



جامعة الخليل

كلية الدراسات العليا

برنامج ماجستير التوجيه والإرشاد النفسي

فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال

المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل

**The Effectiveness of a Counseling Program to Improve the
Degrees of Mental Health among Mothers of Children with
Autism Syndrome in Hebron Governorate**

إعداد الطالبة:

سونيا يوسف العواودة

إشراف

د. كامل حسن كتلو

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التوجيه والإرشاد النفسي
كلية الدراسات العليا - جامعة الخليل

الفصل الأول من العام الجامعي

1439هـ - 2017م

إجازة الرسالة

فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال
المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل

إعداد الطالبة:

سونيا يوسف العوادة

إشراف

د. كامل حسن كتلو

نوقشت هذه الرسالة يوم السبت بتاريخ 2017/12/16م، وأجيزت من أعضاء لجنة المناقشة:

التوقيع

أعضاء لجنة المناقشة

.....
.....
.....

د. كامل حسن كتلو / مشرفاً ورئيساً

د. سامي سليم باشا/ ممتحناً خارجياً

د. محمد عبد الفتاح عجوة / ممتحناً داخلياً

الخليل - فلسطين

1439 هـ - 2017 م

الإهداء

إلى روعي التي لم أخذل أملها ووفيت بعهدي لها

إلى من غمرتني بحنانها وأنارت قلبي بفيض دعائها

إليك * أمي *

إلى من شقي من أجل أن يفتح لي دروب الحياة

إلى من انتظر وأمل في هذا النجاح بفارغ الصبر

إليك * أبي *

إلى شموع حياتي اللذين يفيضون بالأمل والحب * إخوتي وأخواتي *

إلى مُهجة قلبي * ابن أخي *

بارك الله لهم وجزاهم عني خير جزاء

إلى الشموع التي تحترق لثضییء لنا طريق العلم أساتذتي الأفاضل

إلى كل زميلاتي وزملائي من قريب أو بعيد

إلى الأهل والأصدقاء الذين لم يتوانوا عن تقديم الدعم والمساندة

أهدي لكم جميعاً ثمار جُهدی المتواضع

سائلة الله عز وجل أن يجعل عملي هذا خالصاً لوجهه الكريم.

شكر وتقدير

إنطلاقاً من قوله تعالى " وَقَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ " (سورة النمل، آية 19)

وإقراراً بالفضل وتمسكاً بقول الرسول صلى الله عليه وسلم "لا يشكر الله من لا يشكر الناس" فإنني أشكر الله الكريم رب العرش العظيم الذي وفقني لإنجاز هذه الدراسة وما توفيقني إلا بالله عليه توكلت وإليه مآبني.

ويطيب لي في هذا المقام الرفيع أن أتقدم بأسمى آيات الشكر والامتنان الى جامعتي العريقة جامعة الخليل ممثلةً برئيس مجلس أمنائها معالي الدكتور نبيل الجعبري حفظه الله، كما أتقدم بشكر والتقدير إلى مُدرسي كلية التربية لما قدموه لي من علمٍ نافع وملاحظاتٍ قيمة ساهمت في إثراء هذا البحث.

وأتقدم بأسمى آيات الشكر والامتنان إلى استاذي ومشرفي الدكتور كامل كتلو الذي تشرفتُ بإشرافه العلمي على رسالتي، فكانت توجيهاته نبراساً يُضيئ لي ظلمات هذا البحث فما قصده إلا ووجدتُ عنده من رحابة الصدر وسعة العلم وحسن الجواب ولين المعاملة..، فله مني الشكر والتقدير.

ويزيدني فخراً أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان الى لجنة المناقشة ممثلاً بالدكتور القدير سامي باشا مُناقشاً خارجياً، والذي تشرفتُ بموافقته على مناقشتي في هذه الرسالة والشكر موصول الى استاذي الذي تتلمذتُ على يديه الدكتور القدير محمد عجوة مناقشاً داخلياً.

وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة المحكمين لما بذلوه من جهد مشكور في تحكيم أدوات الرسالة ولما قدموه من نصحٍ ومشورة.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر والعرفان والاحترام لجميع الأمهات اللواتي شاركن في البرنامج الإرشادي، ولما أظهرنه من تعاون والتزام واحترام ومساعدة لإتمام هذه الدراسة بنجاح.

وأخيراً أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى كل من مد يد العون والمساعدة وأسدى لي نصحاً أو عوناً أو توجيهاً أو إرشاداً أو دعوة بظهر غيب حتى تمكنت من إنجاز هذا العمل بنجاح.

الباحثة:

سونيا يوسف العواودة

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي في تحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل، والتعرف على الفروق في درجات الصحة النفسية وفقاً لبعض المتغيرات الديموغرافية: (جنس طفل الأم، عمر طفل الأم، المستوى الاقتصادي للأسرة، حجم الأسرة، درجة التوحد)، وتكون مجتمع الدراسة من جميع أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل والبالغ عددهنّ (105) أم لطفل توحد.

واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي (تصميم المجموعتين) لمعرفة فاعلية البرنامج الإرشادي، وقد أُجريت الدراسة على عينة مكونة من (30) أم من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد المنتسبين إلى جمعية "الإحسان الخيرية" في محافظة الخليل، وقد تم تقسيم العينة بشكل عشوائي إلى مجموعتين: ضابطة مكونة من (15) أم، وتجريبية مكونة من (15) أم، وطبقت الباحثة في الدراسة الأدوات التالية: مقياس الصحة النفسية من إعداد الباحثة، مكون من (66) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية: (الجسدي، النفسي، الاجتماعي)، ويتفرع من البعد النفسي خمسة محاور ثانوية: (الاكتئاب، القلق، العزلة، عدم الكفاية الذاتية، الحساسية الزائدة)، وتم التحقق من صدق الأداة بطريقة (الصدق الظاهري وصدق البناء)، والثبات بطريقة (ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية) وتمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق والثبات، وقامت الباحثة بإعداد برنامج إرشادي يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية، مكون من (12) جلسة طبقت على أفراد المجموعة التجريبية، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:-

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة والتجريبية) تعزى للبرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي، وأظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية في القياس البعدي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية تُعزى إلى المتغيرات التالية: (جنس طفل الأم، والمستوى الاقتصادي للأسرة، حجم الأسرة (عدد الأبناء))، في حين أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي تُعزى لمتغير عمر طفل الأم لصالح أمهات الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين (7-14) عام، ووجدت فروق دالة إحصائية في البعد الجسدي لأفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي تُعزى لدرجة التوحد لصالح الأم التي درجة التوحد لدى طفلها متوسطة، وكذلك في البعد الاجتماعي وكانت الفروق لصالح الأم التي درجة التوحد لدى طفلها شديدة.

في ضوء نتائج الدراسة ونتيجة للأثر الإيجابي الذي حققه البرنامج الإرشادي في تحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد فإن الباحثة توصي: بضرورة إعداد المزيد من البرامج الإرشادية لرفع درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، وضرورة افتتاح مراكز حكومية متخصصة بالتوحد في عدة محافظات وبالتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية، وتقديم الدعم الكافي لها.

الكلمات المفتاحية لدراسة: الصحة النفسية، متلازمة التوحد، البرنامج الإرشادي.

Abstract:

The aim of this study was to determine the effectiveness of a counseling program in improving mental health scores among mothers of children with autism syndrome in Hebron governorate. It also aimed to identify the differences in mental health scores according to some demographic variables: (gender of mother's child, mother's age, the family's economic level, size of the family and the degree of autism). The study population included all the (105) mothers of children with autism syndrome in Hebron .

The study used a semi-experimental method (the design of the two groups) to determine the effectiveness of the counseling program. The study was conducted on a sample of 30 mothers of children with autism syndrome who belong to Al-Ehsan Charitable Society in Hebron Governorate. The sample was randomized into two groups. The controlled group which had (15) mothers, and the experimental one which also had the same number as the controlled. A number of tools were carried out throughout the study as; The psychometric measure of self-health, designed by the researcher herself, is composed of (66) items divided into three main dimensions (physical, psychological and social). The psychological dimension consists of five secondary axes: depression, anxiety, isolation, self-insufficiency and the hyper-sensitivity. Both the Face Validity and the Construct Validity were used to investigate the tool's validity whereas the tool's reliability was investigated via both the Cronbach's Alpha and the Split-half. The researcher developed an orientation program based on the cognitive behavioral theory, which consisted of (12) sessions applied to the members of the experimental group. The study resulted in the following results:

There were statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) in the mental health scores of mothers of children with autism syndrome between the two groups (control and experimental) due to the pilot program for the experimental group in the post application, The results showed that there were no statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) in the mental health scores in the telemetry between the control and experimental groups due to the following variables: (gender of the mother's child, the economic level of the family, size of the household) , The results showed that there were statistically significant differences at the level of α ($\alpha \leq 0.05$) in the mental health scores of the experimental group in the post-measurement group due to the variable age of the mother's child in favor of mothers of children aged (7-14) years. There were statistically significant differences in the physical dimension of experimental group members on post-measurement due to the degree of autism in favor of the mother whose

degree of autism in her child is medium, as well as in the social dimension. The differences were in favor of the mother who had a severe-autism child.

According to the results of the study and as a result of the positive impact achieved by the pilot program in improving mental health scores among mothers of children with autism syndrome, the researcher recommends for the need to develop more counseling programs to raise the mental health of mothers of children with autism syndrome, and the need to open the centers of the government specialized in autism in several governorates and in cooperation with the Palestinian Ministry of Health, and provide adequate support for them.

Keywords: Mental health, Autism syndrome, Counseling program.

فهرس المحتويات

أ.....	الإهداء
ب.....	شكر وتقدير
ج.....	ملخص الدراسة باللغة العربية
ه.....	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
ز.....	فهرس المحتويات
ط.....	فهرس الجداول
ك.....	فهرس الملاحق

1 الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

2.....	المقدمة
5.....	مشكلة الدراسة وأسئلتها:
8.....	أهمية الدراسة
8.....	أهداف الدراسة:
9.....	فرضيات الدراسة:
9.....	حدود الدراسة:
10.....	مصطلحات الدراسة:

12 الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

13.....	الإطار النظري
39.....	الدراسات السابقة
50.....	التعليق على الدراسات السابقة:

53 الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

54.....	أولاً: منهج الدراسة:
54.....	ثانياً: مجتمع الدراسة:
54.....	ثالثاً: عينة الدراسة:
58.....	رابعاً: أدوات الدراسة:
62.....	صدق المقياس:
62.....	ثبات المقياس:
65.....	خامساً: إجراءات الدراسة:
67.....	سادساً: المعالجة الإحصائية:

69 الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة

70.....	مقدمة:
70.....	نتائج أسئلة الدراسة:
75.....	نتائج فرضيات الدراسة:

87 الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات
88 مناقشة نتائج أسئلة الدراسة:
90 مناقشة نتائج فرضيات الدراسة:
98 التوصيات:-
99 المقترحات:-
100 المصادر والمراجع:-
111 الملاحق

فهرس الجداول

- جدول (1): الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة 55
- جدول (2): يبين نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لشابيرو ويلك (Shapiro Wilk) لبيانات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج 56
- جدول (3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (t) لدلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس الصحة النفسية، وقيمة اختبار ليفين للتباين (Levine's Test for Equality of Variances) على القياس القبلي 56
- جدول (4): نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط كل فقرة من فقرات مجالات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد مع الدرجة الكلية للمجال. 60
- جدول (5): نتائج معامل الارتباط بيرسون (Person correlation) لمصفوفة ارتباط درجة كل بعد من أبعاد الأداة مع الدرجة الكلية للأداة. 62
- جدول (6): نتائج معامل ألفا كرونباخ لثبات أداة الدراسة 63
- جدول (7): الثبات بطريقة التجزئة النصفية 63
- جدول (8): فئات المتوسطات وفئات الدرجات والوزن النسبي لمستوى الصحة النفسية 64
- جدول (9): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات كل من التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لدرجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة/التجريبية) في القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية المستخدم تُعزى للبرنامج الإرشادي. 70
- جدول (10): الجدول المرجعي المقترح لتحديد مستويات حجم التأثير بالنسبة لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية. 72
- جدول (11): يبين درجات التأثير لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي 73
- جدول (12): نتائج اختبار (ت) للعينات المرتبطة (Paired- Sample T-Test) وقيمة الدلالة ومستوى الدلالة لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية للتعرف على الفروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج. 74
- جدول (13): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة/التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تُعزى لمتغير جنس طفل الأم 75

جدول (14): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير عمر طفل الأم.....77

جدول (15): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير حجم الأسرة (عدد الأبناء).....81

جدول (16): نتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.....83

جدول (17): نتائج اختبار (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير درجة التوحد.....85

فهرس الملحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
112	مقياس الصحة النفسية الصورة الأولى قبل التحكيم.	1
117	مقياس الصحة النفسية بالصورة النهائية.	2
122	البرنامج الإرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد	3
159	قائمة بأسماء المحكمين	4

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

مقدمة الدراسة

مشكلة الدراسة وأسئلتها

أهمية الدراسة

أهداف الدراسة

فرضيات الدراسة

حدود الدراسة

مصطلحات الدراسة

المقدمة:

يعدُّ الإنسان اللَّبنةَ الأساسيّة للمجتمع وهو جوهر بنائه، والإنسان السوي هو مصدر النهضة والفكر والتقدم، ولكي يقوم هذا الإنسان بواجباته ومهامه الذاتية والاجتماعية، لابد أن يكون متمتعاً بصحة نفسية عالية تخلو من الاضطرابات والمشاكل التي تؤثر سلباً على مسيرته في البذل والعطاء والإنجاز، فالإنسان المصاب باضطراب أو خلل نفسي له تأثير سلبي يعود على نفسه وعلى الآخرين من حوله، فيقف عائقاً في وجه تقدمه وإنجازه، فالصحة النفسية تصل بالفرد إلى درجة كبيرة من الإنسجام والتوافق النفسي والاجتماعي، والقدرة العالية على الإنتاجية والسعادة والعطاء.

ويشير دفع الله (2007) إلى أن الصحة النفسية لا تعني الخلو من الأعراض النفسية والمرضية فحسب، بل الواقع أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة الإنسان على الشعور بالسعادة وإيمانه بقيمته وقيمة الآخرين، حتى تمكنه من التعامل مع المواقف المختلفة في الحياة، وهي كذلك تُترجم في طريقة التعامل مع بقية أفراد المجتمع، فالصحة النفسية تتداخل في كل أوجه النشاط اليومي للفرد وفي العلاقات بين الآخرين، بل أن السلوك الذي يصدر عن الإنسان يتأثر بدرجة تمتعه بالصحة النفسية، فمن مظاهر الصحة النفسية إحساس الإنسان بالأطمئنان والأمن والرضا عن النفس وتقبلها واحترامها مع الاستمتاع بالحياة.

ويرى العرعر (2010) أن تحقيق الصحة النفسية يساعد الإنسان في مواجهة مشاق الحياة وصعوباتها، وفي الوصول إلى العيش الكريم والحياة الهانئة والمليئة بالسعادة، وتساعد في الوصول إلى تحقيق أهداف الحياة وغاياتها.

كما ترتبط الصحة النفسية في قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب ومليئة بالتحمس، وهذا يعني أن يرضى الفرد عن نفسه، وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين فلا يبذو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي،

كما أنه لا يسلك سلوكاً اجتماعياً شاذاً، بل يسلك سلوكاً معقولاً يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي في ظل مختلف المجالات وتحت كل الظروف (التميمي، 2016).

وتتأثر درجة الصحة النفسية لدى الفرد سلباً أو إيجاباً نتيجة للمؤثرات التي تؤثر على العقل والجسم، حيث تنعطف هذه المؤثرات بالإنسان وصحته النفسية نحو السواء أو اللاسواء، وهو ما يرسم ملامح وطبيعة حياته ومستقبله (كفاقي، 2012).

ولعل من العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية لدى الإنسان بشكل كبير هي وجود حالة من الإعاقة، فوجود فرد من ذوي الإعاقة في الأسرة يؤثر سلباً على المعاق نفسه وعلى جميع أفراد الأسرة حيث تُعتبر رعاية وتربية الأطفال من ذوي الإعاقة أمراً صعباً وضاعطاً على الأسرة ككل، وعلى الوالدين تحديداً، لأنهما سوف يتكبدان عناء تنشئة الأبناء وما يترتب عليها من ضغوط نفسية عادية – مثل أي أسرة – بالإضافة إلى الضغوط الناتجة عن إعاقة هذا الطفل (الديب، 2016).

وتشير منظمة الصحة العالمية في تقريرها العالمي حول الإعاقة (2017) أنّ هناك تزايداً كبيراً لنسبة الإعاقة في العالم، حيث أن هناك ما يقارب مليار شخص أي 15% من سكان العالم يعانون من إعاقة شديدة.

ويعتبر اضطراب التوحد، إحدى فئات التربية الخاصة التي جذبت اهتمام الباحثين والأخصائيين النفسيين، ولا يزال هذا الاضطراب محط الجدل من حيث تشخيصه وأسبابه وأساليب علاجه، فهو اضطراب غير قابل للتنبؤ به، مما يؤثر بشكل كبير على الأسرة، ويعكس العديد من الضغوط النفسية على الآباء ويؤدي إلى صعوبة تلبية الحاجات المرتبطة بالطفل التوحدي (عصفور، 2012).

كما يعد التوحد من الاضطرابات التي تتصف باضطراب عام في النمو، وضعف في المهارات الاجتماعية واللغوية، وبعض المظاهر السلوكية غير العادية مثل الرفرفة باليدين، والدوران حول النفس، والإندفاعية والنشاط الزائد، والتعلق بأشياء معينة، واهتزاز الجسم (Hall,2008).

ويرجع الاهتمام بمتلازمة التوحد إلى تزايد انتشاره في المجتمعات العربية والأجنبية على حد سواء، حيث أشارت أحدث التقارير الصادرة عن مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (2007) أن نسبة الإصابة بالتوحد بلغت (1) من (150)، وتتراوح تقارير الانتشار لتصل إلى 70 من 10.000 حالة، وجميع النسب تشير إلى زيادة واضحة على مدى عشر سنوات في الفترة الممتدة بين (1992-2002) لأطفال مصابين بالتوحد (Albert, 2009).

كما أن انتشار اضطراب التوحد لدى الذكور أعلى من الإناث (4:1) ولكن الأعراض تكون أكثر شدة عند الإناث، لأنها مصحوبة بدرجة من التخلف العقلي، فيكون ذكراً مقابل أنثى (مشهور، 2016).

في حين أشارت آخر الإحصائيات لمركز الوقاية والسيطرة على الأمراض في الولايات المتحدة الأمريكية لعام 2014، أن طفل (1) من بين كل (68) طفلاً أمريكياً مصاباً بالتوحد (CDC, 2014). وبناءً على هذه النسبة العالمية المقدر من الجمعية الأمريكية للتوحد فإن عدد المصابين بمتلازمة التوحد في المجتمع الفلسطيني تُقدر تقريباً ب(7000) شخص وطفل مصابين بهذا الاضطراب، وهذا يشير إلى وجود أعداد كبيرة من المصابين بمتلازمة التوحد سواء على المستوى العالمي أو المحلي، وهذا مبرر قوي لضرورة الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع وبأسرهم.

ويستنتج مما سبق أن تأثير الإصابة بمتلازمة التوحد لا يقتصر على الطفل فحسب، بل يمتد هذا التأثير إلى الأسرة ككل، وبشكلٍ خاص إلى الأم التي تحاول التكيف مع الوضع الراهن، وإلى المجتمع الذي يحاول أن يوفر الإمكانيات التي يحتاجها هذا الطفل.

وبسبب هذه الخصائص التي يتميز بها المصابون بالتوحد، وكذلك نتيجة لعدم وجود علامات بيولوجية واضحة تدل عليه مقارنةً بباقي اضطرابات النمو مثل: الإعاقة العقلية والسمعية والبصرية، وأيضاً الصعوبة والدقة في التشخيص فإن آباءهم ومهاتهم في الغالب يواجهون صعوبات ويتعرضون

لاضطرابات أكثر من الآخرين، وتواجه أسر الأطفال المصابين بالتوحد وتحديداً الأم العديد من الأزمات، وهناك عدد من المراحل تمر بها تلك الأسر بحيث يسيطر نمط انفعالي معين على كل مرحلة من هذه المراحل، وتتفاوت هذه المراحل ما بين الشعور بالصدمة والتشكيك في التشخيص إلى الشعور بالإحباط ومشاعر الذنب والخوف والاكتئاب، وتتكرر هذه الأزمات مع نمو طفل التوحد (بوشعراية، وطاهر، 2017).

حيث تُشير باشا (2015) إلى أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، يتكبدن أعباء كبيرة جداً في رعاية هؤلاء الأطفال المصابين باضطراب نمائي، يعتبر من أكثر الاضطرابات غموضاً وصعوبةً بالمقارنة مع الاضطرابات النمائية الأخرى، وهنّ بحاجة ماسة إلى المساعدة، خاصة أن أم طفل التوحد عُرضة لكثير من الأزمات والاضطرابات النفسية التي تؤدي بها إلى عدم التمتع بالصحة النفسية، لذلك فهي بحاجة إلى الدعم النفسي والاجتماعي لمواصلة الطريق مع أطفالها في رحلة التأهيل الطويلة والشاقة، كما أنهنّ بحاجة إلى زرع الأمل في قلوبهن نحو مستقبل أفضل لأطفالهن الذين يعانون من متلازمة التوحد.

ومن خلال ذلك ترى الباحثة أن الاهتمام بجانب الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، والتعرف على مستوياتها وعلاقتها ببعض المتغيرات، وتقديم برامج إرشادية قائمة على أساليب واستراتيجيات سلوكية معرفية، يعتبر من الدراسات التي تسهم بشكل كبير في التغلب على الأزمات والاضطرابات النفسية والانفعالات اللاسوية للأم، وهذا من المؤكد سينعكس بشكلٍ إيجابي على طفل التوحد نفسه.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

إنّ وجود طفل التوحد في الأسرة يعتبر أزمة تولد الكثير من التحديات والصعوبات على الأسرة بشكلٍ عام، وعلى الأم بشكلٍ خاص. باعتبار أن الأم هي الأقرب من الطفل، وكونها تقضي ساعات

طويلة معه، وتعتبر متلازمة التوحد من أكثر الاضطرابات تعقيداً وصعوبةً والأكثر غموضاً، حيث أن هذا الاضطراب يؤثر في الكثير من مظاهر النمو لدى الطفل، فيؤدي إلى انسحابه وانغلاقه على الذات، ويصبح منعزلاً فلا يتجاوب مع الوالدين، ويضعف اتصاله بالعالم المحيط به.

كما أنّ الطفل المصاب بالتوحد بحاجة إلى رعاية كبيرة تستمر على مدار الأربع والعشرين ساعة، وغالباً ما تقع هذه المسؤولية على عاتق الأم وبشكلٍ خاص في المجتمعات العربية، حيث يطلب منها تقديم العناية اللازمة للطفل وتوفير احتياجاته، بالإضافة إلى العناية بباقي أفراد الأسرة وتلبية احتياجاتهم ومتطلباتهم، وهذه المسؤوليات والصعوبات التي تواجه الأم تسبب لها الاضطراب، وقد تشعرها بالقلق والتوتر والخوف والاكتئاب، وقد تولد عندها أفكاراً سلبية وغير عقلانية، بالإضافة إلى المشكلات الاجتماعية والانفعالية والجسدية، التي تؤدي جميعها إلى اختلال وتدنٍ في درجة الصحة النفسية للأم، ومن هنا نجد أن أمهات الأطفال التوحديين بحاجة ماسة إلى برامج إرشادية، لتزويدها بمهارات وأساليب فعالة لتحسين درجات الصحة النفسية لديهن، والتخفيف من حالات القلق والتوتر والخوف الموجودة لديهن.

وعليه يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي:

ما مدى فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين

بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل؟

ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما درجة الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) على مقياس الصحة النفسية المستخدم

في الدراسة تُعزى إلى البرنامج الإرشادي؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تُعزى للمتغيرات التالية: (جنس طفل الأم، عمر طفل الأم، درجة التوحد، المستوى الاقتصادي للأسرة، عمل الأم، حجم الأسرة (عدد الأبناء)).

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

1. تتبع أهمية الدراسة الحالية من موضوعها، وهو الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، حيث تلقي الضوء على فئة مهمة وذات وضع خاص من فئات المجتمع.
2. أهمية دور الأم في حياة الطفل المصاب بمتلازمة التوحد، فالأم هي أكثر أفراد الأسرة تواجداً مع طفل التوحد وأكثر قلقاً على حالته من أي فرد آخر.
3. تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الأولى في مجال الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في المجتمع الفلسطيني - على حد علم الباحثة - التي تبحث في هذا الموضوع.
4. هذه الدراسة تدفع الباحثين والمتخصصين إلى إجراء المزيد من الأبحاث والدراسات في مجال الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد.

الأهمية التطبيقية:

تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في النقاط التالية:

1. اختبار فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، والتخفيف من حالات القلق والتوتر والاضطراب لدى الأمهات.

2. تساعد المعلومات والمهارات المكتسبة من البرنامج الإرشادي في توجيه أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد نحو الطرق السليمة لتحسين درجات الصحة النفسية لديهم.
3. الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في إيجاد أساليب وطرق جديدة، لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد.
4. تقديم أدوات بحثية تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، تعيد الباحثين في إجراء دراسات ميدانية أخرى ذات صلة بالموضوع الحالي.
5. تفتح المجال أمام الأخصائيين للاستفادة من البرنامج الإرشادي المقدم في الدراسة، لبناء برامج إرشادية أخرى ذات صلة بالصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد وبأساليب مختلفة مثل (إعادة البناء المعرفي، والحديث إلى الذات، والاسترخاء، وتقليل الحساسية التدريجي، والتعزيز، والأسئلة السقراطية، والتدريب على التحصين ضد التوتر، والتخيل أو التصور الموجه).

أهداف الدراسة:

1. الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي، لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل.
2. التعرف على درجة الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل.
3. التعرف على طبيعة الفروق في درجات الصحة النفسية لدى الأمهات بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، تبعاً للمتغيرات التالية: (جنس طفل الأم، عمر طفل الأم، درجة التوحد، المستوى الاقتصادي للأسرة، حجم الأسرة (عدد الأبناء)).

فرضيات الدراسة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) في القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية المستخدم في الدراسة تُعزى للبرنامج الإرشادي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة والتجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تُعزى للمتغيرات التالية: (جنس طفل التوحد، عمر طفل التوحد، درجة التوحد).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة والتجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تُعزى للمتغيرات التالية: (المستوى الاقتصادي للأسرة، حجم الأسرة (عدد الأبناء)).

حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية: تتحدد هذه الدراسة بموضوعها فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل.

الحدود البشرية: اقتصرت هذه الدراسة على عينة من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل والبالغ عددهن (30) أم.

الحدود المكانية: تم إجراء هذه الدراسة في جمعية الإحسان الخيرية لذوي الاحتياجات الخاصة وتحديداً مدرسة محمد بن راشد آل مكتوم لذوي الاحتياجات الخاصة، والتي تم اختيارها بعد عدة محاولات

لتطبيق في مراكز أخرى مثل: مركز خرما للتوحد، وجمعية النهضة بنت الريف، ولكن لم تتمكن الباحثة من توفير العينة في هذه المراكز فتم استبعادها من العينة .

الحدود الزمانية: طُبقت هذه الدراسة خلال عام 2017م.

مصطلحات الدراسة:

1. الصحة النفسية:

يُعرف كتلو والعرجا (2016) الصحة النفسية بأنها، حالة الفرد السائدة والمستمرة نسبياً والتي يكون فيها الفرد مستقراً ومتوافقاً نفسياً واجتماعياً، بالإضافة إلى الشعور بالسعادة مع الذات ومع الآخرين وبالتالي القدرة على تحقيق وتقدير الذات، واستغلال المهارات والكفاءات الذاتية بأقصى حد ممكن، أي أنها السمة الإيجابية التي يتمتع بها سلوك الفرد واتجاهاته تجاه ذاته وتجاه الآخرين، فيكون بذلك فرداً سعيداً، ومتوازناً وحسن الخلق.

في حين يعرفها التيمي (2016) بأنها، حالة من التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية المادية التي تطرأ عادة على الإنسان، وعلى الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية.

تُعرف الصحة النفسية للأم إجرائياً: بأنها متوسط الدرجات التي تحصل عليها الأمهات على مقياس الصحة النفسية المستخدم في الدراسة.

2. متلازمة التوحد:

تُعرف منظمة الصحة العالمية (2016) التوحد بأنه اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، وتؤدي الإصابة به إلى عجز في التحصيل اللغوي، واللعب، والتواصل الاجتماعي.

ويُعرفه اليحيى (2014) التوحد بأنه نوع من اضطرابات النمو والتطور، تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، وتؤثر سلباً في مختلف جوانب النمو، التي قد تظهر في النواحي الاجتماعية

والتواصلية، والعقلية، والانفعالية، والعاطفية، ويستمر هذا النوع من الاضطراب التطوري مدى الحياة، ولكن تتحسن الحالة من خلال التدريبات العلاجية المقدمة للطفل في سن مبكر.

وتعرف الجمعية الأمريكية لطب النفسي (2013) التوحد بأنه إعاقة نمائية عصبية تطويرية تظهر دائماً في الثلاث سنوات الأولى من العمر نتيجة للاضطرابات العصبية (Neural Disorder) التي تؤثر على وظائف المخ، وتداخل هذا الاضطراب مع النمو الطبيعي للطفل يؤثر في الأنشطة العقلية (مراكز التفكير)، وفي التفاعل الاجتماعي، وفي التواصل اللفظي والغير لفظي.

3. البرنامج الإرشادي:

التعريف الإجرائي للبرنامج الإرشادي: هو البرنامج التدريبي المقدم من الباحثة لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، والذي تم بناؤه على أساس النظرية السلوكية المعرفية، واستند على أساليب وفنيات العلاج السلوكي المعرفي منها (إعادة البناء المعرفي، والحديث الإيجابي الى الذات، والاسترخاء، وتقليل الحساسية التدريجي، والتعزيز، والتدرب على التحصين ضد التوتر، والتخيل أو التصور البصري، والأسئلة السقراطية، والواجبات المنزلية، وقد تكون البرنامج من (12) جلسة إرشادية وتدريبية.

متغيرات الدراسة:

- **المتغيرات المستقلة:** البرنامج التدريبي المستخدم لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد.
- **المتغيرات التابعة:** الصحة النفسية بأبعادها.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري

مقدمة:

يتناول هذا الفصل الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع البحث، وتقدم الباحثة عرضاً لمفهوم الصحة النفسية، ومفهوم مُتلازمة التوحد، وكيف يؤثر وجود طفل مصاب بالتوحد على الأسرة، والعلاج المعرفي السلوكي الذي استند عليه البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة.

أولاً: الصحة النفسية:

مفهوم الصحة النفسية:

تُعرف منظمة الصحة العالمية (2013) الصحة النفسية بأنها ليست مجرد غياب الاضطرابات، بل هي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكانياته الخاصة والتكيف مع حالات التوتر العادية، والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي.

ويُعرف عبد الله (2004) الصحة النفسية بأنها "حالة عقلية إنفعالية مركبة، دائمة نسبياً من الشعور بالسعادة مع الذات ومع الآخرين والشعور بالرضا والطمأنينة والأمن والسلامة العقلية، والإقبال على الحياة مع الشعور بالنشاط والقوة، ويتحقق بذلك أعلى درجة من التكيف النفسي والاجتماعي".

ويرى دياب (2006) أن الصحة النفسية حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به إلى أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويتقبل المجتمع، ومن خلال ذلك يشعر بدرجة عالية من الرضا والكفاية.

كما عرفها كتلو والعرجا (2016) بأنها "حالة ثابتة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً من النواحي النفسية والاجتماعية والانفعالية مع نفسه ومع الآخرين، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن، ولديه القدرة على مواجهة مطالب الحياة، إلى جانب الشخصية المتكاملة والسوية.

ويؤكد العُمري (2012) على أن الصحة النفسية، حالة إيجابية توجد عند الفرد وتكون في مستوى قيام وظائفه النفسية بمهامها كما يبدو ذلك في عدد من المظاهر، فإن كانت الوظائف النفسية تقوم بمهامها بشكلٍ متناسق ومتكامل ضمن وحدة الشخصية كانت الصحة النفسية سليمة وحسنة، وإن لم يكن الأمر كذلك كان من اللازم البحث عن أوجه الاضطراب فيها.

في حين يعرفها العرعير (2010) بأنها، تلك الحالة التي تتميز بالثبات النسبي والتي يكون فيها الفرد متمتعاً بالتوافق الشخصي والاجتماعي والالتزان الانفعالي، خالياً من التأزم والاضطراب مليئاً بالحماس، وأن يكون إيجابياً خلاقاً مبدعاً يشعر بالسعادة والرضا والقدرة على تأكيد ذاته وتحقيق طموحاته واثقاً بإمكاناته الحقيقية وقادراً على استخدامها في أمثل صورة ممكنة.

وعرفها زهران (1987) بأنها، حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل والجسم، وليست مجرد غياب أو الخلو أو البرء من أعراض المرض النفسي.

في حين يذهب ابو العمرين (2008) إلى اعتبار الصحة النفسية على أنها حالة تتميز بوجود الأنا في حالة وجدانية طيبة، وتحرر نسبي من القلق وأعراض العجز، والقدرة على إقامة علاقة بناءة والتوافق مع المتطلبات المادية والضغوط الحياتية.

ويرى التميمي (2016) أن الصحة النفسية ترتبط بقدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا ما يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب ومليئة بالتحمس، وهذا يعني أن يرضى الفرد عن نفسه، وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي، كما أنه لا يسلك سلوكاً اجتماعياً شاذاً، بل يسلك سلوكاً معقولاً يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي في ظل مختلف المجالات وتحت كل الظروف.

وتعرف الباحثة الصحة النفسية على أنها: الخلو من الاضطرابات النفسية والعقلية والجسدية، والقدرة على تحقيق التفاعل الإيجابي بين الفرد وذاته من جهة، وبينه وبين الآخرين من جهةٍ أخرى،

والقدرة على العمل والإنجاز والنجاح، والشعور بالرضا، والسعادة، والثقة بالنفس، والإيجابية، والشعور بالمسؤولية تجاه الذات وتجاه الآخرين، والقدرة على التعامل مع المواقف الحياتية المختلفة بشكلٍ صحيح.

النظريات المُفسرة لمفهوم الصحة النفسية:

نظرية التحليل النفسي: رائد هذه النظرية: سيجموند فرويد (Sigmund Freud, 1939-1886)

يرى فرويد (Freud) مؤسس النظرية التحليلية أن تحقيق الصحة النفسية يتوقف على مقدرة الأنا على التوفيق بين أجهزة الشخصية ومطالب الواقع، أي أن الاضطراب يحدث عندما لا تتمكن الأنا الواقعية من الموازنة بين الأنا الباطنية والأنا العليا المثالية، كما أن عودة الخبرات المكبوتة يؤثر تأثيراً رئيسياً في تكوين الأمراض العصابية وأن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية لأنا الباطنية بوسائل مقبولة اجتماعياً (نصيرة وصفية، 2014).

النظرية السلوكية: صاحب هذه النظرية واطسون (Watson, 1912)

وتعرف هذه النظرية الصحة النفسية، بأن يأتي الفرد السلوك المناسب في كل موقف حسب ما تحدده الثقافة والبيئة التي يعيش فيها، فالمحك المستخدم هنا للحكم على صحة الفرد النفسية هو المحك الاجتماعي، فالنظرية السلوكية تعتبر البيئة المنزلية الأولى، وتعتبرها من أهم العوامل التي تعمل على تكوين الشخصية (أبو العمرين، 2008).

ويشير العناني (2005) إلى أن مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد بالاستجابات المناسبة للمثيرات المختلفة، بحيث تكون الاستجابات بعيدة عن القلق والضيق والتوتر، وعليه يتلخص مفهوم الصحة النفسية وفقاً لهذه الرؤية في القدرة على اكتساب عادات تتناسب مع البيئة التي يعيش فيها الفرد.

النظرية الوجودية:

سورين كير كغار (Soren Kerr Kagar, 1813-1855) هو الأب الروحي للوجودية، ومن أشهر زعمائها المعاصرين جان بول سارتر (Jean-Paul Sartre).

وتُعرف هذه النظرية الصحة النفسية، بأن يعيش الإنسان وجوده، ويقصد بذلك أن يدرك الإنسان معنى هذا الوجود وأن يدرك الفرد إمكاناته وقدراته، وأن يدرك نقاط ضعفه وأن يتقبلها، وأن يكون حراً في تحقيق ما يريد وبالأسلوب الذي يراه مناسباً، وكذلك أن يكون مدركاً لهذه الحياة بما فيها من متناقضات، ومحاولة الوصول إلى تنظيم معين من القيم لكي يكون أطواراً مرجعياً في حياته (الشمري، 2013).

النظرية الإنسانية: من أهم روادها (Rogers, Maslow)

يرى ماسلو (Maslow, 1943) أن الصحة النفسية هي تحقيق الذات، ويذهب إلى أن صاحب الشخصية السوية يتميز بخصائص معينة بالقياس مع الشخصية غير السوية، ويعتقد أنه إذا اقتضت دراسة الأخصائيين النفسيين على العجزة والعصابيين ومتأخري النمو فإنهم بالضرورة سوف يقدمون علماً عاجزاً، لذلك قام Maslow بدراسة مجموعة من الأشخاص الذين حققوا ذواتهم، واختار الطريقة المباشرة، فدرس الأصحاء من الناس اللذين تتجلى وحدة شخصياتهم وکليتها بوضوح أكثر بكونهم أشخاصاً حققوا ذواتهم (العناني، 2005).

ويرى روجرز (Rogers, 1951) أن تحقيق الصحة النفسية يتمثل في تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقاً كاملاً، وأن هناك ارتباطاً وثيقاً بين مفهوم تقبل الذات وتحقيقها وبين الصحة النفسية، وأن الإنسان كائن عقلائي اجتماعي تعاوني، ويمكن الوثوق به، وأن الأفراد لديهم إمكانية أن يتعايشوا وأن يدركوا عن وعي العوامل التي تسهم في عدم توافقهم وعدم تمتعهم بالصحة النفسية، وأنه من الضروري

الإيمان بقيمة الإنسان وقدرته على مواصلة النمو والتطور الذاتي، فالإنسان مسؤول عن تقرير مصيره ورعاية مصالحه بطريقته الخاصة (العُمري، 2012).

من خلال العرض السابق لمفاهيم الصحة النفسية، نجد أنّ هناك تعريفات كثيرة ومتعددة للصحة النفسية تختلف من عالم إلى آخر، فكان من الصعب الخروج بتعريف واحد وشامل لمفهوم الصحة النفسية وتفضيله على غيره من التعريفات، مع التأكيد على أن جميع المفاهيم التي ذكرت مفيدة جداً وتعبر عن الصحة النفسية، ولكنها لا تعطي معناً كاملاً يعبر عن الصحة النفسية، ويمكن عزو هذا التعدد في تعريفات الصحة النفسية إلى طبيعة الشخصية الإنسانية المتغيرة والمتقلبة، ولكنها معقدة في نفس الوقت، لذلك نجد أن هناك عوامل ومتغيرات كثيرة ومتداخلة في تحديد الصحة النفسية للإنسان، ولكن من خلال عرض التعريفات السابقة لمعنى الصحة النفسية، نجد أنها تتفق في أن الصحة النفسية تتمثل في القدرة على تحقيق التفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة، وتعبر عن علاقة الفرد بنفسه وعلاقته بالعالم الخارجي.

نسبية الصحة النفسية:

يرى أبو العمرين (2008) أنه لا يوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي، كما لا يوجد حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي، وأن مفهوم الصحة النفسية مفهوم نظري مثالي أو خرافة، فلا يوجد كائن بشري بدون صراعات أو شيء من الاضطرابات.

ويرى عبد الله (2004) أن الصحة النفسية تُعرف بأنها حالة إيجابية دائمة نسبياً، بالتالي فهي نسبية وليست ثابتة أو مطلقة، أي إما أن تتحقق أو لا تتحقق، كما أنها نشطة ومتحركة ونسبية تتغير من فرد لآخر، كما أنها تتغير من وقت إلى آخر، وتتغير نسبية الصحة النفسية تبعاً لمراحل النمو التي يمر بها الفرد، وأيضاً تتغير تبعاً لتغير الزمان والمكان وتبعاً لتغير المجتمعات، وعليه يجب الأخذ بهذه المتغيرات جميعها بعين الاعتبار عند إطلاقنا الحكم على الصحة النفسية.

ويشير دياب (2006) إلى وجود نسبية في الصحة الجسمية، فمن المؤكد أيضاً وجود نسبية في الصحة النفسية، بل أنها تبدو أوضح في الجانب النفسي، فالذين يحسبون أنهم أصحاء ليسوا كلهم على درجة واحدة من الصحة، بل أنهم يتفاوتون في نصيبهم من الصحة النفسية، ويشهد على ذلك أدوارهم على الاختبارات النفسية، وكذلك سلوكهم وأساليب توافقهم في البيئة، ويترتب على ذلك أن هناك أصحاء أقرب إلى المرضى، وهناك مرضى أقرب إلى الأصحاء.

مناهج الصحة النفسية وأهدافها:

من هذه المناهج المنهج الإنمائي أو الإنشائي الذي يتضمن بذل الجهد والسعي لزيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأشخاص الأصحاء العاديين، حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى من الصحة النفسية، ويتم ذلك من خلال دراسة إمكانات وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيهها التوجه السليم (رضوان، 2002).

والمنهج الوقائي الذي يتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والأمراض النفسية، ويهتم هذا المنهج بالأسوياء قبل الاهتمام بالمرضى، ليقبهم من أسباب الأمراض النفسية من خلال تعريفهم بها وإزالتها، ويتكون من ثلاثة مراحل تتمثل في الوقاية الأولية، التي تهدف إلى اتخاذ إجراءات مسبقة لمنع حدوث الاضطرابات النفسية، ثم الوقاية الثانوية لإنقاص شدة المرض أو التقليل منه، وأخيراً الوقاية من الدرجة الثالثة التي تهدف إلى خفض العجز الناتج عن المرض العقلي، واستخدام الوسائل التي تمنع الانتكاس (العناني، 2005).

كذلك **المنهج العلاجي** الذي يتمثل في علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية بمختلف أشكالها حين حدوثها، وذلك بهدف العودة بالفرد الى حالة من التوافق النفسي والصحة النفسية، ومن إجراءات هذا المنهج: الفحص، والتشخيص، وبحث أسباب الاضطراب، وطرق العلاج (زهران، 2005).

أهمية الصحة النفسية:

للصحة النفسية أهمية كبيرة تعود بالنفع على الفرد والمجتمع، فهي تزرع السعادة والاستقرار والتكامل بين الأفراد، كما لها دور كبير في اختيار الأساليب العلاجية السليمة والمتوازنة للمشكلات الاجتماعية التي قد يكون لها تأثير في سلامة عملية النمو النفسي للفرد، كما تُسهم الصحة النفسية في تحقيق الاستقرار الذاتي للفرد من خلال فهمه لذاته وتقبلها كما هي، بحيث تكون حياته خالية من المخاوف والتوترات، والشعور الدائم نسبياً بالهدوء والسكينة والأمان الداخلي (الخطيب والزيادي، 2001).

ويرى العرعر (2010) أن تحقيق الصحة النفسية يساعد الإنسان في مواجهة مشاق الحياة وصعوباتها، وفي الوصول إلى العيش الكريم والحياة الهانئة والمليئة بالسعادة، وتساعد في الوصول إلى تحقيق أهداف الحياة وغاياتها.

كما تُسهم الصحة النفسية في تنشئة أفرادٍ مستقرين وأسياء، حيث أن تمتع الأهل بالقدر المناسب من الصحة النفسية يساهم في تنشئة أطفال أسياء نفسياً، فالأسرة المستقرة نفسياً تتمتع بالتماسك والتآزر والقوة الداخلية، وتمتع الفرد بالصحة النفسية يجعله أكثر قابلية للتعامل الإيجابي مع المشكلات المختلفة، وأكثر قدرة على فهم ذاته وفهم الآخرين من حوله، وتجعله أكثر مقدرة على السيطرة وضبط العواطف والانفعالات والرغبات، وأيضاً توجيه السلوك بشكلٍ سليم بعيداً عن الاستجابات غير السوية (رضوان، 2002).

معايير الصحة النفسية:

هناك معايير متعددة ومختلفة لتحديد السواء واللاسواء في الصحة النفسية لدى الفرد، ولعل من أهم هذه المعايير، المعيار الطبي الذي يمكن بواسطته الحكم على الشخص بالصحة النفسية أو بالحالة

المرضية، ويتم ذلك باستخدام الفحص الإكلينيكي، بالاستعانة بالأدوات والوسائل الطبية المختلفة، والمقابلة النفسية، وأسلوب الملاحظة المتخصصة وغيرها من الأساليب (العرعير، 2010).

وهناك **المعيار الذاتي** الذي تتحدد السوية فيه من خلال إدراك الفرد لمعناها، فهي كما يشعر الفرد وكما يراها من خلال نفسه، فالسوية هنا، إحساس داخلي وخبرة ذاتية، فإذا كان الفرد يشعر بالقلق وعدم الرضا عن الذات فإنه يعد وفقاً لهذا المعيار غير سوي، ومن الصعب الاعتماد على هذا المعيار لأن معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبراتهم حالات من القلق والضيق، والمأخذ على هذا المعيار أنه يعتمد على الأفكار الذاتية (أبو العمرين، 2008).

كذلك **المعيار الإحصائي** الذي يرى أن أي ظاهرة نفسية عند قياسها إحصائياً تنتزع وفقاً للتوزيع الطبيعي، بمعنى أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة في حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة "أعلى من المتوسط"، ودرجات منخفضة "أقل من المتوسط"، ومن خلال ذلك فإن السواء هو المتوسط الحسابي للظاهرة، واللاسواء هو الانحراف إلى طرفي المنحى، فالشخص اللاسوي هو الذي ينحرف عن المتوسط العام للتوزيع الطبيعي (نصيرة وصفية، 2014).

ومن هذه المعايير أيضاً **المعيار الاجتماعي** الذي يتخذ من مسايرة المعايير والقيم الاجتماعية أساساً للحكم على السلوك بالسوية أو اللاسوية، فالسوي هو المتوافق اجتماعياً، واللاسوي هو غير المتوافق اجتماعياً (زهران، 1978).

ويرى عبد الله (2004) أن المأخذ على هذا المعيار هو أن السلوك نفسه يتغير حسب تطور المجتمع ونظمه، فالسلوك الذي يعتبر سويًا في مرحلة تاريخية معينة قد يكون شاذًا في مرحلة لاحقة.

كما يُعتبر **المعيار الديني** في مجتمعنا المسلم من أهم المعايير وأقواها أثراً لتمييز السلوك السوي عن السلوك المنحرف عن الفطرة، وقد خلق الله تعالى الإنسان على الفطرة السوية، ومدى بعد الإنسان أو قربته من خالقه سبحانه وتعالى هو الذي يحدد سلامته النفسية والروحية (العرعير، 2010).

والمعيار المثالي الذي يعرف بأنه حالة من الكمال، أو مجموعة من الشروط الواجبة المستقلة عن الواقع والزمان، ويعتبر الوصول إليها والسعي نحو تحقيقها أمراً جديراً بالطموح، وتصف المعايير المثالية الإمكانيات التي تستحق السعي، والمفيدة كنموذج للطموح، وكمثل أعلى للسلوك الإنساني، ويتم تقييم السواء أو الشذوذ في هذا المعيار من وجهة نظر أخلاقية ودينية وإيديولوجية، أو من خلال قيم أخرى، وكل إخلال في هذه المعايير يعد انحرافاً وبالتالي شذوذاً (رضوان، 2002).

في حين يرى عبد الله (2004) أن للصحة النفسية أربعة محكات أساسية نستطيع الاعتماد عليها في الحكم على تحقق الصحة النفسية ووجودها، تتمثل في الخلو من الاضطرابات النفسية، والتكيف بأبعاده وأشكاله المختلفة، كذلك تفاعل الشخص مع محيطه الداخلي والخارجي (الإدراك الصحيح للواقع)، وتكامل الشخصية (التناسق والتكامل ضمن وحدة الشخصية).

مظاهر الصحة النفسية والسواء :

الفرد الذي يتمتع بقدر مناسب من الصحة النفسية تبدو مظاهر سلوكية معينة على تصرفاته وأفعاله، ومن أبرز هذه المظاهر شعور الفرد بالأمن، وتقدير الفرد لذاته، والاتصال الفعال بعالم الحقيقة والواقع، والأهداف الواقعية القابلة للتحقيق، والقدرة على التعلم من الخبرة ومن مواقف الحياة، والشعور بالسعادة والإيجابية، وتحمل المسؤولية، وتقبل الذات والآخرين والاستقرار مع الأسرة وفي العمل، والقدرة على التركيز، والاستمتاع بالحياة، واحترام الفرد لثقافة المجتمع (التميمي، 2016).

وتذكر كل من نصيرة وصفية (2014) أن من مظاهر الصحة النفسية أيضاً الاتزان الإنفعالي، ويقصد بها تحقيق حالة من الاستقرار النفسي، والدافعية التي تعرف بالقوة التي تحرك الفرد نحو تحقيق أهدافه، والتفوق العقلي، وغياب الصراع النفسي الحاد سواء الداخلي أم الخارجي، والنضج الإنفعالي بحيث يعبر الفرد عن انفعالاته بشكل متزن.

ومن مظاهر الصحة النفسية أيضاً، أنّ الشخص المتوافق نفسياً يشعر بالسعادة والنشوة الداخلية، حيث أنه راضٍ عن نفسه على الرغم من وجود بعض العوائق والإحباطات اليومية في حياته، إلا أنه يستمر في العمل من أجل تحقيق أهدافه، وإذا شعر أن أهدافه غير منطقية أو غير واقعية ويصعب تحقيقها فإنه يحاول تعديلها حتى تتناسب مع قدراته، بالإضافة إلى أن الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية يملك علاقات طيبة وإيجابية مع الآخرين (العمرى، 2012).

ويرى زهران (2005) أن الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية تتميز بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المريضة منها: التوافق الشخصي، بمعنى الرضا عن النفس، والتوافق الاجتماعي والأسري والمهني، وكذلك تحقيق الذات واستغلال القدرات، والقدرة على مواجهة مطالب الحياة، وحسن الخلق الذي يتمثل بالأدب والأخلاق والالتزام، والعيش في سلامة وسلام، بمعنى الإقبال على الحياة والتمتع بها.

ويرى كفاقي (2012) أن هناك مجموعة من سمات تميز السلوك السوي عن السلوك غير السوي أبرزها العلاقة الصحية مع الذات، والمرونة في التعامل مع المواقف والمشكلات التي تواجه الفرد، والنظر إلى الحياة نظرة واقعية دون المبالغة في تقدير الذات أو في التقليل من قيمتها، والشعور بالأمن والطمأنينة بصفة عامة، والتوجه الصحيح إلى قلب المشكلة ومواجهتها مواجهة صريحة، والتناسب بمعنى عدم المبالغة خاصة في المجال الانفعالي، والإفادة من الخبرات السابقة بشكل جيد.

عوامل اختلال الصحة النفسية:

هناك كثيرٌ من العوامل التي قد تؤدي إلى اختلال وتدني في مستويات الصحة النفسية لدى الفرد، منها الإحباط الذي يؤدي إلى اختلال في الصحة النفسية للفرد، نتيجة شعوره بحالة من عدم الإشباع لحاجة من حاجاته أو حل مشكلة من مشكلاته، والصراع الذي يعتبر حالة نفسية مؤلمة يشعر بها الفرد حين لا يستطيع إرضاء دافعين معاً في وقت واحد لتساويهما في القوة، كما يعتبر القلق من

العوامل المهمة التي تؤدي إلى اختلال في الصحة النفسية لأنه مصحوب بمشاعر من الخوف والتوتر، وأعراض جسدية مرضية، بالإضافة إلى الضغوط النفسية التي تفوق قدرة وطاقة الفرد والتي تؤدي إلى اختلال في الصحة النفسية (الغمري، 2012).

وتشير منظمة الصحة العالمية (2005) إلى أن الصحة النفسية لدى الفرد تتأثر بالعوامل النفسية، والتجارب والخبرات التي يمر بها الفرد، وبالتداخلات الاجتماعية، والبنية المجتمعية والموارد والقيم الثقافية، والمشاكل الصحية (المرض)، والاقتصادية (الفقر)، والبطالة، والإدمان على العقاقير والمخدرات، جميعها عوامل تؤثر سلباً على الصحة النفسية للفرد، كما تتأثر الصحة النفسية بتجارب الحياة اليومية في المدرسة والأسرة والعمل.

ثانياً: متلازمة التوحد:

تعريف متلازمة التوحد:

تُشير الشامي (2004) إلى أن أول من قدم تعريفاً واضحاً لاضطراب التوحد هو الطبيب النفسي ليوكانر Leokanner في سنة 1943 حيث عرفه على أنه اضطراب يظهر في مرحلة مبكرة من العمر، ويُظهر الأطفال المصابين بهذا الاضطراب الانعزالية والانسحابية المفرطة جداً، وتأخر وعجز في اللغة، وحب للروتين، وكره شديد للتعبير وحساسية مفرطة تجاه المثيرات الخارجية، وأيضاً ظهور السلوكيات النمطية المتكررة، وضعف في القدرة على التخيل.

وتُرجع سميرة ونورة (2013) مصطلح التوحد من حيث "اللغة" الى كلمة يونانية الأصل هي أتوس (Autos) والتي تعني النفس أو الذات، وبالعربية أسموه "الذواتيه" وهو أسم غير متداول، والتوحد لا يعني الانطوائية، ولا العزلة، إنما هو حالة رفض للتعامل مع الآخرين مع وجود سلوكيات ومشاكل متباينة من شخصٍ الى آخر.

ويُعرف اليحيى (2014) التوحد بأنه نوع من اضطرابات النمو والتطور، تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، وتؤثر سلباً في مختلف جوانب النمو، التي قد تظهر في النواحي الاجتماعية والتواصلية، والعقلية، والانفعالية، والعاطفية، ويستمر هذا النوع من الاضطراب التطوري مدى الحياة، ولكن تتحسن الحالة من خلال التدريبات العلاجية المقدمة للطفل في سن مبكر.

في حين يُعرف مصطفى، والشربيني (2011) التوحد بأنه عجز يُعيق تطور المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي، واللعب التخيلي والإبداعي، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات مع الأفراد، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على التصور البناء والملاءمة التخيلية.

وتُعرفه عبد الحميد (2016) على أنه نوع من الاضطرابات النمائية المعقدة، والتي تظهر أعراضه خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، فتؤثر على وظائف المخ وعلى مختلف جوانب النمو، وأيضاً تؤثر على النواحي الاجتماعية، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، والتي تؤثر على سلوكهم، وغالباً يستجيب أطفال التوحد الى الأشياء أكثر من استجاباتهم للأشخاص، ويرفض هؤلاء الأطفال أي تغيير يحدث في بيئتهم، ودائماً يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية.

وعرفه الديب (2016) على أنه أحد الاضطرابات العصبية، التي تقع تحت أسم Autism Spectrum Disorder، وهو يضم جانبين رئيسيين:

الأول: يشمل القصور الدائم في التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي، ويتضح هذا القصور في ثلاثة مظاهر: التفاعل الاجتماعي والانفعالي المتبادل، وفي السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل، وأيضاً في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية.

الثاني: يشير الى النمطية والتكرارية والمحدودية في السلوك، وفي الأنشطة والاهتمامات والالتزام الثابت بالروتين.

وتعرف الجمعية الأمريكية لطب النفسي (2013) التوحد على أنه إعاقة نمائية تطويرية تظهر دائماً في الثلاث سنوات الأولى من العمر نتيجة للاضطرابات العصبية (Neural Disorder) التي تؤثر على وظائف المخ، وتداخل هذا الاضطراب مع النمو الطبيعي لطفل يؤثر في الأنشطة العقلية (مراكز التفكير)، وفي التفاعل الاجتماعي، والتواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي.

وعرف سميث (Smith,2007) اضطراب طيف التوحد (ASD) على أنه مصطلح يضم مجموعة معينة من الاضطرابات وهي كالتالي: الاضطراب التوحدي، ومتلازمة ريت، والتفكك أو الانحلال الطفولي، ومتلازمة أسبيرجر، الاضطرابات الشاملة غير المحددة.

وهذه الاضطرابات جميعها تتشارك في الاهتمامات المحددة، وفي النماذج السلوكية، وفي الكلمة المفتاحية لاضطراب طيف التوحد (ASD)، وهو اضطراب يتضمن خصائص مُتشابهة مع تنوع في هذه المهارات (عصفور، 2012).

وتعرف الباحثة التوحد: بأنه اضطراب نمائي تطوري عصبي مُلزم لطفل يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، وتحديداً في السنوات الثلاثة الأولى من حياة الطفل، ويظهر على الطفل المصاب بالتوحد ثلاثة أعراض رئيسية وهي: (عجز في التفاعل الاجتماعي، وعجز في التواصل اللفظي وغير اللفظي، والسلوكيات النمطية والتكرارية).

مستويات متلازمة التوحد:

تم تصنيف متلازمة التوحد من حيث الشدة في ثلاثة مجموعات وهي كما يلي:

1. المجموعة التوحدية البسيطة: يُظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، ومظاهر روتينية

شديدة مع تدني بسيط في القدرات العقلية مصحوبا باللغة الوظيفية.

2. **المجموعة التوحدية المتوسطة:** يُظهر أفراد هذه المجموعة استجابات اجتماعية محدودة، ومظاهر شديدة من السلوكيات الروتينية والنمطية، ولغة وظيفية محدودة، ومرفقة بتدني في القدرات العقلية.

3. **المجموعة التوحدية الشديدة:** أفراد هذه المجموعة منعزلون اجتماعياً، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية واجتماعية وظيفية، بالإضافة إلى وجود مستوى من تدني القدرات العقلية، حيث تكتمل في هذه المجموعة ثالث الأعراض، وتسمى مجموعة التوحد الكلاسيكي (عبد، 2017).
"وهذا التصنيف تعتمد عليه جميع مراكز التربية الخاصة المتخصصة بالتوحد في محافظة الخليل".

الأسباب المُحتملة (المُفترضة) لإصابة الطفل بمتلازمة التوحد:

يعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية والتطورية التي ما زال يُحيطها الكثير من الغُموض في جميع الجوانب، حيث أن أسباب حدوث هذا الاضطراب ما زالت غير معروفة بصورة دقيقة، ولم يتوصل العلماء حتى الآن الى السبب الحقيقي لحدوث التوحد، وذلك بسبب عدم وجود عرض معين لهذا الاضطراب، إنما هي مجموعة من الأعراض التي تختلف من حيث الشدة والنوعية من طفل الى آخر (شبيب، 2008).

ويرى حسب الله (2015) أن السبب وراء صعوبة تحديد أسباب اضطراب التوحد ترجع الى:

- عدم الاتفاق بين العاملين في الميدان على طبيعة إعاقة التوحد.
- بعض الحالات قد تؤدي الى حدوث التوحد مثل التهاب السحايا.
- تتداخل التشخيص في بعض الحالات، تُشخص الحالة على أنها اضطرابات في التعلم، أو تخلف عقلي غير محدد السبب.

يجب التنويه إلى أن هناك أسباب مختلفة لمتلازمة التوحد ولكن إلى الآن لا يوجد تأكيد علمي قاطع على السبب الحقيقي وراء الإصابة بالتوحد، وجميع الأسباب المذكورة هي مجرد فرضيات واحتمالات فقط، ومنها:-

الأسباب الوراثية:

أثبتت بعض الدراسات أن التوحد قد يحدث نتيجة بعض العوامل الوراثية، ولعل هذا يفسر إصابة أخوة الأطفال التوحديين بالاضطراب نفسه أو بأحد الاضطرابات النمائية الأخرى، كما يُشير بعض الباحثين إلى الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين تؤدي إلى الإصابة بهذا الاضطراب، وتحديدًا كروموسوم فراجيل إكس (Fragile X) الذي يُعد عاملاً وراثياً حديثاً مسبباً للتوحد وللتخلف العقلي، ويظهر على المصابين بهذا الخلل الجيني تأخر في النمو اللغوي والحركي والحسي، وهذا الكروموسوم يكون شائعاً عند الذكور أكثر من الإناث، ويؤثر في 10% من حالات التوحد (الزهراني، 2012).

الأسباب البيوكيميائية:

ترجع الإصابة بالتوحد إلى حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل (السيروتونين والدوبامين والبيبتيدات العصبية)، حيث أن الخلل الكيميائي في هذه النواقل من شأنه أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات، وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم (شبيب، 2008).

الأسباب المناعية:

يعاني الأفراد المصابون بمتلازمة التوحد من خلل في الجهاز المناعي، حيث أن العوامل الجينية والشذوذات في المنظومة المناعية مقررة لدى المصابين بالتوحد، كما تُشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الجنين والأم قد تسهم في حدوث اضطراب التوحد، كما أن الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد تتأثر وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى

الأمهات، وهذه الحقيقة تُثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (الشربيني ومصطفى، 2011).

الأسباب النفسية:

في القدم كان الوالدان يُتُهَمَان ببرودة عواطفهم اتجاه طفلهم، وكان يُعتقد أن هذا هو السبب في الإصابة بالتوحد، وخصوصاً الأم حيث أطلق عليها بالأم الباردة أو الثلجة، من منطلق أنها لم توفر الحب والحنان والاهتمام بطفلها، ولكن لم تثبت صحة هذه الفرضية، حيث قام العلماء بفصل الأطفال المصابين بالتوحد الى عائلات بديلة خالية من الأمراض النفسية كبرودة العواطف وغيرها، ولكن لم يُلاحظ أي تحسُن على هؤلاء الأطفال (الشامي، 2004).

ويرى عبد الحميد (2016) أن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل المصاب بالتوحد قد يكون الأساس في ظهور المشكلة، كما تم الاتفاق على أن آباء الأطفال التوحديين أكثر شدة وقسوة وصرامة، ولديهم عدائية تجاه طفل التوحد، ويكرسون معظم أوقاتهم في العمل دون رعاية الطفل.

خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد:

هناك خصائص عديدة للأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، وقد تختلف هذه الخصائص من حيث حدتها واستمراريتها والعمر الذي تظهر فيه من طفل الى آخر، وهي كما يلي:

الخصائص الاجتماعية للأطفال التوحديين:

تشمل الخصائص الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد جوانب قصور عديدة، منها قصور في التفاعل الاجتماعي، حيث أن طفل التوحد لا يتجاوب مع أية محاولة لإبداء العطف أو الحب، ويشكي الوالدين بشكل كبير من عدم اكتراث الطفل لمحاولات تدليله أو ضمه أو مداعبته وتقبيله، ولا يهتم بوجود الآخرين معه. وكذلك قصور في اللعب التخيلي، حيث يفتقر طفل التوحد في

السنوات الأولى من عمره الى الكثير من أشكال اللعب الاستكشافي، حيث أنه يلعب بالأشياء بطريقة غير مقصودة، وبقليل من التنوع والابتكارية والتخيل (مشهور، 2016).

الخصائص اللغوية للأطفال المصابين بمتلازمة التوحد:

يعاني الطفل المصاب بالتوحد من ضعف في المهارات اللغوية التي تلعب دوراً كبيراً في فهم اضطراب التوحد، فمثلاً لديهم ضعف في المهارات اللغوية الوظيفية، وتأخر في اكتساب اللغة والنطق، كما توجد لديهم مشكلات في ترديد الكلام التي تعتبر من أكثر مظاهر اضطرابات اللغة لدى المصابين بمتلازمة التوحد، وهي ترديد الطفل للكلمات والجمل التي يسمعا من المتكلم (بوشعرية، 2017).

وتشير نفيسة (2013) إلى أن طفل التوحد يعاني من ضعف في القدرة على الحديث وتبادل المحادثة، وعدم القدرة على تطوير اللغة واستخدامها للتعبير عن رغباته أو الإفصاح عما يريد سواء بالكلمات أو الإيماءات والحركات الجسدية، وذلك بسبب ضعف في الانتباه وفي مهارة التقليد.

الخصائص المعرفية والعقلية:

من الخصائص المعرفية لطفل التوحد أنه يُعاني من اضطرابات واضحة في التفكير والانتباه والادراك، حيث أنه يعاني من عجز في وظيفة الإدراك، ويواجه صعوبات معرفية تتعلق بالفهم، وفي إدراك أبعاد المواقف، وفي استيعاب المنبهات والرد عليها، كما تتميز ذاكرة طفل التوحد عن الطفل العادي في أنه يستحضر الأشياء الى الذاكرة دون أي تغيير في ترتيبها فالأشياء التي يسمعا ويراهما يتذكرها تماماً مثلما حدثت (حسب الله، 2015).

الخصائص السلوكية للأطفال التوحديين:

يتميز سلوك الطفل التوحدي بأنه متكرر وثابت وقسري، حيث أنه يتعلق بأشياء لا مبرر لها، ويقوم أحياناً بحركات نمطية لساعات ومن دون تعب خاصة عندما يترك وحده دون إشغاله بنشاط معين، وقد ينزعج الطفل التوحدي من التغير في أشياء رتبها وصفها بشكل منتظم، فيضطرب ويلجأ إلى الضرب والصراخ وتكرار حركات عدوانية وقد يؤدي نفسه ومن الصعب جداً إيقافه عنها (عبد، 2017).

تشخيص مُتلازمة التوحد:

وورد عن كريك (Creak, 1961) أن هناك تسعة سلوكيات إذا ما توفرت مجتمعة في شخص واحد فإنه يعتبر ممن يعانون من متلازمة التوحد، منها ضعف عام ودائم في العلاقات الاجتماعية، وعدم إدراك الهوية، والتعلق غير الطبيعي ببعض الأشياء، ورفض التغير في البيئة المحيطة، والخبرات الإدراكية غير الطبيعية، وكذلك التوتر والقلق دون وجود أسباب معقولة، وفقدان المقدرة على النطق، والطرق الغريبة في الحركة مثل السير على أطراف الأصابع، والتأخر الشديد في نمو القدرات بشكل عام (الشامي، 2004).

معايير تشخيص مُتلازمة التوحد وفق الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الخامس (DSM-5):

- قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي الذي يظهر في عدد من البيئات التي يتفاعل فيها الأفراد سواء كان ذلك العجز حالياً أم أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد.
- محدودية وتكرارية الأنماط السلوكية، أو الاهتمامات أو الأنشطة.
- لا بد أن تظهر أعراض اضطراب التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة أي من ثماني سنوات فما دون.

- لا بد أن تسبب الأعراض العجز الواضح للفرد في الجوانب الاجتماعية والوظيفية أو في الجوانب الأخرى المتعلقة بالأداء الحالي.

- الاضطرابات التي تحدث لدى الفرد بفعل هذه الأعراض لا يمكن أن تفسر نتيجة وجود الإعاقة الذهنية أو التأخر النمائي العام (DSM-5, 2015).

تأثير طفل التوحد على الصحة النفسية للأم والأسرة:

إن اللحظة الأولى التي يتم فيها تشخيص الطفل بمتلازمة التوحد في الأسرة تعتبر مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها، حيث أنها تؤدي إلى إحداث تغيير جذري في مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين ولكل فرد من أفراد الأسرة (بوشعراية، 2017).

ويمكن تحديد ردود فعل الوالدين نحو طفلها المصاب بالتوحد في الجوانب الآتية:

- ردود فعل بيولوجية تتمثل في الحماية الزائدة للطفل أو الرفض المطلق له.
- ردود فعل تتعلق بالشعور بعدم الكفاءة سواء منها ما يتعلق بعدم الكفاءة في تكرار أو إعادة الإنجاب أو في عدم الكفاءة في التربية والتنشئة.
- ردود فعل تتعلق بالشعور بصدمة الموت أو الفقد يعبر عنها بالغضب.
- الشعور بالذنب.
- الشعور بالحرج وهو رد فعل اجتماعي موجه نحو المجتمع حيث يعتقد الآباء بأن المجتمع أو أفراد المجتمع سينظرون لهم نظرات خاصة (مجيد، 2010).

ويرى مصطفى (2008) أن الأسرة بمجرد معرفتها بإصابة الطفل وتشخيصه بأنه مصاب بمتلازمة التوحد فإنها تمر بخمس مراحل تؤثر في الصحة النفسية للأسرة وتحديداً الأم تتمثل في، مرحلة الشعور بالغضب وهو انفعال طبيعي جدا من الوالدين، ثم الشعور بالذنب الذي قد يسيطر على الأم بأنها السبب في مشكلة الطفل، لأنها مثلاً لم تُعط طفلها القدر الكافي من الاهتمام والحنان، ثم

الشعور بالحزن والاكتئاب، ومرحلة الإنكار والإسقاط، وأخيراً مرحلة تقبل الأمر الواقع والبحث عن العلاج.

التأثير النفسي لطفل التوحد على الأم والأسرة:

إن أسرة الطفل المصاب بالتوحد تتعرض لضغوط وأزمات نفسية كثيرة جداً تبدأ منذ إعلامهم بأن الطفل مصاب بالتوحد، حيث تحدث الصدمة، ومشاعر الإنكار والرفض، وقد يمتد الأمر إلى الشعور بالذنب والاكتئاب ولوم الذات، واختلال عام في الصحة النفسية، وإسقاط المشاعر على الآخرين من أخصائيين وأطباء وأقارب، وقد يشمل الأمر مدى قدرة الفرد على القيام بالسلوك المقبول اجتماعياً، والاستجابات السريعة وسرعة الاستئثار والغضب والعصبية (عبدات، 2007).

التأثير الاجتماعي لطفل التوحد على الأم والأسرة:

تقدم الأسرة الاهتمام للطفل بشكل أكبر بسبب المتطلبات الإضافية لرعاية طفل التوحد بشكل عام، مثل توفير وقت أكبر للطفل على حساب أفراد الأسرة، وأيضاً ملاحظته ومتابعة السلوكيات التي يقوم بها، والخوف من عدم إدراكه للخطر، ذلك يجعل الأسرة تتجه أحياناً إلى الحماية الزائدة للطفل (البلشة، 2006).

ويشير مجيد (2010) إلى أنّ وجود طفل التوحد في الأسرة يؤثر بشكل واضح وكبير على العلاقات والروابط الأسرية الخارجية مع الأسر الأخرى بسبب الانشغال الدائم والمستمر بالطفل، وخاصة إذا كان عمل الوالدين خارج المنزل، بالإضافة إلى ذلك الخصائص السلوكية لطفل التوحد تمثل مصدر ضغط نفسي للأسرة، حيث يكون الخجل واضحاً من تصرفات الطفل في المواقف الاجتماعية وفي الأماكن العامة.

التأثير الاقتصادي لطفل التوحد على الأم والأسرة:

إنّ طبيعة المشكلات السلوكية والتربوية التي تصاحب طفل التوحد تتطلب من الأسرة توفير العديد من المواد والوسائل الإضافية الخاصة بالطفل التي قد تتطلب تكاليف مادية عالية، بالإضافة إلى أن حاجة الطفل إلى العناية الخاصة والمستمرة يجعل بعض الأسر تلجأ إلى إحضار مربية لطفل التوحد في بعض المجتمعات، كما أن الزيارات المتكررة للأطباء والأخصائيين، ووجود الطفل في مركز متخصص بالتوحد يتطلب تكلفة مادية عالية وغير متوقعة و دائمة (البليشة، 2006).

وهذه الأعباء غالباً تكون دائمة، وتستمر طوال حياة الطفل، حيث أن طفل التوحد يحتاج إلى متطلبات أكثر بكثير من غيره من الأطفال في الأسرة، فهم بحاجة إلى رعاية وحضانة وتدريب فضلاً عن أن قضاء الأم معظم وقتها مع الطفل، يساهم بشكل كبير في انقطاع الأم عن العمل (مصطفى، 2008).

ثالثاً: العلاج السلوكي المعرفي:

يرجع تأسيس العلاج المعرفي إلى آرون بيك (Aaron Beck, 1964) في جامعة بنسلفانيا في أوائل الستينيات كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لمرض الاكتئاب، وهو موجه إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه، ومنذ ذلك التاريخ نجح Beck وآخرون في تكييف هذا العلاج وتعديله لمعالجة مجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة بطريقة مدهشة (بيك، 2007).

وتتمثل الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي في أن استجابات الفرد السلوكية والوجدانية تتأثر كثيراً بأفكاره، التي تحدد الكيفية التي يستقبل بها الأشياء ويدركها، بمعنى أن الفرد قد يشعر بالقلق والتوتر والضيق والغضب والحزن فقط عندما يكون هناك مبرراً لذلك، أي ليس الموقف بذاته

ولكن توقعاته وإدراكه وتفسيره (التقييم المعرفي) للموقف هو المسؤول عن استجاباته (هوفمان، 2012).

ويعرف بلان (2015) العلاج المعرفي السلوكي على أنه أحد المناهج الإرشادية التي تهدف إلى تعديل السلوك الظاهر للفرد من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق تدريب الفرد على مهارات المواجهة، والسيطرة على القلق، والتحصين ضد الضغوطات النفسية، ووقف الأفكار السلبية، وتدريب الفرد على مهارة حل المشكلات، والتعلم الذاتي، وتحدث عملية التعديل السلوكي من خلال تغيير الجوانب المعرفية الثلاثة: (الاتجاهات، الأفكار، ومفهوم الذات).

ويفترض بيك (2007) أن أنماط التفكير الخاطئة هي التي تُسبب السلوك المضطرب وخلل في الصحة النفسية للفرد، وأن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى تعديل الاعتقادات غير العقلانية وغير الواقعية والخاذلة للذات، وأيضاً تعليم المسترشد أساليب تفكير أخرى أكثر عقلانية وإيجابية، عن طريق الحوار الفلسفي، والطرق الإقناعية، ويُشير إلى أن الإرشاد المعرفي السلوكي عبارة عن نموذج يكتسب الأفراد من خلاله المعرفة والمهارات الفنية تجاه ما يؤثر على حياتهم، وعلى طريقة تفكيرهم في الأمور المستقبلية ليتمكنوا من مواجهتها والتغلب عليها .

ويشير العتيبي (2014) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من أنسب الأساليب التي من الممكن استخدامها في المجتمعات العربية لعلاج الأمراض النفسية، وذلك لأنه يتعامل مع كل مريض على أنه حالة خاصة لها خصائص نفسية خاصة فيها.

مُسلمات العلاج المعرفي السلوكي كما أشار إليها (بيك، 2007):

○ إن العلاج المعرفي يُبنى أساساً على التقييم المتنامي والمستمر للمريض ولمشاكله في صيغة مصطلحات معرفية.

○ يتطلب العلاج النفسي تحالفاً علاجياً سليماً.

- يؤكد العلاج المعرفي على التعاون والمشاركة الفعالة.
- إن العلاج المعرفي هو علاج ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما.
- يُركز العلاج المعرفي على الحاضر.
- إن العلاج المعرفي هو علاج تعليمي في الأساس، ويهدف إلى تعليم المريض كيف يكون معالجاً لنفسه.
- يهدف العلاج المعرفي إلى أن يكون محدداً بزمن.
- إن جلسات العلاج المعرفي مُقننة.
- يُعلم العلاج المعرفي المرضى كيف يتعرفون ويقيمون ويستجيبون لأفكارهم ومعتقداتهم السلبية أو المعطلة.
- يستخدم العلاج المعرفي تقنيات وطرقاً مختلفة لكي يُغير التفكير والمزاج والسلوك.

أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي:

• أسلوب المحاضرة والنقاش:

وهو من أساليب الإرشاد الجمعي والتي تعتمد على التعلم ويتم ذلك من خلال تقديم معلومات يحتاجها أفراد المجموعة الإرشادية وذلك بهدف اكسابهم جوانب معرفية وسلوكية ووجدانية مناسبة، وبهذا يفضل أن يعاني أفراد المجموعة الإرشادية من المشكلة نفسها أي متجانسين بطبيعة المشكلة إلى حدٍّ ما (حميد، 2011).

• الحوار السقراطي:

يتم هذا الأسلوب من خلال طرح مجموعة من الأسئلة من المرشد للمسترشد، وغالبا تتعلق بالتفكير السلبي واللاعقلاني لدى المسترشد، وهذه الأسئلة تحت المسترشد على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول حديث المسترشد، ويحث على ممارسة حوار منظم، ويتم من خلاله تنمية مهارات التفكير،

ومراجعة الأفكار بطريقة منطقية، وهو الأسلوب الفعال لاكتشاف الأفكار بعمق والعمل على تعديلها (بلان، 2015).

• الاسترخاء العضلي:

من خلال هذا الأسلوب يتعلم الفرد كيفية التعامل مع مشكلات وضغوط الحياة اليومية، ويستطيع الفرد أن يتعلمه بسهولة ويصبح فيما بعد جزءاً من الحياة اليومية للفرد، ويستخدم هذا الأسلوب كمساعد مع الأساليب العلاجية الأخرى مثل: تقليل الحساسية التدريجي والادارة الذاتية والتغذية الراجعة الحيوية والتنويم المغناطيسي، ولكن الاسترخاء حالياً يستخدم كأسلوب علاجي مستقل (نادية، 2016).

• التنفس العميق:

يعتبر هذا الأسلوب من الأساليب الحديثة في الثقافة العربية، وهي تُطبق بشكلٍ واسع في الثقافات الشرقية منذ القدم، حيث يعود هذا الأسلوب إلى تقاليد (اليوغا) الهندوسية والبوذية، التي تستند إلى الاعتقاد بأن اليوغا تركز على مفهوم البراناياما (pranayama)، وتعني طاقة الحياة والتنفس، والقدرة على ضبط التنفس، وأن الفرد يستطيع السيطرة على طاقته الحياتية (ملحم، 2015).

• تخفيض الحساسية التدريجي:

هذا الأسلوب مبني على فكرة أن القلق استجابة متعلمة، وأن هذه الإجراءات ما هي إلا لمعالجة القلق وردود الأفعال التجنبية، وبناء هرم للمواقف التي تحدث القلق، ثم إجراءات الاسترخاء التي يتم تعلمها وربطها مع المشاهد المتخيلة، حيث يتم تقديم المشاهد من الأسهل إلى الأقدم ومن الأقل تهديداً إلى الأكثر تهديداً (وردة، 2011).

• التدريب على التحصين ضد التوتر:

يعتمد على فكرة مساعدة المسترشدين للتكيف مع الضغوطات الخفيفة، بحيث تسمح لهم بتطوير قدرتهم لتحمل أشكال أكثر شدة من هذه الضغوطات، ويعتقد ماكنباوم (Mackenbaum) أن المسترشدين قادرون على زيادة كفاءتهم للتكيف من خلال تعديل أفكارهم حول أدائهم في المواقف الضاغطة (ديابيش، 2011).

• فنية إيقاف التفكير:

تستخدم هذه الفنية للتخلص من الأفكار والاعتقادات السلبية لدى الفرد، وتشير إلى أن الفرد يستطيع التحكم في أفكاره، فلا بُد من وقف الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية واستبعادها، وأن يحل محلها أفكاراً أخرى جديدة أكثر عقلانية حتى يستطيع الفرد أن يسلك بشكلٍ أكثر ملاءمة (العمري، 2011).

• التعزيز:

يستخدم هذا الأسلوب عندما يصدر عن الفرد سلوكاً أو نشاطاً ساراً أو مرغوباً فيه، فنقوم بعد ذلك بتشجيع السلوك المرغوب فيه "تعزيز إيجابي" وعندما نسعى إلى إيقاف سلوك غير سار أو غير مرغوب فيه، فأنا نوقف هذا التعزيز أي نعمل على عقاب هذا السلوك حتى يتم التوقف عن ممارسة هذا السلوك غير المرغوب فيه (نادية، 2016).

• التخيل أو التصور البصري:

يُعتبر هذا الأسلوب المعرفي السلوكي من الأساليب الفعالة جداً في التعامل مع المواقف البيئية الضاغطة، ويقوم على تدريب الفرد على تخيل نفسه وهو في موقف ضاغط، وغالباً ما يكون أسلوب التخيل مقترناً بالاسترخاء ويعني هذا أن يكون الفرد مُسترخياً وهو يتخيل نفسه في موقف ضاغط كما

لو كان يعيشه فعلاً، وأيضاً يتخيل كيفية التعامل مع هذا الموقف وما ردود أفعاله تجاه الموقف، ومن خلال التخيل البصري يستطيع الفرد التدريب على الحدث الضاغط الذي يتوقع حدوثه (ملحم، 2015).

• النمذجة:

تتنمي هذه الفنية إلى نظرية التعلم الاجتماعي التي جاء بها "باندورا" وتقوم على مراقبة نموذج سلوكي من أجل إيصال معلومات أو مهارات تُساهم في إحداث تغيير في الأنماط السلوكية، إما باكتساب سلوك جديد أو تنمية السلوك الحالي، أو أنقاص وتعديل سلوك غير مُناسب (نادية، 2016).

• فنية الحوار الذاتي:

تفترض هذه الفنية أن الفرد يمكنه مواجهة المشكلات والصعوبات والمواقف الضاغطة التي تواجهه في الحياة إذا استطاع التخلص من الأحاديث الذاتية السلبية، والانهازمية التي يقولها لذاته عن ذاته إزاء تعرضه للمواقف الضاغطة والمؤلمة (العمرى، 2011).

• الواجبات المنزلية:

هي حلقة الوصل بين الجلسة وما يسبقها أو ما يتبعها من جلسات، ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة، وتقييمها في الجلسة التالية، وعادة تكون هذه الجلسات من الأسهل إلى الأصعب، وتتمثل هذه الواجبات في مجموعة من الأنشطة العقلية والانفعالية والاجتماعية على شكل وظائف منزلية يتم تحديدها في كل جلسة إرشادية ومراجعتها في بداية كل جلسة، لتحقيق التقدم في العملية الإرشادية (بيك، 2007).

الدراسات السابقة

تناولت الباحثة مجموعة من الدراسات العربية والأجنبية التي تتعلق بموضوع الدراسة الحالية، فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، وقد تم ترتيب الدراسات وفق الترتيب الزمني لها من الأحدث إلى الأقدم.

الدراسات العربية:

قامت عبد (2017) بدراسة هدفت إلى التعرف على المشكلات التي تعاني منها أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد. ولتحقيق ذلك استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في هذه الدراسة، وقد تكونت عينة الدراسة من (50) من أمهات الاطفال المصابين بالتوحد في محافظة ديالى (العراق)، وطبقت عليهن أداة الدراسة وهي استبانة مشكلات أمهات أطفال التوحد التي قامت ببنائها، وبعد تحليل البيانات ومعالجتها إحصائياً، باستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة ومعامل ارتباط بيرسون توصلت الباحثة إلى أن أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد يعانون من مشكلات لها تأثير سلبي في حياتهن، يتمثل في ردود أفعال مختلفة وتتمثل في وجود مشاعر الحزن وفقدان الطفل السليم، وأوصت الباحثة بضرورة الاستعانة بوسائل الإعلام لتحقيق التوعية الاجتماعية والصحية والنفسية حول موضوع التوحد، وأيضاً ضرورة إلزام الأمهات بحضور الدورات التدريبية والإرشادية التي تهدف إلى علاج المشكلات التي تتعرض لها أسرة الطفل التوحدي.

وهدفت دراسة بوشعرية وظاهر (2017) الى معرفة الفروق بين الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الاسري، والتعرف على الفروق بين الضغوط النفسية والتوافق الأسري وفقاً لبعض المتغيرات الديموغرافية: (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، عدد افراد الأسرة)، ولتحقيق ذلك استخدم الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي في هذه الدراسة، وقد تكونت عينة الدراسة من 120 أب وأم لأطفال مصابين بمتلازمة التوحد (60 أب و60 أم)، وقد استجابوا لمقياس الضغوط النفسية لأولياء أمور

المعاقين ومقياس التوافق الأسري. وقد أشارت نتائج الدراسة الى أنه لا توجد علاقة بين الضغوط النفسية والتوافق الاسري لدى أولياء أمور أطفال التوحد، ولكن بينت الدراسة أن هناك فروقاً في مستوى الضغوط النفسية بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات، بالإضافة الي عدم وجود أي فروق في الضغوط النفسية والتوافق الأسري وفقاً للمتغيرات الديموغرافية التالية: (عمر الوالدين، الجنس، المستوى التعليمي، وعدد أفراد الأسرة).

في حين هدفت دراسة باشا (2015) إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أم لطفل التوحد. ولتحقيق ذلك استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وطبقت هذه الدراسة على حالة واحدة تعاني من ضغوطات نفسية ناتجة عن إصابة ابنها باضطراب التوحد، واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة أداتين لتشخيص الضغوط النفسية لدى المفحوصة وهما: المقابلة نصف الموجهة، ومقياس الضغوط النفسية، وقد ارتكز التدخل الإرشادي المعرفي السلوكي على "أسلوب التحصين ضد الضغوط" ل- ماشينباوم Meichenbaum. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض الدرجة الكلية للضغوط النفسية لدى المفحوصة، كما تم تسجيل انخفاض في مصادر الضغوط النفسية متمثلة في: (الأعراض النفسية والفيزيولوجية، مشاعر البأس والإحباط، المشكلات المعرفية والسلوكية للطفل، المشكلات الأسرية والاجتماعية، القلق على مستقبل الطفل، وعدم القدرة على تحمل الأعباء المادية)، وفي النهاية أكدت نتائج الدراسة على أن للإرشاد المعرفي السلوكي فعالية في تخفيض الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحد.

ودراسة اليحيى (2014) هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين، ومعرفة مدى مساهمة هذا البرنامج في خفض من درجة هذه الضغوط النفسية. ولتحقيق ذلك قامت الباحثة باستخدام التصميم التجريبي للمجموعة الواحدة، حيث طبقت الدراسة على عينة من أمهات الأطفال التوحديين وعددهم

(82)، شملت العينة المجموعة التجريبية التي تكونت من (9) أمهات فقط، واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة عدة أدوات وهي البرنامج الإرشادي الجمعي من إعداد الباحثة، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية، ومقياس الضغوط النفسية، واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي وجمع البيانات الأولية، وبينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي لكل من أساليب المواجهة والضغوط النفسية في القياس البعدي والتتبعي.

وأجرت الخفش (2014) دراسة هدفت إلى معرفة درجة حاجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في إقليم جنوب الأردن في ضوء بعض المتغيرات، واعتمدت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من (167) أمماً من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن، واستخدمت الباحثة مقياس الحاجات لدى الأمهات كأداة لهذه الدراسة، المكون من (48) فقرة، وأظهرت نتائج الدراسة أن حاجات أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد كانت بدرجة مرتفعة على جميع مجالات المقياس المستخدم، وجود فروق في مستوى حاجات أمهات الأطفال تعزى إلى المتغيرات التالية: (عمر الطفل، دخل الأسرة، عمل الأم) في حين لا توجد فروق في مستوى حاجات الأمهات تعزى إلى (شدة التوحد، الجنس، نوع الخدمة، ومستوى تعليم الأم).

كما هدفت دراسة سميرة ونورة (2013) إلى الكشف عن الحالة النفسية والضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين، والتعرف على مستوى الضغوط النفسية ومصادرها، وأيضاً الكشف عن طبيعة استراتيجيات المواجهة التي تستعملها أمهات الأطفال التوحديين إزاء الوضعيات الضاغطة، ولتحقيق ذلك استخدمت الباحثتان المنهج العيادي في هذه الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من (5) حالات وهن أمهات لأطفال توحديين، وتم استخدام عدة أدوات في هذه الدراسة تمثلت في: المقابلة العيادية النصف

موجهة، ومقياس إدراك الضغط (PSQ) للفنستين Levenstein ، ومقياس الواجهة (Coping) ل Paul Han ، وأشارت نتائج الدراسة إلى تحقيق الفرضية العامة، وهي أن الأمهات يستخدمن استراتيجيات مختلفة في مواجهتهن للضغط النفسي سواء كانت هذه الاستراتيجيات مركزة على حل المشكل أو على الإنفعال، وكذلك تحقيق الفرضيات الجزئية الأولى والثانية، وفي نهاية الدراسة أوصت الباحثان بعدة توصيات من أهمها: ضرورة التكفل الجيد بأم الطفل التوحدي، وبأمهات الأطفال المرضى عموماً.

بينما هدفت دراسة عصفور (2012) إلى الكشف عن الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين، ولتحقيق ذلك استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لتعرف على أكثر مصادر الضغوط شيوعاً لدى أمهات أطفال التوحد، وقد تكونت عينة الدراسة من (40) أم من أمهات المراهقين التوحديين تم اختيارهم بطريقة عشوائية، واستخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية الخاص بأمهات المراهقين التوحديين المكون من (60) فقرة موزعة على ستة أبعاد، وقد تمتع المقياس بدلالات الصدق والثبات، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين في جميع مجالات المقياس كان ضمن المتوسط، وأن أعلى متوسط كان لبعدها تحمل أعباء المراهق التوحدي، في حين كان بعد مشاعر اليأس والإحباط للمراهق أدنى متوسط. كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي للأم والمستوى الاقتصادي للأسرة في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين، بينما أظهرت فروقاً ذات دلالة لمجالى القلق على مستقبل المراهق، وتحمل أعباء المراهق التوحدي لصالح الأسرة التي يكون فيها المراهق التوحدي المولود الأخير في الأسرة.

وهدف دراسة سيد أحمد (2012) إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية: (المستوى التعليمي، المستوى

الاقتصادي، المهنة). ولتحقيق ذلك استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في هذه الدراسة، وقامت الباحثة بتطبيق مقياس الضغوط النفسية المعدل من قبلها على عينة عشوائية مقدارها (60) أباً وأماً لأطفال مصابين باضطراب التوحد، بواقع (30) أباً و(30) أمماً مسجلين في المراكز الخاصة بالتوحد، ومراكز ذوي الاحتياجات الخاصة بولاية الخرطوم، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لأولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد تعزى لمتغير التعليم لصالح المستوى التعليمي (الجامعي)، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية تعزى لمتغير المهنة لصالح ذوي المستوى المهني المرتفع (أطباء، مهندسون، مشرفون، المهن التقنية)، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لصالح ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع.

في حين هدفت دراسة الببلاوي والعثمان (2012) إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين كلا من المساندة الاجتماعية والتوافق الزوجي والضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد من ناحية أخرى، وكذلك التعرف على الفروق في الضغوط في ضوء مجموعة من المتغيرات، ولتحقيق ذلك تم استخدام المنهج الوصفي، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة تكونت من (96) أمماً لأطفال يعانون من اضطراب التوحد في بعض معاهد التربية الفكرية المتخصصة في مدينة الرياض، واستخدم الباحثان الأدوات التالية: (مقياس الضغوط النفسية، من إعداد إبراهيم العثمان، المقياس الشامل للتوافق الزوجي "مترجم" إعداد بليم وميهرابيين، وأيضاً مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد: الباحثين الحاليين)، وقد أظهرت الدراسة عدة نتائج منها: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط لدى أمهات الأطفال من ذوي اضطراب التوحد تعزى إلى جنس الطفل لصالح أمهات الذكور، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى شدة إعاقة الطفل، حيث أنّ أمهات الأطفال ذوي التوحد الشديد أكثر شعوراً

بالضغوط من أمهات الأطفال ذوي التوحد البسيط، وكذلك أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط تعزى إلى المستوى الاقتصادي للأسرة، لصالح الأسر في المستويات الاقتصادية الدنيا، وفروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط تعزى إلى المستوى التعليمي للأمهات لصالح الأمهات في المستوى التعليمي الثانوي فأقل، كما كشفت النتائج عن علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية والضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي التوحد.

كما هدفت دراسة أجراها العرعر (2010) إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة الداون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، واعتمد الباحث المنهج الوصفي في هذه الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من (461) أمّاً من أمهات ذوي متلازمة الداون، وتمثل (98.1%) من مجتمع الدراسة، واستخدم الباحث الأدوات التالية في الدراسة: (استبانة الصحة النفسية- من إعداد الباحث، واستبانة التوافق الزوجي، واستبانة التدين- من إعداد سمية موسى)، وتمتعت الأدوات بدرجة عالية من الصدق والثبات، وأظهرت نتائج الدراسة ارتفاع مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة الداون في قطاع غزة، ولا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة الداون تعزى إلى المتغيرات التالية: (جنس المعاق، عدد المعاقين في الأسرة، صلة القرابة بين الزوجين، عمر الأم عند الولادة، تعليم الأم)، في حين توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية للأمهات تعزى: (درجة الإعاقة، ترتيب المعاق، المستوى الاقتصادي للأسرة، عدد الأبناء في الأسرة، عمر الأم الحالي، عمل الأم).

وهدفت دراسة القاضي (2010) إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الضغوط لدى والدي الطفل المصاب بمتلازمة التوحد، ولتحقيق ذلك استخدم الباحث المنهج التجريبي، وقد تكونت عينة الدراسة من (6) آباء و (9) أمهات من والدي أطفال التوحد الملتحقين بمراكز التوحد في مدينة الطائف، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، واستخدم

الباحث في هذه الدراسة الأدوات التالية: مقياس جليام لتشخيص التوحد، ومقياس الضغوط الوالدية من أعداد الباحث، والبرنامج الإرشادي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الضغوط الوالدية لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى تطبيق البرنامج الإرشادي.

وأجرى بن جابر (2008) دراسة هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى أساس النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مدينة الرياض، ولتحقيق هدف الدراسة اعتمد الباحث المنهج التجريبي، واشتمل البرنامج على المهارات التالية: مهارة تعلم حل المشكلات، والاسترخاء، والتحصين ضد التوتر، وإعادة البناء المعرفي، ومهارة التواصل، وتكونت عينة الدراسة من (33) أما لأطفال توحيدين حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط النفسية المستخدم في الدراسة، وتم تقسيم العينة بشكل عشوائي إلى مجموعتين إحداهما التجريبية التي تلقت البرنامج، والأخرى الضابطة التي لم تتلق البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الضغوط النفسية لصالح أمهات المجموعة التجريبية وبشكلٍ دالٍ إحصائياً مقارنة بأمهات المجموعة الضابطة.

وقدم قراقيش (2006) دراسة هدفت إلى تحديد ما يحدثه وجود طفل مصاب باضطراب التوحد من ضغوط نفسية لدى الوالدين، والتعرف على احتياجات أولياء أمور الأطفال التوحيدين، وعلاقته بمستوى الضغوط النفسية، والتعرف على علاقة هذه الضغوط النفسية ببعض المتغيرات، ولتحقيق ذلك اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (514) من أولياء أمور أطفال مصابين بالتوحد في السعودية، وتخلف عقلي، وإعاقة سمعية، وإعاقة بصرية، واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية، ومقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين كأدوات لدراسة، وأظهرت نتائج الدراسة ارتفاعاً في مستوى الضغط النفسي لدى أفراد العينة الكلية، وارتفاع مستوى الضغوط النفسية

لدى أولياء أمور الأطفال المصابين بالتوحد مقارنة بمستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال الإعاقات الأخرى، واختلاف حاجة الأسر للدعم باختلاف مستوى الضغوط، وأظهرت عدم وجود تأثير لعمر طفل التوحد، والدخل الشهري للأسرة، والمستوى التعليمي لأولياء الأمور، وعدد الأطفال في الأسرة، وترتيب الطفل على مستوى الضغط النفسي لدى أولياء أمور أطفال التوحد.

الدراسات الأجنبية:

قدم الباحثان أندريا وجوناثان (Andrea, Jonathan, 2017) دراسة هدفت إلى معرفة أثر مشاركة الوالدين في العلاج المعرفي السلوكي لأطفالهم المصابين باضطراب طيف التوحد على الصحة النفسية للوالدين وعلى أداء الطفل المصاب باضطراب التوحد، وأجريت الدراسة على عينة تكونت من (57) طفلاً مصاب بالتوحد قام الوالدين بالمشاركة في عملية التدخل العلاجي المعرفي السلوكي، وأظهرت نتائج الدراسة بأن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد يستفيدون من مشاركة الوالدين في علاجهم، كما أظهرت تحسن في الصحة النفسية لدى جميع الآباء والأمهات بعد التدخل، حيث ساهمت مشاركة الوالدين في التخفيف من مستوى الاكتئاب لديهم، وفي تنظيم العاطفة، وضبط الانفعالات.

وهدف دراسة أجراها هودج وآخرون (Hodge et al. , 2013) إلى معرفة العلاقة بين نوم الأطفال والصحة النفسية لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة التوحد والأطفال العاديين الذين لا يعانون من التوحد، وأجريت الدراسة على (90) طفلاً من الذين يعانون من متلازمة التوحد، وفي المقابل يوجد (90) طفلاً سليماً لا يعانون من التوحد، واستخدم في هذه الدراسة نمذجة المعادلة الهيكلية لمعرفة العلاقة بين نوم الأطفال والصحة النفسية والإجهاد لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وأمهات الأطفال العاديين ليس لديهم توحد، وأظهرت نتائج الدراسة أن أمهات الأطفال المصابين

بالتوحد يعانون من مشاكل في النوم لدى الطفل، ولدى الأمهات، وإجهاد وزيادة الضغط، وسوء في الصحة النفسية بشكل واضح وكبير أكثر من الأمهات اللواتي لديهن طفل عادي غير مصاب بالتوحد. في حين هدفت دراسة أجراها كوسيكو جوفن وآخرون (Kuusikko- gauffin et al., 2013) إلى مقارنة أعراض القلق الاجتماعي (SA) لدى والدي الأطفال المصابين باضطراب التوحد (ASD) باستخدام عينة منهم عددهم (131) وعينة من والدي الأطفال العاديين كمجموعة ضابطة عددهم (597) في فنلندا. وتم استخدام بطارية الرهاب الاجتماعي والقلق (SPAI) في هذه الدراسة، وأظهرت نتائج الدراسة أن والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من الرهاب الاجتماعي والقلق أكثر من والدي الأطفال العاديين، ولوحظ أن الرهاب الاجتماعي والقلق أكثر شيوعاً عند أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد مقارنة بأمهات الأطفال العاديين (15.6% مقابل 6.7%). وسجلت أمهات الأطفال التوحديين مستوى أعلى بكثير من أمهات الأطفال العاديين على جميع الأبعاد الفرعية للمقياس (SPAI)، ووجد أن آباء الأطفال التوحديين أعلى من آباء الأطفال العاديين في الأعراض الجسمية، والمعرفية، والمخاوفية. وأوصت هذه الدراسة بضرورة دعم والدي الأطفال التوحديين وذلك لأن خصائصهم النفسية تسهم إسهاماً كبيراً في التنمية العاطفية لأطفالهم، وأيضاً تحقق الرفاهية لجميع أفراد الأسرة، وأن يتم تفهم قصور العلاقات الاجتماعية العاطفية، وأعراض القلق مثل: السلوك التجنبي للمواقف الاجتماعية والأعراض الجسمية للقلق في برامج التدخل للوالدي.

كما أجرى بنجامين وآخرون (Benjamin et al., 2012) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الصحة النفسية، والضغط، ودعم التأقلم لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث تعتبر تربية طفل مصاب باضطراب طيف التوحد تجربة مرهقة للأهل. وقد تؤدي إلى ارتفاع مستويات التوتر والافتقار عند الأمهات، وتدرس الورقة الحالية مستوى الإجهاد والراحة النفسية للأمهات اللاتي لديهن طفل مصاب بمرض التوحد في دراسة استقصائية وطنية، وتبين نتائج الدراسة أن أمهات

الأطفال الذين يعانون من التوحد المزمن يكونون أكثر عرضة لخطر سوء الصحة النفسية وارتفاع مستويات الإجهاد (الضغط) مقارنة بأمهات الأطفال الذين ليس لديهم توحد. ويُخفض وجود استراتيجيات تأقلم للأمهات، على شكل دعم عاطفي ودعم اجتماعي من الجوار. وأجرى لين وآخرون (Leann et al., 2012) دراسة تم فيها مقارنة الأعراض الصحية لأمهات المراهقين والبالغين الذين يعانون من متلازمة كروموسوم إكس الهش، وأمهات لمراهقين وبالغين يعانون من اضطراب التوحد بعينة ممثلة على المستوى الوطني لأمهات ليس لديهن أطفال يعانون من إعاقة، وتم تسجيل الأعراض الصحية التي ظهرت في ال 24 ساعة الماضية خلال 8 أيام متتالية من دراسة الملاحظات اليومية، وأظهرت الدراسة أن الأمهات اللاتي لديهن ابن أو ابنة لديه متلازمة كروموسوم إكس الهش والأمهات اللاتي لديهن ابن أو ابنة لديه اضطراب طيف التوحد، أظهرن نسبة كبيرة من الأيام التي فيها صداع، وألم في الظهر، وألم في العضلات، وتعب، وومضات من الحرارة أكثر من أمهات الأطفال الذين لا يعانون إعاقة، وهذا يؤكد أن أمهات الأطفال المعاقين معرضات بشكل خاص لمشاكل صحية، مما يسلط الضوء على الحاجة لخدمات شاملة للأسر على مدى الحياة.

وهدفت دراسة أجراها وانج وميشيلز وداي (Wang, Michaels & Day, 2011) إلى التعرف على الضغوط النفسية التي تعاني منها أسر أطفال التوحد والاستراتيجيات التي يستخدمونها لمواجهة الضغوط، استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة، وبلغت عينة الدراسة (368) أسرة لطفل توحدى وإعاقات نمائية أخرى، حيث بينت النتائج بأن أسر الأطفال ذوي الإعاقات النمائية كانت لديهم ضغوط ارتبطت بالتشاؤم وخصائص الطفل والمشكلات الوالدية والعائلية، في حين أظهر والدي أطفال التوحد درجات أعلى في الضغوط، واستخدموا استراتيجيات مخططة أكثر من والدي الأطفال الآخرين.

بينما هدفت دراسة أجراها سوير وزملائه، (Sawyer & et al., 2010) إلى معرفة العلاقة بين المشاكل الصحية والعقلية والنفسية لدى الأمهات، والوقت الذي تقضيه في رعاية طفلها المصاب بالتوحد والدعم الاجتماعي المقدم لهن من الآخرين، واستخدم الباحث المنهج الوصفي في هذه الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من (216) أما من أمهات أطفال المصابين بالتوحد، وأظهرت النتائج وجود علاقة بين المشاكل الصحية والنفسية والاجتماعية للأمهات، اللواتي يقدمن الرعاية اليومية لأطفالهن من ذوي اضطراب التوحد ومقدار الدعم الاجتماعي المقدم لهن من الآخرين، كما أظهرت النتائج وجود علاقة بين المشاكل الصحية والنفسية للأمهات ومقدار الوقت الذي يقضينه في رعاية الأبناء، ومشاكل الأطفال السلوكية والنفسية.

في حين هدفت دراسة إكاس (Ekas, 2009) إلى التعرف على الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، وتأثيرها على أحداث الحياة العامة، واستخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة، وطبق في هذه الدراسة مقياس ضغوط الحياة واختبار التوجه نحو الحياة على عينة بلغت 119 أم. وأظهرت النتائج أنّ الأمهات لديهنّ درجة مرتفعة من الضغوط، وأنّ هذه الضغوط ارتبطت مع التأثير السلبي لسلوك الطفل، كما أشارت بأن الضغوط لدى الأمهات تراكمية، وأنّ لها أثراً في الشعور بالرضا عن الحياة.

وهدف دراسة هال (Hall, 2008) إلى اختبار السلوك التكيفي للطفل التوحدي، وشبكات الدعم الأسرية، والضغوط الوالدية وأساليب المواجهة الوالدية، وتكونت عينة الدراسة من 22 أباً وأماً. وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين السلوك التكيفي لطفل التوحد والضغوط الوالدية. كما بينت النتائج بأن والدي الطفل التوحدي يقعون تحت مستوى عالٍ من الضغوط، كما أن الكثير من العائلات ترى بان شبكات الدعم الأسري غير ذات جدوى، أو أن فعاليتها قليلة جداً، كما أن الوالدين يحتاجون إلى تعلم أساليب مواجهه إيجابية للخفض من الضغوط لديهم.

كما هدفت دراسة سيفيام (Sevim, 2007) إلى إعداد برنامج لإدارة الضغوط لدى أمهات أطفال المصابين بمتلازمة التوحد، وتقييم أثر البرنامج على كل من الاكتئاب والقلق واحتمالية الانتحار، ولتحقيق ذلك استخدم الباحث المنهج التجريبي، وطبق البرنامج على عينة (44) من أمهات أطفال التوحد، استخدام الباحث الأدوات التالية لتحقيق أهداف الدراسة: اختبار بيك للاكتئاب، واختبار بيك للقلق، ومقياس احتمالية الانتحار بالإضافة إلى نموذج المعلومات الديمغرافية. وأسفرت النتائج عن انخفاض مستوى الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج، في حين أن القلق واحتمالية الانتحار لم تتأثر بالبرنامج، كما أن الأمهات اللواتي لم تخضع للبرنامج لم يحدث لها أي تغير في المتغيرات السابقة.

في حين هدفت دراسة كل من بروملي وزملائه (Bromley & et al., 2004) إلى معرفة جوانب الدعم الاجتماعي، والحالة الصحية والعقلية والنفسية للأمهات، ثم الرضا عن الخدمات المقدمة لهن مقارنة مع الإعاقات النمائية الأخرى، واعتمد الباحث المنهج الوصفي في هذه الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من (68) أمماً من أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد، واستخدم الباحث أسلوب المقابلة كأداة للدراسة، وأظهرت نتائج الدراسة أن آباء وأمهات الأطفال التوحيديين هم أكثر عرضة للمشكلات الصحية والنفسية والعقلية، مقارنةً مع الإعاقات النمائية الأخرى، كما أظهرت أن الأمهات تتلقى دعم أقل، وكذلك لديها مشاكل مادية، وأن أسر الأطفال التوحيديين بحاجة إلى الخدمات كالرعاية والإرشاد والتوعية.

التعقيب على الدراسات السابقة:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي في تحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في فلسطين، وتحديدًا في محافظة الخليل. وقد وجدت الباحثة نُدرة في الدراسات التي تناولت الصحة النفسية للأمهات بشكلٍ عام، ولأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بشكلٍ خاص، حيث لم تجد الباحثة دراسة عربية واحدة تناولت الصحة

النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، حيث أن أغلب الدراسات تناولت الضغوط النفسية لدى الأمهات، ولعل هذا ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات العربية الأخرى كونها من أولى الدراسات التي هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد على حد علم الباحثة، فهذه الدراسة تناولت فئة مهمة من فئات المجتمع وهي أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد التي لم تلق الاهتمام الكافي من الباحثين الآخرين. وتتحدد الدراسة الحالية بالنسبة للدراسات السابقة من حيث:

من حيث الهدف: تنوعت الدراسات السابقة في أهدافها، فبعضها تناولت جوانب الصحة النفسية لدى الأمهات، كما هو في دراسة أندريا وجوناثان (Andrea, Jonathan, 2017)، ودراسة هودج (Hodge et al., 2012)، ودراسة العرعير (2010)، ودراسة (Benjamin et al., 2012)، ودراسة سوير وزملائه (Sawyer & et al, 2010)، ودراسة بروملي (Bromley & et al, 2004)، وأغلبها تناولت الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد مثل: القاضي (2010)، ودراسة الببلاوي والعثمان (2012)، وأحمد (2012)، وسميرة ونورة (2013)، ويحيى (2014)، وباشا (2015)، وبوشعراية وظاهر (2017)، و وناج وميشيلز وداي (2017, Sevim, Wang, Michaels & Day, 2011)، و سيفيام (2007).

من حيث العينة: فقد تراوحت عينات الدراسات السابقة ما بين (1-44)

من حيث المنهج: بعض الدراسات السابقة اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي مثل: قراقيش (2006)، والخفش (2014)، وعصفور (2012)، وبنجامين (Benjamin et al., 2012)، واحمد (2012)، ولين (Leann et al., 2012)، وإكاس (Ekas, 2009). ومنهم من اعتمد المنهج التجريبي مثل: بن جابر (2008)، والقاضي (2010)، ويحيى (2014)، وباشا (2016)، و أندريا

وجوناثان (2017, Andrea, Jonathan)، واتفقت هذه الدراسات مع الدراسة الحالية من حيث المنهج.

أما من حيث النتائج التي أسفرت عنها الدراسات السابقة فقد تبين أن جميعها أظهرت فاعلية البرامج الإرشادية التي طبقت.

كما اختلفت هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات الأخرى كونها من الدراسات الأولى التي أهتمت بالصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، كما تميزت باستخدامها برنامجاً إرشادياً قائماً على أساس النظرية المعرفية السلوكية لمساعدة الأمهات على التخفيف من الاضطرابات التي قد تصيبهن نتيجة وجود طفل التوحد في الأسرة باستخدام أساليب علاجية فعالة جداً، خاصة أنه تم الاستناد على أساليب حديثة وتكنولوجية أثناء الجلسات وداعمة للأنشطة التي طبقت مثل الفيديوهات، والموسيقى، والأنشطة الحركية مع الموسيقى المختلفة مثل الزومبا، وأساليب الاسترخاء متعددة منها اليوغا، وكذلك استخدام الرسم بشكل كبير وغيره، كما اختلفت عن الدراسات الأخرى في المتغيرات التي تم اعتمادها في الدراسة مثل درجة التوحد، وعمر الطفل، التي لم تلقَ الاهتمام الكبير في الدراسات الأخرى.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة الإجراءات

تضمن هذا الفصل عرضاً مفصلاً للطريقة والإجراءات المتبعة بهدف تحقيق أهداف الدراسة الحالية، وقد اشتمل على منهج الدراسة، ومجتمع وعينة الدراسة، والأدوات.

أولاً: منهج الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل، وعليه فإن المنهج شبه التجريبي تصميم المجموعتين (الضابطة والتجريبية) هو الأكثر ملائمة لتحقيق أهداف الدراسة الحالية.

ثانياً: مجتمع الدراسة:

يشمل مجتمع الدراسة الحالية جميع أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في جمعية الإحسان الخيرية لذوي الاحتياجات الخاصة وتحديداً (مدرسة محمد بن راشد آل مكتوم لذوي الاحتياجات الخاصة) في محافظة الخليل، حيث بلغ عدد الأمهات اللواتي لديهن طفل مصاب بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل لعام (2017م) حسب إحصائيات مراكز التربية الخاصة بالخليل (105) أم لطفل مصاب بمتلازمة التوحد من كلا الجنسين المصابين بمتلازمة التوحد والموزعة على مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة الخليل.

ثالثاً: عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية عشوائية، وتم حذف (10) مقاييس لعدم الالتزام، وتبقى (65) أم من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد المسجلين في جمعية الإحسان الخيرية التي تم اختيارها بشكل قصدي بسبب احتوائها على أكبر عدد من الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، ثم تم اختيار (30) أم من أفراد العينة، والذين حصلوا على أعلى درجات تبين تدني مستوى الصحة النفسية

لديهم، وذلك بفحص مجتمع الدراسة بتطبيق مقياس الصحة النفسية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين بطريقة عشوائية، إحداهما تجريبية، مكونة من (15) أمًا، والأخرى: ضابطة مكونة من (15) أمًا من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، وقد قامت الباحثة بالتحقق من تجانس وتكافؤ المجموعتين كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (1): الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
جنس طفل الأم	نكر	18	60.0
	أنثى	12	40.0
	المجموع	30	100.0
عمر طفل الأم	6 سنوات فأقل	15	50.0
	7-14	15	50.0
	المجموع	30	100.0
حجم الاسرة (عدد الأبناء)	5 فأقل	17	56.7
	6 فأكثر	13	43.3
	المجموع	30	100.0
المستوى الاقتصادي للأسرة	أقل من 2000 شيكل	13	43.3
	2000 شيكل فأكثر	17	56.7
	المجموع	30	100.0
درجة التوحد	متوسط	16	53.3
	شديد	14	46.7
	المجموع	30	100.0

• اعتمدت الباحثة مستويين لكل متغير من متغيرات الدراسة الديموغرافية بسبب صغر حجم العينة.

اعتدالية التوزيع:

للتحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات قامت الباحثة باستخدام اختبار شابيرو ويلك (Shapiro Wilk) لفحص توزيع البيانات، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (2): يبين نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لشابيرو ويلك (Shapiro Wilk) لبيانات المجموعة

التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج

المجموعة التجريبية	قيمة الاختبار	درجات الحرية	الدالة الإحصائية
القياس القبلي	0.900	15	0.096
القياس البعدي	0.941	15	0.397

يتضح من خلال الجدول (4) أن قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية كانت أكبر من $(\alpha \leq 0.05)$ ، وهذا يدل على أن البيانات تتخذ شكل التوزيع الطبيعي، وهذا يتيح للباحثة استخدام الاختبارات البارامترية (المعلمية) للإجابة عن أسئلة الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات.

تكافؤ المجموعات:

حرصاً من الباحثة على ضمان سلامة النتائج، وتجنباً للأثار التي قد تنجم عن بعض المتغيرات الدخيلة على التجربة، تبنت الباحثة طريقة العينتين الضابطة والتجريبية، وفي ضوء هاتين المجموعتين (الضابطة والتجريبية) تم التحقق من ضبط المتغيرات كما يلي: ضبط جنس طفل الأم لأفراد المجموعتين، ثم عمر طفل الأم، ثم حجم الأسر، ثم المستوى الاقتصادي للأسرة، ثم درجة التوحد، ثم ضبط متوسطات درجات أفراد المجموعتين على مقياس الصحة النفسية.

وفيما يلي عرض لنتائج التكافؤ والتجانس بين مجموعتي الدراسة (الضابطة والتجريبية) قبل التجريب والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (t) لدلالة الفروق بين درجات المجموعتين

التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس الصحة النفسية، وقيمة اختبار ليفين للتباين

(Levine's Test for Equality of Variances) على القياس القبلي

المتغيرات	المجموعة	مستويات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	اختبار ليفين		اختبار (ت)
							F	الدالة الإحصائية	
القياس القبلي	ضابطة	ذكر	9	150.89	10.86	13	0.735	0.407	-0.362
		أنثى	6	153.67	19.06				
	تجريبية	ذكر	9	139.44	12.59	0.667	0.429	-0.554	

المتغيرات	المجموعة	مستويات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	اختبار ليفين		اختبار (ت)	
							F	الدلالة الإحصائية	T	الدلالة الإحصائية
		أنثى	6	143.67	17.05					
عمر طفل الأم	ضابطة	6 سنوات فأقل	8	154.50	17.33	13	1.616	0.226	0.721	0.484
		7-14	7	149.14	9.82					
	تجريبية	6 سنوات فأقل	7	141.29	13.56	13	1.260	0.282	0.038	0.970
		7-14	8	141.00	15.50					
حجم الأسرة (الأبناء)	ضابطة	5 فأقل	9	156.89	15.20	13	0.562	0.467	1.763	0.101
		6 فأكثر	6	144.67	8.96					
	تجريبية	5 فأقل	8	140.38	11.45	13	4.642	0.051	-0.215	0.833
		6 فأكثر	7	142.00	17.60					
المستوى الاقتصادي للأسرة	ضابطة	أقل من 2000	6	155.83	18.24	13	0.682	0.424	0.850	0.410
		2000 (ش) فأكثر	9	149.44	11.06					
	تجريبية	أقل من 2000	7	148.29	9.52	13	4.007	0.067	2.032	0.063
		2000 (ش) فأكثر	8	134.88	14.98					
درجة التوحد	ضابطة	متوسط	8	153.75	17.71	13	1.952	0.186	0.499	0.626
		شديد	7	150.00	9.49					
	تجريبية	متوسط	8	136.75	15.63	13	3.776	0.074	-1.320	0.210
		شديد	7	146.14	11.16					

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة (الضابطة والتجريبية) لجميع المتغيرات: (جنس طفل الأم، عمر طفل الأم، حجم الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، درجة التوحد)، حيث كانت قيمة (F) المحسوبة أصغر من قيمة (F) الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) ، مما يشير إلى أن التباينات متساوية في جميع متغيرات الدراسة، وهذا يدل على أنها متجانسة.

كذلك لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة (الضابطة والتجريبية) لجميع المتغيرات: (جنس طفل الأم، عمر طفل الأم، حجم الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، درجة التوحد)، حيث أن قيم (ت) المحسوبة لجميع المتغيرات كانت أقل من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) ، وهذا يدل على تكافؤ مجموعتي الدراسة (الضابطة والتجريبية).

رابعاً: أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس الصحة النفسية: (إعداد الباحثة)

وصف المقياس:

قامت الباحثة ببناء مقياس جديد للصحة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، للتعرف على درجات الصحة النفسية لديهن وعلاقتها ببعض المتغيرات، وقد تكون المقياس في صورته النهائية من (66) فقرة تم صياغتها بلغة واضحة وبسيطة، وهي موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية (البعد الجسدي، البعد النفسي، البعد الاجتماعي)، ويتفرع من البعد النفسي خمسة جوانب فرعية، تقيس الصحة النفسية للأم (الاكتئاب، القلق، الحساسية الزائدة، العزلة، عدم الكفاية الذاتية)، واستخدمت الباحثة مقياساً بتدرج خماسي، واشتمل المقياس على مجموعة من البيانات الأساسية مثل: جنس طفل الأم، عمر طفل الأم، حجم الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، درجة التوحد للطفل. وتم بناء المقياس وفق الخطوات التالية: -

1- الاطلاع على الإطار النظري السابق.

2- الاطلاع على العديد من الدراسات والاستبانات والمقاييس ذات العلاقة بالصحة النفسية منها: (العرعير، 2010)، (أبو العمرين، 2008)، (عصفور، 2012)، ومقاييس مثل مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL-90-R)، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس القلق الصريح ل(تايلور).

3- تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين المتخصصين في الصحة النفسية والإرشاد النفسي وتم إجراء تعديلات على بعض الفقرات دون حذف أي منها، وتكون بصورته النهائية من (66) فقرة مقسمة على مجموعة من الأبعاد، وقد تكون المقياس من الأبعاد التالية:

- **البعد الجسدي:** يُعبر هذا البعد عن الحالة الجسدية التي تمر بها الأم، وكيف يؤثر وجود الطفل التوحدي الذي يحتاج إلى رعاية مستمرة على الصحة الجسمية للأم، ودرجات الإرهاق والجهد

والتعب والألم الجسمي الذي قد ينتج من متابعة ورعاية الأم للطفل. وتعتبر عنها الفقرات التالية (12-1).

- **البعد النفسي:** يُعبر هذا البعد عن الحالة النفسية والانفعالية التي تمر بها أم الطفل التوحدي، ويتكون من:

1- **الاكتئاب:** هو حالة من الحزن الشديد والمستمر ينتج عن صدمات انفعالية شديدة، وعن ظروف أليمة تمر بها أم الطفل التوحدي، وتعتبر عنه الفقرات التالية (13-22).

2- **القلق:** حالة نفسية تظهر على شكل توتر بشكل مستمر، نتيجة شعور الفرد بوجود خطر يهدده، وهذا الخطر قد يكون موجوداً فعلاً، أو متخيلاً غير موجود في الواقع، تعتبر عنه الفقرات التالية (23-32).

3- **الحساسية الزائدة:** وتعتبر عنه الفقرات التالية (33-42).

4- **الغزلة:** وتعتبر عنه الفقرات التالية (43-48).

5- **عدم الكفاية الذاتية:** وتعتبر عنه الفقرات التالية (49-54).

- **البعد الاجتماعي:** يُعبر عن الظروف والضغوط الاجتماعية التي قد تواجه أم الطفل التوحدي، والمواقف الاجتماعية الحرجة التي قد تمر بها، وطبيعة العلاقات الشخصية والاجتماعية مع الآخرين، والانطباعات السلبية التي قد يكونها الآخرون عن الطفل المصاب بالتوحد، والتي تدفع بالأسرة إلى تجنب الطفل لهذه المواقف، بعزله عن العالم الخارجي، وتعتبر عنه الفقرات التالية (55-66).

إجراءات الصدق والثبات لمقياس الصحة النفسية:

أولاً: الصدق:

- **الصدق الظاهري:** حيث قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، والبالغ عددهم (8)، وتكون بصورته النهائية من (66) فقرة موزعة على مجموعة من الأبعاد.

- **معامل الارتباط بيرسون:**

تم حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لفقرات كل مجال مع الدرجة الكلية للمجال، وذلك كما هو موضح في جدول (4).

جدول (4): نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط كل فقرة من فقرات مجالات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد مع الدرجة الكلية للمجال.

رقم الفقرة	معامل ارتباط بيرسون (ر)	القيمة الاحتمالية (Sig.)	رقم الفقرة	معامل ارتباط بيرسون (ر)	القيمة الاحتمالية (Sig.)
البعد النفسي (الاكتئاب)			البعد الجسدي		
1	.740**	0.000	13	.727**	0.000
2	.602**	0.000	14	.693**	0.000
3	.704**	0.000	15	.844**	0.000
4	.701**	0.000	16	.566**	0.000
5	.633**	0.000	17	.740**	0.000
6	.810**	0.000	18	.734**	0.000
7	.669**	0.000	19	.382*	0.037
8	.720**	0.000	20	.729**	0.000
9	.531**	0.000	21	.740**	0.000
10	.757**	0.000	22	.789**	0.000
11	.689**	0.000			
12	.621**	0.000			
البعد النفسي (القلق)			البعد النفسي (الحساسية الزائدة)		
23	.666**	0.000	33	.634**	0.000
24	.745**	0.000	34	.533**	0.000
25	.756**	0.000	35	.626**	0.000

رقم الفقرة	معامل ارتباط بيرسون (ر)	القيمة الاحتمالية (Sig.)	رقم الفقرة	معامل ارتباط بيرسون (ر)	القيمة الاحتمالية (Sig.)
26	.548**	0.000	36	.483**	0.000
27	.658**	0.000	37	.416*	0.022
28	.709**	0.000	38	.762**	0.000
29	.443**	0.000	39	.410*	0.025
30	.544**	0.000	40	.808**	0.000
31	.483**	0.000	41	.737**	0.000
32	.532**	0.000	42	.450*	0.000
البعد النفسي (العزلة)			البعد النفسي (عدم الكفاية الذاتية)		
43	.477**	0.000	49	.688**	0.000
44	.676**	0.000	50	.631**	0.000
45	.400*	0.029	51	.409*	0.025
46	.709**	0.000	52	.838**	0.000
47	.535**	0.000	53	.655**	0.000
48	.805**	0.000	54	.681**	0.000
البعد الاجتماعي					
55	.680**	0.000	61	.636**	0.000
56	.576**	0.000	62	0.314	0.000
57	.780**	0.000	63	.789**	0.000
58	.742**	0.000	64	.728**	0.000
59	.737**	0.000	65	.502**	0.000
60	.637**	0.000	66	.568**	0.000

** دالة إحصائياً عند $(\alpha \leq 0.01)$ ، * دالة إحصائياً عند $(\alpha \leq 0.05)$

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى أن جميع قيم مصفوفة ارتباط فقرات كل مجال مع الدرجة الكلية للمجال دالة إحصائياً، مما يشير إلى قوة الاتساق الداخلي لفقرات كل مجال من مجالات الدراسة، وهذا يعبر عن صدق المقياس المستخدم ككل.

- صدق البناء :

يعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق أداة القياس، فهو يقيس مدى تحقق الأهداف التي تصبو إليها الدراسة عبر استخدام أداة القياس. ويقيس الصدق البنائي مدى الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال مع الدرجة الكلية للأداة. ولتحقق من ذلك قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل مجال وللمجالات الأخرى مع الدرجة الكلية للأداة والجدول (5) يوضح ذلك.

جدول (5): نتائج معامل الارتباط بيرسون (Person correlation) لمصفوفة ارتباط درجة كل بعد من أبعاد الأداة مع الدرجة الكلية للأداة.

الرقم	الأبعاد	معامل ارتباط بيرسون (r)	القيمة الاحتمالية (Sig.)
.1	البعد الجسدي	.948**	0.000
.2	البعد النفسي	.988**	0.000
.3	البعد الاجتماعي	.883**	0.000

** دالة إحصائياً عند $(\alpha \leq 0.01)$ ، * دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$

تشير المعطيات الواردة في الجدول (5) إلى أن جميع قيم مصفوفة ارتباط أبعاد أداة الدراسة مع الدرجة الكلية للأداة دالة إحصائياً، مما يشير إلى قوة الاتساق الداخلي لفقرات الأداة وأنها تشترك معا في قياس فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل، على ضوء المقياس الذي تم اعتماده.

ثانياً: الثبات:

- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي وبحساب معامل الثبات ألفا كرونباخ، وذلك كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (6): نتائج معامل ألفا كرونباخ لثبات أداة الدراسة

المجال	عدد الحالات	عدد الفقرات	قيمة ألفا
البعد الجسدي	30	12	0.870
البعد النفسي	30	42	0.954
البعد الاجتماعي	30	12	0.778
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	30	66	0.968

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق أنّ جميع قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ لجميع مجالات الدراسة وكذلك للدرجة الكلية مرتفعة، حيث بلغت قيمة الثبات لمقياس الصحة النفسية الكلي (0.968)، مما يشير إلى أن المقياس تتمتع بدرجة عالية من الثبات وقابل لاعتماده لتحقيق أهداف الدراسة.

- الثبات بطريقة التجزئة النصفية

تم حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس، حيث يتم تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، ويتم إيجاد مجموع درجات المبحوثين لكل نصف من المقياس، ثم حساب معامل الارتباط بينهما، وتم استخدام معادلة سبيرمان براون للتصحيح، وقد توصلت الباحثة إلى ما يلي:

جدول (7): الثبات بطريقة التجزئة النصفية

المجال	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الارتباط المصحح لسبيرمان براون
البعد الجسدي	12	0.842	0.914
البعد النفسي	42	0.892	0.943
البعد الاجتماعي	12	0.737	0.849
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	66	0.925	0.961

يتضح من الجدول (7) أن معاملات الارتباط وكذلك معاملات الثبات لكل مجالات الدراسة وكذلك جميع فقرات الأداة عالية، مما يشير إلى أن المقياس على درجة عالية من الثبات، وهو يعطي درجة

من الثقة عند استخدام المقياس، وهو يعدّ مؤشراً على أن المقياس يمكن أن يعطي النتائج نفسها إذا ما أُعيد تطبيقه على العينة وفي ظروف التطبيق نفسها.

- تصحيح المقياس:

استخدمت الباحثة مقياساً خماسيَّ البدائل، حيث تم تقييم أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد على عبارات المقياس، بحيث تعطى الدرجات (5، 4، 3، 2، 1) للبدائل (دائماً، كثيراً، قليلاً، نادراً، أبداً) على الترتيب في حال كانت العبارات إيجابية، بينما تعطى الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) للبدائل على الترتيب في حال العبارات السالبة، وكون العبارات جميعها سالبة فقد تم قلب درجات الإجابة المفحوص على المقياس، بحيث تقلب الدرجة (5) إلى (1) وتقلب (1) إلى (5)، وتقلب الدرجة (4) إلى (2) وتقلب (2) إلى (4)، وبعد ذلك يتم حساب مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في المقياس (الدرجة الكلية)، وتكون الدرجة الدنيا التي يحصل عليها المفحوص هي $(1 \times 66 = 66)$ ، والدرجة العليا التي يحصل عليها المفحوص هي $(5 \times 66 = 330)$. بالتالي وبعد هذا الإجراء فإنه كلما حصل المفحوص على مجموع مرتفع يكون مستوى الصحة النفسية عنده عالي والعكس صحيح. والجدول التالي يوضح فئات المتوسطات وفئات الدرجات والوزن النسبي لمستوى الصحة النفسية:

جدول (8): فئات المتوسطات وفئات الدرجات والوزن النسبي لمستوى الصحة النفسية

المتوسط الحسابي	فئات الدرجات	مستوى الصحة النفسية
2.33-1.00	153 - 66	منخفض
3.67-2.34	241 - 154	متوسط
5.00-3.68	330 - 242	عالي

ثانياً: البرنامج الإرشادي: (إعداد الباحثة)

تم إعداد برنامجاً إرشادياً جمعياً لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، تم تطبيق البرنامج على عينة مكونة من (15) أمّاً من أمهات أطفال التوحد في محافظة الخليل مسجلات في مدرسة محمد بن راشد آل مكتوم لذوي الاحتياجات الخاصة التابعة (لجمعية الإحسان الخيرية)، وتكوّن البرنامج من (12) جلسة، بواقع جلستين بالأسبوع، ومدة الجلسة الواحدة (1.30) ساعة. واستند البرنامج على الأساليب والفنيات السلوكية المعرفية، لمحاولة تحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد. انظر الملحق (3) جلسات البرنامج الإرشادي.

صدق البرنامج الإرشادي: تم التحقق من صدق البرنامج من خلال عرضه على مجموعة من المحكّمين من ذوي الاختصاص في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، والبالغ عددهم (8) محكّمين، وبناءً على ذلك تم إخراج البرنامج بشكله النهائي. انظر الملحق (4) أسماء المحكّمين.

خامساً: إجراءات الدراسة:-

بعد تحديد مشكلة الدراسة، وأسئلتها، وأهدافها، وأهميتها، وفرضياتها، وتحديد عينة الدراسة، وحدودها تم تنفيذ الدراسة وفق الخطوات التالية:

1. تم الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة والكتب المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية .
2. تم أخذ رسالة مهمة باحث من جامعة الخليل لتسهيل مهمة التنسيق مع عدد من المراكز النفسية، والتربية الخاصة في محافظة الخليل منها (مركز خرما للتوحد، وجمعية النهضة بنت الريف دورا، وجمعية الإحسان الخيرية (مدرسة محمد بن راشد آل مكتوم لذوي الاحتياجات الخاصة)، وذلك من أجل تجميع عينة الدراسة، ولكن بسبب صعوبة تجميع العينة وعدم التعاون من قبل

بعض الأمهات لم يكن باستطاعة الباحثة التطبيق في جميع المراكز التي ذكرت سابقاً واقتصرت الدراسة على تطبيق البرنامج كاملاً في جمعية الإحسان الخيرية لتوفر العينة فيها.

3. تم عرض أدوات الدراسة على مجموعة من المحكمين لإبداء آرائهم ومقترحاتهم بها، ومدى ملاءمة هذه الأدوات مع البيئة الفلسطينية وتم تعديل الأدوات والتأكد من الثبات والصدق للأدوات ثم تم الخروج بالصورة النهائية.

4. تم تطبيق مقياس الدراسة القبلي على عينة من أمهات أطفال التوحد البالغ عددهم 65 أم وبعد حساب درجة الصحة النفسية لكل أم تم اختيار 30 أم من أفراد العينة اللواتي حصلن على أدنى درجات الصحة النفسية على المقياس المستخدم.

5. قسمت الباحثة بشكل عشوائي أفراد العينة إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بواقع (15) أم لكل مجموعة.

6. تم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، والمكون من (12) جلسة إرشادية، وفي مدة زمنية 1.30 للجلسة الواحدة، ومدة التطبيق استغرقت شهر ونصف.

7. تم تطبيق مقياس الصحة النفسية البعدي على المجموعة التجريبية للتأكد من فاعلية البرنامج في تحسين درجة الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد وكذلك طبق على أفراد المجموعة الضابطة التي لم تخضع لجلسات البرنامج الإرشادي.

8. تم إدخال البيانات في الحاسب الآلي، وتم تحليل البيانات باستخدام الحزمة الاحصائية للعلوم الإنسانية والاجتماعية (SPSS).

محددات الدراسة:-

- عملية تجميع العينة للتطبيق كانت مليئةً بالعثرات حيث، حاولت الباحثة الاتفاق مع أكثر من مركز لتكوين أكثر من مجموعة لتطبيق البرنامج، منها جمعية النهضة بنت الريف في دورا،

ومركز خرمًا للتوحد في الخليل، وحاولت الباحثة إجراء جلسات ولكن للأسف لم تجد تعاون من قبل بعض الأمهات للمشاركة في البرنامج الإرشادي، ومركز خرمًا لم ينجح التطبيق فيه بسبب افتتاحه حديثًا وعدم استقرار الحالات والأمهات فيه، لذلك لم يكن أمام الباحثة سوى التطبيق في جمعية الإحسان الخيرية لتوفر العينة فيها.

- عدم وعي الكثير من الأمهات بمدى أهمية وضرورة المشاركة في البرامج الإرشادية والدورات التوعوية.

- أما فيما يتعلق بالصعوبات التي واجهت الباحثة خلال تطبيق جلسات البرنامج وتحديدًا الجلسات الأولى هي عدم التزام بعض الأمهات بمواعيد الجلسات بالتأخر أو الغياب، وإظهار بعض الأمهات للمقاومة خلال الجلسات بعدم الحديث والتفاعل خلال الجلسة، وعدم المشاركة في بعض الأنشطة خوفاً من الظهور بصورة الشخصية الضعيفة، أو الخوف من إظهار المشاعر أمام أفراد المجموعة، لكن بعد شعور الأمهات بالأمان وبالثقة سواء بالمرشدة المقدمة للجلسة أو بأفراد المجموعة ككل أصبحت الجلسات تسير بشكل أفضل من السابق وأسهل ويتفاعل من قبل جميع أفراد المجموعة.

سادساً: المعالجة الإحصائية:

استخدمت الباحثة النسخة (24) من برنامج:

(SPSS): (Statistical Package for the Social Sciences)

ومن أجل الحصول على نتائج الدراسة استخدمت الأساليب والاختبارات الإحصائية التالية:

- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لمعرفة ثبات فقرات مقياس الصحة النفسية المستخدم.
- معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (Split half methods) استخدم للتأكد من أن المقياس يتمتع بدرجات ثبات مرتفعة.

- معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation Coefficient) للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية المستخدم في الدراسة.
- اختبار ليفين للتجانس (Levine's Test for Equality of Variances).
- اختبار شابيرو ويلك (Shapiro Wilk) لفحص مدى اتباع البيانات للتوزيع الطبيعي من عدمه.
- اختبار (ت) (Independent Sample T-test) للتعرف على الفروق بين متوسطات درجات المفحوصين لجميع أبعاد الدراسة.
- اختبار (ت) (Paired Sample T-test) للعينات المرتبطة؛ وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي، والقياس البعدي لأبعاد الدراسة.
- مربع إيتا (η^2) للتأكد من أن حجم الفروق الناتجة هي فروق حقيقية تعود إلى متغيرات الدراسة.

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة

مقدمة:

تقوم الباحثة في هذا الفصل بعرض النتائج التي أسفر عنها التحليل الإحصائي للبيانات، للإجابة على أسئلة الدراسة وفرضياتها.

نتائج سؤال الدراسة الرئيس:

ما مدى فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل.

للإجابة على التساؤل السابق تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent-Sample T-Test) للفروق في متوسطات كل من القياس القبلي والقياس البعدي لدرجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) في القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية المستخدم تُعزى للبرنامج الإرشادي، والجدول (9) يوضح النتائج:-

جدول (9): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات كل من التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لدرجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) في القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية المستخدم تُعزى للبرنامج الإرشادي. (ن(ض)=15، ن(ت)=15)

التطبيق	المتغيرات	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة			
التطبيق القبلي	البعد الجسدي	ضابطة	24.73	2.43	0.264	0.794			
		تجريبية	24.47	3.07					
	محاوّر البعد النفسي	الاكتئاب	ضابطة	20.00	2.73	-0.522	0.606		
			تجريبية	20.60	3.52				
		القلق	ضابطة	20.80	1.74			1.908	0.067
			تجريبية	19.07	3.06				
	الحساسية الزائدة	ضابطة	22.53	1.88	1.230	0.229			
		تجريبية	21.27	3.51					
	العزلة	ضابطة	14.20	1.32	0.807	0.426			

التطبيق	المتغيرات	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	
التطبيق البعدي	عدم الكفاية	تجريبية	13.67	2.19	0.111	0.912	
		ضابطة	12.47	1.36			
		تجريبية	12.40	1.88			
	البعد النفسي الكلي	ضابطة	91.13	6.16	1.289	0.208	
		تجريبية	87.00	10.78			
	البعد الاجتماعي	ضابطة	28.13	2.23	-0.772	0.447	
		تجريبية	28.87	2.92			
	الدرجة الكلية لجميع الأبعاد	ضابطة	144.00	9.27	0.839	0.409	
		تجريبية	140.33	14.16			
	التطبيق البعدي	البعد الجسدي	ضابطة	25.53	3.66	-9.97**	0.000
			تجريبية	37.00	2.54		
		الاكتئاب	ضابطة	20.67	3.18	-7.30**	0.000
تجريبية			29.00	3.07			
القلق		ضابطة	20.73	2.60	-12.59**	0.000	
		تجريبية	31.67	2.13			
الحساسية الزائدة		ضابطة	22.93	2.28	-7.31**	0.000	
		تجريبية	29.80	2.83			
العزلة		ضابطة	15.40	1.76	-2.53*	0.017	
		تجريبية	17.33	2.38			
عدم الكفاية		ضابطة	12.27	1.22	-13.17**	0.000	
		تجريبية	19.67	1.80			
الدرجة الكلية للبعد النفسي		ضابطة	92.00	9.20	-10.13**	0.000	
		تجريبية	127.47	9.96			
البعد الاجتماعي		ضابطة	29.27	3.53	-3.67**	0.001	
		تجريبية	33.87	3.34			
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية		ضابطة	146.80	14.89	-9.95**	0.000	
		تجريبية	198.33	13.45			

** دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، درجات الحرية = 28

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 1.96، قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

من خلال النتائج الواردة في جدول (9) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في القياس القبلي، حيث لم تظهر فروق دالة إحصائياً بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية وفي الدرجة الكلية للقياس القبلي، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة لأبعاد الدراسة البعد الجسدي، البعد النفسي، والبعد الاجتماعي، والدرجة الكلية للمقياس ككل) على التوالي (0.264،

0.839، 0.772، 0.839) وهذه القيم أصغر من قيمة (ت) الجدولية (1.96) عند مستوى دلالة α (≤ 0.05).

أما بالنسبة للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد فقد ظهرت فروق في متوسطات درجات الصحة النفسية في التطبيق البعدي بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية ولصالح المجموعة التجريبية، حيث كانت قيم (ت) المحسوبة لأبعاد الدراسة (البعد الجسدي، البعد النفسي، والبعد الاجتماعي، والدرجة الكلية للمقياس ككل) (9.96، 10.13، 3.67، 9.95) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.58) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)، وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا التدريب من خلال أنشطة البرنامج الإرشادي قد زادت لديهم درجات الصحة النفسية بشكل ملحوظ، مما يعني أن البرنامج كان فاعلاً بشكل كبير.

ولمعرفة درجة تأثير البرنامج الإرشادي قامت الباحثة بقياس درجة التأثير لأبعاد مقياس الصحة النفسية من خلال معادلة مربع إيتا (η^2) التالية:

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$$

حيث (t): قيمة اختبار (ت)، (df): درجات الحرية

جدول (10): الجدول المرجعي المقترح لتحديد مستويات حجم التأثير بالنسبة لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية.

حجم التأثير			الأداة المستخدمة
كبير	متوسط	صغير	
0.14 فأكثر	0.06	0.01	η^2

والجدول (11) يوضح درجات التأثير لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي:

جدول (11): يبين درجات التأثير لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي

المتغيرات	قيمة (ت)	مربع إيتا (η^2)	حجم التأثير
البعد الجسدي	-9.97	0.78	كبير
الاكتئاب	-7.30	0.66	كبير
القلق	-12.59	0.85	كبير
الحساسية الزائدة	-7.31	0.66	كبير
العزلة	-2.53	0.19	كبير
عدم الكفاية	-13.17	0.86	كبير
الدرجة الكلية للبعد النفسي	-10.13	0.79	كبير
البعد الاجتماعي	-3.67	0.32	كبير
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	-9.95	0.78	كبير

يتبين من خلال الجدول (11) أن حجم تأثير البرنامج الإرشادي المطبق كان ذا تأثير كبير في رفع درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية. حيث بلغ حجم التأثير بالنسبة للبعد الجسدي (0.78)، وبلغ لمحاور البعد النفسي: في الاكتئاب بلغ حجم التأثير (0.66)، وبلغ القلق (0.85)، وللحساسية الزائدة (0.66)، أيضاً بلغ حجم التأثير للعزلة (0.19)، أما بالنسبة لعدم الكفاية الذاتية فبلغ حجم التأثير (0.86)، وبالنسبة للدرجة الكلية للبعد النفسي فقد بلغ حجم التأثير (0.79)، وبلغ حجم التأثير للبعد الاجتماعي (0.32)، أما بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية فبلغ حجم التأثير (0.78)

التساؤل الأول: ما درجة الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل؟

للإجابة على هذا التساؤل استخدمت الباحثة اختبار (ت) للعينات المرتبطة (Paired-Sample T-Test) للتعرف على الفروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الصحة النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج.

جدول (12): نتائج اختبار (ت) للعينات المرتبطة (Paired- Sample T-Test) وقيمة الدلالة ومستوى الدلالة لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية للتعرف على الفروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج. (ن=15)

المتغيرات	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
البعد الجسدي	قبلي	24.47	3.07	-9.97**	0.000	دالة
	بعدي	37.00	2.54			
الاكتئاب	قبلي	20.60	3.52	-5.35**	0.000	دالة
	بعدي	29.00	3.07			
القلق	قبلي	19.33	2.69	-10.62**	0.000	دالة
	بعدي	31.67	2.13			
الحساسية الزائدة	قبلي	21.27	3.51	-5.63**	0.000	دالة
	بعدي	29.80	2.83			
العزلة	قبلي	14.07	2.28	-18.05*	0.014	دالة
	بعدي	17.33	2.38			
عدم الكفاية	قبلي	12.53	2.13	-8.39**	0.000	دالة
	بعدي	19.67	1.80			
الدرجة الكلية للبعد النفسي	قبلي	87.80	10.78	-7.97**	0.000	دالة
	بعدي	127.47	9.96			
البعد الاجتماعي	قبلي	28.87	2.92	-3.37**	0.005	دالة
	بعدي	33.87	3.34			
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	قبلي	141.13	14.11	-8.95**	0.000	دالة
	بعدي	198.33	13.45			

** دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، درجات الحرية = 14

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 2.12، قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 2.98

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) المحسوبة (8.95) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.98) عن مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية للأبعاد المتعلقة بمستوى الصحة النفسية، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تلك الأبعاد بين التطبيقين القبلي والبعدي في درجات الصحة النفسية لأفراد المجموعة التجريبية، ولصالح التطبيق البعدي. مما يعني أن

مستوى الصحة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد قد تحسن بشكل ملحوظ بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، الأمر الذي يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق.

التساؤل الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى للمتغيرات: (جنس طفل الأم، عمر طفل الأم، درجة التوحد، المستوى الاقتصادي للأسرة، حجم الأسرة (عدد الأبناء)).

للإجابة على هذا التساؤل قامت الباحثة بتحويله للفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير جنس طفل الأم.

للتحقق من صحة الفرضية، تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent-Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير جنس طفل الأم المصاب بمتلازمة التوحد، الجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (13): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent-Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير جنس طفل الأم

(ن(ض)=15، ن(ت)=15)

المتغيرات	المجموعة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
البعد الجسدي	ضابطة	ذكر	9	25.33	2.06	-0.25	0.81
		أنثى	6	25.83	5.53		
	تجريبية	ذكر	8	36.50	2.83	-0.81	0.43
		أنثى	7	37.57	2.23		

المتغيرات	المجموعة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الاكتئاب	ضابطة	نكر	9	20.22	3.03	-0.63	0.54
	ضابطة	أنثى	6	21.33	3.56		
القلق	تجريبية	نكر	8	28.63	3.93	-0.51	0.62
	تجريبية	أنثى	7	29.43	1.90		
الحساسية الزائدة	ضابطة	نكر	9	20.89	1.62	0.27	0.79
	ضابطة	أنثى	6	20.50	3.83		
العزلة	تجريبية	نكر	8	30.75	2.55	-2.08	0.07
	تجريبية	أنثى	7	32.71	0.76		
عدم الكفاية	ضابطة	نكر	9	22.78	1.72	-0.31	0.76
	ضابطة	أنثى	6	23.17	3.13		
الدرجة الكلية للبعد النفسي	تجريبية	نكر	8	29.50	3.42	-0.43	0.68
	تجريبية	أنثى	7	30.14	2.19		
العزلة	ضابطة	نكر	9	15.44	1.74	0.12	0.91
	ضابطة	أنثى	6	15.33	1.97		
عدم الكفاية	تجريبية	نكر	8	17.63	2.50	0.49	0.63
	تجريبية	أنثى	7	17.00	2.38		
الدرجة الكلية للبعد الاجتماعي	ضابطة	نكر	9	12.44	0.88	0.68	0.51
	ضابطة	أنثى	6	12.00	1.67		
الدرجة الكلية للبعد النفسي	تجريبية	نكر	8	19.88	2.17	0.47	0.65
	تجريبية	أنثى	7	19.43	1.40		
الدرجة الكلية للبعد الاجتماعي	ضابطة	نكر	9	91.78	6.57	-0.11	0.91
	ضابطة	أنثى	6	92.33	12.96		
الدرجة الكلية للبعد الاجتماعي	تجريبية	نكر	8	126.38	12.74	-0.44	0.67
	تجريبية	أنثى	7	128.71	6.21		
الدرجة الكلية للبعد الاجتماعي	ضابطة	نكر	9	28.33	2.87	-1.28	0.22
	ضابطة	أنثى	6	30.67	4.23		
الدرجة الكلية للبعد الاجتماعي	تجريبية	نكر	8	33.38	3.96	-0.60	0.56
	تجريبية	أنثى	7	34.43	2.64		
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	ضابطة	نكر	9	145.44	9.14	-0.42	0.68
	ضابطة	أنثى	6	148.83	21.88		
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	تجريبية	نكر	8	196.25	16.68	-0.63	0.54
	تجريبية	أنثى	7	200.71	9.21		

** دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، درجات الحرية = 13

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 2.16، قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 3.01

من خلال النتائج الواردة في جدول (13) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات

درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين بعد

تطبيق البرنامج تعزى لمتغير جنس طفل الأم في الأبعاد (البعد الجسدي، الاكتئاب، القلق، الحساسية

الزائدة، العزلة، عدم الكفاية، البعد الاجتماعي، وفي المجموع العام لمقياس الصحة النفسية) حيث

كانت قيمة (ت) المحسوبة (0.63) في هذه الأبعاد وهي أصغر من قيمة (ت) الجدولية (2.16)، وهي غير دالة إحصائياً.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير عمر طفل الأم المصاب بمتلازمة التوحد.

للتحقق من صحة الفرضية، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent-Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير عمر طفل الأم، الجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (14): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير عمر طفل الأم (ن(ض)=15، ن(ت)=15).

المتغيرات	المجموعة	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
البعد الجسدي	ضابطة	6 سنوات فأقل	8	25.63	4.66	0.100	0.922
		7-14	7	25.43	2.44		
	تجريبية	6 سنوات فأقل	6	35.50	2.26	-2.082	0.058
		7-14	9	38.00	2.29		
الاكتئاب	ضابطة	6 سنوات فأقل	8	21.63	3.25	1.277	0.224
		7-14	7	19.57	2.94		
	تجريبية	6 سنوات فأقل	6	27.50	1.64	-1.634	0.126
		7-14	9	30.00	3.46		
القلق	ضابطة	6 سنوات فأقل	8	20.75	3.54	0.026	0.980
		7-14	7	20.71	1.11		

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	المجموعة	المتغيرات					
0.340	-0.991	1.67	31.00	6	6 سنوات فأقل	تجريبية	الحساسية الزائدة					
		2.37	32.11	9	14-7							
0.443	0.790	2.67	23.38	8	6 سنوات فأقل	ضابطة		العزلة				
		1.81	22.43	7	14-7							
0.005	-3.400**	1.76	27.50	6	6 سنوات فأقل	تجريبية			عدم الكفاية			
		2.35	31.33	9	14-7							
0.432	0.811	1.83	15.75	8	6 سنوات فأقل	ضابطة				الدرجة الكلية للبعد النفسي		
		1.73	15.00	7	14-7							
0.041	-2.269*	0.98	15.83	6	6 سنوات فأقل	تجريبية					البعد الاجتماعي	
		2.55	18.33	9	14-7							
0.728	0.355	1.41	12.38	8	6 سنوات فأقل	ضابطة						الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية
		1.07	12.14	7	14-7							
0.256	-1.189	1.41	19.00	6	6 سنوات فأقل	تجريبية						
		1.96	20.11	9	14-7							
0.419	0.834	11.54	93.88	8	6 سنوات فأقل	ضابطة						
		5.67	89.86	7	14-7							
0.029	-2.457*	4.83	120.83	6	6 سنوات فأقل	تجريبية						
		10.19	131.89	9	14-7							
0.796	0.264	3.66	29.50	8	6 سنوات فأقل	ضابطة						
		3.65	29.00	7	14-7							
0.271	-1.151	2.73	32.67	6	6 سنوات فأقل	تجريبية						
		3.61	34.67	9	14-7							
0.560	0.598	18.98	149.00	8	6 سنوات فأقل	ضابطة						
		9.11	144.29	7	14-7							
0.022	-2.612*	8.58	189.00	6	6 سنوات فأقل	تجريبية						
		12.71	204.56	9	14-7							

** دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، درجات الحرية = 13

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 2.16، قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 3.01

من خلال النتائج الواردة في جدول (14) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات

درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين بعد

تطبيق البرنامج تعزى لمتغير عمر طفل الأم في الأبعاد (البعد الجسدي، الاكتئاب، القلق، عدم

الكفاية، البعد الاجتماعي) حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة في هذه الأبعاد أصغر من قيمة (ت) الجدولية، وهي غير دالة إحصائياً.

في حين ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بُعد الحساسية الزائدة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (3.40) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (3.01) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)، وكانت الفروق لصالح أمهات الأطفال الذين أعمارهم (7-14) المصابين بالتوحد بمتوسط حسابي بلغ (31.33) مقابل (27.50) لأمهات الأطفال الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل المصابين بالتوحد. وهذا يدل إلى أن الحساسية الزائدة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم من (7-14) سنة أقل من الحساسية الزائدة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل).

كذلك ظهرت فروق في بُعد العزلة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (2.269) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.16) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وكانت الفروق لصالح أمهات الأطفال الذين أعمارهم (7-14) سنة المصابين بالتوحد بمتوسط حسابي بلغ (18.33) مقابل (15.83) لأمهات الأطفال الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل المصابين بالتوحد، وهذا يدل إلى أن العزلة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم من (7-14) سنة أقل من عزلة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل).

أيضاً ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الدرجة الكلية للبعد النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (2.457) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05)، وكانت الفروق لصالح أمهات الأطفال

الذين أعمارهم (7-14) المصابين بالتوحد بمتوسط حسابي بلغ (131.89) مقابل (120.83) لأمهات الأطفال الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل المصابين بالتوحد. وهذا يدل إلى أن الدرجة الكلية للبعد النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم من (7-14) سنة أعلى من الدرجة الكلية للبعد النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل).

أيضاً ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الدرجة الكلية لصحة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (2.612) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.16) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وكانت الفروق لصالح أمهات الأطفال الذين أعمارهم (7-14) المصابين بالتوحد بمتوسط حسابي بلغ (204.56) مقابل (189.00) لأمهات الأطفال الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل المصابين بالتوحد. وهذا يدل إلى أن درجة الكلية لصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم من (7-14) سنة أعلى من الدرجة الكلية للصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل).

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير حجم الأسرة (عدد الأبناء).

للتحقق من صحة الفرضية، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (ت) (Independent-Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير حجم الأسرة (عدد الأبناء)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (15): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير حجم الأسرة (عدد الأبناء)

(ن(ض)=15، ن(ت)=15).

المتغيرات	المجموعة	عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
البعد الجسدي	ضابطة	5 فأقل	9	26.00	4.06	0.621	0.546
		6 فأكثر	6	24.83	3.19		
	تجريبية	5 فأقل	7	36.71	2.56	-0.396	0.699
		6 فأكثر	8	37.25	2.66		
الاكتئاب	ضابطة	5 فأقل	9	21.78	3.03	1.710	0.097
		6 فأكثر	6	19.00	2.83		
	تجريبية	5 فأقل	7	29.29	3.55	0.326	0.749
		6 فأكثر	8	28.75	2.82		
القلق	ضابطة	5 فأقل	9	21.56	2.79	1.575	0.139
		6 فأكثر	6	19.50	1.87		
	تجريبية	5 فأقل	7	31.14	2.19	-0.885	0.392
		6 فأكثر	8	32.13	2.10		
محاور البعد النفسي	ضابطة	5 فأقل	9	23.56	2.55	1.328	0.207
		6 فأكثر	6	22.00	1.55		
	تجريبية	5 فأقل	7	29.14	3.76	-0.831	0.421
		6 فأكثر	8	30.38	1.77		
العزلة	ضابطة	5 فأقل	9	16.11	1.62	1.143	0.052
		6 فأكثر	6	14.33	1.51		
	تجريبية	5 فأقل	7	17.71	3.35	0.566	0.581
		6 فأكثر	8	17.00	1.20		
عدم الكفاية	ضابطة	5 فأقل	9	12.56	1.13	1.093	0.301
		6 فأكثر	6	11.83	1.33		
	تجريبية	5 فأقل	7	19.86	2.34	0.371	0.716
		6 فأكثر	8	19.50	1.31		
الدرجة الكلية للبعد النفسي	ضابطة	5 فأقل	9	95.56	9.66	1.025	0.064
		6 فأكثر	6	86.67	5.57		

المتغيرات	المجموعة	عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	تجريبية	5 فأقل	7	127.14	13.62	-0.114	0.911
		6 فأكثر	8	127.75	6.25		
البعد الاجتماعي	ضابطة	5 فأقل	9	30.11	3.37	1.146	0.273
		6 فأكثر	6	28.00	3.69		
	تجريبية	5 فأقل	7	32.86	3.80	-1.105	0.289
		6 فأكثر	8	34.75	2.82		
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	ضابطة	5 فأقل	9	151.67	16.03	1.642	0.125
		6 فأكثر	6	139.50	10.13		
	تجريبية	5 فأقل	7	196.71	17.37	-0.423	0.679
		6 فأكثر	8	199.75	9.91		

** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، درجات الحرية = 13

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 2.16، قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 3.01

من خلال النتائج الواردة في جدول (15) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين بعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير حجم الأسرة (عدد الأبناء) في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (0.423) في جميع الأبعاد وفي المجموع العام لمقياس الصحة النفسية وهي أصغر من قيمة (ت) الجدولية (2.16)، وهي غير دالة إحصائياً.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.

للتحقق من صحة الفرضية، تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent-Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (16): نتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة

(ن(ض)=15، ن(ت)=15).

المتغيرات	المجموعة	المستوى الاقتصادي للأسرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
البعد الجسدي	ضابطة	أقل من 2000 شيكل	6	26.50	4.59	0.825	0.424
		2000 شيكل فأكثر	9	24.89	3.02		
	تجريبية	أقل من 2000 شيكل	7	37.57	2.76	0.806	0.435
		2000 شيكل فأكثر	8	36.50	2.39		
الاكتئاب	ضابطة	أقل من 2000 شيكل	6	21.83	3.37	1.177	0.260
		2000 شيكل فأكثر	9	19.89	2.98		
	تجريبية	أقل من 2000 شيكل	7	28.86	3.02	-0.164	0.873
		2000 شيكل فأكثر	8	29.13	3.31		
القلق	ضابطة	أقل من 2000 شيكل	6	21.67	2.94	1.146	0.272
		2000 شيكل فأكثر	9	20.11	2.32		
	تجريبية	أقل من 2000 شيكل	7	31.86	2.61	0.314	0.759
		2000 شيكل فأكثر	8	31.50	1.77		
الحساسية الزائدة	ضابطة	أقل من 2000 شيكل	6	23.17	3.19	0.313	0.759
		2000 شيكل فأكثر	9	22.78	1.64		
	تجريبية	أقل من 2000 شيكل	7	29.29	3.04	-0.644	0.531
		2000 شيكل فأكثر	8	30.25	2.76		
العزلة	ضابطة	أقل من 2000 شيكل	6	15.67	2.25	0.464	0.650
		2000 شيكل فأكثر	9	15.22	1.48		
	تجريبية	أقل من 2000 شيكل	7	17.57	2.30	0.354	0.729
		2000 شيكل فأكثر	8	17.13	2.59		
عدم الكفاية	ضابطة	أقل من 2000 شيكل	6	12.33	1.63	0.166	0.870
		2000 شيكل فأكثر	9	12.22	0.97		
	تجريبية	أقل من 2000 شيكل	7	19.86	1.21	0.371	0.716
		2000 شيكل فأكثر	8	19.50	2.27		
الدرجة الكلية للبعد النفسي	ضابطة	أقل من 2000 شيكل	6	94.67	11.84	0.911	0.379
		2000 شيكل فأكثر	9	90.22	7.19		

المتغيرات	المجموعة	المستوى الاقتصادي للأسرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	تجريبية	أقل من 2000 شيكل	7	127.43	9.43	0.630	-0.013
		2000 شيكل فأكثر	8	127.50	11.05		
البعد الاجتماعي	ضابطة	أقل من 2000 شيكل	6	30.50	3.56	1.113	0.286
		2000 شيكل فأكثر	9	28.44	3.47		
	تجريبية	أقل من 2000 شيكل	7	34.43	4.12	0.323	0.596
		2000 شيكل فأكثر	8	33.38	2.67		
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	ضابطة	أقل من 2000	6	151.67	19.59	1.037	0.319
		2000 شيكل فأكثر	9	143.56	10.88		
	تجريبية	أقل من 2000	7	199.43	15.23	0.275	0.285
		2000 شيكل فأكثر	8	197.38	12.67		

** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، درجات الحرية = 13

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 2.16، قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 3.01

من خلال النتائج الواردة في جدول (16) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات

درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين بعد

تطبيق البرنامج تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية،

حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (0.275) في جميع الأبعاد وفي المجموع العام لمقياس الصحة

النفسية وهي أصغر من قيمة (ت) الجدولية (2.16)، وهي غير دالة إحصائية.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في

متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد

المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير درجة التوحد.

للتحقق من صحة الفرضية، تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent-Sample

T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة

التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير درجة

التوحد، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (17): نتائج اختبار (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير درجة التوحد. (ن(ض)=15، ن(ت)=15)

المتغيرات	المجموعة	درجة التوحد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
البعد الجسدي	ضابطة	متوسط	8	26.25	4.27	0.800	0.438
		شديد	7	24.71	2.93		
	تجريبية	متوسط	8	38.25	2.12	2.334*	0.037
		شديد	7	35.57	2.30		
الاكتئاب	ضابطة	متوسط	8	21.13	4.09	0.583	0.570
		شديد	7	20.14	1.86		
	تجريبية	متوسط	8	28.63	3.62	-0.492	0.631
		شديد	7	29.43	2.51		
القلق	ضابطة	متوسط	8	21.25	3.01	0.811	0.432
		شديد	7	20.14	2.12		
	تجريبية	متوسط	8	30.75	2.25	-1.956	0.072
		شديد	7	32.71	1.50		
الحساسية الزائدة	ضابطة	متوسط	8	23.63	2.67	1.283	0.222
		شديد	7	22.14	1.57		
	تجريبية	متوسط	8	29.88	3.27	0.106	0.917
		شديد	7	29.71	2.50		
العزلة	ضابطة	متوسط	8	15.38	1.85	-0.057	0.956
		شديد	7	15.43	1.81		
	تجريبية	متوسط	8	17.13	2.53	-0.351	0.731
		شديد	7	17.57	2.37		
عدم الكفاية	ضابطة	متوسط	8	12.25	1.49	-0.054	0.957
		شديد	7	12.29	0.95		
	تجريبية	متوسط	8	19.38	2.07	-0.657	0.522
		شديد	7	20.00	1.53		
الدرجة الكلية للبعد النفسي	ضابطة	متوسط	8	93.63	11.59	0.718	0.485
		شديد	7	90.14	5.79		
	تجريبية	متوسط	8	125.75	12.04	-0.701	0.496
		شديد	7	129.43	7.32		
البعد الاجتماعي	ضابطة	متوسط	8	28.88	4.36	-0.445	0.663
		شديد	7	29.71	2.56		
	تجريبية	متوسط	8	31.75	1.98	3.557**	0.004

المتغيرات	المجموعة	درجة التوحد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	ضابطة	شديد	7	36.29	2.93	0.528	0.606
		متوسط	8	148.75	18.58		
	تجريبية	شديد	7	144.57	10.18	-1.661	0.121
		متوسط	8	193.25	14.62		
		شديد	7	204.14	9.94		

** دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، درجات الحرية = 13

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 2.16، قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 3.01

من خلال النتائج الواردة في جدول (17) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين بعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير درجة التوحد في أبعاد مقياس الصحة النفسية (الاكتئاب، القلق، الحساسية الزائدة، العزلة، عدم الكفاية، البعد النفسي الكلي، الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية)، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (1.661) لهذه الأبعاد وفي الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية أصغر من قيمة (ت) الجدولية (2.16)، وهي غير دالة إحصائياً.

في حين ظهرت فروق دالة إحصائياً في البعد الجسدي لأفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي، وكانت الفروق لصالح الأم التي درجة التوحد لطفلها متوسطة بمتوسط حسابي بلغ (38.25) مقابل (35.57) للأم التي درجة التوحد لطفلها شديدة، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (2.334) لهذا البعد وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.16) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). كذلك ظهرت فروق في البعد الاجتماعي لأفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي، وكانت الفروق لصالح الأم التي درجة التوحد لطفلها شديدة بمتوسط حسابي بلغ (36.29) مقابل (31.75) للأم التي درجة التوحد لطفلها متوسطة، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (3.557) لهذا البعد وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (3.01) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

المقدمة:

هدف هذا الفصل إلى الإجابة على أسئلة وفرضيات الدراسة.

مناقشة نتائج سؤال الدراسة الرئيس:

ما مدى فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل.

تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في القياس القبلي، حيث لم تظهر فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية وفي الدرجة الكلية للقياس القبلي، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة لهذه الأبعاد كانت أصغر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

أما بالنسبة للفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد فقد ظهرت فروق في متوسطات درجات الصحة النفسية في التطبيق البعدي بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية ولصالح المجموعة التجريبية، حيث كانت قيم (ت) المحسوبة في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية للتطبيق البعدي أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$ ، وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا التدريب من خلال أنشطة البرنامج الإرشادي لمقياس الصحة النفسية قد زادت لديهم درجات الصحة النفسية بشكل ملحوظ، مما يعني أن البرنامج كان فاعلاً بشكل كبير.

وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع دراسة القاضي (2010) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الضغوط الوالدية لصالح المجموعة التجريبية تُعزى إلى تطبيق البرنامج الإرشادي. كذلك اتفقت مع دراسة سيفيام

(Sevim, 2007) التي أشارت نتائجها إلى انخفاض مستوى الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي. كذلك اتفقت جزئياً مع باشا (2016) التي توصلت إلى انخفاض الدرجة الكلية للضغوط لدى المفحوص، وانخفاض مصادر الضغوط النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، واتفقت مع بن جابر (2008) التي أظهرت فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم لصالح المجموعة التجريبية. وترى الباحثة أنّ الأمهات اللاتي يتواجد لهنّ أطفال مصابين بمتلازمة التوحد يعانون من تدنٍ في الصحة النفسية ومن مشاعر القلق والخوف والتوتر والاكتئاب واليأس وإحباط مشاعر سلبية مختلفة، وخاصة أنّ العديد من الأمهات لا يدركن الأسباب الكامنة وراء وجود طفل توحد بين أفراد الأسرة، كما أنّ مشاعر القلق على مستقبل الطفل التوحد، وتحمل الأعباء الناجمة عن وجوده تجعل الأم تتحمل الكثير من الأعباء النفسية، التي تؤثر بشكلٍ سلبيّ على الصحة النفسية لديها، وترى الباحثة وجود تحسّن على جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد يعود إلى الجلسات الإرشادية، وإلى الأساليب العلاجية التي أظهرت نتائج إيجابية على الأمهات التي قامت بها الباحثة من خلال البرنامج الإرشادي المطبق خلال فترة التطبيق، والذي أدى إلى تحسّن واضح في درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد من خلال مساهمة البرنامج في خفض درجات القلق والتوتر والاكتئاب والعزلة، وهذا انعكس بشكلٍ إيجابي على الجانب الجسدي والاجتماعي للأم، وعلى درجات المقياس المستخدم في الدراسة.

مناقشة نتائج سؤال الدراسة الأول:

ما درجة الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل؟ من خلال نتائج الدراسة تم التوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية بين التطبيقين القبلي والبعدي في درجات الصحة النفسية لأفراد المجموعة التجريبية، ولصالح التطبيق البعدي. مما يعني أنّ مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين

بمتلازمة التوحد قد تحسن بشكل ملحوظ بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، الأمر الذي يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة أندريا وجوناثان (Andrea, Jonathan, 2017) التي أظهرت تحسن في الصحة النفسية لدى جميع آباء وأمهات أطفال التوحد بعد المشاركة في العلاج المعرفي السلوكي للطفل، حيث ساهمت مشاركة الوالدين في التخفيف من مستوى الاكتئاب لديهم، وفي تنظيم العاطفة، وضبط الانفعالات. كما اتفقت نتيجة الدراسة مع دراسة باشا (2016) التي أظهرت فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية، واتفقت مع (Sevim, 2007) التي أظهرت انخفاض مستوى الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، والقاضي (2010) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الضغوط الوالدية لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى تطبيق البرنامج الإرشادي.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن المجموعة التجريبية التي تلقت أنشطة البرنامج الإرشادي قد زاد لديهم مستوى الصحة النفسية أكثر من المجموعة الضابطة، والتي لم تتلق أنشطة البرنامج، مما يدل على أهمية وفاعلية البرنامج المقترح وأنشطته المختلفة، والتي عملت على المساهمة في تحسن مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بشكل أفضل.

مناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

مناقشة نتائج الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير جنس طفل الأم.

تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين بعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير جنس طفل الأم في الأبعاد (البعد الجسدي، الاكتئاب، القلق، الحساسية الزائدة، العزلة، عدم الكفاية، البعد الاجتماعي، وفي المجموع العام لمقياس الصحة النفسية) حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة في هذه الأبعاد أصغر من قيمة (ت) الجدولية، وهي غير دالة إحصائياً.

وتختلف هذه النتيجة جزئياً مع دراسة الببلاوي والعثمان (2012) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط لدى أمهات الأطفال من ذوي اضطراب التوحد تعزى إلى جنس الطفل لصالح أمهات الذكور. في حين اتفقت هذه النتيجة جزئياً مع دراسة عصفور (2012) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في الضغوط النفسية لدى الأمهات تعزى لمتغير الجنس، واتفقت جزئياً مع الخفش (2014) التي أظهرت عدم وجود فروق في مستوى حاجات الأمهات تعزى إلى متغير الجنس، واتفقت جزئياً مع العرعر (2010) التي أشارت إلى عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية لدى الأمهات تعزى إلى متغير جنس المعاق.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد سواءً كان الطفل المصاب بالتوحد ذكراً أم أنثى، فإن أمهات الأطفال يعانون بنفس الدرجة، لذا فإن البرنامج الإرشادي استفادت منه الأم التي طفلها المصاب بمتلازمة التوحد (أنثى) واستفادت منه وبنفس الدرجة الأم التي لديها طفل التوحد (ذكر)، وتُرجع الباحثة ذلك أيضاً إلى أن الأنشطة المستخدمة في البرنامج كانت مناسبة لتدريب الأمهات ورفع مستوى الصحة النفسية لهنّ، كما أن استخدام الدعم الاجتماعي من خلال تواصل الأمهات مع بعضهن خلال جلسات تطبيق البرنامج الإرشادي كان له أثر فعال في إبقاء الجوانب الإيجابية لهنّ، كما أن خدمات التوجيه والإرشاد والتأهيل التي تقدم للأمهات وللاطفال المصابين بمتلازمة التوحد هي واحدة لكلا الجنسين سواء ذكر أم أنثى، بالإضافة إلى ذلك أن كلا

الجنسين يشتركان بالاضطراب وبخصائصه الاجتماعية والانفعالية والسلوكية لذلك فإن ما يترتب على الأم من أعباء ومسؤوليات اتجاه الطفل تكون متماثلة للجنسين فلا تأثير له على الأم.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير عمر طفل الأم.

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بُعد الحساسية الزائدة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وكانت الفروق لصالح أمهات الأطفال الذين أعمارهم (7- 14) المصابين بالتوحد بمتوسط حسابي بلغ (31.33) مقابل (27.50) لأمهات الأطفال الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل المصابين بالتوحد.

كذلك ظهرت فروق في بُعد العزلة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وكانت الفروق لصالح أمهات الأطفال الذين أعمارهم (7 - 14) سنة المصابين بالتوحد بمتوسط حسابي بلغ (18.33) مقابل (15.83) لأمهات الأطفال الذين أعمارهم (6 سنوات فأقل) المصابين بالتوحد، وهذا يدل إلى أن العزلة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم من (7-14) سنة أقل من عزلة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم (6 سنوات فأقل).

أيضاً ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الدرجة الكلية للبعد النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وكانت الفروق لصالح أمهات الأطفال الذين أعمارهم (7- 14) المصابين بالتوحد بمتوسط حسابي بلغ (131.89) مقابل (120.83) لأمهات الأطفال الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل المصابين بالتوحد. وهذا يدل على أن الدرجة الكلية للبعد النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم من (7-

14) سنة أعلى من الدرجة الكلية للبعد النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم (6 سنوات فأقل).

أيضاً ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وكانت الفروق لصالح أمهات الأطفال الذين أعمارهم (7-14) المصابين بالتوحد بمتوسط حسابي بلغ (204.56) مقابل (189.00) لأمهات الأطفال الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل المصابين بالتوحد. وهذا يدل على أن الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم من (7-14) سنة أعلى من الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أفراد المجموعة التجريبية الذين أعمارهم (6) سنوات فأقل).

واتفقت هذه النتيجة جزئياً مع دراسة الخفش (2014) حيث أشار إلى وجود فروق في مستوى حاجات أمهات الأطفال تعزى إلى متغير عمر الطفل التوحيدي، في حين اختلفت النتيجة جزئياً مع دراسة قراقيش (2006) التي أظهرت عدم وجود تأثير لعمر الطفل المصاب بالتوحد على مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن أمهات الأطفال التوحيديين الذين أعمارهم (7 - 14) كان لديهم فرص كبيرة من التأهيل والرعاية في المؤسسات الخاصة بتأهيل الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة بحيث تخطى عدة مراحل من التأهيل والعلاج، كما أنّ أمهات أطفال التوحد الأكبر سناً قد يحصلن على مساعدة في تلبية احتياجات طفل التوحد من قبل الأبناء الكبار الذين يساعدون أيضاً في تحمل المسؤولية تجاه الطفل، أو المساعدة في شؤون الحياة بشكل عام، وهو ما يخفف من الأعباء الملقاة على كاهل الأم، ويسهم في تحسّن الصحة النفسية لديها، كما أنّ المدة الزمنية التي مرت على وجود الطفل داخل الأسرة تجعل الأم أكثر معرفة بشخصيته، وأكثر معرفة بخصائصه السلوكية والانفعالية،

وأكثر قدرة على التعامل معه، خاصة أن الأم تخطت المراحل النفسية الأولى التي مرت بها من شعور بالصدمة والإنكار والألم نتيجة وجود طفل التوحد في الأسرة، وانتقلت إلى مرحلة التقبل والبحث عن العلاج، وهذا بعكس أمهات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة سنوات التي تفتقد للخبرة والوعي بهذه الحالة.

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير حجم الأسرة (عدد الأبناء).

تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين بعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير حجم الأسرة (عدد الأبناء) في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية أصغر من قيمة (ت) الجدولية، وهي غير دالة إحصائياً. وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع دراسة بوشعراية و طاهر (2017) التي توصلت إلى عدم وجود أي فروق في الضغوط النفسية والتوافق الأسري وفقاً لمتغير عدد أفراد الأسرة، في حين اختلفت هذه النتيجة جزئياً مع دراسة العرعر (2010) التي أظهرت وجود فروق في مستوى الصحة النفسية لدى الأمهات تعزى لمتغير حجم الأسرة.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة أن وجود طفل التوحد في الأسرة يؤثر على أفرادها جميعاً، بغض النظر عن حجم الأسرة سواءً كان صغيراً أم كبيراً، وهذا التأثير النفسي يكون بالدرجة الأولى على الوالدين، وبشكل أكبر على الأمهات، كونهما يمران بجملة من الصعوبات والاضطرابات النفسية والانفعالية التي تسبب تدني في درجات الصحة النفسية لهنّ، وتقع على كاهلهم الأعباء المادية التي تترتب على وجود

طفل التوحد في الأسرة، إضافة إلى رحلتها الطويلة بين البرامج التربوية والعلاجية التي ينصح بها الاختصاصيين، كما أنّ وجود أبناء غير طفل التوحد من الذكور والإناث في الأسرة قد يكون بمثابة دعم للأب حيث يخفف من شدة الأعباء الواقعة عليها، وتصبح رعاية الطفل مشتركة بين جميع أفراد الأسرة مما يسهم في زيادة الترابط الأسري.

مناقشة نتائج الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة /التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين بعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية أصغر من قيمة (ت) الجدولية، وهي غير دالة إحصائياً.

واتفقت هذه النتيجة جزئياً مع دراسة قراقيش (2006) التي أظهرت عدم وجود تأثير لمستوى الدخل الشهري للأسرة على مستوى الضغط النفسي لدى أولياء أمور الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، كما اتفقت هذه النتيجة جزئياً مع دراسة عصفور (2012) حيث أظهرت عدم وجود فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى الأمهات تعزى إلى المستوى الاقتصادي. في حين اختلفت النتيجة جزئياً مع دراسة الخفش (2014) حيث أظهرت وجود فروق في مستوى حاجات الأمهات تعزى إلى دخل الأسرة، وكذلك اختلفت جزئياً مع دراسة أحمد (2012) التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى

الضغوط النفسية لدى الأمهات تعزى للمستوى الاقتصادي لصالح المستوى المرتفع، واختلفت مع الببلاوي والعثمان (2012).

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن جميع أفراد العينة يعانون من مشكلات نفسية، سواء كانوا من ذوي الدخل المرتفع أم المتدني، حيث أن مصدر الألم والمعاناة بالنسبة لأم الطفل المصاب بمتلازمة التوحد، هو إصابة الطفل بحد ذاته بهذا الاضطراب وما يصاحبه من خصائص سلوكية وانفعالية، وهي تحاول البحث عن أي أسلوب علاجي قد يظهر ويسهم في تحسّن حالة الطفل، وتسعى إليه بكل جهدها مهما كانت تكاليفه المادية أو مكان العلاج، حيث أنّ كثيراً من الأمهات ذهبن إلى عدة مراكز للتربية الخاصة داخل فلسطين وخارجها بحثاً عن أي أمل لتحسن حالة طفل التوحد.

مناقشة نتائج الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين (الضابطة/التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير درجة التوحد.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بين أفراد المجموعتين بعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير درجة التوحد في أبعاد مقياس الصحة النفسية (الاكتئاب، القلق، الحساسية الزائدة، العزلة، عدم الكفاية، البعد النفسي الكلي، المجموع العام لمقياس الصحة النفسية)، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة لهذه الأبعاد وفي المجموع العام لمقياس الصحة النفسية أصغر من قيمة (ت) الجدولية، وهي غير دالة إحصائياً.

وقد اتفقت هذه النتيجة جزئياً مع دراسة الخفش (2014) التي أظهرت عدم وجود فروق في مستوى حاجات أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد تُعزى إلى متغير شدة التوحد، في حين اختلفت مع دراسة العثمان والببلاوي (2012) التي أظهرت وجود فروق في مستوى الضغوط النفسية تُعزى إلى

شدة إعاقة الطفل، وكذلك اختلفت جزئياً مع دراسة العرعير (2010) التي أظهرت وجود فروق في مستوى الصحة النفسية للأمهات تُعزى إلى متغير درجة الإعاقة.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى نظرة الأم لحالة طفلها المصاب بمتلازمة التوحد، حيث أن كل أم كانت تنظر وتشعر بأن حالة طفلها هي الأصعب، وأنها من الدرجة الشديدة على الرغم من أن بعض الحالات كانت متوسطة أو خفيفة، فكانت جميع الأمهات يظهرن ردود انفعالية مشابهة من الألم والتعب والقلق والتوتر والضيق والرغبة في البكاء وتدني عام في الصحة النفسية، ولعل ذلك أيضاً يرجع إلى عدم الوعي الكافي للأمهات باضطراب التوحد بشكل عام، وعدم المشاركة في دورات أو برامج خاصة بالتوحد.

في حين ظهرت فروق دالة إحصائياً في البعد الجسدي لأفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي، وكانت الفروق لصالح الأم التي درجة التوحد لطفلها متوسطة بمتوسط حسابي بلغ (38.25) مقابل (35.57) الأم التي درجة التوحد لطفلها شديدة، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة لهذا البعد أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). كذلك ظهرت فروق في البعد الاجتماعي لأفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي، وكانت الفروق لصالح الأم التي درجة التوحد لطفلها شديدة بمتوسط حسابي بلغ (36.29) مقابل (31.75) للأم التي درجة التوحد لطفلها متوسطة، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة لهذا البعد وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

وتفسر الباحثة هذه النتيجة المنطقية إلى أنه كلما زادت شدة التوحد، زادت الاضطرابات والضعف الجسدية والنفسية والاجتماعية على الأمهات وبالتالي يؤثر على الصحة النفسية لهنّ، وكلما زادت شدة الاضطراب زادت الأعراض الجسدية التي تظهر على الأم بشكل أكبر وأشد، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة أجراها لين وآخرون (Leann et al., 2012) التي أظهرت أن أمهات المصابين بمتلازمة التوحد يعانون من الصداع، وألم في الظهر والعضلات، وتعب، ومضات من الحرارة أكثر من أمهات

الأطفال العاديين، وهذا يؤكد على أن الأمهات الأطفال التوحديين معرضات بشكل خاص لمشاكل
جسمية وصحية، وبحاجة إلى خدمات شاملة مدى الحياة.

التوصيات:-

في ضوء نتائج الدراسة ونتيجة للأثر الإيجابي الذي حققه البرنامج الإرشادي في تحسين درجات
الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد بشكل ملحوظ فإن الباحثة توصي
بالآتي:-

1. ضرورة الاهتمام بإعداد المزيد من البرامج الإرشادية لرفع مستوى الصحة النفسية لدى أمهات
الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد، حيث أن الأم تعد الأكثر تواجداً وتلبيةً لاحتياجات الطفل.
2. ضرورة إشراك الأب في البرامج الإرشادية وفي الدورات التوعوية التي تقام لأسر الأطفال
التوحيديين.
3. ضرورة نشر التوعية حول متلازمة التوحد من خلال وسائل الإعلام المختلفة، وعمل دورات
وورشات حول هذا الاضطراب
4. فتح برامج في الجامعات متخصصة من أجل تخريج كفاءات لتعامل مع الأطفال المصابين
بمتلازمة التوحد وأسرههم.
5. ضرورة افتتاح مراكز حكومية متخصصة بالتوحد في عدة محافظات وبالتعاون مع وزارة الصحة
الفلسطينية.
6. ضرورة توفير فرق داعمة من الأسر ذوي الطفل المصاب بمتلازمة التوحد للأسر الأخرى التي
تضم طفل توحدي وتبادل الخبرات بين هذه الأسر.

المقترحات:-

1. فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى آباء الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد واستراتيجيات مواجهتها.
2. فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الصحة النفسية لدى آباء الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد.
3. درجة رضا أولياء أمور الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد عن الخدمات العلاجية التي تقدم لهم من مؤسسات التربية الخاصة في محافظة الخليل.

المصادر والمراجع:-

- القرآن الكريم.
- إبراهيم، عُلَا. (2011) . اضطراب التوحد "الأوتيزم" أعراضه وأسبابه وطرق علاجه، القاهرة: عالم الكتب، ص 38.
- أبو العمرين، ابتسام. (2008). مستوى الصحة النفسية للعاملين في مهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وعلاقتها بمستوى أدائهم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2002) . العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية الأسس والديناميات والتصنيف والمشكلات، جامعة الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- أبو شهبه، هناء. (2007) . السنة النبوية وتوجيه المسلم إلى الصحة النفسية، مؤتمر السنة النبوية والدراسات المعاصرة، كلية الشريعة والدراسات الإسلامية، جامعة اليرموك، إربد الأردن.
- أبو عقل، عمرو. (2016). المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- باشا، ياسمين. (2015). فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحد دراسة حالة، رسالة ماجستير، جامعة يحي فارس، المدينة.
- بلان، كمال. (2015) . نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

- البلشة، أيمن. (2006). تفعيل دور الآباء (الوالدين) في البرامج السلوكية والتربوية للأطفال التوحديين (من النظرية إلى التطبيق)، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العربي التاسع، رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي (الحاضر والمستقبل)، القاهرة، مصر.
- بن جابر، البندري محمد سعد. (2008). فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- بوشعراية، راف الله، و طاهر، فتحي. (2017). الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى آباء وأمهات أطفال التوحد، كلية التربية المرج، جامعة بنغازي، المجلة الليبية العالمية، العدد الرابع عشر.
- بيك، جوديت. (2007). العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد، (ترجمة: طلعت مطر)؛ القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- بيومي، لمياء. (2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، أطروحة لنيل درجة الدكتوراه، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس.
- التميمي، محمد. (2016). مؤشرات في الصحة النفسية، عمان: الدار المنهجية للنشر والتوزيع، ص21.
- حسب الله، علا. (2015). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية قسم الصحة النفسية المجتمعية، الجامعة الإسلامية غزة.

- حسنين، عائدة عبد الهادي. (2004). الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، رسالة ماجستير في علم النفس غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- حميد، صفية. (2011). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الذكاء الوجداني لدى المعوقين بصرياً المقيمين داخل المدرسة من طلاب المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة القاهرة.
- الخطيب، هشام، والزيادي، احمد . (2001) . الصحة النفسية للطفل، عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- الخفاجي، سها علي. (2012). أثر برنامج حركي مقترح لإطفاء بعض السلوكيات الروتينية للأطفال المصابين بالتوحد. مجلة القادسية للعلوم الرياضية، المجلد (12)، والعدد(1).
- الخفش، سهام رياض. (2014). درجة حاجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في إقليم جنوب الأردن في ضوء بعض المتغيرات، مجلة العلوم التربوية، مصر، المجلد 22، العدد 3.
- داخل، مهدي. (2017). التوحد مفهومه أسبابه وأعراضه وعلاجه، الكتاب السنوي لمركز الأمومة والطفولة، جامعة ديالي، المجلد الحادي عشر، عدد خاص ص 59 – 80.
- دبابش، علي. (2011). فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.
- دفع الله، عبد الباقي. (2007). الصحة النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لطلاب المرحلة الثانوية بمدينة الأبيض " دراسة مقارنة بين أبناء النساء العاملات وغير العاملات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة كردفان، مدينة الأبيض، السودان.

- دياب، مروان عبد الله. (2006). دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة ماجستير في علم النفس غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة.
- الديب، عبير. (2016). الضغوط النفسية واحتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والعلاقة بينهما في دولة الإمارات العربية المتحدة، رسالة ماجستير في التربية الخاصة غير منشورة، كلية التربية قسم التربية الخاصة، جامعة الإمارات المتحدة العربية.
- رضوان، سامر جميل. (2002). الصحة النفسية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد. (1978). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط(2)، القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط(4)، القاهرة: عالم الكتب، ص13-14.
- الزهراني، خالد. (2012). فاعلية استخدام برنامج سلوكي لخفض مظاهر العجز في التفاعل الاجتماعي لدى عينة من فئة التوحد البالغين، رسالة الماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية. <http://www.uqu.edu.sa/page/ar/583>
- سميرة، دعو، ونورة، شنوفي. (2013). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي دراسة عيادية لخمس حالات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة أكلي محند أولحاج، الجزائر.
- سيد أحمد، توحيد. (2012). الضغوط النفسية على أولياء أمور الأطفال المصابين بمرض التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير، مأخوذة من: <http://search.shamaa.org/Abstract.aspx?ID=90558&Lang=Arabic>

- الشامي، وفاء. (2004) . خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وتشخيصه، الرياض.
- شبيب، عادل. (2008). ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح (بريطانيا).
- مصطفى، اسامة فاروق، الشربيني، السيد كامل. (2011) . التوحد(الأسباب - التشخيص - العلاج)، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ص29.
- الشمري، فاضل. (2013). الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف الدراسي لدى طلاب كلية التربية الرياضية، جامعة الكوفة، مجلة علوم التربية الرياضية، العدد الرابع، المجلد السادس.
- عبد اللطيف، إكرام. (2016) . التوحد وعلاجه بلغة الجسد (دليل إرشادي للأسرة)، جمهورية مصر العربية: دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع.
- عبد الله، محمد. (2004) . مدخل إلى الصحة النفسية، ط(2)، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- عبد، خنساء. (2017). المشكلات التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد. الكتاب السنوي لمركز الأمومة والطفولة، جامعة ديالي، المجلد الحادي عشر، عدد خاص ص153- 168.
- عبدات، روجي مروح. (2007). الأثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على إخوة الأشخاص المعاقين، دراسة ميدانية، كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة.
- العتيبي، ضيف الله. (2013). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغوط النفسية لدى نزلاء السجون، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- العثمان، إبراهيم، والبلاوي، إيهاب. (2012). المساندة الاجتماعية والتوافق الزوجي وعلاقتهما بالضغط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.
- العرعر، محمد. (2010). الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة الداون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- عصفور، غدي. (2012). الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية، عمان.
- العمري، صالح. (2011). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق لدى التلاميذ الأيتام بالطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، عمادة الدراسات العليا، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.
- العمري، مرزوق. (2012). الضغوط النفسية المدرسية وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة الليث، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- العناني، حنان. (2005). الصحة النفسية، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- عياش، خالد. (2014). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي يستند على نظام تبادل الصور (بيكس) لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في نابلس/فلسطين، رسالة ماجستير غير منشورة، مجلة جامعة القدس المفتوحة للدراسات والبحوث التربوية والنفسية، المجلد الثالث.
- غزال، مجدي. (2007). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحدين في مدينة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.

- القاضي، خالد سعد سيد. (2010). فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط الوالدية لدى والدي الأطفال التوحديين، مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية، جامعة جنوب الوادي، العدد 2، المجلد 16.
- فهمي، مصطفى، غالي، محمد. (2013). مقياس تايلور للقلق الصريح، جامعة عين شمس، وجامعة الأزهر.
- قراقيش، صفاء. (2006). الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجاتهم لمواجهة تلك الضغوط، المجلة العربية لتربية الخاصة، العدد التاسع، 209-214.
- القريوتي، إبراهيم. (2009). دعم أسرة الشخص المعاق نفسيا واجتماعيا، ورقة عمل مقدمة في مؤتمر دور جمعيات أولياء امور المعاقين في دعم أسرة الشخص المعاق، جامعة الشارقة، الإمارات، 25-26 مارس.
- كتلو، كامل، العرجا، ناهدة. (2016). الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين / دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين (في بيوت المسنين ونوادي المسنين وفي البيوت في محافظة بيت لحم)، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد 9، العدد 2.
- كفاي، علاء الدين. (2012). الصحة النفسية والإرشاد النفسي، عمان: دار الفكر موزعون وناشرون، ص 22-23.
- الكيكي، محسن. (2011). المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهد الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الإسلامية، المجلد 11، العدد 1.
- مجيد، سوسن. (2010). التوحد أسبابه-خصائصه-تشخيصه-علاجه، ط(2)، عمان: دار دبيونو للنشر والتوزيع، ص 35.

- مشهور، ميرفت. (2016). فاعلية برنامج تدريبي مقترح قائم على أنشطة اللعب الجماعي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي التوحد في إمارة أبو ظبي - دولة الإمارات العربية المتحدة - (دراسة حالة)، رسالة ماجستير، جامعة الإمارات العربية المتحدة، أبو ظبي، الإمارات.
- مصطفى، جيهان. (2008). التوحد، كتاب اليوم السلسلة الطبية، منتديات مجلة الابتسامه، العدد 280.
- ملحم، سامي. (2015). أساليب الإرشاد والعلاج النفسي، عمان: دار الإصدار العلمي للنشر والتوزيع.
- منظمة الصحة العالمية. (2005). تعزيز الصحة النفسية : المفاهيم، البيانات المستجدة، الممارسة، التقرير المختصر/ تقرير منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة.
- نادية، بومجان. (2016). بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- نصيرة، بن شيخ، وصفية، بالزين. (2014). الصحة النفسية وعلاقتها بالأداء الوظيفي لدى عمال المحطة الجهوية للإذاعة والتلفزيون - دراسة ميدانية بورقلة، مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- نفيسة، طراد. (2013). فاعلية برنامج تدريبي في تحسين المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.

- هوفمان، (2012). **العلاج المعرفي السلوكي (الحلول النفسية للمشكلات العقلية)**، (ترجمة: د. مراد علي عيسى)، القاهرة، مصر، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- وردة، بلحسيني. (2011). **أثر برنامج سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة**، أطروحة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- اليحيى، ابتسام. (2014). **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- منظمة الصحة العالمية. (2013). **مقالة علمية بعنوان "الصحة النفسية: حالة من العافية"**.
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/ar
- منظمة الصحة العالمية. (2017). **التقرير العالمي حول الإعاقة**.
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/ar

المراجع الأجنبية:

- Albert, G. (2009). **Group Interventions for Children with Autism Spectrum Disorders**, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- American Psychiatric Association. (2015). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition, (DSM-5).
- Andrea L, Jonathan A. (2017). Parental Outcomes Following Participation in Cognitive Behavior Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol. 47, Issue 10, pp 3166–3179 | Cite as.
- Benjamin, Catherine P. Bradshaw, Elizabeth A. Stuart. (2013). The Association Between Mental Health, Stress, and Coping Supports in Mothers of Children with Autism. **Spectrum Disorders**, Vol. 43, Issue 6, pp 1380–1393 | Cite as.

- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) **An Inventory for measuring depression**. Archives of General Psychiatry. 4:561-572.
- Bromley, Jo. Hare, J.D. Davison, K. & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status and satisfaction with services. **Journals of autism**, vo1. 17.no.4.208-215.
- Carpenter .L. (2013). DSM-5 Autism Spectrum Disorder: Guidelines & Criteria Exemplars. Retrieved from:
<https://depts.washington.edu/dbped/Screening%20Tools/DSM5%28ASD.Guidelines%29Feb2013.pd>
- Centers for Disease Control and Prevention[CDC]. (2014). Community Report from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Washington. Retrieved from: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/states/c>
- Creak, M. (1961). Schizophrenia Syndrome in child hood: Progress report of a working party. **Cerebral palsy Bulletin**, 3,217-250.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). **The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care**. In M. E. Maruish (Ed.), Handbook of psychological assessment in primary care settings (pp. 297-334). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Ekas, N. (2009). **Adaptation to stress Among Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: The Role of positive Affect and personality**, Dissertation in Psychology, The University of Notre Dame.
- Hall, H. (2008). **The relationship Among Adaptive Behaviors of Children with Autism Spectrum Disorder, Their Family Support Networks parental stress, And Parental Coping**, Dissertation, The University of Tennessee, Health Science Center.

- Hodge D1, Hoffman CD, Sweeney DP, Riggs ML. (2013). **Relationship between children's sleep and mental health in mothers of children with and without autism**, Department of Psychology, California State University, San Bernardino, CA 92407-2397, USA. dhodge@csusb.edu.
- Kuusikko-gauffin, S., Pollock-wurman, R., Mattila, M., Jussila, K., Ebeling, H., Paul's, D., & Moilanen, I. (2013). Social anxiety in parents of high-functioning children with autism and Asperger syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 43(3), 9-521 doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10803-012-1581-1, Retrieved from: <http://search.proquest.com.ezproxy.uaeu.ac.ae/docview/1291948435?pq-origsite=summon>.
- Leann E., Marsha Mailick Seltzer, Jan S. Greenberg. (2012). Daily Health Symptoms of Mothers of Adolescents and Adults with Fragile X Syndrome and Mothers of Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol. 42, Issue 9, pp 1836–1846| Cite as.
- Sawyer, G Michel; Bittman; M, Iacocca; Annette, M, Cretten, & Angel, D; Harchak, Martin. (2010). Time Demands of Caring for Children with Autism: What are the Implications for Maternal Mental Health? **Journal of Autism and Developmental Disorders**. Vol. o 40, Issue 5, pp620-628.
- Sevim, B. (2007). **The Effects of Stress Management Program for Mothers of Children with Autism**, PhD in Social Sciences, Middle Est. Technical University.
- Smith, D. (2007). **Introduction to Special Education: Making a Difference**, (6th ed). Boston: Allen and Bacon.
- Wang, P., Michaels, C & Day, M. (2011). Stresses and Coping Strategies of Chinese Families with Children with Autism and other Developmental Disabilities. **Autism Dev. Disorder**, 41, 783-795.

الملاحق

ملحق (1): مقياس الصحة النفسية بصورته الأولية قبل التحكيم.



جامعة الخليل

كلية الدراسات العليا

برنامج الماجستير ((التوجيه والإرشاد النفسي))

مقياس الصحة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد

الأم الفاضلة:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بدراسة عنوانها " فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل"، ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة ببناء هذا المقياس لقياس درجات الصحة النفسية، وأرجو منك الإجابة عن جميع فقرات المقياس دون أن تتركي واحدة منها، مع التأكيد على أن المعلومات التي سوف تحصل عليها الباحثة ستبقى سرية وأنها لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرة لكم حسن تعاونكم

إعداد الطالبة: سونيا العواودة

إشراف: د. كامل كتلو

القسم الأول: البيانات الشخصية
الرجاء وضع (X) في المربع الملائم لحالتك:

الاسم:

1. جنس الطفل: ذكر أنثى
2. عمر الطفل:
3. حجم الأسرة: (عدد الأبناء): 3 فأقل 4 - 5 6 فأكثر
4. درجة التوحد: خفيف متوسط شديد
5. المستوى الاقتصادي للأسرة: أقل من 1500 شيكل 1500-3000 شيكل 3000 فأكثر

القسم الثاني: فقرات الاستبانة

الرجاء وضع إشارة (X) في العمود المناسب للإجابة على كل فقرة من الفقرات التالية:

الرقم	العبرة	يحدث دائماً	يحدث كثيراً	يحدث قليلاً	يحدث نادراً	لا يحدث أبداً
البعد الجسدي						
1.	أشعر بالصداع الشديد كلما فكرت في طفلي.					
2.	أشعر بالغثيان واضطرابات في المعدة.					
3.	أشعر بصعوبة في التنفس كلما جلست جوار طفلي.					
4.	أشعر بثقل وتتمل في أطرافي عندما أخدم طفلي.					
5.	أشعر بفقدان الشهية للطعام بعد إنجابي لطفلي.					
6.	أشعر بتشنج في عضلاتي عندما أحمل طفلي.					
7.	أتمتع بصحة جيدة عموماً.					
8.	أقوم بمهامي اليومية دون مشاكل جسدية.					
9.	أجد صعوبة في النوم بعد أنجابي لطفلي.					
10.	أشعر بسخونة وبرودة في جسمي عندما أفكر في طفلي.					
11.	أشعر بالدوخة والاصفرار كلما فكرت بطفلي.					
12.	أشعر بضعف عام في الجسم.					
البعد النفسي						
الاكتئاب:						
13.	أشعر بالحزن والكآبة.					
14.	أشعر بأنني السبب في إعاقة طفلي.					
15.	لدي رغبة في البكاء بشكلٍ دائم.					
16.	أنا غير راضي عن نفسي.					
17.	أشعر بالإحباط.					
18.	أشعر بالتشاؤم من المستقبل.					
19.	ألوم نفسي على أبسط الأمور.					
20.	أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من الآخرين.					
21.	أتمنى الموت حتى أستريح من متاعب الحياة.					
22.	لا أستمتع بالحياة بسبب طفلي.					
القلق						
23.	أشعر بالقلق والضيق بشكلٍ دائم.					

الرقم	العبارة	يحدث دائماً	يحدث كثيراً	يحدث قليلاً	يحدث نادراً	لا يحدث أبداً
24.	أشعر بالخوف فجأةً ودون مبرر.					
25.	أشعر بأن أشياء سيئة سوف تحدث لي.					
26.	أستيقظ من نومي مبكراً جداً.					
27.	أشعر بالتوتر لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً.					
28.	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات.					
29.	أشعر بالتشتت وعدم التركيز أثناء عملي اليومي.					
30.	أشعر بالخوف من إنجاب طفل آخر.					
31.	أعاني من الكوابيس المزعجة.					
32.	أشعر بالقلق على مستقبل طفلي.					
الحساسية الزائدة						
33.	أشعر بالخجل وصعوبة في التعامل مع الآخرين.					
34.	أشعر بأن الآخرين لا يفهمونني.					
35.	أشعر بأنه يسهل إيدائي.					
36.	أعاني من تقلبات في المزاج.					
37.	أشعر بمعاناة الآخرين أكثر من أي شخص آخر.					
38.	أشعر بالضيق عند وجود الآخرين ومراقبتهم لي.					
39.	لا أتقبل النقد من الآخرين.					
40.	أشعر بأنني أقل قيمة من الآخرين.					
41.	أشعر بأن ثقتي بنفسك ضعيفة.					
42.	أشعر بأنني حساس أكثر من الآخرين.					
العزلة						
43.	أميل الى الانفراد بنفسك في أغلب الأوقات.					
44.	أشعر بالسعادة في بعدي عن الناس.					
45.	علاقتي بمن حولي يسودها التوتر.					
46.	أجد صعوبة في تكوين الصداقات من حولي.					
47.	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الآخرين.					
48.	ثقتي بالآخرين ضعيفة.					
49.	أتعامل مع عدد كبير من جيراني.					
عدم الكفاية الذاتية						
50.	أثق بقدرتي على معالجة مشكلات طفلي.					

الرقم	العبارة	يحدث دائماً	يحدث كثيراً	يحدث قليلاً	يحدث نادراً	لا يحدث أبداً
.51	أستطيع أن أفكر بهدوء رغم وجود طفلي التوحيدي.					
.52	أدرك أن طفلي التوحيدي يحتاج إلى جهد كبير .					
.53	أشعر بأنني عاجزة عن التفكير في مساعدة طفلي.					
.54	أجد صعوبة في وضع خطط مستقبلية ثابتة لطفلي.					
.55	أعاني في صعوبة بالتركيز بعد انجابي لطفلي.					
.56	أشعر أن كل ما أبذله من جهد مع ابني لا جدوى منه.					
البعد الاجتماعي						
.57	أسرتنا متماسكة وقوية رغم وجود طفلي التوحيدي.					
.58	أشعر بأن الآخرين من حولي يحاولون مساعدتي.					
.59	أشعر بالحرج في المواقف الاجتماعية بسبب سلوكيات طفلي.					
.60	زوجي يعتبرني سبباً في إعاقة طفلي.					
.61	أشعر بالحرج من إصطحاب طفلي في المناسبات الاجتماعية.					
.62	أشعر بالحرج من إستقبال الأصدقاء والزملاء في البيت.					
.63	أظهر للآخرين أنني سعيدة، ولكني غير ذلك.					
.64	زوجي يقدر جهدي مع طفلي.					
.65	أشعر بالحرج عند مناقشة موضوع طفلي التوحيدي.					
.66	طفلي التوحيدي يُشكل مشكلة دائمة في الأسرة.					
.67	لم يُعد لي أصدقاء مُنذ إنجابي لطفلي.					
.68	أعتقد أن أقاربي يتجنبون التعامل معي بسبب طفلي.					

شكراً لتعاونكم

ملحق (2): مقياس الصحة النفسية بصورته النهائية بعد التحكيم.



جامعة الخليل

كلية الدراسات العليا

برنامج الماجستير ((التوجيه والإرشاد النفسي))

مقياس الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد

الأم الفاضلة:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته؛

ستقوم الباحثة بدراسة عنوانها " فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل"، ولتحقيق هذا الهدف قامت الطالبة ببناء هذا المقياس لقياس درجات الصحة النفسية، وأرجو منك الإجابة عن جميع فقرات المقياس دون أن تترك واحد منها، مع التأكيد على أن هذه المعلومات لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

إعداد الباحثة: سونيا العواودة

إشراف: د. كامل كتلو

القسم الأول: البيانات الشخصية
الرجاء وضع (X) في المربع الملائم لحالتك:

1. جنس طفل الأم: ذكر أنثى
2. عمر طفل الأم: 6 سنوات فأقل 7-14 سنة
3. حجم الأسرة: (عدد الأبناء): 5 فأقل 6 فأكثر
4. المستوى الاقتصادي للأسرة: أقل من 2000 شيكل 2000 شيكل فأكثر
5. درجة التوحد: متوسط شديد

القسم الثاني: فقرات المقياس.

الرجاء وضع إشارة (X) في العمود المناسب للإجابة عن كل فقرة من الفقرات الآتية:

الرقم	العبارة	دائماً	كثيراً	قليلاً	نادراً	أبداً
البعد الجسدي						
1.	لدي صداع من كثرة التفكير في حالة طفلي.					
2.	الإحساس بالإرهاق والتعب بسبب حالة طفلي.					
3.	الشعور بضيق في التنفس بسبب حالة طفلي التوحد.					
4.	الشعور بثقل أو تنمل في الأطراف عندما أخدم طفلي.					
5.	الشعور بضعف الشهية للطعام بعد إنجاب طفلي التوحد.					
6.	الشعور بألم في العضلات.					
7.	أجد صعوبة في إتمام أعمال اليوم بسبب حالة طفلي.					
8.	الإحساس بألم في أسفل الظهر.					
9.	أعاني من صعوبة في النوم بسبب طفلي التوحد.					
10.	الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في الجسم.					
11.	أصاب بالدوخة والاصفرار بسبب انشغالي المستمر في رعاية طفلي					
12.	الشعور بضعف في أجزاء من الجسم.					
البعد النفسي						
الاكتئاب						
13.	ينتابني شعور بالحزن والكآبة بسبب حالة طفلي.					
14.	ينتابني شعور بأنني السبب في إعاقة طفلي.					
15.	لدي رغبة في البكاء بسبب حالة طفلي.					
16.	أنا غير راضية عن نفسي بسبب شعوري بالتقصير مع طفلي.					
17.	الشعور بالإحباط لضعف تحسن حالة طفلي.					
18.	الإحساس باليأس كلما فكرت في مستقبل طفلي.					
19.	ألوم نفسي إذا قصرت في خدمة طفلي التوحد.					
20.	أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من الآخرين بسبب وجود طفلي التوحد.					
21.	أتمنى الموت حتى أستريح من متاعب الحياة .					
22.	لا أشعر بمتعة في حياتي بسبب حالة طفلي.					
القلق						
23.	الشعور بالإختناق كلما فكرت في وضع طفلي.					
24.	الإحساس بالخوف فجأة ودون مبرر .					
25.	ينتابني شعور بأن أشياء سيئة سوف تحدث لي.					
26.	أستيقظ من النوم مبكراً ولا أستطيع العودة إلى النوم مرة أخرى.					
27.	أشعر بالتوتر لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً.					
28.	أرى أن الحياة ليست سوى تعب ومشاق.					

الرقم	العبرة	دائماً	كثيراً	قليلاً	نادراً	أبداً
29.	الشعور بالتشتت وقلة التركيز أثناء عملي اليومي.					
30.	الشعور بالخوف من إنجاب طفل توحيدي آخر.					
31.	أعاني من كوابيس المزعجة تنغص علي حياتي.					
32.	ينتابني شعور بالقلق على مستقبل طفلي.					
الحساسية الزائدة						
33.	الإحساس بالخجل والهيبة في وجود الآخرين بسبب حالة طفلي					
34.	أشعر بأن الآخرين لا يفهموني.					
35.	الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة.					
36.	أعاني من تقلبات في المزاج بين الحين والآخر.					
37.	أشعر بمعاناة الآخرين أكثر من أي شخص آخر.					
38.	أشعر بالضيق عند وجود الآخرين ومراقبتهم لي.					
39.	لا أتقبل النقد من الآخرين حتى لو كان لمصلحتي.					
40.	الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص).					
41.	أشعر بأن تقتي بنفسي مهزوزة.					
42.	أشعر بأنني حساس أكثر من الآخرين.					
العزلة						
43.	أميل إلى الإنفراد بنفسي في أغلب الأوقات.					
44.	أشعر بالراحة في بعدي عن الناس.					
45.	علاقتي متوترة مع من هم حولي.					
46.	أجد صعوبة في تكوين صداقات مع الآخرين.					
47.	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الآخرين.					
48.	أفضل الابتعاد عن الآخرين لفقدان تقتي بهم.					
عدم الكفاية الذاتية						
49.	لا أثق بمقدرتي على معالجة مشكلات طفلي التوحيدي.					
50.	لا أستطيع أن أفكر بهدوء بوجود طفلي.					
51.	أدرك أن طفلي يحتاج إلى جهد كبير ومستمر.					
52.	أشعر بأنني عاجزة عن التفكير في طرق لمساعدة طفلي.					
53.	أجد صعوبة في وضع خطط مستقبلية واضحة لطفلي.					
54.	أشعر أن كل ما أبذله من جهد مع طفلي لا جدوى منه.					
البعد الاجتماعي						
55.	أسرتنا غير متماسكة بسبب وجود الطفل التوحيدي.					
56.	افتقد من يشجعني ويدعمني في التعامل مع طفلي.					
57.	أصاب بالحرج في المواقف الاجتماعية بسبب سلوكيات طفلي.					
58.	زوجي يعتبرني سبباً في إعاقة طفلي.					
59.	أصاب بالحرج من اصطحاب طفلي في المناسبات					

أبداً	نادراً	قليلاً	كثيراً	دائماً	العبرة	الرقم
					الاجتماعية.	
					يصعب علي استقبال الأصدقاء في البيت بسبب حالة طفلي.	.60
					أتجنب زيارة أصدقائي حتى لا يردوا الزيارة لي بسبب حالتي.	.61
					زوجي لا يقدر ما أبذله من جهدٍ مع طفلي .	.62
					أشعر بالحرج عند مناقشة الآخرين في موضوع طفلي .	.63
					يُشكل طفلي التوحد في مشكلة في الأسرة.	.64
					خسرت أصدقائي منذ إنجابي لطفلي التوحد.	.65
					أعتقد أن أقاربي يتجنبون التعامل معي بسبب طفلي التوحد.	.66

ملحق (3): البرنامج الإرشادي المستخدم لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل.

الهدف العام للبرنامج:-

التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل.

الأهداف الفرعية للبرنامج:-

- تقديم توعية للأمهات حول مفهوم الصحة النفسية وأهميتها للفرد.
- تقديم توعية للأمهات بطبيعة متلازمة التوحد.
- أن يتم تعديل الأفكار اللاعقلانية الموجودة لدى الأمهات والمتعلقة بوجود طفل توحي بالأسرة.
- أن يتم إكساب الأمهات فنية الحديث الإيجابي للذات، وتعريفهن بتأثيره على الانفعالات والسلوك.
- تعريف المشاركات على العلاقة ما بين (الأفكار والانفعالات والسلوك).
- أن يتم تنمية الثقة بالنفس وتقبل الذات لدى جميع المشاركات في الجلسات الإرشادية.
- أن تمتلك الأمهات القدرة على مواجهة المشكلات وحلها واتخاذ القرار السليم.
- أن تكون الأمهات اتجاهات إيجابية نحو الذات ونحو المجتمع.
- أن تكتسب الأمهات المشاركات مهارة خفض الحساسية التدريجي كأسلوب للتعامل مع القلق والتوتر الموجود لديها.
- أن يتم اكساب الأمهات بعض الأساليب العلاجية الأخرى مثل الاسترخاء والتخيل الموجه للتعامل مع القلق والتوتر والمشاعر السلبية بشكل إيجابي.
- أن تمتلك كل أم من الأمهات المشاركات الأمل نحو مستقبل الطفل وتحسنه.

المستفيدون من البرنامج:-

أمهات الأطفال اللاتي تم تشخيص أطفالهن بأنهم مصابون بمتلازمة التوحد والمسجلين في جمعية الإحسان الخيرية (مدرسة محمد بن راشد آل مكتوم لذوي الاحتياجات الخاصة) التابعة لجمعية الإحسان الخيرية في محافظة الخليل.

الأساليب والفنيات المستخدمة:-

(الحوار والنقاش، المحاضرة، الأسئلة السقراطية، إعادة البناء المعرفي ، الحديث الإيجابي إلى الذات، التخيل الموجه، الاسترخاء، خفض الحساسية التدريجي، التفريغ الانفعالي ، النمذجة، الإرشاد الديني، التعزيز والتدعيم، الواجبات البيتية).

الأدوات المستخدمة في البرنامج:-

جهاز عرض (شرائح البوربوينت، الموسيقى، والفيديوهات) ، أوراق وأقلام جافة، السبورة، لوحات بيضاء وأقلام (فالوماستر)، نشرات، بطاقات ملونة، ألوان للرسم.....الخ.

((فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال

المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل)).

جدول الجلسات الإرشادية:

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة
الجلسة الأولى	"التعارف وبناء العلاقة الإرشادية"	تحقيق التعارف بين أفراد المجموعة، والتعريف بطبيعة البرنامج وأهدافه، وكسر الجليد وبناء علاقة إرشادية إيجابية، والتعرف على توقعات المشاركات من المشاركة بالبرنامج، وتطبيق القياس القبلي.
الجلسة الثانية	"الصحة النفسية"	توضيح مفهوم الصحة النفسية للأمهات، والتعرف على أبعادها وأهدافها، وتوضيح سمات الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية والتعرف على السلبيات الناتجة عن تدني الصحة النفسية.
الجلسة الثالثة	"متلازمة التوحد"	توضيح مفهوم متلازمة التوحد للأمهات، والتعرف على أسباب وأعراض هذا الاضطراب، وتأثير وجود طفل توحيدي في الأسرة وتحديدًا على (الأم).
الجلسة الرابعة	"التعرف على الأفكار اللاعقلانية"	التعرف على العلاقة بين (الأفكار، الانفعالات، السلوك)، وتعريف مفهوم الأفكار اللاعقلانية السلبية، ومعرفة الآثار السلبية الناتجة عن التفكير اللاعقلاني، والتدريب على تقييم الأفكار من حيث السلبية والايجابية.
الجلسة الخامسة	"استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية"	التعرف على الأفكار السلبية لدى الأمهات المشاركات، والتدريب على تقييم هذه الأفكار من حيث السلبية والايجابية، وتدريب المشاركات على السيطرة على أفكارهم السلبية اللاعقلانية التي تراودهم، واستبدالها بأفكار إيجابية
الجلسة السادسة	"فنية الحديث الى الذات"	التعرف على مفهوم فنية الحديث الى الذات، والتعرف على أهمية الحديث إلى الذات (السليبي و الإيجابي) وكيف يؤثر على انفعالاتهن وسلوكياتهن، والتدريب على الحديث الإيجابي والتخلص من الحديث السليبي للذات.
الجلسة السابعة	"خفض الحساسية التدريجي"	توضيح مفهوم مهارة خفض الحساسية التدريجي، والتقليل من القلق والتوتر من خلال عملية التعريض للمواقف الضاغطة، ثم التدريب على مهارة ضبط الذات و اكتساب القدرة على مواجهة مواقف الحياة.
الجلسة الثامنة	" الاسترخاء "	التعريف بمهارة الاسترخاء التنفسي والعضلي، والتعرف على الدور الذي يقوم فيه الاسترخاء في خفض التوتر والقلق والمشاعر السلبية، وتدريب المشاركات على تمارين الاسترخاء التنفسي والعضلي.

تقديم إرشاد ديني للمشاركات، وغرس الأمل في نفوسهن ، و تدعيم مبدأ الإيمان بالقضاء والقدر، وأيضاً تعزيز القدرة على الصبر والتحمل، والتغلب على مشاعر الحزن والألم.	"اكساب الأمل"	الجلسة التاسعة
استخدام فنية التخيل والتصوير كأسلوب للعلاج، وتعزيز الثقة بالذات، ومعرفة اللاوعي والصورة الذهنية للذات، وتحقيق مشاعر الراحة والأمان للمشاركات.	"فنية التصور والتخيل الموجه"	الجلسة العاشرة
التعرف على الصورة أو الفكرة التي تكونها الأمهات عن الذات، والعمل على تعزيز الثقة بالنفس لدى المشاركات، وتحسين مفهوم الذات.	"تقبل الذات"	الجلسة الحادية عشر
تقويم الجلسات الإرشادية السابقة ومعرفة مدى التحسن الذي تشعر فيه المشاركات بعد تطبيق البرنامج، ومناقشة النقاط الإيجابية والسلبية للبرنامج، وتطبيق القياس البعدي للدراسة، والاحتفال بإنهاء البرنامج مع التأكيد على ضرورة الاستمرار على ما تم اكتسابه.	"الأنهاء و القياس البعدي"	الجلسة الثانية عشر

إعداد الطالبة: سونيا العواودة

إشراف: د. كامل كتلو

"فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال"

المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل."

"سونيا العواودة"

البرنامج الإرشادي:

الجلسة الأولى: "التعارف وبناء العلاقة الإرشادية"

الهدف العام للبرنامج: رفع مستويات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد .

أهداف الجلسة:

1. أن تُعرّف الباحثة الأمهات بنفسها وأن تفتح المجال أمام الأمهات للتعرف.
2. العمل على كسر الحواجز وبناء الألفة و الود بين أفراد المجموعة.
3. أن تتعرف الأمهات على طبيعة البرنامج وأهدافه ومكوناته.
4. التعرف على توقعات الأمهات من المشاركة بالبرنامج ومناقشتها.
5. أن تدرك الأمهات الأسس التي تحكم سير العمل الإرشادي.
6. أن يتم تطبيق القياس القبلي للدراسة (قياس الصحة النفسية).

الأساليب المستخدمة:

1. المناقشة الجماعية.
2. عرض شرائح.
3. الأنشطة.
4. الواجب المنزلي.
5. المحاضرة.

الأدوات المستخدمة:

1. جهاز العرض.
2. ملف وأوراق وأقلام جافة.
3. لوحات بيضاء وأقلام (فالوماستر).
4. نشرات.

الزمن - دقيقة	الإجراءات:
10د	<ul style="list-style-type: none"> تقوم الباحثة بالترحيب بأعضاء المجموعة وشكرهنّ على الحضور، وتُعرفهنّ عن نفسها، وتتيح الفرصة للأمهات للتعرف على بعضهن البعض. توضح الباحثة دورها كعالج يستمع، ويفهم، ويوضح، ويوجه داخل الجلسة، ودور كل عضو هو المثابرة في حل مشكلته، والاسهام في تفعيل المجموعة ومساعدة الآخرين للوصول على أفضل النتائج.
5د	<ul style="list-style-type: none"> تُوزع الباحثة ملفاً لكل أم يتضمن على أوراق وقلم ونشرة حول البرنامج وأهدافه، وتطلب منهن الاحتفاظ بالملف خلال الجلسات.
10د	<ul style="list-style-type: none"> تطلب الباحثة من المشاركات التحضر لنشاط رقم(1)،(نشاط البطاقات الملونة) الذي يهدف الى تسهيل التعارف بين أعضاء الجماعة، وكسر الجمود وبث الألفة والارتياح. تُقدم الباحثة شرح واضح ومفصل عن البرنامج بشكلٍ عام ومكوناته، وأهدافه، وعدد جلساته باستخدام جهاز عرض البوربوينت.
10د	<ul style="list-style-type: none"> تطلب الباحثة من المشاركات كتابة توقعاتهن من البرنامج ومن ثم مناقشة هذه التوقعات بين أفراد المجموعة ومناقشة مدى واقعيتها. تُناقش الباحثة مع أعضاء المجموعة المعايير والأسس التي تحكم العمل الإرشادي ويتم الاتفاق على هذه المعايير بمشاركة جميع الأعضاء، وهذه المعايير سوف تحكم سير جميع جلسات البرنامج الإرشادي فيما بعد، وتطلب المرشدة من إحدى الأمهات كتابة هذه المعايير على لوحة بيضاء وتعلق في مكان الاجتماع، ومن هذه المعايير:
10د	<ol style="list-style-type: none"> السرية التامة لما يدور في الجلسة. الاحترام المتبادل بين الجميع. الأصغاء لكل عضو وعدم المقاطعة أثناء الحديث. يحق لكل عضو في الجماعة التعبير عن رأيه. تقبل آراء الآخرين واحترامها وعدم السخرية بينهم. الالتزام بحضور الجلسات وعدم التغيب. الدقة في المواعيد. الالتزام بأداء الواجبات البيتية.
15د	<ul style="list-style-type: none"> استراحة. تُوزع الباحثة القياس القبلي على جميع الأمهات وتقدم لهنّ شرح عن هذا القياس والغاية منه، وتوضح طريقة الإجابة عن فقرات القياس، وتساعدنهم على تحقيق ذلك بسهولة.
5د	<ul style="list-style-type: none"> تُوزع الباحثة نشرة حول مفهوم الصحة النفسية، وسمات الشخصية التي تُشير إلى تمتع الفرد بالصحة النفسية. تُحدد الباحثة الواجب البيتي. و في نهاية الجلسة تُقدم المرشدة نشاط رقم (2) نشاط استرخاء بسيط، الهدف منه تحقيق حالة من الارتياح النفسي، ثم تحدد موضوع الجلسة القادمة. تشكر الباحثة الأمهات على حضورهنّ و على تعاونهنّ ومشاركتهنّ أثناء الجلسة، ثم تؤكد على موعد الجلسة القادمة، وعلى ضرورة الحضور.

الواجب المنزلي:

1. قراءة النشرات التي تم توزيعها أثناء الجلسة وهي:
 - ✓ نشرة حول البرنامج و أهدافه و جلساته.
 - ✓ نشرة حول مفهوم الصحة النفسية وأبعادها.
2. أن تُعيد الأمهات ممارسة نشاط الاسترخاء في البيت.

ملاحظة: تُشير الباحثة الى أن الواجب البيتي يجب عدم النظر اليه كواجب ثقيل أو عبء إضافي لأن هذا سيعطل من قدرة الأم على التفاعل الإيجابي، علماً أن ممارسة هذه المهارة ستساعد في الاستفادة من البرنامج.

يتم توزيع نموذج التقييم المرحلي الخاص بالجلسات الإرشادية.

تفاصيل النشاطات:

- **نشاط رقم (1) "البطاقات الملونة"** تُحضر المرشدة (15) زوج من البطاقات كل زوج من نفس اللون، تختار كل مشاركة بطاقة وتطلب المرشدة من كل مشاركة أن تجلس مع المشاركة الأخرى التي حصلت على نفس لون البطاقة لمدة (5) دقائق للتعرف فيما بينهما، ثم تقدم كل مشاركة زميلتها الأخرى أمام المجموعة وتذكر:

- ✓ الاسم.....
- ✓ عدد الأولاد.....
- ✓ لماذا التحقت بالبرنامج؟.....
- ✓ لماذا اختارت هذا اللون من البطاقات؟.....

- **النشاط رقم (2) "الاسترخاء"** ، تطلب المرشدة من المشاركات الجلوس بشكلٍ مريح، ثم تطلب من أعضاء المجموعة جعل أجسادهن مُسترخية وإغماض اعينهن، ثم تتحدث الباحثة بصوتٍ خافت: خُذي نفس عميق من خلال الأنف (شهيق) وأخرجه من الفم بشكل تدريجي (زفير) مع تكرار العملية عدة مرات، وإذا راودتك أية أفكار تأتي وتذهب بعيداً ركز فقط على عضلاتك المُسترخية...أملاً صدرك بالهواء النقي...إذا كنت تشعرين بالتوتر في أي مكان في الجسم تخيلي أن الشهيق ذهب هناك والزفير خرج مع التوتر بعيداً، وأخرجي الهواء ببطء من الفم، ثم أفتحي عينيك مع ابتسامة خفيفة على شفقتك.

الجلسة الثانية: "الصحة النفسية"

أهداف الجلسة:

1. أن تتعرف الأمهات على مفهوم الصحة النفسية.
2. أن تتعرف الأمهات على أبعاد الصحة النفسية (النفسية والجسدية و الأسرية والاجتماعية).
3. أن تتعرف الأمهات على أهداف الصحة النفسية.
4. أن تُميز الأمهات سمات الشخصية السوية التي تتمتع بالصحة النفسية.
5. أن تتعرف الأمهات على الآثار السلبية لتدني درجات الصحة النفسية.

الأساليب المستخدمة:

1. الحوار والنقاش.
2. طرح الأسئلة.
3. عرض الشرائح (البوربوينت).
4. المجموعات.
5. الأنشطة.

الأدوات المستخدمة:

1. لوحات بيضاء و أقلام (فالوماستر).
2. جهاز العرض.
3. نشرات.

مدة الجلسة: (1:30).

الزمن - دقيقة	الإجراءات:
5د	<ul style="list-style-type: none"> ■ تُرحب الباحثة بالأمهات المشاركات بالبرنامج تشكرهنّ على الحضور ، وعلى الالتزام بالموعد المحدد للجلسة. ثم تُقدم الباحثة تغذية راجعة ما تم مناقشته في الجلسة السابقة، وتُذكرهنّ بقواعد العمل الإرشادي وضرورة الالتزام بها، وتساءل المشاركات إذا كان هناك أي استفسار بشأن الجلسة الأولى أو أي قلق أو رُوبيا حول الجلسة. ■ تتابع الباحثة الواجب البيتي التابع للجلسة السابقة، وترصد مدى التزام المشاركات بأداء الواجب، ومناقشة الصعوبات التي واجهت الأم أثناء أداء الواجب إذا وجدت. ■ تُحضر الباحثة الأمهات المشاركات للنشاط رقم (1) "الاسترخاء الافتتاحي" ، الذي يهدف الى تهيئة الأمهات إلى الدخول في الجلسة، و التخفيف من حالة التوتر والقلق عند المشاركات، والمساعدة على التركيز والاسترخاء.
15د	<ul style="list-style-type: none"> ■ بعد الانتهاء من نشاط التأمل تُتيح الباحثة الفرصة لأعضاء المجموعة لتبادل الخبرات من خلال عملية (فحص المشاعر) بشأن التأمل والاسترخاء، وتقوم بطرح العديد من الأسئلة التي تشجع أعضاء المجموعة على المشاركة منها: <ul style="list-style-type: none"> ✓ كيف كان شعورك أثناء عملية التأمل؟ ✓ كيف تشعر الآن؟ ✓ هل واجهتك صعوبة أثناء عملية التأمل؟ ■ قامت الباحثة بمناقشة المشاركات في الموضوع الأساسي للجلسة " مفهوم الصحة النفسية" من خلال الحوار والنقاش وطرح الأسئلة لاستثارة افكار الجماعة داخل الجلسة. ■ قامت الباحثة بتقسيم أفراد المجموعة الى عدة مجموعات ومناقشة الموضوعات الأخرى للجلسة فيما بينهم وطرح بعض الأسئلة لاستثارة تفكيرهنّ مثل: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ما هو مفهومك للصحة النفسية؟ ✓ برأيك ما هي أبعاد الصحة النفسية؟ ✓ ما هي أهداف الصحة النفسية؟ ✓ برأيك ما هي سمات الشخصية السوية التي تتمتع بالصحة النفسية؟ ✓ ما هي الآثار السلبية لتدني درجات الصحة النفسية عند الفرد؟
10د	<ul style="list-style-type: none"> ■ ثم طلبت الباحثة من كل مجموعة الإجابة عن سؤال من هذه الأسئلة وكتابة الإجابة على أوراق بيضاء و تتطوع إحدى الأمهات من كل مجموعة بعرض الإجابة أمام المجموعات الأخرى ومناقشتها مع جميع المشاركات، وتقدم الباحثة الدعم والتعزيز وتشجيع لكل أم أثناء الجلسة، والهدف من هذا النشاط هو معرفة ما لدى المشاركات من معلومات وأفكار حول موضوع الجلسة وتحقيق المشاركة والتعاون بين الجميع وتعزيز الثقة بالنفس.
5د	<ul style="list-style-type: none"> ■ استراحة. ■ بعد اطلاع الباحثة على ما لدى المشاركات من معلومات جيدة حول موضوع الجلسة قامت الباحثة بعرض شرائح توضح مفهوم الصحة النفسية و ابعادها واهدافها بشكلٍ مفصل وشامل. ■ تُقدم الباحثة مُلخصاً سريعاً لما تم مناقشته في الجلسة، ثم تقدم الواجب البيتي. ■ تنهي الباحثة الجلسة بالنشاط رقم (3) "الأقسام الأربعة"، لتحقق من التعارف بين أفراد المجموعة وإثارة جو من المرح والترفيه بين المشاركات.
5د	<ul style="list-style-type: none"> ■ قامت الباحثة بشكر الأمهات على حضورهنّ وتعاونهنّ، وتم الاتفاق على موعد الجلسة القادمة، وذكر عنوانها وتوزع نشرة للتهيئة لما سيتم مناقشته في الجلسة القادمة.

الواجب المنزل

- ✓ من خلال مناقشة وشرح مطول لمفهوم الصحة النفسية يطلب من كل مشاركة كتابة تعريف إجرائي بسيط للصحة النفسية.
- ✓ يطلب من المشاركات قراءة المنشور الذي تم توزيعه في نهاية الجلسة والتمهيد لموضوع الجلسة القادمة (متلازمة التوحد).

تفاصيل الأنشطة:

■ **نشاط رقم (1) "التأمل الافتتاحي"**: تطلب الباحثة من أعضاء المجموعة الجلوس بشكلٍ مريح، ثم جعل أجسادهم مُسترخية وإغماض أعينهم، ثم تتحدث الباحثة بصوت خافت : خُذي نفس عميق من خلال الأنف (الشهيق) بحيث يصل الأوكسجين الى الرئتين بشكل كبير وإلى جميع أعضاء الجسم، ثم أخرجه من الفم مع (الزفير) وكرر العملية عدة مرات، وتقول الباحثة أثناء أداء النشاط إذا راودتك أفكار دعها تأتي وتذهب بعيداً، وركزي فقط على عضلاتك المسترخية وأملأ صدرك بالهواء النقي وإذا شعرت بالتوتر في أحد أعضاء جسديك تخيلي أن الشهيق ذهب هنالك وأن الزفير خرج ومعه هذا التوتر، ثم أخرجي الهواء من الفم بشكل بطيء وتخيلي أن كل ما لديك من ضغوطات وتوتر وأفكار سلبية تخرج مع هذا الهواء ثم أفتحي عينيك مع ابتسامة خفيفة على الشفتين. بعد الانتهاء من هذه العملية تبدأ الباحثة بعملية فحص المشاعر وتبادل الخبرات بين الأعضاء ، والاستماع لأعضاء المجموعة وحثهن على المشاركة بما شعرن به بعد تطبيق هذا التمرين.

■ **نشاط رقم (2) "المجموعات"**:

تقوم الباحثة بتقسيم الأعضاء المشاركات على ثلاثة مجموعات حجم كل مجموعة (5) أفراد :

- ✓ مجموعة (أ): ما المقصود بالصحة النفسية؟
- ✓ مجموعة (ب): ما هي أهداف الصحة النفسية؟
- ✓ مجموعة (ج): ما هي الآثار السلبية التي قد تنتج عن تدني مستوى الصحة النفسية؟

ثم تقوم الباحثة بتوزيع لوحات بيضاء وأقلام (فالوماستر) لكل مجموعة، ثم توزع عليهن الأسئلة المتعلقة بموضوع الجلسة بشكل عشوائي، وتطلب منهن التعاون والمشاركة فيما بينهن للوصول الى فكرة أو معرفة حول موضوع كل سؤال من الأسئلة المطروحة، وكتابة الاجابة على اللوحة، ثم تتطوع إحدى المشاركات للوقوف أمام الجميع وعرض الأفكار والمعلومات الموجودة لديهن حول موضوع السؤال ومناقشتها مع جميع الأعضاء.

■ **نشاط رقم (3) "الأقسام الأربعة"**:

يهدف هذا النشاط الى التأكد من التعارف بين المشاركات وإثارة جو من المرح بينهن.

حيث يتم من خلال توزيع أربع ورقات على كل مشاركة، ويطلب منها أن تكتب في الورقة الأولى اسمها، وفي الثانية مثل شعبي، وفي الثالثة سؤال، وفي الرابعة إجابة عن هذا السؤال، ثم جمع كل نوع على حده، وبعدها إجراء سحب على الورق ؛ اسم ثم سؤال ثم جواب ثم مثل.

الجلسة الثالثة: "متلازمة التوحد".

أهداف الجلسة:

1. أن يتكون لدى الأمهات تصور شامل وواضح حول متلازمة التوحد.
2. أن تتعرف الأمهات على مفهوم متلازمة التوحد.
3. أن تتعرف الأمهات على أسباب متلازمة التوحد.
4. أن يتم مناقشة أعراض متلازمة التوحد .
5. أن يتم مناقشة الآثار الناتجة عن وجود طفل في الأسرة مصاب بمتلازمة التوحد.

الأساليب المستخدمة:

1. الحوار والنقاش.
2. الاسترخاء
3. المجموعات.
4. عرض (Power point).
5. الأنشطة.
6. الواجب البيتي.

الأدوات المستخدمة:

1. جهاز العرض.
2. أوراق وأقلام.
3. نشرات.

مدة الجلسة: (1:30).

الزمن- الدقيقة	الإجراءات:
10د	<ul style="list-style-type: none"> ■ تُرحب الباحثة بالأمهات، وتشكرهنّ على حضورهنّ والالتزام بالموعد المحدد للجلسة. ■ تقدم الباحثة تغذية راجعة لما تم مناقشته في الجلسة السابقة، وتساءل المجموعة حول وجود أي استفسار عما عُرض في الجلسة السابقة. ■ تُناقش الباحثة الواجب البيتي التابع للجلسة السابقة، وتقدم التعزيز والتدعيم على الالتزام بأداء الواجب، ومناقشة الصعوبات التي واجهت كل أم في أداء الواجب إن وجد.
10د	<ul style="list-style-type: none"> ■ تقوم الباحثة بمناقشة الأمهات في المواقف أو الأفكار التي تسبب لها الضغط أو القلق والتوتر، وتطلب منهم استحضار هذه المواقف والأفكار الصاغطة والتعبير عنها، و ■ تقوم الباحثة بتسجيل ملاحظات أثناء حديث الأمهات، وملاحظة التغيرات الانفعالية والتعبيرية والفكرية التي قد تظهر على المشاركات أثناء الحديث والمناقشة بين أعضاء الجماعة.
5د	<ul style="list-style-type: none"> ■ تحضر الباحثة الأمهات لممارسة نشاط "الاسترخاء الافتتاحي" الذي تم ممارسته في الجلسة السابقة للتخفيف من التوتر، ثم تقوم الباحثة بفحص المشاعر وسؤال أعضاء الجماعة عن شعورهن بعد أداء النشاط والاطمئنان على أعضاء المجموعة. ■ تُناقش الباحثة مع الأمهات المشاركات حول موضوع الجلسة الأساسي (مفهوم متلازمة التوحد) من خلال الحوار والنقاش وطرح الأسئلة لاستثارة أعضاء المجموعة نحو المشاركة.
10د	<ul style="list-style-type: none"> ■ استراحة. ■ تقوم الباحثة "بتقسيم الأعضاء المشاركات إلى عدة مجموعات" كل مجموعة تتكون من (5) مشاركات، ثم يتم مناقشة موضوعات الجلسة من خلال طرح الأسئلة لاستثارة تفكير المشاركات ومنها:
20د	<ul style="list-style-type: none"> ✓ برأيك ما هو مفهوم متلازمة التوحد؟ ✓ ما هي أسباب هذا الاضطراب؟ ✓ ما هي الأعراض التي تلاحظينها على طفلك التوحد؟ ✓ برأيك ما هي الصعوبات التي تواجهها أسرة الطفل التوحد؟ تقوم الباحثة بتوزيع الأسئلة على المجموعات بشكلٍ عشوائي وتطلب منهن التعاون و المشاركة لتحقيق هذا النشاط و كتابة المعلومات التي لديهن على لوحة ثم تتطوع إحدى الأمهات لعرض اللوحة والمعلومات امام الجميع ومناقشتها بشكل مشترك. ■ تقوم الباحثة بتقديم شرح شامل لمفهوم متلازمة التوحد وأسبابها و أعراضها و الآثار الناتجة عن وجود طفل توحد في الأسرة، من خلال عرض بوربوينت. ■ تطلب الباحثة من أحد المشاركات تقديم ملخص بسيط للمواضيع التي عرضت في الجلسة. ثم تقدم الباحثة الواجب البيتي الخاص بالجلسة. ■ تنهي الباحثة الجلسة بتطبيق الأمهات نشاط "ماذا تغير" يهدف هذا النشاط إلى إثارة المرح بين المشاركات، وتعزيز التعارف بينهنّ. ■ تشكر الباحثة الأمهات على تعاونهن وتؤكد على موعد الجلسة القادمة وعلى ضرورة الالتزام بالحضور.

الواجب البيتي:

- ✓ تكرار نشاط الاسترخاء بشكل مستمر في البيت.
- ✓ قراءة النشرة التي تم توزيعها عن متلازمة التوحد.
- ✓ تطلب الباحثة من المشاركات كتابة ما هي المواقف أو الأفكار التي تسبب لك التوتر والقلق؟؟

يتم توزيع نموذج التقييم المرحلي الخاص بالجلسات الإرشادية.

تفاصيل الأنشطة:

نشاط رقم (1) " الاسترخاء الافتتاحي": لتخفيف القلق والتوتر والطاقة السلبية.

تطلب الباحثة من المشاركات الجلوس بشكل مريح، ثم جعل أجسادهنّ مسترخية وإغماض أعينهنّ، ثم تتحدث الباحثة بصوت خافت: خُذي نفس عميق من خلال الأنف (الشهيق) وأخرجيه من الفم بشكل تدريجي (زفير) مع تكرار العملية عدة مرات، وإذا راودتك أية أفكار دعيها تأتي وتذهب بعيداً ركزي فقط على عضلاتك المسترخية ... املاي صدرك بالهواء النقي ... إذا كنت تشعرين بالتوتر في أي مكان في الجسم تخيلي أن الشهيق ذهب هناك والزفير خرج مع التوتر بعيداً، وأخرجي الهواء ببطء من الفم، ثم أفتحي عينيك مع ابتسامة خفيفة على شفثيك.

نشاط رقم (2) " المجموعات" تساهم في تعزيز التعاون والمشاركة، والتعبير عن الأفكار، ورفع الثقة بالنفس.

حيث تقوم الباحثة بتقسيم أفراد المجموعة الى ثلاثة مجموعات، تتكون كل مجموعة من (5) مشاركات

- ✓ مجموعة (أ): ما هو مفهوم متلازمة التوحد؟
- ✓ مجموعة (ب): برأيك ما هي أسباب حدوث هذا الاضطراب؟
- ✓ مجموعة (ج): ما هي الأعراض التي تلاحظينها على طفلك التوحيدي؟

ثم تقوم الباحثة بتوزيع لوحات بيضاء وأقلام (فالوماستر) لكل مجموعة، ثم توزع عليهن الأسئلة المتعلقة بموضوع الجلسة بشكل عشوائي على المجموعات، وتطلب منهن التعاون والمشاركة فيما بينهن للوصول الى فكرة أو معرفة حول موضع كل سؤال من الأسئلة المطروحة، وكتابة الإجابة على اللوحة، ثم تتطوع إحدى المشاركات من كل مجموعة للوقوف أمام الجميع وعرض الأفكار والمعلومات الموجودة لديهن حول موضوع السؤال ومناقشتها مع جميع أفراد المجموعة.

نشاط رقم (3) "ماذا تغير" وذلك لتعزيز التعارف وإثارة المرح بين المشاركات.

حيث تطلب الباحثة من إحدى المشاركات أن تحفظ أماكن المشاركات وشكل الغرفة جيداً، وبعد ذلك تخرج المشاركة من الغرفة، ونقوم نحن بتغيير مكان شيء أو أكثر في الغرفة، أو تغيير مكان مشاركة، وعلى المشاركة التي كانت في الخارج أن تعرف ما الذي تغير؟ ومن ثم مناقشة النشاط مع المشاركات.

الجلسة الرابعة: " التعرف على الأفكار اللاعقلانية"

أهداف الجلسة:

1. أن تعرف الأمهات العلاقة بين(الأفكار، الانفعالات، السلوك).
2. أن يتم تدريب الأمهات على نموذج (ABCDE)، نموذج العلاج المعرفي للسلوك.
3. أن تعرف الأمهات مفهوم نمط التفكير (اللاعقلاني) السلبي.
4. أن تعرف الأمهات أهمية التفكير العقلاني(الإيجابي)، وأضرار التفكير اللاعقلاني(السلبي).
5. أن يتم تدريب الأمهات على تقييم أفكارهن من حيث السلبيات والإيجابيات.

الأساليب المستخدمة:

1. الحوار والنقاش.
2. المحاضرة.
3. الأنشطة.
4. الاسترخاء.
5. الواجب البيتي.

الأدوات المستخدمة:

1. السبورة.
2. الأقلام والأوراق.
3. الحاسوب.
4. البوربوينت.
5. الموسيقى
- 6.

مدة الجلسة : (1:30).

الزمن - دقيقة	الإجراءات:
5د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُرحب الباحثة بالأمهات، وتشكرهنّ على حضورهنّ و الالتزام بالموعد المحدد للجلسة، وتُذكرهنّ بقواعد العمل الإرشادي، ثم تُقدم الباحثة تغذية راجعة لما تم عرضه في الجلسة السابقة، ثم تقوم الباحثة بمتابعة الواجب البيتي، وتقدم التعزيز والتدعيم لهنّ على الالتزام بأداء الواجب.
10د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُحضر الباحثة الأمهات لتطبيق نشاط رقم (1) "بالونات وأسئلة" نشاط ترفيهي يساهم في إثارة المرح والتعرف على الطريقة التي تفكر بها المشاركات. ▪ تناقش الباحثة مع المشاركات العناصر الثلاثة للعلاج المعرفي السلوكي (الأفكار، الانفعالات، السلوك) وتوضح الباحثة العلاقة بين هذه العناصر في تشكيل السلوك المشكل من خلال الرسم التالي: <p style="text-align: center;"> فكرة ← انفعال ← ردة فعل (سلوك او مشاعر). </p>
10د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تؤكد الباحثة على فكرة "أفكارنا تشكل تصرفاتنا". ▪ توضح الباحثة لأفراد المجموعة العلاقة بين نموذج (A.B.C.D.E) وتوضح لهم معنى كل رمز، حيث (A) تمثل الأحداث، و (B) تمثل الأفكار، و (C) تمثل الاستجابة الانفعالية او السلوكية، و (D) تمثل المناقشة، و (E) تمثل الأثر وهو إحلال أفكار أكثر عقلانية. ▪ توضح لهنّ أن طريقة تفسير الفرد للأحداث من حوله تشكل سلوكه المعرفي مع عرض مثال توضيحي. (بوربوينت)
15د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تناقش الباحثة مع أفراد المجموعة أنماط التفكير (العقلاني و اللاعقلاني)، وتوضح لأفراد المجموعة بأن لكل شخص أفكار للاعقلانية مُعطلة تسبب السلوك المشكل مثل: التوتر والقلق والاكتئاب أو تدني الصحة النفسية. ▪ تقوم الباحثة بطرح بعض الأمثلة على الأفكار اللاعقلانية منها: <ul style="list-style-type: none"> - يجب أن أكون محبوباً من الجميع. - فكرة أن تجنب أو تحاشي بعض صعاب الحياة أفضل من مواجهتها. - فكره أنني فاشلة وغير منجزة.
15د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ استراحة ▪ تُدرب الباحثة الأمهات للإجابة عن مجموعة من الأسئلة التي يجب أن تطرحها على نفسها بشأن الأفكار اللاعقلانية المسببة للتوتر والقلق منها: <ul style="list-style-type: none"> ✓ هل هذه الفكرة صحيحة أو حقيقة في الواقع؟ وما هو الدليل على ذلك؟ ✓ هل أبالغ في التأكيد على الجوانب السليمة للموقف؟ ✓ هل أهول من حجم المشكلة وأجعلها أسوأ مما هي في الواقع؟ ✓ كيف أعرف بأن المشكلة سوف تحدث؟ وإن حدثت ما المشكلة؟ هل سينتهي العالم؟ ✓ هل سأستفيد من الاستمرار في التفكير بهذه الطريقة؟ ✓ هل هناك طريقة أخرى للنظر إلى هذا الموقف؟
5د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تطبيق الباحثة نشاط الاسترخاء لتخفيف القلق والتوتر الناجم عن استدعاء الأفكار اللاعقلانية.
5د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ قدمت الباحثة ملخصاً للجلسة وركزت على النقاط الرئيسية والمهمة، ثم قامت الباحثة بتوزيع الواجب البيتي. ▪ تشكر الباحثة أفراد المجموعة وتُذكر بموعد الجلسة القادمة.

الواجب البيتي:

✓ تكرار نشاط الاسترخاء.

✓ تطلب الباحثة من المشاركات تقييم أفكارهن من حيث السلبيات والإيجابيات أثناء تعرضهن للمواقف الضاغطة أو المزعجة، وذلك من خلال تزويدهن بقائمة رصد للأفكار اللاعقلانية، حيث يتضمن النموذج: الانفعال، والموقف، والفكرة اللاعقلانية، والاستجابة العقلانية، النتيجة.

يتم توزيع نموذج التقييم المرحلي الخاص بالجلسات الإرشادية.

تفاصيل الأنشطة:

نشاط رقم (1) " بالونات وأسئلة" .

يهدف إلى إثارة المرح من جهة والاطلاع على طريقة المشاركات في التفكير، وهنا تُحضر الباحثة بعض الأسئلة التي يمكن أن تهم المشاركات أو البرنامج الذي يتم العمل عليه، ثم وضع الأسئلة داخل البالونات بشكل عشوائي ثم توزع البالونات على المشاركات، وتطلب من الجميع نفيها بحيث تكون الأسئلة داخل البالون ومن ثم اللعب بها، وبعد ذلك يطلب منهن تفجير البالونات مرة واحدة، وأن تعلق كل مشاركة على التعريف الذي بداخل البالون أو الإجابة على السؤال الموجود داخل البالون.

نشاط رقم (2) "الاسترخاء": للتخفيف القلق والتوتر الناتج عن استحضار الأفكار اللاعقلانية .

تفسح المشاركات المجال في وسط القاعة ، ثم يتم وضع فرشاة بشكل دائري، ثم يجلسن بشكل مريح، وتضع الباحثة موسيقى هادئة وتطلب من المشاركات أن يغمضن أعينهن ويتخيلن أنفسهن في مكان جميل، ثم يأخذن نفس عميق ويخرجنه بشكلٍ بطيء لعدة مرات، ثم تتحدث كل مشاركة عن شعورها بعد التمرين لمدة دقيقة لكل واحدة مع تكرار التمرين لعدة مرات.

الجلسة الخامسة : "استبدال الأفكار اللاعقلانية السلبية بأفكار إيجابية"

أهداف الجلسة:

1. أن يتم متابعة الواجب البيتي السابق.
2. ان تتعرف المشاركات على الأفكار اللاعقلانية السلبية المرتبطة بمشكلاتهن.
3. تدريب المشاركات على كيفية تقييم أفكارهنّ من حيث سلبيتها إيجابيتها.
4. تدريب المشاركات السيطرة على أفكارهنّ السلبية اللاعقلانية التي تراودهن، وكيفية استبدالها بأفكار إيجابية.

الأساليب المستخدمة:

1. الحوار والنقاش.
2. العصف الذهني.
3. الدراما.
4. استرخاء(التنفس).
5. الواجب البيتي.

الأدوات المستخدمة:

1. السبورة .
2. الأقلام.

مدة الجلسة: (1:30).

الوقت - دقيقة	الإجراءات:
15د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُرحب الباحثة بالأمهات المشاركات وتشكرهن على حضورهن والالتزام بالموعد المحدد للجلسة، ثم تُقدم الباحثة تغذية راجعة لما تم مناقشته في الجلسة السابقة بمشاركة أفراد المجموعة وتركز على النقاط الرئيسية، وتسال عن وجود أي استفسار حول موضوعات الجلسة السابقة وذلك للربط بين الجلستين. ▪ تقوم الباحثة بمتابعة الواجب البيتي وتناقشه مع أفراد المجموعة، وتقوم بتعزيز وتدعيم المشاركات على الالتزام بأدائه. ▪ ثم تُخبر الباحثة المشاركات بأنها سوف تقوم اليوم بتدريبهن على كيفية التخلص من الأفكار السلبية اللاعقلانية التي من شأنها أن تؤدي بهن إلى الوقوع في العديد من الاضطرابات النفسية من القلق، التوتر، الاكتئاب، والتدني في الصحة النفسية بشكل عام، وذلك من خلال الاستعانة بالمواقف التي تم تسجيلها في الواجب البيتي الذي كلفتهم به الجلسة السابقة.
5د	<p>قامت الباحثة بتدريب المشاركات على أسلوب بسيط وسهل وفعال لمقاومة التفكير السلبي الخاطئ</p> <p>يتضمن هذا الأسلوب على (5) نقاط لتعديل وتغيير الأفكار الخاطئة وهي كالتالي:</p>
15د	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على الفكرة الخاطئة. - إيقاف التفكير في هذا الاعتقاد الخاطئ. - التعرف على أفكار صحيحة ومنطقية.
15د	<ul style="list-style-type: none"> - العمل على تنفيذ الأفكار البديلة تدريجياً. - إحلال الاعتقادات الجديدة بدلا من الأفكار الخاطئة الأولى.
15د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ قامت الباحثة بتدريب المشاركات على هذا الأسلوب من خلال استخدام مواقف واقعية مررّن بها في حياتهن اليومية وسيطرت عليهن خلالها أفكار غير منطقية ونتجت عنها سلوكيات غير مرغوبة، حيث تم تدريبهن على استعمال هذا الأسلوب في نفس المواقف التي مررّن بها، وذلك للتعرف على فاعلية هذا الأسلوب في السيطرة على الأفكار السلبية اللاعقلانية، والاستمرار عليه في جميع المواقف. ▪ استراحة. ▪ لكي تتعرف الباحثة على مدى استيعاب المشاركات لأسلوب تعديل الأفكار الخاطئة، طلبت منهنّ أن تتطوع واحدة لتمثيل دور أمام الجميع وتوضح من خلال هذا الدور موقف صعب أو ضاغط مرت به في حياتها اليومية، ونتج عن هذا الموقف أفكار سلبية لاعقلانية، وتقوم المشاركات من خلال تمثيلها للدور بإبراز الطريقة التي تم التعامل معها مع هذه الأفكار اللاعقلانية باستخدام الأسلوب الذي تم تدريبهن عليه.
5د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ طلبت الباحثة من المشاركات الجلوس بشكل مريح، ثم طلبت منهن إغماض أعينهن وأخذ نفس عميق(شهيقي)من الأنف بحيث تمتلئ الرئتين بالأكسجين ثم إخراج الهواء(الزفير)من الفم بشكل تدريجي وبطيء وتطلب منهن أن تتخيل كل المشاعر السلبية التي تخرج مع عملية الزفير. ▪ تقدم الباحثة ملخصاً سريعاً لما تم مناقشته في هذه الجلسة، ثم تقوم بتوزيع الواجب البيتي وتوضيحه لهن. ▪ وأخيرا تنهي الجلسة بشكر أفراد المجموعة على تعاونهن في الجلسة، وتؤكد على موعد الجلسة القادمة، وعلى ضرورة الحضور.

الواجب البيتي:

- ✓ تطلب الباحثة من المشاركات تسجيل الأفكار السلبية اللاعقلانية التي تراودهن خلال الأسبوع نتيجة المواقف وأحداث ضاغطة التي قد تواجهها، وكيف تم التعامل مع هذه الأفكار السلبية اللاعقلانية باستخدام الأسلوب الذي تم التدريب عليه في هذه الجلسة؟؟.
 - ✓ العمل على تكرار نشاط الاسترخاء (التنفس) الذي طبق في الجلسة.
- توزيع نموذج التقييم المرحلي الخاص بالجلسات الإرشادية .

الجلسة السادسة: " الحديث إلى الذات"

أهداف الجلسة:

1. أن تتعرف المشاركات على فنية الحديث إلى الذات.
2. أن تتعرف المشاركات على أهمية الحديث إلى الذات (السليبي و الإيجابي) وكيف يؤثر في انفعالاتهن وسلوكهن.
3. أن تتدرب المشاركات على ممارسة الحديث الإيجابي إلى الذات والتخلص من الحديث السلبي للذات.

الأساليب المستخدمة:

1. الحوار والنقاش.
2. المحاضرة.
3. مراقبة الذات.
4. الأنشطة.
5. الواجب البيتي.

الأدوات المستخدمة:

1. جهاز العرض.
2. السبورة.
3. الأقلام.

مدة الجلسة: (1.30)

الزمن – دقيقة	الإجراءات:
5د	<ul style="list-style-type: none"> ترحب الباحثة بالمشاركات وتشكرهن على حضورهن وعلى الالتزام بموعد الجلسة، ثم تقدم الباحثة مراجعة سريعة وشاملة للموضوعات التي تم عرضها في الجلسة السابقة، وتسأل المشاركات حول وجود أي استفسار عن الجلسة السابقة.
5د	<ul style="list-style-type: none"> تقوم الباحثة بمتابعة الواجب البيتي وتقدم التعزيز والدعم على الالتزام بأداء الواجب، وتقوم بمناقشته بالتعاون مع المشاركات.
10د	<ul style="list-style-type: none"> تخبر الباحثة المشاركات بأننا سوف نتحدث اليوم عن فنية الحديث الى الذات، ثم تقوم الباحثة بمناقشة مفهوم الحديث إلى الذات مع المشاركات، وتتيح الفرصة لجميع أفراد المجموعة في التعبير عن فكرتهن حول هذا الموضوع والاستماع لهن.
10د	<ul style="list-style-type: none"> بعد أن تم مناقشة المفهوم مع المشاركات تقوم الباحثة بشرح فنية الحديث الى الذات بشكل مفصل وقالت: أن الحديث إلى الذات هو الحوار الذي يدور بين الإنسان أثناء تعرضه لموقف ضاغط أو محيط والتي تعد ذات أهمية في علاج هذا الموقف، ويعتمد على الأفكار التي يحملها الفرد والتي يستخدمها في تفسيره وفي معالجة هذا الموقف.
10د	<ul style="list-style-type: none"> توضح الباحثة للمشاركات أن فنية الحديث إلى الذات تلعب دورا هاما في تشكيل السلوك، فإذا تم الحديث مع الذات بشكل إيجابي فإن النتيجة سوف تكون إيجابية وبالتالي عدم حدوث أي اضطراب نفسي، ولكن إذا كان الحديث مع الذات بشكل سلبي فإن ذلك يؤدي إلى حدوث الاضطراب، وبالتالي فإن هذا يؤثر على السلوك.
10د	<ul style="list-style-type: none"> بعد ذلك تشير الباحثة إلى أن الحديث السلبي إلى الذات هو الذي يولد التفكير السلبي واللاعقلاني عند الفرد والذي تم مناقشته في الجلستين السابقتين.
15د	<ul style="list-style-type: none"> استراحة. تقوم الباحثة بتطبيق نشاط " سلة المهملات" حيث يهدف هذا النشاط الى: <ul style="list-style-type: none"> - مساعدة المسترشد على التخلص من الأحاديث السلبية والأفكار والمشاعر المصاحبة له عند التعرض لموقف ضاغط أو محيط. - مساعدة المسترشد في التعرف على تأثير هذه الأحاديث على حياتهم.
25د	<ul style="list-style-type: none"> ثم قامت الباحثة بتوزيع أوراق وألوان على المسترشدين، وطلبت منهن رسم أوراق صغيرة مثل النفايات ويكتب عليها الأحاديث السلبية والمشاعر التي يرغبن في التخلص منها، ثم رميها في سلة المهملات وتطلب من كل مشاركة التحدث عن هذه المهملات وعن المشاعر المصاحبة لها والأسباب التي دفعتها للتخلص منها.
25د	<ul style="list-style-type: none"> وبعد ذلك قامت الباحثة بمناقشة المشاركات في الأمور التالية: <ul style="list-style-type: none"> - ما هي الأحاديث السلبية التي تودين التخلص منها؟ - ما هي المشاعر المصاحبة لهذه النفايات؟ - ما هو المطلوب من أجل التخلص من هذه النفايات؟
10د	<ul style="list-style-type: none"> تطلب الباحثة من إحدى المشاركات التطوع لتلخيص ما تم مناقشته في هذه الجلسة بشكل مختصر وسريع، ثم تقوم الباحثة بتحديد الواجب البيتي.
10د	<ul style="list-style-type: none"> تشكر الباحثة المشاركات على تعاونهن و تفاعلهن في الجلسة، وتؤكد على موعد الجلسة القادمة وعلى ضرورة الحضور.

الواجب البيتي: تطلب الباحثة من المشاركات أن تقوم بتسجيل موقف ضاغط أو محبط تعرضت له خلال الأسبوع، وأن تقوم بكتابة الحديث السلبي الذي أجرته مع الذات أو الفكرة السلبية التي تكونت لديها، ثم تسجيل كيفية التعامل مع هذا الحديث السلبي وكيف تخلصت منه واستبداله بحديث إيجابي؟

يتم توزيع نموذج التقييم المرحلي الخاص بالجلسات الإرشادية.

الجلسة السابعة: " مهارة خفض الحساسية التدريجي "

الأهداف:

1. أن تتعرف الأمهات على مهارة خفض الحساسية التدريجي.
2. أن تعمل الباحثة على خفض التوتر والقلق من خلال التعريض التدريجي لمواقف الضاغطة.
3. أن تكتسب الأمهات مهارة ضبط الذات والتصرف بهدوء في المواقف الضاغطة.
4. أن تكتسب الأمهات القدرة الكافية على مواجهة مواقف الحياة بثقة عالية.

الأساليب المستخدمة:

1. الحوار والنقاش.
2. التفريغ الانفعالي.
3. التعريض.
4. النمذجة.
5. الأنشطة.
6. الواجب.

الأدوات المستخدمة:

1. جهاز الحاسوب.
2. أوراق بيضاء + أقلام + سبورة .
3. أوراق مكتب ملونة.

مدة الجلسة: (1:30).

الزمن – دقيقة	الإجراءات:
15د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُرحب الباحثة بالأمهات المشاركات بالبرنامج وتشكرهن على حضورهن، وعلى الالتزام بالموعد المحدد للجلسة، ثم تُذكر الباحثة الأعضاء بقواعد العملية الإرشادية وبضرورة الالتزام بها، وتُقدم تغذية راجعة لما تم مناقشته في الجلسة السابقة، وتَسأل عن وجود أي استفسار عن الموضوعات التي تم طرحها سابقاً. ▪ تُناقش الباحثة الواجب البيئي السابق مع أفراد المجموعة، وتقوم بتعزيز وتدعيم الأمهات على الالتزام بأداء الواجب.
10د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تطلب الباحثة من الأمهات الاستعداد لتطبيق النشاط رقم (1) نشاط تنشيطي "سؤال وجواب" لخلق جو من المرح والفكاهة وتعزيز المشاركة بين أفراد الجماعة.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُقدم الباحثة شرح مختصر وواضح حول مفهوم مهارة خفض الحساسية التدريجي من خلال عرض شرائح بوربوينت، ثم يتم مناقشة الموضوع مع أفراد المجموعة. ▪ تقوم الباحثة بطرح مجموعة من الأسئلة على الأمهات وهي: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ما هي المواقف التي تشعرِك بالتوتر بدرجة عالية؟ ✓ ما هي المواقف التي تشعرِك بالتوتر بدرجة متوسطة؟ ✓ ما هي المواقف التي تُشعرِك بالتوتر بدرجة عادية؟ ▪ بعد تدوين الملاحظات تقوم الباحثة بعرض إجابات أفراد المجموعة بشكلٍ متدرج من الأقل إثارة للتوتر إلى الأكثر إثارة، وملاحظة التغيرات الانفعالية والجسدية والتعبيرية التي تظهر على الأمهات نتيجة استحضار هذه المواقف الضاغطة. ▪ استراحة. ▪ ثم تقوم الباحثة بتطبيق مهارة خفض الحساسية التدريجي من خلال تعريض إحدى المشاركات تدريجياً للموقف المسبب للتوتر والقلق ولكن تكون فيها في حالة من الاسترخاء والراحة وذلك بمساعدة الأعضاء في زيادة المشاعر الإيجابية في ذهن الأم المشاركة بدلاً من المشاعر السلبية من خلال الحديث الإيجابي مع الذات والتصرف بهدوء والتخيل السار. ▪ تقدم الباحثة للأمهات نشاط تفرغي بسيط يتمثل في ممارسة بعض التمارين الرياضية مع الموسيقى للتخلص من الطاقة السلبية. ▪ تطلب الباحثة من إحدى المشاركات أن تلخص الموضوعات التي تم عرضها في الجلسة، ثم تقدم الباحثة الواجب البيئي. ▪ وفي النهاية تشكر الباحثة الأمهات على مشاركتهن وتعاونهن، وتُذكر بموعد الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

- ✓ تكرار ممارسة تمارين الاسترخاء مثل التنفس (زفير وشهيق).
- ✓ ممارسة نشاط تفريري للتخلص من الطاقة السلبية مثل رقص (Zomba).
- ✓ تطلب الباحثة من المشاركات كتابة المواقف والأفكار الضاغطة التي تواجهها في حياتها اليومية وأن تقوم بترتيبها بشكل درج من الأقل شدة وتأثير إلى الأكثر شدة وتأثيرها عليها .

يتم توزيع نموذج التقييم المرحلي الخاص بالجلسات الإرشادية.

تفاصيل الأنشطة:

نشاط "سؤال وجواب" تنشيطي وترفيهي لأفراد المجموعة.

يحتاج هذا النشاط للأدوات التالية: أوراق مكتب صغيرة + أقلام رصاص أو حبر.

تقوم الباحثة بتوزيع أوراق المكتب الصغيرة مكونة من لونين (الأحمر، الأخضر) على المشاركات وتطلب من كل مشاركة كتابة أي سؤال يدور في بالها على الورقة الحمراء، وتكتب جواب السؤال نفسه على الورقة الخضراء، ثم يتم توزيع الورق، وتقوم مشاركة واحدة بطرح الأسئلة وأخرى تعرض الأجوبة، هكذا حتى تنتهي الأوراق.

نشاط : "تفريغ انفعالي" الهدف منه التخلص من الطاقة السلبية.

تقوم الباحثة بعرض فيديو يتضمن مجموعة من الحركات الرياضية البسيطة التي يتم ممارستها مع نوع من الموسيقى (الهادئة و الإيقاعية)، حيث في البداية يتم ممارسة تمرين التنفس العميق (الشهيق والزفير) لتحقيق الاسترخاء مع الموسيقى الهادئة، ثم يتم تطبيق بعض الحركات الرياضية الراقصة مع الموسيقى الإيقاعية السريعة المشجعة على الحركة و الرقص بحيث يتحرك كل عضو في الجسم.

وبعد مشاهدة الفيديو ومعرفة الحركات تطلب الباحثة من أفراد المجموعة الوقوف والاستعداد لممارسة هذه التمارين فتقوم الباحثة بتشغيل الفيديو من جديد وتبدأ المشاركات بممارسة هذه التمارين مع الفيديو.

الجلسة الثامنة: " مهارة الاسترخاء "

أهداف الجلسة:

1. تعريف المشاركات بمهارة الاسترخاء التنفسي والعضلي..
2. أن تتعرف على الدور الذي يقوم فيه الاسترخاء في خفض التوتر والقلق.
3. تدريب المشاركات على تمارين الاسترخاء(التنفسي و العضلي).

الفنيات المستخدمة:

1. المحاضرة البسيطة.
2. الحوار والنقاش.
3. الاسترخاء
4. مراقبة الذات.
5. الواجب البيتي.

الأدوات المستخدمة:

1. جهاز العرض.
2. السبورة
3. الأقلام

مدة الجلسة: (1:30).

الزمن – دقيقة	الإجراءات:
10 د	<ul style="list-style-type: none"> تُرحب الباحثة بالأمهات المشاركات بالبرنامج وتشكرهن على حضورهن والالتزام بالموعد المحدد للجلسة، ثم تتحقق الباحثة من ردود فعل المشاركات اتجاه الجلسة السابق، وتقدم مراجعة بسيطة للموضوعات التي عرضت في الجلسة السابقة ثم تستقبل جميع استفسارات وملاحظات أفراد المجموعة، وبعد ذلك تم مناقشة الواجب البيتي الذي تم الاتفاق عليه في الجلسة السابقة وقدمت الباحثة التعزيز والتدعيم على الالتزام بأداء الواجب البيتي.
10 د	<ul style="list-style-type: none"> تقدم الباحثة فكرة عن مهارة الاسترخاء، وتشير الى فائدة الاسترخاء في تخفيف القلق والتوتر ودوره في تطوير الصحة النفسية، وتذكر الباحثة أن هناك اسلوبين للاسترخاء هما: (الاسترخاء بالتنفس والاسترخاء العضلي) وتشير الباحثة الى أن من خلال طريقة الفرد في التنفس ندرك مدى توتره واكتنابه وقلقه، وذلك بسبب طريقة التنفس الخاطئة والسريعة بحيث لا يصل الأكسجين الكافي الى الجسم.
10 د	<ul style="list-style-type: none"> تطلب الباحثة من أعضاء المجموعة الجلوس على المقعد بشكل مريح وأن تسترخي على المقعد بحيث تضع كل ثقلها على المقعد وتشعر بأن الثقل يسحبها الى الأسفل والشعور بالراحة وعدم التعب أو الألم، وأن تتخيل أن المكان هادئ جداً والتركيز والانتباه على عملية التنفس، والتأكيد على ضرورة اتباع جميع التعليمات لممارسة تمارين الاسترخاء بنجاح، ثم تُلقى الباحثة التعليمات بصوت خافت وهادئ وبلغة مفهومة للمشاركات وهي على النحو التالي:
20 د	<ul style="list-style-type: none"> - أغمض عينيك وحُدِّي نفساً عميقاً (شهيق) من الأنف وحبسه لمدة عشر ثواني، ولاحظي حالة التوتر الناتجة من عملية الشهيق العميق، ثم أطلقِي النفس تدريجياً (الزفير) من الفم أثناء العد تنازلياً من ثلاثة الى واحد (3 2 1) وحاولي الاستمتاع بحالة الراحة والاسترخاء بعد اطلاق النفس، وتكرار العملية (3)مرات.
15 د	<ul style="list-style-type: none"> - أغلقي اليد اليمنى مع الشد على الذراع الى أقصى درجة ممكنة، وحافظي على هذا الوضع لمدة 15 ث، ولاحظي مدى التوتر والألم الناتج، ثم أفتحي اليد وابسطها بشكل تدريجي (أثناء العد بشكل تنازلي من خمسة الى واحد) حتى تصل الى حالة استرخاء تام، وتكرار العملية (3)مرات.
15 د	<ul style="list-style-type: none"> - أغلقي اليد اليسرى مع الشد على الذراع الى أقصى درجة ممكنة لمدة 15 ث، ثم فتح اليد بشكل تدريجي حتى تصل الى الاسترخاء التام، وتكرار العملية (3)مرات. - شد اليدين الاثنيتين الى أقصى درجة ممكنة لمدة 15 ث، ثم أرخي اليدين بشكل تدريجي حتى تصل الى الاسترخاء التام، وتكرار (3)مرات
15 د	<ul style="list-style-type: none"> - رفع القدم اليمنى وشدها الى أقصى درجة ممكنة لمدة 15 ث ثم أرخي القدم بشكل تدريجي وتكرار العملية (3)مرات. - رفع القدم اليسرى وشدها الى أقصى درجة ممكنة لمدة 15 ث، ثم أرخي القدم بشكل تدريجي حتى الوصول الى الاسترخاء التام، وتكرار (3)مرات.
15 د	<ul style="list-style-type: none"> - رفع القدمين وشدهما معاً لمدة 15 ث، ثم أرخي القدمين بشكل تدريجي، وتكرار العملية (3)مرات. استراحة لمدة.
15 د	<ul style="list-style-type: none"> - شد عضلات الجبهة عن طريق النظر الى أعلى بأقصى ما تستطيع لمدة 15 ث، ولاحظ مدى التوتر الناتج، ثم أرخي الجبهة بشكل تدريجي حتى تصلي إلى الاسترخاء، وتكرار العملية (3)مرات.

10-	<ul style="list-style-type: none"> - أغلق عينيك بإحكام شديد حتى تشعرين بوجود توتر يحيط بالعضلات المحيطة بالعين واستمري لمدة 15 ث، مع ملاحظة مدى التوتر الناتج، ثم أفتح عينيك بشكل تدريجي حتى تصل الى حالة الاسترخاء التام مع ملاحظة الفرق بين الحالتين، وتكرار العملية (3)مرات. - شدي البطن بقوة للداخل إلى أقصى درجة ممكنة لمدة 15 ث، ثم أرخي عضلات البطن بشكل تدريجي، وتكرار العملية (3)مرات. - شدي الرقبة الى الخلف كأنك تريد رؤية شيء خلفك مع المحافظة على استقامة الظهر وأستمر لمدة 15 ث، ثم العودة إلى الوضع الطبيعي وملاحظة الفرق بين الحالتين، وتكرار العملية (3)مرات. - الشد على الأسنان بقوة لمدة 15 ث، ثم العودة إلى الوضع الطبيعي بشكل تدريجي، وتكرار العملية (3)مرات. ■ تسأل الباحثة المشاركات عن شعورهن بعد ممارسة تمارين الاسترخاء السابقة، وعن الفرق الذي شعرت فيه بين حالة التوتر وحالة الاسترخاء. ■ تلخص الباحثة ما تم في الجلسة، ثم تقدم الواجب البيتي. ■ تنهي الباحثة الجلسة وتؤكد على موعد الجلسة القادمة.
-----	--

الواجب البيتي:

تطلب الباحثة من أعضاء المجموعة إعادة تمارين الاسترخاء في البيت بحدود(3) مرات على الأقل والاستمرار على ممارستها.

الجلسة التاسعة : " اكساب الأمل "

أهداف الجلسة:

1. أن يتم تقديم الإرشاد الديني للأمهات المشاركات.
2. العمل على غرس الأمل و التفاؤل في نفوس المشاركات.
3. ان يتم تدعيم مبدأ " الإيمان بقضاء الله وقدره".
4. ان يتم تعزيز القدرة على الصبر والتحمل.
5. أن تتغلب المشاركات على مشاعر الحزن والألم.

الأساليب المستخدمة:

1. الحوار والنقاش.
2. المحاضرة
3. التعرف على أساليب التفكير الخاطئة.
4. الواجب البيئي.
5. النمذجة.
6. الأنشطة.

الأدوات المستخدمة:

1. جهاز العرض.
2. أوراق + أقلام تلوين
3. السبورة

مدة الجلسة: (1:30).

الزمن - دقيقة	الإجراءات:
5د	<ul style="list-style-type: none"> ■ ترحب الباحثة بالأمهات الحاضرات وتشكرهن على حضورهن وعلى الالتزام بالموعد المحدد للجلسة، ثم تُذكر الباحثة أفراد المجموعة بقواعد العمل الإرشادي وتؤكد على ضرورة الالتزام بها. ■ تقدم الباحثة تغذية راجعة بمشاركة أفراد المجموعة لما تم عرضه في الجلسة السابقة، وتساءل المشاركات عن وجود أي استفسار عن الموضوعات التي تم طرحها في الجلسة السابقة.
5د	<ul style="list-style-type: none"> ■ تقوم الباحثة بمتابعة الواجب البيتي مع أفراد المجموعة، وتقدم التعزيز والتدعيم للمشاركات على الالتزام بأداء الواجب، وتناقش الصعوبات التي واجهتها في أداء الواجب في حال وجدت. ■ تُحضر الباحثة المشاركات لتطبيق نشاط التأمل الافتتاحي والاسترخاء لتخفيف القلق والتوتر، والتخلص من الطاقة السلبية. ■ تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة الرئيسي على السبورة، وتقوم بكتابة مجموعة من الكلمات التي ترتبط بالموضوع وهي: (الصبر، الحزن، الأمل، التشاؤم، الإيمان بقضاء الله وقدره، الابتلاء) وتطلب من الجميع التفكير بهذه العبارات والمشاعر بشكل جيد، ثم تسأل كل مشاركة ما رأيك بهذه العبارات والمشاعر؟ وماذا تعني بالنسبة لك؟
5د	<ul style="list-style-type: none"> ■ تطلب الباحثة من الأمهات ان تتحدث عن خبرتها مع طفل التوحد، وكيف تلقت الخبر عندما تم تشخيص الطفل بهذا الاضطراب؟ وكيف تعاملت مع هذه الخبرة المؤلمة؟ ■ تُذكر الباحثة الأمهات بضرورة الإيمان بالقضاء والقدر و بالثواب العظيم الذي سوف تحصل عليه نتيجة صبرها وتحملها ورعايتها بطفلها قال تعالى: ﴿وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون﴾، و تشير الى ضرورة الإكثار من الدعاء لقوله تعالى: ﴿وإذا سألك عبادي عني فإني قريب أجيب دعوة الداع إذا دعان فليستجيبوا لي وليؤمنوا بي لعلهم يرشدون﴾. والصلاة والتقرب إلى الله بقراءة القرآن، وتؤكد على فكرة أن الله اذا احب عبداً ابتلاه قال صلى الله عليه وسلم: "إن عظم الجزاء من عظم البلاء، وإن الله إذا أحب قوماً ابتلاهم فمن رضي فله الرضا ومن سخط فله السخط" (رواه الترمذي).
15د	<ul style="list-style-type: none"> ■ تطلب الباحثة من المشاركات رسم صورة توضح فيها كيف ترى نفسها، وتقوم بمناقشة هذه الصورة والحديث عنها. ■ استراحة.
15د	<ul style="list-style-type: none"> ■ تقوم الباحثة بعرض فيديو يتضمن قصة نجاح أم مع طفلها المصاب بمتلازمة التوحد، وكيف أن هذا الطفل بالرغم من مشكلته المزمنة إلا أنه أبدع وتميز من خلال التدريب المستمر والبرامج العلاجية المختلفة، وأيضا الدعم والاهتمام الذي تلقاه من والدته التي عايشت جميع مراحل تربيته وتقدمه الى أن نجح.
10د	<ul style="list-style-type: none"> ■ تنهي الباحثة الجلسة بنشاط ترفيهي " صرخة الكرة" لتحقيق جو من المرح والترفيه بين المشاركات.
10د	<ul style="list-style-type: none"> ■ تقدم الباحثة ملخصاً وافياً للجلسة وتؤكد على النقاط الرئيسية. ثم تقدم الواجب البيتي، وتشكر الأمهات على حضورهن، وتؤكد على موعد الجلسة القادمة وعلى ضرورة الحضور.
5د	

الواجب البيتي:

✓ العمل على تكرار تمارين الاسترخاء.

✓ تطلب الباحثة من المشاركات كتابة إحدى القصص الحقيقية قديماً أو حديثاً التي أثرت فيك وترى أنها رمزاً للصبر والتحمل وتبعث بالأمل.

يتم توزيع نموذج التقييم المرحلي الخاص بالجلسات الإرشادية.

تفاصيل الأنشطة:

نشاط رقم (1) "التأمل الافتتاحي" المعتاد الذي يتم تكراره في كل جلسة، لتخفيف التوتر والقلق والتخلص من الطاقة السلبية .

نشاط رقم (2) "صرخة الكرة" .

نشاط ترفيهي لتحقيق جو من الترفيه والمرح، و تفريغ انفعالي لأفراد المجموعة

حيث يطلب من أفراد المجموعة الوقوف في شكل دائري وتقوم الباحثة برفع الكرة في الهواء، ثم الحديث بجملة عن نفسها ، ثم ترميها في الهواء لتلتقطها إحدى المشاركات وتحدث هي الأخرى بجملة عن نفسها وهكذا، ومن لا تستطيع الإمساك بالكرة وتسقط منها تخرج من اللعبة بعد أن يتم الحكم عليها بعمل شيء للمجموعة مثل الغناء أو القيام بتمرين رياضي....الخ.

نشاط رقم (3) "الرسم"

حيث توزع الباحثة الأوراق والأقلام الملونة على المشاركات وتطلب منهن رسم صورة تعبر فيها كيف ترى نفسها حالياً وفي هذه اللحظة، ثم تطلب من كل مشاركة أن تقوم بشرح هذه الرسمة أو الصورة أمام الآخرين، وهذا النشاط يفيد في التعرف على الصورة التي يكونها الفرد عن ذاته من جهة وأيضا يعتبر الرسم كوسيلة للتفريغ الانفعالي وإسقاط المشاعر والأفكار على الورق.

الجلسة العاشرة: "التخيل والتصور الموجه"

أهداف الجلسة:

1. استخدام التخيل كوسيلة للعلاج وحل المشكلات.
2. مساعدة أعضاء المجموعة على تعزيز الثقة بالذات ومعرفة الذات الداخلية (اللاوعي).
3. التعرف على الصورة الذهنية عن الذات وتأثيرها على الصحة النفسية للفرد.
4. خلق مشاعر من الراحة والأمان.
5. أن يدرك أعضاء المجموعة كيف أن التخيل يساهم في شفاء الأمراض النفسية والجسمية.

الأساليب المستخدمة:

1. الحوار والنقاش.
2. الاسترخاء.
3. التخيل الموجه.
4. العصف الذهني.
5. الأنشطة.
6. الواجبات المنزلية.

الأدوات المستخدمة: جهاز الحاسوب، الموسيقى.

مدة الجلسة: (1:30).

الزمن- الدقيقة	الإجراءات:
10د- 10د-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُرحب الباحثة بالأمهات المشاركات بالبرنامج وتشكرهن على حضورهن وعلى الالتزام بالموعد المحدد للجلسة، ثم تُذكر الباحثة الأمهات بقواعد العمل الإرشادي وضرورة الالتزام بها، وتؤكد للأمهات على السرية وأن ما يدور داخل الجلسة غير قابل للتداول للخارج. ▪ تقدم الباحثة تغذية راجعة للموضوعات التي تم طرحها في الجلسة السابقة. ▪ تُناقش الباحثة مع الأمهات المشاركات الواجب البيئي السابق، وتقدم التعزيز والتدعيم لهن على التزامهن بأداء الواجب، وتناقش الصعوبات التي قد تكون واجهت الأمهات في أداء هذا الواجب إن وجدت. ▪ تحضر الباحثة الأمهات للنشاط رقم (1) "الاسترخاء الافتتاحي" لتحقيق الراحة والتخلص من التوتر والقلق، والتخلص من أي أفكار سلبية، والتمهيد إلى الدخول في الجلسة، وبعد إنهاء التأمل تقوم الباحثة بعملية فحص المشاعر من خلال إتاحة الفرصة للأمهات لتبادل الخبرات والتعبير عن شعورهن بعد النشاط.
20د- 15د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ توجه الباحثة عدة أسئلة على أعضاء المجموعة منها: <ul style="list-style-type: none"> - ما هو التخيل الموجه؟ - لماذا التخيل مفيد؟ - كيف يمكن استخدام التخيل في الوصول إلى الذات الداخلية؟ - كيف يتم استخدام توظيف جميع الحواس في عملية التخيل؟ ثم تقوم الباحثة بمناقشة هذه الأسئلة مع جميع أعضاء المجموعة وتتيح لكل عضو الفرصة الكافية للمشاركة والتعبير عن رأيه خلال الجلسة. ▪ تُقدم الباحثة شرح بسيط عن التخيل وتشير إلى أن التخيل وسيلة للتحدث مع النفس و يساعد الفرد في الوصول وأدراك الأفكار اللاشعورية الموجودة لديه، وأيضاً يساعد في تحسين قدرات العقل، في علاج النفس والجسد. ▪ تُشير الباحثة إلى فوائد ممارسة نشاط التخيل الموجه و تذكر منها: <ul style="list-style-type: none"> - مساعدة الفرد على فهم نفسه بشكل أفضل. - مساعدة الفرد على اتخاذ القرار وحل المشكلات. - يساعد في التخفيف من التوتر والقلق و المشاعر السلبية. ▪ تحضر الباحثة الأمهات للنشاط رقم(2) "تخيل المكان الآمن" وذلك لتوضيح الفرق بين التخيل السلبي الذي يسبب التوتر والخوف والقلق، والتخيل الإيجابي الذي يحقق الراحة والطمأنينة والأمان. وبعد تنفيذ النشاط تقوم الباحثة بدعوة المشاركات إلى تبادل الخبرات

	<p>ومناقشتها فيما بينهم، وتقوم بطرح بعض الأسئلة المُحفزة للمشاركة منها:</p> <ul style="list-style-type: none"> - أين كنت وكيف كان مكانك الآمن؟
10د	<ul style="list-style-type: none"> - كيف يبدو شكل ورائحة المكان من حولك، وما الأصوات الموجودة في ذلك المكان؟ - هل أخذت معك أحد إلى ذلك المكان ولماذا؟
15د	<ul style="list-style-type: none"> - ما شعورك وأنت في ذلك المكان، وهل واجهت صعوبة في الوصول اليه.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ استراحة.
5د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُقدم الباحثة النشاط رقم (3) "تخيل الليمونة" الذي يفيد في توضيح أثر التخيل على العمليات الفسيولوجية في الجسم، وأيضاً قدرة التخيل على إحداث ردة فعل جسدية، وبعد إنهاء تنفيذ النشاط تطلب الباحثة من كل عضو وصف تجربته مع تخيل الليمونة وتوجه له بعض الأسئلة منها:
	<ul style="list-style-type: none"> - ما هو شعورك عند قضم الليمونة؟
5د	<ul style="list-style-type: none"> - هل شعرت للحظة بأن عملية قضم الليمونة كانت مماثلة للحقيقية؟ ▪ تُقدم الباحثة ملخصاً وافياً لما تم مناقشته وعرضه في الجلسة، ثم تقدم الواجب البيتي. ▪ وفي نهاية الجلسة تسأل الباحثة الأمهات عن رأيهن بهذه الجلسة وما مدى الاستفادة التي حققتهن؟، ثم تشكر الأمهات على حضورهن ومشاركتهن بالأنشطة، وتؤكد على موعد الجلسة القادمة وعلى ضرورة الحضور.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من المشاركات تكرار نشاطات التخيل مرة أخرى في البيت، و تسجيل مشاعرهن بعد عملية التخيل وما هي الصعوبات التي واجهتهن في أداء عملية التخيل إذا وجدت؟؟

توزيع نموذج التقييم المرحلي الخاص بالجلسات الإرشادية.

تفاصيل الأنشطة:

نشاط رقم (1) " الاسترخاء الافتتاحي" لتخفيف القلق والتوتر والتمهيد للدخول في موضوع الجلسة.

نشاط رقم (2) "تخيل المكان الآمن":

في البداية تطلب الباحثة من الأعضاء الجلوس على المقعد بشكلٍ مُريح بحيث تلامس القدمين الأرض، ثم تبدأ الباحثة الحديث بصوتٍ خافتٍ أسمى لنفسك الذهاب الى مكان يشعرك بالراحة والأمان... مكان في الطبيعة أنت تحبينه، أو مكان داخلي تحب الجلوس فيه ثم انظري من حولك ماذا ترى؟ ماذا تسمعين؟ ماذا تشمين؟ ماذا ترتدين؟ كيف هو شعورك؟... أجعلي نفسك مرتاحاً في أي مكان ... أجعلي هذا المكان الخاص فيك أكثر من رائع... وإذا كنت ترغبين في إحضار شخص الى هذا المكان أحضريه ... هذا هو مكانك الآمن والمريح، ثم تنفسي بعمق واستمتعي بكل مشاعر الراحة والاسترخاء... واعلمي أنك تستطيعين العودة الى ذاك المكان في أي وقت ترغبين فيه بالعودة، ثم عودي بلطف الى الغرفة وأفتحي عينيك ببطء.

وبعد إنهاء عملية التخيل تطلب الباحثة من الأعضاء تبادل الخبرات والمشاركة بها، وتوجه بعض الأسئلة المحفزة للمشاركة منها:

- أين كنت؟ وكيف كان مكانك الآمن؟
- كيف يبدو شكل ورائحة المكان من حولك؟
- هل أخذت معك أحد من الناس؟ من؟ ولماذا هو؟

نشاط رقم (3) "تخيل الليمونة":

في البداية تطلب الباحثة من الأعضاء الجلوس بشكلٍ مريح ومن ثم إغماض أعينهم، ثم تتحدث بصوتٍ خافت: خُذي نفساً عميقاً، ثم أود منك أن تتخيلي الآن أنك واقفة في المطبخ أمام لوح التقطيع... وبجانب لوح التقطيع يوجد سكين حادة..... خُذي لحظات لتخيل تفاصيل المطبخ.... الأجهزة، خزائن المطبخ، لون المطبخ، لاحظي ما إذا كان هناك نوافذ للمطبخ، ولاحظي صوت ساعة الحائط المعلقة في المطبخ، خُذي الوقت الكافي لملاحظة كل شيء باستخدام جميع حواسك، ماذا تسمعين... ماذا ترين... ما طبيعة الرائحة، وكيف تشعرين وأنت في المطبخ الخاص بك.

ثم تخيلي الآن أن على لوح التقطيع يوجد ليمونة مثمرة... أمسكي الليمونة بيدٍ واحدة واشعري بوزنها وقوامها.. ثم ضعها مرة أخرى على لوح التقطيع وقطعيها بالسكين إلى نصفين... لاحظي الأصفر الشاحب لللب والبياض في القشرة الخارجية، ثم تخيلي أنك ترفعين نصف الليمونة إلى فمك، وشم الرائحة حادة وقوية، ثم اقضي منها واستطعمي الحموضة في عصير الليمون.

وبعد إنهاء عملية التخيل تطلب الباحثة من الأعضاء وصف تجربتهن مع تخيل الليمونة وتطرح عليهن بعض الأسئلة:

- ما هو شعورك عندما قضمت الليمونة؟
- هل شعرت للحظة أن قضم الليمونة كان مماثل للحقيقة؟

الجلسة الحادية عشر: "تقبل الذات".

الأهداف:

1. أن يتم التعرف على مفهوم الذات لدى الأمهات المشاركات.
2. تعزيز مفهوم تقبل الذات لدى الأمهات.
3. العمل على تعزيز الثقة بالنفس.
4. تحسين مفهوم الذات لدى الأمهات المشاركات.

الأساليب المستخدمة:

1. الحوار والنقاش.
2. عرض (Power point).
3. الأنشطة.
4. التفرغ بالرسم + استرخاء.
5. الواجبات المنزلية.

الأدوات المستخدمة:

1. جهاز العرض.
2. أوراق، وأقلام جافة + أقلام تلوين.
3. الموسيقى.

مدة الجلسة: (1:30).

الإجراءات	وقت- الدقيقة
<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُرحب الباحثة بالأمهات المشاركات في البرنامج على حضورهن وعلى الالتزام بموعد الجلسة، ثم تُذكر الباحثة بقواعد العملية الإرشادية وتؤكد على ضرورة الالتزام بها، وتؤكد على مبدأ السرية. 	15د
<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُقدم الباحثة تغذية راجعة لما تم مناقشته في الجلسة السابقة. ▪ تُناقش الباحثة مع أفراد المجموعة الواجب المنزلي السابق، وتقدم التذعيم والتعزيز لهن على الالتزام بأداء الواجب، ثم تُناقش الصعوبات التي واجهت الأمهات في أداء الواجب إن وجدت. 	10د
<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُقدم الباحثة شرح واضح وشامل لمفهوم تقبل الذات من خلال عرض شرائح (بوربوينت)، وتتيح الفرصة لجميع الأعضاء لمناقشة موضوعات العرض. 	15د
<ul style="list-style-type: none"> ▪ تُحضر الباحثة الأمهات لتطبيق النشاط رقم (1) " كيف ترى ذاتك " وذلك لكي تتعرف الأمهات على نقاط القوة والضعف لديهن، وتعزيز الثقة بالنفس، وإتمام هذا النشاط تقوم الباحثة بطرح عدة أسئلة تخدم النشاط منها: <ul style="list-style-type: none"> ✓ هل أنت راضية عن نفسك؟ ✓ هل ترين نفسك شخصية ناجحة؟ ✓ هل تعتقدين بأن من حولك راضون عنك؟ 	15د
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ثم يتم مناقشة الأسئلة بين أعضاء المجموعة. ▪ استراحة. ▪ توزع الباحثة على الأمهات أوراق بيضاء، وأقلام تلوين لتطبيق النشاط رقم (2) لهذه الجلسة " التفرغ بالرسم " لتعبير عن المشاعر وعن الذات و تقوم الباحثة بتشغيل موسيقى هادئة أثناء الرسم لتحقيق الاسترخاء. ثم مناقشة الرسومات. 	20د
<ul style="list-style-type: none"> ▪ تقدم الباحثة ملخصاً وإفياً لما تم مناقشته في هذه الجلسة. 	5د
<ul style="list-style-type: none"> ▪ تسأل الباحثة الأمهات عن رأيهن بهذه الجلسة. ▪ تقدم الباحثة الواجب البيتي الخاص بالجلسة. 	5د
<ul style="list-style-type: none"> ▪ وفي النهاية تشكر الباحثة الأمهات مرة أخرى على حضورهن، وتؤكد على موعد الجلسة القادمة وعلى ضرورة الحضور. 	5د

الواجب البيتي:

- ✓ أن تستمر الأمهات في ممارسة الرسم كوسيلة للتفريغ النفسي، والتعبير عن المشاعر المختلفة.
- ✓ تطلب الباحثة من المشاركات كتابة الصفات الإيجابية التي تشعر بأنها موجودة في شخصيتها، وكذلك الصفات السلبية في شخصيتها وترغب في التخلص منها.

توزيع نموذج التقييم المرحلي للجلسات.

تفاصيل الأنشطة:

- نشاط: "كيف ترى نفسك" لتعزيز الثقة بالنفس والتعرف على نقاط القوة والضعف في الشخصية. تقوم الباحثة بطرح السؤال التالي على أعضاء المجموعة:

تخيلي نفسك تنظرين إلى المرأة لكي تري نفسك جيدا من الخارج لكن هل أنت تستطيعين رؤية ذلك بشكل جيد من الداخل، ثم تطلب أن تنظر كل واحدة الى داخلها وتبحث عن إجابات للأسئلة التالية:

- ✓ هل أنت راضية عن نفسك؟
- ✓ هل ترين نفسك شخصية ناجحة؟
- ✓ هل تعتقدين أن من حولك راضون عنك؟

ثم يتم مناقشة هذه الأسئلة بين أفراد المجموعة، ونظرة كل فرد لذاته وكيف أستطاع تكوين هذه النظرة للذات.

■ نشاط: "التفريغ بالرسم + الاسترخاء"

تقوم الباحثة بتوزيع الأوراق البيضاء وأقلام التلوين على أفراد المجموعة، وتطلب من كل واحدة رسم صورة لنفسها كما تراها اليوم وفي هذه اللحظة ... ارسمي أي شيء يخطر في ذهنك واستخدمي كل الألوان التي تشعرك بالراحة، وتقوم الباحثة بتشغيل موسيقى هادئة لتحقيق جو من الاسترخاء والراحة، وبعد إنهاء يُطلب من كل واحدة الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ✓ ماذا تعني هذه الصورة؟
- ✓ إلى ماذا ترمز الألوان المستخدمة في هذه الصورة؟
- ✓ ما هو شعورك الآن؟

"جلسة الثانية عشر: جلسة الأنهاء والقياس البعدي"

أهداف الجلسة:

1. أن تُناقش الأمهات الفوائد التي تم تحقيقها من خلال المشاركة في هذا البرنامج.
2. أن تُذكر الأمهات النقاط الإيجابية والسلبية للبرنامج.
3. أن يتم تطبيق القياس البعدي " الصحة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد"
4. أن تشكر الباحثة الأمهات على المشاركة في البرنامج .

الأساليب المستخدمة:

1. المناقشة والحوار.
2. طرح الأسئلة.
3. التعزيز والتدعيم.

الأدوات المستخدمة:

1. السبورة والأقلام.
2. نموذج القياس البعدي.

الزمن-دقيقة	الإجراءات:
10د- 15د- 15د- 10د- 15د- 20د-	<ul style="list-style-type: none"> ■ تُرحب بالمشاركات ثم تُناقش ما تم عرضه في الجلسة السابقة وتقوم بمتابعة الواجب البيتي السابق. ■ تُناقش الباحثة الأمهات في الفوائد التي تم تحقيقها بعد تطبيق البرنامج. ■ تُناقش الباحثة الجوانب الإيجابية والسلبية لتطبيق هذا البرنامج. ■ تطبق الباحثة القياس البعدي لقياس الصحة النفسية للأمهات والذي يرصد مدى التغير الذي حصل بعد تطبيق البرنامج. ■ استراحة. ■ تطبق الباحثة النشاط الختامي لهذه الجلسة "لعبة رسالة الى نفسي"، حيث يطلب من كل فرد في المجموعة أن يكتب رسالة الى نفسه يصف فيها ما تغير داخله، وما هي خطته المستقبلية ويناقشها مع أفراد الجماعة، حيث تفيد هذه اللعبة في التعرف على مستوى التغير الذي نتج بعد تطبيق هذا البرنامج. ■ يتم توزيع نموذج التقييم النهائي للبرنامج. ■ تنهي الباحثة البرنامج بعمل احتفال بسيط بحضور الأمهات وأطفالهن المصابين بمتلازمة التوحد، وتوزيع الضيافة ويتم شكر جميع أفراد المجموعة على تعاونهن وجهدهن لإتمام جلسات البرنامج بنجاح.

ملحق (4) قائمة بأسماء المحكّمين لأدوات الدراسة

الجامعة - قسم الإرشاد النفسي	اسم المحكّم	
جامعة النجاح	أ. د. عبد عساف.	1.
جامعة النجاح	د. فاخر الخليلي.	2.
جامعة القدس المفتوحة (الخليل)	د. محمد شاهين.	3.
جامعة القدس المفتوحة (الخليل)	د. يوسف أبو مارية.	4.
جامعة فلسطين الأهلية	د. سامي باشا.	5.
مركز حلحول للصحة النفسية	د. إياد العزة.	6.
جامعة الخليل	د. عبد الناصر السويطي.	7.
جامعة الخليل	د. محمد عجوة.	8.