جامعة النَّجاح الوطنيَّة
كليَّة الدّراسات العليا

فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين

إِعداد
أنوار ناجح مصطفى عودة

إشراف
د. محمد مرشود

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، من كلية الدراسات العليا، في جامعة النجاح الوطنية، نابلس – فلسطين.

2025

فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين

إعداد

أنوار ناجح مصطفى عودة

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ 2025/08/14م، وأجيزت:

د. محمد مرشود	
المشرف الرئيسي	**التوقيع**
أ. د. كمال سلامة	
الممتحن الخارجي	**التوقيع**
د. فاخر الخليلي	
الممتحن الداخلي	**التوقيع**

الإهداء

الى روح والدي الحبيب.. الذي علمني كيف أمسك بالقلم.. وكيف أخط الكلمات بلا ندم.

الى امي الحبيبة.. الى أمي.. التي ملأت قلبي ورداً.. وروحي عطراً.

الى رفيق الدرب.. والذي لم يتهاون يوماً في توفير سبل الخير والسعادة لي.. والذي تحمل الكثير من المصاعب ليرى ثمرة عملي هذا..

الى فلذات كبدي، وأغلى ما املك في هذه الحياة.. الى ابنائي الأحبة

الى أخوتي الأعزاء.. والذين هم بمثابة العضد والسند لي في هذه الحياة.

الى جميع أصدقائي، ومعارفي، وزملائي، وأهل بيتي والذين أحبهم واحترمهم.

ولا ينبغي ان أنسى اساتذتي في كلية العلوم التربوية والإنسانية.. والذين لهم الدور الأكبر في مساندتي..

أهدي لكم بحثي

الشكر والتقدير

الحمدالله والذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله وتوفيقه أنجزت هذا البحث العلمي والذي يعد خطوة في مسيرة العلم والتعلم، وأسأله سبحانه وتعالى ان يجعله خالصا لوجهه الكريم، وان ينفع به.

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لمشرفي الفاضل الدكتور محمد مرشود، لما قدمه لي من دعم وتوجيه مستمر، وجهود علمية قيمة، وملاحظات بناءة كان لها الأثر الكبير في تطوير هذا البحث واتمامه على النحو المطلوب، فله كل التقدير والامتنان.

كما أتقدم بوافر التقدير الى جامعة النجاح الوطنية لما وفرته من تسهيلات وبيئة علمية مناسبة ساعدتني على انجاز هذا العمل.

كما اشكر أعضاء لجنة المناقشة الأفاضل الدتور فاخر الخليلي والأستاذ الدكتور كمال سلامة على ما بذلوه من وقت وجهد في قراءة ومراجعة هذا العمل، وعلى ملاحظاتهم القيّمة وتوجيهاتهم البنّاءة التي كان لها الأثر الكبير في إثراء البحث وصقله، إن دعمكم العلمي وملاحظاتكم ستظل أساسًا أستند إليه في مسيرتي الأكاديمية والبحثية.

كما لا يفوتني ان اشكر كل من ساهم وساندني خلال مسيرتي البحثية، من أساتذة وزملاء وأسرتي الكريمة، على دعمهم وتحفيزهم المستمر مما كان له أطيب الأثر في وصولي الى ما أصبو اليه.

جزى الله الجميع خير الجزاء، ووفقنا لما فيه خير العلم وخدمة المجتمع.

الإقرار

أنا الموقعة أدناه مقدمة الرسالة التي تحمل عنوان:

فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أية درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

اسم الطالبة: أنوار ناجح مصطفى عودة

التوقيع: أنوار

التاريخ: ١٤/١٨/٢٠٢٠

فهرس المحتويات

الإهداء ..... ج

الشكر والتقدير..... د

الإقرار ..... ه

فهرس المحتويات..... و

فهرس الجداول ..... ط

فهرس الملاحق..... ك

الملخص..... ل

الفصل الأول: سياق الدراسة والإطار النظري 1

1.1 مقدمة الدراسة..... 1

1.2 اضطراب التوحد 6

1.2.1 اضطراب طيف التوحد وفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (Dsm5)..... 7

1.2.2 تعريف اضطراب التوحد..... 9

1.2.3 أسباب اضطراب التوحد..... 11

1.2.4 خصائص وصفات أطفال التوحد 13

1.2.5 الاثار النفسية المرتبة على وجود طفل توحد في الاسرة 17

1.2.6 ارشاد اسر أطفال اضطراب التوحد 20

1.2.7 نسب انتشار اضطراب طيف التوحد..... 21

1.3 الاضطرابات النفسية..... 22

1.3.1 تعريف الاضطرابات النفسية 24

1.3.2 أسباب الاضطرابات النفسية..... 25

1.3.3 اثر الاضطرابات النفسية على الفرد 26

1.3.4 تصنيف الاضطرابات النفسية 27
1.3.5 الاضطرابات النفسية المشمولة في الدراسة 27
1.3.5.1 القلق المعمم 27
1.3.5.2 الاكتئاب 39
1.4 العلاج السلوكي المعرفي 51
1.4.1 تعريف الإرشاد السلوكي المعرفي 54
1.4.2 مبادئ العلاج المعرفي السلوكي 56
1.5 التعقيب على الدراسات السابقة 60
1.6 مشكلة الدراسة 61
1.7 أسئلة الدراسة 62
1.8 أهداف الدراسة 63
1.9 أهمية الدراسة 63
1.10 حدود الدراسة 64
1.11 مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية 65
الفصل الثاني: منهجية الدراسة 67
2.1 تصميم الدراسة 67
2.2 مجتمع الدراسة 68
2.3 عينة الدراسة 69
2.4 أدوات الدراسة ومؤشرات صدقها وثباتها 71
2.5 البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي (وصف للبرنامج الارشادي) 75
2.6 المعالجات الاحصائية المستخدمة في الدراسة 78
2.7 متغيرات الدراسة 79

2.8 إجراءات الدراسة 80

الفصل الثالث: نتائج الدراسة 81

3.1 النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول 81

2.3 النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني 84

3.3 النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث 96

الفصل الرابع: مناقشة النتائج والتوصيات 98

4.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول 98

4.2 مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة على السؤال الثاني 99

4.2.1 مناقشة النتائج المتعلقة بقلق المستقبل وأبعاده 99

4.2.2 مناقشة النتائج المتعلقة بالاكتئاب 106

4.3 مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة على السؤال الثالث 107

4.3.1 قلق المستقبل 107

4.3.2 الاكتئاب 109

4.4 التوصيات 110

المراجع العلمية 111

الملاحق 120

Abstract ..... b

فهرس الجداول

جدول (1): توزيع أفراد عينة الدراسة 70

جدول (2): الجلسات الارشادية وعنوانها 76

جدول (3): نتائج اختبار شيبيرو ويلك (Shapiro – Wilk) لفحص اعتدالية توزيع الاستجابات على مقاييس اعراض بعض الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل وابعاده، الاكتئاب) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية) 82

جدول (4): المتوسطات والانحرافات واختبار (T-Test) لفحص دلالة الفروق لمستوى اعراض بعض الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل وابعاده، الاكتئاب) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية) 83

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية) 84

جدول (6): نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب (one way ANCOVA) لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي وابعاده (بعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، وبعد اليأس في المستقبل، وبعد القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، وبعد قلق الصحة وقلق الموت، وبعد القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية) 87

جدول (7) المتوسطات الحسابية والأخطاء المعيارية المعدلة لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية) 91

جدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية) 94

جدول (9): نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب (one way ANCOVA) لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية) 95

جدول (10): المتوسطات الحسابية والأخطاء المعيارية المعدلة لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية) 95

جدول (11): المتوسطات والانحرافات والرتبة ومستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على المستوى الكلي والأبعاد الفرعية 151

جدول (12): المتوسطات والانحرافات والرتبة ومستوى الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على المستوى الكلي والأبعاد الفرعية 152

فهرس الملاحق

ملحق (أ): مقاييس الدراسة قبل التحكيم 120

ملحق (ب): مقاييس الدراسة بعد التحكيم..... 126

ملحق (ج): قائمة بأسماء المحكمين 131

ملحق (د): البرنامج الارشادي..... 132

ملحق (هـــ): كتاب الموافقة على تطبيق الدراسة..... 150

ملحق (و): الجداول 151

فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين

إعداد

أنوار ناجح مصطفى عودة

إشراف

د. محمد مرشود

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، وقد استخدم المنهج شبه التجريبي، وتألف مجتمع الدراسة من جميع أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد المتواجدات والمراجعات في جمعية هذا حقي لذوي الإعاقة في محافظة سلفيت – فلسطين، والبالغ عددهن (45) اماً لـ(45) طفلاً توحدياً، فيما تكونت العينة من (24) ام توزعت في مجموعتين (12) ام في المجموعة الضابطة و(12) ام في المجموعة التجريبية، والذين تم اختيارهن باستخدام العينة القصدية، كما تم استخدام مقاييس قلق المستقبل والاكتئاب، والتي أشارت نتائج التحقق من صدقها وثباتها إلى صلاحيتها ومناسبتها لتحقيق أهداف الدراسة.

وقد توصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) فأقل في متوسطات مستوى اعراض بعض الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل الكلي وابعاده (بعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، وبعد الياس في المستقبل، وبعد القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، وبعد قلق الصحة وقلق الموت، وبعد القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية) ومقياس الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية).

كما توصلت النتائج إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) فأقل في متوسطات خفض مستوى اعراض بعض الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل الكلي وابعاده (بعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، وبعد الياس في المستقبل، وبعد القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، وبعد قلق الصحة وقلق الموت، وبعد القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية) ومقياس الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية) ولصالح المجموعة التجريبية.

كما توصلت النتائج الى ان المستوى الكلي لقلق المستقبل والاكتئاب في القياس القبلي للمجموعة التجريبية جاء بمستوى متوسط، بينما جاء المستوى الكلي لقلق المستقبل والاكتئاب في القياس البعدي للمجموعة التجريبية بمستوى منخفض.

الكلمات المفتاحية: برنامج ارشادي سلوكي معرفي، الاضطرابات النفسية، قلق المستقبل، الاكتئاب، أمهات أطفال اضطراب التوحد، محافظة سلفيت – فلسطين.

الفصل الأول

سياق الدراسة والإطار النظري

1.1 مقدمة الدراسة

انعم الله على الإنسان بنعم كثيرة، إلا ان أجمل وأعظم هذه النعم هي وجود الأبناء فهم بهجة الحياة الدنيا ونورها وسبب من أسباب السعادة، حيث لا شك أن كل أم منذ بداية حملها وقبل مجيء طفلها على هذه الحياة تتخيل وتتصور طفلها في احسن ما يمكن، كما تفكر في كثير من الأمور والتفاصيل الدقيقة التي تتعلق به، كما تكن في قمة السعادة إذا كان طفلها يتمتع في صحة جسمية وعقلية سوية، في حين قد تتأثر هذه الصورة الجميلة وتتحطم الآمال والطموحات بسبب قدوم طفل يعاني من أحد الاعاقات العقلية كاضطراب التوحد، حيث يعتبر اكتشافه بمثابة حدث صادم وخبرة مؤلمة لدى الأم، والذي يترتب عليه ردود أفعال مختلفة كالانسحاب والعزلة، والاكتئاب، والتعرض للقلق بالإضافة الى العديد من الضغوطات النفسية والتحديات المختلفة، والتي تؤثر عليها في جوانب مختلفة، وذلك نتيجةً لتعارض صورته المثالية مع صورته الواقعية.

ويعتبر التوحد اضطراب نمائي عصبي والذي عادة ما يظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، حيث يلاحظ ان طفل اضطراب طيف التوحد يكون طبيعياً وليس لديه إعاقة جسدية أو جسمية عند ولادته، ولكن هناك عدة مؤشرات وسمات تظهر عليه خلال السنوات الأولى من عمره، والتي تميز بها طفل التوحد عن غيره، وهي قصور في عدة جوانب رئيسية وهي: ما تتعلق بالتفاعل والتواصل الاجتماعي فهو يميل الى العزلة وعدم التفاعل مع الاخرين والانسحاب المفرط من كافة الأنشطة الاجتماعية، وجانب آخر وهو ما يتعلق في ظهور سلوكيات نمطية تكرارية، حيث يقوم بها الطفل بشكل مستمر دون غاية واضحة، بالإضافة الى صعوبة في التعبير عن المشاعر الذاتية وفي فهم الاخرين وغيرها من المظاهر المختلفة، والتي قد تكون بمثابة دلائل ومؤشرات بأن الطفل يعاني من اضطراب طيف التوحد (الغرير و عودة، 2009).

وأشار آسلا وآخرون الى اضطراب طيف التوحد (ASD) على انه حالة معقدة بين الأطفال، كما يظهر عليهم من خلال مشاكل تتعلق في مجال التواصل، والتفاعلات الاجتماعية، بالإضافة الى مشاكل في الادراك واللغة، والعلاقات الاجتماعية، فهو اضطراب عصبي بيولوجي يتضمن مجموعة واسعة من السلوكيات الصعبة، سواء المزمنة او على مدى الحياة (Alsa، Sovitriana، Ekasari، و E، 2021).

إضافةً إلى ذلك يعتبر اضطراب طيف التوحد من اشد الاعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل كما يشكل صعوبة بالغة لأفراد اسرته بشكل عام، والى الأم بشكل خاص، حيث يعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وعدم الوضوح، كما يتميز بغرابة الأنماط السلوكية التابعة له بالإضافة الى العديد من المؤشرات والأعراض، والتي من الممكن ان تتداخل مع اعراض ومظاهر اضطرابات أخرى، فضلاً عن ذلك فهو يحتاج إلى إشراف ومتابعة حثيثة ومستمرة (متولي، 2015).

وتتعرض أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد إلى الكثير من التحديات والصعوبات المختلفة مقارنه بأمهات أطفال طبيعيين، ويعود ذلك الى طبيعة هذا الاضطراب وصعوبته، فهو يحتاج إلى بذل أقصى جهد من قبل الام لتتمكن من متابعة طفلها وتلبية احتياجاته، كما تحمل الام العبء الأكبر في الرعاية والاحتواء كونها تعتبر الحضن الدافئ والملاذ الآمن لطفلها، بالإضافة إلى العديد من الالتزامات والمسؤوليات، والتي تقوم بها تجاه باقي أفراد العائلة والمنزل، الأمر الذي يؤدي بها إلى الحيرة والقلق، وهذا ما يؤدي الى التصور السلبي لمهارات الأمومة، وبالتالي ظهور بعض المشكلات أو الاضطرابات النفسية (طاوسي، 2019).

وتشير الاضطرابات النفسية إلى سوء توافق الفرد مع نفسه او مع البيئة المحيطة فيه سواء كانت اجتماعية او غيرها، حيث يعبر عنها الفرد ويستجيب لها بمستويات مرتفعة من القلق والتوتر والعجز وربما الشعور باليأس، فليس لها أسباب عضوية واضحة وانما هي ناتجة عن تفاعل أكثر من عامل

واحد (بانقا، 2014). فيلاحظ أن أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد يتعرضن لاضـــطرابات نفســـية مختلفة مثل الاكتئاب، القلق، والضيق، والشعور بالذنب بالإضافة إلى صعوبة في التكيـــف الاجتمـــاعي والزواجي، وإلى قلة الرضا عن الحياة والشعور باليأس، بسبب تعرضهن إلى المزيد من التحديات فـــي كل يوم، والتي تشكل مصدراً للضغوط النفسية، فهن يواجهن ضغوطات مالية لتوفير النفقـــات الطبيـــة اللازمة، كما يجب عليهن أن يقدمن المزيد من الاهتمام والرعاية الخاصة للطفل، ولا تـــزال الأمهـــات تتحمل العبء الأكبر في تربية هذا الطفل، وبالتالي تكون أكثر تعرضاً للإجهاد وغالباً ما تظهر عليهـــا أعراض الاكتئاب والقلق والعزلة الاجتماعية (Sabih & Sajid, 2008).

وقد أشار في دراسته الى ان الاضطرابات النفسية مختلفة ومتعددة من حيث أنواعها، ومن حيث أسباب الإصابة بها والاعراض التي تنتج عنها وكيفية الوقاية أو العلاج منها، ولكن يعتبر القلق والاكتئاب أكثر شيوعاً وانتشاراً وهماً من سمات العصر الذي نعيشه الان واللذان يهددان حياة الفرد النفسية والاجتماعية كما تؤثر على علاقته بالوسط الاجتماعي (السحيم، 2021).

ويعتبر قلق المستقبل من أبرز أنواع القلق الشائعة والتي تواجه اغلب الافراد بصفة عامة، وذلك بســـبب مرورهم في تغيرات عديدة ومختلفة وهذا الامر الذي يسبب خطراً على صحتهم، كما يعرضهم للكثيـــر من الضغوطات النفسية بسبب توقعاتهم، وتفكيرهم الزائد تجاه المستقبل المجهول، وهذا بدوره يؤثر على الناحية الصحية والعقلية والسلوكية (منيف، 2020).

حيث يعتبر قلق المستقبل احد الاضطرابات النفسية والتي بدورها تشكل تأثيراً سلبياً على صـــحة الفـــرد وتوافقه، وبالتالي تنعكس على سلوكه وإنتاجه، وهذا ما يتطلب تخطيطاً جيداً للتعامل معه وإيجاد الحلول المناسبة للتخلص منه او التخفيف من حدته للوصول الى مرحلة من التوافق النفسي، حيـــث ان وجـــود طفل لديه اضطراب طيف التوحد يعتبر حدث صادم او خبرة مؤلمة لكل من الوالـــدين مـــع صـــعوبة الموائمة بين المدركات، وهذا ما يؤدي الى شعورهما بالقلق حول مستقبل طفلهما كما يزيد من النظـــرة

التشاؤمية للوقت الحالي وللمستقبل، وبالتالي يؤدي الى عدم قدرتهم على التحـــدي او مواجهـــة الحيـــاة المستقبلية المتعلقة بطفلهما، الأمر الذي يؤدي إلى الخوف والهـــروب والعزلـــة وعـــدم الثقـــة بـــالنفس (Placeholder2).

وأشارت عمیار وكروش (2019) في دراستهما الى ان أمهات أطفال التوحد وما تحمله من عبئ كبيـــر وتحديات مختلفة تتعلق في رعاية الطفل والسعي نحو تلبية احتياجاته بشكل مستمر، الامر الذي يجعلهـــا تعيش في حالة من الصدمة، والتي يترتب عليها حدوث تغييرات كبيرة في نمط رحلتها وأسلوب حياتها، فهي تتعرض الى مستويات عالية من القلق بسبب عجزها امام هذا الاضطراب وصعوبة التكيف معـــه، كما يكن أكثر صعوبة وتعقيداً إذ تعلق الأمر في مستقبل طفلها (عمیار و كروش، 2019).

كما ذكر جيمس في دراسته إلى أن وجود طفل لديه اضطراب طيف التوحد قد يفقـــد الأم الكثيـــر مـــن الطموحات والآمال، والتي قد خططت لها سابقاً وهذا ما يؤدي إلى ظهور مشاعر الاكتئاب واليأس لديها (Gallagher، 1983).

حيث يعتبر الاكتئاب أحد الاضطرابات النفسية الشائعة والتي قد تظهر في مراحل عمرية مختلفة، كمـــا يشير الى درجة تتراوح ما بين المزاج الطبيعي والمزاج غير الطبيعي، فمعظم الأفـــراد قـــد يصـــيبهم اكتئاب خفيف كاستجابة للعديد من الاحداث الصادمة، والتي من الممكن ان يتعرض لها الافـــراد ولكـــن بينهما عدد اقل من الافراد والذين يطورون رد فعل اكتئابي شديد تجاه نفـــس الاحـــداث او الظـــروف الصادمة (إسماعيل، 2015).

حيث تؤدي كثرة الضغوط التي تواجه كل من اباء وامهات أطفال اضطراب طيف التوحد الى ارتفـــاع في معدلات شعورهما في كل من القلـــق والاكتئـــاب (Mugno، Ruta، Arrigo‘D، و Mazzone، 2007).

وأشار العشماوي والبغدادي (2019) في دراستهما إلى أن أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد أكثر تعرضاً للاكتئاب ولكن أن أعراضه قد تتراجع مع برامج التدخل العلاجي وتقديم الدعم النفسي المناسب، حيث ان وجود طفل لديه اضطراب طيف التوحد يفرض على العائلة العديد من الأدوار والمسؤوليات المختلفة والتي بدورها تؤثر على الصحة النفسية وعلى مستوى رفاهيتهم (البغدادي و العشماوي، 2019).

وفي دراسة انجيرسول وهامبريك (2011) أشارت إلى أن أباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد معرضون بشكل كبير لخطر الإصابة بمشاكل الصحة العقلية، كما يتعرضوا إلى ضغوط واكتئاب بشكل أكبر ونوعية حياة اقل من والدي الأطفال الذين يعانون من إعاقات نمو مختلفة أو إعاقات جسدية أو حالات صحية مزمنة (Ingersoll & Hambrick, 2011).

ومن هنا ظهرت الحاجة الى تطوير برامج ارشادية تستهدف أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد نظراً لما تعانيه الأم من مستويات مختلفة من التحديات والصعوبات، وذلك بسبب وجود طفل لديه اضطراب طيف التوحد مما يجعلهن أكثر عرضة لعدم التوازن الانفعالي، وصولاً الى الاضطرابات النفسية، والتي بدورها تؤثر سلباً عليها وعلى حالتها النفسية، وهذا ما يجعل الأمهات بحاجة الى المساعدة والمساندة النفسية والارشادية، حيث ان البرامج الارشادية لها أهمية كبيرة في تحسين صحتهما النفسية وفي تخفيف حدة الضغوط او الاضطرابات النفسية والمشكلات التي قد يتعرضن لها، وبالتالي تحقيق اقصى درجات التكيف، ومن هذه البرامج الارشادية تلك التي تعتمد على العلاج المعرفي السلوكي حيث تعتبر من اكثر البرامج فاعلية والأكثر شيوعاً، والتي تقوم على دمج فنيات العلاج المعرفي وفنيات العلاج السلوكي.

1.2 اضطراب التوحد

يعد الاهتمام في موضوع اضطراب طيف التوحد أحد أهم الأمور، والتي يجب التركيز عليها، فهو ضرورة من ضروريات الحياة، وذلك بسبب انتشاره الواسع، كما ترجع أهمية هذا الموضوع الى ان اضطراب طيف التوحد لم يتم التعرف على أسبابه بعد؛ حيث لا يزال هناك الكثير من الغموض حوله، لذلك اخذ اهتمام الكثير من الأخصائيين والباحثين في التعرف وفي الكشف عن أسباب اضطراب طيف التوحد، وذلك كمقدمة للبدء في كيفية علاج التوحد والتقليل من حجم معاناة الاسرة (الجلامدة ف.، 2015).

كما اثار موضوع اضطراب طيف التوحد انتباه العديد من الأطباء والمربين، والذين يتساءلوا كثيرا عن اضطراب طيف التوحد وسلوك الطفل التوحدي، والأسباب التي تجعل طفل التوحد يعاني من قصوراً واضحاً في مجال التفاعل الاجتماعي وفي التواصل مع الاخرين (خليفة، الشرمان، و الغصاونة، 2013)، كما يعتبر واحداً من اهم الاضطرابات التي لا زالت تشهد اهتماماً واضحاً من قبل المختصين، لما فيه من غموض وتنوع في الأسباب، وبالإضافة الى طرق تدخل متنوعة تختلف من طفل لآخر؛ بسبب عدم التجانس في الخصائص أو السمات بين هذه الفئة من الإعاقة (سهيل، 2015).

وقد بدأ الاهتمام في اضطراب طيف التوحد عام (1943) على يد الطبيب النفسي (leo kanncr)، فهو أول من أشار الى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة، كما اطلق عليه لفظ (Autism)، وهي كلمة يونانية تشير الى التقوقع حول الذات او التركيز على ذاته والفردية، وذلك من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال الذين يراجعون وحدة الطب النفسي والبالغ عددهم (11) طفلاً منهم (9) ذكور و(2) إناث، حيث جلب انتباهه العديد من الاعراض والتي لا تتشابه مع اية اعراض لاضطرابات أخرى عرفت آنذاك، حتى قام بإدراج تلك السلوكيات تحت مسمى " التوحد الطفولي " والذين يتميزون في مجموعة من الخصائص المختلفة ومنها: الانعزالية والوحدة، واضطرابات في اللغة، والذي يستخدم الضمائر

الشخصية على نحو غير دقيق (عكس الضمائر)، وتكرار الكلام بشكل مستمر، وبالإضافة الى الحساسية المفرطة تجاه المثيرات الحسية، والتمسك بالروتين بشكل دقيق ومقاومة التغيير، وعجزهم عن إقامة علاقات اجتماعية مع الاخرين (الغرير و عودة، 2009).

وعلى الرغم من رصد كانر لمجموعة من أعراض التوحد وتصنيفهم كفئة مستقلة أو خاصة في الاربعينات، الا إن الاعتراف بهم كأطفال توحد لم يتم الا في الستينات من القرن الماضي، حيث كان يتم تشخيصهم على انهم فئة من الفصام الطفولي، وذلك وفقاً للدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM2)، ولكن تم نشر الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM3) وفيها تم التفريق ما بين التوحد والفصام، كما تم تعريف التوحد على انه اضطراب نمائي وليس اضطراب انفعالي او سلوكي (خليفة، الشرمان، و الغصاونة، 2013).

وبعد ظهور الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM4) عام (1994)، فيها يصنف التوحد تحت مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة، كفئة قائمة ولها محكات أساسية للتشخيص، حيث تؤدي الى انحراف في النمو العادي لدى الطفل، كما تعتبر فئة فرعية من المجموعة الكلية المتمثلة بالاضطرابات النمائية الشاملة، والتي تحتوي على كل من: اضطراب ريت، متلازمة اسبيرحر، اضطراب التوحد، اضطراب الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (الزارع، 2014).

1.2.1 اضطراب طيف التوحد وفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (Dsm5)

يستخدم الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (Dsm5) مسمى جديد وهو اضطراب طيف التوحد كما لديه معايير جديدة للتشخيص وهي:

1. القصور في التواصل الاجتماعي او التفاعل الاجتماعي وذلك في سياقات مختلفة حيث تتضمن التالي:

- عجز في التعامل العاطفي، وهذا ما يشير الى تدني في المشاركة والرد على التفاعلات الاجتماعية، كما يشمل أيضاً تدني في الاهتمامات او العواطف والانفعالات.
- القصور في سلوكيات التواصل غير اللفظية، والمستخدمة في التفاعل الاجتماعي.
- قصور واضح في كيفية تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها.

2. الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية النمطية وتتضمن:

- النمطية المتكررة في استخدام الأشياء او الكلام فمثلا: (صف الأشياء وتقليب الألعاب، والصدى اللفظي).
- الالتزام بالروتين والإصرار على التشابه فمثلا: (الضيق الشديد عن حدوث تغييرات بسيطة، وانماط التفكير الجامدة، والحاجة الى سلوك نفس الطريق او اكل أصناف محددة من الأطعمة دون غيرها).
- اهتمامات محددة (التعلق الشديد بالأشياء او الأشخاص والتمسك بهم، واهتمامات محصورة جداً).
- فرط او تدني في كيفية التفاعل مع المثيرات الحسية (عدم الاكتراث واللامبالاة للألم او درجة الحرارة، او الاستجابة السلبية تجاه الأصوات العالية، والافراط في شم الروائح، ولمس الأشياء، والانبهار البصري لأضواء او حركات مختلفة).

كما يشير التوحد الى اضطرابات النمو العصبي المعروف باسم اضطرابات النمو الشائعة (PDD)، حيث يتم تشخيص هذا الاضطراب من خلال ثلاث جوانب أساسية: ضعف في الاتصال والتواصل، وضعف التفاعل الاجتماعي، والنمطية المتكررة للسلوكيات أو الاهتمامات، كما أن أعراض هذا الاضطراب متنوعة من حيث المدى والشدة وغالباً ما يتغير من خلال اكتساب مهارات تنموية مختلفة (Faras, H., Al Ateeqi, N., & Tidmarsh, L., 2010).

كما ورد في دراسة روبيس وبوكس باوم (2015) الى ان هناك معايير تشخيصية لاضطراب التوحد، وتتمحور ضمن مجالين أساسيين وهما: التواصل الاجتماعي، والسلوكيات والاهتمامات المحددة، حيث

يعاني أطفال اضطراب طيف التوحد من قصور في مستمر في التواصل او التفاعل الاجتماعي، والتواصل غير اللفظي والذي يعتبر ضروري للانخراط الاجتماعي، كما تظهر لديهم صعوبة في البدء والاستمرار في العلاقات الاجتماعية، كما تكن لديهم أنماط سلوكية واهتمامات مقيدة جداً، وبالإضافة الى الإصرار على التشابه وعدم المرونة في الروتين، حيث يظهر ذلك من خلال عدم تقبل الاحداث او التغيرات الجديدة التي يتعرض لهم (De Rubeis و Buxbaum، 2015).

1.2.2 تعريف اضطراب التوحد

التوحد هو: "خلل وظيفي في المخ لم يصل العلم بعد لتحديد أسبابه، ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويتميز بقصور في النمو الاجتماعي والادراكي والتواصل مع الاخرين" (الغرير و عودة، 2009).

كما يعرف التوحد على انه اضطراب عصبي بيولوجي يؤثر في مجالات مختلفة منها: كيفية التفاعل او التواصل الاجتماعي، وفي مجال التطور اللغوي، والذي قد يكون متأخراً او معدوماً، او من خلال ظهور سلوكيات مختلفة منها نوبات الغضب، والبكاء دون مبرر واضح وعدم الخوف من الأماكن الخطرة، او اللعب بطريقة غير مناسبة، وبالإضافة الى صعوبات أخرى تتعلق في مجال العناية بالذات (ملحم، 2014).

كما يعتبر من الاعاقات النمائية الشاملة التي تصيب الأطفال في السنوات الأولى من عمرهم، وذو تأثير سلبي على جوانب النمو المختلفة عند الطفل منها العقلية، والاجتماعية، والحركية، والنفسية، والحسية، كما أظهرت الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي لاضطراب طيف التوحد على انه أصبح يندرج ضمن الاضطرابات النمائية العصبية، والتي تتضمن الفئات التالية: اضطرابات التواصل، والاضطرابات العقلية، وضعف الانتباه، والنشاط الزائد، والاضطرابات الحركية، وصعوبات التعلم المحددة (American Psychiatric Association، 2013).

كما يعرف أندرسون وآخرون (2013) على ان اضطراب طيف التوحد (ASDs) هي مجموعة من الاضطرابات العصبية التنموية والتي تصيب حوالي)1(من كل)88(طفل (في الولايات المتحدة الامريكية)، حيث يعاني الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد من إعاقات اجتماعية وتواصلية، كما يظهرون سلوكيات مقيدة ومتكررة (Zablotsky، Anderson، و Law، 2013).

ويعرفه محمد (2018: 12) على انه " نوع من الاضطرابات النمائية التطورية المركبة والمعقدة والذي يظهر في مراحل الطفولة المبكرة من الميلاد وحتى (8) سنوات من حياة الطفل، وينتج عنه اضطرابات عصبية تؤثر في وظائف الدماغ، وتظهر على شكل مشكلات في عدة جوانب مثل التفاعل الاجتماعي، ونشاطات اللعب، وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائماً الى الأشياء أكثر من استجابتهم للأشخاص، ويضطربون من أي تغيير يحدث في بيئتهم، ودائماً يكررون حركات جسمانية او مقاطع من كلمات بطريقة آلية متكررة" (محمد م.، 2018).

ويعرف عيسى و الثبيتي على انه "اضطراب عصبي نمائي يظهر لدى الطفل منذ الميلاد ويستمر طوال حياته، ويحد من قدرته على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتواصل الاجتماعي، وتختلف حدة الاضطراب والحاجة الى الدعم من طفل لآخر، حيث ان كل طفل توحدي يختلف في جانب من جوانب التوحد، ولكن قد يعاني اغلب الأطفال الى قصور في الجانب الاجتماعي بشكل ملاحظ لذلك، فإن توفير الدعم الاجتماعي المناسب لهم، يساعدهم على العيش بصورة جيدة" (عيسى و الثبيتي، 2021)،

بناءً على ما ورد من تعريفات مختلفة؛ تعرفه الباحثة على انه اضطراب نمائي عصبي يظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، حيث هناك العديد من المؤشرات، والتي تشير الى ان الطفل يعاني من اضطراب طيف التوحد وأبرزها ما يتعلق في الاتصال والتواصل، والتفاعل الاجتماعي، وأنماط محدده ومتكررة في السلوك، ويعرف اجرائياً: على انه الطفل الذي تم تشخيصه من قبل فريق متخصص بأنه يعاني من اضطراب طيف التوحد.

1.2.3 أسباب اضطراب التوحد

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أكثر الاعاقات النمائية صعوبة، والتي ما يزال يحيطها الكثير من الغموض، وذلك من حيث الأسباب او العوامل المسببة لها، فهل يعتبر هذا الاضطراب نتيجةً لعوامل نفسية، ام وراثية ام عصبية، جينية، ام بيوكيميائية، ام انها ليست بسبب تلك العوامل المذكورة، وانما نتيجة لعوامل أو مسببات أخرى لا نعلمها وما زلنا نجهلها تماماً (القمش، 2010)، لذلك لم يتم التوصل الى سبب او نظرية ما تؤكد سبب اضطراب طيف التوحد بشكل رئيسي وما زال الجدل قائماً حول ذلك، إلا أن هناك مجموعة من الأسباب المحتملة لهذا الاضطراب، وهنا سوف يتم عرض مجموعة من الفرضيات القديمة والتي حاولت تفسير حالات اضطراب التوحد، وذلك بحسب (الزارع، 2014) وهي كما يلي:

1. الفرضية البيولوجية: ترجع هذه الفرضية اضطراب طيف التوحد الى تلف في الدماغ، كما أظهرت بعض صور الاشعة الحديثة مثل التردد المغناطيسي، وجود بعض العلامات غير الطبيعة في تركيبة المخ، كما هناك اختلافات واضحة في حجم المخيخ، وبالإضافة الى حجم المخ، وفي عدد من الخلايا العصبية، واختلاف واضح في تشكيل ادمغة المصابين باضطراب طيف التوحد عن غيرهم من الأطفال الطبيعيين.
2. الفرضية الوراثية: حيث ترى هذه الفرضية الى ان الوراثة هي أحد أسباب اضطراب التوحد، وهذا ما يفسر سبب إصابة اخوة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالاضطراب نفسه او إصابة أقرباء الأطفال التوحديين بالإعاقات النمائية المختلفة، حيث تشير دراسات مختلفة الى ان هناك احتمالية كبيرة في إصابة اشقاء طفل التوحد بنفس الاضطراب او اضطرابات مشابهة (الزارع، 2014).

وعلى الرغم من ان سبب الاضطراب غير معروفة حتى الان، الا ان الدراسات تشير وبقوة الى ان أساس اضطراب طيف التوحد وراثي، حيث هناك حاجة الى مزيد من البحث لاستكشاف

العوامل التي يمكن ان تسهم في حدوث هذا الاضطراب، نتيجة تزايد حدوث هذا الاضطراب في جميع انجاء العالم، وقد أشارت أحدث الدراسات الى ان هذا الاضطراب موجود في (6) لكل (1000) طفل، كما ان معدل تكرار الإصابة باضطراب طيف التوحد لدى اشقاء الطفل تكون ما بين (2% – 8%) (Faras, H., Al Ateeqi, N., & Tidmarsh, L., 2010).

3. ظروف الحمل وولادته: تعد ظروف الحمل والولادة من الأسباب المشتركة بين غالبية الاعاقات بشكل عام والتوحد بشكل خاص، فمثلاً عسر الولادة والمشكلات المصاحبة للولادة وتأخرها ونقص الاكسجين، وغيرها من الأسباب المرافقة لعملية التوليد والمرتبطة بحدوث التوحد.
4. الفرضية البيوكيميائية: حيث اشارت بعض الدراسات الى ان هناك علاقة ارتباطية ما بين الخلل في الأجهزة العصبية البيوكيميائية والاصابة باضطراب التوحد، فعندما يكون هناك نسب مرتفعة في أجهزة الارسال العصبية في الدم، والتي قد تؤثر على نمو الطفل وتأخر في النضج وقصور في الجانب المعرفي، وذلك بسبب اضطراب وظيفي في عمل نصف المخ الايسر (القمش، 2010)، كما تشير دراسة يونغ وآخرين (1982) الى ان اغلب الأطفال، والذين لديهم اضطراب طيف التوحد تظهر لديهم ارتفاع في نسبة السيروتونين في الدم، كما لوحظ ان هذا الارتفاع يظهر أيضاً عند الأطفال الذين تم تشخيصهم في التخلف العقلي الشديد غير المصحوب باضطراب التوحد (Young, Kavanagh, Anderson, Shaywitz, & Cohen, 1982).

وبالإضافة الى ذلك أشار متولي (2015)، الى ان هناك عوامل مختلفة تسبب الإصابة باضطراب طيف التوحد منها: حدوث تلف واضح في أجزاء المخ، وذلك عند تعرض الام اثناء او قبل الولادة الى اصابتها بالحصبة الألمانية، والحالات التي لم تعالج من قبل مثل مرض الفينيل، والتصلب الحدبي، ونقص الاكسجين اثناء الولادة، والتهاب الدماغ والتشنجات التي تحصل عند الرضع (متولي، 2015).

5. الفرضية الجينية: حيث تشير البحوث العلمية الى ان وجود خلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين، قد يؤدي الى الإصابة بالتوحد، حيث ان هناك عامل جيني ذو تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب كما تزداد الإصابة بين التوائم المطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الغير متطابقين (من بيضتين مختلفتين)، كما تعود أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد الى عوامل جينية وراثية لدى الطفل من خلال جيناته، حيث تكون لديها القابلية للإصابة في التوحد (متولي، 2015).
6. الفرضية الفيروسية: حيث تشير هذه الفرضية الى ان هناك إمكانية مهاجمة الفيروسات لدماغ الطفل وذلك في مرحلة الحمل او الطفولة المبكرة، فينمو الطفل طبيعياً ثم تظهر عليه اعراض التوحد، وذلك بسبب العدوى الفيروسية، كما تعمل على احداث تشوهات مختلفة، وخللاً كامناً فيها، وبالتالي تؤدي الى ظهور اعراض اضطراب طيف التوحد (اليونسكو، 1995).

1.2.4 خصائص وصفات أطفال التوحد

يوجد العديد من السمات والخصائص والذي يتميز بها طفل التوحد عن غيره من الأطفال الطبيعيين، كما يوجد هناك تنوع في خصائص وصفات أطفال التوحد، وهنا سوف نتطرق الى اهم الخصائص التي يتميز بها طفل التوحد، وفق ما يتناوله الشربيني ومصطفى (2010)، وهي كالتالي:

1. الخصائص الجسمية: يوجد العديد من الأطفال والذين لا تظهر عليهم وجود خلل جسمي معين؛ ولكن من خلال الكشف الطبي قد تظهر لديهم مشاكل جسمية، وان من ابرز الخصائص الجسمية التي يتميز بها طفل التوحد: الاستجابات الشاذة للمثيرات الحسية، والمثيرات الخارجية المحيطة بالطفل بشكل غير طبيعي، وقد تصل في بعض الأوقات الى حد العجز التام، وفيما يتعلق بالقدرات الحركية لدى الأطفال التوحديين فهي تتباين بدرجة كبيرة فبعض الأطفال لديهم قصور او عجز في العضلات الدقيقة، وبالإضافة الى المهارات الحسية الحركية، والتي تتألف من الحركات العضلية الصغرى والكبرى والتنسيق البصري بينهما، وهذا ما يسمى بالتآزر البصري الحركي.

2. النمو الاجتماعي: يعتبر القصور في المجال الاجتماعي من ابرز المشكلات الشائعة عند الطفل التوحدي، وذلك في مراحل العمر المختلفة، وان كانت اكثر وضوحاً في المراحل الأولى من عمره، حيث يبدي عدم الاهتمام بمن حوله كما يفضل الوحدة، كما ان هناك قصور واضح في تفاعلاته وعلاقاته مع الاخرين، وعدم القدرة على تكوين العلاقات بالإضافة الى عجزهم عن تقليد الآخرين، وعدم القدرة على فهم وتفسير مشاعر الآخرين، بالإضافة إلى أن طفل التوحد لا يبتسم لمن يبتسم له، كما ليس لديه القدرة على رد تحية الاخرين له، بسبب عدم قدرته على استخدام الإيماءات والتواصل بالعينين، وهذه الصعوبات تؤدي الى توقف في النمو الانفعالي والاجتماعي، فتفاعله الاجتماعي محدود بدرجة كبيرة (مصطفى و الشربيني، 2010).

كما أشار الجلامدة (2013) الى ان هناك ثلاث سلوكيات مختلفة اذ وجدت عند الطفل في السنة الأولى من عمره فإن هناك احتمال بنسبة (9%) ان يكون الطفل توحدي وهي كالتالي:

- عدم الاستجابة وذلك عند المناداة عليهم.
- عدم القدرة على التواصل البصري (تجنب التواصل في اعين الاخرين).
- تجنب مشاركة الاخرين في الأفعال (الجلامدة ف.، 2013).

3. الخصائص السلوكية: ان طفل التوحد لديه العديد من الخصائص السلوكية والتي يتميز بها عن غيره من الأطفال الأسوياء، فمثلاً تظهر عليه سلوكيات نمطية وبشكل واضح مثل: الرفرفة، وهز الجسم ذهاباً وإياباً، وقيامه بسلوكيات نمطية متكررة، كما يأخذ السلوك النمطي اشكالاً مختلفة، فقد يكون منها عدوانياً موجهاً للآخرين مثل الضرب او تحطيم الممتلكات العامة، او قد يكون على شكل إيذاء الذات من خلال ضرب الرأس او عض اليدين وغيرها من السلوكيات الموجهة نحو الذات، كما يظهر على الطفل قصوراً واضحاً في دافعيته، وبالإضافة إلى مشاكل أخرى تتمثل في نوبات الغضب، واضطرابات الاكل والنوم.

كما تشير الأدلة الى هناك ما يقارب (10–20%) من أطفال اضطراب طيف التوحد يظهرون سلوكا صعباً مثل إيذاء النفس والعدوانية، كما ان الذكور أكثر عرضة وبشكل ملحوظ لإظهار العدوانية من الاناث (McClintock، Hall، و Oliver، 2003).

4. الخصائص اللغوية: هناك مشاكل واضحة في اللغة عند طفل التوحد والتي تميزه عن غيره، وذلك يظهر من خلال التأخر في النطق او الكلام، وعدم قدرته على فهم معاني الكلمات الموجهة اليه وعدم القدرة على استخدام القواعد، كما تطور اللغة التعبيرية لديهم بدرجة قليلة جداً، وفي حال ظهرت فإنها تعبر عن بعض الطلبات او الاحتياجات ولكنها ليس لأهداف التفاعل الاجتماعي، ويعود ذلك الى ان طفل التوحد ليس لديه الحصيلة اللغوية الكافية للتعبير، فيصعب عليهم بناء الجمل، او ربط الكلمات في جمل واضحة وذات معنى، فهم يعطون مسميات مختلفة لأشياء قد لا يعرف المقصود منها سوى القريبين منهم كالوالدين، كما يلاحظ ان طفل التوحد يقوم على عكس الضمائر فمثلاً يقولون أنت بدل" أنا" (الجلامدة ف.، 2013).

5. الخصائص المعرفية: يلاحظ ان طفل التوحد لديه تأخر واضح في الجانب المعرفي، او المهني، او العقلي، كما تظهر على شكل تدني او تخلف واضح لدى غالبية الأطفال، فهناك اضطرابات واضحة في التفكير، وصعوبة بالغة في التركيز، وتشتت الانتباه، وبالتالي تظهر لديهم صعوبة في تنفيذ الأوامر الموجهة إليهم، وعدم القدرة على تطبيق او انجاز الأهداف، حيث يظهرون تدني واضح في كافة مستويات وأنواع الذكاء الاجتماعي والانفعالي (الغرير و عودة، 2009).

6. مجال اللعب التخيلي: يلاحظ ان أطفال اضطراب طيف التوحد يجدون صعوبة في تطوير المهارات الضرورية للعب، والتعلم وفي فهم الحياة، لذلك نلاحظ ان هؤلاء الأطفال يميلون الى الأنشطة او الالعاب النمطية والمتكررة، كما يجذب اهتمامهم تفاصيل جانبية غير مجدية او هامة، وذلك فضلاً عن الصورة المتكاملة لنشاط او لعبة معينة (الجلامدة ف.، 2015).

7. الخصائص في المجال الحسي: يعاني أطفال اضطراب طيف التوحد من مشكلات مختلفة وذلك في مجال الحواس الخمسة، كما يوجد هناك مؤشرات مختلفة تؤكد عليها، والتي يوردها الزارع (2014) وهي:

- مجال المثيرات الصوتية: حيث يلاحظ ان بعض الأطفال ينزعجون من الأصوات العالية، او من بعض الأصوات والتي تعتبر طبيعية كصوت رنين الهاتف، او أصوات مختلفة مثل مجففات الشعر او المكنسة الكهربائية وغيرها من الأصوات والتي يتجنبها الطفل من خلال وضع يديه الى اذنيه، ويعود ذلك الى ان هناك أطفال لديهم حساسية سمعية عالية او ما تسمى في فرط الاستجابة فهم يسمعون أصواتاً لا يسمعها الاخرون، او يعانون من حساسية سمعية منخفضة فقد لا يستجيبون الى للأصوات العالية حيث يبدون كأنهم صم.
- مجال المثيرات اللمسية: يظهر أطفال التوحد حساسية عالية تجاه بعض الملامس، حيث تكون استجابتهم بشكل مبالغ بها، كما تظهر على نحو شكلين مختلفين، منها حساسية لمسية منخفضة جداً فهم لا يشعرون بأي إحساس قد يسبب لهم الألم مثلاً او الضرر الجسدي، او فرط شديد تجاه الملامس المختلفة حيث تظهر كراهية مختلفة للمس أسطح معينة او ملابس.
- مجال المثيرات البصرية: يظهر من خلال صعوبة واضحة في رؤية بعض المثيرات البصرية، حيث تظهر لديهم حساسية تجاه بعض أنواع الإضاءة، كما يظهر لديهم الخوف من رؤية ألوان معينة، كما تظهر عليهم استجابات بصرية شاذه كالتحديث لوقت طويل.
- مجال المثيرات الشمية: من خلال الميل الى روائح معينة، قد تكون كريهة وغريبة، والميل الى شم الاخرين والتقرب منهم لشم الروائح، او تظهر من خلال كراهية مفرطة نحو اطعمة معينه (الزارع، 2014).

1.2.5 الاثار النفسية المرتبة على وجود طفل توحد في الاسرة

يعتبر وجود طفل تم تشخصيه باضطراب طيف التوحد بمثابة خبرة صادمة وغير سارة للأسرة، والامر الذي يترتب عليه العديد من المسؤوليات والاهتمامات، والتي يجب على الاسرة ان تؤديها تجاه هذا الطفل، كما يترتب عليه العديد من الأعباء المادية والاقتصادية وخلل في الأدوار، وعلاقات اسرية أكثر تعقيداً.

كما اشارت الجلامدة (2015) الى ان وجود طفل من ذوي الإعاقة الامر الذي يؤثر سلبا على كافة افرادها، ولكن يعتبر الوالدين هما الطرف الأكثر تأثراً، كونهما يمران في العديد من الضغوطات المختلفة، وذلك بسبب حجم المسؤوليات التي تحملها الاسرة تجاه الطفل، من توفير عناية خاصة بالطفل، وبالإضافة الى رحلتهم الطويلة في مراكز تقدم برامج تربوية وعلاجية، الامر الذي يؤثر على طبيعة العلاقة بين الوالدين، وعلى مستوى تفاعل الاسرة مع الوسط الاجتماعي (الجلامدة ف.، 2015).

حيث أشار حنفي (2007) الى اهم الاثار النفسية المترتبة على الاسرة بسبب وجود طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد ومنها:

- الاثار النفسية: تشير الى ردود الأفعال النفسية والتي تتعرض لها الاسرة عند معرفتها بإن طفلها توحدي، حيث تنتابهم مشاعر مختلفة مثل: اللوم، والإحباط، والاكتئاب، والقلق، كما تواجه تحديات مختلفة تتعلق في تعلم كافة الاستراتيجيات، والأساليب المختلفة، من اجل التعايش او التكيف مع هذا الطفل، وبناء عليه ترتفع نسبة الضغوطات النفسية عند اسر أطفال التوحد مقارنةً بأسر الأطفال الطبيعيين.
- الاثار الاجتماعية: وجود طفل التوحد قد يشكل عائق أمام الاسرة وذلك في سبيل ممارستها لكافة الأنشطة الاجتماعية، حيث يسبب اضطراب في العلاقات بين الافراد داخل وخارج الاسرة، فمثلا ميل الاسرة الى الانعزال عن الوسط الاجتماعي والميل الى العزلة، وتجنب المشاركة، بالإضافة الى مشاكل سوء توافق الاخوة (حنفي، 2007).

كما يؤثر على مستوى العلاقات الاجتماعية والتفاعل ما بين افرد الاسرة ببعضهم البعض، وما بين افراد الاسرة والأخرين خارج نطاقها، كما من الممكن ان يكون هناك اثار سلبية على توافق الاخوة والاخوات، بالإضافة الى مشاكل في التنظيم الاسري، وخلافات ما بين افرد الاسرة، الامر الذي يؤدي الى انفصال الوالدين، او حدوث مشكلات في العلاقات ما بينهم (Dunn، Burbine، Bowers، و Dunn-Tantleff، 2001).

- الاثار الاقتصادية: لا شك ان وجود طفل توحدي يحتاج الى الكثير من الوقت والجهد في رعايته، كما يحتاج الى نفقة مادية على الاسرة ان توفرها من اجل الانضمام الى البرامج التأهيلية او التدريبية، فمن الممكن ان يكون ذلك فوق طاقة الاسرة المادية او الاقتصادية.

وقد اشارت دراسة ميدن وآخرون (Meadan et al. 2010) الى ان اباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد معرضون بشكل متزايد لخطر الإصابة بسوء الصحة العقلية، ليس فقط بسبب متطلبات رعاية الطفل، ولكن أيضاً بسبب الضغوطات الأخرى الناتجة عن إعاقة ابنهم وتفاقمها، كما ان هناك عدة عوامل تسبب ارهاقاً للوالدين وهي: استمرار الحالة، وعدم تقبل طفل التوحد من قبل افراد الاسرة بسبب السلوكيات الملازمة له، والمستويات المنخفضة للدعم المقدم، وبالإضافة الى العبء الاقتصادي (Meadan، Halle، و Ebata، 2010).

كما أشار الزارع (2014) الى ان وجود طفل توحدي في الاسرة من الممكن ان يؤثر بشكل قوي على الوالدين، وعلى باقي أفرادها، كما يعتبر أمر صعب تواجه الأسرة بأكملها، والأم تحديداً بسبب عبئ العمل الإضافي الذي يحتاجه طفل التوحد، وهناك العديد من الأبحاث التي اشارت الى ان امهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتعرضون الى الكثير من القلق والتوتر، وبالإضافة الى الإرهاق الجسدي، وقلة المساندة أو الدعم، وقلة الحرية الشخصية، والتي بدورها تؤثر في نسيج الاسرة وطبيعة علاقتها وتفاعلها مع الوسط الاجتماعي (الزارع، 2014).

كما اشارت دراسة ميدن وآخرون (2010) الى ان أمهات أطفال التوحد تتعرض الى كل من القلق، والاجهاد، والتوتر، وبالإضافة الى الاكتئاب أكثر من آباء الأطفال المصابين بالتوحد (Meadan، Halle، و Ebata، 2010).

واضافة الى ذلك فان من خصائص أطفال التوحد انها قد تظهر عليهم العديد من السلوكيات الغير سوية، كما من الممكن ان تكون لديه سلوكيات عدوانيه تجاه نفسه وتجاه الآخرين، وهذا ما يشكل تهديداً للأشقاء وللوالدين والمحيطين، وبالإضافة الى عدم قدرته على التفاعل واللعب مع الأطفال بطريقة مناسبة، وعدم القدرة على التعبير عن احتياجاته ومطالبه، وهذا ما يجعل الاسرة بشكل عام والام بشكل خاص في ان تتحمل أعباء كثيرة في داخل المنزل وخارجه وجميعها مرتبطة بحاجات الطفل (القمش، 2010).

كما ذكر محمد (2018) في دراسته الى ان أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعاني من اضطرابات نفسية مختلفة منذ لحظة تشخيص ابنها، فهي تعتبر من اصعب الخبرات التي تتعرض لها الام، وبعد ذلك تبدأ رحلة البحث عن افضل الحلول وكيفية العلاج، ومن خلال هذه المرحلة تبدأ الام في مواجهة العديد من الصعوبات والتحديات من قبل الاسرة او الوسط الاجتماعي المحيط بها، وذلك من خلال لومها بشكل مستمر، واعتبارها غافلة عند تعرض الطفل لاي مشكلة، فهم يغفلون ان اضطراب طيف التوحد اضطراب نمائي عصبي ويحدث في تشكيلة الدماغ، وليس بسبب الام (محمد ص.، 2018).

كما يتفق الباحثين على ان الام هي الأساس او لها الدور الأكبر في تقديم الرعاية والعناية الحثيثة لابنها، ومع اتفاقهم على أهمية دور الاسرة ككل في التنشئة والرعاية الا انهم يحرصون على ان الام لها الدور الرئيسي، فهي المتكفل الأول برعاية الطفل، من حيث تقديم العناية والخدمات الخاصة به، فهو اضطراب معقد جداً لما يتسم بالانغلاق والنمطية، وهذا الامر يجعل الام تقع في حيرة دائمة؛ ما بين

المسؤوليات والالتزامات والتي تطلب منها كأم، وما بين الطفل واحتياجاته ورعايته، لذلك فهي تضطر أحياناً الى التنازل عن أشياء وامور كثيرة مقابل تحقيق نوع من التوافق الاسري والنفسي (عبد الله، 2019).

1.2.6 ارشاد اسر أطفال اضطراب التوحد

يلعب والدي أطفال التوحد دوراً هاماً في نجاح البرامج العلاجية المخصصة، وذلك من خلال عملية تفهمهم لطفل التوحد وتقبله بينهم، حيث أن تقبل الوالدين لطفلها قد يحتاج الى الكثير من الوقت والجهد في تربية طفلها والعمل على تدريبه واكسابه العديد من المهارات اليومية، والبحث عن أفضل الطرق والوسائل لتطوير إمكانياته وكيفية التعامل معه، حيث أن اقل ما تفعله الاسرة تجاه الطفل تقبله والتعامل معه بإيجابية (عامر، 2008).

كما اشارت الجلامدة (2015) الى هناك نقاط هامة يجب على الاسرة ان تسترشد بها وهي:

- تقبل النتائج والتي صدرت بعد تشخيص الطفل وذلك من قبل الاخصائيين، ومتابعة ارشاداتهم حتى تتمكن الاسرة في تقديم البرامج التربوية والعلاجية للطفل، وذلك في الوقت المناسب.
- تقبل الطفل، وعدم الاحراج بسبب وجود هذا الطفل، فهو أمر مقدر من الله سبحانه وتعالى وعلينا ان نتقبل ذلك، وكتمان هذا الموضوع سوف ينعكس بشكل سلبي على الاسرة، وبالتالي ستواجه الكثير من الصعوبات والتحديات منها: انعزال الاسرة عن الوسط الاجتماعي، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وعدم انتهاز الفرص التي يحتاجها كافة أفراد العائلة من اجل التعايش والتواصل السليم.
- يطلب من افراد الاسرة ان يقوموا على تنظيم كافة المهام والمسؤوليات المطلوبة تجاه الطفل، من خلال توزيع هذه المهام على افرد العائلة جميعهم، وتجنب القاء الحمل على الام لوحدها.

- التواصل والمتابعة من قبل الاسرة مع المؤسسة التي ينضم اليها الطفل، والتعرف على كافة الخدمات التي تقدم له، والتعرف على الخبرات الموجودة بها والاستفادة منها، والحصول على الدعم الاجتماعي والنفسي المناسب من قبل الاسر الأخرى.
- استمرارية الحصول على المعلومات من أصحابها ومصادرها المتنوعة للحصول على أحدث المستجدات العلمية والتي تتعلق بحالة الطفل. (الجلامدة ف.، 2015)

1.2.7 نسب انتشار اضطراب طيف التوحد

يعتبر تحديد نسبة انتشار طيف التوحد امر في غاية الصعوبة؛ وذلك بسبب اختلاف الدراسات ومعايير التشخيص والتي تهتم في ذلك، بالإضافة الى اختلاف الاخصائيين والذين درسوا هذا الاضطراب، ولكن يقدر نسب انتشار اضطراب طيف التوحد بين جميع السكان (2–12) من كل (10000) مولود، كما تكون نسب انتشاره بين الذكور والاناث الى (4) ذكور مقابل انثى واحدة فقط (الجلامدة ف.، 2015)، وفي دراسة فراس واخرون (2009) حيث أشار الى ان نسب انتشار اضطراب طيف التوحد يتراوح ما بين (6) لكل (1000) طفل(Faras, H., Al Ateeqi, N., & Tidmarsh, L., 2010) .

وأشار الزارع (2014) الى ان نسب انتشار اضطراب طيف التوحد وذلك بناء على الإحصاءات الحديثة على ان (0.15%) أي (15) من كل (10000) من الأطفال في سن المدرسة يتلقون خدمات تعليمية تحت ما يسمى اضطراب التوحد، كما ان هذا الاضطراب يظهر بشكل واسع في جميع انحاء العالم (الزارع، 2014).

كما اشارت العديد من الدراسات الى ازياد في معدل الإصابة باضطراب طيف التوحد في جميع انحاء العالم، حيث تشير التقديرات الى انه سيتم تشخيص إصابة اثنين من كل (10000) شخص بهذا الاضطراب (AlHorany, A. K., youns, N. A., Bataineh, M. Z., Hassan,S. A., 2013).

وأيضا تتراوح نسب انتشار اضطراب طيف التوحد ما بين (4–5) حالات من كل (10000) مولود، ومن (14–20) حالة اسبيرجر والذي يعتبر أكثر شيوعاً بين الأولاد عن البنات وبنسبة (1:4) (متولي، 2015).

1.3 الاضطرابات النفسية

هناك اختلاف من قبل العديد من الأطباء في تحديد الاضطراب النفسي او المرض النفسي، ويعود ذلك الى عدم توفر المقاييس اللازمة والذي يتم من خلالها قياس سلوك الفرد في كل الأوقات وعند كل الافراد كمياً، لذلك هناك صعوبة في تحديد ماهية الاضطراب النفسي مقارنةً في الامراض العضوية والتي يسهل التعرف عليها وتشخيصها (القطان، 2020).

يتعرض الفرد خلال فترة حياته للعديد من الخبرات والتجارب المختلفة، والتي قد تكون سارة ومرضية، بحيث تتجه به نحو السواء والتوافق النفسي، وأخرى غير سارة ولها اثار نفسية سلبية تؤثر على شخصيته، وعلى طريقة توافقه، كما تؤثر في نموه النفسي والاجتماعي والانفعالي، فهي تظهر مباشرة عليه وعلى سلوكه، كما تظهر على اشكال مختلفة مثل الاكتئاب، والقلق، واليأس والإحباط، والتي تمنع الفرد من تلبية احتياجاته واشباع متطلباته، كما تشكل عائقاً امام انسجامه في البيئة الاجتماعية المحيطة فيه (صالح، 2015).

ويشير كثير من الأطباء النفسيين الى ان عدد المصابين بالاضطرابات النفسية قد يتراوح ما بين (30 – 35%) من عدد سكان أي دولة، وبحسب مركز الخدمات الصحية في احدى الجامعات الإنجليزية على ان هناك ما يقارب (4%) من الرجال وأخرى (5%) من النساء يعانون من اعراض اضطرابات نفسية (غانم م.، 2006)، كما يزاد تعرض الفرد للاضطرابات النفسية كلما تعرض للعديد من التحديات والصعوبات، ومشاكل الحياة المختلفة، وكثرة المتطلبات والالتزامات والتي تؤدي به الى الاضطراب النفسي (النجار، 2002).

والاضطراب لفظ يستخدم في مجال علم النفس بشكل عام كما يستخدم في علم النفس الاكلينيكي بشكل خاص، فهو يشير الى الاضطرابات التي قد تصيب الفرد من ناحية الفكر، والانفعال، والسلوك، كما يشير الى سوء توافق الفرد مع نفسه ومع الوسط الاجتماعي الذي يحيط فيه (بانقا، 2014).

كما أشار بوعود (2014) الى ان الاضطرابات النفسية هو مفهوم عام، فهو يستخدم للتعبير عن حالات متفاوتة لكل من الشعور بالضيق، واليأس، والتعاسة، والملل كما تمتد لتشمل الحالات العقلية الخطيرة (بوعود، 2014).

وتعتبر الاضطرابات النفسية من المفاهيم الشائعة، والتي دخلت الى التراث السيكولوجي حديثاً، كما أصبحت من المفاهيم المقبولة في الأوساط العلمية، وهي كبديل عن مفهوم المرض النفسي، ويعود ذلك لما له من اثر نفسي سلبي، حيث يشير مفهوم الاضطرابات النفسية الى انها حالة من سوء التوافق، والتي تسود النفس او الجسد مع البيئة فهي ناتجة عن تفاعل عدد من العوامل الداخلية والخارجية، وغالباً ما تمس الجانب الانفعالي للشخصية، حيث يبقى الفرد متصلاً بالحياة الواقعية، كما يكون قادراً على استبصار حالته جيداً، ولديه القدرة على ضبط سلوكه والقيام في مختلف واجبات (السحيم، 2021).

وبالرغم من عدم القدرة على تحديد مفهوم الاضطراب النفسي بشكل دقيق؛ الا ان هناك اجماع من قبل الاخصائيين على ان هناك مجموعة من الاعراض والتي يشكو منها الافراد المضطربين، والتي تكون على شكل قلق حاد ومزمن، وحساسية مفرطة، والتوتر، والاحساس بالشقاء، والتشاؤم، وعدم القدرة على القيام بأعمالهم بالشكل المطلوب (بدري، 1986).

كما تعتبر الاضطرابات النفسية والعقلية متشابهة الى حد ما، ويمكن تلخيص الفوارق بينهما في ان الاضطرابات النفسية (العصابية) يكون الفرد لا يزال محتفظا بشخصيته، فهو على معرفة تامه بما يحيط به من تفكير وذاكرة، فهو على إحساس بحالته كما يسعى الى العلاج، ولكن في حالة الاضطراب العقلي

(الذهاني) فهو عكس ما ذكر سابقاً، لا يحتفظ في شخصيته، كما يظهر على هيئات متعددة ومختلفة لشخصية واحدة، وهو غير مدرك لما يحيط به، كما تتغير ذاكرته ويتغير تفكيره بشكل مستمر، بالإضافة الى انه معتل الإحساس والشعور، ولا يدرك خطورة مرضه ولا يتقدم نحو العلاج (محمود، 2022).

1.3.1 تعريف الاضطرابات النفسية

الاضطراب لغةً: "اضطراب، يضطرب اضطراباً أي اختل واهتز، واضطرب البحر أي تلاطم امواجه ولم يستقر، الحركة من غير نظام" (18) (القطان، 2020)

وتعرف الاضطرابات النفسية على انها "مجموعة من الاعراض المتمثلة بالاضطرابات الانفعالية ناتجة عن الشعور بالعجز والضيق الذي يصيب الفرد مثل التوتر، والقلق، والغضب والحزن والتي تؤثر بالجانب السلوكي للفرد مثل عدم القدرة على أداء العمل اليومي، وأيضاً السلوكيات السلبية مثل التدخين او العنف والمعرفية مثل عدم القدرة على التركيز" (11) (بدر، 2018).

ويعرفه الظاهر (2011: 21) على انه حالة اختلال تصيب الوظائف المرتبطة بشخصية الانسان سواء كان مصدر هذا الاختلال عضوياً (يتقاطع فيه الاضطراب النفسي مع الاضطراب العقلي) او كان مصدره خللاً وظيفياً ناشئاً عن الخبرات السابقة للإنسان في مراحل حياته المختلفة، ويؤدي هذا الاضطراب الى خلل في قدرة الفرد على الاندماج الطبيعي في المجتمع والتفاعل مع عناصره (الظاهر، 2011).

كما يعرفها بطرس (2008: 15) على انها " الانحراف الواضح الملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه، وحول بيئته، ويستدل على الاضطراب النفسي عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤذي نفسه او الاخرين" (بطرس، 2008).

"فالاضطراب النفسي إذن هو ذلك النوع من العلة الذي يُصيبُ الفرد نفسَـه. ومـا دام الاضـطراب أو المرض النفسي يصيب النفس، فهو يُظهر الشخص في صورة شاذة غير مألوفة تتغَيـر معهـا طَباعُـه وعاداتُه فيُصيبُه قلقٌ أو حزنٌ أو خوفٌ شدي" (4) (عسعوس و بولبازي، 2018).

ويعرفه سفيان (2004: 174) على انها " تلك الاضطرابات الوظيفية والتي ليس لها أسـباب عضـوية وتسمى وظيفية لأنها تعطل وظائف بعض الأعضاء وان كانت هناك بعض الاضطرابات النفسية ترجع الى أسباب عضوية هنا تتداخل اختصاصات أخرى لدراستها كعلم الاعصاب وعلم الفسـيولوجية الـى جانب دراستها من الناحية النفسية " (سفيان، 2004).

وبناء على ما ورد من تعريفات مختلفة للاضطرابات النفسية تعرفه الباحثة على انـه اضـطراب فـي التفكير والانفعال والسلوك، نتيجة تعرض الفرد الى العديد من الأحـداث او الصـعوبات، والتحـديات المختلفة والتي تجعله يشعر بالضيق او العجز، كما يعتبر عائقاً أمام الفرد في سبيل تكيفه الاجتمـاعي، وأداء المهام المطلوبة منه.

1.3.2 أسباب الاضطرابات النفسية

أشار بطرس (2008) إلى أن هناك العديد من الأسباب المختلفة والمساهمة في حـدوث الاضـطرابات النفسية منها:

1. الجينات الوراثية: ان للعامل الوراثي دوراً أساسياً في إصابة بعض الافراد في الاضطراب النفسي، فمعظم الامراض ترتبط بالجينات، وهناك من العلماء الذين يذهبون الى ان الوراثة يمكـن لهـا ان تهيئ الافراد للإصابة بالاضطراب النفسي، حيث ان لم يكن هناك ما يهيـئ الظـروف المناسـبة لظهوره فهو لم يظهر.
2. التنشئة الاجتماعية: للأسرة الدور الرئيسي للنمو وتشكيل الخبرة فهي الخلية الاجتماعية التي تنجب الفرد وتتكفل في رعايته، كما تقوم على تلبية احتياجاته وحمايته من الاضطراب، حيث أن الفـرد الذي يعيش في جو ينقصه ذلك يسهم في حدوث الاضطراب النفسي.

3. الأسباب النفسية: تهتم النظرية التحليلية في الصراعات النفسية اللاشعورية والتي قد تنتج عن دفعات غريزية او مكبوتات في منطقة الهو، والتي تسعى وتبحث عن مصدر اللذة، بالإضافة الى الضغوطات النفسية والاحباطات الشديدة والتي يتعرض لها الفرد (بطرس، 2008).

1.3.3 اثر الاضطرابات النفسية على الفرد

هناك العديد من الاثار النفسية والتي تتركها الاضطرابات النفسية على الفرد ومنها بحسب ما ورد في القطان (2020):

- يظهر تأثير الاضطراب النفسي على الفرد في مجالات مختلفة، منها في التكيف الاجتماعي، حيث يؤثر على طريقة تفاعله مع الوسط الاجتماعي المحيط فيه، وتجاه بيئته ونفسه، الامر الذي يؤدي به الى ان يطلب المساعدة.
- تظهر معاناة واضحة لدى الأشخاص المحيطين به نتيجة تصرفاته والتي يقوم بها، كما يدفعهم الى طلب المساعدة الطبية له، كما في حالة ذوي مرضي الفصام.
- كما يعتبر من اهم مظاهر الاضطراب النفسي هو الخلل في التفكير، حيث لديه تخيلات مختلفة ومنها: كثرة الظن بالآخرين والوسوسة، بالإضافة الى عدم واقعية التفكير، وكلمات غير مترابطة وذلك عند سرد الحديث، وبالإضافة الى اضطراب في الوعي، حيث يظهر ذلك عليه من خلال إصابة الفرد بالارتباك والذهول، واضطرابات النوم، بالإضافة الى مشاكل أخرى في الذاكرة والنسيان، وفيما يتعلق بالإدراك الحسي، فهو يترتب على ذلك كثرة الوهم والهلوسة، واضطراب العاطفة والوجدان حيث تشمل كل من القلق، والاكتئاب، والجمع بين الحب والكراهية، واختلاف ما بين العاطفة والواقع (القطان، 2020).

1.3.4 تصنيف الاضطرابات النفسية

أشهر التصنيفات للاضطرابات النفسية وذلك بحسب ما ورد في (سفيان، 2004):

1. اضطرابات عصابية: وتتمثل في مجموعة من الاضطرابات مثل: القلق، والخوف، والوسواس، والهستيريا، والاكتئاب، وتوهم المرض.
2. اضطرابات ذهانية: الفصام، والهذاء، والهوس، والاكتئاب
3. اضطرابات نفسية اجتماعية: والتي تنعكس على أجهزة الجسم المختلفة الدوري، والعصبي، والتنفسي، والهضمي، والبولي، والتناسلي، والجلد، والحواس.
4. اضطرابات الشخصية والاضطرابات الاجتماعية: الشخصية السيكوباثية، والانحرافات الجنسية، والإدمان
5. اضطرابات الشخصية في مراحل النمو: وهي الاضطراب في مرحلة الطفولة، والمراهقة، والرشد، والشيخوخة.
6. اضطرابات الشخصية العابرة: وتتمثل في اضطراب العادات السلوكية البسيطة (سفيان، 2004).

1.3.5 الاضطرابات النفسية المشمولة في الدراسة

للاضطرابات النفسية أنواع عديدة تختلف من حيث الأسباب او العوامل، والاعراض، كما يعتبر كل من اضطراب القلق والاكتئاب أكثرهما شيوعاً وانتشاراً، وهما من سمات العصر الحالي، كما سوف نتطرق لهما بشكل مفصل، حيث تشملهم الدراسة:

1.3.5.1 القلق المعمم

يعتبر موضوع القلق بشكل عام من أهم الموضوعات الشائعة، والتي قد تفرض نفسها على مختلف الباحثين في العلوم النفسية لما لها من أهمية كبيرة وارتباطات مختلفة بالمشكلات النفسية التي يتعرض لها الفرد (رضوان، 2019)، كما يعتبر العصر الحالي هو عصر القلق؛ نتيجة للصعوبات الموجودة،

والتعقيدات المختلفة التي تواجه الافراد، الأمر الذي يجعلهم أكثر إرهاقاً وقلقاً، وفي حالة من عدم الاستقرار، فالفرد منشغل في المستقبل منذ نشأته على الأرض لذلك يصاحبه مشاعر مختلفة مثل القلق لما ترافقه الأيام القادمة (طاوسي، 2019).

كما أشار محمود (2022) في دراسته الى ان القلق هو عصب الحياة النفسية، بالإضافة الى انه سمة مميزة لهذا العصر الحالي، كما يعتبر أحد اهم الاضطرابات النفسية، والتي تؤثر على كافة الافراد في انحاء العالم، لذلك اطلق بعض من العلماء على هذا العصر هو عصر القلق، كما اعتبره البعض كإشارة تنبيه وخطر لكل الوظائف الجسمية والنفسية، والتي تؤدي الى خلل او اضطراب في كافة وظائف الفرد، وهذا الامر الذي يؤدي الى فقدان التوزان والقدرة على التكيف النفسي، حيث تشير العديد من الاحصائيات الى ان هناك واحد من كل أربعة اشخاص يعانون من احد اضطرابات القلق (محمود، 2022).

وتعتبر ظاهرة القلق عند الفرد السوي تفاعلاً طبيعياً نتيجة لظروف معينة أو أحداث مختلفة يتعرض لها، فعندما يكون في مستوياته الطبيعية يشكل دافعاً قوياً نحو التقدم والنجاح، ولكن عندما يترفع عن حدوده او مستوياته الطبيعية فهو قد يشكل عائقاً وتحدياً كبيراً أمام الفرد، الأمر الذي يمنعه من التقدم في سبيل التكيف فهنا يصبح عرضاً مرضياً، ويعد القلق حالة انفعالية تتكون من جانبان وهما جانب شعوري يتمثل في مشاعر مختلفة مثل الخوف، والشعور بالعجز، والتهديد، وجانب اخر لا شعوري فهو يشمل عمليات معقدة ومتداخلة يعمل الكثير منها دون وعي و ادراك (عمیار و کروش، 2019).

ويعتبر قلق المستقبل من اشكال القلق النفسي والذي غالباً ما يتعرض له الفرد، وينعكس بشكل سلبي عليه وعلى صحته النفسية وعلى مدى إنتاجيته، وذلك بسبب الظروف الصعبة والمعقدة والضغوطات المختلقة التي قد يتعرض لها، وقد يكون هذا القلق مرتفع، الأمر الذي يؤدي إلى اختلال في توازنه، كما يكون له التأثير الكبير على الناحية العقلية أو الجسمية أو السلوكية والانفعالية (Placeholder2)، كما

يعتبر المستقبل احد المكونات الاساسية في حياة كل شخص، والقدرة على تحقيق أهدافه وتلبية طموحاته هي صبغة هامة في حياته، ولكن عدم القدرة على تلبية ما يرغب به من طموحات وامال واهداف يرتبط بالافتقار الى منظره في زمن المستقبل (حسن، 2021).

وأشار أبو زيد (2020) في دراسته الى ان قلق المستقبل أحد الاضطرابات النفسية، والتي تؤدي بالفرد الى مشاعر مختلفة منها: اليأس، والخوف، والتشاؤم والشعور بالعجز، وعدم القدرة على تحقيق الأهداف، وخاصة عند الأفراد الذين يعانون من قلق المستقبل، ولذلك لا بد من العمل على التخفيف من حدته، فهو امر في غاية الأهمية لما له من اثار سلبية على من يعاني منه، حيث يمثل خبر غير سار يتخلله مشاعر مختلفة مثل القلق والتوتر عند التفكير بالمستقبل والشعور بضعف قدراته (أبو زيد، 2020).

كما يظهر قلق المستقبل على الفرد وذلك عند التفكير بطريقة سلبية، كما ينظر الى المستقبل بطريقة تشاؤمية، فهو ينظر الى المستقبل وهو يحمل موقفاً سلبياً، الامر الذي يؤدي به الى عدم القدرة على التكيف مع الاحداث او الظروف المحيطة به، وهذا بدوره يؤدي الى العديد من الضغوطات المختلفة والمشكلات مما يعزز شعور القلق من المستقبل (عمیار و كروش، 2019).

كما قد ينشأ قلق المستقبل من الأفكار اللاعقلانية والخاطئة، حيث تجعل الفرد يفسر الواقع والاحداث من حوله بطريقة لاعقلانية، وبالتالي يؤدي به إلى حالة من الخوف والقلق والذي يفقده التحكم بمشاعره وعلى أفكاره وصولاً إلى عدم الآمن والاستقرار النفسي (Placeholder2).

وأشار منيف (2020) في دراسته إلى أن قلق المستقبل أحد الاضطرابات النفسية التي تؤثر على المرأة بشكل خاص حيث يظهر عليها من خلال عدة اعراض ومؤشرات: منها الخوف من المجهول، او نتيجة خبرات مؤلمة وقاسية قد مرت بها، وتؤدي بها الى الشعور بعدم الأمان وعدم الاستقرار، وبالتالي توقع

حدوث الخطر دائماً، الأمر الذي يؤدي بها الى حالة من اليأس والتشاؤم، والذي يؤدي الى الاكتئـــاب او الاضطراب العصبي الخطير (منيف، 2020).

كما ان جميع الاحداث والتي يراقبها الشخص بشكل جدي ومبالغ فيها، ستتحول الى مصدر من مصادر الضغط النفسي، كما ان إدراك المثير على انه سلبي يعود الى عدم قدرته على التحكم فيـــه وضـــبطه، الامر الذي يؤدي الى الإحساس بالقلق (McNamara، 2000).

كما يعتبر قلق المستقبل من أكثر الاضطرابات تأثيراً على الفرد وعلى انتاجيتهم، حيـــث ينشـــأ نتيجـــة الظروف الصعبة او الخبرات الصعبة والمعقدة، فكلما ازدادت مطالب الحياة كلما كان هنـــاك درجـــات عالية من القلق، والذي يؤدي الى خلل في توزان الفرد وفي سبيل تكيفه النفسي، كما يكون لـــه الأثـــر الأكبر على صحة الفرد النفسية والاجتماعية والعقلية (النتشة، 2019).

أولاً: تعريف قلق المستقبل

هو التوقعات السلبية لأحداث المستقبل والتي تجعل الشخص في خوف وتوتر وضيق من الأحداث الآتية مستقبلاً" (16) (عمیار و کروش، 2019).

كما أشار رضوان (2019: 124) الى ان قلق المستقبل "هو ما ينجم عن خبرة انفعالية غير سارة تؤدي الى خوف وتوتر وعدم ارتياح وتوقعات سلبية بالنسبة للمستقبل وفقدان الامن والطمأنينـــة" (رضـــوان، 2019).

وعرفته أبو زيد (2020: 136) "على انه حالة انفعالية للفرد من الخوف وعدم الاطمئنان عند التفكيـــر في مستقبله (الدراسي، والمهني، والاجتماعي، والاقتصادي) وما سوف يعتريه في مستقبله حتى يستطيع تحقيق ما يريد من اهداف وطموحات الا ان فشله في تحقيق ذلك يضعه في دائرة قلق المســـتقبل (أبـــو زيد، 2020).

وكما عرفه زاليسكي (1996) على انه حالة من الخوف، والتوجس، والشعور بعدم الاطمئنان، بالإضافة الى الخوف من التغيرات غير المتوقع حدوثها في المستقبل، فيشعر الفرد بأن هناك تهديد ما غير حقيقي سوف يحدث له(Zaleski, 1996) .

كما يعرفه عبد العاطي (2021: 15) على انه "حالة من الشعور الانفعالي يتصف بالارتباك وعدم الارتياح والخوف يجعل تفكير الشخص سلبياً نحو الحياة بشكل عام والمستقبل بشكل خاص، بالإضافة إلى عدم الثقة بالنفس وتعطيل قدرته للتفاعل الاجتماعي وضعفه على مواجهة المخاطر والتحديات في حياته" (عبد العاطي، 2021).

ويعرفه نورتين (2003) على انه حالة من الخوف او مزيج من الرعب والخوف تجاه المستقبل، ووجود الاكتئاب والأفكار الوسواسية، بالإضافة الى قلق الموت واليأس بصورة غير معقولة.

ومن خلال العرض السابق لمجموعة من المفاهيم حول قلق المستقبل نلاحظ ان معظم التعريفات اشارت الى ان قلق المستقبل هو الخوف من المستقبل ومن التفكير به، وان هذا الامر نتيجةً لخبرة مؤلمة وغير سارة، تؤدي الى ظهور مشاعر مختلفة من الخوف والارتباك وعدم الارتياح، وما يصاحبه من توقعات سلبية نحو المستقبل وفقدان الامن والطمأنينة (Norton, 2000).

التعريف الاجرائي لقلق المستقبل: هو مجموع الدرجات والتي تحصل عليها الام وفقا لإجاباتها على مقياس قلق المستقبل.

ثانياً: أسباب قلق المستقبل

اشارت طاوسي (2019) في دراستها الى ان هناك مجموعة من الأسباب المؤدية لقلق المستقبل وهي، عدم القدرة على فصل ما يتمناه الفرد من توقعات يريدها عن تلك التوقعات الموجودة على ارض الواقع، وعدم الانتماء إلى الأسرة، والإحساس بعدم الأمان والاستقرار النفسي، وفقدان الطمأنينة، وعدم

القدرة على التعامل مع المشكلات التي يتعرض لها الفرد، والخوف مما يحمله الواقع، والتنبؤ بشكل سلبي للأحداث القادمة (طاوسي، 2019).

كما أشار زاليكسي (1996) الى ان هناك مجموعة من العوامل او الاسباب والتي تساهم في حدوث قلق المستقبل ومنها ما يعود الى أسباب شخصية كعدم قدرة الفرد على التكيف مع المشكلة والتي يتعرض لها، وقلة المعلومات لبناء الأفكار، والتكهن بالمستقبل، وعدم قدرة الفرد على الفصل ما بين الاماني والتطلعات والواقع والذي يعيش به(Zaleski, 1996) .

ثالثاً: النظريات المفسرة للقلق

1. نظرية التحليل النفسي

يرى فرويد ان القلق هو حالة من الخوف، فهو بمثابة انذار تحذيري لخطر ما قادم، حيث يهدد كيان الفرد، فيحاول الوصول الى تفسير معقول يوضح من خلاله القلق، لذلك كان يعتقد فرويد في بداية الامر ان سبب القلق هو عدم الاشباع الجنسي، بالإضافة الى رغباته ودوافعه المكبوتة وسبق للانا على كبته في اللاشعور، وان عدم القدرة على تفريغ تلك الطاقة قد تتحول الى القلق، ولكن بدأ فرويد في التفكير في أساس القلق والذي يظهر نتيجة لحالة خطرة قد يتعرض لها الفرد، حيث تقوم الانا على عمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها، وابعاد ما يهددها ويشكل خطراً عليها، او ان يظهر القلق ويستفحل حتى يقع الفرد فريسة الاضطراب النفسي (عبد الدائم و زموري، 2022).

ويرى فرويد ان قلق المستقبل هو بمثابة شعور غامض يصاحبه مشاعر مختلفة وغير سارة، كالخوف والتوتر المصحوب ببعض الاعراض الجسدية، كما يعتبر رد فعل طبيعي تجاه الخطر، وهناك أول قلق مستقبل يتعرض له الفرد وهو قلق الصدمة والذي يحصل عند الانفصال عن الام في حالة الميلاد.

2. النظرية الإنسانية

تركز هذه النظرية على ان الخوف من المستقبل، وما يحمله المستقبل من احداث مختلفة تهدد كيانه، هو كافي على ان يثير القلق، كما يعتبر الفرد الكائن الوحيد الذي يدرك نهايته تماما وهو الموت في أي لحظة، فمثلاً توقع حدوث الموت فجأة، فهو يعتبر مثير أساسي للقلق، وبالإضافة الى ذلك عند تعرض الفرد الى الكثير من المعيقات أمام أهدافه، او امام اشباع حاجاته النفسية الأساسية فمثلاً الشعور بالأمن والأمان والاستقرار، بالإضافة الى الحب، والتقدير الامر الذي يثير القلق لديه، كما يؤدي الى اثارة الصراعات المختلفة، والتي بدورها تثير القلق، حيث ان عوامل هذا القلق ترتبط بحاضره ومستقبله وليس ناتجاً عن ماضي الفرد (رضوان، 2019).

3. النظرية الوجودية

تشير هذه النظرية الى ان الوعي والادراك الجيد للمستقبل يقابله الصحة النفسية، ولكن عند عدم القدرة على الثقة بالمستقبل بالإضافة الى مشاعر مختلفة كالإحباط والتشاؤم والشعور بأن المستقبل لا يحمل أي خير، وبالتالي عدم القدرة على تحقيق الأهداف أو الرغبات، هذا ما يجعل الحياة بلا معنى وبالتالي ينبثق عنها القلق، فالفرد يسعى دائماً للعمل والحركة من اجل تلبية رغباته وأهدافه وطموحاته، وهذا ما يثير القلق لديه بسبب شعوره الدائم من عدم القدرة على تحقيق ذلك، او عند عدم القدرة على التنبؤ بما سيحدث في الفترة القادمة (رضوان، 2019).

وتركز النظرية الوجودية على خصوصية الفرد، كما تركز على العديد من الموضوعات التي يتفرد بها الفرد فمثلاً الإرادة، والحرية، والابتكار والمسؤولية، تعتبر تحدي حقيقي امام الفرد، وهو تحقيق وجوده، وان يكون انسان متفرد، فيعتبر ذلك الهدف الأسمى بالنسبة له، ولكن عندما يتعرض الى صعوبات وتحديات في سبيل تحقيق ذلك او هناك ما يهدد وجوده، الامر الذي يؤدي الى استثارة حالة من القلق (عبد العاطي، 2021).

4. النظرية المعرفية

ترى هذه النظرية ان هناك علاقة قوية ما بين المعرفة والانفعال السلوك، كما تفترض هذه النظرية الى ان سبب حدوث القلق هو المكونات المعرفية، والأفكار التلقائية والتفسيرات الغير منطقية، والتي تتعلق بالخطر المرتقب او المتوقع حدوثه، كما ان الافراد الذين يعانون من اضطرابات القلق لديهم حساسية مفرطة تجاه توقع حدوث الخطر، كما يبالغون في تقدير احتمالية الخطر وشدته في المواقف المستقبلية، كما ان جميع هذه الأفكار تعمل على اثار مشاعر الخوف، والضيق الشديد، والتنبه التلقائي (محمد ه.، 2010)، وقد أشار زاليسكي (Zaleski, 1996) الى ان قلق المستقبل لديه مكونات معرفية قوية ومؤثرة أكثر منها انفعالية وهي عادة ما ترتبط بالخطر كما تركز على الزيادة في تقدير احتمال الأذى وقتامة المستقبل(Zaleski, 1996) .

وكما يرى اليس ان الأفكار اللامنطقية او اللاعقلانية لها دور كبير في حدوث الاضطرابات النفسية، فالإنسان عند تعرضه الى موقف ما، فهو يميل الى تفسير ذلك الموقف بطريقه خاطئة كما يميل الى المبالغة وتعظيم الامر، مما يترتب عليه الادراك الخاطئ، وبالتالي وصولاً الى ردود فعل عاطفية سلبية تجاه الحدث مثل القلق، والتوتر وعدم الأهمية.

5. النظرية السلوكية

تشير النظرية السلوكية الى ان القلق استجابة مكتسبة، وذلك من خلال الاشتراطات او من خلال ظروف معينة يتم فيها تعميم الاستجابة، لذلك يعتبر الخوف والقلق استجابة انفعالية واحدة، إذا تم اثارة الاستجابة من خلال مثير من شأنه ان يثير الاستجابة، وفي هذه الحالة تسمى الخوف، اما إذا تم اثارة الاستجابة من خلال مثير ليس من شأنه ان يثير الخوف فهنا يسمى القلق، والقلق في نظرية سكنر، لا يختلف كثيراً عن مسار التفسير الاشتراطي الكلاسيكي، فيرى ان السلوك بشكل عام، وبما فيه السلوك غير

السوي بانه نتيجة تعرض الفرد الى العديد من الخبرات والتي تعتبر مثيرة للقلق، والتي عززت بشكل كافي حتى أصبحت مثيراً قوياً ومستمراً (حبيب، 2014).

رابعاً: قلق المستقبل عند أمهات أطفال التوحد

عندما يتم ولادة طفل طبيعي لا يكون لديه مشاكل أو إعاقات فأن الأسرة بشكل عام والأم بشكل خاص تقوم برعايته بشكل طبيعي دون قلق او خوف حول مستقبله وما سيكون عليه، ولكن عندما يكون هناك طفل لديه اضطراب طيف التوحد فإن الام ينصب اهتمامها الى مستقبل هذا الطفل مع اغفال الحاضر الموجود فيه، فمنذ بداية اكتشاف الأم لحالة طفلها قد تكون في سلسلة طويلة من الضغوطات النفسية والعديد من المشاعر السلبية مثل الشعور بالذنب، والاكتئاب، والعجز، والغضب، وفي حالة من الانكار، حتى تصبح بحاجة ملحة إلى المساندة والدعم (القرالة، عبد الناصر، والتخاينة، صهيب، والضلاعين، أنس، 2017).

وغالباً ما يتعرض آباء ذوي اضطراب طيف التوحد الى القلق من المستقبل، وذلك بشأن الأمان المستقبلي عند عدم قدرتهم على تقديم الرعاية، كما تبين ان القلق من المستقبل لديهم اعلى مقارنةً بأطفال متلازمة داون (Watson, 2013).

كما يواجه اباء أطفال التوحد مستويات عالية من القلق والتوتر، بالإضافة الى ضغوطات ابوية أكثر، كما ان قلق المستقبل عند الأمهات كان مرتبطاً بالمقام الأول بالطفل، من حيث نوعية حياته بالمستقبل، وفي كيفية الاعتماد على الذات، والتعليم، والعلاقات مع الاخرين، وإمكانية العمل (Bujnowska, 2019).

وتتباين الخصائص الجسمية والسلوكية لأطفال اضطراب التوحد، وكذلك الاجتماعية والمعرفية، الأمر الذي يتطلب خصوصية في التعامل معه من قبل الأم، وذلك بحسب طبيعة هذا الطفل وقدراته وإمكاناته، وهذا ما يجعل الام اكثر قلقاً على مستقبل طفلها، وبالتالي هذا ما يؤثر على الأداء والانجاز الخاص

بالأم (البلوي، 2013)، كما أن طفل التوحد يحتاج الى رعاية خاصة، كما يتطلب تكاتف افراد الاسرة مع بعضها البعض من اجل توزيع الأدوار والمسؤوليات تجاه الطفل، حيث أن جميع ذلك يؤدي الى قلق المستقبل لدى افراد الاسرة بشكل عام والى الام بشكل خاص كونها الشخص الأقرب للطفل، فهي تقوم برعايته وتلبية احتياجاته اغلب الوقت، الأمر الذي يؤدي إلى ضغوطات نفسية مختلفة، وهذا ما يثير القلق على مستقبل طفلها وعلى حالته الصحية والنفسية (عمیار و كروش، 2019).

كما تشير الدراسات السابقة الى ان أمهات واباء الأطفال، وخاصة الأمهات اللواتي يقومن على تربية أطفال يعانون من أنواع مختلفة من الإعاقة، فهن يتميزن بإحساس اعلى بالقلق، كما يواجهن مشاكل صحية مختلفة، ولديهن قدر أكبر من التشاؤم، كما يوجد قلق عام اقوى بشأن المستقبل، الامر الذي يؤدي الى المزيد من المخاوف حول المستقبل (Bujnowska, 2019).

كما اكدت دراسة ديفيد (2015) الى أن هناك العديد من مظاهر قلق المستقبل لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد وذلك بخصوص أبنائهم، وهذا ما يؤثر على جوانب مختلفة أبرزها الحياتية، والنفسية، والاجتماعية التي يمررن بها (McConnell، 2015).

خامساً: الدراسات التي تناولت قلق المستقبل لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد

أجرت زهرة (2021) دراسة هدفت الى معرفة فاعلية برنامج ارشادي لخفض قلق المستقبل واثره على الكفاءة الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، ولتحقيق غايات الدراسة تم اختيار عينة مكونة من (20) أماً من أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، كما تم تقسيم العينة إلى مجموعة تجريبية تكونت من (10) أمهات ومجموعة ضابطة تكونت من (10) أمهات، ولغرض جمع المعلومات والبيانات تم استخدام مقياس قلق المستقبل، ومقياس الكفاءة الوالدية، كما استخدم المنهج شبه التجريبي في اعداد برنامج ارشادي، حيث اسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة لأمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في القياس البعدي على

مقياس قلق المستقبل، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية لأمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق المستقبل (زهرة، 2021).

وأجرت منيف (2020) دراسة هدفت الى التعرف على فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في خفض درجة قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد، ولتحقيق غايات الدراسة تم اختيار عينة مكونة من (80) اماً، منها عينة استطلاعية تكونت من (50) أماً، وعينة الدراسة الأساسية (30) أماً من أمهات أطفال التوحد في مركز الأوائل بمدينة الرياض، كما استخدمت المنهج شبه التجريبي في الدراسة، وصممت أدوات البحث التالية: مقياس قلق المستقبل، واعداد برنامج ارشادي، حيث اسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج الارشادي ورتب درجات المجموعة الضابطة والتي لم تتعرض للبرنامج الارشادي في المقياس البعدي لمقياس قلق المستقبل بأبعاده، حيث كانت قيمة الفروق لصالح المجموعة التجريبية للمقياس بإبعاده المختلفة، مما يوضح انخفاض مستوى قلق المستقبل لدى المجموعة التجريبية من أمهات أطفال التوحد بعد تطبيق البرنامج، وهذا ما يؤكد فاعلية البرنامج الارشادي (منيف، 2020).

وأجرت طاوسي (2019) دراسة هدفت الى التعرف على قلق المستقبل وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بمدينة ورقلة، ولتحقيق غايات الدراسة تم اختيار عينة تكونت من (52) امرأة (طاوسي، 2019)، كما اتبعت المنهج الوصفي الارتباطي، ولغرض جمع المعلومات والبيانات تم الاستعانة بمقياس قلق المستقبل ومقياس الامن النفسي للباحثة شقير (2005)، كما أظهرت النتائج وجود علاقة طردية موجبة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل والامن النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد (شقير، 2005)، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل تبعاً لمتغيرات (سن الأم، وجنس وسن الطفل التوحدي).

كما اجرى سهيل (2019) دراسة هدفت الى التعرف على قلق المستقبل لدى عينة من أمهات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك في رام الله والبيرة، كما تم استخدام المنهج المسحي، ومن اجل تحقيق اهداف الدراسة تم تطبيق أداة الدراسة بعد التحقق من صدقها وثباتها على عينة من الأمهات تتكون من (58) اماً، كما تم اختيارهن بطريقة العينة المتيسرة، وقد أظهرت نتائج الدراسة الى ان مستويات القلق لدى أمهات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة جاءت بدرجة متوسطة، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق المستقبل لدى العينة تعزى لمتغيرات كل من نوع إعاقة الطفل، وعمر الام، والمؤهل التعليمي، كما اشارت نتائج الدراسة الى ان مستوى قلق المستقبل لدى العينة جاءت بدرجة منخفضة أي بنسبة (55.6) ويعود ذلك الى الاهتمام الدائم الذي يلقاه ذوي الاحتياجات الخاصة، والدعم النفسي الذي يقدم للام وذلك من قبل العائلة، والأصدقاء، والمجتمع، الامر الذي يساعدها على القيام بواجبات طفلها، وبالإضافة الى ثقة الام بنفسها، وبالتالي قدرتها على مواجهة المشكلات وعدم الخوف من المستقبل (Suheil, 2019) .

كما أجرى البلوي (2013) دراسة هدفت الى التعرف على مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات (النوع الاجتماعي للطفل، والمؤهل العلمي للام، وشدة درجة الإعاقة) وذلك في المملكة العربية السعودية، ولتحقيق غايات الدراسة تم اختيار عينة قصدية تكونت من (50) أماً ممن لديهن أطفالاً توحديين، ولغرض جمع المعلومات والبيانات تم تطبيق مقياس قلق المستقبل على أفراد العينة، كما أسفرت النتائج إلى أن مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد جاء مرتفعاً، كذلك وجود اختلاف في مستوى قلق المستقبل لدى الأمهات يعزى لمتغير شدة ودرجة الإعاقة ولصالح الإعاقة الشديدة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل لدى الأمهات يعزى للمؤهل العلمي (البلوي، 2013).

كما اجرت لووك (2011) دراسة هدفت الى مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في التقليل من قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد، ولتحقيق غايات الدراسة تم اختيار مجموعة من أمهات أطفال

التوحد، تتراوح أعمارهم من (8–13) سنة، ولغرض جمع المعلومات والبيانات تم تطبيق مقياس بـــانو وآخرون (1996) لقياس القلق، من خلال تطبيق الجلسات العلاجية أسبوعية، حيث اسفرت النتائج الـــى ان الأمهات يشعرن بالقلق والتوتر حول مستقبل اولادهن، وتأثير الحالة المزاجية لديهن، كما توصـــلت النتائج الى أهمية البرامج الارشادي في تقديم العديد من المعلومات للأمهات، الامر الذي ساعد كـــل ام على كيفية التعامل مع ابنها(Lock, 2011) .

واجرى مانكوسكي (2007) دراسة هدفت الى معرفة مستوى اضطراب القلق واضطرابات المزاج لدى أمهات أطفال التوحد ومتلازمة (x)، حيث تكونت العينة من)56(اماً من أمهات أطفال اضطراب طيـــف التوحد ومتلازمة داون، كما تم استخدام مقياس القلق العام، ومقياس آخر حول اضطرابات المزاج، وقد أظهرت نتائج الدراسة زيادة معدلات اضطراب القلق العام مقارنة بأمهات أطفال متلازمة (x)، واللواتي يتعرضن الى اضطرابين او اكثر من اضطرابات القلق(Mankowski, 2007) .

1.3.5.2 الاكتئاب

لقد نالت الاضطرابات النفسية اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين او العاملين في مجال الصـــحة النفســـية، والاكتئاب ما زال من هذه الاضطرابات التي يتوسع انتشارها يوماً بعد يوم، الأمر الذي يتطلب ضرورة ملحة في فهم طبيعة هذا الاضطراب على حقيقته قبل ان يصل الى مراحله القصوى والمتأخرة.

فيعتبر الاكتئاب النفسي أحد الاضطرابات النفسية الشائعة، كما اكدت العديد من الدراسات انه من أكثـــر الاضطرابات النفسية خطورة على الفرد، فهو اشبه بالدوامة الكبيرة، والتي تسحب معها الفرد الذي ليس لديه القدرة على المقاومة، كما ليس لديه مناعة نفسية، حيث أن الاكتئاب يبدأ بسيطاً ثم ترتفع شدته فـــي حال لم يتجه الفرد الى عرض حالته على معالجين نفسيين ليساعدوه على التخلص منه، قبل أن يصـــل إلى مرحلة تأزم الحالة، وبالتالي قد تسيطر عليه العديد من الأفكار والتي تدفعه الى الانتحار وقتل نفسه للهروب منها (إسماعيل، 2015).

كما أشار إبراهيم (2009) الى ان الاكتئاب يعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وخطورة بـــنفس الوقت، كما تكون اعراضه تتراوح ما بين الشدة فمثلاً الحزن، والضيق، والغم وما بين الشعور باليـــأس والعجز من هذه الحياة وصولاً الى محاولة الانتحار لدى كافة الفئات من النساء، والرجال، وكبار الســـن والأطفال أيضاً (إبراهيم ع.، 2009).

وأشار كوليمان (1981) الى ان الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، فهـــو يحتـــل المرتبـــة الثانية بعد اضطراب القلق من حيث الانتشار، كما يصيب كافة الافراد وبمختلف الاعمار، ولا يميز بين الجنسين(Coleman, 1981) .

وعادة ما يحدث الاكتئاب عندما يتفاعل الفرد السوي مع الاحداث المؤسفة وحوادث الحيـــاة المختلفـــة، والتي في طبيعتها تثير الحزن، ولكن إذا زادت شدة الاكتئاب عن مستواه الطبيعي وأصبح غيـــر ملائـــم لطبيعة الحدث أو السبب، بالإضافة إلى استمراريته لفترة زمنية طويلة، وبالتالي سيصبح أو يتحول إلى اضطراباً نفسياً (مرادي، 2014).

ولا شك ان الانسان يتعرض يومياً الى العديد من الخبرات المختلفة والتي تنطوي عليها تغيرات كبيـــرة في المزاج، والانفعالات، والوجدان والمزاج في حالة سوداوية مستمرة، ولكنها لا تدوم لفترات طويلـــة، وربما ساعات او أيام قليلة، ولكن عندما تستمر لفترات طويلة، فهو من المؤشرات علـــى ان الشـــخص مكتئب، فيظهر عليه الخمول، والشعور باليأس، وعدم الرغبة في القيام بالأنشطة المعتاد عليهـــا، كمـــا يظهر عليه اليأس من مواجهة المستقبل، ويفقد التركيز أي الصعوبة في التعامل مع الاخرين، والشـــعور بالإجهاد المستمر، وتظهر الاحلام المزعجة، ويحدث اضطرابات في نومـــه وطعامـــه (إبـــراهيم ع.، 2009).

أولاً: تعريف الاكتئاب النفسي

يعرفه الهور (2016: 9) على "انه مجموعة من الاعراض التي تظهر على الافراد متمثلة في العزلة الاجتماعية والتجنب والحزن والتشاؤم واضطرابات النوم وضغوطات الحياة، بحيث تجعل الفرد في حالة انطوائية عن الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه واحتمالية توصل الفرد الى تمني الموت عن الحياة" (الهور، 2016).

كما يعرفه مرادي (2014: 30) "بانه من الاضطرابات النفسية بحيث يرتبط بحد كبير بالجانب المعرفي للفرد، مما يفسر وجود النمط السلبي في التفكير، وضعفاً في القوى والحركة والحيوية وهبوطاً في النشاط الوظيفي، وقد يكون له اعراض أخرى كتوهم المرض، او اتهام الذات او توهم الاضطهاد" (مرادي، 2014).

ويعرفه إبراهيم (2009: 15) على انه" حالة من الانقباض في المزاج واجترار الأفكار السوداء، وهبوط في الوظائف الفسيولوجية، وقد يكون مرضاً في حد ذاته او يكون عرضاً لبعض الامراض العقلية مثل الذهان، او الهوس المصحوب بالاكتئاب (إبراهيم ع.، 2009).

ويعرفه كحلة (2009: 11) الى انه " رد فعل انفعالي لدى الفرد إزاء مثيرات خارجية مشيرة الى سوء توافق الفرد مع بيئته، وينشا مثلاً نتيجة لفقدان الفرد شخصً عزيزاً عليه، ويتسم رد الفعل هذا بالقلق والحزن والتشاؤم والشعور بالفشل والعجز والانسحاب الاجتماعي وانتقاد الذات والانخفاض في تقديرها مع الانخفاض في الطاقة العامة للفرد (كحلة، 2009).

كما تعرفه جمعية الطب النفسي الامريكية في التصنيف الرابع (DSMI, 1994) على انه" اضطراب يتميز بوجود خمسة اعراض او أكثر تمثل تغيراً في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب، والنقص الواضح في الاهتمام والمتعة في أي شيء، ونقص الوزن الملحوظ، او زيادة في الوزن، وقلة او عدم

النوم، او زيادة في النوم، وهياج نفسي او بطيء في النشاط النفسي والحركي" (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5, 2013).

ويعرفه بيك (1978) على انه حالة من الاضطراب الانفعالي، وان أبرز ما يميزه ويظهر على الفرد هو تدني المزاج، وحدوث تغيرات نفسية مختلفة كالوحدة، والانطواء، والارق، وبالإضافة الى وجود تغيرات جسمية مختلفة في الوزن، وانخفاض واضح في مستوى النشاط (Beck, 1978).

وبناء على ما ذكر سابقاً من تعاريف حول الاكتئاب تعرفه الباحثة على انه حالة من اضطراب المزاج، وذلك بسبب ضغوطات خارجية، او تعرض الفرد لخبرات مؤلمة، بحيث تسيطر عليه العديد من المشاعر غير السارة والسلبية كالحزن والضيق، والعجز، واليأس التام، كما يكون مصحوباً بالشعور بالذنب ونقص تقدير الذات، الامر الذي يؤدي به الى عدم القيام بممارسة انشطته المعتادة، وفقدان الاهتمام والمتعة، والانعزال الاجتماعي، كما يعرف اجرائياً على انه مجموع الدرجات والتي تحصل عليها الام وفقاً لإجاباتها على مقياس الاكتئاب.

ثانياً: اعراض الاكتئاب

هناك اعراض متنوعة للاكتئاب من الناحيتين النفسية والجسدية المحتملة، وذلك بحسب ما أشار اليه مكنزي (2013):

1. أعراض نفسية: تتمثل في مجموعة من الاعراض منها: عدم صفو المزاج، وفقدان الاهتمام بالأنشطة المعتادة، كما ترافق الفرد أفكار كئيبة بالإضافة الى التوهم والهلوسة، وظهور أفكار انتحارية.
2. اعراض جسدية: تتمثل في مشكلات النوم أي اضطرابات النوم، وبطء ذهني وجسدي، والشعور بالتعب والإرهاق معظم الوقت بالإضافة الى الإمساك وفقدان الشهية، وعدم انتظام الدورة الشهرية لدى الاناث (مكنزي، 2013).

كما تحدث السيد (2007) الى مجموعة من الاعراض الأخرى وهي:

- الاعراض العقلية: تتسم بعدم قدرة الفرد على التركيز وذلك بسبب اضطراب التفكير والنسيان.
- الاعراض المعرفية: حيث تظهر عليه مجموعة من الاعراض والمتعلقة في الجانب المعرفي كالإهمال، وفقدان الاهتمام، وصعوبة في التركيز والانتباه، بالإضافة الى مجموعة من الأفكار السلبية، وسيطرت مشاعر الذنب، والاوهام والهلاوس.
- الاعراض الحركية: حيث ان الشخص المكتئب لديه حركة مستمرة ودائمة، فهو غير مستقر في مكان واحد، كما يعجز عن إتمام العمل، بالإضافة الى اضطرابات النوم والارق، بحيث يظهر عليه من خلال النوم لفترات طويلة او عدمه، واضطراب وزن الجسم، وذلك في زيادة او نقصان الشهية، والاعراض المزاجية الأخرى والتي توضح بأن المرء حزين.
- الاعراض السلوكية: تتضح من خلال تأخر في ردود الأفعال، والبكاء، والعزلة الاجتماعية او عكسها، والاعتماد على الغير، وبالإضافة الى أمور أخرى تتعلق بالنظافة الشخصية والهندام، وتأجيل الاعمال المطلوبة منه والاعتذار عنها او إعطائها للآخرين وذلك للقيام بها (السيد، 2007).

وكما أشار عقل واخرون (2021) الى ان هناك اعراض مختلفة يشعر بها الفرد المكتئب كما تختلف من فرد لآخر وذلك من حيث شدة الاعراض، ولكنها تتمحور في أمور عديدة ومنها: الصعوبة البالغة في التركيز والتفكير، واتخاذ القرارات الصحيحة، ومن ثم الشعور بالتعب والارهاق، ومشاعر سلبية أخرى كالتوتر، والضيق، والإحباط، والبكاء من دون سبب واضح، واستثارة هذه الانفعالات بسرعة، بالإضافة الى اضطرابات النوم، وفقدان الشهية، والتفكير السلبي والشعور بعدم الاهتمام من الاخرين، وتدني الذات(Aqeel, 2021) .

ثالثاً: مسببات الاكتئاب

ويشير التميمي (2022) إلى أن هناك عدة أمور تسبب الاكتئاب منها:

- الامراض الجسمية: عندما يكون الفرد مصاباً في أحد الأمراض الجسمية المختلفة التي تعيق من تكيفه في حياته، وبالإضافة الى عمله وطبيعة علاقاته مع الاخرين هذا ما يؤثر على مدى تمتعه بالصحة النفسية والحالة النفسية مما يؤدي الى الاكتئاب.
- فقدان الأقارب او الأصدقاء: هو فقدان الفرد لأشخاص يحبهم ويحترمهم، الامر الذي يؤدي بهم الى ان يشعروا بأن الحياة لا قيمة لها وان الحياة أصبحت مظلمة ومعتمة.
- المشاكل الأسرية: كثرة المشاكل الأسرية والمشاكل التي قد تحدث ما بين الأزواج والتي تؤثر على طبيعة علاقتهم وحياتهم وهذا ما يؤثر سلباً على الحالة النفسية (التميمي، 2022).

كما يشير إبراهيم (2009) الى ان نسب انتشار الاكتئاب ما بين النساء اعلى مقارنة بالرجال؛ ويعود ذلك الى أسباب نفسية واجتماعية تخص المرأة، فالمرأة تتعرض الى الكثير من التعب والارهاق، فهي تواجه خبرات مختلفة قد تكون أكثر صعوبة، ومؤلمة أكثر مما يواجه الرجل، وبالإضافة الى ذلك، فإن المرأة ليست لديها نفس مهارات الرجل، وذلك في التكيف او المواجهة عند تعرضها للخبرات المختلفة، فهي تمر بخبرات وظروف مختلفة تجعلها تشعر بالإحباط واليأس، والفشل، الامر الذي يؤدي بها الى الاكتئاب (إبراهيم ع.، 2009).

رابعاً: النظريات المفسرة للاكتئاب

هناك العديد من النظريات النفسية والتي حاولت تفسير الاكتئاب وتوضيح أسبابه وذلك في ضوء مفاهيمها الأساسية وأبرزها:

1. النظرية المعرفية

يرى بيك (1978) ان سبب الاكتئاب النفسي هو طريقة تفكير الفرد بالأحداث او الظروف التي يمر بها، وعليه فان الفرد المكتئب ينحاز الى التفكير بطريقة أكثر سلبية وتشاؤمية، لذلك فان التفكير بالاكتئاب

هو ناتج عن خلل في البنية المعرفية الأساسية، وهذا الخلل الذي يعبر عن ذاته من خلال التعامل مع الأحداث او الظروف، كما يرى الفرد المكتئب ان هذه الاحداث او المصاعب لن تكون لها نهاية واضعاً الفشل أمام عينيه (Beck، 1978).

كما يرى المكتئب نفسه بأنه شخص غير ناجح وغير كفؤ، فيعزو تلك الأمور الى ذاته، كما يضع العديد من المعوقات امام أهدافه، وينظر الى مستقبله بنظرة أكثر سلبية وتشاؤمية، كما ان جميع هذه المخططات المعرفية هي بمثابة جميع المكونات البنائية الأساسية للتنظيم المعرفي للفرد، حيث من خلالها يصنف ويقيم خبراته، كما تتميز مخططاته بإنها سلبية وذلك حول ذاته والعالم (محمد ص.، 2018).

2. نظرية التحليل النفسي

يرى فرويد أن الإنسان يأتي مزوداً في طاقة جنسية تسمي الليبيدو فهي التي تحرك الشخصية نحو الصحة او المرض، كما ان الشخصية تحتوي على ثلاثة أجزاء هامة وهي الهو، الانا، الانا الأعلى، وان العلاقة ما بينهم تكون في حالة صراع في غالب الأمر، كما يعود تطور الشخصية او اصابتها بالاضطرابات النفسية لهذا الصراع ما بين مكونات الشخصية الثلاثة، أي صراع الفرد بين اشباع هذه الحاجات الغريزية المتمثلة في الجنس وبين متطلبات الواقع، والرقابة الداخلية الأخلاقية (الضمير)، فالاكتئاب يمكن فهمه في ضوء الصراع الذي يحدث ما بين مكونات الشخصية (إبراهيم ع.، 1998).

كما ان الاضطرابات النفسية والتي يعاني منها الفرد ما هي الا تكرار لاشعوري، لكل ما حدث مع الطفل خلال السنوات الأولى من عمره، حيث ترتبط الإصابة بالاكتئاب في تاريخ الفرد نفسه وذلك منذ طفولته، فغالبية هذه الخبرات ما زالت مدفونة في اللاشعور لذلك فإن الهدف في العلاج التحليلي هو الكشف عن الدوافع اللاشعورية والتي تم كبتها من الطفولة (الهور، 2016).

كما ان نمط الشخصية والتي تعمل على كبت المشاعر او الانفعالات داخل نفس الفرد، بحيث يكون أكثر عرضةً للاكتئاب من الشخصيات الأخرى التي تعمل على تفريغ هذه الانفعالات بطرق مختلفة، فيعتبر الأطفال الذين فقدوا والديهم منذ الصغر اكثر عرضةً للاكتئاب من غيرهم في سنين رشدهم، حيث تستثير تلك المشاعر المؤلمة الحاضرة مشاعر الفقد القديمة والتي تعرض اليها، وتعمل الانا الأعلى على رفض هذه المشاعر وتحويلها الى الذات، حيث ان الاكتئاب بصورته ما هو الا عدوان موجه حول الذات (غانم ح.، 2002).

3. نظرية التعلم الاجتماعي

حيث تشير الى ان اضطراب الاكتئاب ما هو الا استجابة متعلمه، وذلك عند تعامل الفرد مع ظروف او ضغوطات تعتبر مهددة للأمن والأمان والشعور بالطمأنينة، ويعود ذلك الى أسباب بيئية أكثر من انها تكون أسباب داخلية، فيحدث العجز المتعلم وذلك عند تعرض الفرد لمجموعة من الخبرات المنفرة وبالتالي عدم قدرته على التعامل او التكيف معها، كما ان هذه الخبرة تعوق ما تم تعلمه من استجابات مختلفة كالهروب او التحاشي، فيتوقف عن محاولة اجراء التغييرات، وإيجاد الحلول المناسبة، ويطورون عدم القدرة على اتخاذ القرار، او الانخراط بشكل فعال، فالاكتئاب هنا ما هو الا غضب موجه نحو الذات نتيجة الإحباط وخيبة الامل، او الفشل في تحقيق الحاجات والطموحات (مصطفى م.، 2009).

4. النظرية السلوكية

تفسر السلوكية الاكتئاب من وجهة نظرها وبناءً على مفاهيمها الأساسية، في ان كل سلوك يقوم به الفرد هو سلوك متعلم خاطئ او صحيح، كما يكون للتعزيز وبشقيه الإيجابي او السلبي دور كبير ورئيسي في سلوك الافراد، فلذلك يتم النظر الى الاكتئاب على انه نتيجة لانسحاب التعزيز الكافي، كانسحاب العطف والحب والاهتمام (الهور، 2016).

ومن أكثر المفاهيم الأساسية في تعليم السلوك هو مفهوم التدعيم (التعزيز) وخاصة عند خفض التعزيز الإيجابي، والذي من شأنه ان يترك الأثر السلبي نتيجةً لخفضه او عدم وجوده، حيث ينطوي عليه العديد من الاعراض المختلفة مثل: الشؤم، والبؤس، والشعور بعدم الارتياح، وتدني مفهوم الذات، والشعور بالذنب، والانعزال الاجتماعي والشكاوى الجسدية (Lewinsetm, 2001).

خامساً: الاكتئاب عند أمهات أطفال اضطراب التوحد

يعتبر وجود طفل بالأسرة يعاني من اضطراب طيف التوحد من أحد العوامل المساهمة والتي تؤثر بشكل سلبي على العديد من الجوانب النفسية والحالة النفسية لدى الأسرة بشكل عام والأم بشكل خاص، نظراً لأنها تقوم في عدة أدوار كأمهات وربات بيوت وزوجات، الامر الذي يؤدي بها الى العديد من الضغوطات النفسية والتي تؤثر على حالتها النفسية، وعلى علاقاتها مع الآخرين والأصدقاء، فقد تصاب العديد من الأمهات بالاكتئاب أو أعراضه بسبب تلك المعاناة، والضغوطات التي تواجهها، بالإضافة الى رغبة ملحة في تحسين وتطوير مستوى أبنائهم من ذوي اضطراب التوحد، الأمر الذي يجعلها تبذل اقصى جهد من اجل تمكينه وان تجعله أكثر اعتماداً على نفسه (عيسى و الثبيتي، 2021).

كما أن أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد يتعرضن إلى الكثير من الإجهاد والتوتر والآثار السلبية، إضافة إلى الضغوطات التي تتعرض لها الأمهات والتي تتأثر بالمشكلات السلوكية لأطفالهن والشعور بالاكتئاب (Hastings, 2005).

كما اشارت دراسة الحوراني واخرون (2013) الى ان مقدمي الرعاية الاسرية لهؤلاء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يتعرضون للارتباك ومشاعر الخوف والتوتر، واظهرت الدراسات الى ان اسر أطفال ذوي الإعاقة يواجهون العديد من التحديات كما تعاني من ارتفاع مستوى الاكتئاب بالإضافة الى مشاكل نفسية أخرى مثل القلق والضيق والشعور بالذنب والقيود المختلفة تجاه الأدوار او المسؤوليات كما يشعرون بالإرهاق بسبب الضغوطات البيئية والصراع الزواجي (AlHorany، A. K., youns, N. A., Bataineh, M. Z., Hassan,S. A.، 2013).

كما أن تعرض الأم للاكتئاب يودي بها إلى العديد من الآثار السلبية والتي تؤثر على حالتها المزاجية العامة، وبالتالي انخفاض الشعور بجودة الحياة (Zablotsky، Anderson، و Law، 2013)، وبناء على ذلك فان تعرض أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد للاكتئاب أو أعراضه، قد يثير الكثير من المشكلات الانفعالية لديهن، وان عدم معالجة الاكتئاب النفسي، قد يجعل الأم في حالة تأزم، وبالتالي يقودها إلى مشاعر مختلفة مثل العجز، وعدم القدرة على التكيف مع الحياة، بالإضافة الى أفكار انتحارية ونوبات بكاء متكررة، كما قد تفقد الأم رغبتها في انجاز الاعمال المعتادة عليها، ولكن عند اشراكها في البرامج الارشادية النفسية قد يخفف من تلك الاثار النفسية التي تتعرض لها (عيسى و الثبيتي، 2021).

كما ان زيادة الاكتئاب لدى الأمهات قد يكون من خلال زيادة الأعباء التي تتحملها وتواجهها الام في ولادة طفل لدية اضطراب التوحد، وبالتالي يؤدي بها إلى الشعور بالحزن ومن ثم البعد عن الوسط الاجتماعي (محمد م.، 2018).

وقد أشار الطويرقي واخرون (2015) الى ان حجم المطالب التي تقع على الوالدين الذين يقومون برعاية الطفل التوحدي ترتبط بارتفاع في معدل الإصابة بالإجهاد الابوي والاكتئاب، واضطراب القلق والذي بدوره يؤثر سلباً على أداء الاسرة والعلاقات الزوجية (ALTowairqi، 2015)

سادساً: الدراسات التي تناولت الاكتئاب لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد

اجرى الثبيتي وعيسى (2021) دراسة هدفت الى معرفة مدى فاعلية برنامج ارشادي في خفض اعراض الاكتئاب والاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ولتحقيق غايات الدراسة تم اختيار عينة مكونة من (19) أماً من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية، ومن ثم تقسيم العينة الى مجموعتين وهما المجموعة التجريبية وشملت على (9) أمهات والمجموعة الضابطة والتي شملت على (10) أمهات، ولغرض جمع

المعلومات والبيانات تم استخدام قائمة بيك للاكتئاب واعداد مقياس الاحتراق النفسي، كما تم استخدام المنهج شبه التجريبي في اعداد برنامج ارشادي، وأشارت النتائج الى خفض مستوى الاكتئاب والاحتراق النفسي لدى أمهات المجموعة التجريبية واستمرار انخفاض المستوى خلال القياس التتبعي (عيسى و الثبيتي، 2021).

كما أجرى سعادة (2018) دراسة هدفت الى معرفة فاعلية برنامج ارشادي في ضوء النظرية السلوكية في خفض الضغوط النفسية والاكتئاب لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد، ولتحقيق غايات الدراسة تم اختيار عينه مكونة من (16) أماً من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في المملكة العربية السعودية، كما قسمت العينة عشوائياً إلى مجموعة تجريبية تكونت من (8) أمهات والمجموعة الضابطة من (8) أمهات، ولغرض جمع المعلومات والبيانات تم تطبيق قائمة بيك للاكتئاب ومقياس الضغوط النفسية، كما تم استخدام المنهج شبه التجريبي في اعداد برنامج ارشادي، وأشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى أداء افراد المجموعة التجريبية ومستوى أداء افراد المجموعة الضابطة في خفض الاكتئاب على مقياس الاكتئاب لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد تعزى إلى البرنامج الإرشادي ولصالح المجموعة التجريبية (سعادة، 2018).

وأجرت توأم (2019) دراسة هدفت إلى معرفة اثر برنامج إرشادي يستند إلى نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات أطفال اضطراب التوحد، ولتحقيق غايات الدراسة تم اختيار عينة تكونت من (20) أماً، كما وزعت المشاركات عشوائياً إلى مجموعة تجريبية تكونت من (10) أمهات وأخرى ضابطة تكونت من (10) أمهات، ولغرض جمع المعلومات والبيانات قامت الباحثة باستخدام مقياس الضغوط النفسية، كما استخدمت المنهج شبه التجريبي في إعداد برنامج إرشادي، حيث أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية للقياس القبلي لمقياس الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة) ووجود فروق ذات

دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج ولصالح المجموعة التجريبية (توأم، 2019).

كما اجرت ليدا وآخرون (2018) دراسة هدفت الى التعرف على فاعلية برنامج ارشادي في تحسين أسلوب التعامل في مواجهة التوتر، والقلق، والاكتئاب لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد، حيث شاركت في هذه الدراسة (30) أماً لأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم ما بين (4–11) سنة، وقد خضعت الأمهات لبرنامج تدريب عملي ويضم سبع جلسات، كما تضمنت كل جلسة الثقيف حول العلاج السلوكي المعرفي وتقديم الاستشارات وورش العمل ضمن المجموعات، بالإضافة الى تعبئة الاستبيان النفسي حول التعامل مع التوتر، وبيك للاكتئاب، والقلق، وتمت مقارنة النتائج قبل وبعد البرنامج باستخدام اختبار (t) وارتباط بيرسون، حيث زادت استراتيجية الأمهات للتعامل مع الاجهاد النفسي بشكل ملحوظ، كما انخفضت نسبة القلق والاكتئاب لدى الأمهات بشكل ملحوظ، وهذا يشير الى ان العلاج النفسي فعالاً لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وذلك في تحسين أسلوب التعامل وانخفاض كل من القلق والاكتئاب (lida, 2018).

وأجرت توهامي (2015) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى تقدير الذات لدى أمهات الأطفال التوحديين في بسكرة بالجزائر، ولتحقيق غايات الدراسة تم اختيار عينه قصدية تكونت من (6) حالات وهن أمهات لأطفال توحديين، تتراوح أعمارهم من (25–45) سنة، كما اتبعت المنهج العيادي، ولغرض جمع البيانات تم الاستعانة بالأدوات التي تخدم موضوع الدراسة والمتمثلة في المقابلة العيادية، ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث (1967)، وفحص تأثير العمر في ذلك، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن ثلاث حالات ظهر عليهن الإحباط والاكتئاب وعدم تقبل الطفل بالإضافة إلى فقدان الثقة بالنفس وانخفاض تقديرهن لذواتهن، ويرجع ذلك إلى صدمة إصابة الطفل بالتوحد والى سن اقل من (35 سنة)، كما أسفرت النتائج إلى أن الحالات المتبقية اكبر من (35 سنة، 41، 42، 45) لها مشاعر متبادلة من الإحساس بالثقة بالنفس ويعود ذلك إلى اكتسابهم خبرة في الحياة وتطور نمو الذات (توهامي، 2015).

كما اجرى الطويرقي وآخرون (2015) دراسة هدفت الى تقييم وجود الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد مقارنة بأمهات الأطفال الطبيعيين، وتحديد العوامل المرتبطة به، وفقا للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية، وذلك في مستشفى الأطفال بمنطقة الطائف في المملكة العربية السعودية، مع الاخذ بعين الاعتبار المتغيرات الديمغرافية وهي: عمر الام، وجنس الطفل، وعمر الطفل، حيث تم اختيار عينة مكونة من (60) اماً، ولغرض جمع المعلومات تم تطوير مقياس بيك للاكتئاب، والذي يحتوي على (13) بنداً من اجل تقييم مدى وشدة أعراض الاكتئاب الشائعة لدى أمهات أطفال التوحد، وقد اشارت النتائج لوجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى الى الجنس، حيث كان الجنس الانثوي له تأثير كبير في وجود الاكتئاب لدى الام، ولم يظهر هناك فروق تبعاً لمتغير عدد الاشقاء، او دخل الاسرة، ومستوى تعليم الام في الاكتئاب، كما اشارت الدراسة الى ان المتطلبات التي تفرضها الإعاقة تساهم في ارتفاع معدل الإصابة بالاكتئاب، لذلك تحتاج أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الى تدخلات نفسية(ALTowairqi, 2015) .

كما أجرى انجيرسول وهامبريك (2011) دراسة هدفت الى التعرف على العلاقة بين شدة اعراض التوحد، والتوتر والاكتئاب لدى والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ولتحقيق غايات الدراسة تم اختيار عينة مكونة من (149) من والدي الأطفال المصابين باضطراب التوحد، ولغرض جمع المعلومات والبيانات قاموا جميعاً باستكمال قائمة من الضغوط الوالدية، والاكتئاب، ونمط التوحد، وأساليب المواجهة، والدعم الاجتماعي، وشدة اعراض الطفل، كما اشارت نتائج الدراسة الى ارتفاع مستويات الضغوط والاكتئاب للوالدين(Ingersoll & Hambrick, 2011) .

1.4 العلاج السلوكي المعرفي

لقد نشأ هذا المنحى بسبب التذمر الواسع وعدم الرضا الذي يسود بين أصحاب المدرسة السلوكية باعتبارها لا تعطي الاهتمام للحياة النفسية والعقلية للفرد، ولا تعطي الاهتمام الكبير في افكاره وتصوراته الموجودة في ذهنه، ومن هنا جاء تطور جديد، وكان يتوجه الى الاهتمام بكل ما يحمله الفرد

في ذهنه من أفكار ومعتقدات، وتفسيرات مختلفة، والتي بدورها تؤثر على سلوكه ومزاجه، ومدى تكيفه مع الاخرين ومدى شعوره واستمتاعه بخبراته.

كما تعود بداية الاهتمام في موضوع العلاج السلوكي المعرفي مع بداية النصف الأخير من القرن الماضي، كما أشار بيك الى ان العلاج السلوكي المعرفي يقوم على مجموعة من الدعائم الفلسفية، والتي تعود الى زمن الرواقيين، كما اشارت الفلسفة الرواقية الى ان جميع الاحداث او المواقف والتي تواجه الانسان ليست وحدها المسؤولة عن اختلاف مزاجه، فهي تعود أيضاً الى الفكرة، وهي فكرة الانسان عن هذه الاحداث (عباس، 2019).

ويعتبر أرون بيك، والبرت اليس من مؤسسي العلاج السلوكي المعرفي، حيث كان كل منهما في بداية الامر يعمل بشكل مستقل، فكان بيك من الأشخاص الذين تدربوا في مجال التحليل النفسي بداية، ولكن كان غير مقتنعاً من هذه التعقيدات المختلفة والمفاهيم المجردة التابعة لهذه النظرية، وكانت جميع محاولاته لأثبات فرضيات التحليل النفسي امراً صعباً، ولكن من خلال عمله مع مرضى الاكتئاب لاحظ ان الافراد المكتئبين قد اعلنوا عن مدى واسع من الأفكار الخاطئة، وذلك للأحداث المختلفة التي تواجههم، وكانت تظهر لديهم بشكل تلقائي، حيث اطلق بيك على هذه الأفكار بالأفكار الآلية، او الاتوماتيكية، ومن ثم هذا الامر الذي دفع بيك الى تشجيع مرضاه على القيام بتحليل معرفي لأفكارهم ومعتقداتهم (هوفمان، 2012).

ويعتبر العلاج السلوكي المعرفي أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة، والتي تعمل على الدمج ما بين فنيات العلاج المعرفي وأيضاً فنيات العلاج السلوكي، حيث يعمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي فهو يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، فهو يشير الى ان هناك ارتباطاً قوياً ما بين التفكير والانفعال والسلوك، فالفرد عندما يفكر فهو ينفعل وبالتالي يسلك، وعندما ينفعل فهو يفكر ويسلك أيضاً، وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل وهكذا، وفيها يستخدم العديد من الفنيات سواء من العلاج

المعرفي، او السلوكي، او الانفعالي، كما يقوم هذا العلاج على إقامة علاقة علاجية وتعاونية ما بين المرشد والمسترشد، فيها يقوم المسترشد في الحديث عن تلك الأفكار السلبية واللامنطقية والتي تدور في ذهن المسترشد، والتي تعتبر المسؤول الاول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها، كما يقع على عاتق المرشد احداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح تلك الأفكار الخاطئة او المشوهة واستبدالها بأفكار أخرى اكثر منطقة وصحيحة (محمد ع.، 2000).

وتعد الفكرة الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي في ان حياة الافراد بشكل عام لا تخلو من الخبرات والتجارب التي قد تبعث لهم الشعور بالحزن واليأس والعجز بسبب ما يتعرضون له من تحديات مختلفة، كما أن جميع هذه الخبرات والتي قد يمر بها الفرد تتكون في ضوء تقييمه الذاتي وبحسب ما يستنتجه ومدى قدرته على التفاعل معها وضبطها، وبالتالي قد يؤدي الى نوع من التشويه المعرفي الذي يسبب ظهور اعراض لا توافقية مع الحدث او الخبرة، ومن ثم سيطرة تلك المشاعر السلبية التي تتمحور حول جوانب ثلاثة وهي المستقبل، والذات، والعالم من حوله، لذلك يأتي العلاج السلوكي المعرفي بتشكيل البنية المعرفية الخاصة بالفرد (الشناوي و السيد، 1998).

كما يؤمن العلاج السلوكي المعرفي بأن هناك العديد من الاستجابات الانفعالية، والسلوكية، والاضطرابات التي تعتمد الى درجة كبيرة على وجود مجموعة من الافكار او المعتقدات الخاطئة، والتي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الاخرين والعالم المحيط به، لذلك يعمل العلاج السلوكي المعرفي على تعليم المرضى كيف يفكر ويشعر وبالتالي كيف يتصرف بطريقة أكثر ملائمة وصحيحة، ويتوقف مدى نجاح العلاج النفسي على مدى نجاح المريض وقدرته على تحسين وتغيير طريقة تفكيره (كحلة، 2009).

كما ان العلاج السلوكي المعرفي قد ارتبط أساساً في علاج الأشخاص الذين تعرضوا للاكتئاب الا ان نطاقه قد توسع بحيث أصبح يعتبر من أفضل العلاجات النفسية في علاج الاضطرابات النفسية المختلفة

كالفصام او العصابية، مثل الوسواس القهري واضطرابات الشخصية والمخاوف المرضية والاضطرابات الانفعالية بالإضافة الى مشكلات سوء التوافق النفسي والاجتماعي بأنواعها ودرجاتها المختلفة (Butler، 2006).

كما يوجد هناك ثلاثة اهداف أساسية للعلاج السلوكي المعرفي يتم العمل عليها، وذلك من اجل الوصول الى الصحة النفسية وهي: اقناع المسترشد بأن السبب الرئيسي للوصول الى الاضطراب النفسي هي تلك الأفكار او المعتقدات اللاعقلانية او الخاطئة، والهدف الآخر وهو القيام في دحض الأفكار اللاعقلانية، وأخيراً مساعدة المسترشد على تبني أفكار جديدة ومنطقية (العسكر، 2011)، لذلك يستخدم العلاج السلوكي المعرفي العديد من الفنيات المعرفية، والانفعالية، والسلوكية المتكاملة فيما بينها، وذلك من اجل تحقيق الهدف الأساسي وهي مساعدة المسترشد على تكوين فكرة واضحة عن نفسه وعن الاخرين، وذلك من اجل الوصول الى درجة عالية من التوافق النفسي والايجابية والقبول.

كما يرى الشناوي وآخرون (1998) الى ان هناك اهداف أساسية للعلاج السلوكي المعرفي تبدأ في مساعدة المسترشد على تحديد تلك الأفكار او المعتقدات والتي ترتبط بالأحداث المحيطة به، ومن ثم مساعدته على تصحيح ما لديه من أفكار لا منطقية وتشوهات معرفية، وأخيراً مساعدته على ممارسة فنيات العلاج السلوكي المعرفي في مواقف حياتيه مختلفة وتطبيقها على ارض الواقع (الشناوي و السيد، 1998).

1.4.1 تعريف الإرشاد السلوكي المعرفي

"هو أحد مناهج الإرشاد الذي يستخدم الفنيات المعرفية والسلوكية والانفعالية بشكل منظم وذلك بهدف تعديل الأفكار والمعتقدات غير العقلانية، والتي تسبب الاضطرابات السلوكية والانفعالية المختلفة" (25) (العسكر، 2011).

كما يعرف على انه مجموعة من المبادئ والإجراءات التي يتم اتباعها بهدف تغيير الاتجاهات والأفكار والمعتقدات غير العقلانية واستبدالها بأنماط وطرق تفكير واقعية مما يساعد في التغلب على المشـــكلات التي تواجه الفرد" (البغدادي و العشماوي، 2019).

كما يعرف على انه "عملية منظمة ومخططة لها يشتمل على النظرية المعرفية السلوكية، والتي تهـــدف الى مساعدة الاسر على اكتساب بعض الحقائق والمعلومات عن اضطراب طيف التوحد واكسابهم بعض المهارات اللازمة للتعامل مع طفلهم التوحدي وتدريبهم من اجل مساعدة أطفالهم بهدف تحقيـــق أفضـــل نتيجة لمعالجة القصور لدى طفلهم (36) (العسكر، 2011).

وتعرفه عباس (2019) على انه مزيج من الفنيات والأساليب المعرفية والسلوكية، والتي يشتمل عليهـــا برنامج موجه وهادف لعلاج اضطراب ما، فهو يهدف الى خفض حدة هذا الاضطراب، واحداث التغيير المطلوب، كما يهتم في الجانب الانفعالي، والمعرفي، والاجتماعي للمريض، وذلك حتى يصل أخيراً الى التغيير في الجانب السلوكي (عباس، 2019).

وعلى انه " كف نشاط الأفكار السلبية النشطة، وفي نفس الوقت تدعيم وتعزيز الأفكـــار الملائمـــة فـــي الواقع من خلال العمل الفعلي وتشجيع المريض على القيام باختيار مـــدى ملائمـــة الأفكـــار الإيجابيـــة والأنشطة الفعالة وتعديل المشاعر الداخلية المتعلقة بالاضطراب، وذلك بهدف كشف النقاب عن المعاني التي توصف بها الأحداث غير المستحبة" (10) (كحلة، 2009).

وبناءً على ما تم ذكره سابقاً من تعريفات مختلفة، تعرفه الباحثة على انه أحد أنواع العلاج النفسي الذي يقوم على مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية والدمج بينهما، والذي يشتمل عليها برنـــامج موجـــه وهادف ومخطط له، من أجل علاج اضطراب ما، والتقليل من حدته وصولاً الى التغييـــر المطلـــوب، والتغيير في الجانب السلوكي.

ويعرف اجرائياً على انه مجموعة من الإجراءات او الخطوات المنظمة والتي تعمل على تعـديل تلـك الأفكار الخاطئة او اللامنطقيه واستبدالها بأفكار أخرى منطقية من خـلال فنيـات العـلاج السـلوكي المعرفي.

1.4.2 مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

يتناول محمد (2000) مجموعة من المبادئ التي تمثل اساس اتجاه العلاج المعرفي السـلوكي، والتـي تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية ومنها:

- أن العميل والمعالج يعملان مع بعضهم البعض في تقييم المشكلات التي يعاني منها العميل.
- أن المعرفة لها دور هام في معظم التعلم الإنساني.
- أن المعرفة والانفعال والسلوك تربطهم علاقة تفاعلية متبادلة.
- أن الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية الأخرى والتي يحملها الفرد لها الدور الأساسـي فـي انتاج وفهم كل من السلوك ومدى تأثير العلاج.
- ان العمليات المعرفية تندمج مع بعضها البعض في نماذج سلوكية (محمد ع.، 2000).

كما هناك أربعة عناصر مشتركة تمثل مبادئ عامة للعلاج السلوكي المعرفي بحسب مـا أشـار اليهـا (العسكر، 2011).

- الاضطرابات النفسية ترتبط بمجموعة من المعارف السلبية والمتمثلة بالقدرات والكفاءات الذاتيـة، وتلك المعارف تكون حاضرة بشكل دائم ولكن قد تنشط عند التعرض للمواقف المولدة للمشقة.
- تلك المعارف قد تكون تكونت في الماضي ولكن الأكثر أهمية هو ما يمتلكه الافـراد مـن أفكـار ومعتقدات يرددونها لأنفسهم الان، أكثر من الماضي فمن المهم جداً التركيز على ذلـك ومحاولـة تغييره.

- التأكيد على تحديد تلك الأفكار السلبية والعمل عليها حيث يستخدم ألبرت اليس الجدل المباشر، كما يستخدم بيك الأسلوب المتناقض، ويعتمد ميكنبوم على تزويد العميل باستراتيجيات مواجهة جديدة، فتلك الفنيات التي تم ذكرها هدفها واحد هو تفنيد المعارف او الأفكار السلبية.
- المعارف السلبية موجودة في مستوى الشعور وهذا يعني انها متاحة وواضحة بالنسبة للعميل، وذلك بعد مساعدة المعالج حتى يتمكن من التعامل معها وتفنيدها (العسكر، 2011).

كما يوجد مجموعة من الأساليب او الفنيات والتي يتم توظيفها ضمن العلاج السلوكي المعرفي، حيث تكون ضمن أربعة محاور أساسية (مصطفى م.، 2009).

1. الأساليب المعرفية: من خلالها يتم التعرف على الأفكار اللاعقلانية، والعمل على تفنيد ودحض الأفكار اللاعقلانية، او الأفكار الالية والسلبية، ورصد الأفكار السلبية ومناقشتها.
2. الأساليب السلوكية: من خلال أساليب المراقبة الذاتية للنشاطات التي يتعرض لها الفرد سواء إيجابية او سلبية، بالإضافة الى جداول النشاطات والواجبات المنزلية، والتدريب على فنيات الاسترخاء، وتأكيد الذات، وتعليم مهارة حل المشكلات.

وبناءً على ذلك، سوف تتناول هذه الدراسة برنامج ارشادي معرفي سلوكي يستهدف أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد نظراً لما تتعرض له الام من ضغوطات نفسية وتحديات مختلفة قد تؤثر على حالتها النفسية، حيث تنبع أهمية البرامج الارشادية في تسليط الضوء على الام وتطبيق برامج ارشادية لخفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية والتي قد تتعرض لها كالاكتئاب وقلق المستقبل.

لذلك لا بد من الاهتمام في وضع برامج ارشادية لمساعدة الأمهات على التدخل المبكر مع أطفالهم، وكيفية التعامل معهم، وذلك يتم من خلال مشاركة الأمهات في البرنامج الارشادي، كما ان مشاركة الأمهات وتفاعلهم في البرنامج المعّد يعمل على نجاح البرنامج الارشادي، بالإضافة الى اكسابهم العديد

من الممارسات او فنيات العلاج السلوكي المعرفي للتخفيف من اعراض بعض الاضطرابات النفسية، والتي من الممكن ان تتعرض لها كل ام لديها طفل توحد مثل القلق على مستقبل الطفل، والاكتئاب.

حيث ان اشراك الوالدين في برامج الارشادي النفسي، له الدور الهام في التخطيط لتنشئة الطفل، فهو يبني جسوراً من الثقة والاحترام المتبادل، والشعور بالألفة بينهم وبين كل من المرشدين، وتنمية الشعور بالمسؤولية، والمساعدة في تفهم حاجات الطفل، وفي كيفية التعامل والتواصل معهم بشكل فعال، حيث اثبتت العديد من الدراسات الى ان اندماج الوالدين في برامج الارشاد النفسي كان البرنامج اكثر نجاحاً وفعالية، كما يعتبر ارشاد الوالدين وتعليمهم ومساندتهم يمكن تبريره على انه دور أساسي وهام في حياة الطفل (حنفي، 2007)، وتأكيداً على ذلك فقد اشار المهتدي (2008) الى ان اشراك الأمهات في برامج الارشاد له أهمية كبيرة، فهو بمثابة حجر الأساس والذي ينطلق منه الخدمات المختلفة التي تتعلق في كيفية التعامل والتدخل مع الطفل، وطبيعة الخدمات التي تقدم لهم، وذلك حتى لا تشعر الام بنوع من التقصير تجاه ابنها، الامر الذي يساعدها في اكتساب العديد من المهارات والعمل على تنميتها بشكل افضل (المهتدي، 2008).

ونظرا لان اباء أطفال اضطراب طيف التوحد يواجهون ويعانون من العديد من المشكلات، فهم يبحثون عن المعرفة والمهارات والتعليم حول اضطراب التوحد، والتدخلات الفعالة والممكنة، فاغلب التدخلات والعلاجات تدور حول الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد، وليس حول الوالدين ومشاعرهم والمشاكل الزوجية التي يتعرضون لها نتيجة إنجاب او وجود طفل من ذوي اضطراب التوحد، لذلك ينبغي ادراج تدخلات مختلفة كالبرامج الارشادية وتقديم الدعم اللازم واقتراحات جديدة وطرق التعامل معها بشكل فعال (AlHorany, A. K., youns, N. A., Bataineh, M. Z., Hassan,S. A., 2013).

كما تعتبر أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من اهم الفئات التي تحتاج الـــى تقـــديم خـــدمات الارشاد النفسي والرعاية والمساعدة، فتعاني اغلب الأمهات من حالة عدم القبول، والرفض، والانكـــار، وذلك من خلال غرس الامل في نفوسهم وتقديم المعلومات الكافية حول هذا الاضطراب، وكيفية التعامل معه، ومن ثم عمل لقاءات تحفيزيه تساعدهن في الكشف عن المشكلات التي يتعـــرض لهـــا، وتقـــديم المساعدة لحلها، ومن ثم دمجهم في المجتمع من خلال الأنشطة المختلفة (عبد الحميد، 2020).

كما أشارت ليدا واخرون (2018) الى ان غالباً ما تكون رعاية طفل التوحد امراً مرهقاً، وغالبـــاً مـــا تعاني أمهات أطفال التوحد من مستويات عالية من التوتر والاكتئاب، حيث تعـــد الخطـــوات التدخليـــة لتعزيز مهارات التكيف والمرونة الابوية أكثر أهمية للصحة العقلية للوالدين، وعلى الرغم مـــن أهميـــة مهارات التعامل مع الاكتئاب او الاجهاد الابوي لدى أمهات أطفال التوحد الا ان هناك نـــدرة درة فـــي الدراسات والتي تناولت ذلك (lida, 2018).

كما يعتبر الاجهاد، والقلق، والاكتئاب الشديد من المظاهر الشائعة بـــين أمهـــات الأطفـــال المصـــابين باضطراب التوحد، لذلك يعتبر تقديم الدعم امراً هاماً لضمان الصـــحة النفســـية (Alsa, Sovitriana, Ekasari, & E, 2021).

وفي صدد ذلك فان الارشاد النفسي يكون له الدور الهام في تحسين الظروف البيئية والمحيطة بالطفـــل، والتخفيف من حجم المعاناة والظروف او التحديات التي على عاتق الأم، من خلال تبصير الوالدين بأهم المطالب والاحتياجات والتي تتعلق في مراحل نمو الطفل، وتدريبهم على كيفية التعامل مع هـــذه الفئـــة وزيادة دافعيتهم للعمل معه، واكسابهم العديد من المهارات اللازمة في مجال تعديل السلوك والتخفيـــف من حدة الاضطرابات السلوكية (درويش، 2015).

1.5 التعقيب على الدراسات السابقة

استفادت الباحثة في الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في بناء الإطـــار النظـــري وتحديـــد أهـــداف الدراسة والاطلاع على أدوات الدراسة والاستفادة منها في تلبية أغراض الدراسة، كما أن الاطلاع على الدراسات السابقة أفاد الباحثة في تحديد المنهج المناسب وكيفية إجراء البحث شبه التجريبـــي، وكيفيـــة صياغة الفرضيات المتعلقة بذلك، وبالإضافة الى تصميم البرنامج الارشادي، وفي تقســـيم المجموعـــات الارشادية، وضع الجلسات الارشادية المناسبة، وأخيراً تطوير مقاييس تلائم متغيرات الدراسة.

كما تعتبر الدراسة الحالية امتداداً وتطويراً للدراسات السابقة والتي تم ذكرها، وذلك من خـــلال اتبـــاع الباحثة المنهج شبه التجريبي وبالإضافة الى أدوات القياس وطرق جمع المعلومات المختلفة بمـــا فيهـــا كيفية التحليل الإحصائي وتطويرها بما يتلاءم مع الدراسة الحالية.

وبالإضافة الى ذلك، تشير الدراسات السابقة بما فيها العربية والأجنبية، علـــى ان هنـــاك العديـــد مـــن التحديات او الضغوطات النفسية التي تواجه الأمهات، والتي بدورها تؤدي الى الاكتئاب او القلق، حيث لا بد من وضع برامج ارشادية تهتم في هذه الفئة.

كما اكدت الدراسات السابقة على مدى فعالية البرنامج الارشادي في خفض الضـــغوط النفســـية التـــي تتعرض لها الأمهات كما في دراسة سعادة (سعادة، 2018) وتوأم (توأم، 2019)، كذلك فاعلية البرنامج الارشادي في خفض كل من اعراض الاكتئاب، كما في دراسة عيسى والثبيتـــي (عيســـى و الثبيتـــي، 2021)، ودراسة ليدا (lida, 2018) وفي خفض مستويات قلق المستقبل كما في دراسة بلوي (البلوي، 2013) ودراسة زهرة (زهرة، 2021)، ودراسة منيف (منيف، 2020).

ولكن يتضح من الدراسات السابقة محدودية الدراسات الفلسطينية التي تناولت موضـــوع الاضـــطرابات النفسية وبما فيها الاكتئاب وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد؛ وذلك لما لها من وضـــع خاص، اضافة للعديد من الظروف والتحديات الصعبة، لذلك ستتناول هـــذه الدارســـة فاعليـــة برنـــامج

ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، والتي تعتبر من أوائل الدراسات التي تتناول هذا الموضوع.

1.6 مشكلة الدراسة

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر شيوعاً وتعقيداً، حيث توجد هناك صعوبة في فهم هذه الفئة وفي كيفية التعامل معها، فالأطفال الذين تم تشخيصهم بالتوحد يكونوا أكثر انغلاقاً على ذواتهم، كما ينتابهم الكثير من الغموض وعدم الوضوح، لذلك من الممكن ان يصبح التوحد مشكلة تعاني منها الاسرة بشكل عام والام بشكل خاص بسبب عدم قدرتها على فهم هذا الاضطراب وكيفيه التعامل معه، لذلك تواجه ضغوطات نفسية كبيرة والتي بدورها تؤثر على دينامية حياتها، كما يتبعها تغييرات جذرية في الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية للوالدين ولكل افراد الاسرة.

ونظرا لان القائمة على هذه الدراسة تعمل في مركز خاص للتوحد في محافظة سلفيت – فلسطين فقد استشعرت وجود اعراض بعض الاضطرابات نفسية كالاكتئاب وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال، وذلك عند مرافقتهم للطفل واحضاره الى المركز من اجل استكمال الجلسات العلاجية والحديث بشكل غامض عن مستقبل الطفل والتعبير عن مشاعرهم التي يسودها الخوف والقلق الشديد على أبنائهم، مما يجعل الكثير من السلوكيات الخاطئة والناتجة عن هذا القلق تؤثر عليها وعلى الاسرة ككل، بالإضافة الى شعورهما بالاكتئاب ولوم الذات بإنهن المسؤولات عن حدوث ذلك، كما ان هناك من الأمهات من لا يشاركن في الأنشطة والمناسبات المختلفة بسبب سلوكيات ابنائهن المختلفة، والتي قد تنفر الآخرين منها وتجعلها في موقف حرج، كما ان امهات اطفال اضطراب طيف التوحد يتعرضن الى ضغوطات الحياة اليومية فمثلا قلة النوم، ادوارها المختلفة في الاسره، الانشغال المستمر، تحديات في التواصل، مشاعر احباط ناتجة عن صعوبة ملاحظة تقدم سريع لدى الطفل، وعدم التفهم من الاخرين، والتي تؤدي بها الى العزله، والى ظهور مشاعر اكتئابية مختلفة، لذلك ارتأت الباحثة تسليط الضوء على هذه الفئة من

الأمهات وتزويدهن بالعديد من الاستراتيجيات اللازمة للتخفيف من حدة الضغوطات او التحديات التي تواجهها، كما تساعد الامهات على تحقيق التوازن الاسري وتحسين التواصل، كما تكون فرصه للتفريغ وتقليل من مستوى الضغط، فجاءت هذه الدراسة لمعرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض أعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين كقلق المستقبل والاكتئاب.

وبناء على ما سبق تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي: **ما فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين؟**

1.7 أسئلة الدراسة

سعت الدراسة الحالية للإجابة على أسئلة الدراسة الآتية:

1. هل توجد فروق في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)؟
2. هل توجد فروق في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)؟
3. ما مستوى اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية؟

كما اشتقت الفرضيات التالية من الأسئلة وهي:

1. H_0: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية).

2. H_0: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)؟

1.8 أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى:

1. بناء برنامج سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين.
2. الكشف عن فروق في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية).
3. الكشف عن فروق في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية).
4. التعرف على مستوى اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية.

1.9 أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في جانبين وهما أهمية نظرية وتطبيقية، والتي يتم تناولهما بالاتي:

1. الأهمية النظرية

- تسعى هذه الدراسة إلى المساهمة في إثراء جانب هام من مجالات الدراسات النفسية والاجتماعية، وذلك من خلال تقديمها لبرنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد.

- تكمن أهمية الدراسة في ندرة الدارسات التي تناولت هذه الفئة، حيث تتعامل مع أمهات أطفال اضطراب التوحد، واللواتي يحتجن إلى مزيد من العناية والاهتمام للتخفيف من اعراض الاضطرابات النفسية.
- تساعد الدراسة الحالية على تقديم إطار نظري للباحثين في مجال الإرشاد السلوكي المعرفي واضطراب طيف التوحد والاستفادة منه.

2. الأهمية العملية للدراسة

أما الأهمية العملية للدراسة تتلخص بالنقاط الآتية:

- تسعى الدراسة الحالية لتقديم برنامج إرشادي سلوكي معرفي مقترح لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد للتخفيف من أعراض بعض الاضطرابات النفسية، وذلك من خلال تزويدهم بالعديد من الفنيات والاستراتيجيات المستندة إلى النظرية المعرفية والسلوكية.
- ستسهم الدراسة الحالية بزيادة وعي الأم حول طبيعة اضطراب التوحد، وكيفية التعامل معه.
- وضع الحلول المناسبة والممكنة لخفض اعراض الاكتئاب وقلق والمستقبل لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد.
- يمكن الاستفادة من البرنامج الحالي كنموذج في تصميم برامج أخرى تهدف الى التخفيف من اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد.

1.10 حدود الدراسة

تحددت الدراسة في ضوء الحدود الآتية: حدود زمانية ومكانية وبشرية وموضوعية كما يأتي:

الحد المكاني: اقتصرت الدراسة على أمهات أطفال جمعية هذا حقي لذوي الاعاقة الخيرية في محافظة سلفيت – فلسطين.

الحد الزماني: تم اجراء هذه الدراسة في النصف الأول من العام 2025.

الحد البشري: اقتصرت الدراسة على أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المراجعات لجمعية هذا حقي لذوي الإعاقة في محافظة سلفيت – فلسطين، والذين تم تشخصيهم أبنائهم باضطراب التوحد.

الحد الموضوعي: اقتصرت الدراسة على بناء برنامج ارشادي سلوكي معرفي، بهدف خفض اعراض الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل، الاكتئاب)، لدى امهات أطفال ذوي اضطراب التوحد.

1.11 مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية

اعتمدت الدراسة التعريفات الآتية لمصطلحاتها:

التوحد اصطلاحاً: "أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة والذي ينتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي مما ينتج عنه تلف في الدماغ، والذي يؤدي الى قصور في التفاعل الاجتماعي وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي وعدم القدرة على التخيل، ويظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل" (30) (مصطفى و الشربيني، 2010).

كما يعرف على انه" إعاقات النمو المزمنة التي ينتج عنها اضطرابات واضحة في جوانب النمو المختلفة (الحركي، والاجتماعي، والانفعالي، واللغوي) والمصحوبة بأنماط سلوكية شاذة، كما ان هذه الاعراض تظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل" (25) (القمش، 2010).

الاضطرابات النفسية: عرفته بوعود (2014: 31) بأنها " تشير إلى حالات سوء التوافق مع النفس او الجسد او مع البيئة طبيعية كانت ام اجتماعية، حيث يعبر عنها بدرجة عالية من القلق والتوتر والإحساس باليأس والتعاسة والقهر، وغالباً ما تمس الجانب الانفعالي للشخصية ويظل معها الفرد المضطرب متصلاً بالحياة الواقعية قادراً على استبصار حالته المضطربة" (بوعود، 2014).

الاكتئاب: "هو مجموعة من الاعراض التي تظهر على الافراد متمثلة في العزلة الاجتماعية والتجنب والحزن والتشاؤم واضطرابات النوم وضغوطات الحياة، بحيث تجعل الفرد في حالة انطوائية عن الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه واحتمالية تمني الموت عن الحياة" (9) (الهور، 2016).

كما يعرفه بيك (1978): بأنه حالة اضطراب انفعالي تظهر على الفرد من خلال عدة اعراض تتميز بتدني مزاجه، وتغيرات نفسية أخرى كالإحساس بالوحدة، والانطواء، والارق بالإضافة الى تغيرات جسمية كالوزن والخمول وبطيء الاستجابة"(Beck, 1978) .

قلق المستقبل: "حالة انفعالية من الخوف وعدم الاطمئنان عند التفكير في المستقبل (الدراسي، والمهني، والاجتماعي، والاقتصادي) وما سوف يعتريه المستقبل حتى يستطيع تحقيق ما يريد من اهداف وطموحات الا ان فشله في تحقيق ذلك يضعه في دائرة قلق المستقبل" 31 (أبو زيد، 2020).

كما يعرف على انه الشعور بعدم الارتياح والتفكير السلبي، بالإضافة الى النظرة التشاؤمية للمستقبل وللحياة وبالتالي عدم القدرة على مواجهة الضغوطات التي تواجه الفرد، وغالباً ما تكون بسبب التفكير حيث يشعر الفرد بحالة من القلق والتوتر والتشاؤم (Placeholder2).

البرنامج الإرشادي: "هو برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الارشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعقل بهدف تحقيق التوافق النفسي" (زهران، 1980).

كما يعرفه الثبيتي وعيسى (2021: 297) "هو مجموعة من الأنشطة والخبرات والفنيات المستندة الى أسس علمية ومنظمة ومخططة، ومحددة بخطة زمنية، وذلك لتقديم خدمات ارشادية لأمهات ذوي اضطراب طيف التوحد" (عيسى و الثبيتي، 2021).

أمهات أطفال اضطراب التوحد: هن الأمهات اللواتي لديهن أطفال تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، واللواتي يتلقى أطفالهن خدمات التأهيل في جمعية هذا حقي لذوي الإعاقة الخيرية.

الفصل الثاني

منهجية الدراسة

اشتمل هذا الفصل وصفاً مفصلاً للمنهجية التي تم إتباعها في هذه الدراسة، والتي تتضمن تعريف منهجها، ووصف مجتمعها وعينتها، والأدوات التي تم استخدامها، ودلالات الصدق والثبات لهذه الأدوات والإجراءات التي تم تطبيقها، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة البيانات للحصول على النتائج، وفيما يلي وصفاً لهذه الإجراءات:

2.1 تصميم الدراسة

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي، وذلك باستخدام مجموعتين تجريبية تم تطبيق البرنامج الارشادي السلوكي المعفي عليها، وضابطة لم يتم تطبيق البرنامج الارشادي المعرفي عليها، حيث تم توزيع أطفال اضطراب طيف التوحد على المجموعتين بشكل عشوائي لضمان تكافؤ المجموعتين، كما هدف لمعرفة مدى فاعلية برنامج ارشادي يستند الى النظرية المعرفية السلوكية في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، وذلك يتم من خلال تصميم البرنامج واجراء القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية والضابطة، ولتحديد اثر البرنامج تم اجراء قياس قبلي ومن ثم ادخال المتغير المستقل (البرنامج)، وتبعه قياس بعدي لمعرفة الأثر، وذلك باستخدام الاستبانة كأداة للدراسة وتطبيقها ورقياً.

G التجريبية **O** القياس القبلي – التجريبية **X** المعالجة **O** القياس البعدي – التجريبية

G الضابطة **O** القياس القبلي – الضابطة ---- **O** القياس البعدي – الضابطة

(التجريبيةG): المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي عليها.

(القياس القبلي – التجريبية O): القياس القبلي وهو تطبيق (مقياس قلق المستقبل، ومقياس الاكتئاب) وقياس مستواهم على المجموعة التجريبية قبل اجراء تطبيق البرنامج الارشادي السلوكي المعرفي.

(المعالجةX): وهو تطبيق البرنامج الارشادي السلوكي المعرفي على المجموعة التجريبية (المتغير المستقل).

(القياس البعدي – التجريبيةO): القياس البعدي وهو تطبيق (مقياس قلق المستقبل، ومقياس الاكتئاب) وقياس مستواهم على المجموعة التجريبية بعد اجراء تطبيق البرنامج الارشادي السلوكي المعرفي.

(الضابطةG): المجموعة الضابطة التي لم يتم تطبيق البرنامج الارشادي السلوكي المعرفي عليها.

(القياس القبلي – الضابطةO): القياس القبلي وهو تطبيق (مقياس قلق المستقبل، ومقياس الاكتئاب) وقياس مستواهم على المجموعة الضابطة قبل اجراء تطبيق البرنامج الارشادي السلوكي المعرفي.

(----): وهو عدم تطبيق البرنامج الارشادي السلوكي المعرفي على المجموعة الضابطة (المتغير المستقل).

(القياس البعدي – الضابطةO): القياس البعدي وهو تطبيق (مقياس قلق المستقبل، ومقياس الاكتئاب) وقياس مستواهم على المجموعة الضابطة بعد اجراء تطبيق البرنامج الارشادي السلوكي المعرفي.

2.2 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدارسة من جميع أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد المتواجدات في جمعية هذا حقي لذوي الإعاقة في سلفيت – فلسطين والمراجعات له، واللواتي يبلغ عددهن (45) أماً لـ(45) طفلاً توحدياً، وذلك بحسب البيانات التي حصلت عليها الباحثة وفق إحصائيات المركز للعام (2025).

2.3 عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (24) أماً، وهن جميع أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد المتواجدات والمراجعات لجمعية هذا حقي لذوي الإعاقة في سلفيت – فلسطين، والتي تم أخذها بأسلوب العينة القصدية، حيث تم تقسيمهن بالتساوي (12) أماً في المجموعة الضابطة، و(12) أماً في المجموعة التجريبية، والجدول (1) يوضح خصائص عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة.

جدول (1)

توزيع أفراد عينة الدراسة

المتغير	الفئة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
		التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %
المؤهل العلمي	ثانوية فاقل	2	%16.7	3	%25.0
	دبلوم	1	%8.3	3	%25.0
	بكالوريوس فأعلى	9	%75.0	6	%50.0
العمر	35سنة فاقل	6	%50.0	6	%50.0
	من 36 سنة فاكثر	6	%50.0	6	%50.0
عدد سنوات الزواج	من 1–10 سنوات	5	%41.6	4	%33.3
	اكثر من 10 سنوات	7	%58.3	8	%66.7
عمل الام	عاملة	2	%16.7	3	%25.0
	غير عاملة	10	%83.3	9	%75.0
عمر الطفل	من 3–6 سنوات	4	%33.3	3	%25.0
	من 7–10 سنوات	2	%16.7	1	%8.3
	اكبر من 10 سنوات	6	%50.0	8	%66.7
معاناة الطفل من امراض جسدية	نعم	2	%16.7	0	%0
	لا	10	%83.3	12	%100
عدد اخوة الطفل المتوحد	لا يوجد	2	%16.7	1	%8.3
	من 1–2	3	%25.0	7	%58.3
	من 3 فاكثر	7	%58.4	4	%33.3
ترتيب الطفل المصاب	الاول	6	%50.0	7	%58.3
	الاوسط	4	%33.3	2	%16.7
	الاخير	2	%16.7	3	%25.0
مستوى الدخل	اقل من 2000 شيقل	2	%16.7	1	%8.3
	من 2000 – 4000 شيقل	6	%50.0	8	%66.7
	اكثر من 4000 شيقل	4	%33.3	3	%25.0
	المجموع	12	%100	12	%100

2.4 أدوات الدراسة ومؤشرات صدقها وثباتها

لتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير استبيان يحتوي المتغيرات الديموغرافية، ومقاييس قلق المستقبل ومقياس الاكتئاب بالاستعانة بالدراسات المتعلقة بقلق المستقبل والاكتئاب، حيث تم تطوير مقياس قلق المستقبل وفق دراسة البلوي (2013) المعد من (شقير، 2005)، ومقياس الاكتئاب اعتماد على مقياس بلك للاكتئاب (البلوي، 2013).

أولاً: المتغيرات الديموغرافية

المؤهل العلمي، العمر، عدد سنوات الزواج، عمل الام، عمر الطفل، معاناة الطفل من امراض جسمية، عدد اخوة الطفل المتوحد، ترتيب الطفل المتوحد، مستوى الدخل (أنظر ملحق أ).

ثانياً: المقياس الأول: مقياس قلق المستقبل

قامت الباحثة بتطوير مقياس لقياس مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بالاستعانة بمقياس قلق المستقبل إعداد شقير (2005) في صياغة فقرات المقياس بما يتلاءم مع البيئة الفلسطينية، المكونة من (28) فقرة موزعة على (5) مجالات (شقير، 2005).

بحيث تكون المقياس في صورته الأولية من (29) فقرة منها (16) فقرة إيجابية وهي من فقرة (12، 13، ومن 16–29) و(13) فقرة سلبية من فقرة (1–11، 14، 15)، وقد وزعت فقرات المقياس على خمسة أبعاد فرعية، وهي (الخوف والقلق من الفشل في المستقبل ويتكون من (6) فقرات، والتي تمثل الفقرات من (1–6)، والياس في المستقبل ويتكون من (6) فقرات، والتي تمثل الفقرات من (7–12)، والقلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) ويتكون من (7) فقرات، والتي تمثل الفقرات من (13–19)، وقلق الصحة وقلق الموت ويتكون من (5) فقرات، والتي تمثل الفقرات من (20–24)، والقلق المتعلق بالمشكلات الحياتية ويتكون من (5) فقرات، والتي تمثل الفقرات من (25–29) (أنظر ملحق أ)، حيث تم استخدام مقياس ليكرت الثلاثي المتدرج بحيث تعطى الدرجات للفقرات الإيجابية (تنطبق تماماً

وتعطى الدرجة (3)، وتنطبق أحياناً (2)، ولا تنطبق على الإطلاق (1))، وللفقرات السلبية (تنطبق تماماً وتعطى الدرجة (1)، وتنطبق أحياناً (2)، ولا تنطبق على الإطلاق (3))، بحيث تعطى لكل فقرة من فقرات المقياس وكل بُعد درجة معينة، وتشير الدرجات المرتفعة على الفقرات والأبعاد الفرعية إلى وجود قلق المستقبل بدرجة مرتفعة على مستوى الفقرة والبُعد الفرعي، بينما تدل الدرجة المنخفضة على نفس المقياس على وجود قلق المستقبل بدرجة منخفضة على مستوى الفقرة والبُعد الفرعي، وتوصف متوسطات الاستجابة وفق الآتي (1-1.67) منخفض، (1.68-2.33) متوسط، (2.34-3) مرتفع).

دلالات صدق وثبات مقياس قلق المستقبل المستخدم في الدراسة الحالية

صدق المقياس

تم التحقق من صدق المقياس بالطرق الآتية:

الصدق البنائي: حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة الدراسة والمكونة من (24) اماً منهم (12) اماً في المجموعة التجريبية و(12) اماً في المجموعة الضابطة (القياس القبلي)، وذلك بهدف التحقق من الصدق والثبات وتحديد مجالاته وفقراته بالحذف والإضافة والتعديل بما يتلاءم مع عينة الدراسة، من خلال إيجاد معامل الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية على بُعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، حيث تراوحت بين (0.744 – 0.510)، وبُعد الياس في المستقبل، حيث تراوحت بين (0.833 – 0.573)، وبُعد القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، حيث تراوحت بين (– 0.679 0.747)، وبُعد وقلق الصحة وقلق الموت، حيث تراوحت بين (0.888 – 0.440)، وبُعد والقلق المتعلق بالمشكلات الحياتية، حيث تراوحت بين (0.737 – 0.657)، ومقياس قلق المستقبل الكلي، حيث تراوحت بين (0.751 – 0.272)، وقد جاءت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائية عند (α = 0.05) والتي ينصح بإبقائها في المقياس لتمتعها بصدق بنائي جيد يدلل على مدى صلاحيتها لقياس ما وضع

لقياسه، وقد جاءت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائية عند (α = 0.05) والتي ينصح بإبقائها في المقياس لتمتعها بصدق بنائي جيد يدلل على مدى صلاحيتها لقياس ما وضع لقياسه، باستثناء الفقرات (7، 14، 15، 18، 20، 26) والتي جاءت معاملات ارتباطها سالبة وغير دالة إحصائية عند (α = 0.05) والتي جرى حذفها من المقياس، وبذلك أصبحت الصورة النهائية للمقياس مكونة من (23) فقرة، والتي وزعت في المقياس على خمسة أبعاد فرعية، وهي (الخوف والقلق من الفشل في المستقبل ويتكون من (6) فقرات، والتي تمثل الفقرات من (1–6)، والياس في المستقبل ويتكون من (5) فقرات، والتي تمثل الفقرات من (7–11)، والقلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) ويتكون من (4) فقرات، والتي تمثل الفقرات من (12–15)، وقلق الصحة وقلق الموت ويتكون من (4) فقرات، والتي تمثل الفقرات من (16–19)، والقلق المتعلق بالمشكلات الحياتية ويتكون من (4) فقرات، والتي تمثل الفقرات من (20–23) (أنظر الملحق ب).

ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقة كرونباخ ألفا، إذ تم تقدير دلالات ثبات الاتساق الداخلي لأداة الدراسة في عينة الدراسة باستخدام طريقة كرونباخ ألفا، وقد بلغت قيمة معامل الثبات لبُعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل (0.669)، ولبُعد والياس في المستقبل (0.713)، ولبُعد القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) (0.675)، ولبُعد قلق الصحة وقلق الموت (0.677)، ولبُعد القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية (0.657)، ومقياس قلق المستقبل الكلي (0.878)، وهي معاملات ثبات مرتفعة ومناسبة، وهذا يعبر عن مدى صلاحية الأداة ومناسبتها لتحقيق غرض الدراسة.

ثالثاً: المقياس الثاني: مقياس الاكتئاب

قامت الباحثة بتطوير مقياس لقياس مستوى الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد بالاستعانة بمقياس بيك للاكتئاب والادب النظري والدراسات السابقة، بحيث تكون المقياس في صورته الأولية من (36) فقرة وجميعها إيجابية (أنظر ملحق أ)، حيث تم استخدام مقياس ليكرت الثلاثي المتدرج بحيث تعطى الدرجات للفقرات الإيجابية (تنطبق تماماً وتعطى الدرجة (3)، وتنطبق أحياناً (2)، ولا تنطبق على

الإطلاق (1)، بحيث تعطى لكل فقرة من فقرات المقياس درجة معينة، وتشير الدرجات المرتفعة إلى وجود الاكتئاب بدرجة مرتفعة، بينما تدل الدرجة المنخفضة على نفس المقياس على وجود الاكتئاب بدرجة منخفضة، وتوصف متوسطات الاستجابة وفق الآتي (1-1.67) منخفض، (1.68-2.33) متوسط، (2.34-3) مرتفع).

دلالات صدق وثبات مقياس الاكتئاب المستخدم في الدراسة الحالية

صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس بالطرق الآتية:

الصدق البنائي: حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة الدراسة مكونة من (24) اماً في المجموعة الضابطة، وذلك بهدف التحقق من الصدق والثبات وتنقيح وفرز فقراته بالحذف والإضافة والتعديل بما يتلاءم مع عينة دراسته، من خلال إيجاد معامل الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية على مقياس الاكتئاب الكلي، حيث تراوحت بين (0.776 – 0.279)، وقد جاءت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائية عند (α = 0.01) والتي ينصح بإبقائها في المقياس لتمتعها بصدق بنائي جيد يدل على مدى صلاحيتها لقياس ما وضع لقياسه، باستثناء الفقرات (9، 13، 15، 18، 29) والتي جاءت معاملات ارتباطها سالبة وغير دالة إحصائية عند (α = 0.05) والتي جرى حذفها من المقياس، وبذلك أصبحت الصورة النهائية للمقياس مكونة من (31) فقرة (أنظر الملحق ب).

ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقة كرونباخ الفا:

كما تم تقدير دلالات ثبات الاتساق الداخلي لأداة الدراسة في عينة الدراسة باستخدام طريقة كرونباخ ألفا، وقد بلغت قيمة معامل الثبات لمقياس الاكتئاب الكلي (0.907)، وهي معاملات ثبات مرتفعة ومناسبة، وهذا يعبر عن مدى صلاحية الأداة ومناسبتها لتحقيق غرض الدراسة.

2.5 البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي (وصف للبرنامج الارشادي)

تم تصميم برنامج ارشادي سلوكي معرفي، يستند الى الادب النظري في موضوع الدراسة الحالية، حيث قامت الباحثة بتطبيق البرنامج الارشادي والذي يستند على نظرية العلاج السلوكي المعرفي، من خلال مجموعة ارشادية تتكون من (24) اماً من أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، حيث تم توزيع الأمهات عشوائياً الى مجموعتين احداهما المجموعة التجريبية وتحتوي على (12) أماً، وأخرى ضابطة تحتوي على (12) أماً، كما تكون البرنامج الارشادي من (12) جلسة ارشادية، بحيث تحتوي كل جلسة على هدفها الخاص وبالإضافة الى مهاراتها وفنياتها الخاصة والمنبثقة من النظرية السلوكية المعرفية، كما تخلل كل لقاء تطبيق العديد من الأنشطة، والواجبات المنزلية، كما ركزت الباحثة على العديد من الإجراءات والاستراتيجيات الفعالة في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية التي تشملها الدراسة وهي (قلق المستقبل، والاكتئاب)، كما جرى التحقق من صدق البرنامج من خلال عرضه مجموعة من المحكمين مكونة من (3) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في موضوع الارشاد النفسي، كما جرى ارسال البرنامج للعديد من المحكمين لكن لم يكن هناك استجابة في تحكيم البرنامج، مما جعل الباحثة تعتمد بشكل اساسي في تعديل البرنامج على ملاحظات المحكمين الذين تمكنت من اخذ ملاحظاتهم (أنظر الملحق ج).

محتويات البرنامج

يحتوي البرنامج الارشادي على (12) جلسة ارشادية، وكانت مدة كل جلسة (90) دقيقة، وبمعدل جلستين اسبوعياً، ويوضح الجدول التالي موضوعات كل جلسة ارشادية وعنوانها:

جدول (2)

الجلسات الارشادية وعنوانها

الجلسة	عنوان الجلسة	مواعيدها (اليوم والتاريخ)
الجلسة الأولى	التمهيد والتعارف وبناء الثقة	الثلاثاء 2025/2/18
الجلسة الثانية	ما هو اضطراب التوحد؟	الخميس 2025/2/20
الجلسة الثالثة	جلسة تثقيفية حول (الاكتئاب، قلق المستقبل) وتأثيرهما على الحالة النفسية	الاثنين 2025/2/24
الجلسة الرابعة	نموذج اليس في التعرف على الأفكار اللاعقلانية	الأربعاء 2025/2/26
الجلسة الخامسة	المراقبة الذاتية	الاثنين 2025/3/3
الجلسة السادسة	التعريف بمهارة حل المشكلات	الأربعاء 2025/3/5
الجلسة السابعة	استكمالا للجلسة الماضية (توليد الأفكار+ الفرضيات	الاثنين 2025/3/10
الجلسة الثامنة	السلوك التوكيدي	الأربعاء 2025/3/12
الجلسة التاسعة	التفريغ الانفعالي	الاثنين 2025/3/17
الجلسة العاشرة	الاسترخاء العضلي	الأربعاء 2025/3/19
الجلسة الحادية عشر	الحوار الذاتي	الاثنين 2025/3/24
الجلسة الثانية عشر	الانهاء والتقويم	الأربعاء 2025/3/26

مراحل تطبيق البرنامج

حيث يحتوي البرنامج على أربعة مراحل وهي كالتالي:

المرحلة الأولى: وهي ما تسمى بمرحلة البدء، والتمهيد للبرنامج الارشادي، حيث يتم من خلالها التعارف والتمهيد وتبادل المعلومات، وذلك ما بين الباحثة والأمهات، ومن ثم الحديث عن اهداف البرنامج الارشادي، والاطار العام للبرنامج، وتحديد الزمان والمكان المناسب للأمهات.

المرحلة الثانية: حيث تقوم المرحلة الثانية على تزويد الأمهات في العديد من المعلومات، حول اضطراب طيف التوحد ومفهومه، واعراضه، وكيفية التعامل مع الأبناء بالطريقة الصحيحة، كما تحتوي

هذه المرحلة على توضيح مفهوم كل من قلق المستقبل والاكتئاب، ومن ثم التركيز على الأفكار اللاعقلانية والتي تؤدي الى سوء التوافق، ومعرفة العلاقة ما بينها وبين المشاعر، ومن ثم العمل على تصحيحها من خلال فنيات العلاج السلوكي المعرفي.

المرحلة الثالثة: التدريب على فنيات العلاج السلوكي المعرفي، وهي التدريب على مهارة حل المشكلات، والتدريب على فنيات الاسترخاء، والعمل على تحديد الأفكار اللاعقلانية وكيفية استبدالها بأفكار أخرى منطقية، والتدريب على فنية الحوار الذاتي وكيفية مخاطبة الذات بطريقة إيجابية وداعمة، وطرق التفريغ والتنفيس الانفعالي، حيث سعت الباحثة في هذه المرحلة على خفض قلق المستقبل والاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد.

المرحلة الرابعة: وهي المرحلة الأخيرة، حيث يتم من خلالها تقييم البرنامج الارشادي، وتلخيص جلسات البرنامج، وتطبيق القياس البعدي ومن ثم الانهاء.

الفنيات المستخدمة

قامت الباحثة باستخدام فنيات متعددة من فنيات العلاج السلوكي المعرفي ومنها:

المناقشة والحوار، وأسلوب المحاضرة، والتعزيز، والتخليص، والتغذية الراجعة، والتفريغ الانفعالي، والاسترخاء، والعصف الذهني، والواجبات المنزلية، والمراقبة الذاتية، وأسلوب حل المشكلات، وتحديد الأفكار اللاعقلانية، والتدريب على توكيد الذات، والنمذجة ولعب الأدوار، والدعابة والمرح، والتأمل.

تنفيذ البرنامج

استغرق تنفيذ البرنامج الارشادي (6) أسابيع، وبواقع جلستين أسبوعياً، اذ تضمن (12) جلسة ارشادية لأفراد المجموعة التجريبية، وكانت مدة كل جلسة ارشادية (90) دقيقة (أنظر الملحق د).

صعوبات تطبيق البرنامج الارشادي

ان تصميم البرامج الارشادية الموجهة لامهات أطفال اضطراب طيف التوحد، يمثل احد التدخلات النفسية والاجتماعية الضرورية، نظراً لما تتحمله هذه الفئة من ضغوطات مستمره والتي تؤثر سلباً في صحتهن النفسية وادوارهن الاسرية، فقامت الباحثة بتصميم البرنامج الارشادي من خلال تزويد الأمهات بالعديد من الاستراتيجيات اللازمة للتعامل مع الضغوطات او التحديات المختلفة، الا ان عملية التطبيق الميداني لا تخلو من الصعوبات، سواء كانت مرتبطة في الام، او متعلقة في ظروف أخرى اجتماعية وثقافية، مما يستدعي الإشارة اليها لفهم حدود البرنامج الارشادي، حيث كانت من ابرز الصعوبات في تطبيق البرنامج:

- ضعف المهارات الاساسية للتفريغ الانفعالي، فبعض الأمهات يجدن صعوبة في التعبير عن مشاعرهن او مناقشة التحديات كما يجب.
- الحواجز المجتمعية: النظرة السلبية تجاه حضور جلسات الدعم النفسي.
- مقاومة بعض الأمهات للتغير او تبني استراتيجات جديدة.
- غياب الدعم الاسري المتكامل من قبل الزوج والعائلة.

2.6 المعالجات الاحصائية المستخدمة في الدراسة

تم استخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS – Version – 22-، وذلك بإدخال استجابات الأفراد المستجيبين على أدوات الدراسة، كما تم معالجة البيانات وتحليلها للإجابة على أسئلة الدراسة، حيث تم إتباع الآتي:

1. استخراج التكرارات والنسب المئوية لوصف أفراد عينة الدراسة حسب الخصائص الديموغرافية.
2. استخدام معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة على الفقرة والدرجة الكلية على المقياس للتحقق من الصدق البنائي لأدوات الدراسة.
3. استخدام معادلة كرونباخ ألفا للتحقق من ثبات الاتساق الداخلي لأدوات الدراسة.

4. استخدام اختبار شيبيرو ويلك (Shapiro – Wilk) لفحص اعتدالية توزيع الاستجابات للإجابة على سؤال الدراسة الاول.
5. استخدام اختبار (T-test) لعينتين مستقلتين للإجابة على سؤال الدراسة الاول.
6. استخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب (One way ANCOVA) للإجابة على سؤال الدراسة الثاني.
7. استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات أدوات الدراسة للإجابة على سؤال الدراسة الثالث.

2.7 متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية:

المتغيرات المستقلة (الديموغرافية)

1. المؤهل العلمي، وله (3) فئات: (ثانوية فاقل، دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا).
2. العمر، وله (3) فئات: (25 سنة فاقل، من 26 سنة –35 سنة، من 36 سنة –45 سنة، اكثر من 45 سنة).
3. عدد سنوات الزواج، وله (3) فئات: (من 1–5 سنوات، من 6–10 سنوات، اكثر من 10 سنوات).
4. عمل الام، وله (2) فئتين: (عاملة، غير عاملة).
5. عمر الطفل، وله (3) فئات: (من 3–6 سنوات، من 7–10 سنوات، اكبر من 10 سنوات).
6. معاناة الطفل من امراض جسمية، وله (2) فئتين: (معم، لا).
7. عدد اخوة الطفل المتوحد، وله (4) فئات: (لا يوجد، من 1–2، من 3–5، اكثر من 5).
8. ترتيب الطفل المتوحد، وله (3) فئات: (الأول، الأوسط، الاخير).
9. مستوى الدخل، وله (4) فئات: (اقل من 2000 شيقل، من 2000 – 4000 شيقل، من 4000 – 6000 شيقل، اكثر من 6000 شيقل).
10. المجموعة، وله (2) فئتين: (ضابطة، تجريبية).

المتغيرات التابعة

1. قلق المستقبل: مقاساً بالدرجة التي يتم الحصول عليها على مقياس قلق المستقبل، والذي يتكون من (5) أبعاد (الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، والياس في المستقبل، والقلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، وقلق الصحة وقلق الموت، والقلق المتعلق بالمشكلات الحياتية).
2. الاكتئاب: مقاساً بالدرجة التي يتم الحصول عليها على مقياس الاكتئاب.

2.8 إجراءات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة تم إتباع الإجراءات الآتية:

- الحصول على كتاب موافقة على تسهيل مهمة الباحثة لتطبيق الدراسة في جمعية هذا حقي لـــذوي الإعاقة في سلفيت – فلسطين كون الباحثة احد العاملين في المركز (أنظر الملحق ه).
- توزيع أمهات أطفال التوحد على مجموعتين (الضابطة، التجريبية).
- إعداد أدوات الدراسة بصورتها الأولية (أنظر ملحق أ)، إضافة إلى تطبيقها على عينة الدراسة من أجل التحقق من الصدق والثبات (القياس القبلي).
- إعداد أدوات الدراسة بصورتها النهائية (أنظر ملحق ب).
- اعداد البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي وتطبيقه على المجموعة التجريبية.
- تطبيق أدوات الدراسة على المجموعتين (الضابطة، التجريبية).
- جمع إجابات المفحوصين وتنظيمها وترتيبها وتجهيزها وترميزها تمهيداً لإجراء التحليل الإحصائي المناسب باستخدام برنامج الرزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS).
- استخراج نتائج الدراسة وفق أسئلتها ومناقشة ما تم التوصل إليه من نتائج في ضوء أسئلة الدراسة والخروج بالتوصيات والمقترحات المناسبة استناداً إلى نتائج الدراسة.

الفصل الثالث

نتائج الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، وفيما يلي عرضاً لنتائج الدراسة وفقاً لأسئلتها.

3.1 النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول

والذي ينص على " هل توجد فروق في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)؟"

للإجابة على السؤال الأول المقابل للفرضية الاولى والمتعلق بفحص الفروق في القياس القبلي، تم استخدام اختبار شيبيرو ويلك (Shapiro – Wilk) لفحص اعتدالية توزيع الاستجابات على مقاييس اعراض بعض الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل وابعاده، الاكتئاب) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وذلك بهدف تحديد الاختبار الاحصائي الملائم للكشف عن الفروق بين المجموعتين في القياس القبلي، حيث ان حجم العينة اقل من (30) مستجيب، والجدول (3) يوضح نتائج اختبار شيبيرو ويلك (Shapiro – Wilk).

جدول (3)

نتائج اختبار شبيرو ويلك (Shapiro – Wilk) لفحص اعتدالية توزيع الاستجابات على مقاييس اعراض بعض الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل وابعاده، الاكتئاب) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)

الاضطرابات النفسية	المجموعة	احصائي اختبار شبيرو ويلك	درجات الحرية	الدلالة الاحصائية
الخوف والقلق من الفشل في المستقبل	الضابطة	0.897	12	0.145
	التجريبية	0.946	12	0.578
الياس في المستقبل	الضابطة	0.978	12	0.973
	التجريبية	0.914	12	0.241
القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)	الضابطة	0.911	12	0.221
	التجريبية	0.939	12	0.485
قلق الصحة وقلق الموت	الضابطة	0.901	12	0.166
	التجريبية	0.918	12	0.268
القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	الضابطة	0.913	12	0.232
	التجريبية	0.963	12	0.821
قلق المستقبل الكلي	الضابطة	0.936	12	0.452
	التجريبية	0.882	12	0.093
الاكتئاب الكلي	الضابطة	0.951	12	0.646
	التجريبية	0.933	12	0.413

يلاحظ من الجدول (3) أعلاه أن جميع المتغيرات التابعة مقياس قلق المستقبل الكلي وابعاده (بعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، وبعد الياس في المستقبل، وبعد القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، وبعد قلق الصحة وقلق الموت، وبعد القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية) ومقياس الاكتئاب الكلي، غير دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) فأقل مما يشير الى ان درجات الافراد على المتغيرات التابعة تتوزع توزعاً طبيعياً، وبالتالي فان انسب طريقة لتحليل البيانات، استخدام الاختبارات الإحصائية المعلمية، ولفحص تكافؤ المجموعتين على المتغيرات التابعة في الاختبار القبلي تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين، والتي يوضحها الجدول (4).

جدول (4)

المتوسطات والانحرافات واختبار (T-Test) لفحص دلالة الفروق لمستوى اعراض بعض الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل وابعاده، الاكتئاب) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)

الاضطرابات النفسية	الفئة	العدد	متوسط حسابي	انحراف معياري	قيمة ت	درجات الحرية	الدلالة
الخوف والقلق من الفشل في المستقبل	الضابطة	12	1.889	0.372	0.184	22	0.856
	التجريبية	12	1.861	0.368			
الياس في المستقبل	الضابطة	12	2.267	0.403	0.103	22	0.919
	التجريبية	12	2.250	0.392			
القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)	الضابطة	12	2.292	0.437	1.225	22	0.234
	التجريبية	12	2.063	0.478			
قلق الصحة وقلق الموت	الضابطة	12	2.479	0.419	0.669	22	0.511
	التجريبية	12	2.354	0.494			
القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	الضابطة	12	2.292	0.487	1.370	22	0.185
	التجريبية	12	2.021	0.482			
قلق المستقبل الكلي	الضابطة	12	2.214	0.315	0.896	22	0.380
	التجريبية	12	2.094	0.338			
الاكتئاب الكلي	الضابطة	12	2.142	0.306	1.356	22	0.189
	التجريبية	12	1.970	0.316			

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) ** دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)

يلاحظ من الجدول (4) أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) فأقل في متوسطات مستوى اعراض بعض الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل الكلي وابعاده (بعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، وبعد الياس في المستقبل، وبعد القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، وبعد قلق الصحة وقلق الموت، وبعد القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية) ومقياس الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية).

2.3 النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني

والذي نصّه "هل توجد فروق في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)؟ "

1. قلق الموت وابعاده

وللإجابة عن هذا السؤال المقابل للفرضية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي وابعاده (بعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، وبعد الياس في المستقبل، وبعد القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، وبعد قلق الصحة وقلق الموت، وبعد القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، والجدول (5) يوضح ذلك:

جدول (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)

قلق المستقبل وابعاده	المجموعة	حجم العينة	القياس القبلي		القياس البعدي	
			M	SD	M	SD
الخوف والقلق من الفشل في المستقبل	الضابطة	12	1.889	0.372	1.833	0.482
	التجريبية	12	1.861	0.368	1.431	0.329
الياس في المستقبل	الضابطة	12	2.267	0.403	2.067	0.429
	التجريبية	12	2.250	0.392	1.517	0.301
القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)	الضابطة	12	2.292	0.437	2.208	0.498
	التجريبية	12	2.063	0.478	1.396	0.598
قلق الصحة وقلق الموت	الضابطة	12	2.479	0.419	2.375	0.617
	التجريبية	12	2.354	0.494	1.458	0.552
القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	الضابطة	12	2.292	0.487	2.250	0.564
	التجريبية	12	2.021	0.482	1.479	0.686
قلق المستقبل الكلي	الضابطة	12	2.214	0.315	2.116	0.422
	التجريبية	12	2.094	0.338	1.457	0.430

يلاحظ من الجدول (5) أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قد بلغ (1.431)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (1.861)، كما تظهر النتائج أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل للمجموعة الضابطة في القياس البعدي قد بلغ (1.833)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والذي بلغ (1.889).

كما يلاحظ من الجدول (5) أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض الياس في المستقبل للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قد بلغ (1.517)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض الياس في المستقبل للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (2.250)، كما تظهر النتائج أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض الياس في المستقبل للمجموعة الضابطة في القياس البعدي قد بلغ (2.067)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض الياس في المستقبل للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والذي بلغ (2.267).

كما يلاحظ من الجدول (5) أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قد بلغ (1.396)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (2.063)، كما تظهر النتائج أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) للمجموعة الضابطة في القياس البعدي قد بلغ (2.208)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والذي بلغ (2.292).

كما يلاحظ من الجدول (5) أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قد بلغ (1.458)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (2.354)، كما تظهر النتائج أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت للمجموعة الضابطة في القياس البعدي قد بلغ (2.375)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والذي بلغ (2.479).

كما يلاحظ من الجدول (5) أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قد بلغ (1.479)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (2.021)، كما تظهر النتائج أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية للمجموعة الضابطة في القياس البعدي قد بلغ (2.250)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والذي بلغ (2.292).

كما يلاحظ من الجدول (5) أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قد بلغ (1.457)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (2.094)، كما تظهر النتائج أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي للمجموعة الضابطة في القياس البعدي قد بلغ (2.116)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والذي بلغ (2.214).

ولتحديد فيما إذا كانت الفروق بين المتوسطات الحسابية ذات دلالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب (One way ANCOVA)

لفحص دلالة الفروق بين المجموعتين (الضابطة، التجريبية)، ويبين الجدول (6) نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب (One way ANCOVA):

جدول (6)

نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب (one way ANCOVA) لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي وابعاده (بعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، وبعد الياس في المستقبل، وبعد القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، وبعد قلق الصحة وقلق الموت، وبعد القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)

مصدر التباين		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	حجم الاثر
الخوف والقلق من الفشل في المستقبل	المجموعة	0.911	1	0.911	6.151	*0.022	0.227
	الخطأ	3.111	21	0.148			
	المجموع	4.721	23				
الياس في المستقبل	المجموعة	1.779	1	1.779	14.020	**0.001	0.400
	الخطأ	2.665	21	0.127			
	المجموع	4.838	23				
القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)	المجموعة	4.009	1	4.009	12.814	**0.002	0.379
	الخطأ	6.570	21	0.313			
	المجموع	10.622	23				
قلق الصحة وقلق الموت	المجموعة	5.027	1	5.027	14.032	**0.001	0.401
	الخطأ	7.523	21	0.358			
	المجموع	12.583	23				
القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	المجموعة	2.646	1	2.646	6.742	*0.017	0.243
	الخطأ	8.243	21	0.393			
	المجموع	12.247	23				
قلق المستقبل الكلي	المجموعة	2.444	1	2.444	12.896	**0.002	0.380
	الخطأ	3.980	21	0.190			
	المجموع	6.605	23				

* دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ** دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)

ويظهر من الجـــدول (6) أن قيمة (ف) بالنسبـــة لمتغير خفض اعراض الخوف والقلق من الفشل فـــي المستقبل، قد بلغت (6.151)، وبمستوى دلالة يساوي (0.022)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالـــة إحصائية بين متوسطات لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل لـــدى أمهـــات أطفـــال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبيـــة)، وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على الآتي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عنـــد مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في خفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبيـــة)، وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية المعدلة، والتي يبينها الجدول (7) لمعرفة لمن تؤول الفروق، كما بلغ حجم التأثير (0.227) والذي يشير الى حجم تأثير كبير (الدردير، 2006).

كما يظهر من الجـــدول (6) أن قيمة (ف) بالنسبـــة لمتغير خفض اعراض الياس في المســـتقبل، قـــد بلغت (14.020)، وبمستوى دلالة يساوي (0.001)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالـــة إحصـــائية بين متوسطات لخفض اعراض الياس في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظـــة ســـلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وهذا يعني رفـــض الفرضـــية الصفرية والتي تنص على الآتي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالـــة ($\alpha \leq 0.01$) في خفض اعراض الياس في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلســـطين فـــي القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وقد تم اســـتخراج المتوســـطات الحســـابية المعدلة، والتي يبينها الجدول (7) لمعرفة لمن تؤول الفروق، كما بلغ حجم التأثير (0.400) والذي يشير الى حجم تأثير كبير (الدردير، 2006).

كما يظهر من الجـــدول (6) أن قيمة (ف) بالنسبـــة لمتغير خفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكيـــر في المستقبل)، قد بلغت (12.814)، وبمستوى دلالة يساوي (0.002)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات لخفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المســـتقبل) لـــدى أمهـــات

أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على الآتي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$) في خفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية المعدلة، والتي يبينها الجدول (7) لمعرفة لمن تؤول الفروق، كما بلغ حجم التأثير (0.379) والذي يشير الى حجم تأثير كبير (الدردير، 2006).

كما يظهر من الجدول (6) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير خفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت، قد بلغت (14.032)، وبمستوى دلالة يساوي (0.001)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات لخفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على الآتي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$) في خفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية المعدلة، والتي يبينها الجدول (7) لمعرفة لمن تؤول الفروق، كما بلغ حجم التأثير (0.401) والذي يشير الى حجم تأثير كبير (الدردير، 2006).

كما يظهر من الجدول (6) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير خفض اعراض القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية، قد بلغت (6.742)، وبمستوى دلالة يساوي (0.017)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات لخفض اعراض القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على الآتي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في خفض اعراض القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية لدى أمهات أطفال التوحد في

محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية المعدلة، والتي يبينها الجدول (7) لمعرفة لمن تؤول الفروق، كما بلغ حجم التأثير (0.243) والذي يشير الى حجم تأثير كبير (الدردير، 2006).

كما يظهر من الجدول (6) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير خفض اعراض قلق المستقبل الكلي، قد بلغت (12.896)، وبمستوى دلالة يساوي (0.002)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على الآتي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$) في خفض اعراض قلق المستقبل الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية المعدلة، والتي يبينها الجدول (7) لمعرفة لمن تؤول الفروق، كما بلغ حجم التأثير (0.380) والذي يشير الى حجم تأثير كبير (الدردير، 2006).

جدول (7)

المتوسطات الحسابية والأخطاء المعيارية المعدلة لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)

قلق المستقبل وابعاده	المجموعة	حجم العينة	القياس البعدي	
			M	SD
الخوف والقلق من الفشل في المستقبل	الضابطة	12	1.827	0.111
	التجريبية	12	1.437	0.111
الياس في المستقبل	الضابطة	12	2.064	0.103
	التجريبية	12	1.519	0.103
القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)	الضابطة	12	2.224	0.164
	التجريبية	12	1.380	0.164
قلق الصحة وقلق الموت	الضابطة	12	2.379	0.174
	التجريبية	12	1.454	0.174
القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	الضابطة	12	2.211	0.185
	التجريبية	12	1.519	0.185
قلق المستقبل الكلي	الضابطة	12	2.111	0.127
	التجريبية	12	1.461	0.127

يبين الجدول (7) أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية قد بلغ (1.437)، وهو اقل من المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة الضابطة والذي بلغ (1.827) حيث تدل هذه القيم على أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية كان الأفضل، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية، وذلك بالاستناد إلى قيمة ف المحسوبة والمبينة في الجدول (7).

كما يبين الجدول (7) أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الياس في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية قد بلغ (1.519)، وهو اقل من المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الياس في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة الضابطة والذي بلغ (2.064) حيث تدل هذه القيم على أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الياس في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية كان الأفضل، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية، وذلك بالاستناد إلى قيمة ف المحسوبة والمبينة في الجدول (6).

كما يبين الجدول (7) أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية قد بلغ (1.380)، وهو اقل من المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة الضابطة والذي بلغ (2.224) حيث تدل هذه القيم على أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية كان الأفضل، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية، وذلك بالاستناد إلى قيمة ف المحسوبة والمبينة في الجدول (6).

كما يبين الجدول (7) أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية قد بلغ (1.454)، وهو اقل من المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة الضابطة والذي بلغ (2.379) حيث تدل هذه القيم على أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت لدى

أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعـدي للمجموعـة التجريبيـة كـان الأفضل، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية، وذلك بالاستناد إلـى قيمـة ف المحسوبة والمبينة في الجدول (6).

كما يبين الجدول (7) أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض القلق المتعلق بالمشـكلات الحياتيـة لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية قد بلـغ (1.519)، وهو اقل من المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض القلق المتعلق بالمشـكلات الحياتيـة لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة الضابطة والـذي بلغ (2.211) حيث تدل هذه القيم على أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعـراض القلـق المتعلـق بالمشكلات الحياتية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سـلفيت – فلسـطين فـي القيـاس البعـدي للمجموعة التجريبية كان الأفضل، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية، وذلـك بالاستناد إلى قيمة ف المحسوبة والمبينة في الجدول (5).

كما يبين الجدول (7) أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي لـدى أمهـات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية قد بلـغ (1.461)، وهو اقل من المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي لدى أمهات أطفـال التوحـد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة الضابطة والذي بلغ (2.111) حيث تدل هذه القيم على أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي لدى أمهات أطفال التوحـد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية كان الأفضل، مما يؤشر علـى ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية، وذلك بالاستناد إلى قيمة ف المحسوبة والمبينة في الجـدول (6).

2. الاكتئاب

وللإجابة عن هذا السؤال المقابل للفرضية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لخفض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، والجدول (8) يوضح ذلك:

جدول (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)

	المجموعة	حجم العينة	القياس القبلي		القياس البعدي	
			M	SD	M	SD
الاكتئاب الكلي	الضابطة	12	2.143	0.306	2.013	0.416
	التجريبية	12	1.970	0.316	1.406	0.395

يلاحظ من الجدول (8) أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض الاكتئاب الكلي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قد بلغ (1.406)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض الاكتئاب الكلي للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (1.970)، كما تظهر النتائج أن المتوسط الحسابي لخفض اعراض الاكتئاب الكلي للمجموعة الضابطة في القياس البعدي قد بلغ (2.013)، وهو اقل من المتوسط الحسابي لخفض اعراض الاكتئاب الكلي للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والذي بلغ (2.143).

ولتحديد فيما إذا كانت الفروق بين المتوسطات الحسابية ذات دلالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب (One way ANCOVA) لفحص دلالة الفروق بين المجموعتين (الضابطة، التجريبية)، ويبين الجدول (9) نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب (One way ANCOVA):

جدول (9)

نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب (one way ANCOVA) لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)

	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	حجم الاثر
الاكتئاب الكلي	المجموعة	1.986	1	1.986	11.529	**0.003	0.354
	الخطأ	3.618	21	0.172			
	المجموع	5.838	23				

* دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ** دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)

ويظهر من الجدول (9) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير خفض اعراض الاكتئاب الكلي، قد بلغت (11.529)، وبمستوى دلالة يساوي (0.003)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على الآتي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في خفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية المعدلة، والتي يبينها الجدول (10) لمعرفة لمن تؤول الفروق، كما بلغ حجم التأثير (0.354) والذي يشير الى حجم تأثير كبير (الدردير، 2006).

جدول (10)

المتوسطات الحسابية والأخطاء المعيارية المعدلة لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)

	المجموعة	حجم العينة	القياس البعدي	
			M	SD
الاكتئاب الكلي	الضابطة	12	2.009	0.122
	التجريبية	12	1.410	0.122

يبين الجدول (10) أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لـــدى أمهـــات أطفـــال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية قد بلغ (1.410)، وهو اقل من المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد فـــي محافظـــة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة الضابطة والذي بلغ (2.009) حيث تدل هذه القيم علـــى أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد فـــي محافظـــة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية كان الأفضل، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية، وذلك بالاستناد إلى قيمة ف المحسوبة والمبينة في الجدول (9).

3.3 النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث

والذي ينص على " ما مستوى اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفـــال التوحـــد فـــي محافظة سلفيت – فلسطين في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية؟"

1. قلق المستقبل

للإجابة على السؤال الثالث والمتعلق بمستوى قلـــق المســـتقبل، تـــم حســـاب المتوســـطات الحســـابية والانحرافات المعيارية ومستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلســـطين في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على المستوى الكلي والأبعاد الفرعيـــة، ويظهـــر الجدول (11) في الملحق (و) ذلك.

يلاحظ من الجدول (11) أعلاه أن المستوى الكلي لقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظـــة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي لدى المجموعة التجريبية جاء بمستوى متوســـط بمتوســـط حســـابي (2.094) وانحراف معياري (0.338)، وقد جاءت جميع الأبعاد الفرعية بمستوى متوسط باستثناء بعـــد واحد جاء بمستوى مرتفع، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (1.861–2.354)، وجاء في المرتبـــة الأولى البُعد (4) والذي ينص على " قلق الصحة وقلق الموت " بمستوى مرتفع، بمتوسط حسابي مقداره (2.354) وانحراف معياري مقداره (0.494)، تلاه في المرتبة الثانية البُعد (2) والذي يـــنص علـــى "

الياس في المستقبل " بمستوى متوسط، بمتوسط حسابي مقداره (2.250)، وانحراف معياري مقداره (0.392)، تلاه في المرتبة الخامسة والأخيرة البُعد (1) والذي ينص على " الخوف والقلق من الفشل في المستقبل " بمستوى متوسط، بمتوسط حسابي مقداره (1.861)، وانحراف معياري مقداره (0.368).

كما يلاحظ من الجدول (11) أعلاه أن المستوى الكلي لقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية جاء بمستوى منخفض بمتوسط حسابي (1.457) وانحراف معياري (0.430)، وقد جاءت جميع الأبعاد الفرعية بمستوى منخفض، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (1.396–1.517)، وجاء في المرتبة الأولى البُعد (2) والذي ينص على " الياس في المستقبل " بمستوى منخفض، بمتوسط حسابي مقداره (1.517) وانحراف معياري مقداره (0.301)، تلاه في المرتبة الثانية البُعد (5) والذي ينص على " القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية " بمستوى منخفض، بمتوسط حسابي مقداره (1.479)، وانحراف معياري مقداره (0.686)، تلاه في المرتبة الخامسة والأخيرة البُعد (3) والذي ينص على " القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) " بمستوى منخفض، بمتوسط حسابي مقداره (1.396)، وانحراف معياري مقداره (0.598).

2. الاكتئاب

للإجابة على السؤال الثالث والمتعلق بمستوى الاكتئاب، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستوى الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على المستوى الكلي، ويظهر الجدول (12) في اللمحق (و) ذلك.

يلاحظ من الجدول (12) أن المستوى الكلي للاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي لدى المجموعة التجريبية جاء بمستوى متوسط بمتوسط حسابي (1.970) وانحراف معياري (0.316)، بينما جاء المستوى الكلي لقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية جاء بمستوى منخفض بمتوسط حسابي (1.406) وانحراف معياري (0.395).

الفصل الرابع

مناقشة النتائج والتوصيات

سعت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل، الاكتئاب) لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، ويتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها بعد إجراء المعالجات الإحصائية المناسبة، بالإضافة إلى معيقات الدراسة والتوصيات التي خرجت بها الدراسة.

4.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول

والذي ينص على " هل توجد فروق في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)؟ ":

أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) فأقل في متوسطات مستوى اعراض بعض الاضطرابات النفسية قلق المستقبل الكلي وابعاده (الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، والياس في المستقبل، والقلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، وقلق الصحة وقلق الموت، والقلق المتعلق بالمشكلات الحياتية) ومقياس الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس القبلي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)، مما يشير الى ان درجات الافراد على المتغيرات التابعة تتوزع توزعاً طبيعياً، وبالتالي فان انسب طريقة لتحليل البيانات استخدام الاختبارات الإحصائية المعلمية، ولفحص تكافؤ المجموعتين.

ويمكن للباحثة تفسير هذه النتيجة الى ان التكافؤ يعتبر عامل علمي ومهم في تصميم الدراسات التجريبية، لأنه يضمن للدراسة أن أي فروق تظهر في نتائج الدراسة في القياسات البعدية يمكن عزوها إلى الأثر النتائج من البرنامج الإرشادي نفسه، وليس إلى فروقات أولية بين المجموعة الضابطة والتجريبية. كما يشير التوزيع الطبيعي للدرجات إلى أن بيانات العينة تستوفي افتراضات التحليل

المعلمية (Parametric Tests)، مما يعطي للباحث صلاحية استخدام اختبارات مثل اختبار "ت" أو تحليل التباين (ANOVA) لتحليل الفروق بين المجموعات بدقة وموضوعية.

ويعود تكافؤ المجموعتين في القياس القبلي كمؤشر على جودة التوزيع العشوائي لأفراد عينة الدراسة لمجموعتين ضابطة وتجريبية، والذي بدوره يقلل من احتمالية وجود فروق، ويعزز الفرص في وجود صورة متكافئة ومستوى متوسط حسابي متساوي او متقارب على القياس القبلي، كما ان افراد العينة في الدراسة تتشابه بالخصائص الديمغرافية والبيئة الجغرافية، واستخدام الباحثة لأدوات قياس موحده ومقننة على البيئة الفلسطينية، وعدم تعرض أي من المجموعة الضابطة والتجريبية للتدخلات النفسية والفنيات التي تم استخداماً في البرنامج الارشادي في الدراسة الحالية.

كما يعود تكافؤ المجوعة الضابطة والتجريبية إلى حسن ضبط المتغيرات الدخيلة، بشكل يحقق الغرض من الدراسة بين المجموعتين قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، وبالتالي، تؤكد هذه نتيجة الدراسة على صدق أدوات الدراسة وثباتها.

4.2 مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة على السؤال الثاني

والذي ينص على " هل توجد فروق في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي تبعاً لمتغير المجموعة (الضابطة، التجريبية)؟":

4.2.1 مناقشة النتائج المتعلقة بقلق المستقبل وأبعاده

أولاً: اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل

أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الخوف والقلق من الفشل في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية اقل من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية.

وتعزو الباحثة هذه النتائج القائمة على فاعلية البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي في خفض الافكار اللاعقلانية المتعلقة بالفشل أو المستقبل والعمل على الاستجابات السلوكية والوجدانية التي تنبثق من القلق سواء كان داخلي او خارجي. بينما التغيير في المجموعة الضابطة كان طفيفاً جداً، ويرجح ذلك نتيجة عوامل خارجية طبيعية وليست تدخلاً مخططاً له، حيث لم يتم تطبيق البرنامج الارشادي عليها. وقد ظهرت ايجابية البرنامج الارشادي في التدخلات التي أجرتها الباحثة من خلال التعرف على مفهوم الأفكار اللاعقلانية والتمييز بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية، وتوضيح كيفية تأثير الأفكار اللاعقلانية على السلوك ومن ثم المشاعر، ومساعدة الأمهات على تحديد الأفكار والتخيلات المرتبطة بالحدث او الموقف، ومساعدة الأمهات على دحض وتفنيد الأفكار اللاعقلانية المتعقلة بالفشل من المستقبل. ويمكن القول ان القلق النابع من الفشل من المستقبل الخاص بأمهات أطفال التوحد، بسبب توقعهن المستمر بأن المستقبل يحمل تهديداً بالفشل أو العجز عن تحقيق ما هو مطلوب أو متوقع، ويصحبه عادة مشاعر من القلق، والإحباط، والتوتر، وأحياناً العجز أو جلد الذات. وهذا النوع من القلق يعد شائعًا لدى أمهات أطفال التوحد، بسبب عدم وضوح مستقبل الطفل (تعليميًا، واجتماعيًا، ونفسيًا)، وضغط المسؤوليات المستمرة، وقلة الدعم المجتمعي أو التربوي. وبذلك فقد اثر البرنامج على المستويات المعرفية لدى الامهات على جانب توليد الافكار والعمل على التعامل مع الافكار اللاعقلانية من ضمن أهداف البرنامج الارشادي.

ثانياً: اعراض الياس في المستقبل

بينت النتائج أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الياس في المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية اقل من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية.

وتعزو الباحثة نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي في خفض أعراض اليأس من المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد، حيث انخفض المتوسط الحسابي بشكل ملحوظ في المجموعة

التجريبية مقارنة بالضابطة، مما يدل على تأثير واضح للتدخل. ويمكن تفسير اثر البرنامج من خلال النظرية المعرفية لبيك، والتي أظهرت أن اليأس ناتج عن أفكار سلبية تلقائية حول النظرة الى المستقبل، وجاء البرنامج الارشادي في التدخلات المعرفية على تعديل تلك الأفكار وتعزيز الأمل. كما تدعمه نظرية العجز المتعلم لـ سِليغمان، حيث يؤدي شعور الفرد بالقدرة على التحكم والاكتساب المعرفي من البرنامج إلى كسر دائرة اليأس والعجز عند افراد العينة، وبالتالي استعادة شعور الأم بنظرة ايجابية تحمل الامل والتفاؤل تجاه مستقبلها ومستقبل طفلها. ويمكن رؤية انخفاض اليأس من المستقبل أيضًا في ضوء نظرية الأمل لـ سنايدر (Snyder's Hope Theory)، والتي تؤكد أن الجانب المعرفي للأمل لا يعتمد فقط على جانب الامنيات، بل على المقدرة بوضع أهداف واقعية وتوليد بعض الافكار التي يمكن تحقيقها، إضافة إلى الدافعية لمتابعة هذه الافكار. وهنا يلاحظ أن البرنامج الإرشادي قد ساعد الأمهات على إعادة بناء جانب معرفي وتصورات إيجابية عن المستقبل، وتنمية الشعور بالتحكم في الظروف التي تتصف بالصعوبة، مما عزز من إحساسهن بالأمل وخفف من مشاعر اليأس. كما أن وجود دعم نفسي منتظم أعاد لهن الشعور بأن المستقبل لا يُشكل تهديداً دائماً، بل مجالاً للإمكانية والتغيير.

ثالثاً: اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)

بينت النتائج أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية اقل من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة في تفسير انخفاض القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل) لدى المجموعة التجريبية في الدراسة الى أن البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي المستخدم في الدراسة عمل على كسر سلسلة القلق المفرط الذي يميز هذا التفكير المتكرر وغير النافع حول ما قد يحدث في المستقبل،

وذلك من خلال العمل على تعديل المعتقدات اللاعقلانية المتعلقة بعدم القدرة على مواجهة المواقف في المستقبل، كما ركز على جوانب التحمل أمام عدم اليقين (Intolerance of Uncertainty) عبر تدريبات عملية للانتباه إلى الحاضر وإيقاف التشتّت الناتج عن الأفكار الهابطة بتدريب المراقبة الذاتية. ويعتمد هذا التفسير على نظرية القلق في الجانب المعرفي لبوركوفيتش (Borkovec) والتي تنظر الى القلق بمثابة جانب معرفي متكامل يقوم على إنتاج سلسلة من الأفكار السلبية، وكذلك على النموذج الميتامعرفي لويلز (Wells) الذي يؤكد على جانب إعادة تنظيم المعتقدات حول القلق نفسه (مثل القلق لا يفيد أو القلق لا بد من تجنبه). ومن خلال هذه التدخلات المعرفية والسلوكية في البرنامج المستخدم في الدراسة، استعادت الأمهات قدرة أكبر على توجيه الانتباه بعيد عن الأفكار اللاعقلانية، والتي تفرض الجانب المقلق في الحياة، فتراجع مؤشر القلق الذهني لديهم بوضوح مقارنة بالمجموعة الضابطة.

كما أفاد البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي في تعزيز جانب الوعي الميتامعرفي لدى الأمهات فيما يخص الأفكار حول المستقبل، من خلال جلسات الاضطرابات النفسية والقلق وآليات نشوء القلق الذهني وكيفية مراقبته دون الانجرار وراءه، فضلاً عن بعض التدريبات التي تعمل على الرجوع إلى اللحظة الراهنة والابتعاد عن القلق بمستوياته وابعاده، مما يدعم النموذج الميتامعرفي لويلز ويساعد على كسر سلسة القلق الذهني ذاتياً. كما ركّز البرنامج على بناء الكفاءة الذاتية عبر مهام تطبيقية قصيرة يُقيمن فيها قدرتهن على إدارة المواقف المستقبلية، مما جعل تحقيق مشاعر التحكم بالذات وعدم الرغبة في الهروب والاندماج بالأفكار السلبية التي تجعل من القلق الذهني مسيطراً على الحياة.

رابعاً: اعراض قلق الصحة وقلق الموت

بينت النتائج أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض قلق الصحة وقلق الموت لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية اقل من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية.

وتعزو الباحثة هذا التحسن في المجموعة التجريبية إلى ما وفره البرنامج الإرشادي من استراتيجيات في الجانب المعرفي والانفعالي من خلال التفريغ النفسي، والذي ساعد الأمهات على إعادة تفسير المخاوف المرتبطة بالصحة والموت والعمل على الحد من مخاوفها، مما ساعد على التكيف الايجابي مع الاوضاع النفسية والاجتماعية لديهن. وتشير هذه الفروق إلى أن التدخل الإرشادي كان ذو جانب ايجابي وفاعل في معالجة المصدر الاساسي للقلق المرتبط بالصحة والموت، وهو ما يتناسب مع الجانب العلمي في علم النفس الإرشادي، والذي يؤكد على دور البرنامج المستخدم في تقليل المستوى العام للقلق في تحسين الصحة النفسية.

ويمكن رؤية انخفاض الاعراض المنبثقة من قلق الصحة وقلق الموت لدى أمهات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية من خلال البرنامج الإرشادي، والذي عمل على تعزيز مهارات التنفيس الانفعالي وإعادة التسلسل المعرفي، مما ساعد على التعامل مع الأفكار ذات الجانب السلبي المرتبطة بالصحة والموت بطرق أكثر عقلانية. ففي اغلب الاحيان يرتبط قلق الصحة وقلق الموت بتضخيم جانب التهديد وتفسير الأعراض السيكوسوماتية على نحو خطير، وهو ما يزيد من مشاعر الخوف والاجترار الفكري. ومن خلال استراتيجيات الإرشاد المستخدمة، مثل التوعية المعرفية وتمارين الاسترخاء وتوكيد الذات، تمكنت الأمهات من خفض حساسية المثيرات المتعلقة بالصحة والموت، مما انعكس في انخفاض المتوسط الحسابي لأعراض القلق. كما أن دعم المجموعة الإرشادية وتبادل الخبرات مع الأمهات في المجموعة الارشادية في مناقشة التحديات المماثلة، قد أسهم في تقوية مشاعر التقبل والدعم المتبادل داخل المجموعة، مما قلل من الإحساس بالجانب السلبي والعزلة وعزز من فاعلية التكيف مع ضغوط الحياة والعمل على التفكير بالحلول المناسبة.

خامساً: اعراض القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية

بينت النتائج أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية اقل من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية.

وترى الباحثة ان نتائج الدراسة اشارت الى أن البرنامج الإرشادي كان فعالاً في خفض أعراض القلق المرتبط بالمشكلات الحياتية لدى أمهات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية، مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما تعزو الباحثة هذه الدرجة المنخفضة إلى فنيات البرنامج من الجانب المعرفي والنفسي، والذي ساعد الأمهات على التعامل بشكل أكثر مرونة مع الضغوط الحياتية والتحديات اليومية المرتبطة برعاية الطفل التوحدي، والتي تتمثل بالأعباء الأسرية والاقتصادية وقلق المستقبل، مما أدى إلى تحسين الاستجابة النفسية وتقليل مشاعر القلق لديهن بشكل ظاهر.

كما يمكن تفسير نتيجة القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية باعتباره نوع من القلق الناشئ نتيجة الضغوط اليومية المستمرة التي تواجهها امهات اطفال التوحد في مجالات متعددة من الحياة، مثل الجانب الاقتصادي، والاجتماعي، والصحي، والتربوي. وعند أمهات أطفال التوحد، كما يكون هذا الاتجاه من القلق أكثر حدة بسبب تحديات الحياة المستمرة في رعاية طفل التوحد، والصعوبة في العمل على التوافق بين متطلبات الحياة الأسرية والطفل، إضافة إلى الشعور الكامل بالمسؤولية، والعزلة الاجتماعية، ونقص في الدعم الحياتي. وهذا القلق غير مقتصر على لحظة معينة بل يتصف بالاستمرارية ويؤثر على الجانب التفكيري، والانفعالات، وحتى الوظائف الجسدية، ما يجعله من أكثر المظاهر التي تشكل الضغط النفسي المزمن لدى فئة الأمهات ذوي اطفال التوحد.

سادساً: اعراض قلق المستقبل الكلي

بينت النتائج أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض قلق المستقبل الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية اقل من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة الى أن البرنامج الإرشادي كان له أثر ايجابي في خفض أعراض القلق العام لدى أمهات أطفال التوحد، حيث ساعد في التخفيف من شدة التوترات النفسية والمخاوف المستمرة المرتبطة بالحياة اليومية والمستقبل، وذلك من خلال ما تم تصميمه من محاور إرشادية وتقنيات معرفية سلوكية، بالحوار الذاتي وتوكيد الذات ومناقشة الافكار اللاعقلانية، وتعلم مهارات التفريغ النفسي، وتعزيز الدعم الاجتماعي. وهذا الأثر الإيجابي يعكس استراتيجيات البرنامج في تحسين الجانب النفسي، ويعزز الشعور والجانب المعرفي في مقدرة الفرد على المقاومة النفسية ومواجهة الضغوط، مما يخفف من المستوى العام للقلق بشكل عام ويساهم في تحسين اسلوب الحياة لدى الأمهات المشاركات في المجموعة التجريبية.

وترى الباح/ثة أن أعراض القلق العام من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين الافراد، ويمكن حصرها في مجموعة من الأعراض المعرفية، والانفعالية، والسلوكية، والتي تنعكس بصورة سيكوسوماتية واجترار الافكار نحو تفكير مفرط في الجوانب السلبية، والصعوبة بالتركيز، وظهور اضطراب النوم لدى الافراد. ويمكن ان تظهر هذه الأعراض بشكل خاص لدى الأمهات اللواتي لديهن طفل توحد ويعانين من ضغوط حياتية مزمنة مترافقة مع الوضع الاجتماعي والاقتصادي، حيث تتزايد المخاوف بشأن رؤية الامهات لحياة اطفالهن في المستقبل، ورعاية طفل التوحد، والوضع الاقتصادي والاجتماعي لطفل التوحد، مما ينعكس على الجانب النفسي والذي ينعكس على الجانب الجسدي. وتشير نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في التخفيف من هذه الأعراض لدى المجموعة التجريبية،

وهو ما يبين أهمية التدخلات الارشادية الموجه في تحسين قدرة الأمهات على تقليل مستويات القلق بشكل عام.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (زهرة، 2021)، (منيف، 2020)، (طاوسي، 2019)، (Suheil, 2019)، (البلوي، 2013)، (Mankowski, 2007), (Lock, 2011)، والتي اظهرت أثر البرامج الارشادية للمجموعة التجريبية بمستوى أفضل من المجموعة الضابطة، وبينت بعض الدراسات ان مستوى القلق مرتفع لدى امهات اطفال التوحد، والذي يشير الى أثر التدخل الارشادي الذي يعمل على خفض مستويات القلق على كافة الابعاد والمحاور.

4.2.2 مناقشة النتائج المتعلقة بالاكتئاب

بينت النتائج أن المتوسط الحسابي المعدل لخفض اعراض الاكتئاب الكلي لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي للمجموعة التجريبية اقل من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة، مما يؤشر على ان الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة الى أن البرنامج الإرشادي كان ذو فاعلية في خفض الاعراض الكلية للاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية، مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يدل على أن التدخلات والفنيات الإرشادية ساهمت بشكل مباشر في تحسين الجانب النفسي والمعرفي لهذه الامهات، كما يعزى هذا الانخفاض في أعراض الاكتئاب إلى ما قامت به الباحثة من تقديم الدعم النفسي والمعرفي من خلال تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي بشكل جيد، والذي مكن الأمهات من التعبير عن الجانب الوجداني المرتبط بالمعرفة، وفهمه، والتعامل مع الافكار بطرق أكثر ايجابية، إضافة إلى تزويدهن بفنيات تفريغ انفعالي للتعامل مع مصادر ضغوط الحياة المرتبطة بوجود وتربية طفل ذاتوي، مما يخفف من المشاعر السلبية مثل اليأس والانسحاب الاجتماعي، وهي من أبرز أعراض الاكتئاب، وبالتالي ساعد في تحسين مستوى الرفاه النفسي لديهن.

كما يمكن القول ان هذه النتيجة أيضًا في ضوء الدور العلاجي الذي قامت به الباحثة، والذي يقوم على الفنيات المعرفية والسلوكية في البرنامج الارشادي، حيث تناول البرنامج بعض الأفكار اللاعقلانية السلبية التلقائية المرتبطة بالذات والامهات والمستقبل والواقع ضمن وجود طفل توحد، وهي من السمات الأساسية للاكتئاب، كما عزز من جانب الكفاءة الذاتية والقدرة على مواجهة المشكلات الحياتية وتوكيد الذات وبناء معرفي ايجابي، والذي بدوره يقوم على بناء بيئة معرفية للأمهات تعمل من خلالها على كسر دائرة العزلة والانغلاق، كما ان هذا التمكين في الجانب النفسي، أدى إلى تخفيف بعض من الأعباء ذات الطابع النفسي الناتجة عن رعاية الطفل التوحدي، مما انعكس بشكل ايجابي على خفض الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب وبشكل واضح لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (عيسى و الثبيتي، 2021)، (سعادة، 2018)، و (توأم، 2019)، وليدا وآخرون (lida, 2018)، والطويرقي وآخرون (ALTowairqi, 2015)، والتي اظهرت أثر وفاعلية البرامج الارشادية في خفض مستوى الاكتئاب للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وبينت بعض الدراسات ان مستوى الاكتئاب مرتفع لدى امهات اطفال التوحد، والذي يشير الى أثر التدخل الارشادي الذي يعمل على خفض مستويات الاكتئاب على كافة الابعاد والمحاور.

4.3 مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة على السؤال الثالث

والذي ينص على " ما مستوى اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية؟

4.3.1 قلق المستقبل

أظهرت نتائج الدراسة أن المستوى الكلي لقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية جاء بمستوى منخفض، بينما في المجموعة

الضابطة جاء بمستوى متوسط، كما أظهرت النتائج ان ابعاد قلق المستقبل (الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، الياس في المستقبل، القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)، قلق الصحة وقلق الموت، القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية) لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية جاءت بمستوى منخفض، بينما في المجموعة الضابطة جاءت بمستوى متوسط.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن البرنامج الإرشادي المطبق على أمهات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية كان فعّالاً في خفض مستويات قلق المستقبل بجميع أبعاده إلى مستويات منخفضة، مما يعكس تحسناً نفسيًا ملحوظًا لدى المشاركات. ويُفسَّر هذا الانخفاض بأن البرنامج ساعد الأمهات على التعامل مع المخاوف المستقبلية المرتبطة بحياة الطفل التوحدي ومصيره، من خلال تزويدهن بمهارات معرفية وانفعالية عززت من قدرتهن على التكيف وإعادة بناء توقعاتهن تجاه المستقبل بطريقة أكثر واقعية وأقل تهديدًا.

كما يلاحظ أن بعد اليأس من المستقبل جاء في المرتبة الأولى من حيث الانخفاض، ما يدل على أن البرنامج قدم الاحساس بالأمل والشعور بالمكانة المستقبلية، وهو تحول مهم في الحالة الوجدانية. كما أن الانخفاض في القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية وقلق الصحة يعكس الفنيات العلاجية للبرنامج في التعامل مع الواقع اليومي وضغوط الحياة والمتغيرات الصحية المرافقة لدور الام في مجال رعاية طفل التوحد. أما القلق المرتبط بالخوف من الفشل والقلق الذهني فقد سجلا أقل المتوسطات، ما يدل على أن الأمهات استطعن تجاوز التفكير المفرط والسلبي بالمستقبل، وهي من أكثر أنماط القلق استنزافاً للطاقة النفسية. وبذلك، تظهر النتائج أن خفض القلق كان شاملًا ومتوازنًا، وموجهًا نحو جذور التوتر المستقبلية بمختلف أشكالها.

4.3.2 الاكتئاب

أظهرت نتائج الدراسة أن المستوى الكلي للاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية جاء بمستوى منخفض، بينما في المجموعة الضابطة جاء بمستوى متوسط.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة الى أن الامهات في المجموعة التجريبية كن يعانين من مستوى متوسط من الاعراض الاكتئابية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، وهو ما يظهر وجود المشاعر السلبية الواضحة كاليأس والتوتر والحزن، وفقدان الامل، والضغوط النفسية التي ترتبط بوجود وتربية طفل توحدي. ويُعد هذا الاكتئاب نتيجة طبيعية للضغوط الحياتية المتواصلة، وعبء تربية طفل التوحد والابناء بشكل عام، والقلق النابع من المستقبل الغير واضح لطفل التوحد، والعزلة الاجتماعية، وكلها عوامل شائعة بين أمهات أطفال التوحد.

أما بعد تطبيق الباحثة للبرنامج، فقد بينت النتائج انخفاض في مستوى قلق المستقبل، مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تحسين الجانب النفسي للأمهات، حيث قلل من مشاعر الخوف المتعلقة بمستقبل الاطفال في الجوانب الاكاديمية والاجتماعية والصحية والحياتية، وهذا يعزز من صدق وفاعلية البرنامج الارشادي.

كما ان هذه النتائج تعكس أن البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية لم يقلل فقط من الأعراض الظاهرة، بل عمل على تغيير منظور الأمهات للمستقبل، وعزز لديهن نظرة الامل، والقدرة على التكيف، ومهارات حل المشكلات وتوكيد الذات والاسترخاء والتفريغ، وهو ما يعتبر انجاز نفسي مهم في مجال الرعاية الذاتية طويلة الأمد.

4.4 التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت لها الباحثة فأنها توصي بما يلي:

1. تعميم البرنامج الارشادي المستخدم في الدراسة الحالية على المؤسسات التي تتعامل مع اسر أطفال التوحد، لما أظهرته نتائج الدراسة من فاعلية البرنامج في خفض مستوى القلق والاكتئاب لدى افراد العينة.
2. تقديم الخدمات النفسية الداعمة والخدمات الاكاديمية والسلوكية في كافة المؤسسات التي تتعامل مع أطفال التوحد بحيث تشمل ايضا اسر الاطفال بشكل عام والامهات بشكل خاص.
3. العمل على انشاء مجموعات داعمة من قبل الامهات اللواتي لديهن أطفال توحد وعمل لقاءات دورية وتبادل الخبرات بحيث تعزز الجانب الوجداني والاجتماعي.
4. عمل دراسات مقارنه بين كافة البرامج الارشادية (المعرفية، السلوكية، الانفعالية، العاطفية، الوجودية، التحليلية) للوقوف عند افضل التدخلات النفسية التي يمكن ان تحقق الصحة النفسية لمن يرعى اطفال التوحد.
5. دراسة الاثر الطولي للبرنامج المستخدم من خلال قياسات تتبعية بعد فترة زمنية للتحقق من استمرار اثر البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي المستخدم والبرامج الارشادية الأخرى المختلفة.

المراجع العلمية

أولاً: المراجع العربية

إبراهيم، عبد الستار. (1998). *الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه*. الكويت: عالم المعرفة للنشر والتوزيع.

إبراهيم، علا. (2009). *الاكتئاب، أنواعه، اعراضه، اسبابه، وطرق علاجه والوقاية*. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

أبو زيد، أسماء. (2020). قلق المستقبل. *مجلة العلوم التربوية، 45*، 125-135.

إسماعيل، عبدالسلام. (2015). الاكتئاب النفسي: الأسباب – الأعراض – أساليب العلاج. *مجلة التربوي ع، 7*، 72-82.

بانقا، أحمد. (2014). *الوقاية من الاضطرابات النفسية: دراسة تحليلية في ضوء الهدى النبوي*. غزة: جامعة الأزهر.

بدر، سعاد. (2018). *الاضطرابات النفسية والجسمية المصاحبة للدورة الشهرية وعلاقتها بصورة الذات لدى عينة من العاملات في المؤسسات الصحية "المتزوجات وغير المتزوجات"*. الخليل: جامعة الخليل.

بدري، مالك. (1986). لاضطرابات النفسية عند الشباب. *ندوة تربية الشباب المسلم ودور الجامعات فيها*، 343-360.

بطرس، بطرس. (2008). *التكيف والصحه النفسية للطفل*. دار المسيره للنشر والتوزيع والطباعه.

البغدادي، مي؛ العشماوي، إيمان. (ابريل، 2019). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. *المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية،، 9*، 1-34.

البلوي، ريما. (2013). *مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحديين وعلاقته ببع للمتغيرات في المملكة العربية السعودية*. الكرك: جامعة مؤتة.

بوعود، اسماء. (2014). الاضطرابات النفسية بين السيكولوجيا الحديثة والمنظور الإسلامي. *مؤسسة العلوم النفسية العربية، لجنة البحث والدراسة في التراث النفسي*، 8.

التميمي، سامي. (2022). *الاكتئاب: أسبابه -أعراضه-علاجه*. مالمو السويدية.

توأم، مريم. (2019). *اثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات أطفال اضطراب التوحد*. رام الله: جامعة القدس المفتوحة.

توهامي، عائشة. (2015). *تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المتوحدين*. بسكرة: جامعة محمد خضير.

الجلامدة، فوزية عبد الله. (2015). *قياس وتشخيص اضطرابات طيف التوحد في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في DSM-4 / DSM-5*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الجلامدة، فوزية. (2013). *اضطرابات التوحد في ضوء النظريات: المفهوم، التعليم، المشكلات المصاحبة*. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

حبيب، أسعد. (2014). قلق المستقبل وعلاقته بمستوى الطموح لدى طلبة الجامعة. *مجلة أبحاث البصرة-جامعة البصرة، 4*، 304-328.

حسن، سهاد. (2021). العوامل المساهمة في قلق المستقبل لدى والدي الطفل التوحدي في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية. دراسات تربوية واجتماعية. *مجلة دورية محكمة تصدر عن كلية التربية -جامعة حلوان، 27*، 122-156.

حنفي، علي. (2007). *العمل مع اسر ذوي الاحتياجات الخاصه*. العلم والايمان للنشر والتوزيع.

خليفة، وليد؛ الشرمان، وائل؛ الغصاونة، يزيد. (2013). *التوحد بين النظرية والتطبيق*. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون

الدردير، عبد المنعم. (2006). *الإحصاء البارامتري واللابارامتري في اختبار فروض البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية*. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

درويش، ابتسام. (2015). *الارشاد الاسري للأطفال المعاقين عقليا (القابلين للتعلم)*. الإسكندرية: دار للوفاء للنشر والطباعة.

رضوان، بدوية. (2019). الشفقة بالذات وعلاقتها بالصمود النفسي وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة. *مجلة كلية التربية -جامعة الإسكندرية، 6*، 111-173.

الزارع، نايف. (2014). *مدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل*. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.

زهران، حامد. (1980). *التوجيه والإرشاد النفسي*. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

زهرة، أحمد،. (2021). *فاعلية برنامج إرشادي لخفض قلق المستقبل وأثره على الكفاءة الوالدية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد*. المنصورة: جامعة المنصورة.

السحيم، بدر. (2021). الإضطرابات النفسية وعلاقتها بالسمات الشخصية لدى الدارسين في كلية الحاسب بجامعة القصيم: دراسة ميدانية في جامعة القصيم. *المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي، 22*، 306-328.

سعادة، حسن. (2018). *فعالية برنامج ارشادي في ضوء النظرية السلوكيةفي خفض الضغوط النفسية والاكتئاب لدى امهات اطفال التوحد في المملكة العربية السعودية*. عمان: جامعة العلوم الاسامية العالمية.

سفيان، نبيل. (2004). *المختصر في الشخصيه والارشاد النفسي*. مصر: ايتراك للنشر والتوزيع.

سهيل، تامر. (2015). *التوحد (التعريف- الأسباب- التشخيص والعلاج)*. عمان: دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع.

السيد، عبد الباسط. (2007). *الاكتئاب واسبابه وعلاجه (من القديم للحديث)*. القاهرة: الفا للنشر والتوزيع.

شقير، زينب. (2005). *مقياس قلق المستقبل*. القاهرة: مكتبه الانجلو.

الشناوي، محروش؛ السيد، محمد. (1998). *العلاج السلوكي الحديث*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.

صالح، قاسم،. (2015). *الاضطرابات النفسية والعقلية، ونظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها*. عمان: دار دجلة للنشر والتوزيع.

طاوسي، مريم. (2019). *قلق المستقبل وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد*. الجزائر: جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

الظاهر، حنان. (2011). *اثر الاضطرابات النفسيه في المسؤوليه الجزائيه*. الاردن: جامعة عمان العربيه.

عامر، طارق. (2008). *الطفل التوحدي*. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

عباس، اسماء. (2019). علاج معرفي سلوكي لاضطراب القلق المعمم لدى الطفل: دراسة حالة. *مجلة دراسات نفسية، 11*، 145-154.

عبد الحميد، هناء. (2020). *فعاليه استخدام فنيه العلاج بالامل لتخفيف حده قلق المستقبل لدى امهات الاطفال ذوي الاعاقه العقليه*. مصر: جامعه الاسكندريه.

عبد الدائم، نسرين؛ زموري، حميدة. (2022). *قلق المستقبل وعلاقته بالطمأنينة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد*. الجزائر: جامعة بوسعادة.

عبد العاطي، موسى. (2021). قلق المستقبل لدى الأبناء. *المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، 1*، 595-616.

عبد الله، محمد. (2019). فاعلية برنامج ارشادي في خفض الضغوط النفسية وتحسين أساليب المواجهة الإيجابية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد. *مجلة الارشاد النفسي، 57*، 489-412.

عسعوس، أنيسة؛ بولبازي، حنان. (2018). *الاضطرابات النفسية والسلوكية -العوامل والأسباب*. عنابة: جامعة باجي مختار.

العسكر، عهود. (2011). *فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض*. الرياض: جامعة الإمام محمد بن سعد.

عميار، خديجة؛ كروش، ورقية. (2019). *قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد*. البويرة: جامعة أكلي محند اولحاج البويرة.

عيسى، ماجد؛ الثبيتي، شذا. (يوليو، 2021). فعالية برنامج إرشادي في خفض أعراض الاكتئاب والاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. *مجلة البحث العلمي في التربية، 22*، 293-330.

غانم، حسن. (2002). مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب. *مجلة دراسات عربية في علم النفس، 4*،،65-119.

غانم، محمد. (2006). *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

الغرير، احمد؛ عودة، بلال. (2009). *سيكولوجية أطفال التوحد*. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

القرالة، عبد الناصر؛ التخاينة، صهيب؛ الضلاعين، أنس. (2017). *فعالية برنامج إرشادي أسرى في تنمية إدارة الذات وتقديرها لدى أمهات الأطفال التوحديين في محافظة الكرك*. عمان: جامعة مؤتة.

القطان، حنان. (2020). *اثر الاضطرابات النفسية في الاحكام الشرعية –دراسة فقهية مقارنة في العبادات والأحوال الشخصية*. مصر: جامعة الفيوم.

القمش، مصطفى. (2010). *اضطرابات التوحد الأسباب– التشخيص– العلاج– دراسات عملية*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

كحلة، الفت. (2009). *العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرض الاكتئاب*. مصر: ايتراك للنشر والتوزيع.

متولي، فكري. (2015). *استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الأوتيزم (اضطراب التوحد)*. القاهرة: مكتبة الرشد ناشرون.

محمد، صابر. (2018). *فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي طيف التوحد*. القاهرة: جامعة عين شمس.

محمد، عادل. (2000). *العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات*. القاهرة: دار الرشد للنشر والتوزيع.

محمد، مواهب. (2018). الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات. *مجلة العلوم التربوية والنفسية،، 9،،* 83–108.

محمد، هبة. (2010). قلق المستقبل عند الشباب وعلاقته ببعض المتغيرات. *مجلة البحوث التربوية والنفسية، 27*، 321– 379.

محمود، شيماء. (2022). الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية لدى أبناء مدمني المخدرات في مرحلة الطفولة المبكرة. *مجلة دراسات في الطفولة والتربية، 22*، 310–371.

مرادي، رقية. (2014). *برنامج إرشادي لتخفيف الاكتئاب لدى المرأة العانس*. الجزائر: جامعة الدكتور يحيى فارس بدية.

مصطفى، اسامة؛ الشربيني، السيد. (2010). *التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

مصطفى، محمود. (2009). *العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب*. القاهرة: ايتراك للنشر والتوزيع.

مكنزي، كوام. (2013). *الاكتئاب*. الرياض: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

ملحم، نسرين. (2014). *فاعلية برنامج تدريبي قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد*. دمشق: جامعة دمشق.

منيف، نجود. (2020). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من أمهات أطفال التوحد. *مجلة الثقافة والتنمي، 149*، 171-250.

المهتدي، هبة. (2008). *فعاليه برنامج ارشادي لامهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الاطفاف من وجهة نظر الامهات*. بيت لحم: جامعه بيت لحم.

النتشة، فيصل. (2019). *قلق المستقبل وعلاقته بالتوافق الزواجي لدى اباء أطفال اضطراب التوحد في محافظة الخليل*. الخليل: جامعة الخليل.

النجار، مسعد. (2002). الاضطرابات النفسية: أسبابها والوقاية منها من منظور إسلامي. *مجلة الآداب، 1*، 81-95.

الهور، علاء. (2016). *فاعلية برنامج إرشادي نفسي إسلامي لخفض أعراض الاكتئاب النفسي*. غزة: الجامعة الإسلامية.

هوفمان، إ س جي،. (2012). *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية)*. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

اليونسكو. (1995). إعلان مبادئ بشأن التسامح. باريس: المؤتمر العام لليونسكو في دورته الثامنة والعشرين، 16 تشرين الثاني/نوفمبر،.

ثانياً: المراجع الأجنبية

A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M & ،.Beck, A. T. Butler .(2006) .The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. Clinical psychology review.31-17 ،*(1)26* .4ق،

A. L. Lock .(2011) .*Enhancing cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders* .a parent manual.

A. M., Rodríguez, C., García, T., Areces, D & ،.Marsh, N. V. Bujnowska .(2019) . Parenting and future anxiety: The impact of having a child with developmental

disabilities .*International journal of environmental research and public health, 16(4*.668 ،)

Aaron T Beck .(1978) .*Cognitive therapy and emotional disorders* .Newyork : International Universities Press.

AlHorany ،A. K., youns, N. A., Bataineh, M. Z., Hassan,S. A .(2013) .Do mothers of children with autism are at higher risk of depression? A systematic review of literature .*Life Science Journal*.4308−4303 ،،

American Psychiatric Association .(2013) .*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM* :واشنطن .*5)*-American Psychiatric Association.

Asmadi Alsa ،Rila Sovitriana ،Agustina Ekasari و،Endri E .(2021) .Psychological Well-being of Mothers with Autistic Children .*Journal of Educational and Social Research*.254–247 ،

Benjamin Zablotsky ،Connie Anderson و،Paul Law .(2013) .The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk for depression . *Journal of Autism and Developmental Disorders 43*.1955-1946 الصفحات ،

Brooke Ingersoll و،David Z Hambrick .(2011) .The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders .*Research in Autism Spectrum Disorders 5(1* ،) الصفحات 337-344.

D & ،.Savage, A McConnell .(2015) .Stress and resilience among families caring for children with intellectual disability: Expanding the research agenda .*Current developmental disorders reports*.109−100 ،*(2)2* ،

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 .(2013) .*American psychiatric association*) ،.Vol. 5, No. 5.(

Diego Mugno ،Liliana Ruta ،Valentina Genitori D'Arrigo و،Luigi Mazzone .(2007) . Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder .*Health and Quality of Life Outcomes 5(1*.9-1 الصفحات ،)

F Sabih و،W B Sajid .(2008) .There is significant stress among parents having children with autism .*Rawal Medical Journal Rawalpindi, Pakistan*.216–214 الصفحات ،

Faras, H., Al Ateeqi, N & ،.Tidmarsh, L .(2010) .Autism spectrum disorders .*Annals of Saudi medicine*.300−295 ،

Hedda Meadan ،James W Halle و ،Aaron T Ebata .(2010) .Families with children who have autism spectrum disorders: Stress and support .*Exceptional Children 1-77* ، .36-7 الصفحات

J. B Mankowski .(2007) .*Mood, anxiety, and stress in mothers of children with Fragile X syndrome, autism, and Fragile X syndrome and autism* .Chapel Hill: The University of North Carolina.

J□.G Young ،M□.E Kavanagh ،G□.M Anderson ،B□.A Shaywitz و ،D□.J Cohen . .(1982)Clinical neurochemistry of autism and associated disorders .*Journal of Autism and Developmental Disorder 12 (2*.165-147 الصفحات ،*)*

J. S. Coleman .(1981) .Public and private schools .*ERIC Document Reproduction Service*) ،Vol. 3.(

James J Gallagher .(1983) .The Carolina Institute for Research: Early education for the handicapped .*Journal of the Division for Early Childhood 7 (1*.24−18 الصفحات ،*)*

Karen McClintock ،S Hall و ،Christopher Oliver .(2003) .Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study .*Journal of Intellectual Disability Research 47(6*.416-405 الصفحات ،*)*

M□.E Dunn ،T Burbine ،C□.A Bowers و ،S Tantleff-Dunn .(2001) .Moderators of stress in parents of children with autism .*Community Mental Health Journal 37(1*.52-39 الصفحات ،*)*

M., Rehna, T & ،.Sarfraz, R. Aqeel .(2021) .he association among perception of osteoarthritis with adverse pain anxiety, symptoms of depression, positive and negative affects in patients with knee osteoarthritis .*A cross sectional study. J Pak Med Assoc*.(2)71 ،

N., Wada, Y., Yamashita, T., Aoyama, M., Hirai, K & ،.Narumoto, J. lida .(2018) . Effectiveness of parent training in improving stress-coping capability, anxiety, and depression in mothers raising children with autism spectrum disorder . *Neuropsychiatric Disease and Treatment*.3362−3355 ،

P. J., Asmundson, G. J., Cox, B. J & ،.Norton, G. R. Norton .(2000) .Future directions in anxiety disorders: Profiles and perspectives of leading contributors .*Journal of Anxiety Disorders*.95-69 ،*(1)14* ،

R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F. D., Brown, T & ،.Remington, B. Hastings .(2005) .Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism .*Journal of autism and developmental disorders*.644-635 ،*35* ،

S A&C Blac McNamara .(2000) .*Stress in young people: What's new and what to do* . A&C Blac.

S. Lewinsetm .(2001) .A search for meaning: Making sense of depression .*Journal of Mental Health*.382-369 ،*4* ،*4* ،

S., Hayes, S., Radford-Paz, E & ،.Coons, K. Watson .(2013) .I'm hoping, I'm hoping...": Thoughts About the Future from Families of Children with Autism or Fetal Alcohol Spectrum Disorder in Ontario .*Journal on Developmental Disabilities, 19(3*.)

Silvia De Rubeis و ،Joseph D Buxbaum .(2015) .Recent advances in the genetics of autism spectrum disorder .*Current Neurology and Neuroscience Reports 15(6* ،) الصفحات 1-9.

T. F. Suheil .(2019) .Future Anxiety Among Mothers of Children with Disabilities in Ramallah and al-Bireh: A Survey Study *مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحـــوث الإنســـانية والاجتماعية*.

Wed, et al. ALTowairqi" .(2015) .Depression among mothers of autistic spectral disorder children .*International Journal of Contemporary Pediatrics*-119 ،*2.2* ، .126

Z Zaleski .(1996) .Future anxiety: Concept, measurement, and preliminary research. Personality and individual differences.174-165 ،*(2)21* .

الملاحق

ملحق (أ)

مقاييس الدراسة قبل التحكيم

جامعة النجاح الوطنية

كلية الدراسات العليا

برنامج ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي

أختي المستجيبة

تحيه وبعد،،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة علمية بعنوان " فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعـــراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين "، وذلك اســـتكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي/ كلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية.

إليك مقاييس (قلق المستقبل، الاكتئاب) والمعدة من قبل الباحثة من أجل قياس (قلق المستقبل، الاكتئـــاب) لدى عينة من أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، علماً انه أمام كل فقرة مـــن فقـــرات المقياس ثلاثة بدائل (تنطبق تماماً وتعطى الدرجة (3)، وتنطبق أحياناً (2)، ولا تنطبق علـــى الإطـــلاق (1))، مع العلم أنه لا يوجد هناك فقرة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما هي تعبير عـــن الآراء الشخصـــية للفرد، وأن نتائج هذه المقاييس إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شكراً لكم تعاونكم

الباحثة: انوار عودة

المتغيرات الديمغرافية (المعلومات الشخصية):

يرجى وضع إشارة (X) في المكان الذي يناسب خيارك فيما يلي:

المؤهل العلمي

( ) ثانوية فاقل ( ) دبلوم

( ) بكالوريوس فاعلى

العمر

( ) 35 سنة فاقل ( ) من 36 سنة فاكثر

عدد سنوات الزواج

( ) من 1–10سنوات ( ) اكثر من 10 سنوات

عمل الام

( ) عاملة ( ) غير عاملة

عمر الطفل

( ) من 3–6 سنوات ( ) من 7–10 سنوات

( ) اكبر من 10 سنوات

معاناة الطفل من امراض جسدية

( ) نعم ( ) لا

عدد اخوة الطفل المتوحد

( ) لا يوجد ( ) من 1–2

( ) من 3 فاكثر

ترتيب الطفل المصاب

( ) الاول ( ) الاوسط

( ) الاخير

مستوى الدخل

( ) اقل من 2000 شيقل ( ) من 2000 – 4000 شيقل

( ) اكثر من 4000

مقياس قلق المستقبل: إليك مقياس قلق المستقبل والمصمم من قبل زينب شقير (2005)، حيث قامت الباحثة بتطوير المقياس من اجل قياس مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، علماً ان المقياس يتكون من (29) فقرة وأمام كل فقرة من فقرات المقياس ثلاثة بدائل (تنطبق تماماً وتعطى الدرجة (3)، وتنطبق أحياناً (2)، ولا تنطبق على الإطلاق (1))، مع العلم أنه لا يوجد هناك فقرة صحيحة وأخرى خطأ، وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد، وأن نتائج هذا المقياس إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة (شقير، 2005).

الرقم	الفقرة	1	2	3
1	اشعر ان القدر يحمل أخباراً سارة في المستقبل (أومن بالقضاء والقدر)	1	2	3
2	ارى ان التفوق يدفعني دائماً لمزيد من العمل والكفاح لتحقيق مستقبل باهر	1	2	3
3	تراودني فكرة أن طفلي قد يصبح شخصاً عظيماً في المستقبل	1	2	3
4	اعتقد ان لدي طموحات وأهداف واضحة في حياتي	1	2	3
5	ارى انني اعمل لمستقبل طفلي وفقاً لخطة رسمتها لنفسي، واعرف كيف أحققها	1	2	3
6	اعتقد ان الالتزام الديني والأخلاقي والتمسك بمبادئ معينة يضمن لطفلي مستقبل امن	1	2	3
7	اعتقد انه من الأفضل أن يعمل الفرد لدنياه كأنه يعيش أبداً ويعمل لأخرته كأنه يموت غداً	1	2	3
8	اشعر أن الغد (المستقبل) سيكون يوماً ما مشرقاً، وستحقق أمالي في طفلي	1	2	3
9	اشعر ان أملي في الحياة كبير، لان طول العمر يبلغ الأمل	1	2	3
10	اشعر بان الزمن يخبئ لي مفاجآت سارة (فلا يأس في الحياة ولا حياة مع اليأس)	1	2	3
11	ارى ان حياتي مملوءة بالحيوية والنشاط والرغبة في تحقيق الآمال لطفلي	1	2	3
12	يمتلكني الخوف والقلق والحيرة عندما أفكر في مستقبل طفلي	1	2	3
13	يدفعني الفشل إلى اليأس وفقدان الأمل في تحقيق مستقبل أفضل لطفلي	1	2	3

الرقم	الفقرة	1	2	3
14	ارى أنني من الذين يؤمنون بالحظ ويتحركون على أساسه	1	2	3
15	اعتقد ان افضل طريقة للتعايش مع الحياة هو عدم التفكير في المستقبل	1	2	3
16	اشعر بان الحياة تمضي بشكل مزيف ومحزن ومخيف مما يجعلني اقلق واخاف على مستقبل طفلي من المجهول	1	2	3
17	اشعر بالفراغ واليأس وفقدان الأمل في الحياة وصعوبة تحسنها مستقبلاً	1	2	3
18	اشعر بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة قريباً بسبب كثرة الحوادث هذه الأيام	1	2	3
19	اشعر بتغيرات مستمرة في مظهري (شكلي) مما يجعلني غير جذاب (لا يتقبلني) الآخرين مستقبلاً	1	2	3
20	ينتابني شعور بالخوف والوهم من إصابتي بمرض خطير أو (حادث) في أي وقت	1	2	3
21	اشعر بان الحياة مملوءة بالأمراض والإعاقات مما يجعلني اتوقع الخطر لنفسي ولأطفالي في أي وقت	1	2	3
22	اعتقد ان كثرة البطالة في المجتمع يهدد بحياة صعبة وسوء التوافق لطفلي مستقبلاً	1	2	3
23	سبب لي غلاء المعيشة وانخفاض الدخل وانخفاض العائد المادي قلقاً على مستقبلي ومستقبل طفلي	1	2	3
24	اعتقد ان المستقبل غامض ومبهم (مجهول) لدرجة تجعل من الصعب أن يرسم الشخص أي خطة للأمور الهامة من مستقبله	1	2	3
25	اشعر بان ضغوط الحياة تجعل من الصعب أن أظل محتفظا بأملي في الحياة وأتفاءل بأن طفلي سيكون في أحسن حال	1	2	3
26	اشعر بالقلق الشديد عندما أتخيل إصابتي او اصابة شخص يهمني في حادث بالفعل	1	2	3
27	يغلب على التفكير بقرب الموت خصوصاً عندما أصاب بمرض أو يصاب أحد أقاربي	1	2	3
28	اشعر انني غير راضيه عن مستوى معيشتي بوجه عام مما يشعرني بالفشل في المستقبل	1	2	3
29	اشعر أن الحياة عقيمة بلا هدف ولا معنى ولا مستقبل واضح	1	2	3

مقياس الاكتئاب: إليك مقياس الاكتئاب والمصمم من قبل الباحثة من اجل قياس مستوى الاكتئاب لـــدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، علماً ان المقياس يتكون من (36) فقرة وأمام كـــل فقرة من فقرات المقياس ثلاثة بدائل (تنطبق تماماً وتعطى الدرجة (3)، وتنطبق أحياناً (2)، ولا تنطبـــق على الإطلاق (1))، مع العلم أنه لا يوجد هناك فقرة صحيحة وأخرى خطأ، وإنما هي تعبير عـــن الآراء الشخصية للفرد، وأن نتائج هذا المقياس إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

الرقم	الفقرة	1	2	3
1	اشعر بالحزن	1	2	3
2	فقدت الثقة في نفسي	1	2	3
3	اشعر بأنني شخص عديم الفائدة	1	2	3
4	فقدت الاهتمام بأنشطتي المعتادة (اليومية)	1	2	3
5	لدي رغبةً في النوم ولفترات طويلة	1	2	3
6	لدي أحاسيس قاسية مثل: تأنيب النفس	1	2	3
7	أشعر باليأس من الحياة	1	2	3
8	اشعر بتأنيب الضمير	1	2	3
9	اشعر بعدم الاكتراث بمن حولي	1	2	3
10	اشعر بالملل السريع من الحياة	1	2	3
11	تراودني أفكار انتحارية ولكن لا يمكنني تنفيذها	1	2	3
12	امتلك طاقة كافية للقيام بأعمالي	1	2	3
13	يحملني الاخرين فوق طاقتي، ولا طاقة لي به	1	2	3
14	اشعر بأني شخص غير كفؤ	1	2	3
15	ابكي كثيرا ولأبسط الأمور	1	2	3
16	يصعب علي التعبير عن افكاري	1	2	3
17	أفضل الوحدة والانسحاب او الهروب من الوسط الاجتماعي	1	2	3
18	اشعر بالقلق تجاه المواقف الاجتماعية	1	2	3
19	اشعر باليأس من المستقبل مما يدفعني الى التشاؤم	1	2	3
20	اشعر بالإرهاق وفقدان الحيوية أو النشاط	1	2	3
21	اشعر بعدم متعة في أي عمل أقوم به	1	2	3

الرقم	الفقرة	1	2	3
22	اميل الى لوم نفسي كثيرا وذلك على كل شيء سيئ يحدث	1	2	3
23	اواجه صعوبة في اتخاذ القرارات	1	2	3
24	اشعر بأنني شخص عديم القيمة	1	2	3
25	تراودني احاسيس قاسية مثل الشعور بالذنب	1	2	3
26	اشعر بان حياتي لا فائدة منها	1	2	3
27	اشعر بالضيق وانقباض الصدر	1	2	3
28	انظر الى الأحداث من حولي بطريقةً سلبية	1	2	3
29	اشعر بان كل شيء في الحياة سخيف ولا قيمة له	1	2	3
30	اتجنب المشاركة في مختلف المناسبات كالأفراح، والاتراح، وأفضل البقاء وحيدا	1	2	3
31	أفقد الشغف تجاه معظم الأشياء التي كنت استمتع بها سابقاً	1	2	3
32	اشعر بفقدان الامل من المستقبل والناس	1	2	3
33	تواجهني صعوبة في استرجاع المعلومات مما سبب لي صعوبة في الانتباه والتركيز	1	2	3
34	أعيش حالة من القلق أو الخوف من المستقبل	1	2	3
35	لدي حساسية مفرطة مما يسهل استثارتي سريعاً	1	2	3
36	ابكي بسهولة	1	2	3

ملحق (ب)

مقاييس الدراسة بعد التحكيم

جامعة النجاح الوطنية

كلية الدراسات العليا

برنامج ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي

أختي المستجيبة

تحيه وبعد،،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة علمية بعنوان " فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعـــراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين "، وذلك اســـتكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي/ كلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية.

إليك مقاييس (قلق المستقبل، الاكتئاب) والمعدة من قبل الباحثة من أجل قياس (قلق المستقبل، الاكتئـــاب) لدى عينة من أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، علماً انه أمام كل فقرة مـــن فقـــرات المقياس ثلاثة بدائل (تنطبق تماماً وتعطى الدرجة (3)، وتنطبق أحياناً (2)، ولا تنطبق علـــى الإطـــلاق (1))، مع العلم أنه لا يوجد هناك فقرة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما هي تعبير عـــن الآراء الشخصـــية للفرد، وأن نتائج هذه المقاييس إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شكراً لكم تعاونكم

الباحثة: انوار عودة

المتغيرات الديمغرافية (المعلومات الشخصية):

يرجى وضع إشارة (X) في المكان الذي يناسب خيارك فيما يلي:

المؤهل العلمي

( ) ثانوية فاقل ( ) دبلوم

( ) بكالوريوس فاعلى

العمر

( ) 35 سنة فاقل ( ) من 36 سنة فاكثر

عدد سنوات الزواج

( ) من 1–10سنوات ( ) اكثر من 10 سنوات

عمل الام

( ) عاملة ( ) غير عاملة

عمر الطفل

( ) من 3–6 سنوات ( ) من 7–10 سنوات

( ) اكبر من 10 سنوات

معاناة الطفل من امراض جسدية

( ) نعم ( ) لا

عدد اخوة الطفل المتوحد

( ) لا يوجد ( ) من 1–2

( ) من 3 فاكثر

ترتيب الطفل المصاب

( ) الاول ( ) الاوسط

( ) الاخير

مستوى الدخل

( ) اقل من 2000 شيقل ( ) من 2000 – 4000 شيقل

( ) اكثر من 4000

مقياس قلق المستقبل: إليك مقياس قلق المستقبل والمصمم من قبل زينب شقير (2005)، حيث قامت الباحثة بتطوير المقياس من اجل قياس مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، علماً ان المقياس يتكون من (29) فقرة وأمام كل فقرة من فقرات المقياس ثلاثة بدائل (تنطبق تماماً وتعطى الدرجة (3)، وتنطبق أحياناً (2)، ولا تنطبق على الإطلاق (1))، مع العلم أنه لا يوجد هناك فقرة صحيحة وأخرى خطأ، وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد، وأن نتائج هذا المقياس إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة. (شقير، 2005).

الرقم	الفقرة	1	2	3
1	اشعر ان القدر يحمل أخباراً سارة في المستقبل (أومن بالقضاء والقدر)	1	2	3
2	ارى ان التفوق يدفعني دائماً لمزيد من العمل والكفاح لتحقيق مستقبل باهر	1	2	3
3	تراودني فكرة أن طفلي قد يصبح شخصاً عظيماً في المستقبل	1	2	3
4	اعتقد ان لدي طموحات وأهداف واضحة في حياتي	1	2	3
5	ارى انني اعمل لمستقبل طفلي وفقاً لخطة رسمتها لنفسي، واعرف كيف أحققها	1	2	3
6	اعتقد ان الالتزام الديني والأخلاقي والتمسك بمبادئ معينة يضمن لطفلي مستقبل امن	1	2	3
7	اشعر أن الغد (المستقبل) سيكون يوماً ما مشرقاً، وستحقق أمالي في طفلي	1	2	3
8	اشعر ان أملي في الحياة كبير، لان طول العمر يبلغ الأمل	1	2	3
9	اشعر بان الزمن يخبئ لي مفاجآت سارة (فلا يأس في الحياة ولا حياة مع اليأس)	1	2	3
10	ارى ان حياتي مملوءة بالحيوية والنشاط والرغبة في تحقيق الآمال لطفلي	1	2	3
11	يمتلكني الخوف والقلق والحيرة عندما أفكر في مستقبل طفلي	1	2	3
12	يدفعني الفشل إلى اليأس وفقدان الأمل في تحقيق مستقبل أفضل لطفلي	1	2	3
13	اشعر بان الحياة تمضي بشكل مزيف ومحزن ومخيف مما يجعلني اقلق واخاف على مستقبل طفلي من المجهول	1	2	3
14	اشعر بالفراغ واليأس وفقدان الأمل في الحياة وصعوبة تحسنها مستقبلاً	1	2	3
15	اشعر بتغيرات مستمرة في مظهري (شكلي) مما يجعلني غير جذاب (لا يتقبلني) الآخرين مستقبلاً	1	2	3
16	اشعر بان الحياة مملوءة بالأمراض والإعاقات مما يجعلني اتوقع الخطر لنفسي ولأطفالي في أي وقت	1	2	3

الرقم	الفقرة	1	2	3
17	اعتقد ان كثرة البطالة في المجتمع يهدد بحياة صعبة وسوء التوافق لطفلي مستقبلاً	1	2	3
18	سبب لي غلاء المعيشة وانخفاض الدخل وانخفاض العائد المادي قلقلاً على مستقبلي ومستقبل طفلي	1	2	3
19	اعتقد ان المستقبل غامض ومبهم (مجهول) لدرجة تجعل من الصعب أن يرسم الشخص أي خطة للأمور الهامة من مستقبله	1	2	3
20	اشعر بان ضغوط الحياة تجعل من الصعب أن أظل محتفظا بأملي في الحياة وأتفاءل بأن طفلي سيكون في أحسن حال	1	2	3
21	يغلب على التفكير بقرب الموت خصوصاً عندما أصاب بمرض أو يصاب أحد أقاربي	1	2	3
22	اشعر انني غير راضيه عن مستوى معيشتي بوجه عام مما يشعرني بالفشل في المستقبل	1	2	3
23	اشعر أن الحياة عقيمة بلا هدف ولا معنى ولا مستقبل واضح	1	2	3

مقياس الاكتئاب: إليك مقياس الاكتئاب والمصمم من قبل الباحثة من اجل قياس مستوى الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، علماً ان المقياس يتكون من (36) فقرة وأمام كل فقرة من فقرات المقياس ثلاثة بدائل (تنطبق تماماً وتعطى الدرجة (3)، وتنطبق أحياناً (2)، ولا تنطبق على الإطلاق (1))، مع العلم أنه لا يوجد هناك فقرة صحيحة وأخرى خطأ، وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد، وأن نتائج هذا المقياس إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

الرقم	الفقرة	1	2	3
1	اشعر بالحزن	1	2	3
2	فقدت الثقة في نفسي	1	2	3
3	اشعر بأنني شخص عديم الفائدة	1	2	3
4	فقدت الاهتمام بأنشطتي المعتادة (اليومية)	1	2	3
5	لدي رغبةً في النوم ولفترات طويلة	1	2	3
6	لدي أحاسيس قاسية مثل: تأنيب النفس	1	2	3
7	أشعر باليأس من الحياة	1	2	3
8	اشعر بتأنيب الضمير	1	2	3

9	اشعر بالملل السريع من الحياة	1	2	3
10	تراودني أفكار انتحارية ولكن لا يمكنني تنفيذها	1	2	3
11	امتلك طاقة كافية للقيام بأعمالي	1	2	3
12	اشعر بأني شخص غير كفؤ	1	2	3
13	يصعب علي التعبير عن افكاري	1	2	3
14	أفضل الوحدة والانسحاب او الهروب من الوسط الاجتماعي	1	2	3
15	اشعر باليأس من المستقبل مما يدفعني الى التشاؤم	1	2	3
16	اشعر بالإرهاق وفقدان الحيوية أو النشاط	1	2	3
17	اشعر بعدم متعة في أي عمل أقوم به	1	2	3
18	اميل الى لوم نفسي كثيرا وذلك على كل شيء سيئ يحدث	1	2	3
19	اواجه صعوبة في اتخاذ القرارات	1	2	3
20	اشعر بأنني شخص عديم القيمة	1	2	3
21	تراودني احاسيس قاسية مثل الشعور بالذنب	1	2	3
22	اشعر بان حياتي لا فائدة منها	1	2	3
23	اشعر بالضيق وانقباض الصدر	1	2	3
24	انظر الى الأحداث من حولي بطريقةً سلبية	1	2	3
25	اتجنب المشاركة في مختلف المناسبات كالأفراح، والاتـــراح، وأفضـــل البقاء وحيدا	1	2	3
26	أفقد الشغف تجاه معظم الأشياء التي كنت استمتع بها سابقاً	1	2	3
27	اشعر بفقدان الامل من المستقبل والناس	1	2	3
28	تواجهني صعوبة في استرجاع المعلومات مما سبب لي صـــعوبة فـــي الانتباه والتركيز	1	2	3
29	أعيش حالة من القلق أو الخوف من المستقبل	1	2	3
30	لدي حساسية مفرطة مما يسهل استثارتي سريعاً	1	2	3
31	ابكي بسهولة	1	2	3

ملحق (ج)

قائمة بأسماء المحكمين

الرقم	اسم المحكم	مكان العمل	الرتبة الاكاديمية	التخصص
1	نبيل المغربي	جامعة القدس المفتوحة	أستاذ مشارك	علم النفس التربوي
2	فاخر الخليلي	جامعة النجاح الوطنية	أستاذ مساعد	الإرشاد النفسي والتربوي
3	محمد عويد	وزارة التربية والتعليم	–	رئيس قسم الارشاد – مديرية سلفيت

ملحق (د)

البرنامج الارشادي

من اجل تحقيق اهداف الدراسة؛ قامت الباحثة بإعداد برنامج إرشادي يستند إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي، وذلك من خلال الاطلاع والرجوع الى العديد من الدراسات السابقة والأدب التربوي السابق، والذي اهتم في هذا المجال.

تكون البرنامج الارشادي من (12) جلسة ارشادية بواقع جلستين أسبوعياً لكل جلسة (90) دقيقة، واستمر تطبيق البرنامج مدة (6) أسابيع، والذي من خلاله تم التعرف على فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، وذلك بعد تطبيق البرنامج الارشادي.

اهداف البرنامج

هدف البرنامج الارشادي الى خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين، وذلك باستخدام مجموعة من الفنيات المعرفية السلوكية والدمج بينهما، والتي هدفت الى تعديل الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار اخرى إيجابية، كما استهدف البرنامج تعديل الممارسات والسلوكيات السلبية لدى الأمهات، والتي بدورها تؤثر سلباً على تكيفهن النفسي والاجتماعي، كما تم تزويد الأمهات بالمعلومات والمفاهيم المرتبطة بطبيعة هذه الإعاقة وتصنيفها من حيث خصائصها واعراضها، كما تم تدريبهن على مجموعة من الفنيات السلوكية المعرفية والتي هدفت الى خفض اعراض بعد الاضطرابات النفسية (قلق المستقبل، الاكتئاب) وفيما يأتي توضيح للهدف العام والخاص بالبرنامج الارشادي:

الهدف العام

معرفة فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض بعض اعراض الاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين واكسابهن المهارات والفنيات اللازمة.

الأهداف الفرعية

تتلخص الأهداف الفرعية للبرنامج الارشادي فيما يأتي:

1. ان يتم توضيح مفهوم اضطراب طيف التوحد من حيث المفهوم، والأسباب، والاعراض، وكيفية التعامل مع هذه الفئة.

2. ان تتعرف الأمهات على مفهوم الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية والمشاعر والسلوك الناتج عنها.
3. ان تتعرف الأمهات على المعتقدات اللاعقلانية كبواعث للضغوط وصولاً الى الاضطرابات النفسية.
4. ان تتعرف الأمهات على مفهوم قلق المستقبل والاكتئاب وآثارهما على الصحة النفسية.
5. ان تتعرف الأمهات على مفهوم مهارة مراقبة الذات وتدريبهم عليها.
6. ان تتعرف الأمهات على مهارة حل المشكلات وخطواتها.
7. ان تتدرب الأمهات على استخدام وتطبيق مهارة حل المشكلات في التعامل مع الظروف او المواقف المختلفة.
8. مساعدة أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على تعديل الحوار الذاتي ليصبح أكثر إيجابية.
9. ان تتدرب المشاركات على مهارة الاسترخاء العضلي واهميته في تحسين التكيف النفسي.
10. ان تتدرب المشاركات على فنية التفريغ الانفعالي، من خلال التعبير عن المشاعر المكبوتة وتطبيق العديد من الفعاليات التي تلبي الغرض، ومناقشة اثاره على الحالة النفسية والجسدية، كما تم شرح مجموعة من الطرق للتنفيس الانفعالي (السباحة، الرياضة، الضحك، سماع الأغاني والموسيقى).
11. مساعدة المشاركات على تعميم جميع ما تعلمنه داخل الجلسات العلاجية على ارض الواقع وخارج الجلسات العلاجية.

مصادر بناء محتوى البرنامج الارشادي المقترح

1. الاطلاع على العديد من الدراسات السابقة والبرامج الارشادية المختلفة والتي تناولت هذا الموضوع.
2. جمع مادة علمية تتعلق بالبرنامج الارشادي المعرفي السلوكي، والتي ساعدت في بناء البرنامج، وكيفية تطبيقه.
3. عرض البرنامج الارشادي على متخصصين في مجال الارشاد النفسي والتربوي في الجامعات الفلسطينية، لمعرفة مدى مناسبة البرنامج الارشادي للأهداف التي تم وضعها ومن ثم الاخذ بآرائهم وملاحظاتهم.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج الارشادي

يرى زهران (1980) ان هناك مجموعة من الأسس التي يجب مراعاتها عند بناء البرنامج الارشادي، وهي:

الأسس العامة:

1. مرونة السلوك الإنساني رغم ثباته النسبي فهو قابل للتعديل والتغيير.
2. يعتبر السلوك الإنساني فردي وجماعي بالوقت نفسه، حيث ان سلوك الفرد يبدو فيه وبشكل واضح تأثير الجماعة، كما ان سلوكه مع الجماعة تظهر فيه اثار شخصيته.
3. استعداد الفرد للتوجيه والإرشاد حيث ان هناك حاجة أساسية لديه.

4. حق الفرد في الارشاد: يعتبر التوجيه والإرشاد من الحاجات النفسية الهامة لدى كل فرد فهي من مطالب النمو السوي وبناء على ذلك يكون الارشاد حقاً من حقوق الفرد.
5. حق الفرد في تقرير مصيره، ويتضمن ذلك الاعتراف بقيمة الفرد وحقه في الاختيار وتقرير مصيره.
6. مبدأ الاستمرارية في عملية الارشاد: حيث تعتبر عملية مستمر ومتتابعة من مرحلة الطفولة الى الكهولة، فالفرد لا تقتصر مشاكله في مرحلة عمرية معينة فهي تستمر مع النمو العادي.
7. الاستناد الى القواعد الدينية، حيث ان الدين عنصر أساسي في حياة الفرد، كما تعتبر هامة لكل من المرشد والمسترشد فهي بمثابة ضوابط للسلوك (زهران، 1980).

الأسس الفلسفية

كما يقوم البرنامج الارشادي على أسس فلسفية تتمثل في ان كل فرد لديه العديد من المعارف، والتي تختلف من فرد لآخر، وذلك عن نفسه وعن لأخرين، بحيث تشكل محور فلسفته، كما يعتبر الادراك والوعي عوامل هامة في حدوث الانفعالات والسلوك الإنساني، حيث ان الأفكار والمعارف الخاطئة التي يتبناها الفرد تؤدي الى الشعور بالاضطراب، كما يمر الفرد بالعديد من الخبرات والظروف المختلفة، والتي تفسده وتجعل سلوكه مضطرباً، وبالتالي ظهور انفعالات غير مناسبة، وهنا لا بد من التركيز على أفكار الفرد ومعتقداته الخاطئة وتعديلها.

وقد استمد هذا البرنامج اصوله الفلسفية في ان الفرد قد يتعرض الى العديد من الظروف والتحديات الصعبة وعدم القدرة على التعامل او التكيف معها، مما قد يخلق العديد من المشكلات والانفعالات الغير سارة، والتي ناتجة جميعها عن طريقة التفكير الخاطئ والمعتقدات اللاعقلانية التي يتبانها الفرد، والتي بدورها تؤدي به الى الاضطراب النفسي، وهنا يأتي البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي، والذي يقوم على استبدال السلوك السلبي عن طريق تغيير الأفكار الخاطئة.

الأسس الاجتماعية

تهتم في الفرد كعضو في جماعة، وان السلوك الإنساني فردي وجماعي هو جزء من النشاط الاجتماعي له، ويعني ذلك ان الفرد لا يستطيع العيش في المجتمع بدون الجماعة، فهو كائن اجتماعي منذ ولادته، فمنذ اللحظات الأولى والتي يستقبل بها الوالدين طفلهما بالفرح والسرور، فيتأثر سلوكه بالجماعات المختلفة التي ينتمي اليها، فيرجع الفرد اليها في تقييم سلوكه الاجتماعي، كما يمارس بها مختلف الأدوار التي يفضلها، فهي تشبع لديه العديد من الحاجات المختلفة، لذلك يعد الارشاد الجمعي من اهم السبل التي تجعل الفرد يشعر في قيمته واهميته في داخل المجموعة.

الأسس النفسية والتربوية

ان الحالة النفسية التي يمر بها الفرد تؤثر بشكل كبير على سلوكه وانفعالاته، وهنا يأتي البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي في اعادة تعليم الفرد وتقديم المعلومات الواضحة ومن ثم تعديل الأفكار والمعتقدات الخاطئة.

الأسس العصبية

وذلك من خلال مراعاة الخصائص النفسية والجسمية والعصبية لأعضاء المجموعة الارشادية.

الفنيات المستخدمة في البرنامج الارشادي

سيتم استخدام العديد من الفنيات في البرنامج الارشادي واهمها:

1. المحاضرة

حيث تتمثل هذه الفنية في تقديم معلومات بسيطة وواضحة تتناسب مع أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك عن اضطراب طيف التوحد وخصائصه واعراضه التي تميز بها طفل التوحد عن غيره، وأساليب التواصل مع اطفالهن، ووجهات النظر الخاطئة حول اضطراب طيف التوحد وكيفية تعديلها، والأعباء النفسية والجسدية التي قد تتعرض لها أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، والتي بدورها تؤثر سلباً على صحتهن النفسية وصولاً الى الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وقلق المستقبل، فالهدف من هذه الفنية، هو تكوين معرفة جيدة حول الاضطراب بالإضافة الى شرح العديد من المفاهيم والمصطلحات المرتبطة بالبرنامج الارشادي، وتمكين الامهات من مواجهة الصعوبات او التحديات المختلفة التي قد تتعرض لها، فعملية التعلم وإعادة التعليم عنصراً أساسياً في هذه الفنية.

2. المناقشة الجماعية

تتمثل هذه الفنية في تبادل الرأي والنقاش ما بين المشاركات مع بعضهم البعض، وما بين الباحثة والمشاركات، وذلك حول موضوعات الجلسة الارشادية التي تأخذ شكل موضع نقاش وحوار، فالهدف من هذه الفنية وهو الاقناع الجدلي او اللفظي في تعديل الاتجاه او السلوك، بالإضافة الى تعزيز الاتصال والتواصل ما بين المجموعة الارشادية، فهي ضرورية للتقارب والالفة بين أعضاء البرنامج الارشادي والتفريغ الانفعالي.

3. التعزيز الإيجابي

تتمثل هذه الفنية في تقديم المدح والثناء للمشاركات في البرنامج الارشادي (الأمهات) وذلك على الإجابات الصحيحة، وعلى المبادرة في المشاركة، والاستجابات المناسبة في اثناء حلقة النقاش، فالهدف من هذه الفنية هو تشجيع وتحفير الأمهات على السلوك المرغوب والتفكير السليم.

4. الواجبات المنزلية

تعتبر هذه الفنية الأساس التي يقوم عليها العديد من البرامج الارشادية، من خلال تكليف الأمهات بواجبات منزلية تتعلق في موضوع كل جلسة ارشادية، بحيث تكون على هيئة تدريبات وتمارين مختلفة، فالهدف من هذه الفنية هو التأكيد على ما تعلمنه داخل الجلسة الارشادية ونقله الى الواقع، بالإضافة الى اكسابهن العديد من المهارات والقدرات اللازمة.

5. التدريب على أسلوب حل المشكلات

تتمثل هذه الفنية في تعليم مهارة حل المشكلات، والتي ستساعد الأمهات على إدراك مشكلاتهم بالخطوة الأولى، ومن ثم تحديد خطوات حلها، ووضع الحلول والبدائل الممكنة ومن ثم تقييم البدائل وصولاً الى استخدام افضل بديل يحقق النتائج المرتبطة به او النتائج المرجوة في حل المشكلة.

6. النمذجة السلوكية

تتمثل هذه الفنية من خلال عرض نماذج سلوكية مختلفة، وذلك يتعلق بموضوع النقاش المرتبط بالجلسة الارشادية مع الأمهات، فالهدف من هذه الفنية هو اكساب الأمهات مهارات سلوكية جديدة وأساليب سوية يتم تطبيقها في هذا البرنامج.

7. دحض الأفكار اللاعقلانية

تتمثل هذه الفنية في مجادلة الأم حول الأفكار اللاعقلانية، والتي أسهمت في ظهور المشكلات التي تعاني منها، وتسبب لها الكثير من الضغوطات، والتي بدورها تؤثر على توافقها النفسي، وهنا تقوم الباحثة بتوضيح كيفية تأثير هذه الأفكار والمعتقدات التي تؤمن بها على السلوك والمشاعر.

8. استخدام المرح

يتمثل هذا الأسلوب في اخراج الأعضاء من الجدية المبالغ فيها، والتي من الممكن ان تعمل على تضخيم وتفاقم المشكلة، ونقلهن الى جو من المرح، والذي بدوره يساعد الأمهات على التخلص من الانفعالات السلبية، كما تخفف من مستوى القلق والتوتر.

9. لعب الدور

يتمثل هذا الأسلوب من خلال تمثيل المواقف، والتي تعبر عن المشكلات التي تمر بها الام، حيث تهدف هذه الفنية الى اكسابهن العديد من القدرات والمهارات في مجالات العلاقة الإنسانية.

10. الحوار الذاتي

يتمثل هذا الأسلوب من خلال تدريب الأمهات على معرفة مدى تأثير الحوار السلبي على سلوكهن، ومن ثم تحديد مضمون هذا الحديث والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الام في التغلب على الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وقلق المستقبل.

11. الاسترخاء

يتمثل هذا الأسلوب من خلال تدريب الأمهات على مهارة الاسترخاء، بهدف إرخاء عضلات الجسم، والتي بدورها تؤثر على الجهاز العصبي، وبالتالي تحدث تغييراً واضحاً في المشاعر والاحاسيس، فالتدريب على الاسترخاء يتم في مكان يتسم بالهدوء والاضاءة الخافتة، كما تكون الأمهات في وضع مستلق ومريح واعينهن مغمضة وفي حالة من الاسترخاء، فنجاح هذه الفنية يؤدي الى تغيرات كبيرة على صعيد الشخصية، والى الكثير من الوعي والنضج في مواجهة مشاكل الحياة.

جلسات البرنامج الارشادي

رقم الجلسة: 1

تاريخ الجلسة: 18 / 2 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: التمهيد والتعارف وبناء الثقة

اهداف الجلسة:

- اجراء تعارف ما بين الباحثة وأعضاء المجموعة الارشادية، وما بين الأعضاء أنفسهم.
- تطبيق فعالية التعارف (شبكة التعارف).
- إعطاء نبذة عن البرنامج المعرفي السلوكي.
- مناقشة اهداف البرنامج الارشادي.
- الاتفاق من حيث الزمان والمكان لأجراء البرنامج الارشادي.
- الاتفاق على قوانين سير الجلسات بما فيها التأكيد على مبدأ السرية.
- مناقشة توقعات المشاركات حول البرنامج الارشادي.
- تطبيق مقياس قبلي (مقاييس الدراسة مقياس قلق المستقبل، ومقياس الاكتئاب) على المشاركات.

- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، قرطاسية لكل ام، أقلام فلماستر، سبورة، كرة صوف لتطبيق الفعالية، كرتون ابيض

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح الاصغاء الفعال
- الاستماع النشط التلخيص والمراجعة الواجب المنزلي
- فعالية شبكة التعارف

رقم الجلسة: 2

تاريخ الجلسة: 20 / 2 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: ما هو اضطراب التوحد

اهداف الجلسة:

- توضيح مفهوم اضطراب التوحد.
- التعرف الى اعراض وخصائص التوحد، والتي يتميز بها طفل التوحد عن غيره من الأطفال الطبيعيين.
- التعرف الى ردود فعل الأمهات عند معرفتها بأن طفلها لديه اضطراب التوحد.
- طرق العناية بطفل التوحد والحديث عن طبيعة الخدمات التي يجب ان تقدم له.
- الحديث عن طبيعة المشاعر المرافقة للأم عند معرفتها بأن طفلها لديه اضطراب التوحد.
- توضيح تأثير المشاعر السلبية والأفكار التي تتراود في ذهنها على تكيفها النفسي.
- تطبيق نشاط تفريغي (البالونات).
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، مادة ورقية معدة مسبقا، أقلام فلماستر، سبورة، عرض فيديو قصير حول اضطراب التوحد

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- الواجب المنزلي
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني

رقم الجلسة: 3

تاريخ الجلسة: 24 / 2 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: جلسة تثقيفية حول الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، قلق المستقبل) وأثـــر وجـــود طفـــل ذوي اضطراب توحد

اهداف الجلسة:

- التعرف الى مفهوم الاضطرابات النفسية بما فيها الاكتئاب وقلق المستقبل.
- التعرف الى اعراض الاكتئاب وقلق المستقبل لدى الأمهات، واكساب الأمهـــات معلومـــات حـــول ذلـــك، ومناقشة الاعراض التي تظهر عليها.
- التعرف الى كيفية تأثير اعراض بعض الاضطرابات النفسية على صحة الام النفسية، وأيضاً تأثيرها على طبيعة تفاعلها مع العائلة والمحيط الخارجي.
- مناقشة تلك الأفكار والمشاعر التي بدورها تؤدي الى الاضطرابات النفسية، ومن ثم تحديدها، والعمل على تعديلها.
- اكساب الأمهات مهارات ايجابية في التعامل مع كل من الاكتئاب او القلق.
- تطبيق فعالية تهدف الى التفريغ النفسي (ألوان وسؤال).
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، مادة معدة مسبقاً حول الاكتئاب وقلق المستقبل، أقلام فلماستر، سبورة

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- الواجب المنزلي
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني
- التنفيس الانفعالي
- لعب الأدوار والنمذجة

رقم الجلسة: 4

تاريخ الجلسة: 26 / 2 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: نموذج اليس في التعرف على الأفكار اللاعقلانية

اهداف الجلسة:

- التعرف الى مفهوم الأفكار اللاعقلانية.
- التمييز بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية.
- توضيح كيفية تأثير الأفكار اللاعقلانية على السلوك ومن ثم المشاعر.
- توضيح نموذج اليس (A-B-C).
- مساعدة الأمهات على تحديد الأفكار والتخيلات المرتبطة بالحدث او الموقف.
- مساعدة الأمهات على دحض وتفنيد الأفكار اللاعقلانية.

- اكساب الأمهات القدرة على استبدال الأفكار اللاعقلانية بأخرى منطقية وصحيحة.
- النمذجة ولعب الأدوار من خلال عرض لإداء نموذج بهدف تقليده، واستخدام التعزيز والتلقين.
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، مادة معدة مسبقاً حول نموذج اليس، أقلام فلماستر، سبورة، أوراق واقلام، بالونات

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- الواجب المنزلي
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني
- النمذجة ولعب الادوار

رقم الجلسة: 5

تاريخ الجلسة: 3 / 3 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: المراقبة الذاتية

اهداف الجلسة:

- توضيح مفهوم المراقبة الذاتية.
- تدريب الأمهات على استخدام مهارة المراقبة الذاتية.
- مساعدة الأمهات على اكتشاف العبارات، والأفكار، والمشاعر اثناء تعرضهن لمواقف مختلفة، وتحديدها.
- تعليم الأمهات كيفية ملاحظة أنفسهن في المواقف المختلفة.

- تدريب الأمهات على اختيار السلوكيات او الأفعال او العبارات الصحيحة وتجنب الخاطئة.
- اكساب الأمهات فنية إيقاف الأفكار وذلك للتخلص من الأفكار والاعتقادات السلبية.
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، مادة معدة مسبقا حول المراقبة الذاتية، أقلام فلماستر، سبورة

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- الواجب المنزلي
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني
- النمذجة ولعب الادوار
- قائمة المراقبة الذاتية
- إيقاف الأفكار

رقم الجلسة: 6

تاريخ الجلسة: 5 / 3 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: مهارة حل المشكلات

اهداف الجلسة:

- تعريف الأمهات بمهارة حل المشكلات وخطواتها، ابتداء من الشعور بالمشكلة وتحديدها، ووضع الحلول والبدائل الممكنة، وترتيب الحلول او البدائل من حيث الأهمية، ومن ثم اختيار البديل الأفضل، وتطبيق الحل وأخيراً اختبار تطبيق الحل.

- توضيح أهمية مهارة حل المشكلات.
- تعميم هذه المهارة على مشكلة تعاني منها أحد الأمهات وذلك بهدف اكساب الأمهات الفائدة.
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، مادة معدة مسبقا حول مهارة حل المشكلات، عرض فيديو، أقلام فلماستر، سبورة

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- الواجب المنزلي
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني

رقم الجلسة: 7

تاريخ الجلسة: 10 / 3 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: استكمالا للجلسة الماضية (توليد الأفكار+ الفرضيات)

اهداف الجلسة:

- توضيح خطوات حل المشكلات بما فيها توليد الأفكار او الفرضيات.
- مساعدة الأمهات على توليد مجموعة من الأفكار والفرضيات لحل المشكلة.
- مساعدة الأمهات على كيفية الموازنة بين الإيجابيات والسلبيات لكل فكرة.
- توضيح المقصود في عملية اتخاذ القرار.
- تطبيق وتقييم الحل.
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، مادة معدة مسبقا حول خطوات حل المشكلات، أقلام فلماستر، سبورة

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- الواجب المنزلي
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني

رقم الجلسة: 8

تاريخ الجلسة: 12 / 3 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: السلوك التوكيدي

اهداف الجلسة:

التعرف الى مفهوم السلوك التوكيدي

- مناقشة الاثار الإيجابية حول ممارسة السلوك التوكيدي.
- التدريب على تطبيق مهارة السلوك التوكيدي.
- تعميم السلوك التوكيدي على مواقف مختلفة من خلال عرض مشكلة حقيقية.
- تطبيق نشاط (المشاعر) والتعبير عن المشاعر بكل صراحة ووضوح.
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، مادة معدة مسبقاً حول السلوك التوكيدي، أقلام فلماستر، سبورة، بطاقات حول المشاعر

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- الواجب المنزلي
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني
- تطبيق نشاط

رقم الجلسة: 9

تاريخ الجلسة: 17 / 3 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: التفريغ الانفعالي

اهداف الجلسة:

- توضيح مفهوم التفريغ الانفعالي.
- أهمية التفريغ الانفعالي والتعبير عن المشاعر.
- توضيح فنيات التفريغ الانفعالي.
- مساعدة الأمهات على التعبير عن المشاعر تجاه المواقف او الاحداث.
- اكساب الأمهات خبرات جديدة وذلك من خلال سماعهم لمشاعر الاخرين.
- تطبيق نشاط يهدف الى التفريغ الانفعالي (نفخ البالون).
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، فيديو حول التفريغ الانفعالي أقلام فلماستر، سبورة، بالونات

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- الواجب المنزلي
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني
- الدعابة والمرح
- التنفيس الانفعالي

رقم الجلسة: 10

تاريخ الجلسة: 19 / 3 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: الاسترخاء العضلي

اهداف الجلسة:

- توضيح مهارة الاسترخاء من حيث المفهوم.
- ان تتعرف المشاركات على تمارين مختلفة والتي تؤدي الى الاسترخاء.
- التقليل من الاستثارة العقلية والتخفيف من الاضطرابات النفسية.
- مساعدة المشاركات على تطبيق التمارين التي تؤدي الى الاسترخاء.
- تدريب المشاركات على التخيل او التصور البصري لمواقف مسببة للضغط والتدريب على كيفية التعامل مع الحدث الضاغط، وما ردود الأفعال تجاهه.
- اجراء ومناقشة حول فنية الاسترخاء في خفض كل من الاكتئاب وقلق المستقبل.
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، فيديو حول فنية الاسترخاء، أقلام فلماستر، سبورة، توزيع مادة مصغرة حول فنيـــة الاســـترخاء واهميته

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- الواجب المنزلي
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني
- التخيل او التصور البصري

رقم الجلسة: 11

تاريخ الجلسة: 24 / 3 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: الحوار الذاتي

اهداف الجلسة:

- توضيح مفهوم الحوار الذاتي.
- مساعدة الأمهات في التفريق بين العبارات الإيجابية والعبارات السلبية.
- توعية الأمهات بتأثير كل من العبارات الإيجابية والسلبية.
- تدريب الأمهات على مخاطبة الذات بعبارات إيجابية.
- تعزيز ذلك بين الأمهات من خلال النمذجة ولعب الأدوار.
- تحديد تأثير تلك العبارات على النفس وعلى المشاعر.
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، مادة معدة مسبقا، أقلام فلماستر، سبورة

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- الواجب المنزلي
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني
- لعب الأدوار
- النمذجة

رقم الجلسة: 12

تاريخ الجلسة: 26 / 3 / 2025

مدة الجلسة: 90 دقيقة

موضوع الجلسة: الانهاء والتقويم

اهداف الجلسة:

- تلخيص كافة الجلسات الارشادي.
- مراجعة اهم الفنيات والتي تم استخدامها في البرنامج الإرشادي.
- مناقشة الأمهات حول آرائهن في البرنامج الارشادي.
- تشجيع الأمهات على تطبيق ما تعلمنه خلال البرنامج الارشادي الى ارض الواقع.
- مناقشة الأمهات للتعرف على آرائهن حول البرنامج.
- تطبيق مقياس بعدي.

- شكر الأمهات على المشاركة وتوزيع هدايا رمزية.
- التقييم والانهاء.

الوسائل او الأدوات المستخدمة في الجلسة:

جهاز العرض، أقلام، سبورة

الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة:

- المحاضرة
- المناقشة الجماعية تقسيم المجموعات
- التفسير والايضاح
- الاصغاء الفعال
- التلخيص والمراجعة
- التعزيز الإيجابي
- العصف الذهني

ملحق (هـــ)

كتاب الموافقة على تطبيق الدراسة

HATHA HAQI Association

Salfeet- Palestine

جمعية هذا حقي لذوي الإعاقة

سلفيت – فلسطين

الى من يهمه الامر

الموضوع : الموافقة على اجراء البحث العلمي

تحية طيبة وبعد:

نفيد حضراتكم بموافقتنا على السماح للباحثة انوار ناجح مصطفى عودة، وهي طالبة في كلية الدراسات العليا رقم تسجيل(12053401)، اجراء بحثها العلمي بعنوان مدى فاعلية برامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض اعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى امهات التوحد في محافظة سلفيت وتطبيق ادوات البحث العلمي على الامهات في الجمعية، كما نؤكد دعمنا وتعاوننا الكامل مع الطالبة ، لتسهيل انجاز هذا البحث في اطار الضوابط المعتمدة وذلك ابتداء من تاريخ 2025 /1/1.

مع فائق الاحترام والتقدير

ادارة جمعية هذا حقي

كفاح شاهين

جمعية هذا حقي لذوي الاعاقة
رقم الترخيص SQT-9339-C

ملحق (و)

الجداول

جدول (11)

المتوسطات والانحرافات والرتبة ومستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على المستوى الكلي والأبعاد الفرعية

الرقم	البعد	الرتبة	متوسط حسابي	انحراف معياري	المستوى
القياس القبلي					
4	قلق الصحة وقلق الموت	1	2.354	0.494	مرتفع
2	الياس في المستقبل	2	2.250	0.392	متوسط
3	القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)	3	2.063	0.478	متوسط
5	القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	4	2.021	0.482	متوسط
1	الخوف والقلق من الفشل في المستقبل	5	1.861	0.368	متوسط
	المستوى الكلي لقلق المستقبل		2.094	0.338	متوسط
القياس البعدي					
2	الياس في المستقبل	1	1.517	0.301	منخفض
5	القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	2	1.479	0.686	منخفض
4	قلق الصحة وقلق الموت	3	1.458	0.552	منخفض
1	الخوف والقلق من الفشل في المستقبل	4	1.431	0.329	منخفض
3	القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل)	5	1.396	0.598	منخفض
	المستوى الكلي لقلق المستقبل		1.457	0.430	منخفض

1–1.67 منخفض، من 1.68–2.33 متوسط، من 2.34–3 مرتفع

جدول (12)

المتوسطات والانحرافات والرتبة ومستوى الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في محافظة سلفيت – فلسطين في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على المستوى الكلي والأبعاد الفرعية

	القياس	متوسط حسابي	انحراف معياري	المستوى
المستوى الكلي للاكتئاب	القياس القبلي	1.970	0.316	متوسط
	القياس البعدي	1.406	0.395	منخفض

1–1.67 منخفض، من 1.68–2.33 متوسط، من 2.34–3 مرتفع

An-Najah National University

Faculty of Graduate Studies

THE EFFECTIVENESS OF A COGNITIVE BEHAVIORAL COUNSELING PROGRAM IN REDUCING THE SYMPTOMS OF SOME PSYCHOLOGICAL DISORDERS AMONG MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN SALFIT GOVERNORATE – PALESTINE

By
Anwar Odeh

Supervisor
Mohammed Marshoud

This Thesis is submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Psychological and Educational Counseling, Faculty of Graduate Studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine.

2025

THE EFFECTIVENESS OF A COGNITIVE BEHAVIORAL COUNSELING PROGRAM IN REDUCING THE SYMPTOMS OF SOME PSYCHOLOGICAL DISORDERS AMONG MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN SALFIT GOVERNORATE – PALESTINE

By
Anwar Odeh
Supervisor
Mohammed Marshoud

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program in alleviating symptoms of certain psychological disorders among mothers of children with autism spectrum disorder in Salfit Governorate, Palestine. A quasi-experimental design was employed. The study population comprised all mothers of children with autism attending the Riyadh Center for the Disabled in Salfit Governorate, totaling 24 mothers of 24 autistic children. The sample included these 24 mothers, who were divided into two groups: 12 mothers in the control group and 12 mothers in the experimental group. Participants were selected through purposive sampling. Instruments measuring future anxiety and depression were utilized, and their validity and reliability were confirmed, indicating their appropriateness for addressing the study objectives.

The results indicated that there were no statistically significant differences at the $\alpha = 0.05$ significance level or lower in the mean symptom levels of certain psychological disorders—including overall future anxiety and its dimensions (fear and worry about future failure, hopelessness, mental anxiety related to future thinking, health anxiety, death anxiety, and life-related anxiety)—as well as in the overall depression scale among mothers of autistic children in Salfit Governorate, Palestine, during the pre-test phase, when comparing the control and experimental groups.

The results indicated statistically significant differences at the significance level of $\alpha = 0.05$ or lower in the mean levels of symptoms associated with certain psychological disorders. These included overall future anxiety and its dimensions—fear and worry about future failure, hopelessness, mental anxiety (rumination about the future), health anxiety, death anxiety, and life-related anxiety—as well as the overall depression scale among mothers of autistic children in Salfit Governorate, Palestine, during the post-test

phase. These differences were observed based on the group variable (control versus experimental), with findings favoring the control group over the experimental group.

The results indicated that the experimental group exhibited an average level of future anxiety and depression in the pre-test, whereas these levels were reduced to a low level in the post-test.

Keywords: cognitive behavioral therapy, autism spectrum disorder, maternal mental health, future anxiety, depression, Palestine.