الجـمهوريـة الجزائـرية الديمقـراطية الشـعبـية

وزارة التـعليـم العالي والبحث العلـمي

جامــعة البلـــيدة 02

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه (LMD) في علم النفس العيادي.

إعداد الطالبة:

بوقطاف عقيلة

إشراف الاستاذ الدكتور

حفظ الله رفيقة

السنة الدراسية :2024 /2025

الجـمهوريـة الجزائـرية الديمقـراطية الشـعبـية

وزارة التـعليـم العالي والبحث العلمي

جامــعة البلــيدة 02

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه (LMD) في علم النفس العيادي.

اعداد الطالبة:

بوقطاف عقيلة

أمام اللجنة المشكلة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الجامعة الاصلية	الصفة
هديبل يمينة	أستاذ(ة)	جامعة البليدة2	رئيسا
حفظ الله رفيقة	أستاذ(ة) محاضر (ة)أ	جامعة البليدة2	مشرفا ومقررا
باجي نعيمة	أستاذ(ة) محاضر (ة)أ	جامعة البليدة2	عضوا مناقشا
ماكور الطيب	أستاذ(ة) محاضر (ة)أ	جامعة البليدة2	عضوا مناقشا
لوناس لعلام	أستاذ(ة) محاضر (ة)أ	جامعة تيزي وزو	عضوا مناقشا
بوعلاقة فاطمة الزهراء	أستاذ(ة) محاضر (ة)أ	جامعة المسيلة	عضوا مناقشا

السنة الدراسية :2024 /2025

شكر وتقدير

الحمد لله الذي هداني ووفقني وأنار الطريق أمامي وأمدني بالعزم والتصميم لإتمام هذا العمل المتواضع فلولا توفيقه عزوجل لما خرج هذا الإنجاز الى النور ،وأدعو المولى سبحانه وتعالى أن ينفع به ويكون خالصا لوجهه الكريم،

بداية أتقدم بشكر خاص مقرون بجزيل العرفان والامتنان الى من تقصر عبارات الشكر والثناء بحقها استاذتي الفاضلة المشرفة "حفظ الله رفيقة " التي أحاطتني بسعة علمها وسديد توجيهاتها لإخراج هذا العمل بأحسن صورة ممكنة، وأرجو أن أكون قد وفقت في تقديم ما يرضيها ويليق باسمها الذي كان لي الشرف أن يكتب على واجهة عملي.

وانطلاقا من هدي رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم " من لا يشكر الناس لا يشكر الله "

فلا يسعني من هذا المقام إلا أن أنسب الفضل لأهله، بداية أتقدم بالشكر الجزيل للبروفيسور ابراهيمي على توجيهاته القيمة والبناءة جزاه الله عنا كل خير ونفع به ، والدكتورة هالة سعيد وكل من الدكتور قاصب ،الدكتورصفوت والدكتور أبو حلاوة الذين أسهموا في تدريبنا ومساندتنا للتمكن من تطبيق هذا النوع من العلاج كما أتقدم بالشكر والتقدير لجميع الأساتذة المحكمين البروفيسور فاضلي، البروفيسور حدار، البروفيسور بوطغان، الدكتورة بوقفة والدكتور العاسمي، والى كل أساتذتي بقسم علم النفس جامعة البليدة 2

ويسعدني أن اتقدم بالشكر الجزيل إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة الأفاضل، والذين سيكون لملاحظاتهم أثراً كبيراً في إثراء جودة هذه الرسالة.

كما لا يفوتني أن أقدم أسمى عبارات الشكر والامتنان للسيدة الفاضلة "قاريدي" بمدرية التضامن والأسرة –البليدة– وكل العاملين بالمركز البيداغوجي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة الذين استقبلوني بصدر رحب وانارونني بتوجيهاتهم وارشاداتهم المتواصلة، وطقم المؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية بموزاية وعلى رأسهم الدكتور "لزوق عبد القادر" بمصلحة الطب النفسي، والى كل من ساعدني من قريب أو بعيد على انجاز هذا العمل.

بوقطاف عقيلة.

اهداء

الى تلك السيدة العظيمة امي ثم أمي ثم أمي

الى أبي الغالي الذي يكفيني أسمه شرفا

الى سندي في هذه الدنيا اخوتي وأخواتي

الى الزهور التي تعطر حياتي أفراد عائلتي

الصغيرة الذين ساندوني في كل انجازاتي

وصبروا معي لأخر لحظة قمت فيها بهذا العمل

الى رفيقات دربي في الدراسة لمقدم حكيمة، زموري شيماء، دهاينين مختارية ، وأختي في العروبة من مصر الشقيقة ولاء عباس.

والى كل أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

بوقطاف عقيلة .

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى التحقق من فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح قائم على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام(ACT) للتخفيف من الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وكذلك مدى استمرار فعاليته بعد ثلاثة أشهر من انتهاء تطبيق الجلسات العلاجية تكونت عينة الدراسة من (18) أما من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد المسجلين بالمركز البيداغوجي النفسي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة، تم تقسيمهن بالتساوي الى مجموعتين الأولى تجريبية قوامها (9) أمهات والثانية ضابطة قوامها (9) أمهات، واعتمدت الباحثة على المنهج الشبه التجريبي، واستخدمت الأدوات التالية: مقياس الضغوط النفسية المعد من طرف السرطاوي والشخص (1998) في البيئة الأردنية، والمعدل من طرف الباحثة ياسمين باشا على البيئة الجزائرية في (2016)، مقياس جودة الحياة لبوعامر نعيمة (2018)، المقابلة العيادية النصف موجهة، استمارة المعلومات، والبرنامج العلاجي المعد من طرف الباحثة. ولاختبار صحة فروض الدراسة تم علاج بياناتها احصائيا بالاعتماد على الحزمة الإحصائية (SPSS) باستخدام اختبار Ttest لدراسة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة ومربع معامل إيتا n^2 لقياس حجم الأثر.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات القياس القبلي والقياس البعدي للضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وبالتالي فالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي القائم على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام فعال في التخفيف من الضغوط النفسية، وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. كما أثبتت النتائج استمرار فعالية البرنامج بعد ثلاثة أشهر من انتهاء تطبيق الجلسات العلاجية.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، العلاج بالتقبل والالتزام، الضغوط النفسية، جودة الحياة.

فهرس المحتويات

العنوان		الصفحة
مقدمة		1
الجانب النظري		
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة		
الإشكالية	01	6
الفرضيات	02	18
أهداف الدراسة	03	19
أهمية الدراسة	04	19
تحديد مفاهيم الدراسة	05	20
الفصل الثاني: الضغوط النفسية		
تمهيد		23
نبذة تاريخية عن مفهوم الضغوط النفسية	01	23
تعريف الضغوط النفسية	02	25
النظريات المفسرة للضغوط النفسية	03	30
النماذج المفسرة للضغوط النفسية	04	39
خصائص الضغوط النفسية	05	47
مصادر الضغوط النفسية	06	49
أعراض الضغوط النفسية	07	51
أثار الضغوط النفسية	08	53
أنواع الضغوط النفسية	09	55
استراتجيات مواجهة الضغوط النفسية	10	57
الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:	11	61
الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد	12	66
خلاصة		72
الفصل الثالث: جودة الحياة		
تمهيد		74
تاريخ وتطور مفهوم جودة الحياة	01	74

02	تعريف جودة الحياة	**75**
03	الصعوبات التي تواجه تحديد تعريف مفهوم جودة الحياة	**78**
04	المفاهيم المرتبطة بجودة الحياة	**79**
05	الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة	**80**
06	النظريات والنماذج المفسرة لجودة الحياة	**84**
07	أبعاد ومكونات جودة الحياة:	**92**
08	مقومات جودة الحياة:	**97**
09	معوقات جودة الحياة.	**98**
10	جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:	**99**
11	جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد	**101**
	خلاصة	**104**
الفصل الرابع: اضطراب طيف التوحد		
	تمهيد	**106**
01	البدايات التاريخية للتوحد	**106**
02	مفهوم اضطراب طيف التوحد	**109**
03	تعريف اضطراب طيف التوحد	**109**
04	انتشار اضطراب طيف التوحد	**112**
05	العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد	**114**
06	النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد	**124**
07	خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد	**130**
08	تشخيص اضطراب طيف التوحد	**140**
09	برامج التدخل العلاجية والتربوية مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد	**153**
10	دور الأولياء في عملية التكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد	**162**
	خلاصة	**164**
الفصل الخامس: العلاج بالتقبل والالتزام		
	تمهيد	**166**
01	العلاج المعرفي السلوكي	**166**
02	نشأة وفلسفة لعلاج بالتقبل والالتزام	**168**

03	الأسس الفلسفية والنظرية للعلاج بالتقبل والالتزام	168
04	مراحل تطور العلاج بالتقبل والالتزام	171
05	تعريف العلاج بالتقبل والالتزام	172
06	خصائص العلاج بالتقبل والالتزام	175
07	أسس ومبادئ العلاج بالتقبل والالتزام	175
08	الافتراضات الأساسية للعلاج بالتقبل والالتزام	176
09	أهداف العلاج بالتقبل والالتزام:	179
10	ماهية المرونة النفسية	181
11	تفسير نشأة الاضطراب النفسي من وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام	184
12	نموذج المرونة النفسية للعلاج بالتقبل والالتزام ACT	189
13	كالعلاج بالتقبل والالتزام من الناحية التطبيقية	197
14	فعالية العلاج بالتقبل والالتزام	201
	خلاصة	204
الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية		
	تمهيد	206
01	الدراسة الاستطلاعية	206
1.1	أهداف الدراسة الاستطلاعية	206
2.1	الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الاستطلاعية	207
3.1	عينة الدراسة الاستطلاعية	207
4.1	إجراءات الدراسة الاستطلاعية	207
5.1	نتائج الدراسة الاستطلاعية	209
02	الدراسة الأساسية	209
1.2	الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية	209
2.2	منهج وتصميم الدراسة الأساسية	209
3.2	مجتمع وعينة الدراسة الأساسية	211
4.2	أدوات الدراسة الأساسية	223
03	البرنامج العلاجي	233
1.3	تعريف البرنامج العلاجي	233
2.3	الخلفية النظرية للبرنامج العلاجي	234

3.3	أسس البرنامج العلاجي	**234**
4.3	أهداف البرنامج العلاجي	**235**
5.3	المبادئ والضوابط المعتمدة التي وجب مراعاتها في بناء البرنامج العلاجي	**238**
6.3	الفئة المستهدفة بالبرنامج	**238**
7.3	ضبط البرنامج والتحقق من صلاحيته	**238**
8.3	حدود البرنامج	**240**
9.3	مصادر بناء البرنامج	**240**
10.3	الأسلوب العلاجي المستخدم	**241**
11.3	مراحل تطبيق البرنامج	**241**
12.3	تقييم البرنامج	**242**
13.3	وسائل عرض وتنفيذ البرنامج	**243**
14.3	الاستعارات والتمارين المستخدمة في البرنامج	**244**
15.3	الفنيات والأساليب المساعدة	**260**
04	عرض جلسات البرنامج	**261**
05	عرض وتحليل وتفسير النتائج	**291**
–	الخاتمة	**326**
–	التوصيات	**327**
–	قائمة المصادر والمراجع	**329**
–	قائمة الملاحق	

فهرس الجداول

الرقم	**العنوان**	**الصفحة**
01	الأثار المترتبة عن زيادة الضغوط النفسية	**54**
02	مجالات جودة الحياة ومؤشراتها حسب شارلوك	**88**
03	تفاصيل جودة الحياة	**93**
04	معوقات جودة الحياة	**98**
05	يوضح محكات التشخيص حسب اصدارات(ICD)	**144**
06	فروق التشخيص بين الطبعتين من الدليل التشخيصي(DSM)	**148**
07	التغيرات في التشخبص للاصدارين الخامس والخامس المعدل	**150**

08	التصميم الشبه تجريبي للعينتين الضابطة والتجريبية	210
09	خصائص العينة التجربية	212
10	خصائص العينة الضابطة	213
11	تجانس السن الامهات بين المجموعة التجريبية والضابطة	214
12	تجانس السن الطفل بين المجموعة التجريبية والضابطة	215
13	تجانس سن تشخيص الطفل بين المجموعة التجريبية والضابطة	215
14	تجانس المستوى التعليمي بين المجموعة التجريبية والضابطة	216
15	تجانس شدة الاضطراب بين المجموعة التجريبية والضابطة	217
16	تجانس في مستوى المعيشة بين المجموعة التجريبية والضابطة	218
17	التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في الضغوط النفسية	219
18	التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في جودة الحياة	221
19	ثبات مقياس الضغوط النفسية بالفا كرونباخ	225
20	ثبات مقياس الضغوط النفسية بالتجزئة النصفية	226
21	صدق مقياس الضغوط النفسية بطريقة المقارنة الطرفية	227
22	ثبات مقياس جودة الحياة بالفا كرونباخ	230
23	ثبات مقياس جودة الحياة بالتجزئة النصفية	231
24	صدق مقياس الضغوط النفسية بطريقة الصدق الترميزي	223
25	النسب المؤوية لمعايير صدق البرنامج العلاجي	239
26	عرض مختصر لجلسات البرنامج العلاجي	261
27	الفروق في القياسين القبلي والبعدي في الضغوط النفسية مجموعة تجربية	291
28	الفروق في القياسين القبلي والبعدي في الضغوط النفسية مجموعة ضابطة	297
29	الفروق في القياسين البعدية في الضغوط النفسية بين المجموعتين.	301
30	الفروق في القياسين البعدي والتتبعي في الضغوط النفسية للمجموعة التجريبية	306
31	الفروق في القياسين القبلي والبعدي في جودة الحياة للمجموعة تجربية	310
32	الفروق في القياسين القبلي والبعدي في جودة الحياة مجموعة ضابطة	313
33	الفروق في القياسين البعدية في جودة الحياة بين المجموعة ضابطة والتجريبية	315
34	الفروق في القياسين البعدي والتتبعي في جودة الحياة للمجموعة التجريبية	318
35	حجم التاثير للبرنامج العلاجي	321
36	معايير حجم التاثير	321

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مخطط يوضح الاتجاهات التي تناولت تعاريف الضغوط النفسية	30
02	مخطط يوضح مراحل ومظاهر الاستجابة وفق نموذج هانز سيلي	33
03	مخطط نظرية التقدير المعرفي	35
04	نموذج كوبر في تفسير الضغوط	41
05	مخطط يمثل كيفية حدوث الضغوط حسب كوكس	43
06	نموذج موس وشيفر في تفسير الضغوط النفسية	46
07	التناول التجميعي لجودة الحياة	84
08	جودة الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة	87
09	تفصيلات نظرية اندرسون في جودة الحياة	89
10	أبعاد النموذج التكاملي لجودة الحياة	90
11	تصور أبو سريع وآخرون لمحددات جودة الحياة	91
12	مخطط يوضح الأبعاد المتعددة لجودة الحياة	96
13	بيانات نسب انتشار اضطراب طيف التوحد بين(2000-2020) حسب (CDC)	144
14	يوضح نموذج تفسير نشأة الاضطراب النفسي حسب ACT	188
15	نموذج العمليات الستة للعلاج بالتقبل والالتزام ACT	196
16	تمرين نقطة الاختيار	246
17	معادلة التقبل	251
18	استعارة انت لست القمع	254
19	تمرين نحو العمل الملتزم	259
20	تمرين قلب الهدف	259
21	النموذج النهائي لإعادة شرح ما تم تعلمه في الجلسات السابقة	260

مقدمة:

تعتبر الأسرة الوسط الأول الذي ينشأ فيه الطفل والركيزة الأساسية لبناء شخصيته بما توفره له من رعاية واهتمام وما تقدمه من أشكال الدعم والحماية، فتلبي احتياجاته البيولوجية، النفسية والاجتماعية، مما يسمح له بتحقيق التوازن النفسي–الاجتماعي، كما تزوده بكل ما يحتاجه من مهارات لمواجهة الحياة، الا أن هذه المهمة تصبح أكثر تعقيدا وتزداد أعبائها بوجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، فالإعاقة بكل أنواعها تشكل عبئا نفسيا واقتصاديا واجتماعيا على الوالدين، وخاصة إذا تعلق الأمر باضطراب طيف التوحد الذي يعد من الاضطرابات الارتقائية المعقدة والغامضة لما يتصف به من أعراض حادة ومؤثرة في مجالات عدة لدى الفرد المصاب، كالقصور في التفاعل الاجتماعي ونقص وقصور في المهارات الاجتماعية والتواصلية وعدم الاستقلالية والمشكلات المعرفية والسلوكية بالإضافة إلى السلوك النمطي وسلوك ايذاء الذات والأخر وغيرها من الصعوبات والمشكلات التي قد تلازم الطفل التوحدي طوال حياته، فتؤثر وتنعكس بالسلب على كل أفراد أسرته وخاصة الأم على اعتبار أنها الأقرب له والأكثر التصاقا به، فهي تحاول فهمه واحتواءه وتعمل جاهدة على الاعتناء به وتلبية احتياجاته، الا أن عدم استجابته وقلة تفاعله معها واعتماديته المطلقة عليها يؤدي بها الى المعاناة من أحاسيس مختلفة، كعدم الثقة بقدرتها على الأمومة، وشعورها بالإحباط واليأس والقلق، والشعور بالوصمة والتقييد، والخوف من المستقبل وعدم الاستمتاع بالحياة، فأم الطفل التوحدي تواجه عدة تحديات تتعلق باضطراب طفلها الى جانب المسؤوليات والواجبات المفروضة عليها كزوجة وأم وربة منزل، وهذا ما يولد لديها العديد من الضغوط النفسية التي تؤثر سلبا على جودة حياتها بمختلف أبعادها الصحية والنفسية الأسرية ،الاجتماعية والمادية. فهي بحاجة الى الدعم والمساندة، فبالرغم من التطور الحاصل في البرامج التربوية الخاصة وما تقدمه من خدمات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلا أن هذا التطور لم يشمل تقديم الخدمات لأمهات هؤلاء الأطفال بصورة كافية خاصة في مجتمعنا، الأمر الذي يجعلهن أكثر عرضة للمشكلات النفسية والعضوية، التي قد تتسبب في ارتفاع الضغوط النفسية لديهن والنظرة السلبية للحياة وبهذا فان فئة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بحاجة ماسة الى الدعم والمساندة من كل المحيطين بهن انطلاقا من العائلة الى المهنيين والمختصين النفسانيين والباحثين وعلى هذا الأساس حاولت الباحثة تطبيق برنامج علاجي قائم على نظرية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وهذا من منطلق أن العلاج بالتقبل والالتزام يندرج ضمن النماذج العلاجية السلوكية التي أثبتت فعاليتها في التدخل مع أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام وأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بشكل خاص في مواجهة العديد من الاضطرابات النفسية والمشكلات الحياتية، فهو علاج قائم على تقبل ما هو

خارج عن سيطرة الشخصية والالتزام باتخاذ إجراءات تثري الحياة وتجعل لها معنى رغم الألم الحتمي، وذلك عن طريق تعلم وممارسة مهارات نفسية تعرف بمهارات التعقل، والتي تسهم في رفع المرونة النفسية للتعامل مع الأفكار والمشاعر المؤلمة بفعالية مما يقود الفرد الى عيش حياة ذات مغزى وهذا ما يعطيه دافعا قويا للكفاح مهما كانت الظروف ويساعده على تجاوز مختلف الصعوبات والمشكلات ويصبح أكثر انجازا بما يتوافق مع قيمه وأهدافه الواقعية.

ومن أجل دراسة موضوع فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تم تقسيم الدراسة الى جانبين هما الجانب نظري والجانب تطبيقي.

تضمن الجانب النظري خمسة فصول وهي:

الفصل الأول: الاطار العام للدراسة ويحتوي على إشكالية الدراسة وفرضياتها، تحديد المفاهيم، أهمية وأهداف الدراسة حدود الدراسة.

الفصل الثاني: الضغوط النفسية وتم فيه التطرق الى نبذة تاريخية عن مفهوم الضغوط النفسية، تعريف الضغوط النفسية، النظريات والنماذج المفسرة لها، خصائص وأعراض الضغوط النفسية، أنواع الضغوط النفسية واستراتجيات مواجهتها، الضغوط النفسية أسر وامهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الفصل الثالث: جودة الحياة وتم التطرق فيه الى تاريخ وتطور مفهوم جودة الحياة، تعريف جودة الحياة والصعوبات التي تواجه تحديد تعريف لمفهومها، جودة الحياة والمفاهيم المرتبطة بها، الاتجاهات النظرية والنظريات والنماذج المفسرة لجودة الحياة، أبعاد ومكونات جودة الحياة، مقومات ومعوقات جودة الحياة جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الفصل الرابع: اضطراب طيف التوحد وتم التطرق فيه الى البدايات التاريخية للتوحد، مفهوم وتعريف اضطراب طيف التوحد، انتشار اضطراب طيف التوحد كما يضم هذا الفصل العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد والنظريات المفسرة له، خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تشخيص اضطراب طيف التوحد و برامج التدخل العلاجية والتربوية مع أطفال التوحد، دور الأولياء في عملية التكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الفصل الخامس: العلاج بالتقبل والالتزام وتضمن هذا الفصل نشأة وفلسفة لعلاج بالتقبل والالتزام، الأسس الفلسفية والنظرية ومراحل تطور العلاج بالتقبل والالتزام، تعريف العلاج بالتقبل والالتزام، خصائص العلاج بالتقبل والالتزام، أسس ومبادئ والافتراضات الأساسية للعلاج بالتقبل والالتزام، أهداف العلاج بالتقبل والالتزام ماهية المرونة النفسية، تفسير نشأة الاضطراب النفسي من وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام، نموذج المرونة النفسية، العلاج بالتقبل والالتزام من الناحية التطبيقية، فعالية العلاج بالتقبل والالتزام.

الجانب التطبيقي للدراسة الذي يحتوي على فصلين وهما:

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة ويتضمن هذا الفصل المنهج المتبع في الدراسة متغيرات الدراسة، الدراسة الاستطلاعية عينة الدراسة وأدوات الدراسة والتي تمثلت في مقياس الضغوط النفسية ومقياس جودة الحياة ، البرنامج العلاجي و في الأخير الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة البيانات.

الفصل السابع: عرض وتحليل النتائج تم فيه عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج المتوصل اليها في الدراسة وبلورة ما جاء في الدراسة ضمن الاستنتاج العام والخاتمة وفي الأخير تقديم الاقتراحات والتوصيات.

الجانب النظري
للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام

للدراسة

-إشكالية الدراسة:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التي حظيت باهتمام كبير في مجال البحث، الا أنه لازال مشكلة تحير العلماء والباحثين، وتجربة مؤلمة للمصابين به وأوليائهم، كونه من أكثر الاضطرابات النمائية غموضا نظرا لعدم معرفة أسبابه الحقيقية من ناحية، وشدة وغرابة أنماطه السلوكية غير التكيفية من ناحية أخرى، وأهم مظهر للقصور في هذا الاضطراب يتجسد في الجانب التواصلي والتفاعل الاجتماعي للطفل فهو يصيب الطفل في مراحل حياته الأولى، ويؤثر على مختلف جوانب نموه العقلية والاجتماعية، النفسية والحسية والحركية، مما يجعله يعاني من عدة صعوبات في حياته.

وقد عرف اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5,2013) للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders العقلية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية American Psychiatric Association بأنه "اضطراب نمائي عصبي يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويتمثل في قصور نوعي يظهر في ثلاث مجالات نمائية هي: التفاعل الاجتماعي، القدرة على التواصل (بنوعيه اللفظي وغير اللفظي جملة من الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية.(APA,2013).

أما الهيئة العليا للصحة بفرنسا (2018) Haute Autorité de Sante فبينت بأن هذا الاضطراب يتميز بالعجز المستمر في التواصل والتفاعلات الاجتماعية كما يمتاز بنوع من التقييد والتكرار للسلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة، ويتم تحديد شدتها وفقا لمستوى المساعدة التي يطلبها الشخص في هذه المجالات المختلفة(HAS,2018,p7).

بينما ورد في تقرير الأمم المتحدة (2023) World Health Organization في اليوم العالمي للتوعية بالتوحد بأن "التوحد حالة عصبية تظهر خلال مرحلة الطفولة المبكرة وتستمر مدى الحياة، بغض النظر عن الجنس أو العرق أو الحالتين الاجتماعية والاقتصادية(WHO,2023).

وعليه فان التوحد اضطراب نمائي عصبي تبدأ مؤشراته بالظهور خلال السنوات الاولى من عمر الطفل وتلازمه طوال حياته، بحيث يعاني من القصور في التفاعل الاجتماعي، ونقص وقصور في المهارات الاجتماعية والتواصلية مع سلوكيات متكررة ونمطية، كما يصيب كلا الجنسين وجميع الأعراق البشرية في مناطق العالم.

ورغم الأبحاث والدراسات التي عنيت بالتوحد منذ أن شخصه الدكتور ليو كانر (kanner Leo) سنة (1943) الا أن الخلافات حول تصنيفه وتسميته، طبيعته ومسبباته، تشخيصه وكيفية علاجه مازالت مستمرة الى يومنا هذا، ورغم تغيير المصطلحات وتطور الفرضيات الجديدة باستمرار الا أنه لم يتوصل الى اجماع حوله (الجادري وأسيل الجادري،2019).

وقد شهد اضطراب طيف التوحد تنامي في معدلات الإصابة به لدرجة أنه وصف بالوباء حيث سجلت الاحصائيات أرقام قياسية في الآونة الأخيرة على المستوى العالمي والمحلي ففي (2010) تم تسجيل ما يقارب 52 مليون شخص يعانون من اضطراب طيف التوحد في العالم ويمثل هذا الرقم زيادة هائلة مقارنة بالسنوات السابقة (Maenner MJ et al,2021).

في حين أشارت التقديرات سنة (2022) إلى معاناة حوالي طفل لكل 100 طفل من التوحد في العالم (Zeidan.J et al,2022). وتمثل هذه التقديرات رقماً متوسطاً، لأن معدل الانتشار المبلغ عنه يختلف اختلافاً شديداً بين الدراسات فبعض الدراسات المضبوطة بشكل جيد أفادت أن معدلات انتشاره أعلى بكثير، بينما يبقى معدل انتشار التوحد غير معروف في العديد من الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط (منظمة الصحة العالمية،2023). حيث أشار شليحي(2021) الى أن كل من دول افريقيا وأمريكا الجنوبية أبلغت على نسب واحصائيات غير متطابقة مع الاحصائيات العالمية لانتشار التوحد، وهذا بسبب الدراسات الغير كافية وغير الموثوقة واستخدام الأدوات والمعايير غير متجانسة مما جعل الفجوة تتسع بين النسب والاحصائيات بالإضافة الى قلة الوعي الاجتماعي بالتوحد(شليحي،2021، ص.200).

أما مراكز السيطرة والحماية من الأمراض(2023) Centers of Disease Control and Prevention فقد بينت أن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد وصلت من(1الى36) طفل بين المواليد الجدد في الولايات المتحدة الأمريكية. وتعد هذه النسبة أعلى مقارنة بالتقديرات الواردة في السنوات الماضية حيث بلغت(1الى150) سنة (2000) و(1الى110) سنة (2006)،أما في سنة (2014) فقد بلغت(1الى59)، كما ان إصابة الذكور أكثر من الاناثِ(CDC,2023).

ويرجع التسجيل المتزايد والانتشار الواسع والسريع للتوحد بشكل ملحوظ في أمريكا الشمالية وجميع أنحاء أوروبا وبعض البلدان في آسيا إلى العوامل التي تم وضعها من قبل الحكومات وتشمل توافر الخدمات واتاحتها بسهولة، وتقليل سن التشخيص، الوعي بالتوحد بين الأسر والعاملين في مجال الرعاية الصحية وتوسيع معايير التشخيص المقبولة(شليحي،2021، ص.200).

وعليه فان الارتفاع المسجل لعدد حالات المصابين باضطراب طيف التوحد في الدول المتقدمة يفسر بالاهتمام الواسع بهذا الاضطراب ومتابعة المصابين به على أحسن وجه بالإضافة الى عمليات التوعية الواسعة والتغطية الإعلامية الكبيرة كما ان العيش قرب المراكز الحضرية وإمكانية الحصول على الرعاية الطبية عالية الجودة يزيد من فرص التشخيص الدقيق والتكفل الجيد.

أما في المنطقة العربية تبقى معدلات الإصابة بالتوحد منخفضة مقارنة بالدول المتقدمة ويمكن ارجاع ذلك لعدة عوامل منها صعوبة إجراء التشخيص السليم، وافتقار أطباء الأطفال – بشكل نسبي – إلى الخبرة اللازمة لتشخيص الاضطرابات النفسية والتعامل معها مقارنة بأقرانهم الغربيين كما يوجد نقص في الأطباء المتخصصين في معالجة اضطرابات النمو لدى الأطفال، بالإضافة في نقص الوعي لدى الاولياء فيما يتعلق باضطرابات طيف التوحد، لذا يمكن إرجاع التفاوت بين معدلات انتشار الاضطراب بين العالمين العربي والغربي إلى نقص التشخيص وعدم الإبلاغ عن الحالات التي تظهر عليها أعراض الاضطراب https://draya-eg.org/2022.

وفي هذا الصدد أشار الغرير (2018) من خلال دراسته التي هدفت الى التعرف على واقع تقييم وتشخيص أطفال التوحد في الوطن العربي من وجهة نظر الخبراء وأخصائيين الى أن كفاءة وفاعلية تشخيص حالات التوحد دون المستوى المطلوب مقارنة بالمعايير الدولية، بالإضافة الى قلة الكوادر المتخصصة في ذلك وعدم توفر الاختبارات المقننة بدرجة كافية، واعتماد أسلوب تشخيص تقليدي وغير محدث ضمن معايير الجودة العالمية، كما توصلت النتائج إلى درجة متوسطة من الرضا حول آلية وإجراءات التشخيص، وسجلت نسبة لا بأس بها من الأخطاء في التقارير الصادرة، وأوصى بوضع آلية ومنهجية واضحة ضمن المعايير العالمية في تقييم وتشخيص فئة أطفال التوحد ودعم المراكز الخاصة بالكوادر المدربة والمؤهلة، والاتفاق على منهج عربي موحد في تشخيص حالات التوحد بمختلف مكوناتها ومستوياتها وتصنيفاتها.

فأغلب الدراسات في دول العالم الثالث تستند الى تقديرات نظرية تعتمد على النسب العالمية لرصد معدلات الانتشار وتطورها بحيث يتم اسقاط تلك النسب على البلدان النامية وهذا الامر ينطبق على الجزائر حيث أشارت مهيدة ومجبر (2022) أن رئيس الفدرالية الوطنية للمصابين بالتوحد أفاد أن الفدرالية قامت بإجراء دراسة تخمينية بمعية اللجنة العلمية الوطنية وذلك سنة (2020) انطلاقا من الإحصائيات الخاصة بالولايات المتحدة الأمريكية التي وصلت فيها نسبة المصابين(3 حالات من كل 100حالة) في(2018) حيث قاموا باستنباط نسبة وسطية تقدر بحالة واحدة من كل مئة نسمة فاذا اعتبرنا أن عدد السكان في الجزائر 43.9 مليون نسمة يمكن القول أن هناك 440 ألف شخص توحدي، ولكن هذه الاحصائيات تبقى تقريبية حيث لا تخضع لأسس علمية ولا تعدو أن تكون تخمينات تستجيب لقلق الأولياء.

الا أن المختصين يحذرون من الارتفاع السريع الذي يشهده معدل الإصابة باضطراب التوحد في الجزائر ويؤكدون على أهمية تكثيف الجهود في مجال التكفل بالمصابين ومرافقة أوليائهم، مع ضرورة التشخيص المبكر من أجل التكفل الناجع وضمان الادماج المدرسي والاجتماعي لهذه الفئة التي يتطلب التكفل بها تدخل عدة مختصين، فقد وصف البروفيسور مجيد ثابتي رئيس مصلحة الأمراض العقلية للأطفال والمراهقين بالشراقة ورئيس القسم الطبي بمركز التوحد ببن عكنون (2018) الأرقام الأخيرة بالمخيفة حيث سجلت إصابة واحدة من بين 55 مولود جديد وهذا أمر مخيف جدا، حيث ألح على ضرورة الكشف المبكر والتكفل الناجع بهذه الفئة لإدماجهم في المجتمع مستقبلا.

ورغم كل الجهود المبذولة والإجراءات المتخذة للتكفل بذوي اضطراب طيف التوحد الا أن هذه الفئة لاتزال مهمشة، ليلتحق المزيد من الاولياء برحلة صعبة ومليئة بالتحديات، انطلاقا من مرحلة التشخيص وصولا إلى متاهات التكفل الذي يتطلب اشراف ورعاية متواصلة على مدار اليوم والساعة من طرف الأولياء في مقابل نقص الكفالة المتخصصة ومراكز الرعاية والعلاج، لذا يشعر هؤلاء الأولياء بأنهم يتحملون مالا يطيقون من أعباء وأنهم يفتقرون للدعم رغم محاولتهم بشتى الطرق للتأقلم مع الحياة.

فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن وجود طفل لديه اضطراب طيف التوحد في الأسرة يشكل عبئا كبيرًا عليها كدراسة كل من (Altiere and VonKluge, 2009) ,(Bonis,2016)،(Kuhn et al ,2018) التي خلصت الى أن أولياء أطفال التوحد يعانون من ارتفاع مستوى التوتر وسوء الحالة النفسية والشعور بالاكتئاب والشعور بالدمار واليأس عند تشخيص أطفالهم بالتوحد، كما لوحظ ارتباط قوي بين ضعف تواصل الوالدين بالطفل التوحدي وبين ارتفاع مستوى الأعراض الاكتئابية والضغوط والشعور بالعبء الزائد.

فاكتشاف وتشخيص الطفل بأنه توحدي يعد موقفا وحدثا ضاغطا يؤدي الى تغيير الأدوار والتوقعات الاسرية وما يصاحب ذلك من ردود أفعال انفعالية جراء فقدان الوالدين لآمالهم وطموحاتهم (القاضي،2010).

كما تمثل رعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تحديا كبيرا بحيث يضع الحياة الأسرية تحت ضغط شديد فالمستوى الأعلى للاحتياجات والمطالب يؤدي بالأولياء الى القيام بإنفاق قدر كبير من الوقت والجهد والصبر على رعاية أطفالهم، والمشاركة في علاجاتهم ربما على حساب أمور أخرى مهمة (Aleadein et al.,2020,p.521). وهذا ما يجعل الأولياء ينظرون الى التوحد على أنه مصدر قلق صحي لهم وعبئا اجتماعيا واقتصاديا كبيرا عليهم وعلى نظام الرعاية الصحية (Cidav.Z et al,2012). حيث يعاني والدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من تحمل مسؤولية تلبية احتياجات أطفالهم طوال حياتهم وتوفير الرعاية الجسدية والانفعالية والدعم المالي(Marsack & Perry,2018).

ولذلك فان وجود طفل مصاب بالتوحد ليس بالأمر السهل على الأسرة بأكملها، فهو يؤثر بشكل مباشر على كثير من جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسلوكية والعاطفية والانفعالية لأفراد الاسرة.

فقد ذكر Khuan et al.(2022) بأن اضطراب طيف التوحد يعد سبباً مباشراً في ضغوط كبيرة لدى العائلات التي لديها هؤلاء الأطفال، كما يصنف من بين أكثر الاضطرابات النمائية التي تسبب ضغوطاً نفسية مرتفعة لأسر المصابين به. حيث يرتفع الضغط النفسي لوالدي الطفل المصاب بالتوحد أكثر من الضغط النفسي لوالدي الطفل المصاب بأي إعاقة نمائية أخرى كمتلازمة داون أو والدي الطفل طبيعي النمو، بسبب الصعوبات الشديدة في اللغة والتفاعل الاجتماعي، والقدرة على العناية بالذات لدى أطفال التوحد (Gong,Yun et al, 2015). وعليه فان الطفل التوحدي يمثل حالة فريدة من نوعها، لديه مشكلاته المختلفة عن مشكلات الإعاقات الأخرى وهذا الاختلاف يخلق ضغوطاً متنوعة لدى أسرته فقد تكون أشد وأقوى من مشكلات باقي الأسر (الفقي،2016). ففي الغالب يصعب على الوالدين تكوين ارتباط قوي بينهما وبين الطفل المصاب بالتوحد بسبب الافتقار إلى التفاعل المتبادل والاستجابة الاجتماعية التي تميز الاضطراب. كما أن اعتمادية الطفل التوحدي على الوالدين في تلبية احتياجاته الرئيسية وتأخر وصوله الى مستويات مناسبة من الاستقلالية تجعل الوالدين يواجهان الكثير من الأعباء المتعلقة بالاستجابة لمتطلبات الرعاية اليومية له (Kirk &Gallagher,2012).

بالإضافة الى المشكلات السلوكية للطفل التي تعد من أكبر التحديات والضغوط التي تواجه جهود الأسرة فسلوك الطفل التوحدي محدود وضيق المدى، كما تشيع لديه نوبات انفعالية حادة وهذا لا يؤدى إلى نمو الذات وقد يصبح مصدر إزعاج للجميع ومن أبرز هذه السلوكيات فرط الحركة وسلوكيات لا إرادية مثل رفرفة اليدين، وهز الجسم ويظهر الطفل قصورا واضحا في دافعتيه إزاء المثيرات الموجودة ويتسم بالسلوك النمطي، والشعور بالقلق المفرط عند محاولة تغيير أنماطه المعتادة، ويبدي سلوكا عدوانيا وإيذاء للذات وغيرها من السلوكيات الشاذة (Felce & Kerr,2013).

وبصفة عامة تعد حدة أعراض التوحد لدى الطفل والتي تتضمن المشكلات السلوكية منبئا قويا بالضغوط الوالدية، فقد توصلت Sim et al (2018) في دراستها التي هدفت لتحديد العوامل الرئيسية المرتبطة بالضغوط الشديدة لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى أن 44% من مقدمي الرعاية أشاروا الى وجود ضغوط شديدة تتعلق بتربية الطفل التوحدي، وارتبطت هذه الضغوط لدى الأسر بالتشخيص غير المحدد للطفل، ارتفاع التكاليف المتعلقة بتغطية نفقات التدخل العلاجي وعدم الوصول إلى العلاج الفردي العلاقات السلبية للطفل مع الوالدين وانخفاض القدرة على الاختلاط بالآخرين مع عدم توفر الدعم الاجتماعي الكافي للأسرة.

فالعديد من الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد أشارت إلى أن معظم هذه الأسر يمكن أن تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل إلى درجة المرض، وتختلف درجة الضغط النفسي من فرد إلى آخر داخل الأسرة الواحدة أو بين أسرة وأخرى (مجيد،2010،ص). كما خلصت دراسة المعهد الدولي للأسرة بالدوحة (2018) الى أن أسر الأطفال المصابين بالتوحد تواجه تحديات كبيرة ومتنوعة تؤثر تأثيرا سلبيا على أسلوب الحياة لدى الآباء والأمهات ورفاهم النفسي، حيث بينت وأثبتت الدراسات بشكل متسق أن أمهات أطفال التوحد سجلن مستويات أعلى من التوتر والضغط الوالدي (المعهد الدولي للأسرة بالدوحة،2018). كما لوحظ أن الآباء أقل شعورًا بالضغوط وأكثر مرونة من الأمهات، ويرجع ذلك إلى أن الأمهات الأكثر التصاقا واحتكاكا بالطفل ولديهن استعداد لقراءة مشاعره(كمال2013؛ دقة،2013). فالأم هي الشخص الأقرب للطفل التوحدي تحمل العبء الأكبر لاحتوائه والاعتناء به وتبذل جهودا لتلبية احتياجاته ومتطلبات رعايته، فهي تحاول باستمرار فهم طفلها والتقرب منه لبناء علاقة عاطفية معه الا أنها تجد صعوبة في ذلك نظرا لعدم استجابته وتفاعله معها.

هذا ما يؤدي الى معاناة أم الطفل التوحدي من أحاسيس مختلفة مثل عدم الثقة بقدرتها على الأمومة وإحساسها بالألم لعدم استجابة الطفل العاطفية، والتعب الجسدي والقلق الدائم والشعور بالتقييد، وعدم الاستمتاع بالحياة والخوف من الحمل القادم والشكوك بالعوامل الوراثية، والشعور بالإحباط لعدم وجود مصادر الدعم المساعدة واتباع حياة روتينية لا يمكن تغييرها والبكاء باستمرار وعدم القدرة على النوم بالإضافة الى مواجهتها للوم الاخرين (عبيد،2012،ص.238). فكثير من الأشخاص في المجتمع يلومون الأم على أي مشكلة تحصل مع طفلها ويغفلون عن أن هذه المشكلة عبارة عن اضطراب عصبي نمائي في الدماغ، والأم ليس لها يد في تشكيله (محمد، 2018). وبذلك نجد أم الطفل التوحدي تواجه مشاعر الألم الناجم عن اضطراب طفلها واللوم الموجه اليها من طرف المحيطين بها بالإضافة الى مشاعر العجز حيال الدور الجديد الذي يفرضه عليها وجود هذا الطفل، وأيضا المسؤوليات التي تنتظرها والتي تعد غير معروفة ومجهولة تماما بالنسبة لها إلى حد كبير، وبالتالي تحدث تغيرات في نمط حياتها ويفرض عليها قيود تمنعها من ممارسة نشاطاتها السابقة، فهذه المشكلات والانفعالات التي تعيشها الأم تهدد بطريقة مباشرة صحتها النفسية والجسمية ،حيث يؤكد Rayan and Ahmed (2016) بأن أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على وجه التحديد يتعرضن لمستويات عالية من الضغوط النفسية أكثر من أمهات الاطفال ذوي الإعاقات والمشكلات التطورية الأخرى.

فالصعوبات التي يجلبها الطفل التوحدي للأم هائلة فمهما كان مقدار عطائها عظيماً الا أن الطفل يبقى بحاجة إلى المزيد من الرعاية والاهتمام (Gernsbacher, 2005). فهو يفتقر الى التواصل والتفاعل

بالإضافة الى سلوكياته النمطية والتكرارية التي يغلب عليها طابع الغرابة والشذوذ والفوضى والتي تنعكس بدورها على أداءه السلوكي، فيشكل ذلك إزعاجا وقلقا للام نظرا لانشغالها الدائم بتلبية احتياجاته ومتطلباته كما تحاول جاهدة فهمه لاختراق الحاجز الذي يعزله عنها وعمن حوله، وبذلك تواجه تحديات تولد لديها العديد من الضغوط النفسية.

حيث تعرف الضغوط النفسية لدى أمهات اطفال التوحد بأنها "مجموعة المواقف التي توجهها أمهات هؤلاء الأطفال بما يفوق إمكانياتهن وقدراتهن مما يتسبب في انهيارهن وإصابتهن ببعض الأعراض الفسيولوجية والنفسية والمهنية بالقدر الذي يقلل من قدراتهن على التكيف الشخصي والاجتماعي لمطالب الحياة اليومية" (أبو العطا،2015،ص.384).

كما يشير Zidman-Zait et al. (2017,p.157) الى ان الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد تعبر عن اضطراب في منظومة المعالجة المعرفية للموقف فالموقف اذا تم معالجته باستجابات تكيفية يتمكن الفرد من مواجهة الضغوط، اما اذا كانت المعالجة وفق استجابات لا تكيفية نتج عن ذلك شعور الفرد بحالة توتر وقلق وهذا قمة الشعور بالضغط النفسي. فضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد تعكس استجابة غير متزنة نتيجة لتعرضهن لمواقف تفوق توقعاتهن، فوجود الطفل التوحدي يعد مصدر قوي جدا لهذه المواقف (Levin & Scher,2016,p.921-922).

أما الصافي(2019، ص.218) فيعرف الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال طيف التوحد بأنها درجة استجابة الأمهات للأحداث أو المتغيرات البيئية في حياتهن اليومية بسبب خصائص وأوجه قصور أطفالهن ومشكلات تشخيص حالتهم، وعلاقتهن بالمهنيين، بالإضافة إلى الأعباء المادية والوظيفية والاجتماعية، مما يترب عليه مجموعة من الأعراض النفسية مثل: شعورهن بالضيق والهم والحزن والكآبة واليأس، والتي تتزامن في حدوثها مع تعرضهن للمواقف الضاغطة والمهددة.

ويعرفها كل من مصطفى والشربيني(2011، ص.261) بأنها ردود الفعل التي تظهر على الأمهات في حالة علمهن بإصابة اطفالهن باضطراب طيف التوحد، واحساسهن المتزايد بالصدمة، وشعورهن بالضيق والتوتر ومشاعر الإحباط التي تصيبهم فيما يتعلق بسلوكيات أطفالهن، وتعليمهم ورعايتهم، والقلق على مستقبلهم، والشعور بالإحراج في المواقف الاجتماعية والاحساس بالعزلة الاجتماعية.

فالتعامل مع الطفل التوحدي يشكل عبئا كبيرا على الأم التي نجدها الأكثر تضررا ومعاناة وإنهاكا، فهي تعاني من الألم النفسي والجسدي، وذلك بسبب المسؤوليات الملقاة على عاتقها لرعاية طفلها، مما يؤثر على جودة حياتها (رضوان،2015، ص.81). فقد ذكرت عدة دراسات ان اضطراب طيف التوحد يمكن ان

يكون مرهقا للوالدين مما يؤدي إلى انخفاض جودة الحياة لهما، ومن المؤشرات التي تتنبأ بمستوى جودة الحياة للوالدين نجد مستوى الضغوط النفسية والتفاعلات السلبية بين الطفل والوالدين وخصائص الطفل نفسه كمستوى السلوكيات المشكلة الموجودة لديه(Bashirian.S et al.,2019). فالمشكلات الناجمة عن اضطراب التوحد تؤثر على الجو الاسري فيتعرض الوالدين للضغط النفسي المتمثل في صعوبة فهم أطفالهم وتلبية الاحتياجات بشكل فعال وقدرتهم على تحمل العبء وتنفيذ إستراتيجيات التدخل وهذا بدوره يؤثر على جودة حياتهم (lerardo,2017,p.1 ;Svihovec,2017,p.1-4).

حيث أشار Dardas and Ahmad (2014) الى أنه يمكن التنبؤ بجودة الحياة لدى أباء وأمهات أطفال التوحد من خلال درجاتهم على مقياس الضغوط الوالدية.

كما توصلت Pisula and Porebowiez-Doersmann (2017) في دراستها الى أن الارتفاع في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد يقابله تدني في مستوى جودة الحياة والأداء الاسري. وأوضح Hsiao and Yun-J (2016,p.122-123) أن جودة الحياة التي ترتبط بالحالة النفسية للوالدين تؤثر على قدرة الأسرة على التكيف مع وجود إعاقة، فتربية طفل ذو اضطراب طيف التوحد مهمة صعبة لوجود مجموعة من التحديات أثناء التشخيص والتدخل وتقديم الخدمات المناسبة للطفل، ويترتب على ذلك ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لديهم، وعدم الرضا عن حياتهم. واعتبر Tung et al (2014)ان جودة الحياة من المؤشرات الدالة على تكيف الاسرة مع اضطراب الطفل التوحدي وعلى انهم قادرين على التوافق بشكل أفضل مع الضغوط طويلة الأمد لرعايته.

كما أشارت بوعامر وعبد الرحمان (2021، ص.1454) الى أن وجود طفل توحدي في الأسرة يشكل ضغط على الوالدين وخاصة الأم، كما يترك أثرا على جودة حياتها لأن نظرتها للحياة تختلف عن نظرة الآخرين، فنجدها تعاني من الهموم والضغوط الحياتية، فهي تحتاج إلى إدراك هذه الحياة بمعناها الإيجابي.

وعلى اعتبار أن جودة الحياة تتمثل في تقييمات الأفراد لجوانب حياتهم اليومية في وقت محدد، وفي ظل ظروف معينة، وإدراكهم لمكانتهم ووضعهم في الحياة في محيط المنظومة الثقافية والقيمية التي يعيشون فيها وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم (عبد المعطى،2007، ص.7).

فالإحساس بجودة الحياة أصبح من الأمور الصعبة في ظل التغيرات المجتمعية المتسارعة واللامتناهية نظرا لما تفرزه من ضغوط نفسية واجتماعية الى جانب القيود التي تفرضها الخلفيات الثقافية لمختلف اطياف المجتمع ولاسيما الإحساس بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. اذ خلصت العديد من الدراسات التي اهتمت بمتغير جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد ان انخفاض في مستوى

جودة الحياة لديهن على غرار دراسة كل من (Dardas and Ahmad,2014) ، .(Piovesan et al. 2015) (Kousha et al.(2016 ، هدى امين(2014)،عبد الحميد سعيد(2018)،السيد(2023).

ويشير(1993) Gorden الى ان الضغوط التي تمر بها أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعتبر تهديدا لسعادتهن وجودة حياتهن. فجودة الحياة تعد مؤشرا لفهم الصعوبات التي تواجهها أمهات أطفال التوحد وهي بمثابة أداة قياس لبرامج التدخل للأولياء من خلال تلقي الدعم النفسي والمعنوي والمادي.-Nader) (Grobois,2020. فقد أشار القرالة وآخرون (2018) أن توفير برامج إرشادية أو علاجية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يساعدهن على حسن التدبر مع أطفالهن، ويكسبهن مهارات التعامل معهم، حيث أن للأم دورا حيويًا في تعليم طفلها التوحدي وتدريبه، والافتقار إلى هذه المهارات يجعلها عائقًا أمام تقدم طفلها وتعلمه دون أن تعرف. ويؤكد الأطرش وآخرون (2021) أن البرامج الإرشادية تعزز من قدرات أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على الصمود النفسي عند مواجهة الضغوط والتحديات والأعباء الناجمة عن رعاية أطفالهن، وتزيد من ثقتهن بأنفسهن، وتوعيتهن بطبيعة اضطراب طيف التوحد.

ويتضح مما سبق ان اضطراب طيف التوحد بغموضه وتعقيده يشكل تحد دائم وطويل الأمد للأمهات مما يؤثر على مختلف جوانب حياتهن فقد تأكد في العديد من الدراسات والأبحاث ارتفاع مستويات الضغوط النفسية وتدني جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد، مما يستدعى تقديم المساندة والدعم كضرورة ملحة لمساعدتهن على مجابهة التحديات والصعوبات التي يواجهنها.

ولهذا توالت العديد من الدراسات التي تضمنت تدخلات ارشادية وعلاجية تنتمي الى مدارس مختلفة مستندة الى المنطلقات النظرية لكل مدرسة عبر تطبيق فنياتها المتعددة ومنها العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الجانب المعرفي في تغيير السلوك في شخصية الافراد وفي توافقهم النفسي الاجتماعي بوجه عام وفي تكيفهم مع مقتضيات البيئة الاجتماعية التي يعيشون ويتفاعلون مع عناصرها المختلفة .

ومن بين المداخل العلاجية الحديثة ضمن مقاربة العلاجات المعرفية السلوكية والتي اثبتت فعاليتها في التعامل مع العديد المشكلات والاضطرابات العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and commitment therapy الذي تختصر تسميته في كلمة واحدة (ACT)، ويندرج هذا العلاج ضمن تيارات الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي والذي يعتمد على الأمثلة والخبرات، وتنمية المرونة النفسية، والشفقة بالذات، والتعامل بواقعية مع الأحداث اعتمادا على السياق الوظيفي للأحداث للتعامل مع المشكلات النفسية والظروف الحياتية الضاغطة(Kirca & Eksi, 2020). أسسه ستيفن هايز(Stephen Hayes) في أواخر الثمانينات من القرن الماضي مستنداً إلى أسس فلسفية تعود إلى كل من فلسفة السياق الوظيفي

ونظرية الإطار العلائقي (Bennett & Olive,2019,p31). حيث يتعامل العلاج بالتقبل والالتزام مع الاضطرابات من منظور سياقي وظيفي هدفه الرئيسي تثقيف العميل وإعادة توجيه حياته بطريقة أكثر شمولية من خلال الاستناد الى فكرة ان ما يسبب الشعور بعدم الراحة او القلق ليست الاحداث في حد ذاتها ولكن طريقة ربط المشاعر بها وكيف يتعامل معها، ومن ثم لا يتعلق العلاج بتجنب ما الذي يسبب المعاناة ولكن بتقبل التجربة العقلية والنفسية وبالتالي تقليل شدة الاعراض (Hayes,2004).

فالعلاج بالتقبل والالتزام لا يهتم بعرض أعراض الاضطراب من حيث محتواه وشكله وانما يبحث عن الطريقة التي يفكر بها الفرد والظواهر الداخلية التي تؤثر على حياته (Neveu C & Dionne F,2009).

وحسب Benjamain et al (2015) يعد (ACT) رؤية جديدة تعتبر أن المعاناة الإنسانية لا تدل على وجود الاضطراب النفسي أو علامة من علاماته انما هي جزء من أجزاء التجربة الإنسانية المعاشة متداخل معها ومكمل لها.(بوسعيد،2020، ص.101).

وعرف هاريس(Harris (2009,p.3 العلاج بالتقبل والالتزام بأنه علاج قائم على تقبل ما هو خارج عن سيطرتنا الشخصية والالتزام باتخاذ إجراءات تثري حياتنا، من أجل خلق حياة ذات مغزى مع الألم الحتمي الذي تفرضه علينا الحياة وذلك عن طريق تعلم وممارسة مهارات نفسية، تعرف بمهارات التعقل للتعامل مع الأفكار والمشاعر المؤلمة بفعالية.

وبالتالي فان (ACT) يركز على تقبل الفرد للخبرة النفسية المؤلمة ثم الانفصال عنها والعمل من أجل تحقيق الأهداف التي تضمن تحرره من تلك الخبرة كما يركز على قيام الشخص بتحديد قيمه وأهدافه الواقعية في الحياة والعمل من أجل تحقيقها على الرغم من معاناته، وتمثل القيم المبادئ العميقة والمعتقدات الشخصية التي يؤمن بها والتي تعطي لحياته معنى وتحدد أهدافه وافعاله وتحرك عواطفه ودافعيته للعمل من أجل حل المشكلات وتحقيق الأهداف (Strosahl & Robinson,2017). ومن هذا المنطلق فان (ACT) يساعد الأشخاص على معرفة أفكارهم وانفعالاتهم ومراقبتها دون اصدار احكام عليها، فهو لا يركز على محاولة تغيير الأفكار أو المشاعر، ولكن يؤكد على كيفية تغيير السلوكيات التي تساعد الشخص على الحياة بشكل سوي فهو يعمل على تنمية المرونة النفسية من خلال رؤية الأشياء من وجهات نظر متعددة والتعامل بمرونة مع المواقف الضاغطة (راجا،2019،ص.81).

يرى (2006) Harris النموذج القائم على التقبل والالتزام اتجاهه نفسي معرفي سلوكي مما يسمح للأفراد أن يعايشوا تغيرا نوعيا مباشرا في خبراتهم الحياتية المعاشة في وقت قصير.

وقد أثبت (ACT) كفاءته كنموذج فعال في التعامل مع العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية والعقلية، فهو ليس مدخلاً علاجياً وإرشادياً فقط وإنما يهتم ببناء قاعدة عريضة من البدائل السلوكية المرنة (Ruiz et al ,2019). حيث أشار Julie (2021,p.15) الى ان العلاج القائم على التقبل والالتزام يمكن استخدامه مع مجموعة واسعة من الحالات المرضية والمشكلات الحياتية كمشكلات التواصل وغيرها. فهو مناسب لمن يعاني من اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب أو من يعاني من مشكلات نفسية لا تصل الى درجة الاضطراب (Bluett et al,2014 ;Ruiz,2010). وكذلك لمن يعاني من مشاكل وظروف حياتية قاسية كالإعاقة الجسدية والامراض المزمنة الخطيرة وظروف الحياة الضاغطة حيث يخفف من معاناتهم ويرفع جودة حياتهم. (Orsillo & Batten,2005).

كما يستخدم (ACT) كمدخل وقائي للحد من الضغوط النفسية وخاصة لدى أسر ذوي الاحتياجات الخاصة (إسماعيل،2019،ص.6). فقد ذكر (Byrne et al,2021) ان استخدام التدخلات الابوية المستندة الى العلاج بالتقبل والالتزام توفر بديلا اخر للتدخلات السلوكية ويحقق مكاسب واضحة لأولياء الأطفال الذين يعانون من الاعاقات الجسدية والالم المزمن واضطرابات النمو العصبي. كما هو الحال بالنسبة لأولياء أطفال التوحد. فقد كان للعلاج بالتقبل دورا مهما في تحسين الصحة النفسية لأسر أطفال التوحد ومساعدتهم على التخلص من الشعور بالأزمة حتى تكون أكثر مرونة وصمودا لمواجهة الواقع (Walsh,1998). خاصة الأمهات حيث لاقى هذا النوع من التدخل اهتمام واسع من الباحثين لاستخدامه في تحسين حالتهن، فهو أسلوب داعم يركز على العلاقة وتقبل القيم الفردية والأسرية ويستخدم الوعي والتقبل جنبا إلى جنب مع الالتزام واستراتيجيات تغيير السلوك لزيادة المرونة النفسية التي تزيد من رضا الأمهات، وكفاءتهن الذاتية.

وهذا ما أثبتته نتائج العديد من الدراسات كدراسة (Kwiatkowski ,2012)،(Montgomery,2015) ودراسة (Flavia et al.2021) و(Anna et al. 2023) ومن الدراسات العربية نجد دراسة أشرف احمد عطية(2011) أمال إبراهيم الفقي (2016)، الفنجري واخرون (2019)، ودراسة محمد شعبان (2020). التي توصلت نتائجها الى كفاءة هذا العلاج في علاج عدة اضطرابات لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومنها تخفيف الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لديهن.

وفي ضوء ما أشارت اليه الأطر النظرية والأدبيات البحثية حول مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تخفيف الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف، توجهت الدراسة الحالية الى التحقق من مدي فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لتتحدد إشكالية الدراسة الحالية في الاجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

-هل للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟

ويتفرع عن التساؤل السابق التساؤلات الفرعية التالية:

-التساؤلات الفرعية:

-هل توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية؟

-هل توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة؟

-هل توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي؟

-هل توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية؟

-هل توجد فروق في مستويات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية؟

-هل توجد فروق في مستويات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة؟

-هل توجد فروق في مستويات جودة الحياة(الكلية) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي؟

-هل توجد فروق في مستويات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية؟

2- الفرضيات:

-الفرضية العامة:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

-الفرضيات الجزئية:

-توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.

-لا توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة.

- توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

- توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية.

- توجد فروق في مستويات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.

- لا توجد فروق في مستويات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة.

- توجد فروق في مستويات جودة الحياة (الكلية) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

- توجد فروق في مستويات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية.

3-أهداف الدراسة: للدراسة الحالية مجموعة من الأهداف ندرجها فيما يلي:

-بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة.

-التحقق من فعالية البرنامج المعرفي السلوكي المقترح القائم على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

-التحقق من فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح القائم على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

-التأكد من استمرارية فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح القائم على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- التأكد من استمرارية فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح القائم على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

4-أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة الحالية في جانبين هما:

-**الأهمية النظرية:** وتتمثل في:

-تسليط الضوء على فئة تحتاج الى الدعم والرعاية والمساندة، المتمثلة في أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، نظرا لما تعانيه من مشكلات واضطرابات نفسية، وهذا راجع الى المسؤولية الملقاة على عاتقهن لرعاية اطفالهن وتلبية احتياجاتهم، الى جانب ضرورة القيام بدورهن كزوجات وربات بيوت مما يضاعف المسؤولية لديهن، وهذا ما يستدعي تكاتف الجهود لمساعدتهن في التغلب على مشكلاتهن.

-تقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على نموذج علاجي حديث نسبيا يتمثل في العلاج بالتقبل والالتزام، وهو أحد النماذج العلاجية التابعة للموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي، والذي أثبتت العديد من الدراسات فعاليته في علاج الاضطرابات والمشكلات النفسية بمختلف أنواعها، ومنها تخفيف الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة .

-إلقاء الضوء على أسلوب العلاج بالتقبل والالتزام وفنياته وأسس تطبيقه في خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

-**الأهمية التطبيقية:**

- يسهم البرنامج المقدم في الدراسة الحالية في التخفيف من الآثار السلبية للضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد، وهو بمثابة خطوة الى طريق الصحة النفسية وتدعيم لقدراتهن على مواجهة المواقف الحياتية الضاغطة وصعوباتها.

–قد تسهم نتائج الدراسة الحالية في جذب انتباه القائمين على الاهتمام بشؤون أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة عموما وأمهات اطفال التوحد خصوصا إلى الأثار السلبية للضغوط النفسية على جوانب حياتهن مما يؤثر على تكفلهن بأطفالهن، ومن ثم محاولة التصدي لها بتوفير دعائم للتخفيف من معانتهن.

–يمكن أن يستفيد المتخصصون من نتائج الدراسة الحالية في مجال تخطيط وتصميم البرامج العلاجية والارشادية الجماعية القائمة على العلاج بالتقبل والالتزام، لتخفيف المعاناة النفسية وتنمية عدد من الخصائص النفسية الإيجابية لأولياء ذوي الاحتياجات الخاصة عامة وامهات أطفال التوحد بصفة خاصة.

–في ضوء نتائج الدراسة الحالية يتم تقديم عدد من التوصيات يمكن الاستفادة منها في تخطيط برامج إرشادية وعلاجية في المراكز والعيادات للتكفل بأمهات أطفال التوحد باعتبارهن شركاء في عملية التكفل ومتضررات من تبيعات هذا الاضطراب المعقد الذي يلازم أطفالهن مدى الحياة.

5- المفاهيم الإجرائية الدراسة:

– **فعالية:** هي مدى قدرة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح على خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى عينة الدراسة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتقاس اجرائيا بالفرق بين القياس القبلي والبعدي.

–**البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:** تعرف الباحثة البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية على أنه برنامج مخطط ومنظم، يتوفر على خدمات الدعم المعلوماتي، والدعم النفسي الاجتماعي، ويقوم على مجموعة من التدخلات المحكمة والهادفة تتضمن عدة أساليب وتقنيات تطبق خلال عدد من الجلسات الجماعية في فترة زمنية محددة، بهدف خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويستند البرنامج العلاجي المقترح على مبادئ العلاج بالتقبل والالتزام الذي يندرج ضمن الموجة الثالثة للعلاجات السلوكية المعرفية والذي يقوم على تقبل ما هو خارج عن السيطرة الشخصية والالتزام باتخاذ إجراءات تثري الحياة وجعلها حياة ذات مغزى رغم الألم الحتمي. ويتضمن العلاج بالتقبل والالتزام ست عمليات أساسية (التقبل، فك الاندماج المعرفي، عيش اللحظة الحالية، الذات كسياق، القيم الشخصية، الفعل الملتزم) تؤدي الى التعامل مع الأفكار والمشاعر المؤلمة بفعالية، وتنمية المرونة النفسية من خلال رؤية الأشياء من وجهات نظر متعددة والتعامل بمرونة مع المواقف الضاغطة.

–**الضغوط النفسية:** تتمثل في ردود فعل فيزيولوجية، معرفية، انفعالية وسلوكية ناتجة عن المشاكل والصعوبات والأحداث التي تواجهها أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في حياتهن اليومية، بسبب

خصائص هذا الاضطراب وما يترتب عنه من مشكلات على جميع الأصعدة، فيشعرن بالفشل والقصور في قدراتهن وامكانياتهن لتلبية حاجيات أطفالهن، بالإضافة الى الأعباء الاسرية والاجتماعية والمادية، ويستدل عليها بالدرجة التي تتحصل عليها أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف على مقياس الضغوط النفسية المستخدم في الدراسة الحالية والمعد من طرف (السرطاوي والشخص، 1998) والمكيف في البيئة الجزائرية من طرف الباحثة (ياسمين باشا، 2016) بأبعاده السبعة (الاعراض النفسية والعضوية، مشاعر الياس والإحباط، المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، المشكلات الاسرية والاجتماعية،القلق على مستقبل الطفل، مشكلات الاداء الاستقلالي للطفل،عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل). بحيث تتراوح الدرجة المعطاة للمفحوصة بين (76) كحد أدنى و (380) كحد أقصى.

-**جودة الحياة :** تتمثل في شعور أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالرضا والسعادة، وقدرتهن على التعايش مع اضطراب أطفالهن، والتعامل مع التحديات بكفاءة واقامة علاقات أسرية واجتماعية جيدة والاحساس بوجود معنى وهدف لحياتهن. ويستدل عليها في الدراسة الحالية بمجموع الدرجات التي تتحصل عليها أمهات الأطفال المصابين بالتوحد على مقياس جودة الحياة المعد من طرف الباحثة (بوعامرنعيمة،2021) بأبعاده الأربعة (جودة الحياة الصحية جودة الحياة النفسية، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية وجودة الحياة المادية، بحيث تتراوح الدرجة المعطاة للمفحوصة بين (37) كحد أدنى و (148) كحد أقصى.

الفصل الثاني

الضغوط النفسية

تمهيد:

يعتبر موضوع الضغوط النفسية من المواضيع الحديثة التي برزت في مجتمعاتنا المعاصرة واستقطبت اهتمام العلماء والباحثين لما لها من تأثير كبير على مختلف مجالات الحياة، فالإنسان المعاصر يعيش زمنا كثرت وتعددت فيه مصادر الضغوط، حيث تشير الإحصائيات العالمية إلى أن 80% من الأمراض الحديثة سببها الضغوط النفسية، وأن 50% من مشكلات المرضى المراجعين للأطباء والمستشفيات ناتجة أيضا عن هذه الضغوط التي تعد من أكبر المشكلات المهددة لحياة الفرد وصحته وطاقاته، فعندما يفشل الفرد في التكيف مع المطالب المفروضة عليه في أغلب الأحيان يصبح تحت وطأة الضغوط الأمر الذي يجعله عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية والجسمية، وتجدر الإشارة الى أنه رغم اتساع دائرة الاهتمام بهذا الموضوع الا أن مفهوم الضغوط النفسية لازال يندرج في خانة المفاهيم المعقدة نظرا لتعدد مصادر نشأته من جهة فمنها البيولوجية، الاجتماعية والنفسية، المعرفية، واختلاف الانتماءات الفكرية والنظرية للعلماء الذين قاموا بتناوله من جهة أخرى، ولمعرفة أوسع بموضوع الضغوط النفسية سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على أهم النقاط المرتبطة به من خلال التطرق لمفهوم الضغوط النفسية، النظريات والنماذج المفسرة لها، خصائصها وأعراضها، أنواعها وإستراتيجيات مواجهتها، وفي الأخير سنتطرق الى الضغوط النفسية لدى أسر وأمهات ذوي اضطراب طيف التوحد.

1-نبذة تاريخية عن تطور مفهوم الضغوط النفسية :

أشار Rivalier الى أن مصطلح الضغط يعود إلى الكلمة اللاتينية "Stingere" التي تعني الشدة والتوتر وفي اللغة الفرنسية "Détresse" وتقابلها الكلمة الانجليزية "Distress" التي تعني الحُزْن والبُؤْسَ والتَّعَبَ. وقد ظهرت كلمة "Distress" في الآداب الانجليزية بداية من القرن الرابع عشر إلى بدايات القرن العشرين حيث استخدمت للدلالة على تلك القوة أو الشحنة التي تترك تأثيرا كبيرا على شخص أو شيء مادي. (Rivalier,1992,p.286).

في حين يرى البعض أن المصطلح مشتق من الكلمة الفرنسية القديمة "Destresse" والتي تشير الى معنى الاختناق والشعور بالضيق أو الظلم وقد تحولت في الإنجليزية الى"Stress" والتي تشير الى معنى التناقض والمصطلح في الأصل قد استخدم للتعبير عن معاناة وضيق أو اضطهاد، وفي الإنجليزية الحديثة ظهرت الحاجة لوجود مصطلح يشير الى معنى الضغط "Pressure" والتوكيد "Emphasis" في أن واحد، وذلك لوصف الألم الكامن والمتضمن في الكلمة الأولى "الضغط" وأيضا الاعتدالية المتضمنة في الكلمة الثانية "التوكيد" وعبر الوقت استخدم مصطلح "Stress" ليعطي هذا المعنى. (فونتانا ،1994،ص.12).

أما Satura (1997) فقد أوضح أن أصل كلمة "Stres" إنجليزي وهذه الكلمة لم يكن لها وجود في اللغة الفرنسية قبل القرن العشرين وأنها استعملت على مدى قرون في اللغة الانجليزية. ومنذ القرن السابع عشر أصبحت هذه الكلمة تعبر عن العذاب والحرمان والضجر والمحن التي ظهرت نتيجة قسوة الحياة.

ودراسة التاريخ التطوري لمفهوم الضغوط النفسية من الناحية الزمنية ليس بالأمر اليسير لأن كلمة ضغط "stress" في حد ذاتها سابقة لتاريخها. (ثابت،2003، ص.42). فبعض التفسيرات المرتبطة بحالة الضغط النفسي وجدت حتى قبل ظهور المصطلح حيث أشار الفيلسوف "هيرقل" (Héraclite) في الفترة الممتدة (480–550 قبل الميلاد) إلى أن المادة المتكونة من عناصر وصفات متعارضة في علاقة ديناميكية مع بعضها البعض تسمح بالتبادلات ويعتبر هذا التوازن المتغير كضرورة لحياة الفرد وتعتبر الصحة والمرض استنادا لـ "هيبوقراط" (Hippocrate) في الفترة الممتدة (377– 460 قبل الميلاد) كنتيجة لتوازن أو اختلال التوازن الداخلي. (Graziani & Swendsen,2004,p. 10–11).

في حين أشار Lazarus الى أن الادبيات المعنية بهذا المصطلح ترى أن نشأة مفهوم الضغط يرتبط تاريخيا بميدان الهندسة. (الموسوي،1998:102). فكلمة (stress) في الأصل ليست كلمة نفسية بل تمت استعارتها من مجال العلوم الفيزيائية حيث استخدم عالم الفيزياء والبيولوجيا البارز Robert Hooke مصطلح (stress) للتعبير عن تشوه الهيكل الناتج عن تفاعل كل من الثقل والضغط. (غانم،2009، ص.46).

الا أن هذه النظرة الفيزيائية المحددة للمفهوم عرفت تكييف طائفة كبيرة من البيولوجيين حيث لم يعد مصطلح الضغط مقتصرا على مجال الفيزياء بل أصبح يستعمل من قبل الفزيولوجيين لتتغير طبيعة الاستخدام نوعا ما عبر الانتقال من المنظور الفيزيائي إلى علوم أخرى. (Lazarus,2006,p.31). ليظهر في أعمال Claude Bernard الذي أشار إلى أهمية توازن الفرد لمواجهة أحداث الحياة اليومية، فجاء بمفهوم الانسجام ومفهوم الوسط الداخلي، ويقصد بالتوازن قدرة الإنسان للحفاظ على ثبات توازنه الداخلي مهما كانت الشروط الخارجية. (سايل، 2009، ص.162). ويعتبر Walter Cannon من الأوائل الذين استخدموا عبارة الضغط ضمن اتجاه فزيولوجي ثم في اتجاه سيكولوجي ابتداء من (1928) حيث اعتبره كنتاج للمثيرات الفيزيقية كما العاطفية المحتملة بالارتباط مع البناء الاجتماعي والصناعي لتكون هذه الفكرة المنطلق الأساسي لأعمال كانون إذ رأى أن الانفعال لا ينشأ من الاستجابة الجسمية إنما يتم على مستوى الجهاز العصبي المركزي وفق ما أسماه الاتزان الحيوي. (Stora, 1991,p.59).

الا أن بداية الاهتمام بموضوع الضغط النفسي يرتبط بدراسة Hans Selye حيث أكمل ما بدأه العالم كانون. وكان لسيلي الفضل في وضع الكثير من الأسس العلمية وتوسع الدراسات المتعلقة بموضوع الضغط

النفسي لدرجة منحه لقب "أب الضغط".(عبد الستار،1998،ص.107). فقد قدم النظرية البيولوجية للضغوط وهو يرى أن معاناة الشخص من الضغوط تعتمد على أسلوب تكيفه مع هذه الضغوط وهو أول من تحدث عن متلازمة التكيف العام، حيث يقول سيلي "الضغط النفسي في الصحة والمرض هو أكثر الموضوعات ذات مغزى للبشرية طبيا واجتماعيا وفلسفيا التي يمكنني التفكير فيها". (Robinson, 2018,p. 334).

وبالرغم من الإسهامات الكبيرة التي قدمها "سيلي" في مجال الضغط وانعكاساته على صحة الأفراد بحيث مهد الطريق للبروز بحوث أخرى ترمي إلى تفسير ظاهرة الضغط، إلا أنه تعرض للانتقادات بحيث اعتبره العديد من السيكولوجيين ناقصا كونه أهمل الفروق الفردية بمعنى أن نفس الحدث الضاغط لا يؤدي بالضرورة إلى نفس الاستجابة لدى الأفراد، كما أن الفرد في حد ذاته قد تختلف استجابته لنفس الحدث الضاغط في فترتين مختلفتين، بالإضافة إلى كونه لم يأخذ بعين الاعتبار التقييم المعرفي الذي يقوم به الفرد عند تعرضه للحدث الضاغط.

لتأتي بعد هذه الانتقادات جهود العديد من الباحثين ومنها أعمال لازورس وفولكمان(1968-1984) Lazarus et folkman التي تعتبر من الأعمال الحديثة التي فسرت الضغط من خلال عملية التقييم التي يقوم بها الفرد إزاء تعرضه لأي موقف، إذ تدرك الأحداث بأنها ضاغطة عندما يعتقد الناس بأنهم لا يملكون الإمكانيات الكافية لمواجهة ما تفرضه البيئة من أذى وتهديد وتحدي، كما أن الضغط يؤدي إلى تغيرات عدة تشمل جوانب الاضطراب في الاستجابات الانفعالية والمعرفية والفيزيولوجية والأدائية، فالطريقة التي يقيم بها الفرد الحدث هي التي تقرر ما إذا كان الحدث مصدر ضغط أم لا، فالأحداث السلبية أو التي لا يمكن السيطرة عليها يمكن أن تدرك على أنها أحداث ضاغطة. (تايلور،2008، ص. 408).

وأكد لازاروس وزملائه على دور الفروق الفردية وخاصة الجوانب المعرفية التي تلعب دورا الوسيط بين المواقف الضاغطة والاستجابات ثم تحديد مدى قدرة الفرد على التحكم والتكيف مع الضغوط (Lazarus,1993,p. 3)، وقد شكل مفهوم التفاعل بين الفرد والبيئة منطلقا لنظرة جديدة لمفهوم الضغوط النفسية فأصبح بذلك يتضمن إدراك الفرد للمحيط والمعنى الذي يعطيه لأحداث الحياة.

2-تعريف الضغوط النفسية :

- **لغة:** الدلالة اللغوية كما جاءت في لسان العرب الضغط والضغطةُ: عَصْرُ شَيْءٍ إلى شَيْءٍ، يقال: ضغطه إذا عَصَرَهُ وضيق عليه وقَهْرَهُ. الضغطة، بالضم: الشدة والمشقة (ابن منظور،2007، ص .2591).

-كما أشير اليها في المعجم الوسيط: (ضغطه): قهره وأكرهه.

(الضغطة): الضيق، القهر والإضطرار. (مجمع اللغة العربية، 2014، ص. 541).

أما في معجم اللغة العربية المعاصرة: فالمصدر ضغط / ضغط على تعيد ضغط الرأي العام تحت ضغط العمل تحت تأثيره – ضغط خارجي تأثير خارجي. (مختار ، 2008، ص 1564)

وفي اللغة الفرنسية Stress في قاموس Larousse الضغط هي الحالة التفاعلية للكائن الحي عند تعرضه لهجوم مفاجئ. (Larousse.n.d).

أما في اللغة الإنجليزية تعني كلمة Stress الإجهاد أو القلق الناجم عن مشاكل في حياة شخص ما أو بسبب وجود الكثير لأدائه.(Oxford Learners.n.d).

–**اصطلاحا:** رغم الاستخدام الشائع لمصطلح الضغوط النفسية الا أنه لا يوجد اتفاق تام ومحدد حول هذا المفهوم حيث أشار Parkinson and Colman الى أن محاولة تعريف الضغوط النفسية من الناحية العلمية تكتنفها صعوبات عديدة وتنطلق هذه الإشكالية من كون الضغوط تكوينا فرضيا وليس شيئا ملموسا واضح المعالم يسهل قياسه فغالبا ما يتم الاستدلال على وجود الضغوط من خلال استجابات سلوكية معينة.(عبد الرحيم،2016،ص.13).

ويرى الضريبي(2010،ص.676) أن مصطلح الضغوط النفسية من المصطلحات متعددة الاستخدام ولهذا يصعب تحديد تعريف عام وشامل له، حيث يمكن أن يعرف بطرق مختلفة تبعاً لوجهة نظر الكاتب والاتجاه النظري الذي ينتمي اليه. فتجد أن الباحثين العرب استخدموا العديد من المصطلحات لتعريف كلمة الضغط فبالإضافة الى كلمة اجهاد تستخدم كلمة انعصاب وشدة ومشقة وكرب وتوتر وغيرها من المصطلحات ويستشف من ذلك أن الخلط طال المصطلح عند ترجمته.(يوسفي،2017،ص.56).

كما تم استخدامه بصورة متداخلة مع مصطلحات أخرى بديلة وهذا ما يؤكده (Mechanic) في اشارته الى أن بعض الباحثين يستخدمونه بصورة متداخلة في معناه مع متغيرات أخرى كالشعور بالضيق والقلق وغيرها ولذا يصعب تحديد تعريف شائع متفق عليه لهذا المصطلح. (شلوف،2005).

وذكر الشربيني (2003) أنه رغم الكتابات المختلفة حول الموضوع من جانب المهتمين بالصحة النفسية إلى أن لفظ الضغط أو الضغوط لا يعني الشيء نفسه لهم جميعا، ويمكن القول أن العامل المشترك في هذه التعريفات في المجالين المذكورين هو (الحمل) الذي يقع على كاهل الكائن الحي وما يتبعه من إستجابات من جانبه للتكيف مع التغير الذي يواجهه. وفي هذا الصدد يقترح (موريل) وسط فوضى الدلالات أو التسميات مفهوما للضغط فيقول" من أجل تفادي كل غموض نطلق لفظ ضغط Pression مرادفا لكلمة

إجهاد Stress لوصف الحالات الخارجة عن نطاق الفرد ولفظ توتر Tension مرادفا للإجهاد في مدلول هانز سيلي لوصف تأثير الضغط على الفرد".(ستورا،1997).

وأشار لافي (2005، ص.14) إلى الضغوط النفسية على أنها ظاهرة معقدة ومتداخلة، ولها تعريفات كثيرة ومتعددة وتفسيرات مختلفة حيث تناولها بعض العلماء على أنها مثيرات وعرفها اخرون بأنها استجابات فسيولوجية للجسم وهناك من تناولها على أنها ردود أفعال عقلية وانفعالية للتوترات البيئية والاجتماعية.

فقد نظر Selye (1956) في بداية الأمر للضغط على أنه كل تغير يحدث في حالة العضوية مهما كانت طبيعة العامل المؤثر أو شدته ويمثل بذلك استجابة لا نوعية تجاه أي مطلب جديد غير أنه في أواخر حياته عدل عن هذا التعريف بإدخاله مفهوما جديدا هو " التناذر العام للتكيف " حيث يرى أنه بينما يكون الضغط عبارة عن مجموع التغيرات اللانوعية التي تحدث في الجسم خلال مرحلة ما فإن التناذر العام للتكيف يشير إلى تلك التغيرات اللانوعية التي تتطور خلال المدة الكاملة لتعرض الجسم للحدث الضاغط. (Selye, 1975 ,p.6).

وأكد Lazarus بأن الضغوط مرحلة من مراحل القلق Stages Anxiety الناتجة عن عدم قدرة الفرد على مواجهة المسؤوليات والأحداث المحيطة. (Lazarus, 1999).

وأشار (أبوحطب،2006، ص.140) الى أن الضغوط النفسية تظهر في إطار كلي متفاعل يتضمن الجوانب النفسية والجسمية والاقتصادية والاجتماعية والمهنية، ويتبين ذلك التفاعل من خلال ردود فعل نفسية انفعالية فسيولوجية لذلك نستطيع أن نعتبر جميع الضغوط ضغوطاً نفسية.

في حين عرفها جميل حسن الطهراوي (2008، ص. 43) بأنها حالة من عدم التوازن الناجم عن تعرض الفرد لانفعالات نفسية سيئة تتسم بالقلق والتوتر والضيق، والتفكير المرهق في أحداث وخبرات حياتية تعرض لها في الماضي، أو يعيشها حاضرا، أو يخشى حدوثها مستقبلاً، وتسبب اضطرابات فسيولوجية ضارة.

كما تعرف على أنها حالة من عدم قدرة الفرد على التكيف مع التهديد المدرك سواء أكان حقيقاً أم تخيلاً للصحة النفسية والجسدية والانفعالية والاجتماعية والتي تنتج سلسلة من الاستجابات والتكيفات الفسيولوجية. (Alzaeem et al,2010,p.20).

وحسب (Lazarus) فأن مصطلح الضغوط النفسية يجمع بين المثيرات التي يتعرض لها الفرد، مضافا إليها الاستجابة المترتبة عليها، علاوة على تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات التي يستخدمها الفرد أثناء تعرضه لهذه المواقف. (مسعودي،2010، ص.9).

بينما عرفتها Altaf et al (2014 ,p.34) بأنها الأحداث والعوامل الخارجية التي تؤثر على توازن الفرد وتسبب له التوتر، فهي حالة من التوتر التي تصاحب الفرد أثناء تعرضه لمواقف تفوق قدرته على التحمل.

كما تعرف على أنها كل ما يواجهه الفرد في حياته من عوائق وصعوبات ومواقف واحداث حياتية ضاغطة تفوق طاقته على احتمالها ويعجز عن إيجاد الحلول المناسبة لها الامر الذي يشعره بحالة من الاجهاد وعدم الارتياح وقد يؤدي ذلك الى اضطراب صحته الجسمية والنفسية. (القصبي،2014،ص.146).

وعرف الوكيل(2015ص.13) الضغوط النفسية على أنها مجموعة من الاضطرابات والتوترات النفسية والجسمية والصحية والاجتماعية تصيب الفرد عند تعرضه لأحداث ومواقف ضاغطة في سياق حياته اليومية فتؤثر على كل من حالته النفسية والصحية والجسمية والاجتماعية وسلوكياته واتجاهاته بما ينعكس على توافقه النفسي والاجتماعي.

في حين عرفها فينك (2016) Fink بأنها التعرض المستمر والمتكرر للعوامل البيئية التي تحول الجسم عن حالة التوازن مما يفرض متطلبات فسيولوجية أو انفعالية أو نفسية تؤدي بالفرد إلى حشد كل طاقاته لمواجهة تلك الضغوط مما يؤدي إلى تأثيرات سلبية على حياته.

أما في العلوم السلوكية ينظر للضغوط النفسية على أنها تصور للتهديد، مع القلق الناتج عن عدم الراحة والتوتر العاطفي وصعوبة في التكيف. (Fink, 2017,p.4).

من خلال ما سبق نلاحظ أن تعريفات الضغوط النفسية تعددت وتباينت وفقا لتعدد وتباين الأطر النظرية والرؤى التفسيرية التي يعتمدها كل باحث. ومن هذا المنطلق أوجز الشخانبة(2010) أوجه اختلاف للضغوط النفسية في الاتجاهات التالية:

-**الاتجاه الأول:** ركز على المثيرات والظروف الخارجية وعرفها "بانها وجود متطلبات والتغيرات بيئية تفوق قدرة الفرد على احتمالها"

-**الاتجاه الثاني:** ركز على كل من الاستجابات الفيزيولوجية والنفسية للضغوط وعرفها "بانها الاستجابات السلوكية والانفعالية الناجمة عن وجود متطلبات تفوق قدرة الفرد على احتمالها"

-**الاتجاه الثالث:** ركز على التفاعل الحاصل بين خصائص شخصية الفرد والمثيرات الخارجية وعرفها "بأنها العلاقة التفاعلية بين الفرد والظروف الخارجية " (الشخنابة ،2010ص.23). بينما تشير يوسفي(2017) أن الباحثين يجمعون على وجود أربع اتجاهات أساسية في تعريف الضغوط هي:

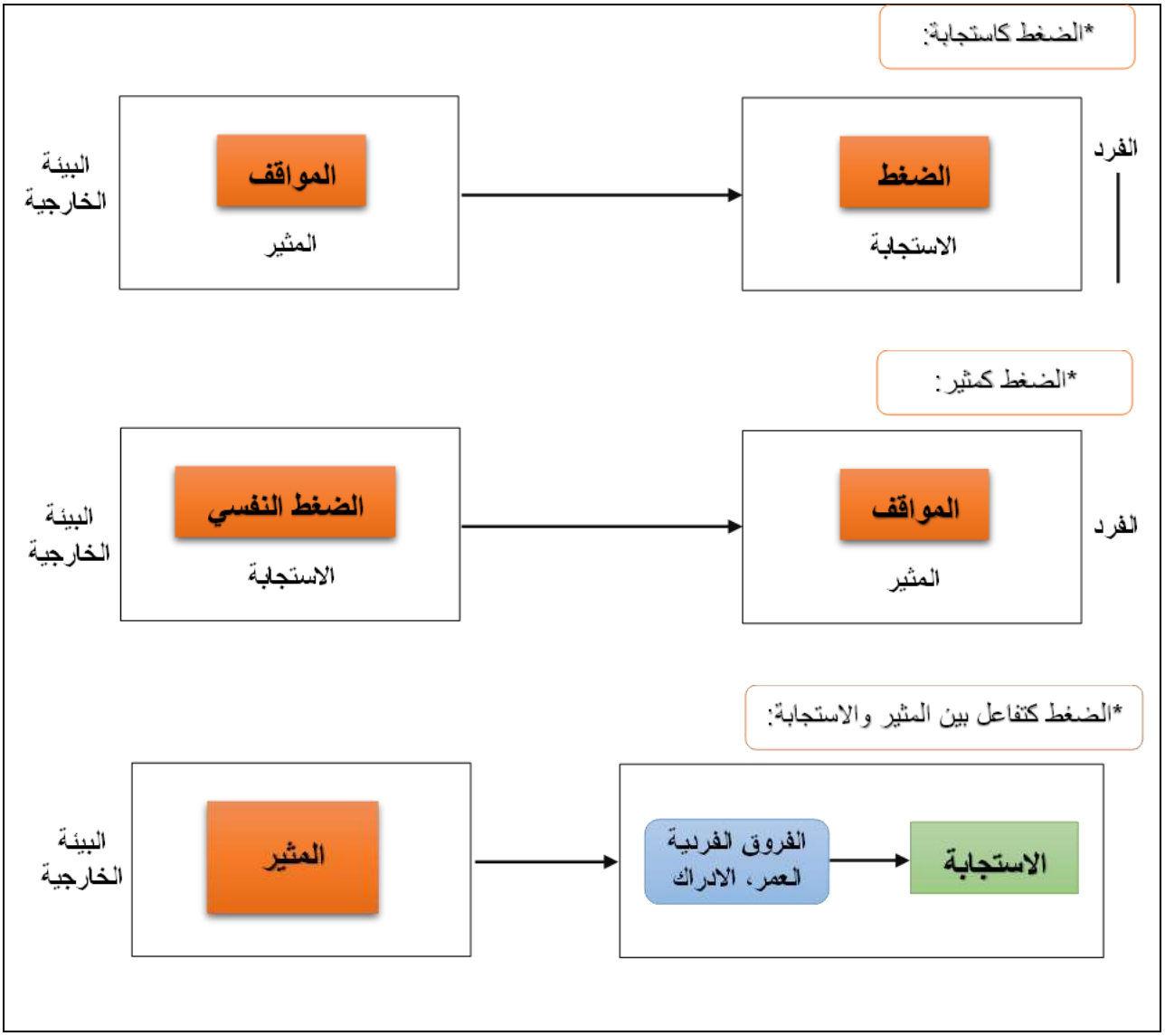
-**الضغوط النفسية كمثيرات:** ويركز هذا الاتجاه على أن الحدث الضاغط عامل مستقل يختلف تأثيره من شخص لآخر، ومن أهم التعاريف لهذا الاتجاه تعريف (Lazarus,1976) الذي يرى بأن الضغوط النفسية تحدث عندما يتعرض الفرد لمتطلبات تزيد عن مصادره التكيفية.

-**الضغوط النفسية كاستجابات:** وينظر هذا الاتجاه للموقف الضاغط على أنه رد الفعل من الفرد لمثير ضاغط في البيئة. ومن التعريفات الضغوط النفسية وفقا لهذا الاتجاه تعريف(Gilbert,1977) بأنه الاستجابة الفيسيولوجية، السيكولوجية التي يقوم بها الفرد في مواجهة حدث أو حالة خارجية.

-**الضغوط النفسية كتفاعل بين الفرد والمثير:** حيث يركز هذا الاتجاه على أهمية التفاعل بين العمليات الداخلية التي يقوم بها الفرد عند تعرضه للمثيرات الخارجية. ومن أهم التعاريف في هذا الاتجاه تعريف (Taylor,1993) حيث أنها عملية تقويم للأحداث هل هي مؤذية ومهددة أو مثيرة للتحدي وتكون الاستجابة لهذه الاحداث على نمط تغيرات انفعالية وسلوكية، فيزيولوجية ومعرفية.

-**الضغوط النفسية كحالة وجدانية:** حيث يركز هذا الاتجاه على أن الضغوط النفسية ترجع أسبابها إلى اضطراب الحالة الوجدانية. حيث أشار كلا من (Kellowy & Borling) الى أن الضغوط النفسية عبارة عن محصلة للتفاعل الدائم بين كل من الفرد وعناصر البيئة المختلفة المحيطة به وقد تصل به الحالة الى حالة وجدانية تؤثر يشكل واضح على طاقته الجسمية والانفعالية.

ويمكن توضيح أهم الاتجاهات التي تناولت تعاريف الضغوط النفسية في الشكل رقم (01) وفقا لما ورد في (دايلي،2013،ص.33).



الشكل رقم (01) مخطط يوضح الاتجاهات التي تناولت تعاريف الضغوط النفسية.

لنستخلص مما سبق أن الضغوط النفسية تبرز ضمن إطار كلي متفاعل يشمل الجوانب النفسية والجسمية والاقتصادية والاجتماعية والمهنية، تحدث عندما يتعرض الفرد للمواقف الضاغطة في سياق حياته اليومية ويجد صعوبة في التصدي لها، غير ان تأثير الضغوط النفسية على الفرد يتوقف على طريقة ادراكه وتقييمه لها وتتجسد في ردود فعل فيزيولوجية معرفية انفعالية وسلوكية بما ينعكس توافقه النفسي والاجتماعي.

3-النظريات المفسرة الضغوط النفسية:

هناك العديد من الأطر النظرية التي تناولت تفسير الضغوط النفسية من زوايا مختلفة منها الفيزيولوجية، المعرفية، النفس اجتماعية، السلوكية والتي سنتطرق الى أبرزها:

3-1-التناول الفيزيولوجي:

-نظرية الاتزان الحيوي لكانون (Canone,1932): يعد Canone من أوائل الذين استخدموا مصطلح الضغط، وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ (Emergency Response) بسبب ارتباطها بانفعال القتال أو المواجهة. (عسكر،2000،ص. 26). فهذه النظرية من أوائل النظريات التي اعتمدت على الجوانب الفيزيولوجية في دراسة وتفسير الضغوط النفسية حيث كان Canone من المهتمين بموضوع الضغط عبر دراسته لفسيولوجيا الانفعالات واستخدم مصطلح الضغط أو الاجهاد لأول مرة في مقال له بعنوان Stresses and Strain of Homeostasis سنة (1935)، واعتمد في تفسيره للضغوط على أنها تلك السلسلة من العمليات الفزيولوجية الهادفة إلى الحفاظ على التوازن الداخلي كاستجابة لعوامل مهددة الداخلية أو خارجية .ويرى كانون أن العضوية تكون في حالة اتزان حيوي لكن التغيرات التي تحدثها عوامل داخلية أو خارجية مهيجة تحفز آليات التوازن الداخلي التي تنشط لإعادة التوازن، فالضغط هو تلك الاستجابة النشطة اللانوعية لكل العوامل المثيرة التي تسمح بتحقيق التكيف لذا فإن فشل الجسم في التعامل مع العامل الضاغط يخل بالتوازن الحيوي و يؤثر على العمليات الانفعالية و قد يتسبب في مشاكل صحية مع الوقت (Graziani & Swendsen,2004,p.19-20). فهذه النظرية ترى أن الضغط النفسي ناتج عن التفاعل الدينامي بين الفرد والبيئة حيث تركز على دور التفاعل الديناميكي لكل العوامل المتعلقة بالظاهرة باعتبارها مثير واستجابة والعمليات العقلية التي يستعملها الفرد للفهم والحكم على الظاهرة لتحديد المثير المهدد وتحديد أساليب المقاومة المستعملة لتنظيم الدوافع النفسية والعوامل المحيطة. (سكريفة،2008،ص.49)

- نظرية التناذر العام للتكيف (1929-1975): رائدها (Hans Selye) هانز سيلي الذي يعد أول من قدم مفهوم الضغوط النفسية الى الحياة العلمية وينطلق سيلي في نظريته من مسلمة أن الاستجابات عبارة عن سلسلة منسقة من التفاعلات الفسيولوجية غير المحددة، وقام بوضع مصطلح "طاقة التكيف" لوصف قدرة الكائن الحي على اكتساب مقاومة الضغط. (Servant & Parquet,1995). كما وضع سيلي أول نموذج نظري يمثل رؤيته في تفسير الضغط عند طرحه لمفهوم زملة أعراض التكيف العام حيث أكد أن التعرض المستمر والمتكرر للضغوط يؤدي إلى تأثيرات سالبة على حياة الفرد مما يفرض عليه متطلبات فسيولوجية أو اجتماعية أو انفعالية أو نفسية أو الجمع بينها، وهذا ما يؤدي بالفرد إلى حشد كل طاقاته لمواجهة تلك الضغوط التي تظهر في شكل أعراض فيزيولوجية بهدف الدفاع عن الذات والمحافظة على الحياة. (العزيز وأبو أسعد،2009، ص.60).

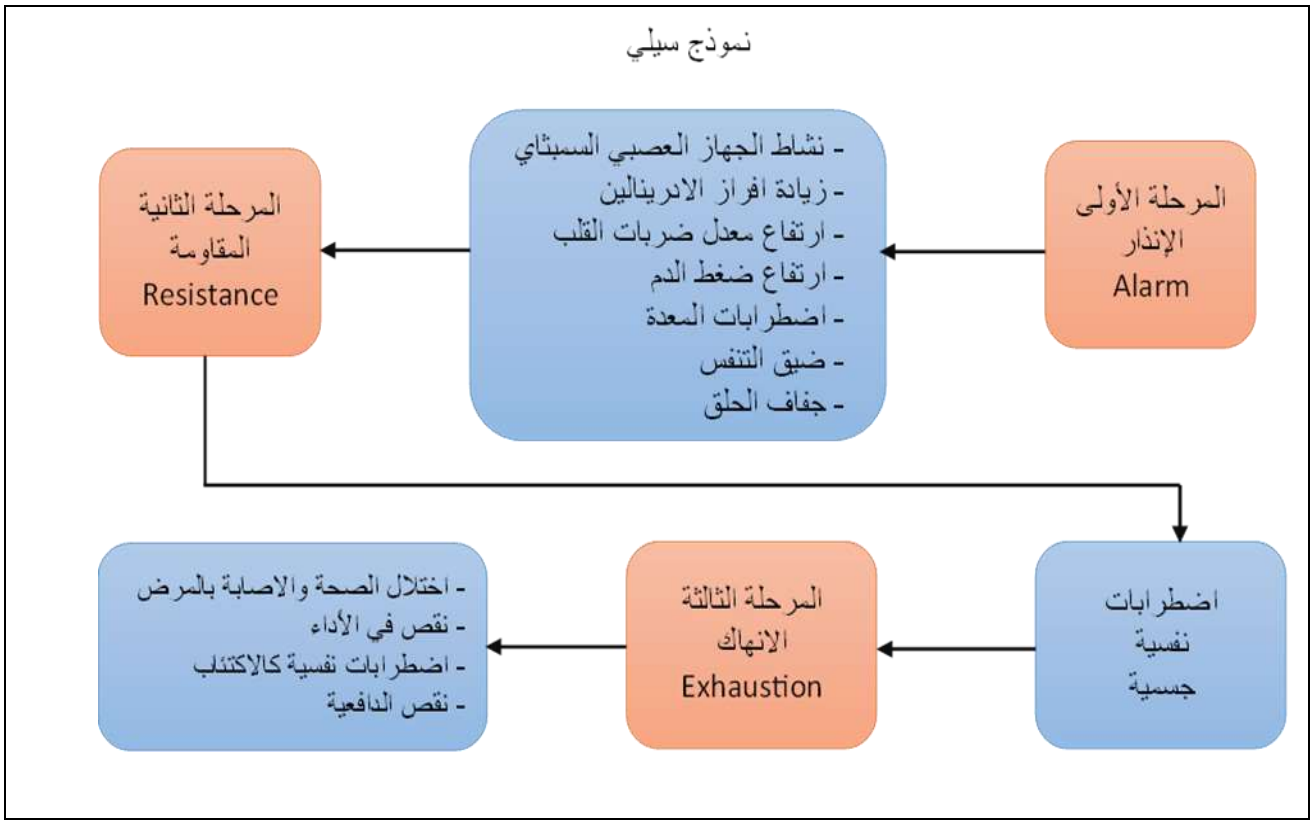
وقد حدد ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط وأن هذه المراحل تمثل مراحل التكيف وهي:

-**استجابة الإنذار:** كما يطلق على هذه الاستجابة رد الفعل الانذاري حيث يبدأ الفرد بالانتباه لوجود حدث ضاغط فيستجيب الجسم لهذا الإنذار بردود أفعال فيزيولوجية يطلق عليها "المقاومة الداخلية" وتتشكل هذه المقاومة بموجب التغيرات التي تفرزها الهرمونات على غرار هرمون الأدرينالين الذي يعمل على زيادة نبضات القلب وارتفاع ضغط الدم.

-**المقاومة:** تشمل المقاومة الأعراض الجسمية التي تتشكل نتيجة التعرض المستمر للموقف الضاغط. وفي هذه المرحلة، يكون الفرد قد اكتسب القدرة على التكيف مع هذا الموقف. إلا أن المواجهة المستمرة للضغط تؤدي إلى اضطراب التوازن الداخلي، وهذا الوضع يزيد من نسبة ظهور الاضطرابات الهرمونية التي تتسبب بدورها في ظهور الاضطرابات العضوية. (الليثي،2020).

-**الانهاك:** وتعتبر أخر مرحلة لاستجابة الجسم الى الموقف الضاغط اذ أن استمرار الضغط يؤدي الى استنفاذ طاقة الجسم في هذه المرحلة حيث يشير ثامر حسين وعبد الكريم (2014، ص.34) يكون الفرد وصل إلى نقطة النهاية في قدرته على مقاومة الضغط وتكون النتيجة انهيارات تقصف هذه المرحلة بنشاط كبير للقسم الباراسمبثاوي من الجهاز العصبي وقد يكون الاكتئاب أحيانا وأحيانا الموت، أي أن تراكم الضغوط النفسية لفترة طويلة خلال المدة السابقة (المقاومة) يقود إلى بعض الاضطرابات النفسية وأمراض جسمية مرتبطة بالضغوط وأحيانا الموت، وبهذا فان الفرد يمر بمراحل متسلسلة عند التعرض للضغط : وضع طبيعي شعور بالضغط محاولة التكيف، نفاذ الطاقة المتوفرة، إنهاك. كما يمكن أن تتكرر المراحل الثلاثة للضغط عند سيلي عدة مرات في اليوم الواحد، كما أنه كل مرحلة من المراحل سابقة الذكر تقابل مرحلة نمائية معينة من مراحل الحياة".(العزيز وأبو أسعد،2009، ص.60).

وسنوضح هذه المراحل حسب الشكل رقم (02) كما ورد في (عبد الرحيم،2016)



الشكل(02) يوضح مراحل ومظاهر الاستجابة للضغوط وفق نموذج "هانز سيلي"

يمثل الشكل (02) أعلاه مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها في نظرية "سيلي" حيث تمثل المرحلة الأولى **مرحلة الإنذار** وتحدث فيها مجموعة من الاضطرابات الفسيولوجية (كارتفاع معدل ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، اضطرابات في المعدة.. الخ)، تليها المرحلة الثانية **مرحلة المقاومة** حيث تحدث مجموعة من الاضطرابات النفسية والجسدية، ثم تأتي المرحلة الأخيرة من مراحل الضغط **مرحلة الإنهاك** التي تظهر فيها جملة من الاضطرابات الجسدية والنفسية.

وتجدر الإشارة الى أن التأثير المهم لنموذج هانز سيلي في حقل الضغط لازال ملموسا حتى الوقت الحاضر ويعود ذلك إلى أنه قدم نظرية عامة حول ما يصدر من ردود أفعال إزاء التعرض لمدى واسع التنوع للأحداث الضاغطة عبر الزمن، فهو يزودنا بطريقة في التفكير حول التفاعل بين العوامل الفزيولوجية والبيئة ومن جهة ثانية فهو يفترض وجود علاقة فزيولوجية آلية تربط الضغط بالمرض، وبالتحديد الانهاك والاستنزاف المستمر الطويل الأمد لإمكانات الفرد (تايلور،2008، ص.347).

رغم أن أعمال سيلي ركزت على الجانب الفزيولوجي إلا أنه كان لها الدور الكبير في تطوير البحث في مجال الضغوط النفسية وفتح المجال للباحثين لدراسة مختلف الجوانب المتعلقة به، إذ تلت أعمال كانون وسيلي العديد من الدراسات في السنوات الأخيرة اهتمت بالضغط والاستجابات الفزيولوجية المصاحبة له.

3-2-التناول المعرفي:

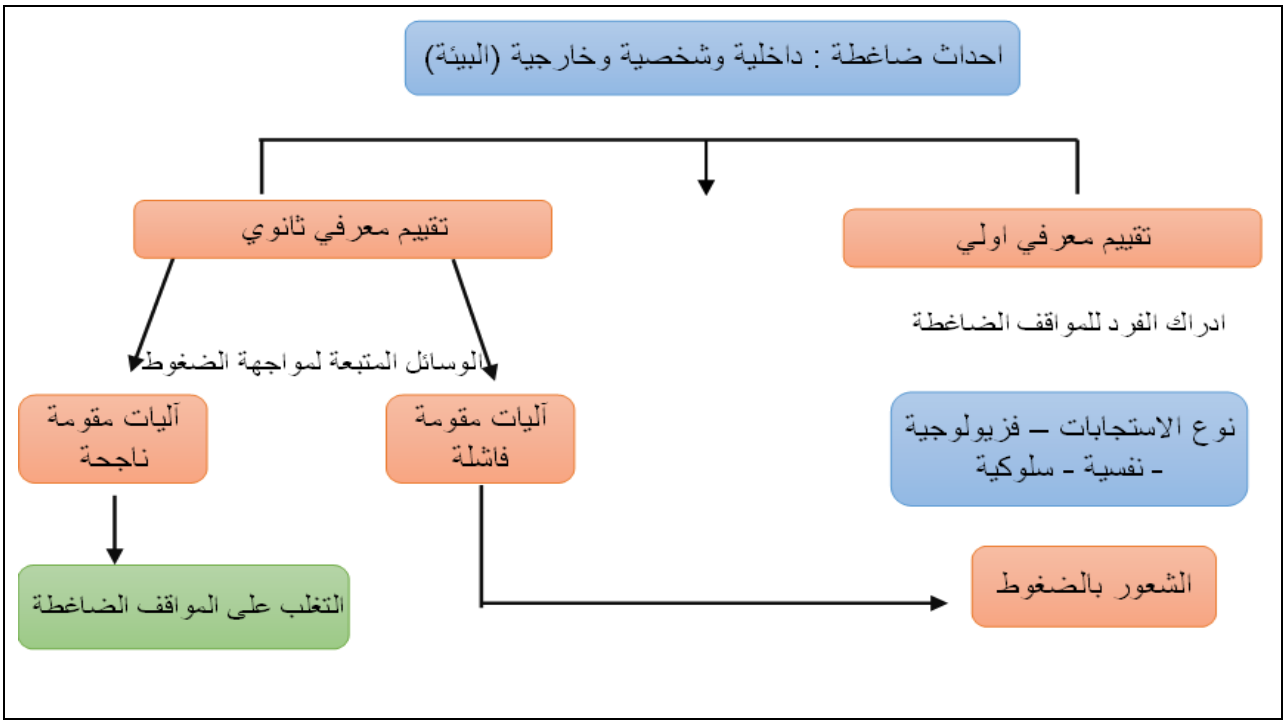
-**نظرية التقدير المعرفي (1966):** تندرج نظرية(1984) Lazarous ضمن التناول المعرفي فقد وضع نموذجا مع فولكمان Folkman لتفسير الضغط وذلك في اطار العلاقة بين الفرد والبيئة والتقييم المعرفي. فقد نشأت نظرية (Lazarous) لازاروس نتيجة للإهتمام البالغ بعملية الإدراك الشخصي والتقدير المعرفي مبينة أن هذه المفاهيم الأساسية تعتمد على طبيعة الفرد، وفادت هذه النظرية بأن التقدير المعرفي للضغط ينشا نتيجة وجود تناقض بين الخصائص الشخصية للفرد وبين تقييمه للتهديد وادراكه له.(البطي،2018). حيث يرتكز هذا النموذج على اعتبار أن العوامل الضاغطة الفيزيقية والنفسية تنتج استجابات ضغط فقط إذا قيمت من الفرد بأنها مهددة أو خطيرة فالضغط نتاج تفاعل بين الإنسان وبيئته ولا يمكن أن يختزل في تأثير احدها دون الأخر. (Graziani , Swendsen, 2004 ,p.47-48).

حيث يرى لازاروس أن نجاح الفرد في تقدير كم التهديد يعتمد على رابطة التفاعل بين الفرد وبيئته والخبرات الشخصية مع الضغوط، وبالتالي تقييم المواقف الضاغطة يكون بناءا على عوامل شخصية وعوامل مرتبطة بالبيئة الخارجية والعوامل المتصلة بالموقف نفسه. (عسكر،2009، ص.37). ويعتبر لازاروس أول من قدم وجهة النظر النفسية للضغوط حيث عرف الضغوط بالشيء الذي يقيمه الفرد بأنه ضار أو مهدد أو متحد، ولقد وضح فكرة التقييم وهما نوعان:

-**التقييم الأولي:** ويقصد به تقييم الفرد للحديث وتقديره له هل هو سلبي أو إيجابي أو عادي فإذا أدركه بأنه سلبي يقوم بتقييمه هل الحدث مؤدي؟ مهدد؟ متحد؟

-**التقييم الثانوي:** ويقصد به تقييم الفرد لإمكاناته الشخصية والمادية والاجتماعية لمواجهة الحدث الذي قدره كحدث ضاغط ويعتبر لازاروس أن التوازن بين نوعي التقييم هو الحكم على مدى إدراك الضغوط فحين يكون الضرر أو التحديد أو التحدي أعلى من إمكانات المواجهة (التكيف فإن الفرد سوف يدرك الضغوط وتظهر لديه ردود فعل الضغوط النفسية (Taylor,1995,p.222). كما أضاف لازاروس الى عمليتي التقويم الأولي والثانوي عملية ثالثة هي عملية تقييم الموقف التي تشير الى أن معتقدات الفرد وقيمه لها إمكانية التحكم وتقييم مطالب الموقف. (Lazarous, Folkman,1984,p.842).

وسنتطرق الى مخطط نظرية التقدير المعرفي كما هو موضح في الشكل رقم (03) وفقا لما ورد في (الخفاف،2018، ص.136).



الشكل (03) مخطط نظرية التقدير المعرفي.

ويتضح أن أنصار نظرية (Lazarus & Folkman) ينظرون للضغوط النفسية على أنها علاقة خاصة بين الفرد والبيئة، والتي تقدر من طرف الفرد بأنها شاقة أو أنها تتجاوز وتفوق قدرته وتهدد سلامته، فالضغوط النفسية من هذا المنظور عبارة عن تفاعل بين الفرد ومتطلبات البيئة الخارجية والتي تتلخص في عملية إدراك الفرد وتقييمه لتلك المواقف البيئية التي يتعرض لها. (Jeanne,2011,p.77).

-**النظرية المعرفية لبيك (Beck1976):** يرى بيك أن المعنى الذي يضيفه الفرد على الأحداث وكذلك طريقة إدراكه وتفسيره لمعنى الحدث، يؤثر على انفعال الفرد وسلوكه وتفسيره لتلك الأحداث، ويحدد مدى تأثره بالأحداث التي يواجهها، وبذلك فإن طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالي لدى الشخص يتوقف على مدى إدراكه للحدث و يرتبط بمعتقداته الشخصية ونظرية لذاته و عالمه و مستقبله، وقد ركز بيك على ثلاثة مستويات من المعرفة هي:

-**المستوى الأول:** وهو الأفكار الآلية ويطلق عليها أيضا الحوار الداخلي أو الحديث الذاتي الذي يلاحظ دائما، وعادة ما تعكس الأفكار التي تسبب ضغط أو عدم القدرة على التكيف النظرة السلبية للمستقبل والشك في الذات والتشويش والانزعاج بشأن الحياة.

-**المستوى الثاني:** يتضمن العمليات المعرفية التي تشتمل على كيفية وأسلوب تفاعل الفرد مع المثير، أي طرق تقديم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات وأسلوب التنبؤ وتقديم أحداث المستقبل، فعندما ينجم عن

العمليات المعرفية نتائج لا تتفق مع المقاييس الموضوعية للواقع، فإنها تكون معرفة، وعندما ينتج عنها نتائج سلبية تؤدي التوتر، ولوم الذات، والاستنتاج العشوائي.

-**المستوى الثالث:** يشير الى أن التركيبات المعرفية أو المخططات و تتضمن المعتقدات أو الافتراضات التي تؤثر في ما يعتني به الفرد في تأويله للأحداث، فهي تكون الهيكل الأساسي الذي يستخدمه الفرد للإدراك و الفهم و التذكر في العالم. (عوض،2001، ص.54-56).

نستنتج مما سبق أن نظرية التقييم المعرفي للازاروس قد أعطت أهمية بالغة لجانب التقييم المعرفي في تفسير الضغوط، وأيده في ذلك بيك عندما أكد على أهمية الجانب المعرفي وعملية التفكير في إدراك الحدث مشيرا الى التشوهات الادراكية (المعتقدات اللاعقلانية) التي تسهم في حدوث الاضطراب النفسي في بعض الحالات. الا أن هذا التوجه أقصى جوانب أخرى كالجانب الفيزيولوجي الذي له علاقة بحدوث الضغوط.

بينما يرى ألبرت إليس (Ellis) أن الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد لا توجد في ذاتها، وانما تتوقف على الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الظروف، وعلى نسق الاعتقادات اللاعقلانية التي يكونها الفرد عن هذه الظروف والأحداث الضاغطة، ومنه يظهر لنا أن السلوك المختل وظيفيا، والمشاعر لدى الفرد ترجع إلى وجود أساليب تفكير سلبية وغير منطقية، فطريقة تفسيرنا للخبرات والأحداث والمواقف التي نمر بها هي التي تحدد استجاباتنا لهذه المواقف، فإن كان تقييمنا للمواقف الصعبة على أنها مواقف كارثية وغير قابلة للحل و أننا عاجزون أمامها و أنها تفوق قدرتنا على حلها، فإننا نزيد بذلك من درجة إحساسنا بالضغط والتوتر.(طايبي،2016). أما مكينبوم (Meichenbaum) فيرى أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للضغط تتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقيم بها الفرد مصدر الضغط، وبالكيفية التي يقيم بها الفرد نفسه وقدرته على التعامل معه تؤثر على سلوكه في هذا الموقف. (يوسفي، 2012،ص.80).

3-3-التناول التحليلي: يرى علماء مدرسة التحليل النفسي أن الضغوط التي يعاني منها الفرد هي تعبير عن صراع ما بين نزاعات ورغبات متعارضة أو متباينة سواء بين الفرد والمحيط الخارجي أو من الرقابة النفسية الداخلية التي يمثلها الأنا الأعلى، وهذه التفاعلات تؤدي إلى ظهور الآليات الدفاعية. وطبقا للنظرية النفسية التحليلية فان معظم الأفراد لديهم صراعات لاشعورية وهذه الصراعات تكون لدى البعض أكثر حدة وعددا، فظروف وأحداث الحياة تعد مسببات للضغوط النفسية وأساليب مواجهة هذه الضغوط يكون عن طريق الكبت الذي اعتبره فرويد ميكانيزم للدفاع اتجاه الضغوط، فالذكريات والمشاعر المؤلمة تكبت في للاشعور مما يؤدي إلى معاناة الفرد من آثار الضغوط النفسية، وإصابته لاحقا ببعض الاضطرابات النفسية والجسدية. (النوايسة 2013، ص.1918). حيث يؤكد أصحاب هذا المنحنى أن التعبير عن الأعراض

المرضية الحالية ما هو إلا امتداد لصراعات وخبرات ضاغطة ومؤلمة مر بها الفرد في الطفولة، لذلك فالمشقة والضغط النفسي الذي يعايشه الفرد حاليا عبارة عن امتداد للصعوبات والخبرات الماضية التي حاولت التعامل مع هذه الخبرات من خلال استخدام ميكانيزمات الدفاع في الطفولة وهي ميكانيزمات غير توافقية وغير ملائمة للمواقف والخبرات المؤلمة الحالية. (شارف،2011، ص.44).

وعليه فان الضغوط النفسية وفقا للمنحى التحليلي عبارة عن صراعات داخلية لاشعورية آتية من العالم الخارجي ليتصداها العالم الداخلي عن طريق الآليات الدفاعية والمتمثلة في الكبت، حيث انصب تركيزهم فقط على الجوانب النفسية لحدوث الضغوط مغفلين الجوانب الفسيولوجية والمعرفية التي لها تأثير كذلك.

3-4-التناول السلوكي: يركز أنصار المدرسة السلوكية على عملية التعلم وعلى دور البيئة في تشكيل شخصية الفرد. حيث تقوم النظرية السلوكية على أنه لكل استجابة مثير والعلاقة بين السلوك والمثير إما ايجابية أو سلبية وأن الشخصية عبارة عن منظمات سلوكية متعلمة ثابتة نسبيا وتتمايز من خلال الأفراد وأن هناك قوانين تحكم السلوك الإنساني كالتعزيز والعقاب والانطفاء والتعميم وتعتبر هامة في تعديل السلوك، وقد أشار هانسن(Hansen,1982) الى أن الإرشاد السلوكي يركز على حل المشكلات ويهتم بتعديل السلوك المضطرب وضبطه ويفترض أن معظم مشكلات الفرد عبارة عن مشكلات في التعلم وأن الأعراض النفسية هي تجمع لعادات سلوكية متعلمة بشكل خاطئ وهناك إمكانية لتغيير أو تعديل السلوك المتعلم. (الغرير وأبو أسعد، 2009).

والضغط النفسي حسب بهروس سكينر (B. Sknner) هو أحد المكونات الطبيعية في حياة الفرد اليومية ينتج عن تفاعل الفرد مع البيئة حيث لا يستطيع تجنبه وأن بعض الناس يواجهون الضغوط بفاعلية وحينما تفوق شدة الضغوط قدرتهم على المواجهة يشعرون بتأثيرات ضغوط البيئة عليهم. (ملاك، 2018).

أما باندورا (Bandura) فيوضح العلاقة بين السلوك والشخص والبيئة، وهو يرى أن هذه العناصر الثلاث تتفاعل مع بعضها البعض وتؤثر في بعضها البعض، فالاستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال الظروف الضاغطة تؤثر في مشاعر الفرد، وتتأثر أيضا بطريقة إدراكه للموقف، ومعظم سلوك الفرد يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد وأن قدرة الفرد على التغلب على الأحداث الصدمية والخبرات الضاغطة يتوقف على درجة فعالية الذات لديه، وهي تتوقف على البيئة الاجتماعية للفرد وعلى إدراكه لقدراته وإمكاناته في التعامل مع الضغوط. (عبيد، 2008).

3-5-التناول النفسي الاجتماعي :

-**نظرية أحداث الحياة الضاغطة (1967):** تعتبر نظرية الضغط وحوادث الحياة إحدى أهم النظريات ضمن التوجه النفسي الاجتماعي في دراسة الضغوط، حيث اهتم كل من توماس هولمز وريتشارد راي (Th Holmes & R Rahe) بتحديد تأثير التغيرات الإيجابية والسلبية على صحة الفرد.(عسكر،2003،ص.82). والافتراض الأساسي في هذه النظرية يشير الى "أن التعرض للمؤثرات النفسية والاجتماعية خلال أسابيع وشهور يجعل الفرد معرضا لأمراض التكيف"وقسم الباحثان المثيرات الضاغطة إلى صنفين:

-**المثيرات المألوفة:** يستجيب لها الفرد بصورة آلية وفي هذه الحالة لا تحدث مشاكل للتكيف.

-**المثيرات غير المألوفة:** التي تؤدي إلى اختلال التكيف وبالتالي ارتفاع الضغط وهو ما يظهر في شكل تغيرات وآثار فيزيولوجية لذلك فإن تراكم أحداث الحياة يؤدي إلى اضطرابات تمس الصحة الجسمية للفرد. (Holmes ,Rahe,1967). فهذه النظرية تدرس السياقات النفسية والاجتماعية للظاهرة تبعا لطبيعة الحوادث الضاغطة التي يتعرض لها الافراد ويرى هولمز وراي أن تراكم أحداث الحياة الضاغطة تؤدي الى ظهور اضطرابات تمس كل من الصحة النفسية والجسدية وهما يميزان ثلاثة أنواع من الحوادث هي:

-**الحوادث المفاجئة:** كفقدان قريب او شخص محبوب او الإصابة بمرض خطير.

-**الحوادث المزمنة:** تتميز بالتواصل والاستمرارية كالصراع العائلي او صراع الأجيال.

-**الحوادث المترتبة عن مراحل انتقالية في الحياة:** كالزواج.

فنموذج هولمز وراهي من النماذج البسيطة التي تفترض ان الاحداث البيئية لها قيم معينة في اسهامها بحدوث الضغوط وان هذه الاحداث لها اثار تراكمية على حالتنا الصحية. (شفيق،2019).

نلاحظ أن نظرية هولمز وراي ركزت على تأثير التغيرات المفروضة على الفرد باعتبار أن الضغط ينتج عن تراكم أحداث الحياة وأن قدرة الفرد على التكيف تخضع لتأثير تكرار الأحداث وشدتها وليس لطاقات الفرد وإمكاناته التي تؤثر في إدراكه وتفسيره للأحداث سواء كانت إيجابية أو سلبية كما تجاهلت هذه النظرية بعض المصادر والمثيرات باعتبارها بسيطة والتي قد تلعب دورا في ظهور استجابات الضغط إذا ما كان تقييم الفرد مضخما لها حيث أهملت الخصائص الفردية في مقابل اهتمامها بطبيعة الحدث الضاغط فالأفراد يختلفون في طرق إدراكهم لتلك الاحداث وبالتالي في أنماط تعاملهم معها.

4-النماذج المفسرة للضغوط النفسية:

4-1-النموذج النفسي لسبيليرجر: يشير الغرير و أبو أسعد(2009) الى أن سبيليرجر(Spilberger 1979) يعتبر من العلماء الذين وضعوا تفسيرا للضغوط النفسية بالاعتماد على الدوافع اذ يرى أن الضغوط تلعب دورا في اثارة الاختلافات على مستوى الدوافع في ضوء ادراك الفرد لها ويحدد نظريته في ثلاث أبعاد رئيسية هي: الضغط (Stress)، القلق (Anxiety)، التعليم (Teaching) وفي ضوء هذه الابعاد يحدد محتوى النظرية فيما يلي:

-التعرف على طبيعة الضغوط واهميتها في المواقف المختلفة.

-قياس مستوى القلق الناتج عن الضغوط في المواقف المختلفة.

-قياس الفروق الفردية في الميل الى القلق.

-توفير السلوك المناسب للتغلب على القلق الناتج عن الضغوط.

-توضيح تأثير الدفاعات السيكولوجية لدى الافراد المطبق عليهم برنامج التعليم لخفض مستوى القلق.

-تحديد مستوى الاستجابة.

-قياس مستوى ذكاء الافراد الذين أجرى عليهم برنامج التعليم ومعرفة قدرتهم على التعلم.

فقد اهتم Spilberger في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة، ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها، ويحدد العلاقة بينها وبين ميكانزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة. فالفرد يقدر الظروف الضاغطة التي أشارت إليها حالة القلق لديه ثم يستخدم الميكانزمات الدفاعية المناسبة لتخفيف الضغط (كبت، إنكار، إسقاط أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح له بالهروب من المواقف. (لبد،2013، ص.24).

كما أن هذه النظرية تميز بين الأحداث البيئية الخطرة وبين التغيرات الانفعالية والفسيولوجية والسلوكية التي تنتج رد فعل للموقف الضاغط وتسمى ردود فعل الضغوط، ولقد ميز Spilberger بين مفهوم الضغط والتهديد ليشير إلى أن مفهوم الضغط يعني خصائص المثيرات في المواقف التي تتميز بدرجة ما من الخطر الجسمي أو النفسي، أما التهديد فيشير إلى إدراك الفرد لموقف معين خطر لدرجة ما مهدد لشخصه وبذلك يعتبر Spilberger من أوائل الباحثين في مجال العجز المكتسب على الإنسان. (Bruchon M et al,2003,p.49).

4-2-نموذج العجز المكتسب لسليجمان (Seligman,1979): الذي أكد على أن تعرض الفرد لحالة العجز تجعل سلوكه غير تكيفي، حيث أن عزوف الفرد عن القيام بأية محاولة أو استجابة تخلصه من الوضع المزعج القائم يمثل ردة فعل غير تكيفية، ووفقا لهذه النظرية يعد الضغط النفسي نتاج للشعور بالعجز المكتسب كما يرى هذا النموذج أن هناك ثلاثة أبعاد للتفسير المعرفي الذي يساعد في فهم درجة عمق وتناقض وطول مدة الشعور بالعجز يساعد في التنبؤ بإمكانية حدوثه وفي فهمه وهذه الأبعاد هي :

- البعد الأول: عزو الفشل الأسباب داخلية او خارجية.

- البعد الثاني: اتساق العزو بالثبات أي بقاء مسببات الأمور كما هي في جميع الاحوال.

- البعد الثالث: مدى انطباق التفسير على مجال واحد في الحياة أو شموليته هي تؤدي إلى التراجع في الدافعية والمعرفة والتكيف الانفعالي (الغرير، أبو أسعد،2009، ص. 62-63).

4-3-النموذج البيئي لهنري موراي(Henri Murray,1938): يعتبر موراي أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان حيث أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة، ويعرف الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعيق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين.(فاروق،2001).

كما يتفرد موراي بين منظري الشخصية بعمق الفهم للديناميات التي تحدث داخل الكائن البشري من أجل لحظة انبثاق ولحظة تكيف وحدات التوازن النفسي ويتسم منهجه بالدينامية النفسية.

حيث تشير Julian Rotter (107:1980) أن مواري استمد تفسيره من نظرية التحليل النفسي لكنه أحل الحاجات محل الغرائز التي اقر بها "فرويد" وأكد أن فهم السلوك ينبغي أن يتضمن تحليلا للظروف البيئية التي أطلق عليها الضغوط، والضغط هو خاصية البيئة التي تساعد الفرد على الوصول إلى غرض معين أو تعوقه عنه. ويذكر محمد شحاتة (2002،ص.35) أن ديناميكية موراي النفسية تختلف عن ديناميكية "فرويد" في أنها أكثر عمق وفعالية حيث أضاف موراي مفهوم المثالية الذي يعبر عن الذات المأمولة إلى التصور الطبوغرافي للنفس البشرية الذي قدمه فرويد والذي يتكون من: الهو، الأنا، الأنا الأعلى.(عريس،2017،ص.86).

ويرى موراي أن الحاجة من محددات السلوك والضغط هي القوة التي تعترض هذا السلوك البلوغ أهدافه وتتم عملية الربط بينهما، من خلال ما يحدث بينهما من تفاعل دينامي، يعبر عنه موراي بمفهوم التفهم أو الفكرة وميز موراي بين نوعين من الضغوط هي:

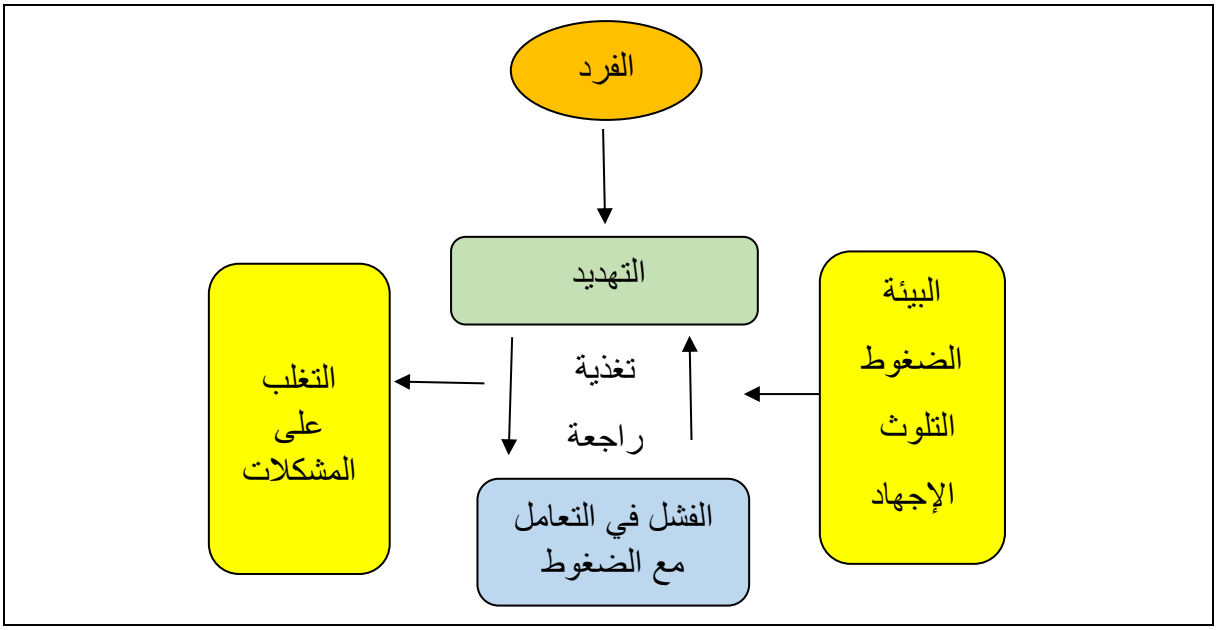
-**ضغط بيتا Beta stress**: ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

-**ضغط ألفا (Alpha stress)**: ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالتها كما هي.

ووضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول بيتا ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا مفهوم تكامل الحاجة، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف والحافز والضغط والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا. (فاروق،2001،ص.100).

حيث ربط موراي بين شعور الفرد بالضغوط النفسية وبين مدى إشباعه لحاجاته، كالحاجة إلى الإنجاز، الانتماء الاستقلال السيطرة، وكذا الحاجة إلى مواجهة الآخرين عندما يشعر بالظلم والإهانة فعندما يتم إشباع الحاجة لدى الفرد فإنه يشعر بالراحة. وإذا لم يتحقق له ذلك فإنه سوف يشعر بالضيق ويصبح عرضة للضغوط النفسية.

4-4-نموذج كوبر(Cooper): يهتم كوبر في نموذجه على نحو أساسي بالبيئة التي يعيش فيها الفرد، ويعدها المصدر الرئيس للضغوط الواقعة عليه، لذلك تعد البيئة وفقاً لنموذج كوبر مهددة لحاجته، ولابد من التعامل المباشر معها بالاستراتيجيات التي يواجه بها الضغوط، حتى لا يفقد توازنه، ومن ثم توافقه مع البيئة المحيطة، ما يهدد بأمراض جسدية، علاوة على أمراض سوء التكيف. (عبد المعطي،2006، ص.53).



الشكل رقم (04): نموذج كوبر في تفسير الضغوط النفسية.

يمثل الشكل رقم (04) نموذج كوبر في تفسير الضغوط النفسية كما ورد في(شاهين،2007، ص،103). حيث نلاحظ أن نموذج (Cooper) يعتبر بيئة الفرد مصدرا للضغوط حيث يؤدي ذلك إلى وجود تهديد

لحاجات الفرد أو خطرا يهدد أهدافه فيشعر بحالة الضغط محاولا استخدام بعض الإستراتيجيات للتوافق مع المواقف الضاغطة وفي حالة عدم تغلبه على المشكلات واستمرار الضغوط لفترات طويلة فإنها تؤدي إلى الإصابة بالأمراض والاضطرابات.

4-5-النموذج الوجودي لفكتور فرانكل : حسب عبد العظيم (2006) يرى فكتور فرانكل أن الانسان يبحث دائما عن معنى وهدف لحياته، وصعوبة إيجاد معنى لحياته يجعله عرضة للعصاب الوجودي، ويؤكد فرانكل أن المعنى الذي يعطيه الفرد لحياته والأهداف التي يسعى إلى تحقيقها هي التي تجعل للحياة قيمة وتخفف من إحساس الفرد بالضغوط التي يواجهها، كما أن المواقف والاتجاهات التي يتخذها الفرد نحو خبراته السلبية هي التي تحدد النتائج التي تعقب المواقف الضاغطة، وتكون مواجهة ضغوط الحياة بالاتجاهات صحيحة من خلال إعطاء معنى لهذه التجارب التي تسبب له المعاناة، بالإضافة إلى أن البعد الروحاني يعد مكون هام لاتجاهاتنا نحو الحياة، ويولد من خلاله إحساس الفرد بالأمل والمعنى والهدف في الحياة من الميلاد إلى الممات يركز أنصار النظرية الوجودية (فكتور، رولوماي، هدجر) على العديد من المفاهيم الأساسية المرتبطة بالإنسان مثل القدرة على الوعي بالذات، التسامي بالذات، الحرية المسؤولية و بناء علاقات ذات معنى مع الآخرين، والبحث عن المعنى والهدف والقيم والهوية الوجودية، حيث أن هذه المفاهيم تعمل كمصد ضد الضغوط، و أن استراتيجيات المواجهة الوجودية تكون مفيدة في التعامل مع الضغوط، حيث أن كثرة ضغوط الحياة قد تدفع بعض الأفراد إلى فقدان الإحساس بمعنى الحياة و الاحساس بالهدف فيها، و من ثم يصبحون عرضة للاضطرابات النفسية، وعلى هذا يعد إيجاد معنى للحياة ذو أهمية كبيرة في تخفيف الآثار الناجمة عن الضغوط. ويؤكد Pattista and Almond (1973) بأنه لكي يكون للفرد معنى في الحياة لابد من الالتزام بشيء ما، و الاعتقاد أن هذا الشيء مطلوب، و أن المعنى في الحياة يظهر في عدة مصادر. (عبيد، 2008، ص.353).

ولقد حدد(Wong,1998) ثلاث مصادر لمعنى الحياة وهي المكون الدافعي، المعرفي، الوجداني، كما يتطلب من الفرد ان يكون لديه اتجاهات إيجابية وناضجة نحو الحياة ونحو الذات لأن ذلك يجعل الحياة هادفة وانتاجية، أما ديباتس (Debats,1999) فقد حدد ثمانية مصادر هامة للمعنى في الحياة وهي العلاقات حياة العمل الخدمة، السعادة الشخصية، تحقيق الذات النواحي المادية المستقبل والأمل.(طايبي،2016).

4-6-نموذج كوكس ومكاي (Mackay-Cox):يعتقد الرشيد (1999) أن الضغط يمثل جزء من النظام الديناميكي المعقد الذي يسمح بتفاعل الفرد مع بيئته، معتبرا إياه متغيرا وسطيا يقع بين الفرد وبيئته وهو يتمثل في عدة نقاط:

يعتبر الضغط من المصادر المرتبطة بالشخص، وهو جزء من لا يتجزأ من بيئته.

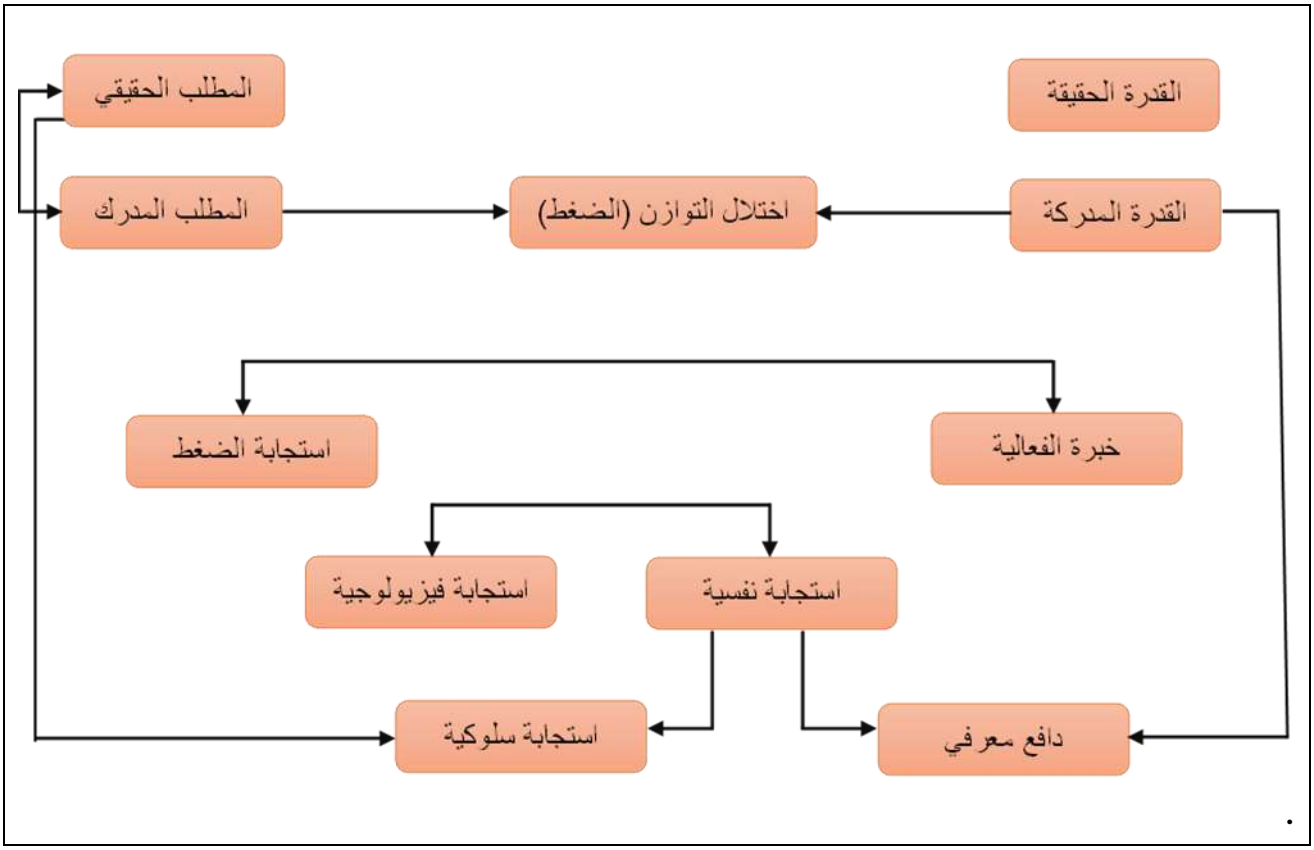
– ينشأ الضغط عندما يكون هناك عدم توازن بين مطالب الفرد وبين متطلبات بيئته.

– يمثل الضغط قدرة الفرد على مواجهة مطالبه.

يعتبر الضغط من المتغيرات الفيزيولوجية التي تعكس استجابة الفرد له.

يمكن أن يحدث الضغط عندما يفشل الفرد في مواجهة مطالبه، أو من خلال توقع الفشل في مواجهتها.

تؤثر الاستجابة الفيزيولوجية، مثل إفراز الأدرينالين على إدراك الكائن الحي للموقف الضاغط. (العبد الله، 2014). والشكل الموالي وفقا لما ورد في (الشناوي،1994،ص.15) يمثل كيفية حدوث الضغط. حسب نموذج كوكس وزملائه.



الشكل (05) مخطط يوضح كيفية حدوث الضغط حسب كوكس

يتبين من خلال هذا النموذج أن الضغط ليس مثير ولا استجابة وانما هو تفاعل بين الفرد والبيئة وأن الفرد والبيئة في علاقة متغيرة يؤثر كل منهما في الأخر.

4-7-نظرية العوامل المتعددة: قدم موس وشيفر (Moos et Schaefor) نموذج العوامل المتعددة في تفسير الضغوط النفسية، الذي يعد من أشمل النماذج التي توضح العوامل الأساسية التي تؤثر في استجابة الفرد للضغوط والتي تمر ثلاثة مراحل وهي:

-**المرحلة الأولى:** وتتحدد فيها قوة الحدث الضاغط بالعوامل الآتية:

أ- الخصائص الشخصية للفرد: مثل العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، النضج المعرفي والانفعالي، الثقة بالنفس، المعتقدات الدينية، الفلسفة، والخبرات السابقة.

ب- عوامل تتعلق بالحدث الضاغط، تتمثل في:

- نوع الحدث الضاغط: قد يرجع إلى الطبيعة كالزلزال، أو قد يرجع إلى الإنسان كالحروب، وقد يرجع إلى عوامل بيولوجية كالمرض أو الموت.
- مدة وقوع الحدث الضاغط: قصيرة أو طويلة.
- مدى مواجهة الفرد للحدث الضاغط وآثاره.
- احتمال توقع الفرد للحدث الضاغط.
- إمكان مواجهة الحدث الضاغط والتحكم بآثاره.

ج- طبيعة البيئة: من حيث العلاقات الاجتماعية بين الأفراد وأسرهم، ودرجة تماسك المجتمع، حيث تتداخل العوامل الثلاثة مع بعضها، لتساعد الفرد في الوصول إلى المرحلة الثانية.

-**المرحلة الثانية** : وتكون على ثلاث خطوات هي :

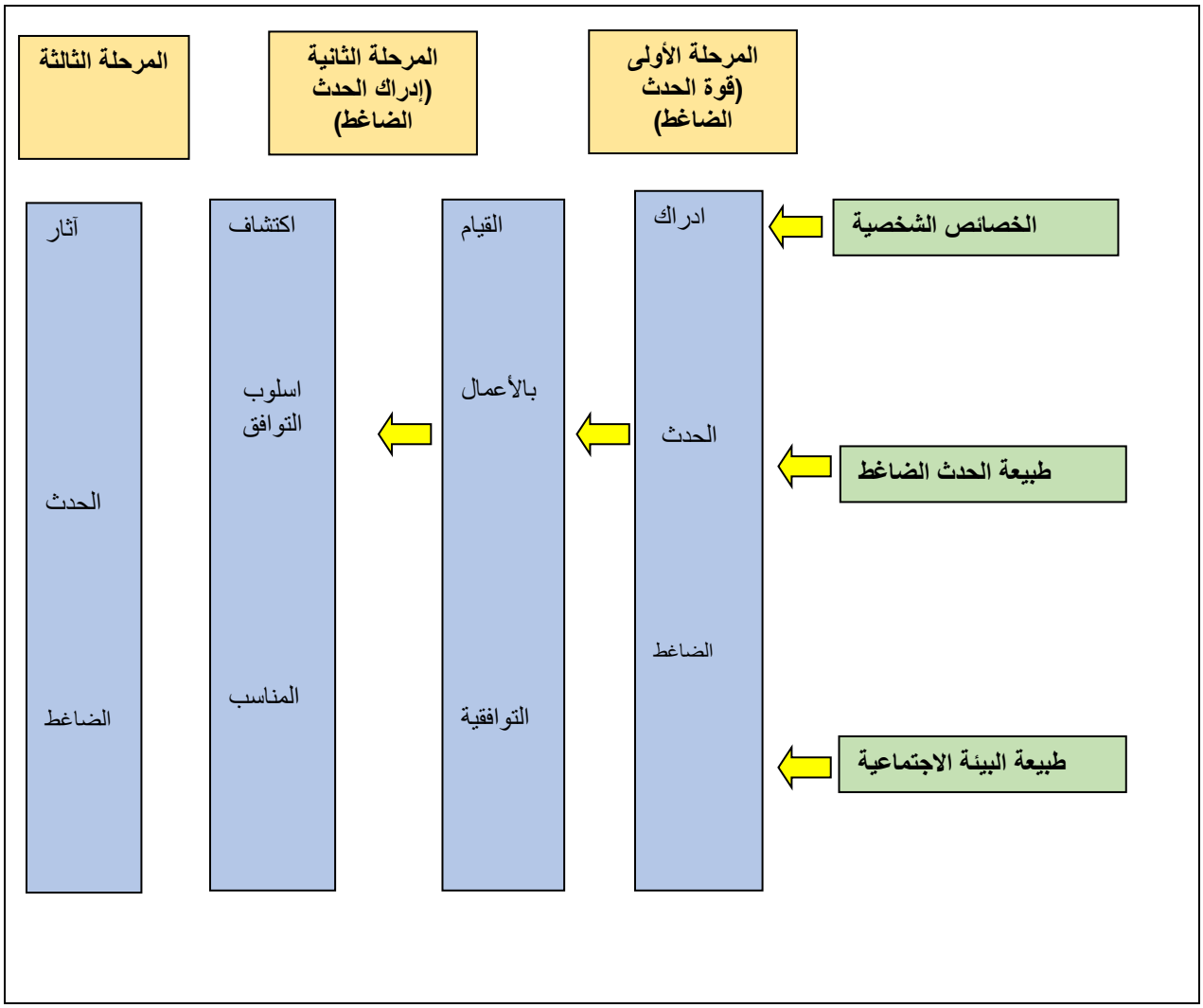
-أولا: إدراك الفرد لمعنى الحدث الضاغط، ويبدأ هذا الإدراك بعد صدمة الحدث الضاغط بشكل مفاجئ ليزداد وضوحه حتى يدرك جوانبه ونتائجه مما يسهل عليه التعامل معه.

ثانيا: الأعمال التي تهيأ الفرد للتوافق مع الحدث الضاغط، ومحاولته الاحتفاظ بتوازنه والتحكم بمشاعره السلبية التي خلفها الحدث، وشعوره بقدرته وكفايته على التحكم والسيطرة عليه.

ثالثا: محاولة الفرد اتخاذ أسلوب لمواجهة الموقف بهدف استعادة توازنه النفسي، وتتضمن عمليات مختلفة هدفها حشد طاقات الفرد المعرفية والانفعالية لمواجهة الموقف الضاغط.

-**المرحلة الثالثة:** تعد محصلة لتفاعل جميع العناصر السابقة بهدف مواجهة الموقف وقد تكون المواجهة في صورة توافق ناجح وبالتالي يستطيع الفرد مواجهة حياته، وقد يخفق الفرد في تحقيق التوافق فتظهر عليه الاضطرابات النفسية. (حسن،2013، ص.71).

وتم تلخيص للمراحل الثلاث التي تمر بها عملية مواجهة الضغوط النفسية والاستجابة لها حسب (Moos and Schaefor) وفقا للشكل رقم (06) كما ورد في (الجبلي، 2006، ص.31)



الشكل رقم (06): نموذج Moos and Shefer في تفسير الضغوط النفسية.

نلاحظ من خلال الشكل رقم (06) أن استجابة الفرد للضغوط النفسية تمر بثلاثة مراحل وهي: **المرحلة الأولى** التي تتعلق بقوة الحدث الضاغط التي تتأثر بثلاث عوامل أساسية تتمثل في الخصائص الشخصية، طبيعة الحدث الضاغط وطبيعة البيئة الاجتماعية، **المرحلة الثانية:** تتحدد فيها عملية إدراك الحدث الضاغط وكيفية التوافق معه، أما **المرحلة الثالثة** فتعد محصلة لتفاعل جميع العناصر السابقة بهدف مواجهة الموقف التي ينتج عنها اما توافق الفرد بشكل ناجح أو اخفاقه في تحقيق التوافق فتظهر عليه الاضطرابات النفسية. بحيث يعد نموذج العوامل المتعددة في تفسير الضغوط النفسية من أشمل النماذج التي توضح العوامل الأساسية التي تؤثر في استجابة الفرد للضغوط.

5-خصائص الضغوط النفسية: من خلال ما تم تناوله من نماذج ونظريات مفسرة للضغوط النفسية يمكننا استخلاص العديد من الخصائص المميزة لها ولعل أهم خاصية للضغوط هي أنها موجودة في جميع جوانب

الحياة ولا يمكن إقصاؤها عن حياتنا. فقد أشار (سيلي) إلى أن التحرر التام من الضغوط يعني الموت. (عبد العزيز،2010).

وقد حدد حسن (2001، ص.14) خصائص الضغوط التي تجعل الأحداث تؤدي الى ضغوط حقيقية فيما يلي:

– **الاحداث السلبية تؤدي الى الضغوط أكثر من الإيجابية:** فكل الاحداث سواء سلبية أو إيجابية تكون ضاغطة لأنها تضيف للأشخاص أعمالا إضافية أ وتتسبب في مشكلات قد تفوق قدراتهم الا أن الاحداث السلبية تكون غير مرغوب فيها ولها علاقة بالألم النفسي والاعراض الجسدية أكثر من الاحداث السلبية.

– **الأحداث التي لا يمكن السيطرة عليها وغير المتوقعة أكثر ضغطا من الأحداث القابلة للسيطرة:** ففي الأحداث المتوقعة يشعر الأشخاص بأنهم يستعطون التنبؤ بالحدث أو أنهم قد وصلوا الى شخص يستطيع التأثير في الحدث فيتناولونه على أنه أقل ضغطا ولو كانوا لا يستعطون فعل شيء حياله لأن الشعور بالسيطرة يقلل من خبرة الضغوط ويؤثر على الاستجابة الكيميائية.

–**الأحداث الغامضة أكثر ضغطا من الأحداث الواضحة:** عندما يكون الحدث غامضا لا يكون لدى الشخص فرصة للفعل فهو يكرس مجهوده ووقته لمحاولة فهم الضاغط، في حين أن الأحداث الواضحة تعطي للفرد فرصة الايجاد الحلول ولا تتركه مقيدا في مرحلة تحديد المشكلة، كما أن القدرة على اتخاذ فعل المواجهة ترتبط بقدر أقل من الألم النفسي وقدر أكبر من القدرة على مواجهته.

كما تتصف الضغوط النفسية بكونها:

–إيجابية أو سلبية.

–محصلة لتفاعل بين الفرد والبيئة.

–تترافق مع ظروف مادية واجتماعية ونفسية وسلوكية.

–ذات طبيعة تراكمية حيث تؤثر القوى الضاغطة بشكل وحدات إضافية لمستوى الاجهاد الفردي. (العبودي،2007، ص.21).

أما (Brown and Moberg) فقد ذكر أربع خصائص للضغوط النفسية هي:

– الضغط عملية إدراكية في المقام الأول بمعنى أننا نستجيب لمثير واحد بمستويات متباينة من الضغط.

– أن الضغط المدرك يربط بين وجهة نظر الفرد بما يمتلكه من قدرات عقلية وجسدية وبين متطلبات الموقف.

– الضغط محصلة لمدى أهمية الموقف وفقا للإدراكات الذاتية للفرد.

– الضغط هو عملية تكيف قدرات الفرد مع متطلبات موقف معين. (الأشقر،1995،ص.4).

ولخص (نايف،2019)خصائص الضغوط النفسية في النقاط التالية:

– **المادية:** فالضغوط النفسية تأتي من تفاعلات عناصر حياتية، فنشأتها تكون من مثيرات حيوية بيولوجية ومثيرات نفسية يمكن إدارتها وتحديدها ومن خلال المعرفة الحسية واستنباطها والشعور بوطأتها وتجسداتها الواقعية كما تنشأ من مثيرات ضمن بنية النظام الاجتماعي والسياسي والاقتصادي

– **تنوع النشأة:** قد تنشأ الضغوط من مثيرات سارة أو من مثيرات مؤلمة فكل من الحوادث المرغوبة وغير المرغوبة ثبت انها تؤدي إلى تغيير في الحياة، وتتطلب الضغوط النفسية إعادة التوافق الثابت، فالخبرات السارة تسبب ضغوطا، ولكنها قليلة القدر مقارنة بالضغوط الناجمة عن الخبرات غير السارة.

–**الإنتشار والعمومية:** رغم وجود فروق فردية بين الأفراد حال تعرضهم للضغوط النفسية، فهناك أفراد مؤهلين دون غيرهم وهذا راجع لطبيعة تكوينهم الجيني واستعداداتهم النفسية والعقلية والمعرفية إلا أن هناك شروطاً عندما تتوافر لابد وأن يعاني الفرد الشعور بالضغوط النفسية وهنا لا فرق بين فرد وآخر، حيث تتحقق صفة العمومية، كما أن التأثيرات الناتجة عن الضغوط مختلفة على جميع النواحي العصبية والفسيولوجية.

–**الضغوط تتضمن دوافع ايجابية:** أي أن الضغوط عند قدر معين لازمة وضرورية لتنشيط الدوافع والحاجات وزيادة التفاعلات مع البيئة المحيطة وتحقيق الهدف وإشباع الحاجات فالفرد يتحرك تحت تأثير الضغوط التي يتعرض لها وتكون شخصيته اشتقاقا من هذه الضغوط، ومن محاولته التغلب عليها بقدراته واستعداداته العقلية.

–**الضغوط مؤشر للتكيف:** فالضغوط تؤدي الى تشكيل تفاعلات سلوكية يظهر من خلالها تكيف الفرد من عدمه، فإذا تضمنت المواقف الضاغطة مطالب في حدود قدرة الفرد واستطاع تحقيقها يحدث التكيف، أما إذا تضمنت هذه الضغوط مطالب فوق الطاقة والاحتمال يؤدي ذلك إلى سوء التكيف والاضطراب.

–**ذات طبيعة وظيفية:** ينتج الإحساس بالضغوط كجانب وظيفي لعدم تكامل الشخصية واختلاف الدفعات والآليات النفسية والفسيولوجية لدى الفرد، وعدم كفاية قدراته واستعداداته في تحمل الضغوط.

– **ذات طبيعة ديناميكية:** الضغوط ليست ثابتة فهي مجموعة من التأثيرات المترابطة، فهي عند حد معين قوة نحو غاية وهدف محدد، حيث تسهم الضغوط في تشكيل جوانب كثيرة من شخصية الفرد وتشكيل مهاراته وخبراته الاجتماعية وتصقل قدراته واستعداداته وتجعل منه كائن اجتماعي قادر على التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي، كما تتأثر بعدة عوامل مثل درجة الوعي الذاتي للفرد وثقافته ومستواه الاقتصادي والطبقة التي ينتمي إليها.

6-مصادر الضغوط النفسية:

من الصعب حصر مصادر الضغوط النفسية ومسبباتها في تصنيف معين نتيجة كثرتها، وتعددها واختلافها من فرد إلى آخر، ومن مرحلة عمرية إلى أخرى، حيث إن لكل مرحلة ظروفها، كما تختلف مصادر الضغوط من بيئة إلى أخرى، لأن البيئة الاجتماعية والثقافية تؤدي عملاً هاماً فيها.

وقد تحدث كل من جيردانو وداسك Girdano and Dusek عن أسباب الضغوط أو مصادرها عامة وصنفوها في ثلاث فئات رئيسة هي:

1- عوامل نفسية اجتماعية: تركز على أسلوب الحياة، وما يتضمنه من عوامل مثل درجة التكيف والتعب الزائد، والإحباط والحرمان.

2- عوامل البيئة العضوية الحيوية: تتضمن عوامل مثل الاتزان العضوي وعدمه، ودرجة الانزعاج وطبيعة التغذية والحرارة والبرودة.

3- عوامل شخصية: تتمثل في إدراك الذات والقلق وإلحاح الوقت، والشعور بفقدان السيطرة على الأمور، والغضب، والعدوانية. (الظفيري،2007).

ذكرت عبلة أحمد (2022، ص.225) أن من مصادر الضغوط

1- الضغوط الاجتماعية: وهي بسبب إختلاف العادات والتقاليد والثقافات بين الفرد وبين الجيران والأصدقاء والعائلة والتفاوت في الطبقات الاجتماعية بين الأفراد، والاختلاف في الميول والإتجاهات بين أفراد الأسرة الواحدة، كل هذه الأسباب تؤدى إلى أن يعيش الفرد في كثير من الضغوط.

2- الضغوط الصحية: وهي الأمراض العضوية التي يصاب بها الفرد أو الحوادث التي يتعرض لها مما يصعب على الفرد تحقيق أهدافه في الحياة.

3 الضغوط الأسرية: وهي بسبب الأسرة التي يعيش فيها الطالب فمثلا الغيرة من الأخوة والخلافات المستمرة مع الوالدين، فعدم وجود تفاهم بين الطالب وبين والديه أو أخوته بسبب اختلاف ميول الطالب وأفراد أسرته يؤدى إلى وجود خلاف مستمر بينهم، وأيضا من مصادر الضغوط صراع الأجيال بين الفرد وبين والدية هذا الصراع يؤدى إلى صعوبة التفاهم بينهما مما يؤدى إلى خلاف مستمر بين الفرد وبين والديه فيعيش الفرد في ضغوط دائمة لأنه من الصعب أن يعيش الفرد في المنزل وهو على خلاف دائم مع أسرته.

أما جمعة يوسف (2007، ص.16) فقد أشار الى مصادر الضغوط كالتالي:

1- ضغوط اقتصادية ومالية: وتشمل عدم ثبات النظام الاقتصادى مما يؤدى الى أزمة إقتصادية.

2- ضغوط بسب العلاقات: بمعنى عدم قدرة الفرد على تكوين علاقات إجتماعية جيدة سواء في العمل أو في البئية المحيطة المنزل أو الجامعة أو الأقارب مما يجعله يشعر بعدم وجود مساندة إجتماعية له، وهي من أهم مصادر الضغوط بالنسبة للفرد.

ويشير Cooper and Marshal الى وجود سبعة مصادر رئيسة للضغوط، ستة منها خارجية، ومصدر واحد فقط داخلي هي:

1-ضغوط مصدرها العمل.

2-ضغوط مصدرها تنظيمات الدور.

3-ضغوط مصدرها مراحل النمو .

4-ضغوط مصدرها التنظيمات البيئية والمناخ.

5-ضغوط مصدرها العلاقات الداخلية في التنظيمات البيئية.

6-ضغوط تنشأ من المصادر والتنظيمات العليا.

7-ضغوط تنشأ من المكونات الشخصية للفرد. (العازمي،2009).

أما تايلور(2008) فأشارت الى أن طبيعة الحدث الضاغط هي التي تحدد فيما إذا كان هناك ضغط أم لا وحددت العوامل التي تجعل الأحداث ضاغطة فيما يلي:

أ- تقييم الضغط : الأحداث ضاغطة بقدر ما تدرك لها كذلك ، فالضغط هو ما ينشأ عن عمليات التقييم التي يقوم ها الفرد، أي تقيم ماذا كانت إمكانياته الذاتية كافية لمواجهة مطالب البيئة أم لا.

ب- الأحداث السلبية: فكثير من الأحداث يمكن أن تسبب الضغط لأنها تعرض الأفراد الأعباء إضافية أو مشاكل ترهقهم أو تفوق امكاناتهم.

ج - الأحداث الخارجة عن السيطرة: تشكل الأحداث الخارجة عن السيطرة أو تلك التي يصعب التنبؤ بها مصدر ضغط أكثر من تلك الأحداث التي يمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها.

د - الأحداث الغامضة: عندما يتصف الحدث الضاغط بالغموض فإنه لا يتيح الفرصة أمام الفرد للقيام بفعل شيئ إزاءه لأنه يدفع الفرد إلى تكريس طاقته من أجل استيضاح الموقف المسبب للضغط وهذه المهمة تستهلك وقت الفرد. (تايلور،2008، ص. 360).

7-أعراض الضغوط النفسية:

تؤثر الضغوط النفسية على الناس بأشكال مختلفة وبناءً على ذلك فإن أعراضها تختلف من شخص إلى آخر، ولدى نفس الشخص في مراحل ومواقف مختلفة، وانطلاقا من ذلك فإن الأفراد يطورون ردود أفعال مختلفة نحو الضغوط على المستوى الجسدي والنفسي والانفعالي والمعرفي والعلائقي وفيما يلي سوف نستعرض أهم الأعراض المصاحبة للضغوط من وجهة نظر العلماء والباحثين المختلفة.

فقد أشار الخالدي (2008) إلى إمكانية تصنيف أعراض الضغط النفسي على النحو التالي:

-**أعراض جسدية:** الصداع والإعياء، الأرق، أوجاع عضلية، اضطراب الشهية.

- **أعراض عقلية:** تتمثل في النسيان، تشوش الأفكار، عدم القدرة على التذكر، الأفكار السلبية، الخمول.

- **أعراض عاطفية:** تقلبات المزاج، القلق والكأبة، الغضب الاستياء عدم القدرة على الصبر.

-**أعراض اجتماعية:** الانسحاب الانطوائية والعزلة التعصب الميل إلى الوحدة، قلة الأنشطة الاجتماعية، الرغبة في الهروب.

أما البطي (2018) فقد قدم جملة من الأعراض تستعرضها فيما يلي:

-**أعراض جسمية:** وتتضمن التأثيرات الجسمية مثل فقدان الشهية وارتفاع ضغط الدم القرحة المعدية اضطرابات عملية الهضم وحساسية الجهاز التنفسي، واضطرابات الجلد.

-**أعراض نفسية:** تتمثل في التأثيرات النفسية مثل الاكتئاب والأرق التعب الإرهاق الملل، عدم الرغبة في العمل.

-**أعراض اجتماعية:** تتمثل في العزلة الانطواء على الذات الانسحاب الاجتماعي، انعدام القدرة على تحمل المسؤولية، الفشل في القيام بالواجبات المنزلية.

كما صنف الخفاف (2019) أعراض الضغوط النفسية إلى ما يلي:

- **أعراض فيزيولوجية:** تتمثل في زيادة إفراز الأدرينالين والذي اذا استمر لمدة طويلة يؤدي إلى الإصابة بأمراض القلب، اضطراب الدورة الدموية، ضيق التنفس، ارتعاش الأطراف زيادة إفراز هرمون الغدة الدرقية والمتسبب في نقص الوزن الإجهاد والانهيار الجسمي اضافة الى زيادة إفراز الكوليسترول الذي يؤدي إلى الإصابة بأمراض القلب وتصلب الشرايين.

-**أعراض نفسية:** تتمثل في اختلال عمل الآليات الدفاعية النفسية أو انهيارها، حيث يصبح الفرد أكثر انفعالا وأكثر شعوراً بالخوف الشديد والفلق الدائم وعدم الراحة، وعندما يعجز الفرد عن التوافق مع بعض المواقف المؤلمة والمزعجة تظهر عليه أعراض الاكتئاب.

-**أعراض اجتماعية:** يؤدي انعدام الشعور بالأمن الناتج عن سوء علاقات الفرد بعائلته إلى استحواذ التصرفات العدوانية على سلوكه، مما يؤثر على علاقة الفرد بمحيطه الاجتماعي العام سواء في الحي أو المدينة أو في العمل، وذلك يؤدي إلى الرغبة في الانسحاب من الحياة الاجتماعية والتزام العزلة.

-**الأعراض المهنية:** يصل الفرد إلى درجة الاحتراق النفسي جراء تعرضه المستمر للضغوط النفسية. ويشير الإحتراق النفسي إلى الشعور باستنزاف بدني وانفعالي، والذي يعكس جملة من المظاهر السلبية أهمها تكوين مشاعر سلبية حول مفهوم الذات.

-**الأعراض السيكوسوماتية:** أصبح من المسلم به أن الضغوط بشكل عام تجعل الإنسان عرضة للانهيار العصبي والوقوع في الكثير من الاضطرابات السيكوسوماتية، أي الأمراض النفسجسدية، واستمرار تعرض الفرد للضغوط لفترات طويلة يؤدي به إلى الإصابة بهذه الأمراض، ذلك أن النفس والجسد هما وجهان لعملة واحدة، فالحالة الجسدية تتأثر بالصحة النفسية، والعكس صحيح.

بينما صنف السيد (2020) أعراض الضغوط النفسية المختلفة إلى:

-**الأعراض الجسدية:** تشمل فقدان الطاقة والتعب، التعرق الزائد، عسر الهضم، التوتر المرتفع، الإصابة بالمغص والاسهال، اضطراب الشهية، الالتهابات الجلدية منها: ظهور الطفح الجلدي. الضغط على الفكين مما يؤدي إلى اصطكاك الأسنان، الشعور بآلام الظهر وخاصة الجزء السفلي منه، آلام في العضلات وخاصة في الرقبة والأكتاف، الصداع بأنواعه النصفي الكلي، التوتر وعدم الانتظام في النوم.

-**الأعراض الانفعالية:** يشمل الاكتئاب والعصبية المفرطة، سرعة التأثر والبكاء، سرعة الانفعال والغضب، تقلب المزاج العدوانية واللجوء إلى العنف، الشعور بالاستنزاف أو الاحتراق النفسي.

-**الأعراض الفكرية أو الذهنية:** التعرض لكثرة الأخطاء، صعوبة في التركيز، اضطرابات التفكير، تسلط الأفكار الاستحواذية، إصدار أحكام غير صائبة، انجاز المهام بدرجة عالية من التحفظ وصعوبة في اتخاذ القرارات.

-**الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية:** تجاهل الآخرين، التهكم والسخرية منهم، فقدان الثقة فيهم نسيان المواعيد، تبني سلوك واتجاه دفاعي في إطار العلاقات الإجتماعية.

8-أثار الضغوط النفسية:

صنفت الدعدي (2009) الآثار الناتجة عن الضغط النفسي إلى ما يلي:

1-الآثار الجسمية: وتشمل فقدان الشهية، وارتفاع ضغط الدم، واضطراب عملية الهضم وغيرها.

2-الآثار النفسية: مثل الإرهاق، والملل، والاكتئاب، والأرق، وانخفاض تقدير الذات.

3- الآثار الاجتماعية: تشمل العزلة والانسحاب، وانعدام القدرة على تحمل المسؤولية وإنهاء العلاقات.

4-الآثار السلوكية: كاضطراب عادات النوم، والنسيان والإهمال، وعدم تحمل المسؤولية، وإلقاء اللوم على الآخرين.

5-الآثار المعرفية: تشمل اضطرابا وتدهورًا في الانتباه والتركيز والذاكرة، وصعوبة سوء التخطيط وتداخل الأفكار.

وقام فونتانا (Fontana) بوضع قائمة للتغيرات التي تحدث للفرد عند تعرضه للضغوط وتتمثل في:

-نتائج فيزيولوجية لزيادة الضغط.

-تأثيرات معرفيه الزيادة الضغوط.

-تأثيرات الفعالية لزيادة الضغوط.

-تأثيرات سلوكيه عامه لزيادة الضغوط.

وتشير البحوث والدراسات سواء كانت نفسية أو طبية إلى أن الضغوط النفسية يترتب عليها العديد من الآثار التي تظهر على جوانب مختلفة يمكن حصرها كما ورد في الجدول رقم(01):

الجدول رقم (01) :الأثار المترتبة عن زيادة الضغوط النفسية:

أثار الفيزيولوجية	أثار معرفية	أثار انفعالية	أثار سلوكية عامة
-زيادة الأدرينالين بالدم يؤدي إلى تنشيط رد فعل الفرد وزيادته واستمرار هذا الضغط مدة طويلة قد يؤدي إلى فشل في تلك الأجهزة كاضطراب الدورة الدموية وأمراض القلب. -زيادة إفراز الغدة الدرقية يؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم، واستنفاد الطاقة، واستمرار الضغط طويلا قد يحدث إجهاد ونقص في الوزن وأخيراً انهيار جسمي. -تفاعلات جلدية حيث يصبح لون الجلد شاحباً بسبب تحول الدم إلى مناطق أخرى. - إفراز الكورتيزون بالدم يؤدي إلى نقص الحساسية التي تؤدي إلى ضيق النفس، وإذا طالت المدة تقل المناعة الطبيعية ما يؤدي إلى خرق المعدة وأمراض الحساسية.	-عدم القدرة على التركيز. -تقل الاستجابة السريعة الحقيقية ويمكن أن تؤدي محاولات التعويض إلى قرارات متسرعة وخاطئة. -عدم تحري الدقة والحقيقة وتصبح الافكار غير معقولة	-زيادة التوترات الطبيعية والنفسية حيث تقل القدرة على الاسترخاء زيادة الإحساس بالمرض، حيث يحدث التهيؤ لأمراض الضغط، واختفاء مشاعر الإحساس بالصحة - ظهور الاكتئاب وعدم المساعدة، وشعور بعدم القدرة على التأثير - إخفاق في تقدير الذات، وتطوير الشعور بالعجز وعدم القيمة	زيادة مشاكل التخاطب المتمثلة في تزايد التلعثم والتأتأة. نقص في الاهتمامات والتحمس، والتنازل عن الأهداف الحياتية - صعوبة في النوم. -الميل لإلقاء اللوم على الآخرين. - نقل المسؤوليات إلى الآخرين -ظهور نماذج سلوكية شاذة

(بهاء الدين،2008،ص.36).

9-أنواع الضغوط النفسية:

يرى عبد الستار (1998،ص. 179) أن تواجد الضغوط في حياتنا أصبح أمرا طبيعيا ولا يعني بالضرورة أننا مرضى بقدر ما أننا نتعايش معها، فلكل واحد منا نصيبه من الضغوط بدرجات متفاوتة نتيجة للفروق الفردية وشدة الضغط النفسي. كما تتعدد أنواع الضغوط النفسية وفقا لتعدد مدارس وتخصص علماء النفس فقد اختلف العلماء في تحديد أنواع الضغوط النفسية مثلما اختلفوا في تحديد ماهيتها وطبيعتها، ومن بين المنظرين الذين قاموا بتصنيف أنواع الضغوط النفسية:

سيلي (Selye) الذي أوضح أن هناك أربعة أنواع من الضغوط النفسية التي لا بد أن يتعرض لها الإنسان في حياته وهي:

- **الضغط النفسي السيء:** والذي يضع على الفرد متطلبات زائدة، ويطلق عليه الكرب Distress مثل: فقدان عمل أو فقدان شخص عزيز.

- **الضغط النفسي الجيد:** وله متطلبات لإعادة التكيف مع الذات أو البيئة المحيطة، كالسفر أو ولادة طفل جديد.

-**الضغط النفسي الزائد:** الناتج عن تراكم الأحداث المسببة للضغط النفسي بحيث تتجاوز مصادر الفرد وقدراته على المواجهة، وتختلف هذه الاستجابات من شخص الآخر.

- **الضغط النفسي المرتفع:** وهي ناتجة عن حوادث عنيفة وشديدة وعالية تترك آثارها على الفرد بشكل طويل الأمد، حيث يشعر معها بالملل وانعدام التحدي. (ايبو.2020).

أماKagan فيصنف الضغوط إلى:

- **الضغوط المفاجئة والعنيفة:** وتشمل الأحداث المفاجئة والعنيفة التي تحدث فجأة كالكوارث والحوادث وغيرها والضغط الناتج عن تلك الأحداث هو ضغط عام.

- **الضغوط الشخصية:** وتشمل أحداث الحياة الرئيسية مثل وفاة شخص عزيز، أو فقدان الوظيفة.

-**الضغوط البيئية والاجتماعية:** وتشمل المشاكل التي يصادفها المرء في الحياة اليومية، وهذه تختلف شدتها من وقت لآخر ومن شخص لآخر. (أبو عون،2014، ص.22).

وذكر كل من Omelas and Kleiner (2005) نوعين من الضغوط تتمثل في:

– **ضغوط حادة ومباشرة:** والتي يتكون نتيجة لحدث ضاغط يحدث لمرة واحدة، وغالبا ما يأتي وينتهي بسرعة مثل التعرض لمواجهة حادة مع شخص ما أو التعرض لحادث سيارة عنيف.

– **ضغوط مزمنة طويلة الأجل:** والتي تكون نتيجة سلسلة مستمرة من أحداث ضاغطة مثل: الشعور بالوحدة وانجاز مهام صعبة.

بينما قسم موراي Murray أنواع الضغوط إلى:

– **ضغط بيتا:** هي التي توجد في الواقع الموضوعي في بيئة الفرد.

– **ضغط ألفا:** وهي الضغوط كما يدركها الفرد.(النوايسة،2013،ص.21).

ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول، ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل الى ربط موضوعات معينة بحاجة معينة، ويطلق على هذا المفهوم تكامل الحاجة، أما عندما يحدث تفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشطة فهذا يعبر عنه مفهوم ألفا.(عثمان،2008،ص.100).

وفي نفس السياق قامت mcnamara(2000) بتقسيم الضغوط إلى ثلاث فئات وهي:

–**الفئة الأولى الضغوط المعيارية:** وتشمل التغيرات الجسمية، وكل ما يتصل بالدراسة الأكاديمية والعلاقة بالوالدين وبالأقران.

– **الفئة الثانية الضغوط غير المعيارية:** وتضم حالات الطلاق بين الوالدين، وحالات الوفاة في الأسرة والمرض العقلي لأحد الوالدين، أو وجود إعاقة جسمية لدى أحد أفراد الأسرة.

–**الفئة الثالثة:** وتشمل الضغوط اليومية والمواقف المزعجة التي يواجهها الفرد.(عبد المقصود وعثمان ،2007)

أما الغرير (2009) فيرى أن الضغوط يمكن أن تتنوع وتتشكل بحيث تشمل كافة مناحي الحياة التي يعيشها الإنسان والتي يمكن وضعها ضمن الأنواع التالية:

–**ضغط العمل:** وينتج عن الإرهاق الذي يشعر به الفرد نتيجة متاعب العمل، فتتأثر الجوانب النفسية لديه فيصاب بالملل الذي يؤدي بدوره إلى القلق النفسي.

–**الضغوط الاقتصادية:** للضغوط الاقتصادية دور كبير في تبديد جهد الإنسان وإضعاف قدرته على التركيز والتفكير، خاصة في ظل التعرض للأزمات الاقتصادية أو الخسارة المالية أو فقدان العمل بشكل نهائي.

-**الضغوط الاجتماعية:** إن النجاح في إيجاد علاقات اجتماعية جيدة، يتطلب جهدا ووقتا، ويعتبر فشل الإنسان في إنجاز هذه المتطلبات مصدرا لجلب الضغوط هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن الخروج عن معايير المجتمع، ومخالفة العرف والتقاليد الاجتماعية، يسبب للفرد أزمات تجعله يفقد علاقاته الإجتماعية.

-**الضغوط العائلية والأسرية:** وتظهر في صورة تدخل العائلة الممتدة في الحياة الزوجية أو الالتزامات المادية. كما أن فقدان معايير الضبط واختلال توازن التنشئة الاجتماعية نتيجة ممارسة أحد الوالدين السلوكيات غير ملائمة، يؤدي إلى تفكيك وتصدع النسيج الأسري، وهذا الأمر يفضي إلى حدوث الصراع داخل الأسرة.

-**الضغوط النفسية الدراسية:** وهو مرتبط بدخول فترة الامتحانات، ويصبح ضاراً عندما يوليه الطالب أهمية مبالغ فيها، لأنه من وجهة نظره هو مطالب بتحقيق النجاح في الدراسة الإرضاء طموحاته الشخصية أو طمعا في مكافأة الوالدين والأساتذة ونيل إعجابهم.

-**الضغوط العاطفية:** تمثل الضغوط النفسية واحدة من مستلزمات الوجود الإنساني، فالعاطفة لدى الإنسان غريزة اختص بها الله الإنسان دون باقي المخلوقات، بكل ما يحمله من جوانب نفسية وانفعالية، ويؤدي الحرمان من إشباعها بالطرق والأساليب المشروعة إلى تشكيل ضغوط عاطفية مؤلمة.

10-استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية :

تعرف بأنها العمليات التي يواجه بها الفرد المواقف الضاغطة ومن الممكن ان تأخذ صورتين

-**الصورة الأولى:** تتمثل في عملية التكيف مع الوضع الضاغط وهي العمليات الروتينية الإجرائية التي يزاولها الفرد في هذه المواقف.

-**الصورة الثانية:** تتمثل في عملية المواجهة وهي عبارة عن إجراءات يتخذها الفرد من أجل هذه المشكلة التي تواجهه ومن ثم العودة الى الوضع الانفعالي الطبيعي.(العنزي،2015،ص.489).

فوفقا للصورة الأولى يرى Salmani.R (2023) أن التكيف مع الضغوط يعتبر عامل استقرار يساعد الناس على التكيف عقليا لمواجهة المواقف العصيبة، فعملية التكيف هي استجابة معقدة تحدث عندما يحاول الشخص التخلص من التوتر المتصور أو التهديد من البيئة، وهناك أساليب مختلفة للتعامل مع الضغوط منها المواجهة المعرفية، أو التجنب والهروب ، كما أن استراتيجيات التكيف والتعامل مع الضغوط تحسن الأعراض النفسية والحياة، والصحة العامة.

أما بالنسبة للصورة الثانية فيشير سلامة واخرون (2017) الى إستراتيجيات مواجهة الضغوط على أنها الأساليب التي يواجه بها الفرد أحداث الحياة اليومية الضاغطة، والتي تتوقف مقوماتها الإيجابية أو السلبية نحو الاقدام أو الاحجام طبقا لقدرات الفرد واطاره المرجعي للسلوك ومهاراته في تحمل أحداث الحياة اليومية الضاغطة، وطبقا لاستجابته التكيفية نحو مواجهة هذه الاحداث دون احداث أي أثار سلبية جسمية أو نفسية عليه.

وقد صنف Moos and Billings (1981) إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية الى:

- **الاستراتيجيات السلوكية الفعالة:** والتي تشمل المحاولات والمجهودات السلوكية التي تظهر للتعامل مع المشكلة.

- **الاستراتيجيات المعرفية الفعالة:** وتشمل المحاولات المعرفية التي يقوم بها الفرد لتقدير الحدث على أنه حدث ضاغط.

-**الاستراتيجيات التجنبية:** وتتمثل في المجهودات التي يقوم بها الفرد في لتفادي المشكلة أو لمواجهة المشكلة بطريقة مباشرة وتخفيف التوتر من خلال بعض السلوكيات مثل الأكل بإفراط (آيت مجبر ،2019،ص. 130)

أما (Grasha, 1983) فقد صنف أساليب مواجهة الضغوط النفسية إلى نوعين هما:

- **أساليب لا شعورية:** تتمثل في الحيل الدفاعية اللاشعورية، والتي تستعمل لخفض القلق والصراعات النفسية التي أشار إليها فرويد

- **أساليب شعورية:** يستعملها الإنسان في تعامله مع الضغوط وذلك باستخدام محاولات سلوكية

معرفية للتغلب على الضغوط (نايف ،2019، ص.88).

بينما تضمن تصنيف (Lazarus, Folkman, 1984):

- **المواجهة التي ترتكز على المشكلة:** تشير إلى المجهودات لتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل فرد بيئة أي التركيز على المشكل.

-**المواجهة التي ترتكز على الانفعال:** تشير إلى الأفكار والأفعال التي تكون بهدف تقليص الأثر الانفعالي للضغط، والتي تعتمد على الجهود المبذولة لتنظيم الفرد الانفعاله عن طريق التنظيم الانفعالي المركز على التعامل مع الغضب، والخوف أو الشعور بالذنب (جبالي ،2013،ص.80).

وتضمن تصنيف Cohen(1994) مجموعة من الاستراتجيات بعد العديد من الدراسات التي قام بها هي:

-**التفكير العقلاني:** استراتيجية يلجأ من خلالها الفرد الى التفكير المنطقي بحثا عن مصادر القلق واسبابه المرتبطة بالضغوط.

-**التخيل:** استراتيجية يتجه فيها الفرد الى التفكير في المستقبل كما أن لديه قدرة كبيرة على تخيل ما قد يحدث.

-**الانكار:** عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد الى انكار الضغوط ومصادر القلق بالتجاهل وكأنها لم تحدث على الاطلاق.

-**حل المشكلة:** يمكن أن يكون للمشاعر السلبية التي تثيرها الإخفاقات والتناقضات الموجودة داخل الذات والتوترات التي تخلقها الضغوط نتائج دافعية وإيجابية، فنحن لا نهرب دائما من العقاب بل أحيانا نزيد من استعدادنا لمواجهته وعندما يؤمن الناس بأنه يمكنهم تحقيق النجاح في خفض التناقضات الموجودة في الذات، وعندما يعزون نقائصهم الى قوى يمكن التحكم فيها أو عندما برون أساليب للتحكم في مشكلات حياتهم الحقيقية فانهم يلجئون للقيام بذلك.

-**الفكاهة:** إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة ببساطة وبروح الفكاهة وبالتالي قهرها والتغلب عليها، كما أنها تؤكد على الانفعالات الإيجابية أثناء المواجهة. (منصوري،2007، ص.140).

وهناك العديد من الإستراتيجيات يتبناها كل فرد حسب الاستجابة الخاصة به للضغط النفسي نذكر منها:

-**استراتيجية التهرب أو التجنب:** تشير هذه الاستراتيجية للتفكير الخيالي، والمجهودات السلوكية للتهرب من المشكلة أو تجنبها، فالقرد يتخيل نفسه أفضل أو في مكان آخر كما تتضمن استراتيجية التهرب النوم، والأكل، وتناول الكحول والمهدئات.

-**استراتيجية الإحلال أو الاستبدال:** من خلال ممارسة النشاط البدني، والاستماع إلى الموسيقى، والقراءة، والإبداع، والأنشطة، والهوايات والاجتماع مع الأصدقاء.

- **استراتيجية إعادة التقييم الإيجابية:** من خلال المجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة، والعمل على إعادة تقييم الموقف والاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث.

-**ضبط التوتر والعواطف:** من خلال الاسترخاء، والتأمل، وتقنيات التنفس، وتقنيات تقوية العضلات. (Miedziun & Czabala,2015,p.24-25).

في حين يحددها Julie (2012) كما يلي:

-**تجنب الضغط الغير ضروري (السلبي):** لا يمكننا تجنب كل الضغو ط، ولكن من خلال تجنب بعض الضغوطات الصغيرة يمكننا القضاء على ضغوطات أكبر.

- **تغيير الوضع:** إذا كان الفرد لا يستطيع تجنب موقف مجهول، فعليه أن يحاول تغييره، وأن يتعامل مع الموقف وجها لوجه، وأن يحرص على عدم المبالغة في التركيز على نفسه، لتغيير مقدار الضغط الذي يعاني منه.

-**التكيف مع الضغوط:** إذا كان الفرد لا يستطيع تغيير الموقف المسبب للتوتر، فعليه أن يقوم بتغيير نفسه ليتكيف مع ذلك الموقف، ويستعيد إحساسه بالتحكم، كما عليه أن يرى الموقف الضاغط من منظور أكثر إيجابية وعقلانية، بدلا من الغضب.

-**تقبل الأشياء التي لا يمكن تغييرها:** توجد بعض مصادر الضغوط لا يمكن للإنسان تغيرها أو تجنبها، بل من الأفضل تقبلها كما هي، قد يكون الأمر صعبا في البداية، لكن مع مرور الوقت يصبح سهلا، فلا يمكن الوقوف ضد موقف لا يمكن تغييره، أو السيطرة عليه. (Julie, 2012 ,p.32-34).

وعليه فان أساليب التعامل مع الضغوط تختلف من مجتمع إلى آخر ومن فرد لآخر ومن مدة زمنية إلى أخرى نتيجة لاختلاف الكثير من العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي قد تؤثر في اختيار أو تحديد هذه الأساليب.

-**وظائف استراتيجيات التعامل مع الضغوط:** ويلخص حامد وآخرون(2021) وظائف إستراتيجيات التعامل مع الضغوط فيما يلي:

1- قدرة الفرد على التعامل مع مطالب البيئة الاجتماعية وخلق الدافع لتلبية تلك الحاجة.

2 - الحفاظ على التوازن النفسي من أجل توجيه الطاقة والمهارة اتجاه مطالب الفرد الخارجية.

3- الحفاظ على توفير المعلومات الكافية حول بيئة الفرد

4- السيطرة على المشكلات التي تسبب الضغوط.

5- التفاعل مع الانفعالات الضاغطة. (حامد وآخرون،2021، ص.275).

فالتعامل مع الضغوط النفسية وتعلم ادارتها والتخفيف من أعراضها مقدمة ضرورية لتجنب الكثير من الامراض الجسمية والنفسية والاضطرابات السلوكية، ولا يكون ذلك الا باعتماد أساليب مواجهة فعالة تمكن

الفرد من مواجهة عناصر البيئة ومشكلاتها الضاغطة وتحقيق أكبر قدر من التعايش معها وتخفيف وطأة الانضغاط الناتج عنها.

11-الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

لقد أكدت العديد من الدراسات والأبحاث الإكلينيكية في ميدان ذوي الاحتياجات الخاصة على أن نسبة الضغوط تزداد وترتفع لدى الأسر التي يوجد بها طفل معاق. (Meyer & Bailey,1993,p.18). حيث أشار Beckman(1980) الى أن وجود طفل معاق في الأسرة يمثل عبئاً مادياً وطبياً واجتماعياً يقع على عاتق الأولياء مما يجعلهم يكابدون الكثير من الضغوط الواقعة عليهم ويعانون في الوقت ذاته من نقص كبير في الحاجات النفسية والاجتماعية.(يحي،2008).

-**الضغوط الشائعة لدى أسر المعاقين:** أشار سليمان (2010) الى أهم الضغوط الشائعة لدى أسر المعاقين كما يلي:

-الضغوط المرتبطة بمرحلة ولادة الطفل والتشخيص.

-ضغوط تلبية احتياجات الطفل المصاب بالإعاقة والعناية به.

-الضغوط المتعلقة بدخول الطفل المعاق المدرسة أو المؤسسة.

-الضغوط المتعلقة بسلوك الطفل المعاق.

وتختلف استجابات الأولياء اتجاه إعاقة أطفالهم وفقا لعدة عوامل منها:

- طبيعة اضطراب الطفل ودرجته.

- نوع جنس الطفل وترتيبه الميلادي وعمره الزمني.

-إدراكات الوالدين للموقف وتفسيره.

-تدين الأسرة، وقوة إيمانها بقضاء الله وقدره.

-التوافق والرضا الزواجي، الترابط الأسري.

-المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة.

-اتجاهات الأقارب والجيران والمتخصصين نحو الطفل ومساندتهم.

-معلومات الوالدين عن الاضطراب.

-ردود فعل الأطباء والأخصائيين والمعلمين.

-مدى توافر التسهيلات ومصادر الخدمة المجتمعية المتاحة لرعاية الطفل صحيا واجتماعيا وتعليميا وتأهيليا.(القريطي،2013).

وبالرغم من تطور برامج التربية الخاصة والخدمات المقدمة للأطفال المعاقين في السنوات الأخيرة، إلا أن هذا التطور لم يشمل تقديم الخدمات النفسية لأمهات وآباء الأطفال المعاقين بشكل كاف، مما أسهم في ارتفاع معدل المشكلات النفسية والعضوية التي تسبب ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى هؤلاء الأولياء. (فرح،2009).

وبمراجعة أدبيات الدراسة العلمية المتعلقة بواقع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، نجد أغلبها يؤكد أن الوالدين يضطران إلى مواجهة العديد من التحديات كتخصيص المزيد من الوقت المحدد للرعاية، وبذل مجهود عاطفي مضاعف، علاوة على أهمية توفير موارد مالية عالية لتلبية احتياجات هذا الطفل ورعايته، الا أن هذه الضغوط تتفاقم وتتزايد حينما يولد في الأسرة طفل توحدي. (أبو الفتوح،2019). لأن اضطراب طيف التوحد على أنه يصنف من بين أكثر الاضطرابات النمائية التي تسبب ضغوطاً نفسية مرتفعة لأسر المصابين به، فمشكلات التواصل، والتعبير عن المشاعر والانفعالات والسلوكيات الاجتماعية، كلها مسببات مباشرة للضغوط النفسية لأسر هؤلاء الأطفال. وعلى الرغم من أن الضغوط النفسية تعد من الملامح الرئيسية الأسر المعاقين بصفة عامة وأسر أطفال التوحد بصفة خاصة إلا أنها أكثر حدة لدى أسر أطفال التوحد وذلك نتيجة للتباعد بين الصورة المتوقعة للطفل قبل قدومه وبين الصورة الواقعية التي أصبح عليها، خاصة في ظل الخصائص السلبية والقصور السلوكي لهؤلاء الأطفال. (امطير واخرون،2015،ص.57).

ويشير القمش(2011،ص.257) الى التوحد على أنه من أكثر الإعاقات التي تسبب الكثير من الضغوط لما يحيط به من غموض حيث تتحمل الأسرة الكثير من الصعوبات لا سيما في المرحلة التي تسبق الحصول على التشخيص الدقيق، ففي منتصف العام الثاني تبدأ علامات التوحد بالظهور، ويبدأ الطفل بفقدان المحصول اللغوي السابق و المهارات الاجتماعية، وينغمس في عزلة وسلوكيات نمطية شاذة، ويتحول ذلك الهدوء والحركات الجذابة إلى صمت وصراخ يدفع الوالدين إلى التنقل بين العيادات والأخصائيين لمعرفة سبب تغير حالة الطفل، فيشخص الطفل تارة على أنه اضطراب نفسي، وتارة على أنه تخلف عقلي، وتارة أخرى على أنه مس وحسد، وتستمر حالة الطفل في التدهور بينما تواصل الأسرة تحمل الضغوط المادية والمعنوية مع ظهور شعور بتزعزع ثقتهم بأنفسهم وتقديرهم لذاتهم. فأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف

التوحد تواجه العديد من الازمات التي لا تقع عند ميلاد الطفل فحسب وانما تتجدد في مراحل عدة من حياته اذ يسيطر نمط انفعالي معين على كل مرحلة من هذه المراحل وتتفاوت هذه المراحل ما بين الشعور بالصدمة والتشكيك في التشخيص والشعور بالإحباط ومشاعر الذنب، وتتكرر هذه الازمات مع نمو الطفل التوحدي. وهذا ما يعرض أسرته للعديد من الضغوط. (الخميسي،2011).

ومن الميزات الأساسية في هذا الاضطراب أن كل طفل توحدي هو حالة فريدة وله مشكلاته التي تختلف مع غيره من أقرانه ذوي نفس الاضطراب، وهذا التباين والاختلاف يخلق تحديات أكثر من تلك التي تخبرها أسر الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، فالأسرة التي تحوي طفلا توحديا ينبغي عليها التأقلم مع كم هائل من السلوكيات المتعلقة بأمور التواصل والتفاعل الاجتماعي الضعيفة أو السلوكيات غير المتوقعة التي يظهرونها والروتين اليومي الصلب صعب التغيير.(أبو الفتوح،2019).

كما أشار (مجيد،2010) الى أن ولادة طفل توحدي له أثر كبير لإحداث الخلل في التنظيم النفسي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة بغض النظر عن درجة تقبل الاسرة لهذا الطفل، حيث تظهر الصدمة بدرجات متفاوتة وتمر بمراحل مختلفة، فالحيرة وعدم القدرة على فهم متطلبات الطفل التوحدي وطريقة التعامل معه تعد من المظاهر الهامة التي عبر عنها الوالدان في دراسات مختلفة، حيث تراودهم أسئلة كثيرة يبحثون عن إجابة لها ومن هذه الأسئلة: ماذا يمكن ان نفعل لهذا الطفل؟ كيف يمكن لنا أن نربيه؟ هل لديه القدرة على التعلم؟ وهل سيشفى من اعاقته؟

وقد حدد أبو السعود(2009) الضغوط الأسرية المرتبطة بوجود طفل توحدي في الأسرة كالتالي:

1-الضغوط المتعلقة بخصائص الطفل التوحدي: من حيث تأهليه ودرجة استقلاليته والمشكلات السلوكية والعزلة الاجتماعية ومعامل الذكاء وعمره وحالته الصحية.

2-الضغوط التي تتعلق بخصائص الوالدين: ومنها الوقت الإضافي المطلوب لرعايته والعزلة الاجتماعية والعلاقات الاسرية والتوافق الزواجي، وكبر سن الوالدين وحالتهم الصحية.

3-الضغوط الاجتماعية: التي ترجع الى متغيرات بيئية خارجية. (أبو السعود،2009).

-أثر الضغوط النفسية على الوالدين بسبب إعاقة أطفالهم:

يؤمن الباحثون الذين يدرسون الضغوط النفسية بأن المواقف المسببة للضغوط تكون سببا للتدمير إذا لم يستطع الشخص التنبؤ بها والسيطرة عليها، وتؤثر الأحداث الضاغطة والحالة النفسية على عدة مستويات في شخصية الفرد منها:

أ- المستوى الفسيولوجي: حيث أن زيادة الضغوط واستمراريتها لفترة من الزمن لدى الوالدين قد تترجم بشكل أعراض عضوية مثل ضغط الدم، وقرحة المعدة، وأمراض القولون، وأمراض القلب، والسكري، والصداع النصفي، واضطراب إفراز الغدة الدرقية والطفح الجلدي.

ب – المستوى العقلي: حيث يعاني الآباء والأمهات تحت الضغط النفسي من زيادة في إفراز أنزيم (كناس- CBKC) والذي يؤثر على الوظائف العليا للدماغ ويودي إلى تشوش في التركيز وعدم الانتباه. النسيان وضعف الذاكرة، وعدم القدرة على اتخاذ قرار سليم عند الحاجة والوساوس والسلبية.

ج – على مستوى السلوك: حيث تظهر علامات الضغوط على سلوك الوالدين في شكل:

-الانفعال السريع وارتفاع مستوى الصوت على الأبناء أو أي شخص آخر.

-الميل للغضب والعنف عند مصادفة أي عائق يحول دون تحقيق رغباتهما أو مخططاتهما.

-الاندفاعية والشرع لا ردود الفعل أو الكلام مما يتسبب به وقوع مشكلات وأخطاء.

-الميل للعزلة والابتعاد عن الناس.(عبد الرحمن،2012ص.32 – 33).

-الإهمال أحيانا في مظهر الشخص العام لتركز اهتمام الأب أو الأم على احتياجات الطفل.

-عدم القدرة على تنظيم الأوقات وتقسيم المسؤوليات مما يشعر بقية الأبناء بعدم الاهتمام من قبل الأم التي تكرس معظم وقتها لرعاية طفلها التوحدي. (الإمام، الجوالدة،2011، ص.27).

من خلال ما تم التطرق اليه يتضح أن اضطراب طيف التوحد بتعقيده وغموضه يؤثر على حياة المصابين به، فهم يعانون من قصور في النمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي والسلوكي، يترتب عليه مشكلات في التواصل والتعبير عن المشاعر والانفعالات والسلوكيات الاجتماعية وبالتالي يصعب التعامل معهم، فيضطر الأولياء الى تخصيص المزيد من الوقت لتقديم الرعاية والدعم لأطفالهم كما يبذلون مجهودات عاطفية مضاعفة، بالإضافة الى توفير موارد مالية عالية لتلبية احتياجات أطفالهم وتأهيلهم، وبهذا تواجه أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد العديد من التحديات والأزمات التي تعرضهم لضغوط نفسية عالية.

ولقد تناولت العديد من الدراسات أهم التحديات والاحتياجات التي تواجهها أسر الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والتي تسهم في ارتفاع مستويات الضغوط النفسية لديها كدراسة (Hall & Graff, 2010) التي انتهجت أسلوب المقابلة الحرة مع (11) أسرة بها طفل واحد توحدي بمتوسط عمر (5-6) سنة، وتوصلت الى تحديد قائمة للتحديات الوالدية وفق الترتيب التنازلي التالي: السلوكيات النمطية الرتيبة التي

يظهرها الطفل، خصائص نمو الطفل، مسببات الإصابة باضطراب التوحد الخدمات اللازمة، التكلفة المادية للخدمات العلاقات الأسرية وأخيراً المستقبل المجهول.

أما في دراسة (Jennifer 2014) التي تكونت عينتها من (812) أسرة لديها طفل يعاني من اضطراب التوحد، فقد أسفرت نتائجها على العديد من التحديات الوالدية التي يعاني منها أولياء هؤلاء الأطفال هي ضعف الرعاية الصحية، ندرة المهنيين المتخصصين في التأهيل وغياب التأمين الصحي.

في حين توصلت دراسة (Grasu,2015) التي اعتمدت على اللقاءات والتحليلات لاستجابات الأسر حول التحديات الوالدية التي يخبروها كنتيجة لوجود طفل توحدي في الأسرة، الى أن التحديات الوالدية تترتب على النحو التالي: ندرة الخدمات التي تقدمها الدولة للتوحديين، صعوبة الدمج التعليمي الشامل الخوف من المستقبل التمييز المجتمعي، نقص المعلومات وغياب الخدمات التأهيلية المجانية، وأكدت دراسة (Thullen & Bonsall,2017) التي تكونت عينتها من (113) أسرة لأطفال توحديين تتراوح أعمارهم بين (5) و (13) عاماً، على أن التحديات الوالدية المدركة هي المشكلات الغذائية، سلوكيات الطعام الفوضوي المشكلات السلوكية، ضعف وندرة الجهات الداعمة.

في حين توصلت دراسة (Brownet al,2012) التي تكونت عينتها من (101) أسرة الأطفال توحديين مؤكدة على وجود العديد من الاحتياجات غير الملباة لهذه الأسر تمثلت في الاحتياج إلى المعلومات حول اضطراب التوحد الاحتياج إلى معلومات حول الخدمات المتاحة للتوحديين، الاحتياج إلى استمرار خدمات الدعم المساندة وتوسعها بصورة أكبر. كما توصلت دراسة محمد كمال (2019) التي هدفت إلى التعرف على التحديات الوالدية والإحتياجات غير الملباة وإستراتيجيات المواجهة لدى أسر الاطفال ذوى إضطراب التوحد في مصر في ضوء متغيرات (عمر الطفل التوحدى – نوع الطفل التوحدى – المستوي الإجتماعي والثقافي والإقتصادي للأسرة – مكان السكن) على عينة قوامها (359) أسرة لديها طفل توحدي واحد فقط وجود العديد من التحديات التي تواجه الأسر في رعاية أطفالها التوحديين، كما أن هناك الكثير من الاحتياجات غير الملباة بموجب ضعف خدمات الرعاية والتأهيل وصعوبة التعايش مع الطفل التوحدي وارتفاع التكلفة المادية للرعاية. أما دراسة باحشوان وبارشيد (2017) التي كانت على (80) أسرة يمنية لديها أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مستخدمة منهج المسح بالعينة للتعرف على المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات التي تتعامل معهم وهل توجد جهات داعمة لهم، فقد توصلت نتائجها الى أن هذه الأسر تواجه صعوبة في التعامل مع أطفالها التوحديين، مع الافتقار الى وجود توعية لدى المجتمع عن اضطراب التوحد، وعدم وجود مصادر لتمويل أسر أطفال التوحد، كما توجد مراكز للتوحد إلا أنها لا تتوفر فيها الامكانيات والتجهيزات اللازمة لخدمة هؤلاء الأطفال وتأهيلهم، إضافة إلى أن هناك

قصور في السياسات والتشريعات الخاصة بكفالة ورعاية أطفال التوحد. ومن الدراسات التي حاولت تحديد أهم احتياجات أسر الأطفال المصابين بالتوحد، ومحاولة قياس درجة شيوعها، انطلاقا من أراء وتصورات الأولياء أنفسهم، نجد دراسة (شلحي،2020) التي تم فيها الاعتماد على المنهج الوصفي الذي يستخدم الأسلوب المسحي لتحديد أهم احتياجات أسر التوحديين على عينة بلغت (80) ولي من أولياء الأطفال المصابين بالتوحد منهم 68 أما و 12 أبا، وقد تم الاعتماد على أداة قياس تم إعدادها خصيصا لتحقيق هذه الأهداف وهي عبارة عن قائمة تقديرية لأهم احتياجات أسر التوحديين من وجهة نظرهم في بعض مناطق الشرق الجزائري، وتم التوصل الى أن أكثر الاحتياجات شيوعا لدى أسرة الطفل المصاب بالتوحد كانت مرتبة ترتيبا تنازليا وهي بعد الاحتياجات الاجتماعية ثم بعد الاحتياجات الصحية والنفسية، وأخيرا بعد الاحتياجات التربوية والتعليمية. كما أشارت دراسة Abra et al.(2021) بعنوان وصمة العار للوالدين والاعراض النفسية وجودة الحياة وعبء المرض لدى أسر الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الى أن الأولياء يشعرون بوصمة عار كبيرة واكتئاب ومشاكل الجسدنة والقلق والتوتر النفسي بالإضافة للعديد من المشكلات مثل صعوبات في المشاركة الاجتماعية والمشاكل الاقتصادية كما أوصت الدراسة بالمزيد من اجراء الابحاث حول المشاكل التي يتعرض لها الاولياء وضرورة تقديم الخدمات الإرشادية والدعم لهم.

ومن خلال ما سبق نستنتج أن تبعات وانعكاسات اضطراب طيف التوحد لا تقتصر على الفرد المصاب به وانما يتعدى ذلك الى جميع افراد أسرته فهو يلازم الطفل في مختلف مراحل حياته حيث يتطلب رعاية ودعم على مدار اليوم والساعة وعلى نحو خاص نظرا لغموض وتعقيد هذا الاضطراب، فصعوبة التعايش مع الطفل التوحدي و الافتقار الى التوعية لدى المجتمع حول اضطراب طيف التوحد، وارتفاع التكلفة المادية للرعاية والتأهيل، وضعف الخدمات المقدمة، مع عدم وجود مصادر لتمويل أسر هؤلاء الأطفال كل هذا يسهم في ارتفاع الضغوط النفسية لديهم لدرجة الوصول الى الاضطرابات النفسية والجسدية وخاصة الأمهات.

12- الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

يؤدي ميلاد طفل توحدي في الأسرة الى استجابات انفعالية متعددة لدى الوالدين، وهذه الاستجابات تختلف باختلاف نوع التوحد ودرجته وكذلك اختلاف شخصية وثقافة الوالدين، ومن هذه الاستجابات الصدمة التي تتعرض لها الأم بولادة طفل توحدي ورفضها له وانكارها لوجوده والشعور بالذنب بأنها قد تكون السبب في ولادة طفل توحدي الشعور الذي يتنامى لديها مسبباً مشكلة نفسية مستديمة وكذا الإحساس بالمرارة لكون طفلها يختلف عن باقي الأطفال الأسوياء.(عبد الرزاق،2017، ص.154).

حيث يشير Pozo and Sarria (2014) الى أن عملية تربية طفل يعاني من التوحد يعرض الأسرة إلى تحديات رعاية استثنائية، ونتيجة لذلك فإن الأولياء وخصوصا الأمهات عادة ما يعانين من مستويات ضغوط مرتفعة بشكل غير عادي. حيث تبدي بعض الأمهات عجزاً واضحاً أمام اضطراب طيف التوحد، نتيجة لقلقها وعدم رضاها عن حالة طفلها الصحية، مما يجعلها أكثر عرضة للحزن، والكابة، وعدم الرضا والشعور بالدونية، وتختلف الاستجابة لدى الأمهات في تحمل الضغوط عليها نتيجة وجود الطفل التوحدي في الأسرة. (جنور، 2019). كما يشير Melnyk (2001) الى أن الأم أكثر الأشخاص تأثرا بإصابة طفلها بالتوحد باعتبارها الشخص الأكثر اتصالا به مما يجعلها تعاني من التوتر النفسي الذي يمتد من التفكير بوضعه الحالي إلى التفكير في مستقبله، فتظهر لديها مشاعر الخوف حول مصيره والخوف من مواجهة المواقف المستقبلية، فكل يوم يمر بتحدياته وعقباته الجديدة تواجه فيه الام صعوبة لتحقيق التوازن بين تلبية حاجات الطفل المصاب بالتوحد الدائمة والمستمرة وبين القيام بالمسؤوليات اليومية الملقاة على عاتقها وهذا الخلل وعدم الموازنة بين المطالب المفروضة وبين قدرة الأم على تنفيذها هو مصدر هام للضغط النفسي لها. (Melnyk,2001,p.549).

وقد أوضح Clifford et al(2008) أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعاني من مشاعر سلبية ومتناقضة اتجاه ابنائهن ويقعن تحت خطر الإصابة بالمشكلات الصحية والجسمية والنفسية وأكدت تلك الدراسات أهمية تلبية احتياجات هؤلاء الأمهات والمتمثلة فيما يلي:

-حاجتهن الى التحدث مع الاخرين عن حالة أطفالهن والايجابيات والسلبيات التي يمتلكونها هذا ما يقودهن الى تطوير إجراءات فعالة في تفاعلهن مع أطفالهن.

-حاجتهن الى اكتساب مهارات عديدة في كيفية التعامل مع أبنائهن لإعدادهم من أجل الاندماج في المجتمع بشكل فعال.

-حاجتهن لمن يقدم الدعم النفسي ومهارات إدارة الضغوط لحل الضغوط لحل مشكلات المستمرة. (زروقي،2022).

وعليه تعد رعاية وتربية طفل توحدي أمرأ صعبا وضاغطا بالنسبة الأم لأنها ستتحمل عناء الاهتمام والرعاية كشريك أساسي في عملية الدعم وتأهيل لطفلها المضطرب الى جانب أنها ملزمة بمسؤوليات وواجبات وأعباء أخرى ملقاة على عاتقها يفرضها الدور الذي تقوم به كأم وزوجة وربة منزل تكابد من أجل الحفاظ على الترابط الأسري من حيث علاقتها بزوجها وأبنائها هذا ما يولد لديها الضغوط النفسية والانفعالات

والمشاعر السلبية نتيجة الصراع الأدوار الذي يتطلب منها مسئوليات قد تقوق طلقتها مما يوقعها في دائرة الاضطرابات النفسية والجسدية.

-مصادر الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد:

حددت قوعيش (2019) مصادر الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فيما يلي:

الحالة الصحية للأم: تؤثر الحالة الصحية للأم في قدرتها على رعاية طفلها والعناية به يوميا، فإذا كانت لا يتمتع بالصحة الجيدة فقد يجد صعوبة في التغلب على المشكلات المسببة للضغط كما أن الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية طفل توحدي يمكن أن تتسبب في أعراض جسدية ونفسية.

السن: حيث يعتقد أن الأم والأب الأصغر سنا أكثر قدرة على تلبية حاجات الطفل وتقديم الدعم له، وهو ما يقلل لديهما من مستوى الضغوط النفسية.

المستوى التعليمي: كما أن الأم والأب صاحبي المستوى التعليمي المرتفع أكثر قدرة على الحصول على المعلومات المتعلقة بإعاقة طفلهما، والخدمات المتوافرة، كما يصبحان أكثر قدرة على استيعاب حالة الطفل، وبالتالي يكونان أقل عرضة للضغوط النفسية من الأم والأب الأقل تعليما.

-عمل الأم: الأمهات اللاتي لا يعملن لديهن مستوى أعلى من القلق والحزن مقارنة بالأمهات العاملات، لأن عمل المرأة يشغلها عن التفكير في إعاقة طفلها، ويُشعرها بأنها تؤدي دورًا مهما إضافة إلى دورها كأم، في حين يرى أخرون أن العمل مصدر للضغوط لأنه عبء وجهد إضافيان للأم يرهقانها ويزيدان من مسؤولياتها وهمومها.

وذكرت دراسة (ثامري 2019) مصادر الضغوط النفسية التي تتعرض لها أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، وتختصر منها ما يلي:

-ضغوط تتعلق بالمشكلات المعرفية للطفل التوحدي: وتتمثل في شعور الأمهات بالتوتر نتيجة نقص دافعية طفلهم ذي اضطراب طيف التوحد، وعجزه عن التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، وقصور قدراته المعرفية.

-ضغوط تتعلق بالمشكلات السلوكية للطفل التوحدي: وتتمثل في شعور الأمهات بالضغط بسبب السلوكيات الشاذة التي تصدر عن الطفل التوحدي والمتمثلة في الحركات النمطية، اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل، إيذاء الذات، وسلوكيات أخرى متعلقة بالمهارات الاستقلالية.

-**ضغوط متعلقة بتحمل الأعباء المادية:** حيث أن وجود طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد في الأسرة يؤثر في الأوضاع المادية للأسرة، فهو يحتاج إلى رعاية طبية، وإلى أدوية وعمليات إذا كان يعاني من اضطرابات مصاحبة لأضطرب طيف التوحد، والانتقال إلى مكان الدراسة والعلاج، أو حاجته إلى الحصول على برامج متخصصة من قبل المدرسين. كما تزداد هذه الضغوط المادية عند توقف أحد الوالدين عن عمله بسبب رعاية الطفل.

-**ضغوط متعلقة بالمشكلات الأسرية والاجتماعية:** تسوء العلاقات بين الوالدين بعضهما البعض بسبب الأعباء الملقاة على عاتقهما، وتزداد حالات التوتر والمنازعات والخلافات داخل منظومة الأسرة بالإضافة إلى اللوم الموجه من أحد الوالدين إلى الآخر بأنه كان السبب في إعاقة الطفل، وقد تجد الأسرة والأمهات صعوبات بالغة في إدارة الصراعات والضغوط والتعامل معها وبالتالي تتأثر العلاقات بين أفراد الأسرة وقصور في قدرة أعضاء الأسرة على إدارة الانفعالات فيما بينهم ويميل معظم الآباء إلى الانسحاب إما بشكل مباشر أو غير مباشر، والأمهات في الواقع يعانين من مشكلات للتوافق مع القيود التي يفرضها قيامهن بالدور الوالدي، حيث الاضطراب الانفعالي والجسمي في أحد الزوجين أو كليهما.

-**ضغوط متعلقة بالخوف على مستقبل الطفل:** تتمثل في شعور الأم بالخوف على مستقبل الطفل وكيف سوف يعتمد على نفسه، والخوف من أن تسوء حالته في المستقبل، والخوف من أن تتغير أوضاع الأسرة بما لا يسمح بالقيام بكافة متطلبات رعاية الطفل، والخوف من نبذ المجتمع له.

-**ضغوط متعلقة بالأعراض النفسية:** تتمثل في شعور الوالدان بالإحباط وذلك بسبب التأثيرات السلبية المتعلقة بسلوك طفل اضطراب طيف التوحد، وكثرة متطلباته.

بينما حدد بوسعدية(2019) أسباب الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد فيما يلي:

-عدم تهيئة أم الطفل التوحدي نفسيا قبل وأثناء إخبارها باضطراب طفلها.

-الخوف على مستقبل الطفل.

-صعوبة المسؤولية التي تقع على عاتق الأم.

-الاحساس بالتوتر ووجود مخاوف كثيرة لدى الأم.

-تدني المستوى المادي والظروف الاقتصادية الصعبة التي تعيشها بعض الحالات.

-عدم تلقي الأم للدعم النفسي من طرف المحيط الأسري.

وقد أشارت العديد من الدراسات الأجنبية والعربية والمحلية التي اهتمت بأمهات أطفال التوحد الى ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لديهن على غرار دراسة Allen et al,(2013) التي هدفت إلى تقييم الضغوط النفسية لدى أولياء الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد في علاقتهم بأربعة أبعاد مرتبطة بأعراض اضطراب التوحد وهي: البعد الأول الكلام واللغة والتواصل، والبعد الثاني التفاعل الاجتماعي والثالث متصل بالوعي الحسي والمعرفي والبعد الأخير يتصل بالصحة والسلوك الجسدي. وتكونت عينة الدراسة من (124) مشاركا من أماكن متعددة (101) أم و (23) أب في جنوب استراليا وفي فيكتوريا، وأدوات الدراسة عبارة عن استبانة تتكون من ثلاثة أجزاء الجزء الأول خاص يجمع المعلومات الديموغرافية عن كل من الأم والطفل والجزء الثاني مقياس للضغوط النفسية والجزء الثالث: استمارة تقييم أعراض التوحد ويتكون من أربع مقاييس فرعية مرتبطة بأعراض التوحد، وأسفرت نتائج الدراسة على أن البعد الثاني الخاص بالتفاعل الاجتماعي يمكنه التنبؤ بالضغط لدى الأمهات بينما البعد الثالث الخاص بالحواس والوعي المعرفي يمكنه التنبؤ بالضغط لدى الآباء. ومن الدراسات التي عنيت بدراسة الحالة النفسية لأمهات أطفال التوحد والمشكلات التي تسهم في ازدياد الضغوط النفسية لديهن دراسة ياسين وعماد (2019) التي حاولت إلقاء الضوء على الحالة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والضغط الذي يتعرضن له، واشتملت الدراسة على عينة من خمس أمهات أعمارهن ما بين 29-32سنة تم اختيارهن بطريقة قصدية، وتم استخدام المنهج العيادي واعتماد الأدوات التالية: المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس إدراك الضغط النفسي للفنستاين، وكانت أهم نتائج الدراسة وجود ضغط مرتفع لدى هؤلاء الأمهات بسبب عدة عوامل تم تمثلت في: عدم تهيئة أم الطفل المصاب بالتوحد نفسياً قبل وأثناء إخبارها باضطراب طفلها، والنظرة المستقبلية والخوف على مستقبل طفلها، تدني المستوى المعيشي والظروف الاقتصادية الصعبة التي تعيشها بعض الحالات، عدم تلقي الأم للدعم المعنوي من طرف المحيط الأسري والشعور بالتوتر ووجود مخاوف كثيرة والإنهاك النفسي والجسدي بسبب المسؤولية التي تقع على عاتق الأم، وتبرز أهمية هذه الدراسة في توجيه نظر المختص النفسي لمتابعة الأم ومساعدتها على إيجاد واستثمار قدراتها الأمومية، وتزويدها بالطرق التربوية الملائمة لحالة طفلها. كما أشار Rattaz et al,(2017) أن الأم تشعر بالتوتر أثناء فترة العلاج ويزداد هذا التوتر مع مرور الوقت، وتتضمن مسببات التوتر والإجهاد عملية التشخيص البطيئة وغير الثابتة، ومسار النمو المختلف والمتفاوت الذي يظهر لدى الأطفال، وتصرفات الطفل الحرجة في الأماكن العامة وازدياد قلق الأم على مستقبل طفلها.

وأثبت Miranda et al (2011) في دراستهم التي سعت لمعرفة أثر المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد على الضغوط الوالدية واستراتيجيات المواجهة والتكيف، على عينة تكونت من (52)

أما لأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد أن الضغوط النفسية للأمهات ترتبط ارتباطاً ايجابياً بأعراض اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال وبمشكلاتهم السلوكية، كما كان ارتباط سلبي بين الضغوط النفسية لدى الأمهات والتعامل مع الطفل ودعمه في المهارات اليومية والمهارات الاجتماعية، فكلما زادت الضغوط التي تعاني منها الأمهات قل اهتمامها بالطفل وتعليمه، كما أظهرت النتائج حاجة الأمهات لتعزيز تعاملين مع أطفالهن وتحفيز مشاركتهم. أما دراسة سويدان(2012) بعنوان التكيف الاجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وعلاقته بالمستوى الاقتصادي والتعليمي للأسرة فكشفت على انخفاض مستوى التكيف الاجتماعي لدي أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعزى إلى المستوى الاقتصادي للأمهات.

وعليه فان أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يواجهن تحديات فريدة تفرضها طبيعة هذا الاضطراب التوحد حيث تعد رعاية طفل توحدي مهمة صعبة إلى حد كبير ولها اثار سلبية على الصحة النفسية للام إضافة الى صعوبات ومسؤوليات أخرى مرتبطة باحتياجات باقي أفراد الأسرة مما يوقعها تحت وطأة الضغوط النفسية، فهي تحتاج الى دعم ومساندة لتقبل طفلها التوحدي والتعايش مع اضطرابه ومواجهة المعاناة المفروضة عليها.

خلاصة:

حاولنا من خلال هذا الفصل تقديم فكرة شاملة وواضحة حول موضوع الضغوط النفسية بشكل عام وذلك من خلال التطرق الى مفهومها، تعريفها، النظريات والنماذج المفسرة لها، وأهم خصائصها وأعراضها، أثارها وأنواعها واستراتيجيات مواجهتها، كما تم تسليط الضوء على الضغوط النفسية لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد نظرا لما تواجهه من التحديات وأزمات المستمرة بموجب خصوصية هذا الاضطراب وتميزه عن باقي الاعاقات لدرجة وصفه بالخطر الصامت. فالتوحد من الاضطرابات النمائية المعقدة والغامضة التي يصعب التعامل معها فهو يلازم المصاب به طوال حياته ويولد ضغوطا نفسية للمحطين به وخاصة الأم التي تعتبر الأقرب له ويقع على عاتقها مسؤولية رعايته والاهتمام به كما تعتبر الشريك الاساسي في عملية تأهيله. ولهذا فان فئة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تحتاج الى الكثير من الدعم والمساندة لمواجهة الضغوط التي يتعرضن لها نظرا لتأثيرها السلبي على توافقهن النفسي والاجتماعي الذي يؤثر بدوره على صحتهن النفسية والجسدية ومنه على جودة حياتهن.

الفصل الثالث جودة الحياة

تمهيد:

يعد مصطلح جودة الحياة من المفاهيم الحديثة المرتبطة بعلم النفس الإيجابي، وهو المجال الذي جاء استجابة لتأكيد العلماء على أهمية تبني نظرة إيجابية عند النظر إلى الحياة بدلا من التركيز على الجوانب السلبية فيها، ليقدم بذلك اتجاها علميا جديدا يركز على الإمكانات البشرية وجوانب القوى والفضائل الإنسانية، فقد تم تبني هذا مفهوم في مختلف التخصصات النفسية النظرية منها والتطبيقية وتعددت قضايا البحث في هذا الاطار فشملت الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية وكل ما يودي الى تحسين جودة الحياة فمفهوم جودة الحياة متعدد الابعاد يختلف من شخص الى أخر، وحسب المجال الذى يتناوله وسنحاول في هذا الفصل الى التطرق الى أهم النقاط المرتبطة بموضوع جودة الحياة.

1-تاريخ وتطور مفهوم جودة الحياة:

رغم أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي حازت على كثير من الاهتمام في السنوات الأخيرة الا أنها ليست وليدة القرن العشرين، وانما تعود الى الفلاسفة القدامى مثل ارسطو (384-322) (schippers,2010,p.279). حيث يعد كتابه "الأخلاق أحد المصادر المبكرة التي تعرضت لتعريف جودة الحياة حيث قال إن كلا من العامة أو الدهماء أو أصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء، ولكن ينظرون الى مكونات السعادة بشكل مختلف، كما ان نفس الفرد يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات، كاعتقاده ان السعادة هي الصحة في حالة مرضه، وهي الغنى في حالة فقره، ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة wellbeing تعني حالة لا شعورية (مسعودي،2015،ص. 204)

فمفهوم جودة الحياة لم يظهر بمحض الصدفة وانما كان ظهوره عبر الزمن، وامتدادا للجهود السابقة في علوم أخرى غير علم النفس (الهنداوي،2010،ص.33).

ففي 1947 اقترح أعضاء من منظمة الصحة العالمية مفهوما ضمنيا لجودة الحياة حيث توجه هذا المفهوم الى الرعاية الصحية عندما عرفت الصحة على انها حالة من الرفاهية التامة وليس فقط غياب المرض وفي (1978) وسعت منظمة الصحة العالمية المصطلح وأوضحت ان للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية بالإضافة الى الرعاية الفيزيولوجية (عودة،2015).

فقد أصبحت جودة الحياة بعد الحرب العالمية الثانية من الأولويات المهمة لدى المجتمعات الغربية وأدخل مفهوم الجودة الى معجم المفردات واستخدم للتعبير عن الحياة الهانئة والتي تتشكل من عدة مكونات منها: العمل، السكن، الصحة، البيئة وغيرها. (بوتي و بورقيقة ،2020).

ويشير رمضان(2012،ص.17-18) الى أن عقد التسعينات من القرن العشرين هو عقد الجودة الشاملة في حين كان عقد السبعينات والثمانينات هما عقدي الكفاية والفعالية، وأما العقد الأول من القرن الحادي والعشرين فيمكن اعتباره عقد الجودة طبقا لرائد الجودة الأمريكي (جوزيف جوران)، اذ أن الدراسات الإحصائية في مجال جودة المنتجات الصناعية تشير إلى أن المستهلك أصبح أكثر وعيا واهتماما بالجودة ،وهذا التطور يجعل من الجودة ضرورة ومطلبا أساسيا في عالم اليوم والمستقبل.

ورغم حداثة تناول مصطلح الجودة في المجال العلمي الا أنه ارتبط بمجالات عديدة، وتناولته دراسات عديدة، ولقد تردد المصطلح حتى أصبح يحمل معنى يرتبط بالمجال الذي يستخدم فيه. (الجوهري،1994،ص.8-9). ففي مجال علم النفس ازداد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة كمفهوم مرتبط بعلم النفس الايجابي، والذي جاء استجابة الى النظرة الإيجابية لحياة الافراد بدلا من التركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية قبل ذلك.

حيث تعددت قضايا البحث في هذا الإطار لتشمل بذلك الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية، وكل ما يودي الى تحسين جودة الحياة. (نعيسة ،2012،ص.150). فمفهوم جودة الحياة تكون تدريجيا من خلال تفاعل مؤشرات مختلفة عبر الزمن كالسعادة ذات أصل فلسفي، والصحة الجسمية من الأصل الطبي، والراحة المادية والذاتية ذات الأصل الاجتماعي والنفسي، والصحة العقلية من الأصل الطب العقلي ليصبح أكثر عمومية واستخداما اليوم. (Schweitzer & dantzer ,2003,p.50). فقد أضحت جودة الحياة مطلبا أساسيا لإشباع حاجات الإنسان الصحية والنفسية والاستمتاع بالخدمات المعنوية والمادية إضافة إلى ذلك قدرته على اتخاذ القرار والإحساس بقيمته الإنسانية.

2-تعريف جودة الحياة

- **لغة:** الجودة في اللغة من الفعل جود، والجيد نقيض الرديء وجمعه جياد، وجيادات جمع الجمع، وجاد الشيء جودة: أي صار جيدا، وقد جاء جودة وأجاد: أي أتى بالجيد من القول أو الفعل. (ابن منظور،1993:215)

-وتعرف في المعجم الوسيط: جاد جودة صار جيدا، يقال: جاد المتاع، وجاد العمل فهو جيد، جمع جياد، والرجل أتى بالجيد من القول أو العمل فهو مجاد" (أنيس وآخرون، 2004،ص.145).

كما تعني الجودة حسب قاموس أكسفورد: الدرجة العالية من النوعية أو القيمة، فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي لا تقبل المناقشة أو الجدال ويشير هذا إلى أن الأفراد يتعلمون

من خلال خبراتهم أن يميزوا بين الجودة العالية والجودة المنخفضة عن طريق استخدام مجموعة من المعايير التي تميز بين النوعين من الجودة "(مشري،2014،ص.223).

-**اصطلاحا:** لقد تعددت التعاريف التي تناولت مفهوم جودة الحياة وتنوعت رغم أن الادبيات النفسية تشير الى صعوبة صياغة تعريف لجودة الحياة رغم استخداماته الشائعة. (عبد الفتاح وحسين،2006).

حيث عرفت في موسوعة علم النفس Encyclopedia of psychology (1991) على أنها "مفهوم ذو أبعاد عديدة تشمل سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة وهي التوازن الإنفعالي، الحالة الصحية للجسم والاستقرار المهني والاستقرار الأسري واستمرار وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق الأسرة والاستقرار الإقتصادي والتواؤم الجنسي. (محمود والجمالي،2010،ص.70).

وتعرف حسب منظمة الصحة العالمية (1995) على أنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة واتساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، وتوقعاته، قيمه، اهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، وعلاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة وبالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته (WHOQOL Group,1995).

وعرفها (1999).Andlmen et al على أنها انعكاس للمستوى النفسي ونوعيته، وأن ما بلغه الانسان اليوم من مقومات الرقي والتحضر، تعكس بلا شك مستوى معينا من جودة الحياة، ويقصد بجودة الحياة بشكل عام جودة خصائص الانسان من حيث تكوينه الجسمي والنفسي والمعرفي ودرجة توافقه مع ذاته ومع الاخرين وتكوينه الاجتماعي والأخلاقي وتواترت المفاهيم التي تضم جودة الحياة لتشمل عدة مفاهيم متشابهة كالسعادة، والحياة الجيدة والرضا الذاتي. (Andlmen et al ,1999,p,106).

ويعرفها Bognar (2005) "بأنها تمثل الرفاهية الحياتية بالنسبة للإنسان بصفة عامة، والعوامل المؤثرة في حياته بصفة خاصة " .(Bognar,2005 :561).

كما بنظر الى الجودة على أنها الاحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات الرضا للفرد عن ذاته وحياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له واستقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته واقامته لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الاخرين والاستمرار فيها. (Ryff et al,2006 :85). من مذكرة المسن سامي

كما تعرف بأنها: " قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الاقتصادي، وقدرة الفرد على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، وشعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة "(Longest,2008 :108).

أما أبو حلاوة والشربيني (2016) فيرى أنه عادة ما يتم تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين هما البعد الذاتي والبعد الموضوعي ولكل منهما مؤشرات معينة، إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة لأنه يتضمن مؤشرات قابلة للملاحظة والقياس المباشر (أبو حلاوة والشربيني،2016، ص.151).

بينما اتفق كل أندرسون Anderson (2003) وأوليفر Oliver وهو كسلاي Huxlay وبريدج Bridges وهدي Hadi (1996) على أن جودة الحياة عبارة عن مفهوم تكاملي يتمثل في السعادة the biological information ونظام المعلومات البيولوجي Meaning of life ومعنى الحياة Happiness system والحياة الواقعية realizaing life وتحقيق الحاجات subfillument of need فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى. (Joseph et al,1996,p.32).

فجودة الحياة هي درجة الرضا أو عدم الرضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الإنساني، وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، كما أنها تشمل على عوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية كتلك التي ترتبط بسلوكيات الاتصال الاجتماعي، النشاطات ومدى انجاز الفرد للموقف. (جسام،2009).

كما عرفت على أنها طبيعة أو خصائص الشيء ودرجة الجودة أو القرب إلى التمام، وتشمل كل جوانب الحياة من وجود الفرد منذ الولادة حتى الموت أفضل نوعية للحياة هي تصور الراحة بمصطلحاتها الشاملة أي متضمنة الصحة والرعاية الشاملة بجوانبها المختلفة وبطريقة مناسبة وسهلة (سعيد والبرديسي،2019).

ووصفت على أنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية مستوى استقلاليته علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة، وبالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته. (الصبان. 2021،ص. 416).

من خلال ما سبق نستنتج **أن** جودة الحياة هي الإحساس الإيجابي للفرد بحسن الحال وإشباع الحاجات، والرضا اتجاه مظاهر الحياة، وعيش حياة مستقرة، والاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، بما يتوافق مع أهدافه توقعاته، قيمه واهتماماته المختلفة.

3-الصعوبات التي تواجه تحديد تعريف مفهوم جودة الحياة:

يعد تحديد تعريف جودة الحياة من المهام الصعبة لعدة اعتبارات منها:

-لا توجد نظرية محددة لجودة الحياة ينطلق منها التعريف، ومعظم الدراسات ينقصها المنهج الواضح في قياس هذا المفهوم. (Bany & Crosby ,1993).

-حداثة المفهوم على المستوى العلمي، حيث لا يرتبط هذا المفهوم بمجال محدد من مجالات الحياة أو فرع من فروع العلم، إنما هو مفهوم موزع بين الباحثين والعلماء على اختلاف تخصصاتهم والملفت للنظر أن أصحاب كل تخصص يرون أنهم الأحق باستعمال هذا المفهوم سوآءا كان هؤلاء تخصص علم الاجتماع والطب بفروعه المختلفة أو العلوم البيئية أو الاقتصادية. (رمضان،2012، ص.18).

- إن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المحيرة، نظرا لاستخدامه في كثير من المواقف المختلفة، وفروع العلم المتعددة، فيمكن ان الصحة او السعادة يشير الى تقدير الذات، أو الصحة النفسية، أو الرضا عن الحياة، ولهذا تختلف وجهات النظر وتتعدد الطرق التي يمكن أن يقاس بها، ولا يوجد اتفاق محدد لمفهوم محدد واحد أو طريقة واحدة لقياسه. (الهنداوي،2004،ص.31).

-ان مفهوم جودة الحياة يتغير بتغير الزمان وبتغير حالة الفرد النفسية، والمرحلة العمرية التي يمر بها، فالسعادة تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة، فالمريض يرى السعادة في الصحة، والفقير يرى السعادة في المال، وهكذا تتغير المفاهيم مع تغير الظروف المحيطة . (هاشم،2001، ص. 127).

-إن مفهوم جودة الحياة هو مفهوم نسبي يختلف من شخص إلى آخر من الناحيتين (النظرية والتطبيقية) استنادا إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم حياتهم ومتطلباتها، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة (الهمص،2010،ص.45).

- يتحدد مفهوم جودة الحياة بالمتغيرات الثقافية، فهناك فروق في التعريف باختلاف الثقافات فقد أشار ليتمان (Leitmane) الى ان تعريف هذا المفهوم بمثابة مهمة صعبة، حيث أنه يتحدد إلى مدى كبير بالمتغيرات الثقافية، ولذلك فإن المجتمعات تعرف جودة الحياة بطرق مختلفة، ولا يوجد تعريف نموذجي ومتفق عليه في جميع الثقافات ولدى كل الباحثين (Leitmane,1999,p.181).

- لا يقتصر هذا المفهوم على الجانب المرضي فقط، ولكنه يمتد إلى الجوانب الإيجابية فقد اعتبرت بعض الدراسات جودة الحياة نتاجا للصحة النفسية الجيدة، فجودة الحياة تعتبر أحد المحكات الهامة لنجاح أي برنامج علاجي نفسي. (هاشم،2001).

-رغم الجدل الواقع حول تحديد تعريف جودة الحياة إلا ان الباحثين يتفقون حول تواجد أربعة عناصر أساسية لجودة الحياة حسب ما اشارت اليه. (مجدي ،2009) هي:

-**اللامعيارية:** الفرد هو نفسه المعيار.

-**الذاتية:** إدراك وتقدير الذات

-**التغير وعدم الثبات:** فهي وضعية تخص فترة زمنية وليست مستقرة.

-**تعدد العناصر:** حالة جسمية، كفاءات وظيفية، الحالة النفسية، الراحة والحالة الاجتماعية،

إضافة إلى الظروف الاقتصادية.

4- جودة الحياة والمفاهيم المرتبطة بها:

4-1- نوعية الحياة Quality Of Life استعمل في البحوث العربية البهادلي، 2005، سعيد حسن و سيف المحرزي 2006، عكاشة 2007، أبو حلاوة (2009) بمصطلح "جودة الحياة كترجمة للمصطلح Quality Of Life ، وعلى افتراض أنه لا خلاف على مصطلح الحياة كترجمة Life 2، إلا أن الخلاف في ترجمة Quality، لأن لفظة Quality في الإنجليزية تشير إلى مستوى شيء ما بالقياس إلى معيار مماثل له، غير أن أغلب مدلولاتها تشير إلى تميز والجودة خاصة في المنتجات السلعية، لكن الملاحظ أن أصل الكلمة يعود إلى الفرنسية quality و التي تعود بجذورها إلى اللاتينية qualitas من qualitis بمعنى نوعية ومنه تستنتج أنه لا توجد اختلاف في استعمال المصطلحين لأنهما لهما نفس الدلالة والمعنى.(سليمان،2024).

4-2 معنى الحياة (1987) بأنه: إدراك الأمر، إدراك الأهداف من وجود الإنسان ومتابعة وتحقيق الأهداف ذات قيمة، ومصاحبة ذلك بمشاعر الامتلاء والحيوية (أحمد وعوادي 2021، ص.838).

4-3 الرضا عن الحياة Satisfaction with life : عرفها أرجايل الرضا عن الحياة بأنه تقدير عقلي النوعية الحياة التي يعيشها الفرد ككل، ويمثل هذا البعد خلفية عامة للعديد من المقاييس النوعية للرضاء كالرضا من العمل، أو الزواج، أو الصحة، ومقاييس الرضا المختلفة، مثل تلك التي تمتد من الممتع والعكس، كما رى بعض الباحثين أن الرضا عن الحياة مرادف للسعادة، لكن كثيرا منهم يميز بين السعادة بوصفها حالة الفعالية حساسة للتغيرات المفاجئة في الزاج وبين الرضا عن الحياة كونها حالة معرفية تعتمد على حكم الفرد (خوجة وآخرون 2018، ص.122).

4-4- التوجه نحو الحياة Orientation towards life : يعرف بأنه: تقييم الفرد للحياة التي يعيشها حيث يعتمد التقييم على مقارنة المكافآت بمستوى الحياة التي يعيشها، والنظرة الإيجابية و الاعتقاد بأن جميع الأشياء والأحداث والمواقف والتصرفات تنزع نحو الخير والسعادة والإقبال على الحياة، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل بالإضافة إلى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد بدل حدوث الجانب السلبي (بوساق و بوضياف 2021، ص .36-37).

4-5 طريقة الحياة Life style وتعبر عن الكل المركب بين ثلاثة مفاهيم هي أسلوب الحياة ومستوى المعيشة وجودة الحياة، وبعد هذا المفهوم بمثابة الكل الذي يشكل مفهوم جودة الحياة جزاءا(بوعامر،2022)

4-6 الاستمتاع بالحياة Enjoying life : يعتبر من المفاهيم الحديثة في علم النفس الإيجابي ويعرفه ديتز وآخرون(2000) Deneral بأنه: " حكم الفرد الواعي على حياته"، وتعرفه تيموشي (Timothy (2005) " تقييم إيجابي للذات والإمكانيات بصفة عامة" (تازي،2021،ص.9).

4-7 السعادة Happiness : تعرف بأنها:"حال من المرح والهناء والإشباع تنشأ أساسا من إشباع الدوافع، ولكنها تسمو إلى مستوى الرضا النفسي، وهي بذلك وجدان يصاحب تحقق الكل، كما يعتقد ماسلو بأن إشباع الحاجات الأساسية البيولوجية والنفسية والاجتماعية ومواجهة الصعاب يعتبر مصدرا أساسيا للشعور بالسعادة" (بن شريك وآخرون ،2016، ص. 36)

4-8- التفاؤل Optimism عرفته منظمة الصحة العالمية (2004) " أن التفاول هو عملية النفسية إرادية تولد أفكار ومشاعر الرضا والتحمل والثقة بالنفس، وهو عكس التشاؤم الذي يميز الجوانب السلبية للأحداث فقط مما يستنزف طاقة المرء ويشعره بالضعف والنقص في نشطاته (البغدادي وغزالي،2021).

5-الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة: هناك أربعة اتجاهات رئيسية في تفسير جودة الحياة هي:

5-1-الاتجاه الفلسفي: مفهوم جودة الحياة حسب المنظور الفلسفي جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البراجماتية المشهورة والمتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العملي او القيمة الفورية وليست المرجاة (Cach Value النفعية) والمستوى العلمي أقرب الى مفهوم السعادة والرفاهية الشخصية منه الى أي مفهوم اخر يؤكد هذا الاتجاه على أن جودة الحياة حق متكافئ في الحياة والازدهار وهناك الكثير من المواطن التي تتطلب الجودة حتى يحصل الانسان على جودة حياة. (خليفة،2004،ص.33). وأشار مسعودي (2015) الى ان هذا الاتجاه تناول الجودة جودة الحياة من منظور فلسفي حيث يرى ان السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع وحلق في فضاء مثالي يدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخانق وترك العنان

للحظات من خيال إبداعي وبالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور " مفارقة للواقع تلمسا لسعادة متخيلة حالمة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لألام ومصاعب الحياة والذوبان في صفاء روحي مفارق لكل قيمة مادية. فقد تناولت الفلسفة مفهوم جودة الحياة بوصفه دافعا أساسيا للسلوك الإنساني حيث ان جميع الفلاسفة الاغريق قدموا أفكارا تتفق حول معنى هذا المفهوم على انه يأتي من معرفة الحقيقة ومن تطهير الانسان لنفسه من الانفعالات المكبوتة، او المؤلمة التي تأتي من خلال وجوده مع أشخاص اخرين او نقيض ذلك وهو العزلة والتفكير الفردي المنعزل.(Mayers & Diener,1995,p.12).

5-2-الاتجاه النفسي: ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية. وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا في حالة الإشباع وعدم الرضا في حالة عدم الإشباع نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة. (ابو حلاوة ،2010).

فمفهوم جودة الحياة في علم النفس يعتمد على عدة مفاهيم أساسية، منها القيم والإدراك الذاتي والحاجات والاتجاهات والطموح والتوقع والرضا والتوافق والصحة النفسية، فمفهوم القيم يتشكل من خلال مركز الدائرة التي تتمحور حولها مؤشرات جودة الحياة وذلك للأسباب الآتية:

1- الأهمية القيم في تفسير الطموحات والتوقعات الخاصة بالأفراد.

2- الإسهام القيم في تحديد مستويات الأهمية النسبية المجلات الحياة المتعددة.

3- الأهمية القيم في تقدير الفرد لقيمة الحياة في جوانبها المختلفة (بكر، 2013).

كما ان مفهوم القيم اعتبره (Rakish) مفهوما أساسيا لما له من دور هام في حياة الفرد فهو يقيس الطموحات والتوقعات كما أن متغير مثل القيم يحدد للفرد مستويات الأهمية بالنسبة له، فيعتبره علماء النفس مؤشرا على تقدير الفرد القيمة الحياة (عيد، 2018، ص. 66).

يرى دينير وآخرون (1999) أن جودة الحياة النفسية ترتبط بمحاولة رصد كيف يدرك أو يقدر الناس مختلف جوانب حياتهم النفسية" على سبيل المثال إلى أي مدى يشعر الناس بقدرتهم على السيطرة على حياتهم الشخصية إلى أي مدى يشعر الناس بأن لحياتهم الشخصية معنى وقيمة؟ إلى أي مدى يشعر الناس بامتلاكهم(Diner et al,1999) لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين. كما أشار عبد الله إلى

أن "الادراك يعتبر محددا رئيسيا لجودة الحياة اذ أن جودة الحياة هي تعبير عن الادراك الذاتي للفرد، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها ومن ناحية أخرى يعتمد هذا الاتجاه على عدة مفاهيم نفسية أساسية منها مفهوم القيم ومفهوم الادراك الذاتي، ومفهوم الحاجات ومفهوم الاتجاهات والطموح والتوقع إضافة الى مفاهيم الرضا والتوافق والصحة النفسية (عبد الله،2008،ص.140).

وهناك نظريات أسهمت في تناول مفهوم جودة الحياة منها نظرية ماسلو للحاجات الذي يرى ان الحاجات الفيزيقية في ارتباطها بالحاجات الحيوية تؤلف الأساس في دراسة جودة الحياة. نظرية سكينر الذي يرى ان تغيير البيئة المحيطة هي الأساس في الوصول لجودة الحياة المرغوبة فهو يرى ان الفرد يتم التحكم فيه من خلال العالم المحيط به.

أما نظرية توفلر فترى ان الفرد هو الأساس في تحسين جودة حياته من خلال تعلم مسايرة التغيير والتنبؤ بالمستقبل والوصول الى جودة الحياة المرغوبة ،وهذا لن يتحقق الا من خلال الوعي بالكيفية ،فجودة الحياة تعبر عن مدى ادراك الفرد انه يعيش حياة جيدة من وجهة نظره خالية من الأفكار اللاعقلانية والانفعالات السلبية والاضطرابات السلوكية، يستمتع فيها بوجوده الإنساني ويشعر بالرضا والسعادة وبالصحة الجسدية الجيدة ويقيم علاقات اجتماعية مع الاخرين ويستثمر كافة قدراته وإمكانياته بما يتيح له تحقيق ذلك (الغندور،1999،ص.70)

وترى كارول رايف واخرون(Ryff et al,2006) ان جودة الحياة النفسية تتمثل في الاحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له استقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته واقامته واستمراره في علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الاخرين، كما ترتبط جودة الحياة النفسية بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية. (Ryff et al,2006,p.85-95).

5-3-الاتجاه الاجتماعي: يفسر هذا الاتجاه جودة الحياة من منظور يركز على الاسرة والمجتمع وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والعمل والدخل والضغوط الوظيفية والمتغيرات الاجتماعية الأخرى، فهو يركز على الاهتمام بنوعية العلاقات الاجتماعية أكثر من الاهتمام بالكمية من العلاقات. (الغندور،1999:18).حيث يرى أصحاب الاتجاه الاجتماعي ومن بينهم المير هانكس (Hankiss) أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت مند فترة طويلة، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن والمستويات التعليمية للأفراد المجتمع إضافة إلى مستوى الدخل وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع الى آخر وترتبط جودة الحياة بطبيعة

العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة، ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله. (إسماعيل،42:2010). وعليه فان جودة الحياة ترتبط بظروف وشروط العيش الغير محدودة للشخص والجماعة فجودة الحياة بمعنى الرضا عن الحياة وتلبية احتياجات الافراد، وهي مشروطة بمدى التوافق بين الطبقات الاجتماعية وبعضوية او انتماء الافراد لهذه الطبقات (Diener,1985,p.236).

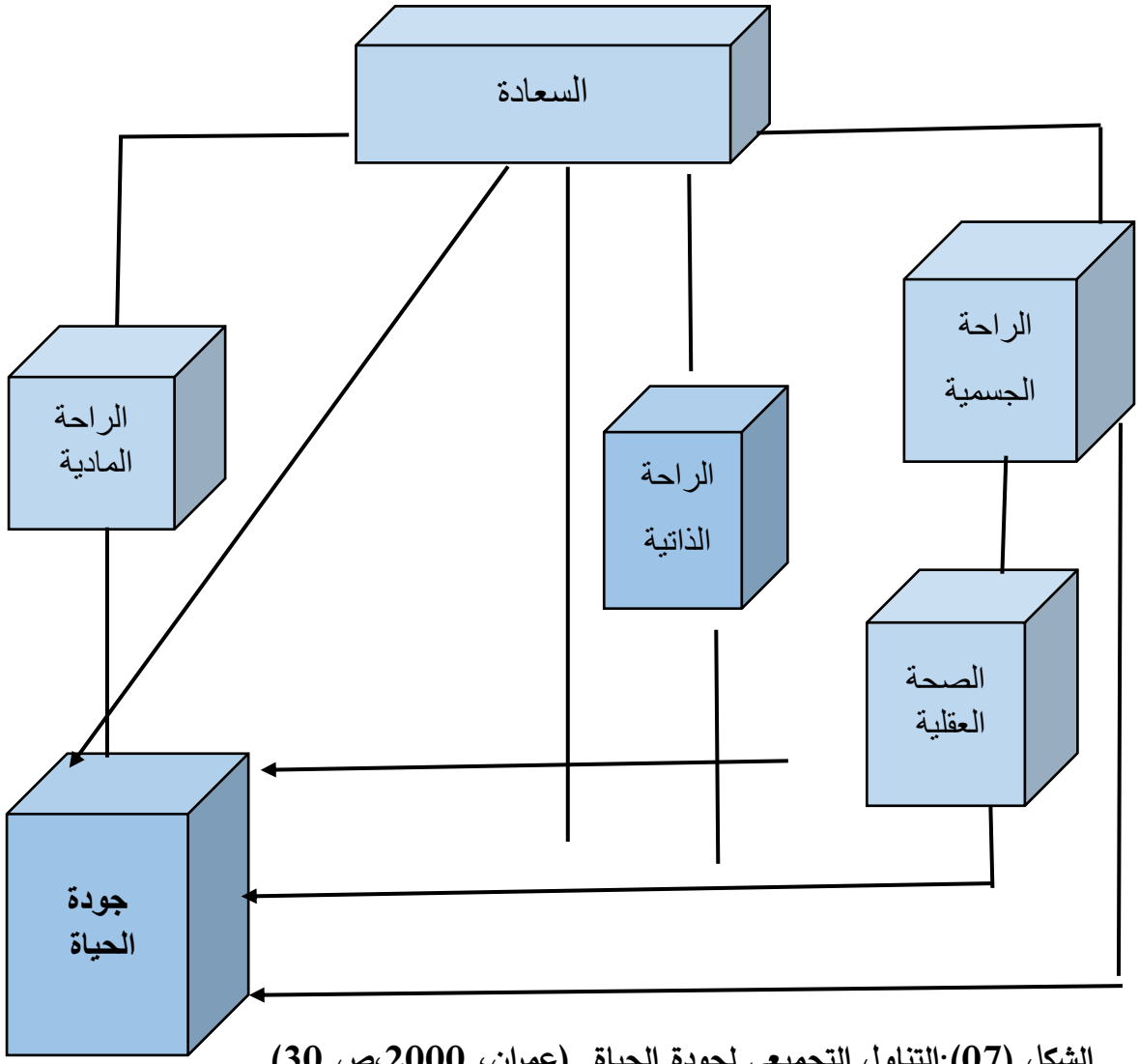
فحسب هذا المنظور تمثل جودة الحياة الحيز الاجتماعي والمادي الذي يحيط بالفرد، ومستوى معيشته ومدى اتصاله بالأخرين وعلاقاته المختلفة وقدرته على تحقيق علاقات اجتماعية ناجحة مع المحيطين به والاحساس بالانتماء الى الجماعات التابعة لها.

5-4-الاتجاه الطبي: إن الفضل يعود إلى الأطباء والباحثين في الصحة العمومية وكذا المختصين في مجال علم الأوبئة والطب العقلي في وضع اللبنة الأولى لنجاح وانتشار مفهوم جودة الحياة، والذي في النهاية أدمج ضمن مصطلحات مجاورة للرفاهية، الصحة السعادة الرضا...الخ .(عودة ،2015). يعتمد هذا المنظور على فرض أساسي هو "هناك علاقة بين جودة الحياة والمرض "وفي هذا المجال يحاول العلماء الإجابة عن تساؤلات مهمة وهي كيف يؤثر المرض على الطريقة التي يدرك من خلالها الفرد المجالات المختلفة والواقع المحيط به، فهناك دراسات اهتمت بنوع المرض وطبيعته وما يحدثه المريض من اضطرابات نفسية وجسمية وكيف أن الاضطرابات تؤثر في جودة حياته.(خليفة،2004،ص.43).حيث أن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية وتقديم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات الافراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة أخرى فجودة الحياة تعطي مؤشرا للمخاطر الصحية والتي من الممكن ان تكون جسدية او نفسي وذلك في غياب علاج حالي او احتياج للخدمات.(Rapheal et al ,1996 p.66). وبالتالي فان هذا الاتجاه يهدف إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية مختلفة أو نفسية أو عقلية، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة .(إبراهيم 2016، ص. 17).

وقد أشار (SorenVentegodt) في كتابه (قياس جودة الحياة من النظرية الى التطبيق) الى أن مفهوم جودة الحياة أصبح موضوعا هاما في مجال الصحة والخدمات الاجتماعية، فكثير من الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية ومديرو المستشفيات والباحثون في مجال العلوم الاجتماعية يهتمون بتعزيز ودفع جودة الحياة لتصبح هدفا واقعيا في التعامل مع المرضى وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي

لهم، اذ ثمة دليل متزايد على ان المرض يرتبط ارتباطا وثيقا بكيفية تصور الفرد الى أي حد يتمتع بحياة جيدة (الغندور، 1999، ص.34).

ومن خلال ما سبق، فان مفهوم جودة الحياة تكون تدريجيا بإدماج مختلف المؤشرات عبر الزمن الفلسفية منها والنفسية والاجتماعية والطبية، الشكل الموالي يلخص التناول التجميعي لمفهوم جودة الحياة.



الشكل (07):التناول التجميعي لجودة الحياة. (عمران، 2000،ص.30)

6- النظريات والنماذج المفسرة لجودة الحياة: تعددت آراء وتفسيرات العلماء التي حاولت تفسير جودة الحياة في غياب نظرية علمية قائمة بذاتها تفسر هذا المفهوم، فقد ظهرت عدة نظريات ونماذج تفسيرية سنتطرق الى أبرزها كما يلي:

6-1-المنظور الإنساني: يشير هذا المنظور الى أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين مهمين لا يمكن الاستغناء عنهما والمتمثلان في:

أ-وجود كائن حي ملائم.

ب-وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن

وذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز للوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية المتمثلة في الموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد، والبيئة الاجتماعية التي تضبط سلوك الافراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع، وتتحقق جودة البيئة الاجتماعية بمقدار امتثال الافراد لهذه المعايير وعدم خروجهم عنها، إضافة الى البيئة الثقافية التي تقاس جودتها بقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية ماديا ومعنويا. (رضوان،2007،ص.99).

وحسب (2000) Rebecca أكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على مفهوم الذات حيث بين ان حقيقة الحياة الإنسانية تنطوي على إمكانيات هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة(Rebecca,2000,p.39).

-ومن أهم النماذج ضمن هذا المنظور ما يلي:

-نموذج العوامل الستة لكارل رايف(Ryff,1989) :يقوم نموذج رايف حول مفهوم السعادة النفسية، اذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة احساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد، يضم كل بعد ست صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الإيجابية في تحسين مراحل حياته وتلخص الابعاد حسب ما أشار اليه (Ryff,1989,p.182) كالتالي:

أ- الاستقلالية: يقرر مصيره بنفسه، يكون مستقلا بذاته وقادرا على مقاومة الضغوط الاجتماعية، منظم في سلوكه، يتصرف بطرائق مناسبة، يقيم ذاته بما يتناسب وقدراته الشخصية.

ب- التمكين البيئي: وصفاته تتمثل في الكفاية الذاتية للفرد، قدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته، قدرته على الاستفادة من الفرص المتاحة اليه واتخاد الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية، قدرته على اختيار قيمه الشخصية والتصرف بما يتناسب ومعايير ومجتمعه.

ج-**النمو الشخصي:** شعور الفرد بالنمو والارتقاء المستمر وادراكه لتطور وتوسع ذاته، انفتاحه على التجارب الجديدة واحساسه الواقعي بالحياة، شعوره بتحسن ذاته وتطور سلوكه يوما بعد اخر.

د-**العلاقات الإيجابية مع الاخرين:** وتشمل رضا الفرد عن علاقته الاجتماعية وثقته بالآخرين حوله، قناعته برفاهية الأخرين وقدرته على التعاطف والتودد اليهم اهتمامه بالتبادل الاجتماعي، واظهاره للسلوك التواصلي مع الاخرين.

هـ-تقبل الذات: وتشمل اظهار الفرد توجها إيجابيا نحو ذاته، قبوله بالسمات او الخصائص المكونة لذاته (السلبية والايجابية) ،وإظهار النقد الإيجابي لذاته، الشعور الإيجابي لحياته الماضية، وتفكيره الإيجابي وشعوره بخصائص ذاته المستقبلية والمميزة.

و-**الهدف من الحياة:** أن يمتلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة

ويضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها، أن يسعى لتحقيق غاياته في الحياة

وتكون له القدرة على توجيه اهداف حياته، أن يكون قادرا على الادراك الواضح لأهداف حياته.

-أن يدرك ان صحته النفسية تكمن في احساسه بمعنى الحياة.

6-2-المنظور المعرفي: ركز هذا المنحى في تفسير جودة الحياة من وجهة نظر معرفية أساسا على أبحاث كل من لاوتن (Lawton) التي طرحها في مؤلفاته مابين(1973-1997) و أعمال شالوك (Schalok) المدونة حول جودة الحياة في مجلدين **المعنونان بجودة الحياة تطبيق على الأشخاص ذوي الإعاقة (1996)**، وقد طرحا فكرتين أساسيتين تمثلان معيارا مركزيا يدور حوله هذا المنحى.

-**المعيار الأول:** يقترح أن طبيعة الإدراك هي التي تحدد درجة الشعور بجودة الحياة.

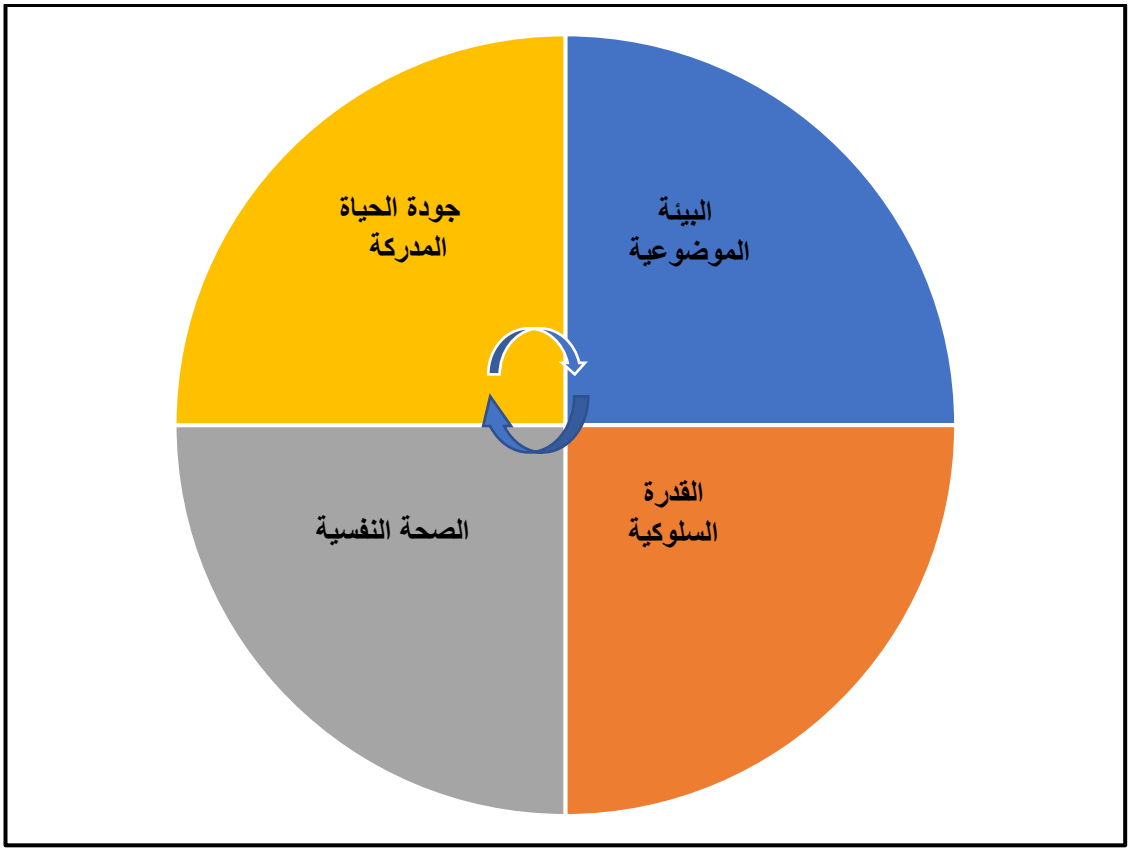
-**المعيار الثاني:** إن طبيعة الاختلاف الإدراكي بين الأفراد في درجة شعورهم بجودة الحياة تتأثر بدرجة كبيرة بالعوامل الذاتية أكثر بالعوامل الموضوعية.

و بناء على هذين المعيارين تبلور لدينا نموذجين حديثين في التفسير النموذجي لجودة الحياة، وسيتم عرضهما كما يلي (بوفج،2018):

6-2-1-نظرية لاوتن (Lawton,1996): طرح لاوتن مفهوم طبيعة البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة كالاتي:

أ-الظرف المكاني: اذ ان هناك تأثيرا للبيئة المحيطة بالفرد على ادراكه لجودة حياة، وطبيعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران أحدهما على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، والأخر تأثيره غير مباشر الا أنه يحمل مؤشرات ايجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

ب-الظرف الزماني: اذ ان إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة. (Argyle,1999 ,p.353).



شكل رقم(08) جودة الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة.(مبارك،2010،ص.724).

6-2-2- نظرية شارلوك (Schalok,2002) :قام شارلوك بتقديم تحليل مفصل لمفهوم جودة الحياة بحيث انه مفهوم يتكون من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات تؤكد جميعها على اثر الابعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الابعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة على ان هناك نسبة في درجة هذا الشعور والعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة ادراك الفرد لجودة حياته(عبد الرحمان،2007،ص.337)

-**الناحية الذاتية:** التقييم الوظيفي كمقياس المدى مستوى الوظيفة وملاحظة المشاركات واستبيانات الظروف والاحداث البيئية والتفاعل في الأنشطة اليومية وتقرير المصير والتحكم الشخصي وأوضاع دور التعليم، المهنة، السكن.

-**الظروف الخارجية:** التي تتمثل في المنبهات الاجتماعية، مستوى المعيشة، ومستوى العمل(مبارك،2012)

كما أشار شالوك الى ان المجالات الثمانية يمكن ان تختلف في درجة أهميتها وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطلق النظري الدي يحكم هده الدراسة (إبراهيم، 2005 ،ص.71).

الجدول رقم(02):مجالات جودة الحياة ومؤشراتها حسب نظرية شارلوك

المجالات							
السعادة الوجدانية	العلاقات بين الشخصية	السعادة المادية	النمو الشخصي	السعادة البدنية	تقرير المصير	الاندماج الاجتماعي	الحقوق البشرية والقانونية
-الرضا -مفهوم الذات -انخفاض الضغوط	-التفاعلات -العلاقات -الإسناد	-الحالة المادية -العمل -المسكن	-التعليم -الكفاءة الشخصية -الآداء	-الصحة -الأنشطة اليومية -وقت الفراغ	-الاستقلالية -الأهداف -الاختبارات	-التكامل -الترابط الاجتماعي -الأدوار المجتمعة	-الحقوق الفردية -حقوق الجماعة -القانون والعمليات الواجبة

(المعوض،2017،ص.199).

6-3-المنظور التكاملي: سنتطرق الى هذا المنظور وفقا لما يلي:

6-3-1- نظرية اندرسون(Anderson,2003) : طرح اندرسون شرحا تكامليا وشاملا لمفهوم جودة الحياة متخذا من مفاهيم السعادة ،ومعنى الحياة، ونظام المعلومات البيولوجي، والواقعية وتحقيق الحاجات ،فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى، اطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة و لقد أشار اندرسون الى ان إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصيا ما يدور حوله، كما يمكنه من ان يكون أفكارا كي يصل الى الرضا عن الحياة، وان هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي الى الشعور بجودة الحياة وهي :

- تحقيق الأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد الى تحقيقه.

-المعنى الوجودي الدي ينتصف العلاقة بين الأفكار والاهداف.

-الشخصية والعمق الداخلي(بوعمامة،2019).

وفي ضوء هذه السمات فان النظرية التكاملية تضع المؤشرات الآتية الدالة على جودة الحياة

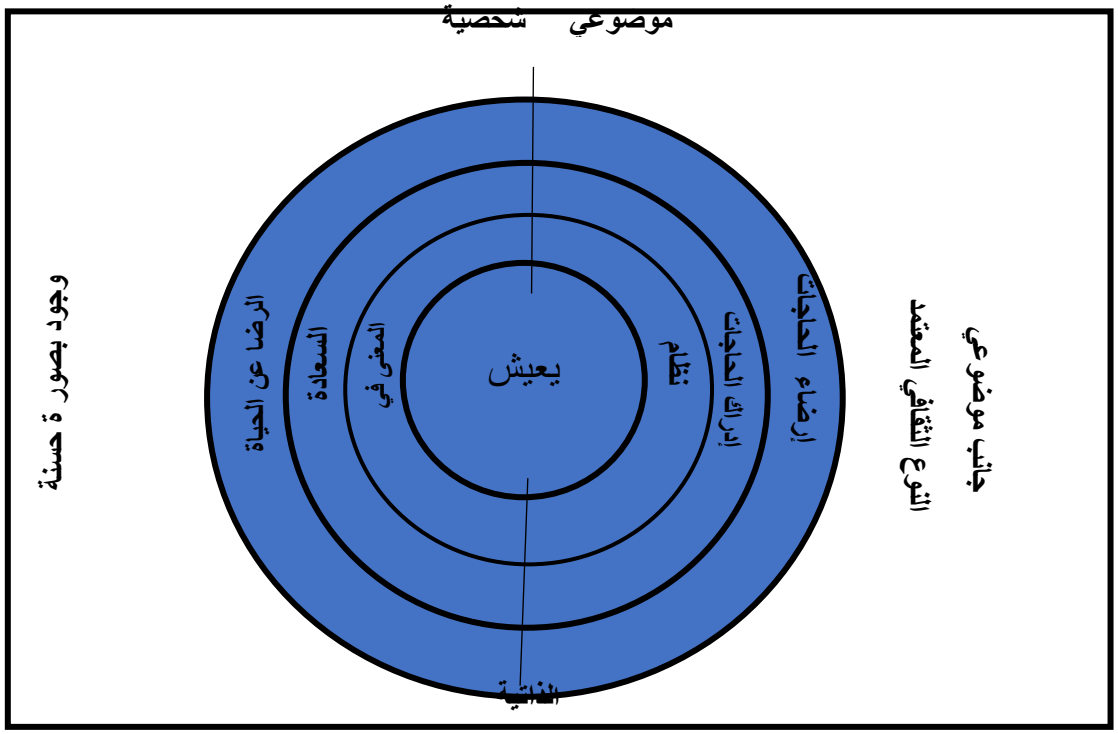
-ان شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعر بجودة حياته وان هذا الشعور يتحقق بالآتي :

-أن نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها.

-أن نسعى الى تغيير ما حولنا وفقا لأهدافنا.

-أن اشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة الى رضا الفرد والى شعوره بجودة الحياة، ذلك أنه أمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.

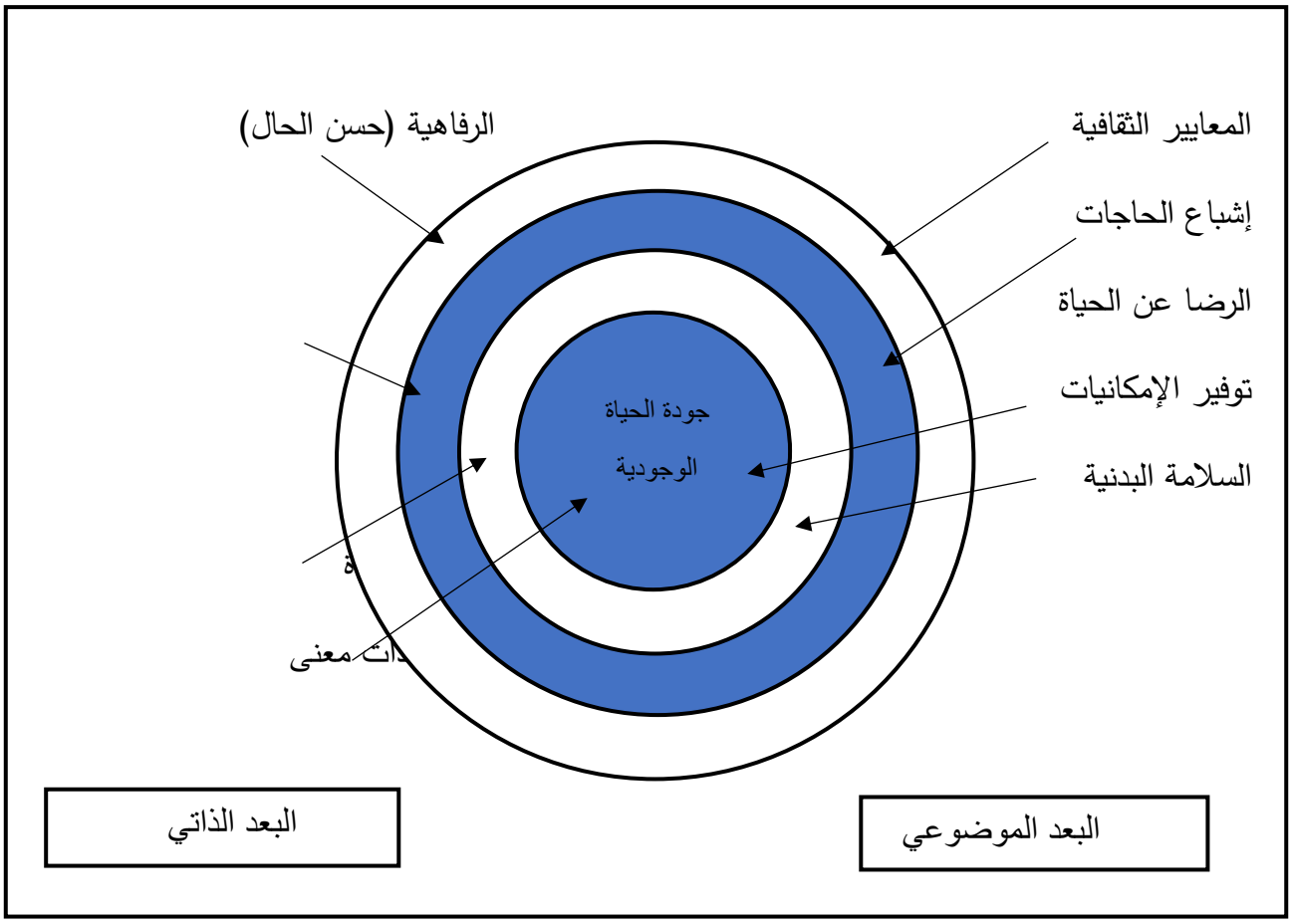
-أن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية وعلاقات اجتماعية جيدة وأهداف ذات معنى إضافة الى عائلة، تبث فيه الإحساس بالحياة وهو الذي يشعره بجودة الحياة. (Anderson,2003,p. 27)



شكل رقم (09): تفصيلات نظرية أندرسون في جودة الحياة .(مبارك،2010)

6-3-2-نموذج (Ventegodt et al,2003) :

تعد التصورات التي يطرحها هذا النموذج من اهم التصورات لتحديد ابعاد جودة الحياة في إطار التوفيق بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي، اذ صاغو ما يعرف بمتصل جودة الحياة وطرحوا في ضوءه ما يعرف بالنموذج التكاملي لجودة الحياة، ويوضح الشكل التالي ابعاده وطبيعة التعامل بين هذه الابعاد.



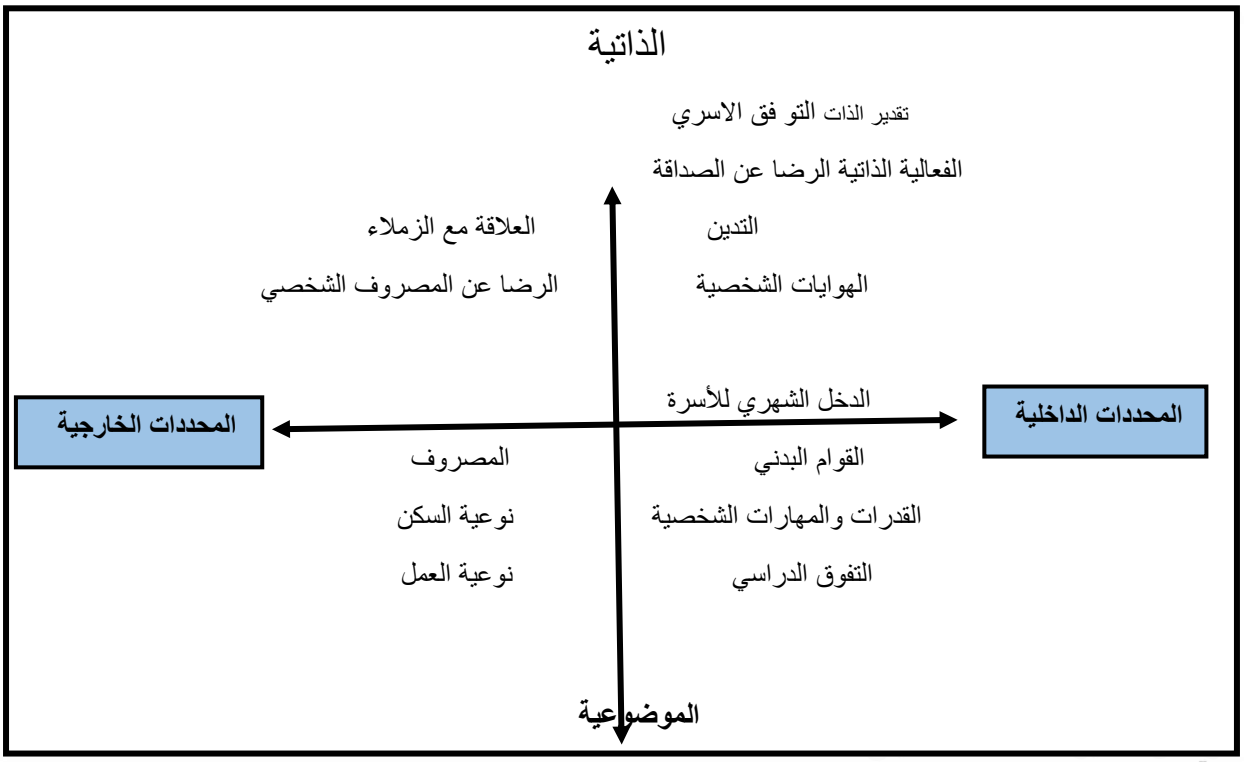
الشكل رقم (10): أبعاد النموذج التكاملي لجودة الحياة.(بكر،2013،ص. 56)

يتضح من الشكل رقم (8) ان جودة الحياة او ما يطلق عليه حسب مضامين الشكل "جودة الحياة الوجودية " وفقا لرؤية فينتيجودت واخرون (2003) تتضمن بعدين:

-**البعد الذاتي:** ويتضمن أبعادا فرعية: تتمثل في الرفاهية والشخصية والاحساس بحسن الحال، الرضى عن الحياة، الحياة ذات المعنى.

-**البعد الموضوعي:** ويتضمن ابعادا فرعية تتمثل في عوامل موضوعية مثل: المعايير الثقافية، اشباع الحاجات، تحقيق الإمكانات، السلامة البدنية (أبو حلاوة ،2010،ص. 10)

6-4-نموذج النظري العربي لجودة الحياة (2006):قدم أبو سريع وآخرون (2006) نموذجا لتقدير وتفسير جودة الحياة يعتمد على تصنيف التغيرات المؤثرة في جودة الحياة وهي موزعة على بعدين متعامدين، كما هو موضح في الشكل الذي يتم عرضه فيما يلي:



الشكل رقم (11): تصور أبو سريع وآخرون لمحددات جودة الحياة

-ويمكن تفسير المخطط كما يلي:

1-إن البعد الافقي يشمل قطبي توزيع محددات جودة الحياة، كونها من داخل الشخص أو خارجه، وتسمى بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل بعد المحددات الخارجية

2-إن البعد الرأسي يمثل توزيع تلك المحددات على وفق قياسها وتحققها، وهي تتوزع بين الاسس الذاتية (المنظور الشخصي للفرد) والاسس الموضوعية التي تشمل الاختبارات والمقاييس التي تتيح للفرد موازنة نفسه بغيره، أو بمتوسط جماعته المعيارية.

وعلى وفق هذا التصور، فإن جودة الحياة متغير متعدد الجوانب (صحية، نفسية، اجتماعية، واقتصادية تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فضلا عن النظام السياسي، والتقاليد الاجتماعية ومفهوم الرفاهية ومعتقدات الافراد المختلفة).

كما تتمثل جودة الحياة في اشباع الحاجات الإنسانية سوآءا كانت هذه الحاجات مادية او غير مادية، كما ان جودة الحياة تعتمد على بعض المؤشرات غير المادية مثل الرضا والقناعة، التوافق الشخصي والاجتماعي والصحي والاسري، درجة الانتماء والوطن، مفهوم الذات والوعي بها، درجة المرونة الفكرية وتقبل الاخر. (الشنقيري،2006،ص.20).

7-أبعاد ومكونات جودة الحياة:

تعددت الدراسات التي أوضحت أنها مؤشرات لجودة الحياة، ومنهم من أطلق عليها أبعاد جودة الحياة، والبعض الآخر أطلق على هذه المؤشرات مكونات جودة الحياة، وكل هذه الكلمات والإشارات تدل على مغزى واحد وهو أبعاد جودة الحياة. (الشهاوي،2018،ص.715).

- حيث يرى عبد المعطي (2005) أن الجودة الحياة ثلاثة أبعاد هي:

- **جودة الحياة الموضوعية:** وتعني ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانيات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية للفرد.

- **جودة الحياة الذاتية:** وتعني مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة.

- **جودة الحياة الوجودية** :وتمثل الحد المثالي لإشباع حاجات الفرد واستطاعته العيش بتوافق روحي ونفسي مع ذاته ومع مجتمعه. (الدهني،2018).

وأشار الراسبي (2006) الى تأكيد الباحثين على أن مفهوم جودة حياة الفرد مفهوم متعدد الجوانب، فكل منا ينظر إلى جودة حياته من زاوية أو مجال أو عدة مجالات وهو مفهوم نسبي لدى الشخص ذاته وفقا للمراحل العمرية التي بعيشها الفرد ويتعايش معها ويضيف أيضا انه ان هذا المفهوم يرتبط بحاجات الفرد النفسية والاجتماعية والروحية والبدنية والعقلية، ومدى اشباعها حيث تمثل هذه الحاجات وإشباعها مقومات جودة حياة الفرد(الراسبي،2006،ص.135).

كما أشار عبد الباسط متولي وجود ستة أبعاد رئيسية لمعنى الحياة وهي:

1.أهداف الحياة purpose in life.

2. التعلق الإيجابي بالحياة positive regard of life.

3.التحقق الوجوديActualisation of escience .

4.الثراء الوجوديEscistentialrichness.

5.نوعية الحياة Qality of life.

6.الرضا الوجودي (Escistentialsatisfaction). (متولي،1997،ص.336)

ويذكر ويدر وأخرون(2003) wider et al الى وجود إجماع بين الباحثين على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة هي:

-**البعد الجسمي:** وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.

-**البعد الوظيفي:** وهو خاص بالرعاية الطبية، ومستوى النشاط الجسمي.

-**البعد الاجتماعي:** وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.

-**البعد النفسي:** وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية والإدراك العام للصحة، والصحة النفسية، والرضا عن الحياة والسعادة (الهنداوي،2011،ص.40).

كما وصف (Graig A.jackson,2010) نقلا عن أبو حلاوة أبعاد جودة الحياة تحت مسمى "الثلاثية " ب(B's the 03) وهي على النحو التالي :

-الكينونة Bieng

-الإنتماءbelonging

-الصبرورةbecoming

وفصل أندرسون في "الثلاثية ب" ضمن الجدول الموالي:

جدول رقم (03): تفاصيل أبعاد جودة الحياة حسب(Graig A.jackson,2010):

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكينونةBeing	-الوجود البدني physicalBeing	أ-القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية. ب-أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة.
	-الوجود النفسي Psychlogicalbeing	أ-التحرر من القلق والضغوط. ب-الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح /عدم ارتياح).

	-الوجود الروحي Spirituailbeing	أ-وجود أمل في المستقبل. ب-أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ.
الانتماء **Belonging**	-الانتماء المكاني البدني physicalbelonging	أ-النزل الذي يعيش فيه الفرد. ب-أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ.
	-الانتماء الاجتماعي sosialbelonging	أ-القرب من أعضاء الاسرة التي يعيش فيها الفرد. ب-وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية).
	-الإنتماء المجتمعي Commnitybelonging	أ-توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية اجتماعية .... إلخ) ب-الأمان المالي.

الصيرورة **Becoming**	-الصيرورة الترفيهية Leisurebecoming	أ-الأنشطة الترفيهية الخرجية(التنزه...) ب-الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه).
	-الصيرورة التطورية Grothbecoming	أ-تحسين الكفاءة البدنية والنفسية. ب-القدرة على التوافق مع التغيرات وتحديات الحياة.
	-الصيرورة العلمية Paticalbecoming	أ-القيام بأشياء حول المنزل. ب-العمل في وظيفة، أو الذهاب إلى المدرسة.

المصدر:(أبو حلاوة،2010).

-أبعاد جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية:

تشير منظمة الصحة العالمية (Who) الى أن مفهوم جودة الحياة العالمي يتكون من عدة أبعاد مثل: الحالة النفسية، الحالة الانفعالية، الرضا عن العمل، الرضا عن الحياة والمعتقدات الدينية، والتفاعل الاسري، والتعليم المادي، هذا وتتكون جودة الحياة من خلال الادراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية، وصحته الجسمية، وقدراته الوظيفية، ومدى فهمه للأعراض التي تعتريه (جبريل محمد،2007،ص.30).

-أبعاد جودة الحياة وفقا لتعريف الجمعية الأمريكية لعلم النفس: يتفق تعريفها مع تعريف منظمة الصحة العالمية، في إلقائهما الضوء على المتغيرات التي تشمل جودة الحياة، وهذه المتغيرات تتمثل في:

1- اللياقة الجسمية: وتنعكس من خلال أسئلة عن القوة والطاقة، والقدرة على أداء نشاطات الحياة اليومية.

2- اللياقة النفسية: وتتضمن مدى البعد أو القرب من الخبرة بأعراض القلق والخوف من المرض، واحتمالات الوفاة الناجمة عنه.

3- اللياقة الاجتماعية: وتشير إلى علاقات المريض بالأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، والخبرة الذاتية بالأعراض المرتبطة بالمرض الجسمي وتلك المرتبطة بالعلاج، وهي تشمل أعراض المرض من قيئ غثيان وألم، والأعراض الجانبية للعلاج.

4- اللياقة الروحية : وتعكس معنى الحياة و التوقعات الخاصة بالمرض (معمرية، 2020).

- **أبعاد جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية:** توجد ستة أبعاد لجودة الحياة وهي كالتالي:

1- الصحة الجسدية: وتتمثل في الطاقة والتعب الراحة (الانزعاج)، الألم النوم والراحة.

2- **الصحة النفسية:** وتشمل صورة الجسم والمظهر المشاعر الإيجابية.

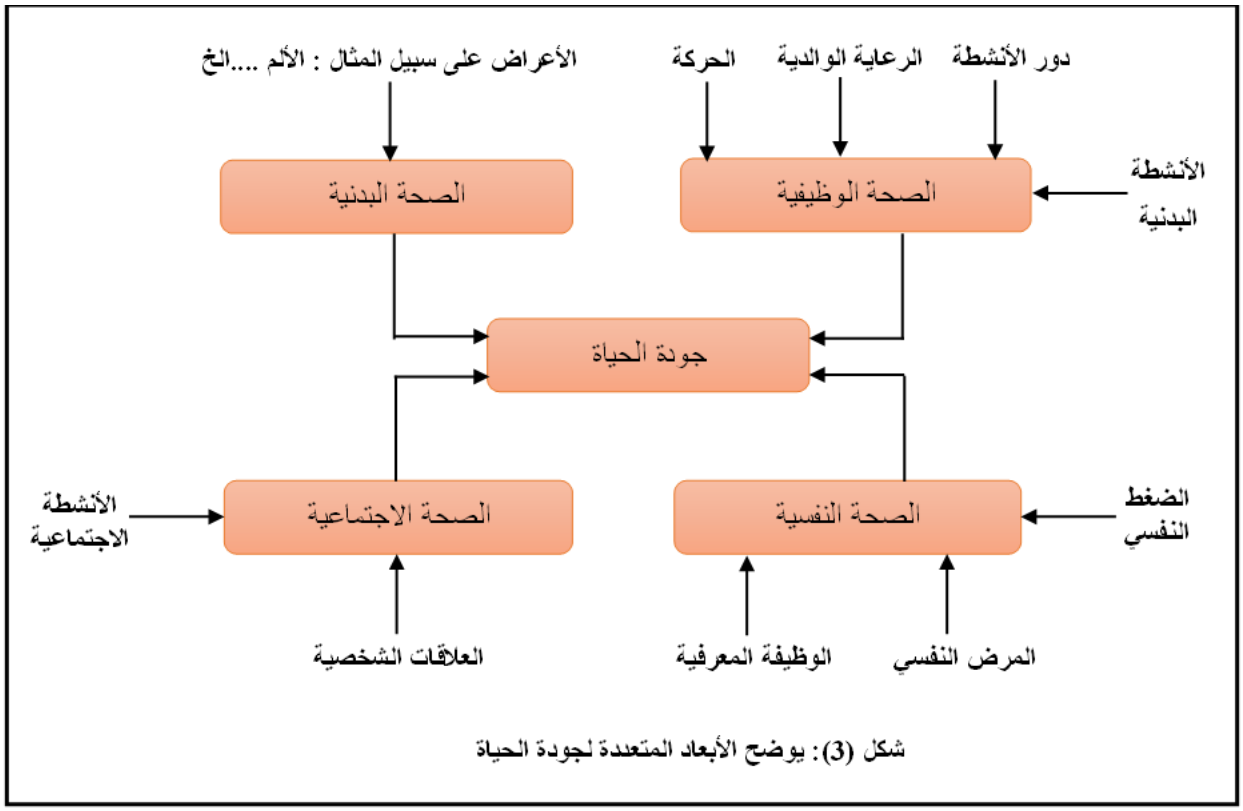
3- مستوى الاستقلالية: ويشمل الحركة النشاط اليومي، الاستقلالية في العلاج والمساعدة الطبية، القدرة على العمل.

4- العلاقات الاجتماعية: العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي.

5- البيئة: وتشمل الموارد والتمويل الحرية والأمن الرعاية الصحية والمعونة الاجتماعية والسكن، القدرة على التعلم الهوايات البيئة الفيزيقية، التلوث الصخب المناخ.

6- الصحة الروحية: تشمل الروحانية التدين المعتقدات الشخصية (بوعامر،2022،ص.42).

-نموذج الأبعاد المتعددة لجودة الحياة: أشار Kennedy. K and Macdonagh.R (2006) الى أهمية تقييم جودة الحياة من خلال شكل مجمع الأبعاد جودة الحياة وتفرعاتها (الشهاوي،2018، ص 159).



الشكل رقم (12) مخطط يوضح الابعاد المتعددة لجودة الحياة.(الشهاوي،2018).

-أبعاد جودة الحياة في الوطن العربي:

أشارت أبو حمادة (2015) الى أن مكونات جودة الحياة للفرد في الوطن العربي هي التي يشترك فيها كل البشر وتتمثل فيما يلي :

1- تكوين أسرة برضا الرجل والمرأة و إرادتهما الحرة.

2- الرعاية الاجتماعية والصحية خاصة الأطفال، والمسنين، والمعاقين.

3- مستوى معيشي لائق الغذاء والكساء والمسكن.

4- العمل.

5- التعليم المجاني في المرحلة الأساسية، والمكسب للقيم والمهارات والتوجهات الاجتماعية المحفزة للنهضة، والمستمر مدى الحياة.

6- حق الجماعات العرقية في الحفاظ على ثقافتها الخاصة وتنميتها

7- تكوين الجمعيات والمنظمات السياسية، وممارسة نشاطها بحرية.

8- المشاركة في إدارة الشؤون العامة في المجتمع. (بنات. 2018)

8-مقومات جودة الحياة :توجد هناك عدة عناصر تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة :

-القدرة على التفكير و أخذ القرارات

-القدرة على التحكم.

-الصحة الجسمانية والعقلية.

-الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية

-المعتقدات الدينية القيم الثقافية والحضارية.

-الاوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحبياها.

وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة من ناحية الصحية نجدها تتمثل في أربع نواحي أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الانسان بل و على نموه كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض:

-الناحية الجسمانية .

-الناحية الشعورية.

-الناحية العقلية.

-الناحية النفسية

و تتمثل هذه النواحي الاربع في الاحتياجات الاساسية الأخرى الضرورية لحياة الانسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية . (الهمص، 2010، ص.45).

9-معوقات جودة الحياة:

يتضمن البناء النفسي كلا من قوة ومواطن الضعف، فإذا أردنا أن نحسن جودة الحياة للإنسان علينا ألا نركز فقط على المشكلات، بل يتعين التركيز كذلك على كل أبعاد الحياة واستخدام وتوظيف القدرات وكافة الإمكانيات المتاحة لتحسين جودة الحياة.

ويجب عند وصف هذه الخبرة ان نميز بين الظروف الداخلية والظروف الخارجية، ويقصد بالظروف الداخلية الخصائص البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثير الآخرين، أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص.

جدول رقم (04): معوقات جودة الحياة.

الظروف	المعوقات -المرض	القدرات -المهارات
الداخلية	-الإعاقات. -الخبرات الحياتية السلبية.	-الخبرات الحياتية الإيجابية. -الحالة المزاجية الذهنية. -الإيجابية بالسرور.
الخارجية	-نقص المساندة الاجتماعية والانفعالية. -ظروف الحياة أو المعيشة السيئة. -سوء الاختيار.	-توافر مختلف مصادر المساندة الاجتماعية. -الانفعالية وتعدد السائحين لها. -توافر نماذج رعاية جيدة أو طيبة. -وجود برامج توجيه وإرشاد.

(أبو حلاوة،2012)

وتشير المرسي وآخرون (2016) كما ورد في عجاجة (2007) أنه يوجد العديد من الأسباب التي تعوق جودة الحياة منها:

1- الضغوط اليومية.

2- فقدان الإحساس بمعنى الحياة.

3- قلة الوازع الديني.

4- عدم توفير وسائل الرعاية الصحية.

5- قلة الخدمات.

6- التأخر التكنولوجي.

7- افتقاد الأفراد للذكاء الوجداني للتغلب على الضغوط.

10-جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

تعد رعاية الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية مهمة صعبة إلى حد كبير وفي كثير من الأحيان لها أثار سلبية على الصحة النفسية للأباء والأمهات، كما يمكن أن توثر في حياتهم على مختلف الأصعدة الجسدية الاجتماعية، العلائقية والمادية، ولهذا اهتمت العديد من الأبحاث والدراسات بجودة الحياة لدى أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام وذوي الاضطرابات النمائية بشكل خاص. وتم تناولها من زوايا مختلفة فقد تم تطوير مفهوم جودة الحياة الأسرية خصيصا للأسر التي تربي أطفالا من ذوي الإعاقة، ويتم تعريف جودة الحياة الأسرية على أنها مدى تلبية احتياجات الأسر، واستمتاعهم بحياتهم، وإتاحة الفرص لهم لمتابعة ما هو مهم بالنسبة لهم.(Park et al,2003). كما يستخدم مفهوم جودة الحياة الاسرية للنظر في الطرق التي يتأثر بها الوالدين من خلال تربية الأطفال ذوي الإعاقة. (Zuna, et al, 2009). والبحث عن مدى استعداد الأسر وقدرتهم على العمل كمقدمي رعاية للأطفال الذين يعانون من إعاقات نمائية، وكيف يؤثر ذلك على جودة حياة جميع أفراد الأسرة، فمن المهم النظر في جودة الحياة لوحدة الأسرة بأكملها وليس فقط جودة حياة الفرد الذي يعاني من إعاقة نمائية، وهذا نظرا لما تواجهه هذه الأسر من مسؤوليات وضغوط فهي تمثل البيئة المباشرة للعديد من الأطفال والبالغين الذين يعانون من اضطرابات نمائية طوال فترة الحياة، اذ تعد الأكثر مشاركة في رعاية أطفالها حتى أكثر من المهنيين. (Samuel et al,2012). مما يترتب على ذلك ضغوطا نفسية ذات تأثير سلبي على الصحة والسعادة الذاتية وعلى التفاعلات الأسرية في حياة الطفل. (Dabrowska,2008).

وهذا ما أظهرته العديد من الدراسات كدراسة Hsiao (2013) التي هدفت للكشف عن العلاقة بين جودة الحياة لأسر الاطفال ذوي اضطراب التوحد، والإجهاد الوالدي بتطبيق استبيان مفتوح على عينة قوامها (236) من أولياء الأمور لهؤلاء الأطفال والتي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة ارتباطية سلبية بين جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والإجهاد الوالدي. أما دراسة Kuhlthau et al. (2014) التي هدفت الى قياس جودة الحياة لدى أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على عينة شملت (224) أم وأب، فقد أسفرت نتائجها عن انخفاض معدل جودة الحياة وخاصة عند وجود الضغط النفسي العصبي لدى الوالدين وأنه يؤثر على الصحة النفسية، وأن الأسر التي لديها أكثر من طفل من ذوي الإحتياجات الخاصة لديهم انخفاض في الموارد البشرية والمالية، وارتفاع العبء عند تقديم الخدمات والرعاية للأطفال، ولديها أقل شبكة رعاية مجتمعية، وأن الاولياء يشعرون بمشاعر العزلة والإحباط والشعور بالذنب والإجهاد في تقديم الرعاية القصوى، وعدم قدرتهم على التنبؤ بحالة الطفل وسلوكه، وأن حياة الأسرة تتأثر بوجود أو غياب نظام الدعم الفعال للطفل، وأن جودة الحياة للأسرة تتحسن من خلال تقديم الخدمات الصحية والتعليمية الجيدة والمستمرة، كما تتأثر العلاقة بين الآباء والأمهات بسبب الطفل، بالإضافة الى زيادة الأعباء المالية نظرا لارتفاع وتيرة الزيارات الصحية وتقديم الخدمات، وعدم وجود مرونة في عمل الاولياء لمساعدتهم على رعاية أبنائهم، ولا يتمكن الأولياء من المحافظة على صحتهم البدنية، وأنهم يعانون من الصداع ومشكلات وآلام في الظهر والإرهاق ومشاكل النوم وارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل، فهم يهملون صحتهم بسبب رعاية أطفالهم. أما دراسة Dardas et al . (2014) التي قيمت طريقة تعامل الأولياء مع الضغوط وكيف تؤثر على أطفالهم وشركائهم وعائلاتهم وصحتهم ورفاهيتهم، والتي شارك فيها (101) من الأولياء، قدمت معلومات حول العلاقة بين الإجهاد الوالدي(علاقة الأباء والبيئة التي يقيمها الشخص كالضرائب والموارد المادية وتعرض رفاهيته للخطر) والتكيف(الجهود المعرفية والسلوكية التي تتغير باستمرار، أو تحمل ضغوط محددة تتجاوز الموارد المتاحة والقدرات المتاحة)، وعلاقتهما بجودة حياة أسرة الطفل التوحدي وأنها تتأثر بطبيعة التوتر بين الوالدين وسماتهما الشخصية الفردية والبيئية والمطالب والموارد والطريقة التي يحاول بها الآباء التكيف مع طفلهم، وأكدت الدراسة على أن إنخفاض جودة الحياة لدي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعكس سوء الصحة البدنية والحالة النفسية والعلاقات الإجتماعية والعلاقات مع الأشخاص من حولهم، ويواجه الأولياء أثناء تربية أبنائهم ذوى اضطراب التوحد مهمة معقدة ومستمرة ليتكيفوا مع البيئة من حولهم ولذلك يحتاجون إلى التدريب على أساليب مواجهة الضغوط والتعامل معها.

كما توصلت دراسة Derguya et al.(2018) التي هدفت إلى تقييم دور كل من العوامل الفردية والعوامل البيئية في جودة حياة آباء وأمهات لديهم طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد وأن العلاقة بين العوامل الفردية والعوامل البيئية معاً لتحسين جودة حياة الوالدين أفضل من المتغيرات الفردية فقط ، شملت عينة الدراسة (110) من الأباء والأمهات (70) أماً و(40) أباً الى أن جودة الحياة ترتبط بالتفاعل الجيد المتواصل بين الأباء والأجداد ويمكن اعتبار المتغيرات الفردية والمتغيرات البيئية كعوامل وقائية لتحسين تكيف الآباء ويجب ضمها ضمن برامج الدعم المقدمة للوالدين، حيث أن العوامل البيئية تؤدى دوراً رئيسياً في تحسين جودة حياة الوالدين وأكدت الدراسة على أن العلاقة بين الزوجين ومع الاجداد تحسن من تكيف الأسرة ويتحقق ذلك من خلال الاتصالات والاستماع والتفاهم والتعاون وحل المشكلات، وليس من خلال الرضا الزواجي أو الدعم الأسري أو المساعدة فقط، وأن العوامل الفردية كالعمر والجنس لا تؤثر على جودة الحياة ولكن التدخلات النفسية والتعليمية هي التي تؤثر بسبب قلة المدربين المهنيين والتمويل في كثير من الحالات ولذلك يتولد شعور بالإحباط والعجز لدى الوالدين ويؤثر ذلك على رفاهية الطفل وهو متغير مرتبط بجودة الحياة للطفل.

وعليه فأن ولادة طفل لديه اضطراب طيف التوحد في الأسرة يسبب تغييراً كبيراً في الأدوار العادية للأولياء، ويجعلهم يائسين وعاجزين ومعرضين للعديد من المشكلات النفسية والاجتماعية، كما يجعلهم غير قادرين على الرعاية الدائمة، ويشعرون أنهم عاجزين عن حماية الطفل من الألم والأذى، كما أن غموض هذا اضطراب طيف التوحد وغرابة أعراضه يزيد من شعورهم بالإجهاد فيتولد لديهم مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية، والمشكلات العلائقية التي يمكن أن تصل الى درجة الانفصال، كما يجدون صعوبات في بناء علاقاتهم الاجتماعية بسبب أدوارهم الصعبة في ظل وجود طفل توحدي والبحث عن الخدمات المتاحة والبرامج التعليمية وكيفية تقديمها والإنفاق المالي الذي يحتاجه الطفل والافتقار الى المساندة الاجتماعية فكل هذه الضغوط سواء على الأمد القصير أو الطويل تؤدى الى اضطرابات في صحة الاولياء النفسية والجسدية وتؤثر بالسلب على جودة حياتهم.

11-جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

على الرغم من كون الضغوط النفسية المتعلقة بإنجاب طفل من ذوي الإعاقة تختص بالوالدين على اختلاف جنسهم، إلا أننا لا نستطيع إغفال ما تتحمله الأم على عاتقها باعتبارها المسؤولة عن تربية الطفل في المقام الأول من ضغوط وتوترات نفسية ناتجة من كونها أنجبت طفلا من ذوي الإعاقة وأنها ربما تعتقد أنها سبب ما يحدث لطفلها بأي شكل من الأشكال، والتي قد تؤدي بها في كثير من الأحيان إلى الشعور بعدم الرضا وعدم القدرة على عيش الحياة بصورة طبيعية. (حسانين والصياد،2021). فقد كشفت دراسة كل من مصلح

وسيروان (2012) وبن عيسى (2018) أن وجود طفل توحدي في الأسرة يولد شعور بعدم الرضا عن الحياة وإلى خلل في جودة حياة والدي الطفل بشكل عام والأم بشكل خاص.

وفي هذا الصدد أشار Pottie and Ingram (2008) الى أن الأمهات هن الأكثر معاناة وتأثرا بسبب أطفالهن لأنهن يتحملن الأعباء معظم الوقت، حيث تعاني أم الطفل التوحدي من الصدمة نتيجة اكتشافها لاضطراب طفلها وعدم استجابة طفلها الى المشاعر مما يحرمها من اشباع حاجتها للأمومة وهذا ما يولد لديها الشعور بالألم الشديد والفشل. وتبدي بعض الأميات عجزاً واضحاً أمام اضطراب طيف التوحد، نتيجة لقلقها وعدم رضاها عن حالة طفلها الصحية، مما يجعلها أكثر عرضة للحزن، والكابة، وعدم الرضا والشعور بالدونية، ويظهرن العجز عن مواجهة الضغوط. (جنور، 2019).

وتدعم الأبحاث السابقة فكرة أن الأمهات يتأثرن بشدة بالضغوط المرتبطة بتربية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مما يؤثر سلبا على جودة حياتهن كدراسة Cooke (2013) التي توصلت الى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين جودة الحياة لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وبين وجود الطفل المصاب بالتوحد. ودراسة Jenny(2014) التي هدفت إلى تحديد العوامل التي تؤثر على جودة الحياة ونوعيتها لدى أمهات أطفال التوحد والتي أسفرت نتائجها على أن أمهات الأطفال التوحد وصفن معيشتهن بالصعبة بسبب سلوكيات أطفالهم، وأن عملية تكيفهم بطيئة بسبب الطلبات المتزايدة والناتجة عن عزلة ذويهم لهم، مما يؤثر على جودة حياتهن. كما أظهرت النتائج دراسة(2015).Piovesan et al الى وجود علاقة إيجابية بين الدخل وجودة الحياة فكلما انخفض الدخل انخفض مجال البيئة سواء السلامة الجسدية، أو الحماية، أو الموارد المالية، أو الصحة، أو الرعاية الاجتماعية، الأمر الذي يشير إلى انخفاض جودة الحياة بانخفاض الدخل.كما اشارت العديد من الدراسات كدراسة (2014),Dardas and Ahmad،(2015), Kousha et al،(2015),Vasilopoulo and Nisbet,(2016)،Schlebusch,(2015) ، Piovesan et al ودراسة كريم وعلي(2014) ودراسة بوعامر(2022) الى انخفاض مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد، كما اتفقت دراسة سميرة خطوط (2019) ودراسة Kowsalya (2019) أن جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أقل من الأمهات اللواتي لديهن أطفال أصحاء. كما توصلت دراسة أحمد (2014) التي هدفت إلى الكشف عن أبعاد جودة الحياة لدى أمهات الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد مقارنة بأمهات الأطفال والمراهقين العاديين. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين أمهات الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد وأمهات الأطفال والمراهقين العاديين لصالح أمهات الأطفال والمراهقين العاديين في جميع أبعاد مقياس جودة الحياة، كما توصلت النتائج إلى وجود فروق بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأمهات المراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد

لصالح أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذلك على بعد الصحة النفسية، والصحة الجسمية، والدرجة الكلية للمقياس الأمر الذي يشير إلى تأثر مستوى الإحساس بجودة الحياة لدى أمهات المراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد بطول سنوات الإصابة باضطراب طيف التوحد.

خلاصة:

تم من خلال هذا الفصل التطرق الى الى تاريخ وتطور مفهوم جودة الحياة، تعريف جودة الحياة والصعوبات التي تواجه تحديد تعريف لمفهومها، جودة الحياة والمفاهيم المرتبطة بها، الاتجاهات النظرية والنظريات والنماذج المفسرة لجودة الحياة، أبعاد ومكونات جودة الحياة، مقومات ومعوقات جودة الحياة جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد..في الأخير يمكن القول أن جودة الحياة هي درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته من الأبعاد الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية مما يعطيه نظرة تفاؤلية للحياة والاستمتاع بالظروف المحيطة والنظرة الإيجابية لها. وحتى تتحقق جودة الحياة للفرد لابد أن تتوفر لديه مجموعة من العوامل مثل تحقيق الذات واشباع الحاجات والتوجه نحو المستقل والتأقلم مع البيئة المحيطة وهذا ما يدل على الأهمية البالغة لجودة الحياة.

الفصل الرابع:

اضطراب طيف التوحد

تمهيد:

يعد اضطراب طيف التوحد اضطراب من الاضطرابات النمائية العصبية المعقدة التي تصيب الطفل في المراحل المبكرة من حياته ولها تأثير شامل على كافة جوانب نموه العقلية الانفعالية الحركية الاجتماعية وأكثر جوانب القصور وضوحا في هذا الاضطراب هو الجانب التواصلي والتفاعل الاجتماعي وأنماط السلوكيات أو الاهتمامات المقيدة والمتكررة، ويترتب على ذلك أثارا سلبية على الطفل والمحيطين به وسنتناول في هذا الفصل أبرز الجوانب النظرية لاضطراب طيف التوحد بالتفصيل مستهلين ذلك بالبدايات التاريخية للتوحد، مفهوم وتعريف اضطراب طيف التوحد، انتشار اضطراب طيف التوحد كما يضم هذا الفصل العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد والنظريات المفسرة له، خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تشخيص اضطراب طيف التوحد و برامج التدخل العلاجية والتربوية مع أطفال التوحد، دور الأولياء في عملية التكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

1- البدايات التاريخية للتوحد:

رغم أن مصطلح التوحد حديث نسبيا الا أن التطرق لاضطراب التوحد ليس بالجديد عبر التاريخ حيث لاحظ الأطباء القدماء في العصور الوسطى أن هناك أطفال لا يتكلمون واتصالهم وتفاعلهم مع أوليائهم والمحيطين بهم ضعيف، كما يظهرون أنماطا عديدة من السلوك غير السوي، ولكن مع بدايات تحول النظرة إلى العلوم النفسية ظهر اهتمام واضح بالتوحد (الغريروعودة،2009، ص.13). ففي القرن التاسع عشر تم ذكر أعراض التوحد في العديد من الكتب بشكل سردي دون أن تكون تحت تصنيف اضطراب محدد، ولم تستخدم كلمة التوحد (Autism) ولكنها أعطت وصف مفصل للمصابين به، كمعاناتهم من لغة قليلة أو محدودة في بعض الأوقات، تفاعل ضعيف مع الآخرين، ويعيشون في عالمهم الخاص، ويظهرون حركات نمطية .(Thompson,2014,P.3)

ولقد استعمل مصطلح التوحد أول مرة من طرف الطبيب النفسي السويسريEugen Bleuler عام (1911) خلال حديثه عن الفصام حيث استخدمه لوصف الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية. (Ould Taleb,2009,P.14)، الا ان الطبيب Leo kanner اضاف لهذه اللفظة مفهوما واضحا عندما قدم مقاله الشهير سنة (1943) بعنوان (Autistic Disturbances Of Affective Contact) في صحيفة تعنى بالتوحد تحت "عنوان توحد الطفولة المبكرة" (Early Infantile Autism)، (المعيدي،2008، ص. 36). حيث وجد كانر بمتابعته (11) طفلا يراجعون وحدة الطب النفسي بأن هذه الفئة تعاني من مشكلات عديدة منذ الطفولة المبكرة تتمثل في قصور واضح في التواصل اللفظي كظهور

الصدى الصوتي وعكس الضمائر، وردود فعل غير عادية للبيئة تشمل الإصرار على التشابه ومقاومة التغيير الذي يحدث في بيئتهم، إضافة إلى ظهور حركات نمطية (Kiln, Ami,2006). وتوصل الى ان هذه الاعراض المحيرة تختلف عن التخلف العقلي في صورته التقليدية ليخرج بتشخيص أوتيزم الطفولة المبكرة (Turkington,2007,p.9). ليكون كانر أول من تعرض لإعاقة التوحد كإعاقة مستقلة ذات أعراض مختلفة عما هي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً كما أنه ميز بينها وبين فصام الطفولة وعرفت في وقتها بأعراض الطفل التوحدي أو الأوتيزمي.(الشرقاوي،2018).

كما قام الطبيب النمساوي هانز أسبرجر (Hans Asperger) سنة (1944) بدراسة على عينة تكونت من (04) أطفال تراوحت أعمارهم بين (6– 11سنة) ذكر فيها عددا من الخصائص ميزت هؤلاء الأطفال تمثلت في: القصور في المهارات الاجتماعية بشكل شديد، ونماذج من التفاعل الاجتماعي غير السوي والقصور في التواصل البصري "غير اللفظي"، المهارات اللغوية جيدة لكنها تتسم بالاستخدام غير الصحيح والمهارات الإدراكية عالية والقوة في الذاكرة ،مع التمسك الاستبدادي بالأشياء والأعمال والارتباط الشديد بالنشطة الروتينية، إضافة إلى القصور في إتقان المهارات الحركية والمشي غير الطبيعي، وأطلق أسبرجر عليها مصطلح التوحد الطفولي(Infantile Autism) بالرغم من عدم اطلاعه على دراسة كانر (الزراع،2017،ص.22). وقد ميز اسبرجر الأطفال الذين لاحظهم عن أولئك الذين يعانون من الفصام في مرحلة الطفولة مشيرا الى ان الأطفال الذين يعانون من "التوحد النفسي" لم يكن لديهم فارات من النمو الطبيعي وكانت اعاقتهم الاجتماعية مستقرة على عكس الأطفال المصابين بالفصام.(McNeil et al,2018).وتجدر الإشارة الى أن اسبرجر سبق كانر في البحث في مجال التوحد الا أن أعماله لم تنل شهرة لأن كتاباته كانت بالألمانية الا بعد ترجمتها من قبل الطبيبة Lorna Wing، ليتجدد الاهتمام باعماله منذ الثمانينات وأهمها احدى اضطرابات طيف التوحد والتي سميت لاحقا باسمه وعرفت بمتلازمة اسبرجر.

وبعد اكتشاف كانر للتوحد وبالتحديد في فترة الخمسينات ساد انطباع خاطئ عن التوحد والمتمثل في أنه اضطراب ينتج عن شكل من اشكال الإهمال الوالدي ولكن مع جمع البيانات الطولية تبين ان هناك سمات مميزة له، واختلافات في الظواهر السريرية، بالإضافة الى وضوح الأساس العصبي البيولوجي والجيني القوي، كما أوضحت دراسات أخرى انه لا يوجد تحيز طبقي اجتماعي معين للتوحد.(McDougle,2016).

أما في الستينات فقد تم تشخيص هذه الفئة على انها نوع من الفصام الطفولي وذلك وفق ما ورد في الطبعة الثانية من الدليل الاحصائي لتشخيص الامراض العقلية (DSM–2) ولم يتم الاعتراف بهذا الخطأ في التصنيف الى غاية اصدار الطبعة الثالثة المعدلة من القاموس الاحصائي لتشخيص الامراض العقلية (البطاينة واخرون،2009، ص.572).

وفي سنة (1977) اقرت منظمة الصحة العالمية ولأول مرة اعتبار اضطراب التوحد فئة تشخيصية. وتم الظهور الرسمي للتوحد بصدور الطبعة الثالثة (DSM-3) سنة (1980م) والتي تضمنت اول تعريف لاضطراب التوحد بانه تشخيص منفصل ووصفوه بانه اضطراب نمائي منتشر يختلف عن الفصام وسردوا معايير مطلوبة ومحددة للتشخيص (Zager,2005).

وعند نشر المراجعة المنقحة من الدليل التشخيصي بنسخته الثالثة (DSM-3 -R) سنة (1987) تم توسيع معايير تشخيص التوحد لتشمل مجموعة واسعة من الأعراض، وتوسيع مفهوم التوحد من مواصفات "التوحد الطفولي" الأكثر محدودية، وقد شمل التوحد ثلاث مجالات أساسية للأعراض الإعاقات النوعية في التفاعلات الاجتماعية، والعجز في التواصل اللفظي وغير اللفظي، والاهتمامات المقيدة والسلوكيات التكرارية .كما اضيف تصنيف جديد يسمى اضطراب النمو الشامل، وقد عملت هذه التغييرات داخل (DSM-3 -R) على زيادة حساسية معايير التوحد لتتناسب بشكل أفضل مع كيفية استخدام الأطباء للتشخيص في الممارسة العملية. ومع ذلك أصبحت الخصوصية فيما بعد مصدر قلق لأن العديد من الأطفال الذين يعانون من صعوبات في النمو أو المشاكل النفسية يشتركون في مشاكل مماثلة، مما أدى إلى تداخل كبير بين الاضطرابات، بما في ذلك الأطفال الذين يعانون من إعاقات إدراكية وذهنية شديدة، أو حالات نفسية كبيرة مع تحديات اجتماعية. (Goldstein & Ozonoff,2018).

بينما في الإصدار الرابع (DSM-4) سنة (1994) وكذلك في مراجعته (DSM-4 -R) عام (2000) فقد تم الاتفاق على تصنيف التوحد كطيف لأول مرة رسميا، وتضمن هذان الإصداران خمس اضطرابات مختلفة: اضطراب التوحد، واضطراب اسبرجر واضطراب الطفولة التفككيي، ومتلازمة ريت، واضطراب النمو الشامل غير المحدد. وقد اشارت رابطة الطب النفسي الأمريكية في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث والرابع والرابع المعدل الى ان التوحد يصنف تحت مسمى الاضطرابات النمائية المعقدة، هذا اتجاه له الكثير من المؤيدين من العلماء والباحثين.(Hadwin et al,2006).

واستمر هذا التصنيف إلى أن صدر الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) سنة (2013) والذي تم من خلاله ضم اضطرابات طيف التوحد (التوحد، اضطراب اسبرجر، اضطراب الطفولة الانحلالي، واضطراب النمو العام غير المحدد) وصهرها تحت مسمى واحد "اضطراب طيف التوحد"(ASD) (Donald et al,2014). وقد أحدث الإصدار الخامس تغييرات جذرية في مجال التشخيص للتوحد حيث تم ادراجه ضمن الاضطرابات النمائية العصبية تحت مسمى"اضطراب طيف التوحد" الذي يتسم بوجود اوجه قصور ثابتة ودائمة في التواصل والتفاعل الاجتماعي وذلك في العديد من السياقات الموقفية المختلفة كما اعطي ثلاث مستويات للشدة تضم المستوى البسيط والمتوسط والشديد. وهذا ما سار عليه الدليل التشخيصي

الخامس المعدل (DSM-5-TR) الصادر بتاريخ (2022)، كما ظهر المصطلح بنفس المعنى في التصنيف الدولي الحادي عشر للأمراض والاضطرابات (ICD-11) الصادر في (2022). (عبد الله،2022،ص.21).

2-مفهوم اضطراب طيف التوحد :

شهد مصطلح التوحد (Autism) تطورا متسارعا واهتماما واسعا من قبل الباحثين والمهتمين في مجال التربية الخاصة وهذا ما أدى الى ظهور عدة مسميات للمصطلح، فرغم أنه موحد باللغة الأجنبية الا أنه ترجم لمسميات مختلفة باللغة العربية (ميدون،2019، ص.19). حيث وصفت صلاح (2021) مصطلح التوحد على أنه المصطلح الحائر بين ادبيات البحث العلمي، اذ اختلفت ترجماته العربية من مؤلف لأخر فهناك من ترجمه الى الذاتية او انغلاق الذات، الفصام، الاجترار العقلي والفصام الطفولي، التفكير الاجتراري، والتوحد متضمنا في المصطلح العلمي "اضطراب طيف التوحد. (صلاح،2021، ص.09). وقد قررت منظمة الصحة العالمية (WHO) تعديل الترجمة العربية لاسم المرض (التوحد، الاجترارية، الاوتيزم،...) الى الاسم الصحيح وهو "اضطراب التوحد".(عبد الجيد،2021، ص.10).

ونجد في الدراسات وخاصة العربية التي تناولت اضطراب طيف التوحد أن الباحثين يعتمدون العديد من المصطلحات لوصف هذا الاضطراب الا أن مصطلح "التوحد" يعد الأكثر استخداما بشكل عام ولكن هذا لا يعني أنه التعبير الأكثر دقة حاليا، لأن مصطلح اضطراب طيف التوحد (ASD) تم التعرف عليه مؤخرا بالإجماع من قبل المجتمع العلمي والباحثين. (غنيم،2021، ص.1465). ويشير إبراهيم (2020) الى ان الاختلاف في الترجمات لمصطلح (Autism) الى اللغة العربية مازال موجود حتى الان الا ان غالبية الباحثين يستخدمون مصطلح اضطراب طيف التوحد. (إبراهيم ،2020، ص.25).

3-تعريف اضطراب طيف التوحد:

-**لغة:** يرجع مصطلح (Autism) في الأصل للغة الاغريقية حيث اشتقت كلمة (autism) أو التوحد من الكلمة الإغريقية aut وتعني النفس أو الذات وكلمة ism وتعني انغلاق.(Roeyers,1995,p.161). وبالتالي فان مصطلح Autism يعنى الانغلاق على الذات او النفس.

-**اصطلاحا:** أشار المقابلة (2016) الى صعوبة إيجاد تعريف متفق عليه لاضطراب طيف التوحد، وذلك لتعدد المهتمين به واختلاف خلفياتهم العلمية، حيث أن معظم التعريفات تركز على وصف الأعراض وتصف التوحد كمتلازمة وليس كمرض أو كاضطراب في السلوك أو اضطراب في التعرف أو كإعاقة عقلية. (المقابلة،2016، ص.14).

فقد قام Bleuler سنة (2011) بصياغة مصطلح التوحد Autism وعرفه بأنه الانفصال عن الواقع عن طريق الانسحاب الاجتماعي ونقص في العلاقات الاجتماعية وقد اعتبره عرضا من اعراض الفصام. (محمد عودة،2016، ص.82).

اما (1943) Kanner فقد عرف التوحد: بأنه عبارة عن اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى استخدامات اللغة، ويتميز بالروتين ومقاومة التغيير، والقدرات الإدراكية العالية والمظاهر الجسمية الطبيعية، والحساسية اتجاه المثيرات الخارجية. (Kanner,1943,p.223).

وعرف في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR) والصادر عن الجمعية الأمريكية (American Psychiatric Ass.ociation) سنة (2000) على أنه اضطراب نمائي عصبي(Neurodevelopment Disorder) يؤدي الى انحراف في النمو العادي للطفل ويعتبر فئة فرعية من المجموعة الكلية المتمثلة في الاضطرابات النمائية الشاملة، التي تتضمن اضطراب اضطراب التوحد، واضطراب اسبرجر واضطراب الطفولة التفككيي، ومتلازمة ريت، واضطراب النمو الشامل غير المحدد.(APA,2000).

وفقا للقانون الأمريكي الفيدرالي (IDEA) عرف اضطراب التوحد على أنه إعاقة تطورية تؤثر في التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي عموما، يظهر قبل الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل، وينعكس أكثر على أداء الطفل والسمات الشخصية الأخرى المرتبطة بالتوحد هي: تكرار الأنشطة والحركات النمطية، مقاومة التغير في البيئة أو الروتين اليومي وإظهار استجابات غير عادية للخبرات الحسية (Halchan et al,2012).

أما في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) سنة (2013) فقد تغير مصطلح التوحد إلى مصطلح حديث ومتفق عليه هو" اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder) المختصر ب(ASD).

وقد أشار الخطيب واخرون (2013) الى ان مصطلح "طيف" يقصد به تشابه الخصائص ولكن تباين شديد في المهارات التي يتم إظهارها، قد تكون قدرات الأطفال في كل مجال من مجالات النمو أدنى من المتوسط، أو أعلى في ثلاث مجالات من النمو هي: التواصل، والمهارات الاجتماعية، ومدى الاهتمامات.

وأوضحت (Wormer.V,2015,p.9) أن مصطلح "طيف" يشير إلى عدم وجود تطابق تام في الأعراض بين شخصين مصابين باضطراب التوحد، فقد يكون أحدهم باحثا عن الحواس والآخر متجنبا للحواس. وهذا هو السبب الذي يجعلنا نطلق على اضطراب التوحد مصطلح "طيف".

وطبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية يعبر اضطراب طيف التوحد عن اضطراب نمائي عصبي، معايير تشخيصه تتمثل في العجز المستمر في جوانب التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، بالإضافة الى أنماط محددة ومقيدة من الاهتمامات والسلوكيات التكرارية النمطية، وهذه الأعراض يجب أن تكون موجودة في فترة النمو المبكرة وتسبب خللا إكلينيكيا واضحا في المجالات الاجتماعية أو غيرها من المجالات المهمة، وهذه الاضطرابات لا تفسر عن طريق الإعاقة الفكرية او التأخر النمائي الشامل. (APA,DSM-5,2013).

وعرفه عبد العزيز الشخص (2013) بأنه اضطراب نمائي شديد يشمل مختلف الجوانب النمائية للطفل ويحدث خلال الثلاث سنوات الأولى من عمره ويتضمن مشكلات في عملية التواصل اللفظي وغير اللفظي ومشكلات التفاعل الاجتماعي ومشكلات تتعلق بالسلوكيات النمطية والإصرار على ثبات البيئة والمشكلات الخاصة بالحركة والادراك الحسي سمات الأطفال ذوي اضطراب التوحد واوجه القصور لديهم.

وحسب Ranjan and Nasser (2015,p.397) عرف على أنه "اضطراب نمائي عصبي واسع النطاق يشمل ضعف التفاعل الاجتماعي واللغة والتواصل واللعب التخيلي ويشمل كذلك الأنماط المقيدة والمتكررة والنمطية والسلوكية والاهتمامات".

ويعرف اضطراب طيف التوحد على انه اضطراب بيولوجي عصبي معقد من النمو المبكر للدماغ ويتميز بضعف نوعي في التفاعل والتواصل الاجتماعي، فضلا عن أنماط السلوك والاهتمامات والأنشطة المقيدة والمتكررة في قوالب نمطية. (Mintz,2016,p.44).

بينما عرفته مراكز مكافحة الأمراض والسيطرة والوقاية الأمريكية (2019) بانه إعاقة في النمو يمكن أن تسبب تحديات اجتماعية وتواصلية وسلوكية كبيرة. ويمكن أن تتراوح مهارات التعلم والتفكير وحل المشكلات لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ما بين الموهوبين إلى ذوي التحديات الشديدة. قد يحتاج بعض الأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد الكثير من المساعدة في حياتهم اليومية، وقد يحتاج البعض الآخر إلى مستوى أقل (CDC,2019).

كما يعرف اضطراب طيف التوحد "بانه أحد اضطرابات النمو الارتقائية التي تتميز بقصور في الادراك الحسي واللغة والتواصل الاجتماعي والنمو المعرفي يصاحبه انسحاب وانطواء مع جمود عاطفي وانفعالي مع وجود حركات نمطية عشوائية غير هادفة يقوم بها الطفل لفترات طويلة او غضب لأي تغير في عالمه الخاص. (Bernier et al ,2020,p.5).

بينما أشار Aftab(2020) إلى اضطراب طيف التوحد بأنه مجموعة من الاضطرابات العصبية المتعلقة بالسلوك الاجتماعي وقضايا الاتصال والقدرات المعرفية، ويواجه الأطفال ذوي هذا الاضطراب مشكلات في اظهار التفاعل مع الآخرين، كما أن لديهم اهتمام بمجموعة صغيرة من الأنشطة ويقدمون سلوكاً محدداً في معظم الأوقات، ويمكن ملاحظة خصائص هذا الاضطراب بوضوح عند الرضع والأطفال حتى من ثلاث سنوات، وتتمثل أعراضه في قصور التواصل البصري مع الآخرين، وعدم القدرة على التحكم في العواطف وصعوبة فهم مشاعر الآخرين، وإبداء الاهتمام بمجموعة ضيقة من الأنشطة.

أما (Lord, 2020) فعرف اضطراب طيف التوحد على أنه مصطلح يستخدم لوصف الأفراد الذين يعانون من مجموعة محددة من المشكلات في التواصل الاجتماعي والسلوكيات المتكررة والاهتمامات المقيدة للغاية والسلوكيات الحسية التي تبدأ في وقت مبكر من الحياة.

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية (WHO) فان اضطرابات طيف التوحد–المختصرة بالتوحد– هي حالة عصبية مدى الحياة تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة بغض النظر عن الجنس أو العرق أو الوضع الاجتماعي أو الاقتصادي وهي أيضا مجموعة من الاعتلالات المتنوعة التي تتصف ببعض الصعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل ولهذه الاعتلالات سمات أخرى تتمثل في أنماط لا نموذجية من الأنشطة والسلوكيات كصعوبة الانتقال من نشاط لأخر والاستغراق في التفاصيل وردود الفعل غير الاعتيادية على الاحاسيس(WHO,2023) .

ومن خلال التعريفات السابقة نستنتج أن اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات المتعلقة بالنمو والتطور ينتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، وعادة ما يظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويترك تأثيرات كبيرة في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل.

4–انتشار اضطراب طيف التوحد:

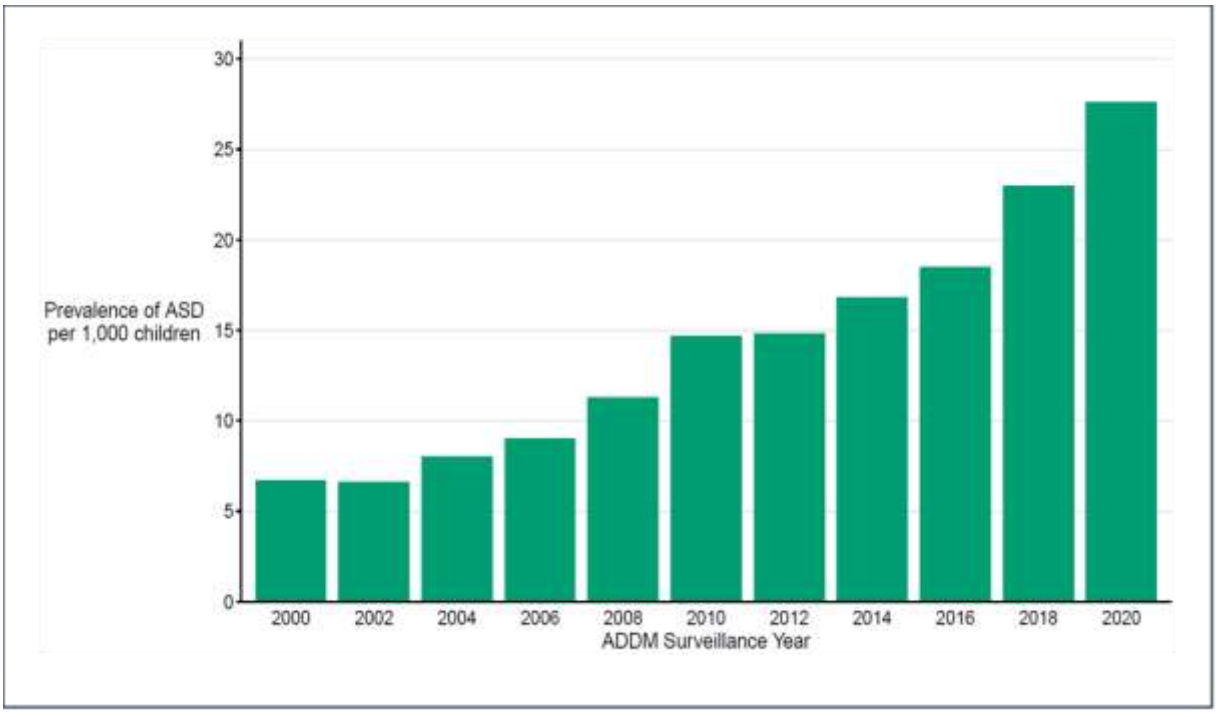
استناداً إلى الدراسات الوبائية التي أجريت على مدار الخمسين عاماً الماضية يبدو أن انتشار التوحد يتزايد عالمياً ووضحت منظمة الصحة العالمية العديد من التفسيرات المحتملة لهذه الزيادة الواضحة، بما في ذلك تحسين مستوى الوعي وتوسيع معايير وأدوات التشخيص للأفضل وإعداد التقارير المطورة، وقد تعزى زيادة معدل الانتشار أيضًا إلى معايير التشخيص المتغيرة وشملت طيف من فئات التوحد واختيار عينة مثل الفئة العمرية وتحديد أفضل للحالات وزيادة الوعي بالتوحد بين العائلات. (الجادري،2019. ص.11).

وأظهرت الدراسات أنه على الرغم من التغيير في معايير التشخيص الا أن عدد الحالات التي تم تشخيصها باضطراب طيف التوحد أعلى بكثير من المتوقع، ويعتقد العديد من الباحثين أن الزيادة في عدد حالات

التوحد في جميع أنحاء العالم ترجع إلى مجموعة من العوامل الوراثية والبيئية، حيث يمكن العثور على اضطراب طيف التوحد في جميع ثقافات العالم، ولا يميز على أساس العرق أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي أو تعليم الوالدين أو المتغيرات الديموغرافية الأخرى.(National Autism Center,2015).

ففي سنة 2010، كان هناك ما يقرب من 52 مليون شخص يعانون من اضطراب طيف التوحد في العالم. ويمثل هذا الرقم زيادة هائلة بالمقارنة بالسنوات السابقة، أما في سنة (2021)، فقد أفاد مركز السيطرة على الأمراض (CDC) بالولايات المتحدة الأمريكية أن ما يقرب من طفل واحد من بين كل 44 طفلاً في الولايات المتحدة مصاب باضطراب طيف التوحد (ASD) وفقاً لبيانات عام (2018).(زقلام واخرون،2023،ص.7).

وفي دراسة مسحية أجرتها شبكة مراقبة التوحد والإعاقات التنموية (ADDM) التابعة لمركز السيطرة والحماية من الأمراض (CDC) توصلت الى أن ما يقدر بنحو 1 من 36 طفلا قد شخصوا باضطراب طيف التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية سنة (2020)، وتعد هذه النسبة أعلى مقارنة بالتقديرات الواردة في تقرير (CDC) لسنة (2018). ويظهر الشكل التالي تزايد نسب انتشار اضطراب طيف التوحد بحسب البيانات الواردة بين(2000–2020) وذلك وفقا لتقرير (CDC) الأخير في مارس2023.(CDC,2023).



الشكل(13):بيانات نسب انتشار اضطراب طيف التوحد بين(2000–2020)،(CDC,2023).

وفي السياق ذاته تشهدت الجزائر في السنوات الأخيرة ارتفاعا متسارعا للمصابين باضطراب طيف التوحد حيث أفادت الفدرالية الوطنية للمصابين بالتوحد أن نسبة المصابين بالتوحد تقدر ب (3 حالات من كل 100 حالة) في سنة (2018).(مهيدة ومجبر،2022). أما الإحصائيات الصادرة عن مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة سنة 2021 فانه يوجد أكثر من 450.000 شخص مصاب بالتوحد كما أن اعداد المصابين به في تزايد من سنة الى أخرى. (https://autisme.sante.gov.dz).

الا أن هذه التقديرات نظرية تعتمد على النسب العالمية لرصد معدلات الانتشار وتطورها وفقا لما صرح به رئيس الفدرالية الوطنية للمصابين بالتوحد في سنة (2020) حيث تم إجراء دراسة تخمينية انطلاقا من الإحصائيات الخاصة بالولايات المتحدة الأمريكية لرصد معدل الانتشار في الجزائر وهذا قد لا يعكس الأرقام الحقيقية في الواقع، حيث أنه من المهم مراقبة وتقييم انتشار اضطرابات طيف التوحد بشكل دقيق وذلك من أجل تقديم التكفل اللازم بهذه الفئة.

5-العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد:

لقد توالت الدراسات والأبحاث حول اضطراب طيف التوحد الذي مازال مبهما ويكتنفه الكثير من الغموض من حيث التحديد الدقيق للعوامل الكامنة وراء الإصابة به، حيث يشير Firth (2017) الى أن السبب الرئيس وراء هذا الاضطراب مازال غير معروفا رغم اتفاق العديد من الباحثين حول الملامح الأساسية لأعراض التوحد والمجالات التي تظهر فيها، والتطور الحادث في تشخيص اضطراب التوحد، إلا فهناك من يرجعه لأسباب نفسية واجتماعية، أو العلاقة بين الوالدين والطفل، وهناك من يرجعه لأسباب بيولوجية تتعلق بالجينات أو ظروف الحمل والولادة، إلا أنه حتى الآن لم يتم التأكد من سبب واحد.(Firth,2017,p.15) .

ومن أهم الافتراضات المتعلقة بعوامل الإصابة باضطراب طيف التوحد نذكر:

5-1 العوامل الوراثية والجينية: حاولت العديد من الدراسات المسحية التعرف على دور العوامل الوراثية في الإصابة باضطراب طيف التوحد وقد خلصت نتائجها الى أن العوامل الوراثية تعد أكثر العوامل المرجحة للإصابة بالتوحد. (Gourds et al ,2012,p.31). فقد أثبتت الدراسات العلمية المقدمة في مجال البحث عن التوحد، أن النتائج قد أجزمت بأن متوسط المسببات الجينية في اضطراب طيف التوحد يقدر بأكثر من 80 % أما باقي العوامل المتدخلة فيه فتقدر بحوالي 20% (Leblond et al, 2018,49-50).

وأشار المقابلة (2016، ص.26) أن للجينات دور قوى وبارز في حدوث اضطرابات طيف التوحد، وما يؤكد ذلك أن نسبة الإصابة في التوائم المتطابقة يتراوح بين (60%-100%) في حين أنها لم تتجاوز (50%) في التوائم غير المتطابقة، ويدعم ذلك أيضا أن احتمالية ظهور طفل مصاب بالتوحد له اسر

للأطفال التوحديين أعلى من احتمال ظهوره في الأسرة التي لا يوجد فيها هذا الاضطراب. حيث يصل معدل الإصابة بالتوحد لدى الأطفال المولودين في أسر لديها طفل توحدي18.7% ويصل الى الضعف لدى الأطفال المولودين لأسر لديها طفلان أو أكثر من ذوي اضطراب التوحد.(الجادري،2019).

ووفقا للدراسات الحديثة فان أحد الوالدين الذي يعاني طفله من اضطراب التوحد لديه فرصة 10% لإنجاب طفل ثان مصاب بالتوحد وهذا ما يسمى معدل التكرار ويجب على الأباء الذين لديهم طفل مصاب بالتوحد أن يكونوا على دراية بهذا الاحتمال.

وفي دراسة قام بها مجموعة من الباحثين سنة (2016) هدفت لفحص وتحليل بيانات13 دراسة علمية اجريت على التوائم كشفت نتائجها عما إذا كان الطفل مصابا بالتوحد، فإن توأمه سواء ذكر أو أنثى يواجهون خطر الإصابة بنسبة 98% إذا كانوا "توأم حقيقي"، وما بين 53 و67% إن كانوا "توائم غير حقيقية"، وهو ما يثبت أن الجينات تفسر إلى حد كبير ظهور الاضطراب وعليه فإن "التوريث الجيني" حسب ما توصل اليه تحليل هذه الدراسات يقدر بين 64 و91% .(Tick.B et al, 2016).

كما أظهرت دراسة أخرى أن العائلة التي يوجد بها طفل توحدي يوجد لدى بعض أفرادها اضطرابات في التعلم واللغة ومشاكل تطورية أخرى بدرجات متفاوتة، كما أن قابلية حد ث التوحد خمسين ضعفا أكثر منه في العائلات الأخرى، كل ذلك يجعل العامل الوراثي مهما جدا، وهناك أمراض وراثية تزيد نسبة حصول التوحد، ولكن هذا الترابط غير واضح بينهما ومنها:

– فينايل كيتون يوريا Phenyl Ketonuria : افتقاد القدرة على التخلص من الحامض الأميني، تخلف فكري شديد، تلف في المخ.

– نيوروفايبروماتوزز Neurofibromatosis :علامات جلدية، خلل عصبي.

– تيوبيرس سكليروزز Sclerosis Tuberous : الصرع، التخلف الفكري، تورم في المخ بقع على الجلد.

– الكروموسوم الجنسي الهش Fragiel – X syndrome : خلل صبغي موروث يؤدي إلى صعوبات في التعلم إعاقة عقلية .(ركزة،2018،ص.37).

وأشار Bourgeron (2019) الى أن البحث عن الجينات أعطى نتائج مبهرة وذلك منذ اكتشاف أول جين مرتبط بشكل واضح بالتوحد سنة (2003) حين قام فريق توماس بورجيرون Thomas Bourgeron بمعهد باستور بالتعاون مع فريق من الأطباء العقليين بتحديد الطفرات الجينية الخاصة عند أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، لتكتشف حاليا أكثر 800 جين متدخل في الإصابة بالتوحد، وتم في سنة (2019)

طرح قائمة سبارك SPARK الرسمية التي كشفت عن 141 جينا مسؤولا عن اضطراب طيف التوحد باكتشاف دورها والآليات التي تسيرها .(Bourgeron,2019).

والجدير بالذكر ان الأبحاث في الأصول الجينية لاضطراب طيف التوحد اشارت وبشكل مستمر الى تباين وراثي شائع فلا يوجد شخصان متماثلان، لهذا السبب يعتقد الباحثون انه من المحتمل ان تكون هناك العديد من الأسباب المتداخلة بين العوامل الوراثية والبيئية وحتى الان تشير بعض الأدلة الى ان التغيرات المعروفة أيضا باسم **الطفرات الوراثية** في جينات الشخص يمكن ان تسبب التوحد، وعلاوة على ذلك فإن 10 إلى 25% من الحالات خاصة (في حالات الاصابة بالتوحد والإعاقة الذهنية)، لا تكون التشوهات الجينية موروثة لكنها تظهر بطريقة عضوية. (Delorme et al ,2018,50).

وقد أوضح Leblond وزملاؤه أنواع مختلفة من الطفرات التي ترتبط بالتوحد وكل منها يساهم بنسب مختلفة، وفي كثير من الأحيان تكون طفرات بسيطة ناتجة عن بعض تغيرات أحرف من DNA، لكنها تخل بوظيفة واحد أو أكثر من الجينات وتستطيع لوحدها تحريض اضطراب التوحد.(Leblond et al, 2018,p.50).

ومن خلال ما سبق نستنتج أن الدراسات الحديثة باستخدام التحليلات الجزيئية كشفت أن الجينات تلعب دورًا مهمًا بالنسبة لاضطراب طيف التوحد، كما سمحت التقنيات الوراثية الحديثة بتحديد الجينات المرتبطة به ليصبح أصل التوحد ذو اساس بيولوجي، وأظهرت النتائج بأنه اضطراب وراثي إلى حد كبير فعندما يحمل الشخص واحدا أو أكثر من هذه التحولات الجينية أو الطفرات، يصبح لديه خطر للإصابة به.

2-5 العوامل العصبية :تكتسي الدراسة العصبية لاضطراب طيف التوحد أهمية كبيرة، من حيث أنها تسهم يوما بعد يوم في فهم الأسباب التي تؤدي الى حدوثه، ومن ثم المساهمة الفعالة في العلاج والتكفل. وتتمثل هذه العوامل في:

1-2-5 حجم الدماغ: فقد أشار (Courchesn et al,2003) الى أن أدمغة الأطفال التوحديين تنمو بسرعة استثنائية خلال السنة الأولى من حياتهم. وقد توصل أمارال وزملاءه في دراستهم سنة (2016) الى أن فرط نمو الدماغ يستمر حتى سن 5 إلى 8 سنوات، وأضاف بان فريقه يملك بيانات غير منشورة تشير إلى أنه قد يستمر حتى سن 11 عامًا، وتوقع بأن يستمر حتى سن البلوغ. (Amaral et al, 2017).

كما توصل الباحثون من خلال مسح أدمغة الأشخاص المصابين بالتوحد باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي أن أولئك الذين لديهم رؤوس كبيرة يكون لديهم أدمغة كبيرة بشكل غير عادي، كما قد يظهر لديهم تضخم في الدماغ دون أن يكون لهم رأس كبير بالضرورة، ما يستدعي اجراء مسح للدماغ بدلا من الاعتماد على قياسات الرأس فقط. كما مكن المسح من اكتشاف نمط معقد من الاختلافات حول التضخم

في جميع أنحاء الدماغ، فقد يظهر عند البعض على مستوى القشرة أين تحدث فيه معظم حالات التوسيع باحتوائها على خلايا عصبية إضافية أو خلايا داعمة، أو فيض من السائل الدماغي الشوكي. كما قد يظهر التضخم في مناطق أخرى من الدماغ المعروفة بأنها مرتبطة بالتوحد وتشمل التلفيف المغزلي واللحاء البصري الأولي.(Marshall. M, 2020) .

5-2-2 التشوهات العصبية : كما أن دراسة الدماغ لدى المصابين بالتوحد تشير إلى أن وجود خلل في بناء الدماغ لدى أطفال التوحد وتلك الاختلالات موجودة في الفصوص الدماغية، وأيضا طريقة الاتصال بين الخلايا الدماغية(Eric. W. Pireyre et al,2019,p.24)

وأظهرت تقنيات تصوير الدماغ في حالة نشاط العديد من التشوهات العصبية، فقد أشار Rogé الى وجود شذوذات بنائية في الجهاز الحويفي (اللمبي) مع اتصالات معقدة، حيث أن هذه شذوذات تسمح لإحداث خلل في نمو الخلوي خلال الأسابيع الثلاثين الأولى من الحمل. كما لوحظ أن المادة الرمادية تكون أكثر كثافة على محيط جمجمة المصابين بالتوحد. (Saccoet et al,2015).

كما أن الدراسة التشريحية للدماغ لدى المصابين باضطراب طيف التوحد قد بينت وجود خلل في مستويات مختلفة من مناطق الدماغ، تشمل الفص الجبهي الذي يعد أكبر من المتوسط، والخلايا العصبية اللمبية المسؤولة عن الذاكرة والمشاعر أصغر وأكثر عددا مع وجود خلل في النمو في أجزاء محددة من الدماغ. (Dominique. Y,2014,p.41).

وأشار (Dodd,2005,p.9) الى أن معظم الدراسات التشريحية أثبتت بأن المخيخ لدى التوحديين يبدو غير طبيعي، وهو أكثر المواقع التي يوثق بها الشذوذ، فيكون حجمه أصغر لدى أطفال التوحد، وخلاياه مكتظة بشكل كثيف، في حين يكون حجم المخ أكبر من الأطفال الأسوياء .

في حين لوحظ انخفاض في القشرة الحزامية الأمامية والمخيخ على مستوى المنطقة الصدفية والتلفيف المجاور للحصين (Yang et al ,2015).

كما لوحظ أيضا انخفاضًا في النشاط القشري في المناطق الأمامية وفي تدفق الدم في كلا الفصين الصدغيين، وكذا انخفاض في النشاط القشري في المنطقة الصدغية القذالية اليسرى أثناء التحفيز السمعي. وفي الأبحاث التي يسعى فيها للتعرف على الحالات العقلية، فإن لخلل يعزى في اللوزة لدى الأشخاص المصابين بالتوحد (Gascon Line ,2017).

وقد ساهم التقدم التكنولوجي في فهمنا للاضطراب عن طريق التصوير بالرنين المغناطيسي(IRM) فتبين بأن الأشخاص المصابين بالتوحد لهم نشاط دماغي أقل عن نظرائهم العاديين، مع غياب الكثير من الاتصال بين الخلايا العصبية خلال مراحل النمو، وهو ما يؤكد الفرضية التي تقول بأن غياب الاتصال بين الخلايا العصبية هو ما يؤدي الى اختلالات على مستوى السلوك (Dominique Yvon, 2014,p.42). كما أشار(2003)Bernadette الى أن هناك اضطراب في نمو البنيات العصبية، يؤدي إلى صعوبات في معالجة المعلومات المعقدة من طرفهم، وطبيعة نظام معالجة المعلومات لديهم يظهر من خلال صعوبات على مستوى التفاعل الاجتماعي، اللغة والتعلم، على الرغم من ان الربط بين تلك الاختلالات والاصابة بالتوحد لازال صعبا.(Bernadette,2003,p.61).

كما أظهرت نتائج الدراسات التي توجهت لاكتشاف الفروق في الموصلات العصبية لدى أطفال التوحد مقارنة مع العاديين، الى وجود مستويات مرتفعة من الناقل العصبي السيروتونين Serotonine لدى أطفال التوحد، ولأن هذه النواقل مسؤولة عن نقل السيالات العصبية للدماغ والجهاز العصبي، فان وجود خلل فيها قد يكون مسؤولا عن تشويه الرسائل المنقولة .(Sharyn. N,1997,p.25).

وتوصل Yarlagadda et al (2019) إلى كشف دور الناقل العصبي المستثير DA، والذي له تأثيره الحاسم على النمو المبكر للدماغ. حيث يظهر DA ومستقبلاته في وقت مبكر من التطور العصبي وقبل تشكل الاتصالات المشبكية الناضجة ويعمل على تعديل سيرورات النمو مثل تكوين الخلايا العصبية ،الهجرة العصبية والتمايز ويرتبط عدم توازن نظام DA بالاضطرابات العصبية النمائية، بما في ذلك اضطرابات طيف التوحد.(Yarlagadda,et al , 2019).

3-2-5 التفسيرات البيوكيميائية :

لقد أقيمت عدة دراسات في الميدان البيوكيميائي حيث تم تسجيل ارتفاع في منتجات الدوبامين والبرولاكتين لدى الأطفال المصابين بالتوحد من أمهات تناولن مضادات الاكتئاب أثناء الحمل والتي كانت لها اثار بالغة على نمو الجنين ..(Chakraborti. B et al ,2016).

كما تم الكشف على مستوى الجهاز العصبي المركزي عن اضطرابات بيولوجية عصبية بشكل متزايد والتي يمكنها أن تتدخل في تطور متلازمة التوحد. إذ وجه الاهتمام إلى الطبيعة البيوكيميائية للدماغ، خاصة جرعات الكاتيكولامينات (السيروتونين والدوبامين على وجه الخصوص. وتوصل البحث إلى أن 30 إلى 50% من الأشخاص المصابين بالتوحد لديهم ارتفاع في السيروتونين ما يشير إلى أن الخلل في تنظيم الناقلات العصبية قد يكون سببا في الخلل الفيزيوباتولوجي للمتلازمة (Karmakar, et al, 2016).

5-3 العوامل البيئية: يحاول أصحاب هذا الافتراض فهم التوحد كاضطراب ناجم عن عوامل خارجية تسبب حدوث مشاكل في الدماغ مؤثرة بذلك على سلوك الفرد وينطوي تحت هذا الافتراض العديد من العوامل كظروف الحمل والولادة، الإصابة بالفيروسات الفيروسات والتطعيم الخلل في التمثيل الأيضي، والتعرض للمواد الكيميائية السامة. ففي وقت سابق أشارت الدراسات إلى أن اضطراب طيف التوحد ناتج عن عوامل وراثية بنسبة تتراوح من 80 الى 90% مع مساهمة ضئيلة للعوامل البيئة، إلا أن الدراسات الحديثة أفادت أنه ما بين 40 الى 50% من الأسباب التي أدت إلى هذا الاضطراب ترجع إلى العوامل البيئية. (Lyell,k,et al,2017,p89). ومن بين هذه العوامل نذكر:

5-3-1 عمر الوالدين: يشير (Croen.L,2017,90) الى ان العديد من الدراسات التي تناولت العلاقة بين اضطراب طيف التوحد وعمر الوالدين وخاصة عمر الأم، خلصت الى أن كبر الوالدين في السن والتباين في العمر بين الزوجين له تأثير كبير في ظهور اضطراب التوحد لدى الأبناء، وأن وجود فرق بين الزوجين أكثر من عشر سنوات يزيد من احتمالية إصابة الطفل بالتوحد بنسبة 18 إلى 21%.

كما وجدت دراسة متعددة الجنسيات للبحث في العلاقة ما بين سن الوالدين وخطر التوحد ارتفاع في معدلات التوحد بين أطفال الأمهات الصغيرات في السن أقل من 20 سنة، وبين الأطفال الذين كانت لدى آبائهم وأمهاتهم فجوات عمرية كبيرة نسبياً. وأكدت الدراسة أيضاً أن الآباء والأمهات الأكبر سناً أكثر عرضة لإنجاب الأطفال المصابين بالتوحد. وشمل التحليل أكثر من 5.7 مليون طفل في خمسة بلدان. وكانت معدلات التوحد أعلى 28 % عندما كان الآباء في سن 40 مقابل 20 سنة. كانت معدلات التوحد أعلى 15% في الأطفال الذين ولدوا لأمهات في سن 40 مقارنة مع أولئك الذين ولدوا لأمهات في سن 20 سنة، كما ارتفعت معدلات التوحد أيضاً مع اتساع الفجوات بين أعمار الوالدين. وكانت هذه المعدلات أعلى عندما كان الآباء ما بين 35-44 عاماً، وكانت زوجاتهم تصغرهم بحوالي 10 سنوات أو أكثر. وفي المقابل ارتفعت المعدلات عندما كانت الأمهات في عمر 30 سنة وكان أزواجهن أصغر منهن سناً بعشر سنوات أو أكثر. (Zeglam AM.2019).

5-3-2 مضاعفات الحمل وعلاقتها باحتمالات إصابة الطفل بالتوحد:

تزيد مضاعفات الحمل كارتفاع الضغط الدموي، وداء السكري والنزيف داخل الرحم أثناء الحمل من خطر الإصابة باضطرابات النمو العصبي بما فيها التوحد لدى الأطفال، غير أن الباحثين لم يصلوا بعد لتحديد الآليات المتدخلة في ذلك والتي تبقى غير معروفة، ويمكن للعوامل الجينية تفسير هذه العلاقة. وتشير البيانات الوبائية بشكل متزايد نحو الفرضية التي مفادها بأن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عصبية

نمائية، فرط النشاط، والتوحد قد لوحظت عند عدد كبير من الأطفال أنهم ولدوا من أمهات كن يعانين من السمنة أو أمراض الضغط الدموي أو مرض السكري أثناء حملهن.(Maher,2020)

5-3-3 استخدام الأدوية أثناء الحمل: قامت كثير من الدراسات في البحث عن العلاقة بين استخدام الوالدين للأدوية وظهور التوحد لدى الطفل، فبحثت دراسة Gentile (2014) عن العلاقة بين استخدام دواء Valproate لعلاج الصرع وظهور أعراض التوحد على الأطفال، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة قوية بين استخدام هذا النوع من الأدوية وظهور التوحد لدى الأبناء. كما بحثت دراسة Takeuchi et al,(2016) عن العلاقة بين استخدام مضادات الاكتئاب أثناء الحمل والتوحد، وأظهرت نتائج الدراسة زيادة بنسبة (50%) من خطر الإصابة بالتوحد لدى أطفال الأمهات اللاتي تتعاطين مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية أثناء الحمل.

كما أظهرت نتائج أبحاث Yarlagadda et al,(2019) أن الأطفال المصابين بالتوحد هم من أمهات تناولن مضادات الاكتئاب أثناء الحمل، ما أدى إلى ارتفاع الدوبامين والبرولاكتين لديهم. كما يمكن أن يتأثر تعصيب الجنين وتعبير المستقبلات من خلال المعالجة المباشرة وغير المباشرة المستويات الناقل العصبي المستثير DA للأم أثناء الحمل. فعوامل المعالجة بما في ذلك تعاطي المخدرات، النظام الغذائي، فرط ارتفاع حرارة الأم، الإجهاد النفسي والاجتماعي للأمهات نقص الاوكسجين، التسمم العصبي البيئي، والتحدي المناعي هي عوامل مرتبطة باختلال نشاط DA في تطوير النسل والتي قد تؤثر على سلوكيات التعلم والنشاط الحركي.(Yarlagadda et al,2019,36).

كما أن الأطفال الذين تفتقر أمهاتهم إلى هرمونات الغدة الدرقية أو اليود كعنصر أساسي لتركيب هرمونات الغدة الدرقية أكثر عرضة للإصابة بالتوحد لأن هرمونات الغدة الدرقية ضرورية لنمو الدماغ في أي فترة من العمر وأكثر تحديدا في مرحلة نضجه قبل الولادة وبعدها، فقد أظهرت دراسة. (Demeneix,(2017 أن أكثر من ثلثي الملوثات الشائعة الموجودة في جسم المرأة الحامل تعدل من "إشارات signalisation الغدة الدرقية، أو النشاط البيولوجي الدرقي فقد كشفت مختلف الدراسات الابيديميولوجبة أن الأطفال الذين تعرضت أمهاتهم أثناء الحمل لبعض المبيدات الحشرية، كانوا أكثر عرضة للإصابة بالتوحد، فالمواد الموجودة في مبيدات الحشرات، وفي مثبطات الاشتعال المدمجة في بعض المنسوجات والأثاث، في مادة الفئالات المستخدمة في تصنيع البلاستيك لا تعدل في هرمونات الغدة الدرقية فحسب، بل تشمل أيضا هرمونات أخرى أساسية للتطور الدماغي.(Demeneix,2017,p.66-67).

ويفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي، وما قد يحدثه هذا التلوث من تلف دماغي وتسمم في الدم، يؤدي إلى أعراض التوحد، ومن أهم هذه الملوثات التي ذكر أنها تحدث تسمما في جسم الطفل: الزنبق، المواد الحافظة للأطعمة، والرصاص، وأول أكسيد الكاربون. (الخطيب واخرون،2013، ص.323). كما أشارت Baghdadli (2018) إلى أن التلوث والأكل غير الصحي يؤثران على تطور وشدة اضطراب التوحد.

5-3-4 تدخين الأم وتعاطي الكحول:على الرغم من أن تدخين الأم وتعاطيها للكحول يؤثر على الجنين، ويسبب له مشكلات صحية كثيرة، إلا أن الدراسات التي تناولت العلاقة بين تدخين الأم وتناول الكحوليات لم تثبت وجود أي علاقة بينها وبين إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد، حيث قامت دراسة Modabbernia (2017) بفحص (15) دراسة حول العلاقة بين تدخين الأم وشربها للكحوليات وإصابة الجنين باضطراب التوحد، وأظهرت جميع النتائج عدم وجود علاقة بين تدخين الأم أثناء الحمل وإصابة الجنين بالتوحد.

5-3-5 العوامل المناعية : أشارت العديد من الدراسات الى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأشخاص التوحديين فالعوامل الجينية وكذلك شذوذات في منظومة المناعة مقررة لدى التوحديين. وتشير بعض الأدلة الى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب طيف التوحد. كما أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل. (فاروق، 2014، ص.40).

5-3-6 العدوى الفيروسية: تعد العدوى الفيروسية Viral infections قبل الولادة أحد المسببات المقترحة لاضطراب طيف التوحد مما يترتب عليه عدم تطور الجهاز العصبي المركزي بشكل كامل عند الولادة، مما يجعل الطفل أكثر عرضة للتلف الفيروسي، ويظهر ذلك واضحاً في فيروسات الهريس التي تسبب التهاب الدماغ. (Fujinami, 2005,p. 1).

5-3-7 اللقاحات: جرى ربط التوحد مع التطعيمات في التسعينات، وعلى وجه التحديد اللقاح الثلاثي MMR ضد الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية وذلك بعد نشر Andrew Wakefield وزملائه ورقة بحثية سنة1998 أشاروا فيها إلى أن لقاح MMR يمكن أن يساهم في متلازمة تنطوي على مشاكل في الجهاز الهضمي والتوحد التراجعي. وقد أدى هذا البحث إلى تغذية المخاوف المعروفة بشأن تطعيم الأطفال

ومساهمته في اضطراب التوحد الا أن هذا الطرح تم الغائه بسحب المقال سنة (2010) وذلك وفقا لدلائل علمية تنفي ما قدمهWakefield وزملاءه (Craig.A et al,2017,p2).

وترتب على ذلك زيادة كبيرة في عدد الأبحاث في جميع أنحاء العالم للتأكد من هذه العلاقة حيث قامت دراسة (2002) .Madsen et al بفحص الأطفال الهولنديين من يناير عام (1991م) حتى ديسمبر عام (1994م)، ولم تتوصل الدراسة إلى وجود علاقة بين التطعيمات والعمر وقت التطعيم، وتطور وظهور أعراض التوحد. ودراسة (2008) Hornic في الولايات المتحدة الأمريكية التي نفت وبشكل قاطع العلاقة بين اللقاح واضطراب التوحد. كما قامت (2014) .Taylor et alبفحص العلاقة بين تطعيم الأطفال واضطراب التوحد وأكدت نتائجها أيضا أنه لا يوجد دليل يثبت خطر إصابة هؤلاء الأطفال بالتوحد بل أكدت النتائج أن التلقيحات مفيدة نظراً لاحتوائها على جزيئات الالمنيوم النانوية المستخدمة كمساعد في علاج اضطراب التوحد. ورغم كل الأبحاث التي نفت العلاقة بين التطعيمات والتوحد الا أن التخوف مازال قائما وذلك لن السبب لظهور اضطراب طيف التوحد مازال مجهولا. ونجد من الدراسات المثيرة للجدل في هذا الاتجاه دراسة، (2012).Wei et al التي أكدت على وجود علاقة بين اللقاحات والاكتئاب حيث إن جزئيات الألمنيوم الدقيقة تؤدي الى حدوث التهاب في الدماغ مما يعزز حدوث الاكتئاب.

5-4 العوامل الأيضية: تعددت الافتراضات التي حاولت الربط بين التغذية والتوحد، وإمكانية عزو الاصابة به إلى خلل في الأيض (التمثيل الغذائي)، خاصة في القدرة على كسر المركبات الفينية Phenolic amine" ، كما تقترح عدة افتراضات وجود اصابات بكتيرية تؤدي لحدوث خلل سلوكي وعصبي. كما ربطت نظرية الافيونية الفائضة Opioid Excess بين الاصابة بالتوحد وتناول بروتينات الغلوتين (بروتين في بذور القمح) والكازابين (في الحليب ومشتقاته).

-**فرضية تسرب الأمعاء:** كما تعد فرضية تسرب الأمعاء التي تسمى أيضا بمتلازمة الأمعاء المترشحة وهي حالة خلل في جدار تأخر نمو القناة الهضمية عند الجنين أو حدوث التهاب شديد في الامعاء عند الطفل الرضيع بسبب الامعاء بحيث تسمح بتسرب البكتريا والجراثيم والسموم والبروتينات الى الدم، ويعود السبب الى مضادات الالتهاب أو المضادات الحيوية، والتلوث الغذائي وكذلك الاغذية المحتوية على الكربوهيدرات والاغذية المعدلة وراثياً. (Sajdel-Sulkowska EM. 2016, p.1).

فقد أشار (2015) Caspani الى أن جراثيم الأمعاء تتألف من (3) إلى (4) ملايين جين مجتمعة، أي ما يقرب من (100) إلى (150) مرة أكثر من الجينوم البشري، ويعبر عدد من الجينات الموجودة في

ميكروبيوتا الأمعاء عن بروتينات ومستقلبات، تعمل هذه المستقلبات في المعدة، ويمكن أن تعمل في الدورة الدموية وبعد أن تنتقل هذه المستقلبات إلى الدورة الدموية، قد تذهب إلى أعضاء بعيدة مثل الدماغ.

حيث أكدت العديد من الدراسات على العلاقة بين ميكروبات الأمعاء واضطراب طيف التوحد، وأظهرت دراسة Mead et al (2015) أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أظهروا زيادة بنسبة (36.7) في نفاذية الأمعاء، وأظهر أقاربهم زيادة بنسبة (21,2%)، بينما أظهر الأطفال العادي(4,8%) ، وتؤدي هذه الزيادة إلى زيادة في الخلايا الليمفاوية Lymphocytes، والسيتوكينات Cytokines، والتي تنتقل إلى الدماغ عن طريق حاجز الدم في الدماغ وبعد انتقالها إلى الدماغ ينتجان استجابات مناعية في الدماغ عن طريق الارتباط بالخلايا البطانية للدماغ، ويتم عملية انتقال الكائنات الحية المعوية الدقيقة إلى الدماغ من خلال ثلاثة مسارات المسار المبهم والمسار البيوكيميائي ، والمسار المناعي. (Aftab, 2020, 32).

كما أثبتت بعض الدراسات أن 75% من أطفال التوحد لديهم مشكلات في الغذاء، ومن خلال فحص أجرى على 500 طفل من ذوي اضطراب التوحد تبين أن لديهم مواد مورفينية في البول وعلى سبيل المثال: – بيبتيد الكازومورفين Casomrfine وهو بروتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم جزئيات الجزئيات الموجودة في الحليب.

– بيبتيد الغيلوتومورفين Glutomorfine وهو جلوتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم الجزئيات الموجودة في القمح والشوفان

– المركبات الأخرى التي وجدت في تحليل بول المصابين بالتوحد مثل الديلتروموروفين، والدير وموروفين Diromorfine Dilromorfine وهي مواد مخدرة قد تؤدي إلى التوحد.(الشرقاوي،2018،ص.79).

نلاحظ مما سبق أن العديد من الدراسات اهتمت بالبحث عن الأسباب الخفية وراء ظهور اضطراب طيف التوحد فبعض الدراسات أرجعت أسباب التوحد إلى عوامل نفسية واجتماعية، والبعض إلى عوامل عضوية وبيولوجية أو كيميائية أو عوامل جينية، لكن مازلت الدراسات غير وافية للكشف عن العوامل التي تؤدي الى الإصابة باضطراب طيف التوحد بشكل مباشر.

6- النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد: توجد العديد من النظريات التي حاولت تفسير أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد ومن أهمها:

6-1 نظرية العامل النفسي: كانت النظرية العامل النفسي للإصابة بالتوحد السائدة خلال الأربعينات وحتى نهاية الستينات والتي تعتبر بأن التوحد يحدث بسبب إهمال الوالدين لرعاية أطفالهم وعدم الاعتناء بتربيتهم

ومن اشهر روادها الطبيب النفسي ليوكانر(Leo kanner) والمحلل النفسي برونو بتلهايم (Bruno Belheim). حيث يعد ليو كانر صاحب أول نظرية نفسية تفسر حدوث التوحد حيث ترتكز نظريته على العلاقة بين الاولياء والطفل وافترض "ان أطفال التوحد يتمتعون بذكاء كامن ولديهم ذاكرة صماء ممتازة واشكال وسيمة اما الأسباب فقد أشار إلى أنها متعددة قد تكون بسبب الوراثة او خلل في الدماغ الوظيفي أو التنشئة الأسرية او البرود العاطفي للوالدين وأطلق على هذه المتلازمة اسم التوحد الطفولي. (Infantile Autism (Szatmari, 2000,p. 1980) .و ركز كانر على الموقف القائل إن الإصابة بالتوحد الطفولي (Infantil Autism) ناتجة بشكل أساسي عن عوامل نفسية، منها اتجاهات الآباء نحو أطفالهم وطريقة معاملتهم لهم، وأن معظم الأطفال المصابين بالتوحد الطفولي كانوا معرضين منذ بداية حياتهم للبرود الأبوي ونوع من الاهتمام باحتياجاتهم المادية فقط.

ويؤكد ليوكانر أن أعراض الإصابة باضطراب التوحد لدى الأطفال تعود الى عدم نضج وتطور الأنا وهذا يحدث في الحالتين التاليتين:

– نتيجة نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل.

– نتيجة المناخ النفسي السيئ الذي يعيش فيه الطفل. (Goldberg et al,2015,p92).

وحاول كانر تأكيد نظريته من خلال كتاباته التي أشار فيها الى أن جميع أولياء الاطفال الذين شخص اصابتهم بالتوحد يتميزون بتحصيل عملي مرتفع ومفرطي الذكاء والإدراك الذهني، صارمين، الا انهم كانوا غريبي الاطوار، منعزلين، صارمين وجديين، يكرسون أوقاتهم لأعمالهم أكثر من عائلاتهم (Robert et al,1992,p.524).

أما برونو بتلهايم (Bruno Blenheim) فقد وضع نظريته في بداية الخمسينيات من القرن الماضي وقد امتد تأثيرها ما يقرب من عشر سنوات، كان مفادها أن التوحد يعود إلى اضطراب العلاقة (طفل – أم) واعتبر التوحد بمثابة ردة فعل الطفل ضد وضعية شديدة يأخذها كتهديد له. (Philip,1995,p.584).

كما استخدم نظرية التحليل النفسي لتفسير التفاعل الطفولي الأبوي باعتباره عاملا محوريا لتطور التوحد، فقد أفاد بأن الأطفال المصابين بالتوحد يحاولون أن يدافعوا عن أنفسهم عن طريق العزلة والانسحاب من مواقف صعبة تواجههم يصعب عليهم تحملها. وأطلق Blenheim سنة (1960) مصطلح ""الام الثلاجة" لوصف ام الطفل التوحدي وحملها مسؤولية إصابة طفلها بتلك الاعراض واعتبر ان سلوك بعض الأمهات "الجامدات" هو أصل اضطراب التوحد. مفسرا ذلك بان الطفل التوحدي كان ذكيا لكنه انسحب من الاتصال

الاجتماعي بسبب احداث مؤلمة نتيجة احداث مؤلمة في بيئته او عمدت البيئة بالعزلة الاجتماعية وخاصة افتقاره للرعاية الدافئة من أحد الوالدين او كلاهما (سهيل،2015، ص,91-92).

ومن أنصار هذه النظرية الذين أكدوا على دور الوالدين في الإصابة باضطراب طيف التوحد Kaplane et Sdock حيث أشاروا الى أن أباء الأطفال التوحديين نادرا ما يكون لديهم مشاعر دافئة اتجاه أبنائهم وأن اغلب هؤلاء الاولياء يهتمون بالعمليات العقلية التجريدية أكثر من اهتمامهم بالعلاقات الاجتماعية (القمش،2011، ص33). كما أشار France Tustin (1977) الى أن التوحد المرضي هو علامة على طبيعة اللقاء بين الطفل وموضوع أمومته هو مؤشر لفشل في بناء أول علاقة إنسانية قادرة على تليين مخاوف الطفل العادية التي يواجهها أي مولود، والتهديد الحقيقي في حالة التوحد يتجلى في انعدام الوجود، فالطفل يحتمي من الخوف بانعدام الوجود الذي يختلف عن الخوف من الموت، لأن فقدان الشعور بالوجود أعمق وأمر من الموت نفسه (France. T ,1977).

وأكدت دراسة كل من (1988) . Burd et Kerbeshan ودراسة (1992) .Kiarend على دور العوامل النفسية في الإصابة باضطراب طيف التوحد حيث تساهم العوامل النفسية في ابراز أهمية التكوين الأولى لشخصية الطفل كما تبرز احتياج الطفل لبيئة امنة ومريحة يستطيع أن يخوض فيها تجربة إيجابية من خلال الأشخاص الذين يكفلونه ويساعدونه ويشبعون احتياجاته.

الا أن هذا الطرح النظري لم يتلقى تاييدا ودعم من قبل الباحثين، وتعرض لانتقاد من بعض الباحثين مثل ريملاند (Remland,1964) الذي اتخذ موقفًا صارمًا ضد هذه الاتجاهات السيكولوجية التي تبناها وبيتلهايم واخرون والمتمثلة في لوم الاولياء بأنهم السبب في أبنائهم بالتوحد، وحدد النقاط الآتية كبراهين ضد السبب السيكولوجي للإصابة بالتوحد :

-ليس كل أولياء الأطفال المصابين بالتوحد تنطبق عليهم أنماط الشخصية الابوية التوحدية.

-أولياء الأطفال التوحديين لهم أيضا أطفال طبيعيين عاديين.

- الأطفال المصابين بالتوحد لديهم اخوة طبعيين رغم وجود استثناءات قليلة.

- نسبة الإصابة بالتوحد عند الذكور هي أربعة أضعاف نسبتها عند الإناث.

-يمكن للتوحد أن يظهر، ويمكن أن يكون زائفًا لدى الأطفال المصابين بتلف دماغي عضوي.

-سلوكيات الأطفال المصابون بالتوحد غير عادية منذ لحظة الولادة (National Society for 1969 Autistic Childre)

أما وينغ (1979) Wing فقد أشار في دراسة اجراها الى ان سوء التعامل والتصرف مع الأطفال من الصعب ان تكون احدى أسباب التوحد كما بينت دراسات أخرى ان هناك أطفال توحديين ولدوا لأبوين ليسوا من النمط الذي تحث عنه كانر,

وكما أشار (2018) Richard Bates الى أن غالبية المحللين النفسيين يدحضون فكرة أن التوحد اضطراب في النمو العصبي له أسباب وراثية بشكل رئيسي وقابلية توريث عالية، ويستمرون في الافتراض، على الرغم من عدم وجود دليل على هذه النظرية بأن له أصل نفسي.

لكن وعلى الرغم من بعض التطرف الذي بدا عند الأوائل الذين اهتموا بعلاج التوحد وحملوا الخطأ والذنب للمحيط الاسري (Hochmann,2009).الا أن من عاصرهم وجاء بعدهم أمثال Tustinو Meltzer وحاليا Hagg من ذوي المنحى التحليلي كانوا ومازالوا اقل حدة في التعامل مع الوسط العائلي الذي يعد مكان النمو العلائقي للطفل وربط هؤلاء الباحثين بكل ما يحمله الطفل التوحدي من رصيد جيني وبيولوجي الذي يتفاعل ويسهم في نموه العاطفي والانفعالي(بن موفق،2020، ص.630).

6-2 النظرية العصبية البيولوجية: الفضل في نشأة هذه النظرية يعود الى Bernard Remland الذي اتخذ موقفا رافضا اتجاه نظرية العامل النفسي (الزريقات،2010). وأشار الخطيب والحديدي (1997) كما ورد في سهيل (2015) أن Remland يعتبر صاحب أول كتاب علمي حول التوحد قام فيه بتوضيح الاضطراب ومضامينه كنظرية عصبية في السلوك ودحض الفكرة القائلة بأن التوحد ينتج عن أنماط سيئة من الابوة والأمومة وشجع العاملين على التعامل معه بوصفه اضطرابا عصبيا بيولوجيا.

وتوالت الدراسات فيما بعد لتعميق البحث حول التوحد لتظهر العديد من الدراسات للبحث عن السببية النوروبيولوجية ومساهمة الجهاز العصبي في حدوث اضطراب طيف التوحد، وقد تطرقنا الى شرح ذلك بنوع من التفصيل في محور العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد.

6-3 نظرية العقل: تعد نظرية العقل (Theory of mind) مفهوم شائع للغاية ويمكن تعريفه على أنه فهم أن جميع الأشخاص يمتلكون حالات عقلية مثل الرغبات، والعواطف، والمعتقدات، والنوايا التي لا يمكن ملاحظتها بشكل مباشر ولكن يمكن استخدامها لعمل تنبؤات حول تصرفات الاخرين (Somogorzewska et al,2020).

كما تعني نظرية العقل القدرة على فهم القصد والتنبؤ بالسلوك وعواطف الآخرين، والتي تعد من العوامل الحاسمة لفاعلية التفاعل الاجتماعي.(Brewer et al,2018).

ولذا تعتبر نظرية العقل عنصر هام في القدرة على فهم وفك تشفير الدلائل والاشارات الاجتماعية وتطور السلوك الاجتماعي التكيفي، لذلك فأن الفرد الذي لديه قصور في نظرية العقل يعاني من عدم فهم الايماءات الاجتماعية الاتصالية، التي تتم بواسطة تعبيرات الوجه وحركة الأشخاص الآخرين. (Liu et al,2018)

وتجدر الإشارة الى ان نظرية العقل اصبحت قضية مركزية بين العلماء في علم النفس النمائي منذ الثمانينيات من القرن العشرين ومع تعميق البحوث والدراسات على نظرية العقل بدا الباحثون التحقيق في العلاقة بين نظرية العقل واضطراب طيف التوحد وازدادت شعبيتها بين الاخصائيين الذين يعملون ذوي اضطراب طيف التوحد. حيث ظهر مفهوم نظرية العقل في عام (1985) عندما قام كل من Baron-Cohen Leslie & Frith بدراسة القدرة العادية على اتخاذ قرارات مبتكرة ومستنيرة حول ما هو في عقل شخص آخر، وكان الفشل الواضح للأطفال الذين تم تشخيصهم أنهم مصابون باضطراب طيف التوحد بسبب اعتقادهم الخاطئ، والذي أدى إلى اقتراحهم بأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم مشكلة في نظرية العقل. (2014 ,Dant). وأعتبر (Baron Cohen) أن الاختلالات التي تظهر لدى المصابين بالتوحد والمسببة لقصور في النمو الاجتماعي وفي التواصل وفي اللعب الرمزي ماهي إلا محصلة ونتيجة القصور في ميكانزيم نظرية العقل وهذا القصور هو خلل انتقاني لا يرتبط بالقدرات المعرفية الأخرى. (Lenoir,P,54,2006).

كما أكد Baron Cohen (1995) أن الصفة الأساسية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد هي عدم قدرتهم على استنتاج الحالة العقلية للشخص الآخر، وفي حالة التوحد الشديد قد لا يمتلك الطفل مفهوم العقل مطلقا، وهو ما يسمى نقص العقل أو العمى العقلي. (Baron Cohen,1995).

فالأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يتميزون بصعوبة التمييز بين التمثيل والواقع، وتعديل الحالات العقلية وظيفيًا وتكيفيًا، ودمج العناصر المختلفة للنشاط العقلي (الأحاسيس العواطف، والأفكار، إلخ. في فهم مستمر ومتماسك عن الذات والآخرين والعالم، وكشفت الدراسات أن ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم مشكلات في تحديد وتمييز ودمج عواطفهم مع مشاعر الأفراد الآخرين، وغالبا ما يكون هناك تداخل بين المكونات المعرفية والعاطفية المختلفة. (Melloni et al,2020)

فنظرية العقل تشير إلى أن الفرد يجب أن يكون قادرا على فهم الحالة العقلية للشخص الآخر لكي يمكنه من الفهم والتنبؤ بسلوك ذلك الشخص، وبالتالي يكمن القصور في نظرية العقل إلى وجود صعوبة في فهم الحلات الذهنية للآخرين. وترى أن الاضطراب السلوكي في التوحد يمكن أن يرجع إلى عدم قدرة الطفل التوحدي على التفكير، أما القصور الاجتماعي فيرجع إلى العجز في عملية الفهم والتركيز.(التميمي، 2017، ص. 35).

وبالتالي فان نظرية العقل تلعب دوراً هاماً في تحرر الطفل من التمركز حول ذاته ومساعدته في التعبير عن المشاعر والتفاعل الايجابي مع الآخرين، لذلك فهي لها دور مهم في الاتصال والعلاقات الاجتماعية.

6-4 نظرية التماسك المركزي: قدمت Frith" نظرية التماسك المركزي سنة (1989) كمحاولة لتفسير الخصائص غير الاجتماعية لاضطراب طيف التوحد، وكذلك تفسير أوجه القصور التي أخفقت فيها نظرية العقل، ، والتي تركز علي الفروق المعرفية (مواطن الضعف ومواطن القوة) في اضطراب طيف التوحد، حيث تقترح وجود ما يسمي "نزعة داخلية" في النظام المعرفي السوي لتشكيل تماسك عبر أوسع مدى ممكن من السياقات، وبناءً على ذلك يفتقر ذوى اضطراب التوحد لهذا الشكل من التماسك، وتتنبأ النظرية بأن ذوى اضطراب طيف التوحد سوف يعانون قصوراً في دمج المعلومات البسيطة على مستوي أعلى من المعلومات الكلية. (Powell, 2012,p.16).

ويشير الزريقات (2016) الى ان نظرية التماسك المركزي تعد من أبرز النظريات المعرفية التي جاءت مفسرة لاضطراب طيف التوحد، وتناولت الاضطراب والاختلال في الإدراك المعرفي لدى هذه الفئة من الأطفال، فهي تفسر المشكلات التي تتعلق بالترابط المركزي والانتباه الكبير للتفاصيل والأجزاء أثناء المعالجة المركزية للمعلومات، مما يؤدى إلى حدوث قصور في تصورهم وفهمهم وإدراكهم للكل المتماسك، فقدرة الطفل الطبيعية على دمج المعلومات في السياق والمعنى يطلق عليها التماسك المركزي، أما ضعف المطلقة والحصول على المعنى الوظيفي من المثيرات البيئية. (الزريقات،2016،ص.42).

وبهذا فان نظرية التماسك المركزي تشير إلى القدرة على تكامل المعلومات أو تكوين روابط بين متغيرات متعددة الأشكال للوصول إلى المعنى العام، على سبيل المثال عند قراءة قصة ما ربما لا يستطيع الطفل تذكر بعض التفاصيل الدقيقة للقصة ولكن في هذه الحالة يتذكر موضوع القصة بشكل عام. كما تظهر نظرية التماسك المركزي في مدى قدرتنا على التمييز بين الكلمات المتجانسة في النطق ولكن تختلف في المعنى ذلك اعتمادا على السياق الاجتماعي للكلمة. (Koch, 2012).

وتكمن أهمية هذه النظرية في أنها تحاول أن تفسر مواطن القوة وليس فقط نواحي القصور لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تم بناء هذه النظرية على أساس تجارب عديدة أظهرت جانبين مهمين، هما الجانب اللفظي والجانب الأدائي.

6-5 نظرية اضطرابات المعالجة الزمانية المكانية: هذه النظرية النفسية التنموية اقترحها الطبيب النفسي برونو غيبنر (Bruno Gepner) ومعاونيه سنة (2002) وبعد مناقشتها سنة (2009) أطلقوا عليها تسمية اضطرابات المعالجة الزمانية المكانية للمحفزات متعددة الحواس(DTTS). (Gepner et al,2009).

وتقوم هذه النظرية على افتراض أن التوحد يمكن ان ينشا منذ الولادة عن"العجز في المعالجة الادراكية والتكاملية للمعلومات البيئية ذات التردد العالي سواء كانت الحركة البصرية او أصوات الكلام ومعلومات التحسس.(Meiss et al,2015)، في حين أن الرؤية الثابتة ورؤية التفاصيل ستكون متضخمة ويمكن ربط هذا الشذوذ بمشكلة في الترميز الزمني للمعلومات على مستوى الدماغ مما يجعل العالم يتحرك بسرعة كبيرة.(Gepner,2005).

حيث أظهرت الدراسات أنه لا يمكن للأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد إدراك المعلومات الحسية الديناميكية الحركات البيئية أو البشرية، والكلام، وما إلى ذلك في الوقت الفعلي لأنها سريعة جدا وهذا ما يفسر اضطراباتهم في فهم اللغة والعواطف واضطراباتهم المقلدة واضطراباتهم في الوظائف التنفيذية، وعلى وجه الخصوص تأخرهم في الاستجابات الحركية وفي النهاية اضطرابات التفاعلات الاجتماعية. (Laine,F et al,2008). وقد أطلق Gepner وزملاؤه على هذه الآليات اسم نقص التزامن أو فرط التزامن أو قلة الاتصال أو الإفراط فيه بين مناطق الدماغ المتعددة عدم التزامن والانفصال الدماغي المتعدد الأنظمة. واشار جيبنر وزملاؤه ان ابطاء الإشارات البصرية والسمعية يحسن التعرف على تعبيرات الوجه العاطفية وغير العاطفية كما يحسن ايماءات التقليد بالإضافة الى تحسين القدرة على الادراك وفهم اللغة لدى الأطفال التوحديين خاصة الذين يعانون من اضطرابات شديدة او تكون مستويات نموهم منخفضة. (Charrier,a et al,2017). وقد أسهم هذا الطرح النظري الى ظهور برامج لإبطاء الإشارات المرئية والصوتية كبرنامج .Logiral TM (Tardif et al,2014).

6-6 نظرية الوظائف التنفيذية: ظهرت نظرية الوظائف التنفيذية Fonctions Exécutives على يد Ozonoff سنة (1995) وتنطلق من فرضية مفادها ان اضطراب طيف التوحد ناتج عن خلل في نظام التحكم الذي يشكل الفص الجبهي ويولد مشاكل تتجلى في عدم القدرة على كف السلوك غير الملائم للوضعية، وعدم القدرة على إظهار مرونة في السلوكيات حسب المواقف، وهذا ما يفسر التشبث بالروتين والنمطية. فحلقة الربط بين أعراض طيف التوحد والوظائف التنفيذية تتمثل في أن الاصابات الأمامية الجبهية، ينتج عنها عدم القدرة على اتخاذ قرارات جيدة، وعدم القدرة على كف السلوكيات غير الملائمة. (Lussier 2005). حيث تمثل الوظائف التنفيذية جانبا أساسيا من جوانب القصور التي يعاني منها الأفراد ذوي التوحد، وأن القصور فيها يعني القصور في التنظيم الذاتي الذي لا يتمكن الفرد معه عند قيامه بحل المشكلة من الانتباه إلى سلوك مراقبة الذات، وإصدار حكم (التقييم الذاتي) فيما يتعلق بمدى قبول هذا السلوك، والشعور بالإنجاز عند أداء المهمة (التعزيز الذاتي)، وذلك كعناصر ومكونات أساسية يتضمنها التنظيم الذاتي أو تنظيم الذات. (عبد الله،2014، ص.55) .

6-7 نظرية التكامل الحسي: طورت هذه النظرية والطريقة العلاجية المختصة في العلاج الوظيفي جين أيرز Jean Ayres سنة (1972) بجامعة كليفورنيا في الولايات المتحدة الأمريكية والتي افترضت أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من اضطراب في التكامل (الدمج) الحسي بسبب عدم قدرة الدماغ على تنظيم واعطاء مخرجات لها معنى للمثيرات الحسية (قحطان الظاهر، 2009، ص.121). حيث ترتكز هذه النظرية على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم وعليه فان أي خلل يحدث في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل حواس الشم السمع، البصر، اللمس التوازن التذوق قد يؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب طيف التوحد، ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها. (السعيد، 2009، ص.112).

ويضيف Jennifer et al (2019) أن نظرية التكامل الحسي تقوم على توضيح العلاقة بين المخ والسلوك وبيان لماذا يستجيب الفرد للمدخلات الحسية، وكيف تؤثر الحواس على السلوك. ويوجد اثنين من الحواس القوية بجانب الحواس الخمس المعروفة، هما: حاسة التوازن والحركة والمسؤول عنها الجهاز الدهليزي والتي تزودنا بوضع الرأس والجسم في الفراغ وعلاقته بسطح الأرض، وحاسة الأوتار والعضلات والمفاصل والمسئول عنها الجهاز الذاتي وهي التي تزودنا أين تكون أجزاء الجسم وماذا تفعل.

من خلال ما سبق نلاحظ أن هناك العديد من النظريات التي حاولت إعطاء تفسيرات مقنعة للإصابة باضطراب طيف التوحد الا أن العلماء لم يتمكنوا لحد الساعة من تحديد الأسباب الدقيقة التي تكمن وراء الإصابة باضطراب طيف التوحد، فقد اختلفت النظريات في إعطاء الأسباب التي تتراوح بين نفسية وبيولوجية، وراثية وجينية. كما نلاحظ أن معظم الدراسات الحالية تتمحور حول اثبات دور الجينات والجانب العصبي والبيئي في التوحد بموجب أن التوحد اضطراب عصبي نمائي وليس اضطرابا نفسيا كما كان يُعتقد في السابق.

7-خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

أشارت الدراسات الى أن اضطراب طيف التوحد يحدث خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل المصاب به ويؤدي الى خلل في كثير من مجالات النمو النفسي واللغوي والمعرفي والاجتماعي دون التوافق النفسي العام مما يزيد من الفجوة النمائية بين الأطفال المصابين به وأقرانهم العاديين مع تقدم العمر. (Karaminis et al, 2017). ورغم وجود خصائص أساسية مشتركة بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلا أن الأعراض والخصائص التي تشير إلى الاضطراب تظهر على شكل أنماط كثيرة ومتداخلة من البسيط إلى المتوسط إلى الشديد وما يتأثر به من جوانب اجتماعية وسلوكية ولغوية وبهذا نجد تنوع في

نماذج الأطفال المصابين به وتفاوت في قدراتهم ومهاراتهم. (المقابلة،2016، ص.13). وعليه ينظر لفئة الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بأنهم فئة غير متجانسة فيما يخص السمات المميزة لهم فقد يكون لطفلين ذوي اضطراب طيف التوحد نفس التصنيف والتشخيص الا ان خصائصهما تختلف وتتنوع وبالرغم من ذلك توجد العديد من الخصائص العامة المشتركة بين جميع أطفال التوحد والتي تساعد الأخصائيين على التشخيص وأبرزها:

7-1 الخصائص الاجتماعية : يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثر وأشد الملامح المميزة للتوحد، فمعظم الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قليلي التفاعل الاجتماعي ومنعزلين عمن حولهم، كما أن الصفة الإكلينيكية الأساسية لاضطراب طيف التوحد هي وجود اضطراب عميق في العلاقات الاجتماعية يظهر في الشهور الأولى من حياة الطفل (العبادي،2018، ص.59). ومن مؤشرات القصور في التفاعل الاجتماعي في المراحل المبكرة من العمر لدى هؤلاء الأطفال: تجنب التواصل البصري مع الأم أثناء الرضاعة، أو عدم الاستجابة للابتسامة التي تصدرها الأم، أو أن هذه الاستجابة تصدر ولكن ليس في وقتها أو في مواقف لا تستدعي الابتسامة وقد لا يبدي الطفل أي ردة فعل إذا مدت الأم يدها لحمله، أو عدم الانزعاج أثناء تركه وحيدا والصراخ والبكاء عند محاولة لمسه أو عند الاقتراب منه. (Simons B. et al,2014).

ويذكر Childress et al (2012) أن حوالي (85٪) من الأطفال يظهرون تجنب في التواصل البصري ولا يستجوبون للابتسامة مع الام، كما يشاهد بين الكثيرين من الأطفال ذوي اضطراب التوحد نقص الاتصال بالعين فنجد الطفل إما هائما أثناء الاتصال بالعين أو متجنبا للاتصال بالعين أصلا وينظر إلى الآخرين كما لو لم يكونوا موجودين وقد يدفعهم جانبا أو يصطدم بهم كما لو كانوا قطعا من الأثاث تعوق طريقهم ونادرا ما يتطور اللعب التخيلي لديهم، فالقصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من الخصائص الأساسية والجوهرية في الكشف عن الطفل التوحدي.

فالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم قصور واضح في إقامة علاقات مع العالم المحيط بهم، كما يعانون من عجز في تكوين صداقات وتفاعلات اجتماعية مع الآخرين، وعدم استجابتهم لانفعالات المحيطين بهم ومشاعرهم وأحاسيسهم، وغياب رغبتهم بالاتصال بالغير والانغلاق على الذات، والاستغراق في أنشطة انعزالية، وممارسة سلوك نمطي والافتقار إلى اللعب التخيلي، وضعف في التواصل البصري وعجز عن ترجمة وإدراك مشاعر الآخرين وانفعالاتهم. (مرسي،2017، ص.62).

وهذا العجز تتجسد مظاهره في الانسحاب الاجتماعي، وسلوك الخوف والارتباك في المواقف الاجتماعية والتفاعلات مع الآخرين، وفقدان الاهتمام بالأحداث والأشياء والأشخاص، كما يظهر الكثير من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد انسحاب من المواقف الاجتماعية والعزلة فلا يستجيبون لمبادرات الآخرين ولا ينظرون إلى الأشخاص الذين يتكلمون معهم ولا يقومون بتكوين صداقات بسبب افتقارهم للمهارات الاجتماعية المناسبة لفعل ذلك. (Jensen,2016,p.5). بينما يرى Charlop et al (2018) انه ربما يفضل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد العزلة الاجتماعية، لكن مجموعة كبيرة من الأبحاث الحديثة تشير إلى أن معظم الأطفال المصابين بالتوحد يرغبون في التفاعل الاجتماعي والصداقات والعلاقات، ومن الخطأ أن يفترض أن أوجه القصور في المهارات الاجتماعية التي لوحظت في شخص يعاني اضطراب طيف التوحد، كرهه للتفاعل الاجتماعي، أو عدم الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية، ففي الواقع يسعى العديد من الاشخاص المصابين بالتوحد إلى التفاعل الاجتماعي ويعتز بصدق بالعلاقات الاجتماعية الخاصة ومجرد كون الطفل غير ماهر في التفاعل الاجتماعي لا يعني أنه طفل ليس لديه رغبة في التفاعل الاجتماعي.

ومما سبق يتضح أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون الكثير من المشكلات الاجتماعية، نتيجة لعجزهم في المهارات الاجتماعية وضعف دوافعهم للتواصل مع الآخرين. فأوجه القصور في المجال الاجتماعي تعد سمة من السمات المميزة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؛ فالعلاقات والتفاعلات الاجتماعية تمنح الطفل الدعم الضروري خلال المواقف الصعبة التي يواجهها، ومن دون ذلك لا يستطيع تطوير المهارات الاجتماعية الأساسية والضرورية التي تكون أكثر تعقيدًا بعد ذلك. بحيث تؤثر على توافقه في كل مراحل حياته.

2-7 خصائص اللغة والتواصل: اللغة هي المصدر الوحيد للتفاعل اللفظي وغير اللفظي بين البشر وتنقسم مهارات اللغة الى مهارات استقبالية ومهارات تعبيرية حيث يعاني الطفل التوحدي من قصور وضعف في كليهما ويعد الفشل في نمو وتطور اللغة من أولى علامات الاضطراب. (Hebbali, 2019,p. 17). حيث يعد تأخر النمو اللغوي أحد السمات الواضحة لدى فئة كبيرة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، اذ أشارت العديد من الدراسات التي تقيس القدرات اللغوية في نقطة زمنية محددة أن تطور اللغة لدى الأطفال التوحديين يتأخر عن أقرانهم ذوي النمو الطبيعي. (Gernsbacher et al,2015).

فعلى الرغم من أن المعايير التشخيصية الحديثة لاضطراب طيف التوحد لا تذكر التأخر اللغوي بشكل مباشر كأحد المعايير التشخيصية، إلا أن معيار القصور في التواصل الاجتماعي وثيق الصلة بمشاكل اللغة لدى الطفل التوحدي، فاللغة هي أهم وسيلة من وسائل التواصل الإنساني. وتعد مظاهر تأخر النمو اللغوي في السنوات الأولى من العمر من السمات المبكرة لاضطراب طيف التوحد (Tager-2016

Flusberg). فقد أظهرت العديد من الدراسات أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ينطقون كلماتهم وعباراتهم الأولى في وقت متأخر عن أقرانهم، وغالبا ما يكون التأخير في النمو اللغوي المبكر هو الشاغل الرئيسي الذي يحفز الآباء على البحث عن تقييم تشخيصي لأطفالهم. (Riva et al, 2021).

فقد أشار حمدي (2020) الى ان مشكلات التواصل تعد أحد المؤشرات الأساسية لاحتمالية أن يكون الطفل مصابا باضطراب طيف التوحد، وهي إحدى الركائز الأساسية في عملية التشخيص وتشير الدراسات بأن 50٪ من التوحديين لا يستطيعون التواصل باستخدام اللغة المنطوقة ويوجد علاقة تبين حدوث اضطراب طيف التوحد وضعف اللغة حيث يشتمل على بعض السمات الإكلينيكية الآتية:

ا- نمط لغوى طويل وممل.

ب- ضعف في لغة الحوار مع الآخرين.

ج- نمط محتوى لغوى غريب وشاذ. (حمدي، 2020،23).

كما ذكر (O'Shea et al ,2023,p.1) يوجد ما يقارب 25% او30 % من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يستخدمون اللغة بشكل كبير نتيجة عدم قدرتهم على الوعي الفونولوجي وعدم قدرتهم على تصريف واشتقاقات الكلمات وصعوبة بناء الجملة وفهم دلالات الالفاظ فيتأخرون في نمو اللغة عامة؛ فعلى سبيل المثال يبلغ متوسط عمر الطفل عند إنتاج الكلمة الأولى 38 شهرا بالمقارنة بالأطفال طبيعي النمو ينتجون الكلمة الأولي في عمر يتراوح بين 8-14 شهر. فالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد يواجهون صعوبات محددة في مجالات اللغة الاستقبالية، والتعبيرية، فبعض الأفراد ذوي اضطراب التوحد يعبرون عن أفكارهم شفهيا وقد يحدث الاستخدام غير الطبيعي للنغمة أو التنغيم أو الإيقاع، كما قد تنتهي الجمل التوضيحية بنبرة متصاعدة للإشارة إلى طرح سؤال، في حين أن البعض الآخر قد يكون غير لفظي وتتطلب عملية الاتصال وسيلة غير لفظية مثل الإشارة إلى الأشياء أو استخدم لغة الجسد مثل هز الرأس أو اليد. (Percutons et al,2019).

وعليه فان القصور اللغوي يعد أحد أوجه القصور الأساسية التي يعاني منها الطفل ذو اضطراب طيف التوحد إذ تنمو لغته ببطء أو أنها قد لا تنمو على الإطلاق إذا ما ترك بدون برامج تأهيل، كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد واضح، وغالبًا ما يقوم بتكرار غير ذي معنى لكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر، وفي أغلب الأحيان تجده يستخدم الإشارات بدلا من الكلمات، ولا يستخدم الحديث للتواصل ذي المعنى. (Tanja et al ,2017,56).

7-3 الخصائص الحسية: من الناحية الحسية تشير معظم الدراسات إلى أن الاشخاص التوحديين لديهم العديد من المشكلات الحسية. حيث تعرف المشكلات الحسية بأنها عجز في تفسير الاستجابات وفقا لما يتعرض له الطفل من مثيرات، وبالتالي تؤثر على أنشطته اليومية، وذلك عندما لا تعالج المعلومات بشكل كاف من جميع الحواس، أو عند معالجة المعلومات اللمسية والسمعية والبصرية بشكل غير مناسب، وقد يكون تأثير المشكلات الحسية على حاسة واحدة أو على مجموعة من الحواس. (Faldowski & Baranek,2017). فذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من قصور حسي، اذ غالبًا ما تبدو حواسهم وكأنها عاجزة عن نقل أية مثيرات خارجية إلى جهازهم العصبي، ويعانون من فقدان القدرة على الإحساس بالألم، كما لا يستجيبون للمثيرات الحسية (Tanja et al,2017,p. 53). وهذه المشكلات والاضطرابات الحسية التي يعاني منها التوحديين تؤثر على سلوكهم وأدائهم الاجتماعي، وبالتالي تكون المحفزات البيئية مثل الضوضاء أو الروائح النفاذة والأصوات العالية سبب القلق والتوتر لديهم .(Tomcheck et , 2018 al) .كما يشير Little et al. (2015) الى أن أطفال التوحد يبدون أشكالا غير متجانسة من المشكلات الحسية الناتجة عن هذا الاضطراب، فإما أن تكون ردود أفعالهم مفرطة، أو ردة فعل ضعيفة واضحة بعدم الاكتراث، وقد تتضح استجابتهم الحسية على هيئة اهتمامات متكررة وغير معقولة أو اكتراثهم بالبحث عن بعض المثيرات الحسية بشكل صريح، أو بدقتهم العالية على التركيز في كثير من المثيرات الحسية.

ونظرًا لأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يُظهرون اختلافات فريدة في الخصائص الحسية توجد العديد من مظاهر المشكلات الحسية لديهم وتظهر في أشكال مختلفة قسمها لونكر(Lonkar) الى:

-اضطراب التمييز الحسي **SDD:** ويكون في السمع والبصر، والتذوق، واللمس، والوعي بالجسم، والجهاز الدهليزي.

-اضطراب الحركة الحسية **SBMD** ويكون في اضطراب الوضع الحركي، وعسر القراءة.

-اضطراب التعديل الحسي **SMD** ويكون في فرط الاستجابة، وقلة الاستجابة (Lonkar,2014).

7-4 الخصائص المعرفية والعقلية: يشير العدل (2013) الى المهارات المعرفية بأنها جميع العمليات التي تتم من خلال نقل المدخلات الحسية وتحويلها واختصارها وتوضيحها وتخزينها ثم استعادة هذه المدخلات واستعمالها واسترجاعها وقت الحاجة إليها، وتتضمن مدى واسعا من العمليات العقلية كالإحساس، والانتباه والتفكير والتخيل والذاكرة، وتكوين المفاهيم، والتعرف على الأنماط، والتعلم وعمليات النمو المعرفي.

فنجد ان الكثير من الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات في المهارات المعرفية الأساسية وهم بحاجة لتعلمها بطريقة صحيحة، ومن بين المهارات المعرفية المبكرة التي تتطلب اهتماما وانتباها القدرة على التمييز بين أناس مختلفين وأشياء مختلفة أو أحداث مختلفة، وتقليد أفعال أناس آخرين (على،2021).

كما يواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبات في القدرة على حل المشكلات وضعف القدرة على التعميم كما يعانون من اضطرابات في التفكير كالقصور في انتاج افكار جديدة وصعوبة في القدرة على الرؤية الشاملة لحدوث المشكلة، إضافة إلى مشكلات في نقل الانتباه والتشتت وضعف الذاكرة، وعدم القدرة على التنبؤ بالأحداث والوقائع (Simons. B et al,2010).

وقد أكد العديد من الباحثين على أن المهارات المعرفية من المتطلبات التي يحتاجها التوحدي لكي يتوافق مع نفسه ومجتمعه مما يساعده على حل المشكلات اليومية والتفاعل مع مواقف الحياة المختلفة، فهي مجموعة من المهارات المرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها الفرد وما يتصل بها من معارف وقيم واتجاهات يتعلمها بصورة مقصودة ومنظمة عن طريق الأنشطة والتطبيقات العملية وتهدف إلى بناء شخصيته بالصورة التي تمكنه من تحمل المسئولية والتعامل مع مقتضيات الحياة اليومية بنجاح لتحقيق الرضا النفسي والعيش بطريقة أكثر استقلاليه (عبد العال واخرون،2021، ص.60).

كما أشار أكرم والبلوي (2018، ص 122) الى أن الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد يظهرون مستويات متباينة ومختلفة من القدرات العقلية ما بين التأخر المعرفي الشديد وأيضاً القدرات المعرفية المتوسطة والمتميزة، ويحتاج هؤلاء الأطفال الى برامج التنمية المهارات الأكاديمية.

أما من الناحية الأكاديمية فقد اشارت الدراسات التي أجريت حول المهارات الأكاديمية الأساسية لأطفال التوحد الى أنهم يعانون من صعوبة في أربع مجالات رئيسية تتمثل في القراءة والكتابة، والتعبير الكتابي، والتهجئة، والرياضيات. (الزارع وعبيدات،2016 ص.412).

ولهذا فقد أشار العديد من الباحثين (Baker Ericzen el al. (2019), Bradshaw et al. (2018 ، السريع (2014) أن كل طفل يحتاج إلى تنمية مهاراته في مختلف المجالات لتحقيق أكبر قدر ممكن من التكيف مع بيئته المادية والاجتماعية وان لطرق تعليم الأطفال التوحديين أهمية بالغة وذلك لكونها تختلف عن طرق تعليم الأطفال الأسوياء فهي تختلف في كيفية التعامل معهم وطريقة إيصال المعلومة الأمر الذي يتطلب تنظيماً لخبرات هؤلاء الأطفال بما يتفق مع المرحلة العمرية والعقلية التي يواكبها، بخصائصها ومعدلاتها النمائية ومشكلاتها السلوكية والانفعالية.

7-5 الخصائص الانفعالية: فيما يتعلق بالخصائص الانفعالية يعاني الطفل ذو اضطراب طيف التوحد من وعدم الثبات الانفعالي، نقص التفاعلات العاطفية، وعدم الاستجابة لانفعالات الوالدين أو مبادلتهم نفس المشاع، كما يعانون من نوبات انفعالية حادة كالصمت التام أو الصراخ، والخوف والقلق والحزن الشديد، كما يرفض أي تغير في الروتين اليومي، ويغضب ويتوتر عند حدوث أي تغير في حياته ولا يخاف من المخاطر الحقيقية، ويظهر عليه خوف مفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية ويحدث عنده التغيير هلع أو انفجارات مزاجية. ((Bishop-Fitzpatrick et al,2017,p.25-26).

ويؤكد Hirschler (2015,p.28) بأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يواجهون خطرًا كبيرًا يتمثل في عدم قدرتهم على التعبير عن انفعالاتهم وذلك لعجزهم عن القدرة على ضبط انفعالاتهم وتنظيمها بطريقة إيجابية، مما يؤدي إلى ظهور بعض المشكلات السلوكية كالسلوك الاجتماعي السلبي ويتمثل في الكلام غير الملائم كالضحك والتصفيق والضرب بالقدم، والغناء، والصفير، ونوبات الغضب والعدوانية، وفرط النشاط والألفاظ السيئة، وقضم الأظافر، والصراخ، وإتلاف ممتلكات الغير.

أما مرسي (2016) فيشير الى ان القصور في الجانب الانفعالي يؤثر بشكل واضح على قدرة أطفال التوحد على إقامة علاقات مع العالم المحيط بهم، وعجزهم عن تكوين صداقات وتفاعلات اجتماعية مع الآخرين، وعدم استجابتهم لانفعالات المحيطين بهم ومشاعرهم وأحاسيسهم، وغياب رغبتهم بالاتصال بهم والانغلاق على الذات، والاستغراق في أنشطة انعزالية، وممارسة سلوك نمطي والافتقار إلى اللعب التخيلي، وضعف في التواصل البصري وعجز عن ترجمة وإدراك مشاعر الآخرين وانفعالاتهم. (مرسي،2016، ص.42)

7-6 الخصائص الجسمية: يولد الطفل التوحدي عادة طبيعيا يبدو بصحة جيدة ولكن هناك عدد من السمات الجسمية التي تبدا في الظهور بعد الميلاد من بينها تضخم الرأس والتي هي أحد العلامات الشائعة بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتظهر معدلات نمو الرأس غير الطبيعية في الطفولة المبكرة والمتوسطة لدى حوالي 37% من الأطفال المتوحدين. (Parmel et al, 2016: 83).

فالأطفال التوحديين غالبا ما يكون مظهرهم مقبولًا إن لم يكن جذابًا مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصة في المرحلة من عمر سنتين إلى سبع سنوات يكونون أقصر طولا مقارنة بأقرانهم الأسوياء في نفس العمر، ويختلف الطفل التوحدي عن الطفل العادي في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يتردد أو يتبادل استعمال اليد اليمنى مع اليسرى، مما يدل على وجود اضطراب وظيفي بين نصفى المخ الأيمن والأيسر، كما يوجد اختلاف من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع التي تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع، مما يشير إلى خلل في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم. (عبد الرحمن،

2018،ص. 264-266). ويشير أحمد إبراهيم (2020) الى أن غالبية الأطفال التوحديين يتسمون بمظهر عاد أو فوق العادي، بل إن الكثير منهم جذابين في مظهرهم كما أن المشاكل الجسمية في الغالب نادرة عند التوحديين خاصة إذا لم يصطحب أعراض التوحد بأعراض اضطرابات أخرى.

7-7 الخصائص السلوكية: لقد أشار (كانر) من خلال ملاحظاته السلوكيات عدد من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى مجموعة من الصفات السلوكية التي بدت له غير عادية، حيث شملت هذه السلوكيات الفشل خلال الطفولة في القدرة على استخدام مفاهيم غير محسوسة وعدم الوعي باستخدام الكلام كوسيلة اتصال، وعدم الاهتمام بالأنشطة، وعدم اللعب بطريقة ابداعية وخيالية مع الأطفال واللعب النمطي.(Mimouni-Bloch &Offer2018).

فالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مشكلات في السلوك التوافقي حيث يُلاحظ بأنه لديهم قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية مقارنة بأقرانهم العاديين ممن هم في نفس سنهم، ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي فمثلاً في سن الخمس أو العشر سنوات من عمرهم، قد لا يستطيعون أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل، فقد يعجز الطفل التوحدي عن إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه، ولا يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه (العبادي، 2018،59).

ومن أهم المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال ما يلي:

7-7-1- السلوك النمطي: السلوكيات النمطية المتكررة تعد واحدة من المشكلات الأكثر ملاحظة المرتبطة بجميع مستويات الأداء على اضطراب طيف التوحد، فهي من الاعراض التشخيصية الأساسية لاضطراب طيف التوحد في الطفولة، بل أن البعض اعتبرها أقوى مؤشر على التشخيص المبكر للاضطراب وأبرز علامات اضطراب طيف التوحد، كما تعتبر منبئ قوي يشير إلى هذا الاضطراب (Bauminge,2018).

كما أشار (Goldman,2019) الى السلوك النمطي بأنه أحد أبرز السلوكيات المضطربة المميزة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد التي تميز سلوكهم عن غيرهم من الأطفال من ذوي الاضطرابات، حيث نجد أن معظم أطفال التوحد يظهرون واحداً أو أكثر من السلوكيات النمطية (Goldman,2019,82)

7-7-2- السلوك الروتيني: وهو إصرار الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على روتين محدد في مجال السلوك الحياتي اليومي، ومقاومة أي تغيير لخرق هذا الروتين، كإصرار الطفل على تناول طعام محدد أو ارتداء ملابس محددة، ويعبر عن ذلك بنوبات غضب، كما يبدي هؤلاء الأطفال رغبة كبيرة بالارتباط والتعلق بأشياء محدودة، وبشكل غير طبيعي ولفترة طويلة فقد يحتفظ الطفل التوحدي بشيء معين أو أن يكون شديد الولع بموضوعات رياضية أو موسيقية (بدر 2017،325).

7-7-3 السلوك العدواني وسلوك ايذاء الذات: يمثل السلوك العدواني أبرز المشكلات السلوكية لدى بعض المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث بلغت نسبة انتشار العدوان لدى الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد (53%).(Mazurek et al,2013). فالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتصفون بالعدوانية مثل الهجوم الصريح على الغير، كما يتعمدون إيذاء الآخرين من خلال الحاق الضرر الجسدي أو المادي. (Smuzynski,2015,P.27).

وفي هذا أكدت دراسة Goodwin et al,(2019)على أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يبدون بعض السلوكيات العدوانية، والتي تتمثل في إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين، والعض، والخدش، ورمى الأشياء، والتي تعد من أكثر المشكلات السلوكية شيوعا لدى هؤلاء الأطفال، والتي قد تحدث بشكل لا يمكن التنبؤ به، مما يسبب إجهاد وعزلة أسرهم. كما اشارت نتائج دراسة Liang et al,(2021) الى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتعاملون مع الآخرين بغرابة، كما يظهرون سلوكيات عدوانية تجاه ذواتهم أو تجاه الآخرين.

وترجع خطورة السلوك العدواني إلى أنه سلوك يؤدى إلى الصدام مع الآخرين فهو لا يعترف برغبات الآخرين ولا بحقوقهم، ولذلك فإنه سلوك يدل على سوء التكيف والسلوك العدواني يضر بكائنات أخرى بما في ذلك الإنسان والحيوان. (القمش والمعايطة،2014، ص.155). وترتبط المستويات المرتفعة من العدوان بشدة أعراض القلق وقصور الانتباه، والمنخفضة من السلوكيات التكيفية ومعامل الذكاء(Sullivan et al,2019)

كما أن سوك إيذاء الذات كسلوك آخر مضطرب يعد من السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا والتي تظهر لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث وجد أن معظم المصابين بهذا الاضطراب يعانون علي الأقل من شكل واحد من أشكال إيذاء الذات، وأن سلوك إيذاء الذات لديهم مرتفع مقارنة بالأطفال العاديين. (Esteves,2021). ويظهر سلوك إيذاء الذات في عدة أشكال كأن يتسبب الطفل لنفسه في حدوث الكدمات، الجروح، تلف الأنسجة بعض أعضاء الجسم، أو نزع الجلد وشد الشعر أو الضغط على العينين بشدة، وغالباً ما يكون له آثار ضارة في المدى حاضرا ومستقبلا على الطفل والقائمين على رعايته. (Soke,2018,2).

وأشارت العديد من الدراسات كدراسة Rajabi et al.(2018) وRispoli et al.(2022) و(Khusaifan.(2024 الى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون العديد من المشكلات السلوكية وهي واحدة من أخطر المشكلات التي تمثل تحدياً في حياة الأسرة والطفل خاصة إذا اتسمت بالزيادة المفرطة، كونها تؤثر على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي والانفعالي لديهم، وكذلك على قدرتهم في تبادل العلاقات والتفاعلات مع الآخرين؛ مما ينعكس على سلوك الطفل اجتماعيا وعلى سعادته وقبوله

لنفسه، وكذلك على القائمين على رعايته في الأسرة والمجتمع، ويمثل ذلك مصدراً للضغوط وعدم فهم المحيطين بهم لانفعالاتهم وسلوكياتهم كما تحد من فاعلية وكفاءة البرامج التدريبية المقدمة لهم.

7-8 شكلات التغذية: تظهر مشكلات تناول الطعام بشكل شائع في مرحلة الطفولة المبكرة ومنها: المشكلات الحسية للطعام، وانتقائية الطعام وانخفاض الشهية، والمشكلات في سلوكيات وقت تناول الطعام، وتفضيلات الطعام المتكررة أو الجامدة، فضلاً عن الخوف أو الإحجام عن تجربة أطعمة جديدة رهاب الطعام، والتي تعتبر مرحلة مهمة لنمو الأطفال. وعلى الرغم من قبولها على نطاق واسع كمرحلة عابرة من النمو تصل إلى ذروتها في الطفولة المبكرة، الا ان الاضطرابات المستمرة أو الشديدة في الأكل يمكن أن تمثل مصدر قلق كبير من الناحية الاكلينيكية. (Bourne et al,2022,p.691).

وحدد Leader et al (2020) أنماط اضطرابات ومشكلات الأكل لدى أطفال التوحد من خلال مظهرها وأعراضها الظاهرية كما يلي: الأكل السريع، رفض الطعام، انتقائية الطعام، سرقة الطعام والتي ترتبط بمشكلات وظروف أخرى لدى هؤلاء الأطفال مثل: التحديات السلوكية وأعراض الجهاز الهضمي والمشكلات الحسية (Leader et al,2020,p.1404).

ونستنتج من خلال ما سبق أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مشكلات مختلفة في تناول الطعام كالأكل الانتقائي ورفض الطعام وسلوكيات التخريب عند تناول الوجبات وأكل الأشياء غير الصالحة للأكل، والتي تؤثر على نموهم وتسبب القلق لأوليائهم. بالإضافة الى مشكلات أخرى كمشكلات النوم والإخراج والحساسية وغيرها.

7-9 المشكلات النفسية: أكدت الأبحاث أن اضطراب طيف التوحد يشترك في الأساس الوراثي مع العديد من الاضطرابات النفسية الرئيسية، ويشمل ذلك اضطراب الانتباه وفرط النشاط والاكتئاب، والاضطراب ثنائي القطب والفصام. كما اشارت أبحاث أخرى إلى أن ما يزيد عن ثلثي الأطفال التوحديين يتم تشخيصهم بواحدة أو أكثر من الاضطرابات النفسية المصاحبة، وتعد اضطرابات القلق والوسواس القهري ونقص الانتباه وفرط الحركة الأكثر شيوعا. (Gobrial, 2019; Lever & Geurts, 2016; Salazar et al,2015).

بينما تشير غبريال (2020) الى أبرز الاضطرابات النفسية وأكثرها شيوعاً والمصاحبة لاضطرابات طيف التوحد تتمثل في: اضطرابات القلق، اضطرابات الحالة المزاجية مثل (الاكتئاب واضطراب ثنائي القطب) الوسواس القهري، اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)، اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل.

حيث يظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشاعر وأحاسيس مماثلة لأقرانهم العاديين ويتم تشخيصهم بنفس الاضطرابات النفسية كباقي الأطفال.(خليل،2014). الا ان التشخيص الدقيق للمشكلات النفسية لدى

أطفال التوحد يمثل تحديا لدى المختصين حيث تتداخل السمات والخصائص النموذجية للتوحد مع أعراض المشكلات النفسية والسلوكية. فعلى سبيل المثال من الصعب اكتشاف الاكتئاب واضطرابات النوم ومشكلات التغذية والتراجع عن التواصل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، لأن هذه الأعراض غالباً ما ترتبط بالتوحد ذاته، ومن ثم لا يتم التعرف على المشكلة النفسية، لذا من المهم التعرف على تلك المشكلات النفسية وتشخيصها حتى يتم التعامل مع المشكلة وتقديم العلاج المناسب، ويعد تأخر العلاج أو عدم التعامل مع هذه المشكلات بطريقة ملاءمة يمكن أن يؤدي إلى تفاقم أعراض التوحد ويؤثر على التعليم وتقليل الاستفادة من العلاجات السلوكية. (غبريال،2020، ص.132).

ونستخلص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتسمون ببعض الخصائص التي تميزهم عن غيرهم من الأطفال العاديين بالإضافة الى المشكلات التي تعيقهم عن التكيف والاندماج الاجتماعي، وقد تتشابه تلك الخصائص والمشكلات عامة بين هؤلاء الأطفال لكن قد يكون هناك اختلاف بين طفل واخر باختلاف الاعراض التي يظهرها كل طفل كما قد تختلف لدى نفس الطفل من وقت لأخر كل هذا سيساعدنا على عملية التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد وهذا ما سنتناوله في العنصر الموالي.

8-تشخيص اضطراب طيف التوحد:

التشخيص diagnosis هو تلك العملية التي يتم بموجبها تحديد حالة مرضية أو حالة إعاقة معينة، والتعرف الدقيق عليها عن طريق فحص واختبار طبيعة هذه الحالة من جانب فريق متكامل من الأخصائيين، وتحديد مجموعة الأعراض والمؤشرات التي تدل عليها، والظروف التي تنشأ فيها، ومجموعة أو مجموعات الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليها، فضلاً عن فحوص أخرى يمكن الاعتداد بها في سبيل ذلك، وعادة ما ينتهي الأمر بصدور قرار معين يصف تطور الحالة بصورة دقيقة، وما يمكن أن تأول إليه الأمور من جراء ذلك (عبد الله،2022، ص.20).

8-1 صعوبات التشخيص لاضطراب طيف التوحد : وبالرغم من الدور الحاسم الذي تلعبه عملية التشخيص في تحديد المشاكل والوصول إلى الخدمات المناسبة، والمساعدة على فهم الصعوبات التي تواجه الأطفال، وإيجاد الإجابات المتعلقة بتأخر النمو إلا أنها مسألة معقدة بالنسبة لاضطراب طيف التوحد .Hus (Segal,2021). فاضطراب طيف التوحد يعد عرضا نمائيا يجمع مؤشرات مرضية لا يوجد لها سبب عضوي واحد مثبت علميا فحتى اليوم لا يقوم تشخيص هذا الاضطراب على علامات بيولوجية (Dominique Yvon,2014.40). وانما على مجموعة من المظاهر السلوكية يدعمها التاريخ النمائي على مستوى مختلف العمليات المعرفية والاجتماعية، فهو اضطراب يتضمن اختلافات واسعة في الأعراض،

ويأتي أحيانا مصاحبا لأعراض أخرى من ضعف الانتباه، القلق، ذكاء منخفض، وأيضا مظاهر أخرى تمس سلوك الشخص المصاب ودماغه، وهذا ما يصعب مهمة الباحثين في هذا المجال. فاضطراب طيف التوحد لا يمس فقط النمو النفسي أو النفسي العصبي للشخص المصاب، بل يشمل مختلف جوانب النمو الجسمية والنفسية التي تظهر بصورة مختلة (Till Grohmann,2019,12)

ويشير (حمدان، البلوي،2018) الى أن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد ليست بالسهلة، فهناك تحديات قد تحول دون تنفيذها على الوجه الصحيح، بسبب تعقد طبيعة اضطراب طيف التوحد وتداخل سماته وأعراضه مع اضطرابات نمائية وإعاقات أخرى، إضافة إلى وجود عوامل تتعلق بالاختصاصين الذين يديرون هذه العلمية، بالإضافة إلى تحديات متعلقة بأدوات التشخيص المستخدمة (حمدان، البلوي،2018). فنجد ان متطلبات معايير التشخيص أحد العوامل التي تؤثر في تشخيص اضطراب طيف التوحد، على سبيل المثال، يتطلب المعيار الأول في الدليل الاحصائي والتشخيصي بطبعته الخامسة (DSM-5) أكثر من نموذج ملاحظة في بنيات وأماكن مختلفة أو لا يمكن استخدام نفس النموذج لتلبية معيارين (Carpenter,2021). كما ذكر Dwyer (2020) أن التواصل غير المفتوح، وضعف التعاون وتبادل المعلومات بين الاختصاصين يؤدي إلى نتائج تشخيصية غير دقيقة. إضافة الى نقص التدريب ونوع أدوات التشخيص، وكذلك وجود ولي الأمر مقدم الرعاية في يوم عملية التقييم والتشخيص قد يؤدي إلى زيادة احتمالية التشخيص الخاطئ (Prizant,2012). بينما لخص (عبد الخالق،2016، ص.28-29) بعض العوامل التي تحد من عملية التشخيص لاضطراب طيف التوحد فيما يلي:

-تتميز الأعراض بالفردية حيث تختلف من طفل لآخر ولدى الطفل نفسه من فترة لأخرى، مما يؤدي لزيادة الأعراض التي تشوش عملية التشخيص.

-يتميز ذوي اضطراب طيف التوحد بصعوبة التواصل اللفظي وغير اللفظي مما يحد من عملية التواصل ونقل الانفعالات من وإلى الآخرين، وبالتالي صعوبة تطبيق مقاييس الذكاء، وغيرها من مقاييس القدرات.

-اختلاف حالات التوحد بما يقلل من فرص الباحثين في دراستهم دراسة مستفيضة بالإضافة إلى أنه مازال مجهول من حيث الأسباب وطريقة العلاج الأكثر قبولاً.

-تشابه اضطراب التوحد مع إعاقات أخري مثل الصرع، وفصام الطفولة واضطرابات التواصل، والصمم، وهل الطفل من أي طيف من أطياف التوحد هل توحد كلاسيكي أم هو اسبرجر ؟، وغيرها حتى ينال الرعاية التي تناسب الفئة التي ينتمي إليها، ووفق الأعراض التي يظهرها.

-ندرة أدوات القياس ذات الثبات والصدق المرتفع والتي تغطي جميع أعراض التوحد.

-الحاجة إلى فريق عمل متكامل عند إجراء عملية التشخيص.

8-2 تحديات عملية التشخيص: تشير(الخالدي،1018) أن عملية التقييم والتشخيص الشاملة للتوحد تتضمن عددا كبيرا من التحديات التي تصعب من عملية التقييم وتترك أثرا بالغا في دقة النتائج المستخلصة منه، حيث تتعدد الأسباب والمصادر التي يمكن أن تنتسب اليها هذه التحديات، الا أنها في جوهرها ترتبط ارتباطا وثيقا بالبنية الغامضة والفريدة الاضطراب طيف التوحد وعادة ما تتمحور تحديات التقييم والتشخيص حول ثلاثة محاور أساسية هي:

-**محور الفئة غير المتجانسة:** والمتمثلة في تعدد الاعراض، واختلاف مدى شدتها، الفروق الفردية بين المفحوصين، مقدار القدرة العقلية، تعاون المفحوص، العمر الزمني للمفحوص، التاريخ التربوي والتدريبي له

-**محور الفاحص:** ويشتمل على خبرته ونوع تأهيله وذاتيته أو موضعيته وألفته مع المفحوص، وبيئة الفحص سواء كانت مألوفة كالمنزل أو غير مألوفة كعيادة متخصصة، الخصائص الفيزيائية لمكان الفحص، ووجود أشخاص مألوفين كالوالدين أو عدمه.

-**محور الأدوات ومدى تناسبها مع الأهداف:** ويتضمن نوع الادوات ومدى وضوح آلية تطبيقها وتفسير نتائجها، مدى ألفة الفاحص بها ومستوى التدريب والتأهيل الذي تتطلبه، الوقت الذي تستغرقه وكيفية الاجابة عليها (الخالدي،2018، ص.135-136)

8-3-أهم المنظمات العالمية التي تعنى بوضع معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد:

يستند الممارسون اثناء عملية تشخيصهم لاضطراب طيف التوحد على محكات ومعايير متفق عليها تابعة لهيئات ومنظمات ناشطة في مجال البحث حول اضطراب طيف التوحد حيث تقوم هذه الأخيرة بتجديد اصداراتها بشكل مستمر وفقا للدراسات والمستجدات فيما يتعلق باضطراب طيف التوحد واهم هذه ال

-**الجمعية النفسية الأمريكية (APA):** وهي التي تصدر الدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض العقلية (DSM) وحسب هذا الدليل فان كل اضطراب يتم تسميته وتصنيفه من خلال إعطاء رقم رمزي ومعايير منتظمة له بحيث يمكن تمييزه عن اضطراب آخر (الدخيل،2016، ص.59).

-**المنظمة العالمية للصحة WHO:** هي مؤسسة متخصصة تابعة للأمم المتحدة وتصدر التصنيف العالمي للأمراض ICD والذي أصبح مقبولا بشكل واسع خارج الولايات المتحدة الأمريكية خاصة بعد طبعته الثامنة ICD-8 (الرزيقات،2015، ص.33).

-**الجمعية الفرنسية لتصنيف الأمراض العقلية للطفل والراشد (CFTMEA):** وضعت من قبل R.Mise وأتباعه سنة 1958م، وهي موجهة للأطباء النفسانيين المختصين بالأطفال والمراهقين وأيضا يستخدمها الممارسين في الميدان (Borelle C,2017,46).

ويشير عبد الله (2014، ص.27) إلى أن دليل التصنيف التشخيصي الإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM) بإصداراته المختلفة والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) والتصنيف الدولي الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) يعدان المصدران الرئيسان لتشخيص اضطراب التوحد، ونلاحظ أن محور التركيز لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسة وهي:

-**البداية:** وتكون في مرحلة الطفولة المبكرة، ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلا في واحد من الجوانب الآتية (التفاعل الاجتماعي، اللغة والتواصل الاجتماعي، اللعب الرمزي أو التخيلي).

-**التفاعلات الاجتماعية:** يوجد لدى الطفل قصور كيفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات وهي التواصل غير اللفظي وإقامة علاقات مع الأقران والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات وتبادل العلاقات الاجتماعية معهم.

-**اللغة والتواصل:** يوجد قصور كيفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات وهي تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة في الحديث مع الآخرين والاستخدام النمطي أو المتكرر للغة، إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي.

-**الأنشطة والاهتمامات:** توجد أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحدة على الأقل من أربعة محكات وهي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي، والروتين والرتابة، والأساليب النمطية في الأداء، والانشغال بأجزاء من الأشياء.

8-4-معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد:

8-4-1 معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد وفق التصنيف الدولي للأمراض ICD:

لقد تم إدراج طيف التوحد في IDC سنة 1993 ضمن اضطرابات النمو الشاملTED، حيث تم تصنيفه لعدة فئات تمثلت في: التوحد الطفولي، توحد غير مصنف، متلازمة اسبرجر، اضطرابات الطفولة غير محدد. متلازمة ريت. اضطرابات النمو الشاملة، اضطرابات النمو الشاملة غير محددة، اضطراب الانتباه المصاحب للتخلف الذهني والحركات النمطية (فاروق، الشربيني،2014، ص.98)

اما معايير التصنيف لاضطراب طيف التوحد فتغيرت بتغير الإصدارات والتي سنلخصها وفقا لما ذكره كل من (المقابلة،2016، ص.108) و(Stein, J, Szatmari,2020,P.4) في الجدول التالي:

الجدول رقم (05) يوضح محكات التشخيص حسب إصدارات ICD

سنة الإصدار	الطبعة	معايير التشخيص
1993	**ICD-10**	- يبدأ في الظهور قبل 3 سنوات. - يتميز بضعف في التفاعل الاجتماعي. -خلل في التفاعل ونقص نوعي في التقليد. - يتميز بسلوكيات نمطية والمتكرر ومحدد. -استمرار سمة العجز معه طول فترة نموه في جميع مراحلها -ظهور مشاكل في اللاوعي المصاحبة لاضطراب طيف التوحد كالخوف / الرهاب واضطرابات في النمو خاصة عندما تترافق مع إعاقة ذهنية شديدة
2000	**ICD-R 10**	- يشترط قبل 3 سنوات. - قصور نوعي وواضح في التفاعل الاجتماعي المتبادل. - قصور واضح في التواصل الاجتماعي -اهتمامات محدودة ونشاطات متكررة. -مصاحبة اضطراب طيف التوحد غير محددة مشاكل كالخوف واضطراب الأكل والنوم وإيذاء الذات
2019	**ICD-11**	- العجز الدائم والمستمر في البدء والحفاظ على التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل. - مجموعة من الاهتمامات والسلوكيات المحددة والمتكررة والنمطية.

		– يظهر اضطراب طيف التوحد في مراحل الطفولة المبكرة لكن الأعراض قد لا تظهر كلها بشكل كامل مجتمعة، وقد تظهر كلها في وقت لاحق. – كما أكد على أن العجز في السلوكيات المحددة سابقا تؤدي به إلى انخفاض وحتى تدهور – أداء الفرد على المستوى الشخصي والعائلي والتعليمي والمهني، كما أن درجة الانخفاض والتأثر بحسب الظروف الاجتماعية والثقافية. – في التصنيف الجديد أصبح اضطراب فرط النشاط وطيف التوحد يظهران في نفس الوقت. – تم عزل متلازمة اسبرجر واضطرابات النمو الغير مصنف في فئة واحدة وتخلي عنها في التصنيف الجدد.

نلاحظ من خلال المقارنة بين ما ورد في الطبعتين ICD-10 وCD-11 اختلاف جذري حيث تم توسيع مدى ظهور اضطراب طيف التوحد إلى الطفولة المبكرة على عكس ما كان سابقا يحدد قبل ثلاث سنوات. كما تم التخلي عن متلازمة اسبرجر واضطرابات النمو الشامل غير محدد وجمعهما في فئة واحدة، وهذا عكس ما كان سابقا حيث كانت تعتبر كفئات تندرج تحت طيف التوحد، إضافة إمكانية الجمع في التشخيص بين اضطراب طيف التوحد واضطراب فرط النشاط كاضطراب مصاحب.

8-4-2 معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد وفقا للدليل الإحصائي للأمراض العقلية (DSM):

أ-المحكات التشخيصية لاضطراب التوحد وفقا للطبعة الثالثة (DSM-R3):

لم يظهر طيف التوحد في الطبعة الأولى والثانية من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية والذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1952 و1968م، وظهر أول مرة في الطبعة الثالثة من الدليل عام 1980م، حيث كانت المعايير تتضمن 16 بندا موزعة على محكين أساسين كالتالي:

-المحك الأول : يتضمن قصور نوعي في مجال التفاعلات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير الفظي وكذا النشاط التخيلي ومحدودية الأنشطة والاهتمامات.

المحك الثاني: يجب أن يظهر الاضطراب في مرحلة الطفولة أي بعد 36 شهر (الشقير،2008،ص.109).

ب-المحكات التشخيصية لاضطراب التوحد وفقا للطبعة (DSM 4-TR):

تضمنت الطبعة الرابعة المعدلة من هذا الدليل (DSM IV-TR, 2000) شمول اضطراب التوحد كفئة مستقلة ضمن مظلة ما يعرف باسم الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders-PDD) إلى جانب أربع اضطرابات أخرى تتقاطع معه في بعض الأعراض السلوكية، ولعل الآلية التي عرض فيها اضطراب التوحد في هذه الطبعة قد لاقت قبولا واسعا في الميدان لما لها من خصوصية توضيحية شاملة لجملة الأعراض السلوكية التي تميز اضطراب التوحد عن غيره من الفئات الأخرى ضمن نفس المظلة المقترحة. كما أن هذه الطبعة قد وضحت جملة المعايير التشخيصية التي يجب الاستناد إليها عند تشخيص اضطراب التوحد (الجابري،2014، ص.5).

وقد وردت المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد في الطبعة الرابعة المعدلة كما يلي:

المحك الأول: يجب أن تتوفر على 6 أعراض على الأقل من 3 أعراض، وذلك من خلال توفر عرضين من المجموعة الفئة (01) وعرض واحد من فتتي المجموعتين المجموعة (02) أو المجموعة (03).

الفئة الأولى: العجز في التفاعل الاجتماعي

الفئة الثانية: العجز النوعي في التواصل الاجتماعي.

الفئة الثالثة: النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات.

المحك الثاني: التأخر يكون في سن 3 سنوات في السلوكيات التالية:

التفاعل الاجتماعي وتأخر في استخدام اللغة اللفظية أثناء التواصل الاجتماعي واللعب الرمزي.

المحك الثالث: ألا تكون هذه الأعراض دالة على متلازمة ريت أو اضطراب تفكك انحلال الطفولة (Hollander & Anagnostou, E.2007,P.10)

8-4-3 المحكات التشخيصية لاضطراب طيف التوحد وفقا للطبعة الخامسة (DSM -5):

تضمن الدليل التشخيصي الاحصائي في إصداره الخامس (**DSM -5,2013**) المحكات التشخيصية الاضطراب طيف التوحد كالتالي:

(أ) قصور (عجز) دائم في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي والذي يظهر في عدد من البيئات التي يتفاعل عبرها الفرد، والمعبر عنه بما يلي سواء كان ذلك القصور معبر عنه حاليا أم أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد (الأمثلة الواردة هنا هي توضيحية وليست حصرية):

1- قصور (عجز) في التفاعل الاجتماعي الانفعالي المتبادل والممتد على سبيل المثال: وجود منحى (نهج) اجتماعي غير عادي وفشل في إنشاء محادثات تبادلية (ذهابا وإيابا) عادية، إلى نقص في القدرة على مشاركة الاهتمامات والمشاعر او العواطف (الوجدان)، إلى الفشل في البدء (المبادرة) بالتفاعل الاجتماعي أو الاستجابة للمبادرات الاجتماعية.

2- قصور (عجز) في السلوكيات التواصلية غير اللفظية والمستخدمة في التفاعل الاجتماعي والممتدة، على سبيل المثال، من الفقر في توظيف السلوكيات التواصلية اللفظية وغير اللفظية المدمجة في التفاعل الاجتماعي، إلى قصور في التواصل العيني وتوظيف لغة الجسد أو قصور في فهم واستخدام الإيماءات في التفاعل الاجتماعي، إلى النقص الكلي في القدرة على توظيف تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي.

-**يرجى تحديد مستوى الشدة:** يحدد مستوى الشدة وفقا لمستوى الاعتلال (القصور) في التفاعل الاجتماعي وأنماط السلوك التكرارية المحدودة.

(ب) أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية معبر عنها في إثنين على الأقل مما يلي سواء كانت هذه السلوكيات معبر عنها حاليا أم أشير إليها في التاريخ التطوري للفرد،(الأمثلة الواردة هنا) هي توضيحية وليست حصرية.

1 -النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية (الحركية) واستخدام الأشياء واللغة (أمثلة: الحركات النمطية البسيطة، صف الألعاب في صفوف أو تقليب الأشياء، المصادرة، العبارات ذات المعاني الخاصة).

2- الإصرار على الرتابة (التشابه)، الالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية (أمثلة: الانزعاج (عدم الراحة والضيق) الشديد للتغيرات البسيطة، صعوبات في الانتقال، أنماط تفكير جامدة، أنماط طقوسية في تحية الآخرين الحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

3- إهتمامات محدودة ثابتة بصورة عالية والتي تبدو غير عادية من حيث مستوى شدتها أو نوعية تركيزها (أمثلة: التعلق (الارتباط) الزائد القوي أو الانهماك (الانشغال) الزائد القوي بأشياء غير عادية اهتمامات ضيقة ومحدودة.

4- فرط أو انخفاض في الاستجابة للمدخلات الحسية أو اهتمامات غير عادية لجوانب (مظاهر) البيئة الحسية (أمثلة: عدم الإكثرات الواضح للألم أو درجة الحرارة، استجابات متعاكسة لأصوات محددة أو أنسجة (أقمشة) محددة، الإفراط (المبالغة) في شم أو لمس الأشياء، الافتتان البصري بالأضواء أو الحركات.

-**يرجى تحديد مستوى الشدة:** يحدد مستوى الشدة وفقا لمستوى الإعلال (القصور) في التفاعل الاجتماعي وأنماط السلوك التكرارية المحدودة.

(ج) وجوب ظهور الأعراض في مرحلة النمو المبكرة (إلا أن الأعراض قد لا تكون مكتملة الظهور حتى تتجاوز المطالب الاجتماعية مستوى القدرات، أو قد تكون محتجبة بفعل استراتيجيات التعلم في مراحل العمر المتأخرة).

(د) ضرورة أن تسبب الأعراض إعتلالا (عجزا) ذو دلالة واضحة في قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي والأداء الوظيفي، أو أية جوانب هامة أخرى من جوانب أداء الفرد الوظيفي.

(هـ) إن الاضطرابات التي تحدث لدى الفرد بفعل هذه الأعراض لا يمكن أن تفسر نتيجة وجود الصعوبات العقلية النمائية الإعاقة العقلية) أو التأخر النمائي العام، إن الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) واضطراب طيف التوحد كثيرا ما تتصاحب مع بعضها البعض، وحتى يشخص الفرد باضطراب طيف التوحد والصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) فلابد أن يكون التواصل الاجتماعي أدنى من المتوقع وفقا لمستوى الفرد النمائي.

-**ملاحظة:** إن الأفراد المشخصين رسميا بمتلازمة اسبرجر أو الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة وفقا لمعايير الطبعة الرابعة المعدلة من هذا الدليل، لا بد وأن يحصلوا على تشخيص باضطراب طيف التوحد، إن الأفراد الذين يعانون من قصور (عجز) واضح في القدرة على التواصل الاجتماعي ولا ينطبق عليهم الأعراض الخاصة بمحكات تشخيص اضطراب طيف التوحد، لا بد من أن يتم تقييمهم وفقا لفئة جديدة تسمى "اضطراب التواصل الاجتماعي".

الجدول رقم (06) فروق التشخيص بين (DSM 4-RT,2000) و(DSM-5,2013)

المعايير	DSM -4	DSM -5
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة(PDD)	اضطراب طيف التوحد (ASD)
بنية الفئة	مضلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الاعراض	متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الاعراض
مكونات الفئة	خمس اضطرابات هي: أنواع فرعية هي: التوحد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات **4**النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي.	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف ب: التوحد، اسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة.
محكات التشخيص	ثلاث محكات وهي. التفاعل الاجتماعي، التواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية	محكين: التفاعل والتواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمس اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الاعراض	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة.
المصاحبة للإعاقات الأخرى	غير محددة	الإعاقة العقلية، اضطرابات اللغة والسلوك، الحالات الطبية والجينية، الكتاتونيا
المدى العمري لظهور الاعراض	3سنوات	الطفولة المبكرة (8سنوات)

8-4-5 المحكات التشخيصية لاضطراب التوحد وفقا للطبعة الخامسة المعدلة (DSM-5-TR):

اشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات العقلية **DSM-5-TR** الصادر بتاريخ **2022-03-18**على تغيرات طفيفة في الصياغة تمثلت فيما يلي:

التغيير الأول: اشتمل التغيير الأول على تغيير الصياغة في معيار التشخيص (أ) من "كما يتجلى فيما يلي "الى "كما يتجلى في كل مما يلي "وذلك لإزالة الغموض حول ما إذا كان التشخيص يتطلب كل جوانب العجز المذكورة او جميعها.

التغيير الثاني: اشتمل التغيير الثاني "**المحددات** "التي يمكن ان تصاحب تشخيص التوحد حيث اصبحت هذه "المحددات "غير "ب "**مشكلة** قابلة للتشخيص بالضرورة وذلك عن طريق استبدال كلمة "**اضطراب**".

الجدول رقم (07):يمثل التغيرات في تشخيص (ASD) بين الإصدارين (DSM-5) و(DSM-5-TR).

DSM-5	DSM-5-TR
عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة "كما يتجلى فيما يلي "	عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة "كما يتجلى في كل مما يلي "
متوافق مع اضطراب اخر في النمو العصبي او العقلي او السلوكي.	متوافق مع مشكلة اخرى في النمو العصبي او العقلي او السلوكي.

(المسعود ،2023)

8-5 أهمية العمل متعدد التخصصات مع الطفل التوحدي:

أن التعامل مع الحالات من ذوي اضطراب طيف التوحد ليس بالأمر السهل، فهو يتطلب فريق عمل متكامل من مختلف التخصصات فوجود العديد من التخصصات ضمن فريق العمل يعطي بعدا موضوعيا لعملية التشخيص والتقييم لحالات التوحد مما يضمن تقليل نسبة احتمالية الخطأ في التشخيص، اذ انه يجب على الفريق متعدد التخصصات توسيع دائرة التقييم والتشخيص على جميع مجالات النمو المعرفية منها والاجتماعية والوحدانية والسلوكية، كما يسهم في تنوع التقارير عن حالات التوحد طبية ونفسية، اجتماعية، عقلية (Rousso, 2014, p 3).

يتكون عادة فريق التشخيص من طبيب مختص في (طب الأطفال / الأعصاب / الطبيب النفسي ... إلخ) والأخصائي النفسي، واخصائي التربية الخاصة، والأخصائي الاجتماعي، والمعالج الوظيفي ومعلم التربية الخاصة، وأخصائي النطق واللغة، والأسرة ... إلخ، ويمكن الإستعانة ببعض التخصصات حسب ما تقتضيه حالة الطفل التوحدي (القمش،2013، ص.256).

8-6 أدوات تشخيص اضطراب طيف التوحد: هي مجموعة من أدوات القياس والتشخيص تم تصميمها من قبل باحثين ومختصين وخبراء مهتمين بمجال التوحد من أجل تشخيص اضطراب طيف التوحد وتمييزه عن باقي الإعاقات والاضطرابات، ومن أكثر الأدوات إستخداما ما يلي:

-قائمة السلوك التوحدي Autism Behavior Checklist(ABC)ز

- المقابلة التشخيصية للتوحد Autism Diagnosing Interview-Revised(ADI-R) .

-قائمة التوحد للأطفال دون سنتين في مرحلة المشي(CHAT) Checklist for Autism in Toddlers.

-قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد The Autism Diagnostic Observation (ADOS) schedule:

-قائمة تقييم وعلاج السلوك التوحدي.

-مقياس جيليام لتقدير التوحد النسخة الثالثة Gilliam Autism Reting Scale (GARS-3).

-مقياس تقدير التوحد الطفولي النسخة الثانية Childhood Autism Reting Scale(CARS-2)

وتجدر الاشارة الى أنه هناك العديد من المقاييس المستخدمة في عملية التشخيص تنقسم اجمالا الى مقاييس مسحية واهمها(M-chat,SCQ) ومقاييس تشخصية والتي لا حصر لها واهمها قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد (ADOS) والتي لا يمكن الاستغناء عنها.

8-7 خطوات تشخيص اضطراب طيف التوحد:

وتحدد خطوات التشخيص كما ورد عن (Klin A.et al,2004) و(Stone, L.et al,2005) و(Maston et al,2008) و(رابية حكيم،2003) و(غانم،2013) في أحمد إبراهيم (2020) كما يلي:

أ- الكشف والمسح المبكر: تعد أول خطوة في عملية تشخيص اضطرب طيف التوحد، والهدف منها هو التعرف على الأطفال الذين يظهرون عدداً من المؤشرات الخاصة باضطراب طيف التوحد، وذلك لإحالتهم لعملية تشخيص متكامل، بمعنى أن المسح يعد إنذارًا مهما يشير إلى إمكانية أن يكون لدى الطفل اضطراب التوحد، بينما التشخيص يؤكد أو ينفى اضطراب التوحد لدى الطفل بشكل رسمي. وتعد عملية المسح والكشف المبكر في غاية الأهمية، لما لها من علاقة بعملية تقديم الخدمات، خاصة خدمات التدخل المبكر، والتي تؤدى إلى مخرجات تعليمية وتدريبية أفضل بكثير مما هي عليه في حالة تقديم الخدمات المتأخرة، وقد حدد العلماء أربع سلوكيات إذا اجتمعت لدى طفل عمره 18 شهراً أو أكثر، دل ذلك على احتمال كبير لأن يكون لديه اضطراب التوحد وهذه السلوكيات هي:(عدم استجابة الطفل لاسمه/عدم القدرة على التقليد/عجز الطفل عن الإشارة إلى الأشياء، ومتابعة نظرات الآخرين/عدم القدرة على اللعب التمثيلي) .

ب- التشخيص المتكامل: ويمثل الخطوة الثانية في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث سيتم هنا إجراء تقييم شامل متعدد التخصصات، لكل طفل دلت نتائج الكشف المبكر أن لديه احتمالية عالية

لوجود اضطراب التوحد، فهذه الخطوة هدفها التأكد من وجود اضطراب التوحد لدى الطفل من عدمه، وهي تتضمن توظيف عدد من الأدوات المناسبة لتحقيق الأهداف المرجوة منها، بحيث يتم فيها العمل على قياس وتشخيص أكبر قدر ممكن من المجالات النمائية الوظيفية لدى الطفل. ويتم تنفيذ هذه الخطوة من قبل فريق التشخيص المتكامل وتتضمن هذه الخطوة ما يلي:

-**التقييم الطبي:** الهدف منه فهم حالة الطفل بصورة أوضح، والعمل على استثناء الاضطرابات الأخرى، والتي قد تتشابه مع اضطراب التوحد، وبالتالي فإن الهدف من التقييم الطبي هو تأكيد إعطاء تشخيص اضطراب التوحد للطفل، ويعتبر الفحص الطبي العام وفحص السمع من أهم الفحوصات في هذا الشأن، يلي ذلك في درجة الأهمية التخطيط الكهربائي للدماغ.

-**التقييم النمائي:** يتم بهذا التقييم جمع البيانات الأساسية حول نمو الطفل لتقييم النمائي: يتم بهذا التقييم جمع البيانات الأساسية حول نمو الطفل التحديد مدى وجود التأخر النمائي لديه أولا، وهذا التقييم مهم لأنه يقدم لنا أهدافًا مزدوجة، لكل من عملية التشخيص ووضع الأهداف التربوية ومعرفة بعض الجوانب المهمة في اضطراب التوحد، كاللعب والتفاعل الاجتماعي والتواصل والاستجابات الحسية والسلوك العام، التي تساعد إجاباتها في اتخاذ القرار التشخيصي النهائي.

-**التقييم السيكولوجى:** الهدف من هذا التقييم التعرف على مستوى القدرات العقلية، ومظاهر السلوك التكيفى لدى الطفل الذي لديه اضطراب التوحد وذلك بهدف الحكم على مدى قدرة الطفل على فهم البيئة المحيطة والتعامل معها بفاعلية وبصورة تتناسب مع عمره الزمني.

- **التقييم السلوكي:** ويمثل هذا التقييم الجزء الأخير من عملية التشخيص المتكامل للطفل، ويهدف هذا التقييم إلى تطبيق الأدوات والمعايير التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد، وهذا التقييم يختلف عن التقييمات السابقة، بكونه يعطى تسمية نهائية يتم بناء عليها وصف الطفل بأن لديه التوحد أم لا.

- **التقييم الاجتماعي:** ويتم عن طريقه التعرف على بعض الأنماط والخصائص الآتية: ضعف التفاعل والتواصل الاجتماعي، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية، ورفض التعاون مع الآخرين، والإحجام عن المشاركة في الأنشطة، قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية، قصور في المهارات الاجتماعية، ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية

8-8 التشخيص الفارقي: تعتمد فكرة التشخيص الفارقي على سرد جميع احتمالات الأمراض التي يمكن أن تسبب عرضا ما أو أن تكون السبب في تغييرات مرضية معينة والهدف من التشخيص الفارقي هو

التوصل إلى تفسير أقرب إلى الصواب لحالة مرضية غريبة أو معقدة، كخطوة أولى تساعد على البحث عن العلاج المناسب.

ورغم وجود محكات تشخيصية واضحة لاضطراب طيف التوحد ومظاهر تميزه عن باقي الاضطرابات. الا ان تشخيصه مازال على قدر من الصعوبة كون الافراد الذين يعانون منه يبدون تباينا كبيرا في الاعراض التي يصابون بها، والعمر الذي تظهر فيه الاعراض، وشدة الاعراض، كما ان العديد من الاعراض يمكن ان تكون نتيجة لاضطرابات نمائية أخرى. (Iyama-Kurtycz,2020). ولذلك نجد ان العديد من المختصين يطرحون إشكالية تشابك السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى كالإعاقة الذهنية والاعاقة السمعية وفصام الطفولة واضطرابات التواصل واضطرابات أخرى ويمكن ان نلخص هذه الفروق فيما يلي:

وأكدت عسيلة (2005) على أن التشخيص الفارقي يكون صعبا في حالة الأطفال الصغار جدا فكلما صغر سن الطفل كلما ازداد التداخل بين التخلف العقلي واضطراب النمو اللغوي والاضطرابات النمائية المتداخلة والتي يطلق عليها اضطرابات طيف التوحد.(شاكر،2021).

ويتضح من العرض السابق لطرق وأساليب وأدوات التشخيص، أن عملية التشخيص لاضطراب طيف التوحد ليست بالعملية السهلة، وانما دقيقة وصعبة حيث تكمن صعوبتها في اختيار الأداة المناسبة من بين الأدوات المتاحة، والقدرة على التفريق بين أعراض اضطراب طيف التوحد واعراض الإعاقات الأخرى كالإعاقة العقلية والفصام، كما تتطلب عملية التشخيص فريق متعدد التخصصات وعلى جلسات متفاوتة فالتشخيص حتى يكون على مصداقية عالية يجب ان يقوم على الملاحظة ويأخذ الوقت الكافي لتشخيصه مما يسمح بأخذ رؤية كاملة عن الطفل، كما لا يمكن إغفال دور الآباء والأمهات في الاكتشاف والملاحظة المبكرة للطفل فالتشخيص المبكر عادة ما يؤدي إلى تأهيل سليم وذلك من خلال البرامج العلاجية المناسبة لقدرات ومهارات الأطفال .

9- برامج التدخل العلاجية والتربوية مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

9-1 العلاج الدوائي: تهدف التدخلات الدوائية مع اضطراب طيف التوحد في المقام الأول إلى تقليل اعراض الاضطرابات المصاحبة له كعدم الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط والقلق واضطراب النوم والتهيج – أي نوبات الغضب الشديدة- وإيذاء الذات والعدوان، وحتى الآن لم تتم الموافقة على أي أدوية لعلاج الأعراض الأساسية لاضطراب طيف التوحد. (Laura et al ,2015,P.40).

وأشار الزارع (2017) الى ان الادوية التي يصفها المختصون في هذا المجال تستخدم مع فئات أخرى من الاضطرابات يفترض أن أسبابها عضوية كالأدوية التي توصف للأفراد الذين يعانون الفصام أو الاكتئاب

أو القلق، أو التشنج مثل الأدوية المضادة للذهان (Neuroleptics)، والأدوية المضادة للإكتئاب (Antidepressants)، والأدوية المضادة للقلق / المهدئات (Anti Anxiety)، والأدوية المضادة للتشنج (Anticonvulsants)، والأدوية المنبهة (Stimulants)، ومحصرات الأفيون(Opiate Blockers)، ومحصرات البيتا(Beta Blockers). وقد أوضحت نتائج الدراسات بأن التحسن على هذه الأدوية عند الأطفال التوحديين كانت متواضعة بحيث لا تزيد عن 2% للتحسن الكامل و20% للتحسن الجزئي (غانم،2013، ص.63).

كما تستخدم بعض الهرمونات لذوي اضطراب طيف التوحد كهرمون الميلاتونين الذي تنتجه الغدة الصنوبرية في الدماغ لتنظيم عملية النوم والاستقاظ فقد وجد ان بعض من أطفال التوحد يعانون من انتاج شاذ وغير طبيعي لهذه المادة.(غانم،2013). ولقد ثبت أن الميلاتونين يحسن من بداية النوم في العديد من التجارب الخاضعة للرقابة ويوصى به حاليًا كدواء من الخط الأول للأرق الأولي في اضطراب طيف التوحد(laura et al,2015).

9-2 العلاج بالطب التكميلي والبديل: يستخدم ما يصل إلى 50% من الأسر التي لديها أطفال مصابون باضطراب طيف التوحد علاجات الطب التكميلي والبديل (Perrin,2012). الا ان التجارب السريرية غير كافية لدعم أو دحض معظم تدخلات الطب التكميلي والبديل، سواء القابلة للابتلاع أو غير القابلة للابتلاع.(laura et al,2015) ومن العلاجات البديلة التي يلجا اليها المصابون باضطراب طيف التوحد نذكر:

9-2-1 العلاج بالحمية: يعاني المصابون باضطراب طيف التوحد عادة من اعراض على مستوى الجهاز الهضمي حيث يسعى المرضى عادةً إلى اتباع أنظمة غذائية

-**الحمية الخالية من الغلوتين و والكازين:** تعد من اهم الحميات لأطفال التوحد وأكثرها شيوعا على الاطلاق، حيث يتم عزل كل الاغذية التي تحتوي على الغلوتين و الكازين للتقليل من حساسية والتهاب الأمعاء، وطبقا لاستطلاع معهد بحوث التوحد Autism Research Institute، فقد اشار الاباء و الامهات الى تحسن65 % من الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين اتبعوا هذه الحمية لمدة 6 أشهر. (Matthews, 2008, pp.5-7).

وفي دراسة أجرتها(2015) Hyman et al لاختبار تأثير هذه الحمية على اطفال التوحد، تم تغيير النظام الغذائي للأطفال لمدة 6 اسابيع ثم تزويدهم بوجبات خفيفة تحتوي على الغلوتين والكازين لمدة 3 أشهر توصلت الدراسة الى تأثير طفيف طرأ على سلوكيات الاطفال بعد تزويدهم بالمواد الحاوية على الغروتين

و الكازايين و يعود سبب هذا الى قلة حجم الوجبة بحيث لم تشكل ضرراً على الطفل (Hyman et al,2015,p.2)

9-2-2 العلاج بالأكسجين عالي الضغط: يستخدم العلاج بالأكسجين عالي الضغط (HBOT) لتحسين مستويات الأكسجين في الجسم، ويسهم ذلك في انخفاض الالتهاب وتقليل الإجهاد التأكسدي فهناك بعض الاثباتات التي تشير إلى زيادة الإجهاد التأكسدي والاختلالات في الظهور الاولي للالتهابات مثل السيتوكينات لدى الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد، وهذا ما أدى لافتراض أن العلاج بالأكسجين عالي الضغط قد يسهم في التحسن من هذه المشكلات.(Bent,2012). ورغم ان العلاج بالأكسجين اعطى نتائج إيجابية مع ذوي اضطراب طيف التوحد في بعض الدراسات، الا ان الأدلة على فعالية هذا العلاج تقتصر على سلسلة من الحالات، وعدد قليل من التجارب الخاضعة للرقابة، إضافة الى المضاعفات المعروفة لهذا العلاج في اضطرابات اخري كسمية الأكسجين في الجهاز العصبي المركزي والتي يمكن أن تسبب نوبات، والصدمة الضغطية، ويمكن أن تؤدي إلى تمزق غشاء الطبلة. ولهذا لا ينصح باستخدامه كعلاج مع ذوي اضطراب طيف التوحد في الوقت الحالي. (Rossigol,2009).

9-3 طرق وبرامج التدخل لتأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد :

مع الوضع في الاعتبار أنه لا يوجد علاج لاضطراب طيف التوحد بشكل تام، ونظراً لتعدد الأعراض واختلاف مستوياها وشدتها، تم اعتماد أساليب وإعداد برامج تأهيلية للتدخل تستند على أسس متنوعة لتناسب احتياجات وقدرات كل طفل، وكلما كان التدخل مبكراً ومناسباً لخصائص وقدرات الطفل كلما أدى إلى تغيير كبير في حياته، ومن بين الطرق والبرامج التأهلية المبتكرة لتحسين التفاعل الاجتماعي والتواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد نذكر:

أولا: العلاج بالتكامل الحسي: ويعتبر العلاج بالتكامل الحسي من العلاجات التي استخدمت منذ سنوات عديدة، حيث يوصف على أنه منهج لتعزيز قدرة الدماغ على تنظيم المدخلات الحسية لاستخدامها في السلوكيات التفاعلية مع الأشياء الأخرى. (Davies & Gavin 2007,177). وينبثق هذا العلاج عن نموذج نظرية التكامل الحسي الذي طورته (Ayres) سنة (1972) استناداً إلى نظريات مؤكدة تم توثيقها في مجال علم الأعصاب، وأشارت إلى أن الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية لديهم مشكلات في معالجة المعلومات بطريقة تكاملية، مما يؤثر على تعلمهم وسلوكهم، وقد ناقشت تأثير القصور في عملية التكامل الحسي على السلوك والتطور النمائي حيث أضافت إلى الحواس الخمسة المعروفة حواساً أخرى وهي:

-**الحاسة الدهليزية:** وترتبط بالأذن الداخلية، وتوفر معلومات عن (الفراغ والتوازن، والحركة).

-**المثيرات الحسية العميقة:** وترتبط بالعضلات والمفاصل، وتوفر المعلومات الحسية المستقبلة من العضلات والمفاصل واربطة الجسم. (Ayres,1972,198).

فهذه النظرية تعتمد على أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وتعمل هذه الأحاسيس مع بعضها لتشكيل صورة مركبة عن وجودنا في الكون، ويحدث التكامل الحسي بصورة لا شعورية، وبالتالي فإن أي خلل في تلك الأحاسيس يؤدي إلى اضطراب في التكامل الحسي. (عبده، 2019، ص.7). وتقوم نظرية التكامل الحسي على مجموعة من المبادئ المشتقة من علم الأعصاب والعلاج الوظيفي وعلم النفس النمو ندرج أهمها فيما يلي: النمو الحسي الحركي ركيزة هامة لعملية التعلم/ الجهاز العصبي قادر على التغيير والتطوير/ التفاعل بين الفرد والبيئية دليل على نمو المخ/ الأنشطة الحسية الحركية وسيط قوي لتحقيق التكامل الحسي. (جمعة،2024، ص.330).فالتكامل الحسي يساعد الطفل التوحدي في تحسين قدرته على تجهيز وتنظيم المعلومات الحسية، فعندما يتمكن الدماغ من تنظيم المعلومات الحسية، تكون النتيجة تحسن في الأداء والمهارات الحياتية والنمو العام. ولا يقتصر التكامل الحسي على تعليم الطفل مهارات جديدة، إنما يساعد دماغ الطفل على تطوير عمليات أساسية لمهارات الحياة المختلفة (هوروتيز ، روست،1016، ص.12).

ويشير (المقابلة، 2016،ص.164) الى أن برامج التدخل المبكر القائم على التكامل الحسى تعتبر بمثابة برامج وقائية تسهم في حماية الأطفال ذوى اضطراب التوحد من المشكلات التي تحدث لهم اثناء النمو حيث تعمل على تنظيم حواس الطفل لتصله المعلومات، وتحلله بطريقة صحيحة عن طريق المخ، كما تساعد على التحكم في الذات عاطفيا وجسديا على حد السواء، وبالتالي يتطور لديهم ثقة بالنفس وتكوين علاقات مع الأقران، كما أن التربية الحسية هي إعادة التعلم في مجالات متعددة منها الصورة الجسمية والفراغ والجاذبية والزمن والتارز العضلي البصرى وهذه المجالات تهيئ الطفل ذوى اضطراب التوحد في تحسين الانتباه المشترك.كما أظهرت العديد من الدراسات والبحوث أن البرامج القائمة على التكامل الحسي ذات فعالية في تنمية المهارات المختلفة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، كمهارة الأمن الجسدي، والتواصل الغير لفظي مثل دراسة متولي (2015)، ودراسة عبد الوهاب (2016)، وخفض السلوك الانعزالي والمشكلات السلوكية الحسية كدراسة أحمد (1017)، وخفض اضطرابات ابراكسيا الكلام مثل دراسة صلاح الدين (2018). وخفض أعراض التوحد كدراسة مسرور (2019).

ثانيا: العلاج بالتكامل السمعي: بدأ هذا النوع من العلاج في التسعينيات ويعد أحد أساليب العلاج بالتكامل الحسي، حيث أنه وجد خلل في المعالجة السمعية وحساسية مفرطة للأصوات لدى اطفال التوحد، اذ يؤدي التعرض لأصوات معينة إلى الشعور بالألم وإعاقة القدرة السمعية الوظيفية للطفل، وتقوم فكرة العلاج على

تعريض الأطفال لسماع أصوات وموسيقى معدلة على أجهزة التكامل السمعي خلال عشرة أيام ولمدة ثلاثون جلسة، فتتغير الأصوات عن طريق تخفيف الترددات، فتقل ردود الفعل الشاذة على الأصوات على سبيل المثال: العدوان وسلوك إيذاء الذات، والجمود، والأنشطة النمطية(Kodak & Carroll, 2017: 31-32).

ثالثا: العلاج بالاستجابة المحورية: تم تطوير علاج الاستجابة المحورية في (1970) من قبل علماء النفس التربويين Robert Keugel و kirn line في جامعة كاليفورنيا ومنذ نشأته تم إطلاق العديد من المسميات على علاج الاستجابة المحورية مثل: تدريب الاستجابة المحورية، تعليم الاستجابة المحورية، ومعالجة الاستجابة المحورية، تدخل الاستجابة المحورية ونموذج اللغة الطبيعية. (الحديبي واخرون،2022، ص.49).

ويشير (2018) Koegel الى الاستجابة المحورية بأنها نموذج شامل يقدم للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن طريق تحليل السلوك التطبيقي، وتهدف إلى تقديم فرص للتعليم من خلال البيئية الطبيعية للفرد باعتبارها استجابة محورية أو سلوكيات محورية عن طريق التحفيز، وادارة الذات والعاطفة، وقد يترتب على تناول ومناقشة هذه الجوانب بشكل مبكر وبطريقة نظامية التطور في سلوكيات الطفل مثل الاتصال، والتفاعلات الاجتماعية، وتحسينات في السلوك وبناء المهارات الأكاديمية. فالعلاج بالاستجابة المحورية يتناول الجوانب الأساسية والجوهرية لاضطراب طيف التوحد والاضطرابات المصاحبة لذلك، ويساعد على زيادة دافعية الأطفال الذين يعانون من اضطرابات متنوعة للتوحد على القيام بتحسينات جوهرية وتطورات مهمة في السلوكيات المعقدة التي تتسم بطابع التحدي أثناء القيام بالمهارات الأكاديمية.(Koegel,2019) .

ثالثا: العلاج النفس حركي:

يعد العلاج النفسي الحركيPsychomotor therapy أحد وسائل العلاج الطبيعي، ويعنى الاستخدام العلمي لحركات الجسم وشتى الوسائل المختلفة المبنية على أسس من علم التشريح والفسيولوجيا والعلوم التربوية والنفسية لأغراض وقائية وعلاجية، بهدف المحافظة على العمل الوظيفي وإعادة تأهيل الأنسجة الدماغية قبل وأثناء وبعد الإصابة، وبذلك فإن العلاج الحركي يعتمد وسيلة هي الأكثر فعالية بين وسائل القوى الطبيعية (الحركية) من أجل الوقاية والعلاج والتأهيل عند الاصابة أو المرض أو الاعاقة (العاسمي،2012، ص.29). وأنشئ المنهج النفس حركي من طرف Kipard الذي وصفه بانه تربية حركة تطورية إنسانية شمولية للطفل يركز على التعامل بين الجسم والعقل ويرى الشخص وحدة متكاملة، ويدرس سلوكه الحركي ويربطه بالنشاط الذهني، وهذا المنهج يحتاج إلى التجارب الثلاثة التالية وكل منها ستحسن فرص الإنجاز الناجح: الخبرات الجسدية لتحسين الكفاءة الذاتية/اختبار الأشياء والمواد لتحسين إدراكها.

/التجربة الاجتماعية لتحسين التطور المتكامل للطفل خلال هذه التجارب، حيث يتعلم الأطفال العلاقة، ويتصورون عالمهم الخاص (العالم المادي وعالم الآخرين).(Jeong,2011, p.13).

رابعا: التدريب على المهارات الاجتماعية: وتتضمن:

أ-**برامج التدريب على اكتساب المهارات:** يشير Kodak and Carroll (2017,P. 28-26) أن هذه التدريبات تقوم على فكرة وجود نقص في العديد من المهارات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فتقوم بتعزيز المهارات المعرفية، وتحسين الأداء التكيفي، وتطوير المهارات الحركية، وتعليم المهارات الاجتماعية واللغوية، مثل برامج التدريب التجريبي المفصل ،وتتضمن تنسيقا كبير وسريع الإيقاع للتعليم حيث يقوم بالتدريب مدرب مع طفل واحد، وعادة ما يتم تقسيم المهارات إلى خطوات أصغر، ويتم ممارسة كل خطوة بشكل متكرر في التجارب حتى يتم الوصول إلى إتقانها، وتضم ترتيب عناصر سابقة محددة مثل طلبات، وما ينتج عنها مثل مدح وتعزيز ملموس، ومنها التدريب على الاستجابة المحورية، والذي يترتب على تعلمها اكتساب مهارات أخرى غير متعلمة مثل اللغة فهي سلوك محوري، لأنه بمجرد أن يتمكن الفرد من التواصل مع الآخرين قد تظهر المهارات غير المدربة مثل اللعب والسلوك الاجتماعي.

ب- برامج القصص الاجتماعية: طرحت كارول جراي وزملاؤها Carol Gray et al استراتيجية القصص الاجتماعية لزيادة وعي الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالمواقف الصعبة، بدءًا من فهم الطفل للموقف، ثم تتطور القصة **لوصف ما يحدث، ولماذا، وكيف** يشعر الأشخاص في هذا الموقف. وتضم القصة عبارات توجيهية، على سبيل المثال: ما يجب القيام به في موقف ما. ولكن التركيز يكون على تفسير ما يحدث في الموقف. وتقرأ القصص الاجتماعية مراراً وتكراراً حتى يتعلموها ثم يقوموا بقراءتها مرة ثانية فقط قبل حدوث هذا الموقف الصعب. وتعد القصص الاجتماعية مؤثرة جداً على الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذلك عندما تفسر كيف ولماذا الأشخاص يتصرفون ويفكرون بطريقة ما في المواقف (Baker, 2001).

البرامج التاهيلية : كما تم اعداد العديد من البرامج التاهلية والتي نذكر منها:

أولا: برنامج صن رايز : تم تصميم برنامج صن رايز Son-Rise Program في أواخر الستينات وأوائل السبعينات من قبل Samahria Kaufman و Barry Neil كمدخل علاجي مكثف، يقوم على العمل الفردي مع الطفل التوحدي والقبول الغير مشروط لخصائصه وسلوكياته، وأعد البرنامج انطلاقا من فرضية أن التوحد اضطراب عصبي يؤثر على قدرة الطفل على التواصل وليس مجرد كونه اضطراب سلوكي، ويعتمد البرنامج اعتمادا كبيرا على مشاركة أولياء الأمور، لذلك بعد تدريب الاولياء عنصرا رئيسيا في

البرنامج ،ويركز البرنامج على اللعب وبناء العلاقات الاجتماعية ، حيث يتم تحديد المحفزات للطفل ومن ثم استخدامها لتشجيع مشاركة الطفل. (Kim, 2015,p.22).

وأشار (2006) Davis الى أن برنامج صن رايز من البرامج التي تعتمد فكرة إشراك الأسرة في العلاج إذ تستند فلسفته العلاجية على فكرة الانضمام إلى عالم الطفل بدلاً من أخذ الطفل إلى عالم الكبار، ويطبق البرنامج في المنزل كبيئة طبيعية للطفل مع الحرص على تصميم بيئة مترابطة وآمنة أولاً، ثم بعد ذلك تطبيق الاستراتيجيات التعليمية المناسبة لتحسين المهارات بشكل كبير في جميع مجالات التعلم والنمو والتواصل. (صالح،2021، ص.842). وقد نشرت أول دراسة أجراها باحثون في جامعة Northwestern University، سنة 2013 قدمت الدليل على فعالية برنامج صن رايز حيث وجدت الدراسة أن الأطفال الذين تعرضوا لبرنامج صن رايز ظهرت لديهم زيادة المشاركة والتفاعل الاجتماعي، وأسندت الاختلاف في نتائج التعرض للبرنامج لمدى فعالية تدخل الوالدين بصفتهم عنصر أساسي في نجاحه، وأوصت الدراسة بمزيد من البحوث لتقييم الفرق بين المواقف الأبوية بالبرنامج وارتباطها بفعالية التدخل (Houghton,et al,2013,P.495).

وعليه فان برنامج صن رايز يضع الاولياء كمعلمين رئيسيين ومعالجين ومديرين البرامج أطفالهم، ويستخدم المنزل باعتباره البيئة الأكثر رعاية للطفل، ويشارك البرنامج مع البرامج الأخرى في فكرة أن يقضي الوالدين أو المعالج وقتا في التفاعل مع الطفل، ويقيم عالم الطفل من منظور الطفل.

ثانيا: برنامج دينفر: يعد نموذج دنفر للتدخل المبكر واحدا من البرامج التي تم اشتقاقها من مفاهيم وأسس النظريات السلوكية المعرفية وخاصة نظرية جان بياجيه للنمو المعرفي بهدف مساعدة الطفل في عملية تطوير العلاقات مع الوالدين، وتعدRogers وزملائها من جامعة كولورادو الأمريكية أول من تحدث عن النموذج عام (Edelman & Kudzma,2021,335). حيث يتبنى هذا النموذج فسلفة أن كل طفل من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد له تفرده الكامل والمختلف عن غيره من الأطفال ذوي نفس الاضطراب، وفي الوقت نفسه يعتبر التدخل والعلاج المبكر أداة لتمكين هؤلاء الأطفال وإتاحة الفرصة لهم للتعبير عن إمكاناتهم الكاملة والفريدة من خلال زيادة مهاراتهم في مختلف جوانب النمو وإعدادهم للمشاركة مع أسرهم وأقرانهم في بيئة الحياة اليومية، ومعالجة الصعوبات التي تحد من مشاركتهم الاجتماعية، كما يتبني فلسفة أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ينبغي أن يحصلوا على التدخلات المناسبة لأوجه العجز والقصور لديهم وخاصة في جانب اللغة والتواصل جنبا الى جنب مع المهارات الاجتماعية التي تعد الأدوات الأساسية الى يحتاجها هؤلاء الأطفال حتى يكونوا أعضاء فاعلين في مجتمعاتهم. (Vivanti et al,2017,14).

فنموذج دنفر يعتبر أحد التدخلات الشاملة لصغار الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عمر 12 – 48 شهر يتضمن مجموعة من الإجراءات العلاجية التي تسعي الى تحسين النمو على مختلف الجوانب التي يواجه فيها طفل اضطراب طيف التوحد قصورا وعجزا مثل اللغة والانتباه المشترك والتواصل اللفظي وغير الفظي واللعب الرمزي واللعب الوظيفي، حيث يعوق الاضطراب نمو وتطور تلك العمليات التي تسهل على الطفل المشاركة في التفاعلات المبكرة مع الوالدين. (Vivanti & Zhong,2020,p.99).كما يتمتع هذا النوع من التدخل بإمكانية تطبيقه في برامج جماعية او منزلية من قبل فرق العلاج او الوالدين وفي جلسات فردية في العيادة أو المنزل من خلال عدة تخصصات ،كما انه منخفض التكلفة. (Rogers & Dawson,2020,p.1).

ثالثا: التواصل بتبادل الصور(PECS) :يعد برنامج التواصل باستخدام الصور **(PECS) Picture Exchange Communication System** من أفضل البرامج التي أعدت للتعامل مع المصابين باضطراب طيف التوحد. (الشريف، 2012،ص.241)، تم طوره سنة (1994) من قبل أخصائي التخاطب (Bondy & Frost) من أجل الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ولكنه استخدم بنجاح مع الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، ويستخدم برنامج بيكس مزيج من المنهجية السلوكية وأساليب التدريس العرضية وذلك لتدعيم التواصل الاجتماعي. (Kuder,2012,P.192). ويوكد(2018).Reichow et al بوصفه أحد الأساليب العلاجية للأطفال الذين يعانون مشكلات التواصل، وهو نظام يعتمد على تبادل الاتصال عن طريق الصور، لأن أطفال التوحد يتعلمون تبادل الاتصال عن طريق البصر، وبشكل رئيس مع استخدام التعزيز المادي والاجتماعي إن المعاناة التي يعانيها طفل التوحد في عملية التقليد اللفظي والحركي إضافة إلى قصوره في عدم المبادرة (Rejani& Ellen,2016,p.45). والهدف الأساسي لهذا النظام أن يتعلم الطفل الطلب من خلال رمز ومن ثم تقدمه في باقي المراحل ليتم تهيئته لاستخدام الطلب من خلال سلسلة من الرموز ليتم بناء جملة للطلب، وبنهاية المرحلة الخامسة والسادسة للبرنامج يستجيب الطفل لسؤاله عما يريده أو يراه أو يمسكه. (Manina & Van,2016,P.138).

رابعا: برنامج لوفاس(ABA): يقوم العلاج بتحليل السلوك التطبيقي**Applied Behavior Analysis** على أساس نظريات التعلم واستخدام الأساليب السلوكية وتتضمن بعض برامج العلاج تدريب الوالدين على مبادئ (ABA)، لتطبيقه في المنزل واستخدام الاستراتيجيات السلوكية مع أطفالهم للتدريب على الاستجابة وزيادة حافز المشاركة في التواصل والتفاعل الاجتماعي. (Thompson and Jenkins,2016). ويستخدم تحليل السلوك التطبيقي بطريقة مكثفة لعلاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بصفة خاصة والأطفال الآخرين بصفة عامة، وهو مبني على مجموعة من الإستراتيجيات التي تقلل من الصعوبات

السلوكية، ويحسن الجوانب اللغوية والاجتماعية والعاطفية للأطفال، كما يمكن استخدامه لتعديل سلوك الطفل التوحدي سواء أكان ذلك داخل المنزل أم داخل المؤسسات التأهيلية والتربوية المتخصصة لهؤلاء الأطفال. (Fry ling,2018,p.24).

وقد أثبتت كثير من الدراسات والبحوث أن برنامج تحليل السلوك التطبيقي هو الممارسة التربوية السليمة على مدى السنوات الخمسين الماضية، وأيضاً يعتبر تحليل السلوك التطبيقي من أفضل البرامج التي تعمل على زيادة السلوكيات الإيجابية وتقليل السلوكيات السلبية وتعليم مهارات جديدة والحفاظ على المهارات المكتسب. (Foxx,2018,821).

خامسا: برنامج تيتش : برنامج تربوي موجه لأطفال التوحد ومن يعانون من مشكلات في التواصل ومصطلح (TEACCH) اختصار للجملة التي تعني علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد واعاقات التواصل المرتبطة به **(Treatment and Education of Autistic and Related Communication Children Hadicapped)**. وهو من تصميم البروفيسور (Eric Scholpler) سنة (1972) في جامعة نورث بولاية كارولينا الشمالية بالولايات المتحدة الأمريكية، ثم قام بتطويره وتصنيفه وشرح الخلفية التطورية له و جوهره و العناصر الأساسية فيه، والخدمات التي يقدمها. (مصباح، 2018، ص 74). يتضمن برنامج تيتش على (296) نشاطا تشمل على عدة ميادين والمتمثلة في التقليد، الادراك الحركة العامة والدقيقة، القدرات المعرفية، الكفاءات اللغوية الاستقلالية الاستعدادات الاجتماعية والسلوك ويقبل برنامج تيتش الأفراد ذوى الاضطرابات النمائية الشاملة ممن تتراوح أعمارهم بين 8 أشهر و 55 سنة دون اعتبار لدرجة الذكاء (عبد المقصود، 2018، ص.37).

كما يعد برنامج تيتش من أكثر البرامج استخداما في العديد من الدول فهو يعتمد على أساليب التعزيز الإيجابي والسلبي لمساعدة أطفال التوحد على تحسين تواصلهم مع الاخرين واكتساب المهارات اللغوية والمفاهيم غير اللفظية. (الزعبي،2014، ص.50).

سادسا: برنامج ليب (LEAP): برنامج تعليم الخبرات البديلة قبل المدرسة للأطفال **(Learning Experiences Alternative program preschool** مبتكر من قبل فيليب سترين Philip strain كبرنامج تدريبي تكاملي يتم تقديمه للأطفال ذوى اضطراب التوحد وأقرانهم العاديين في مرحلة ما قبل المدرسة، وبرنامج لتدريب الوالدين على المهارات السلوكية، ويقوم برنامج ليب على مجموعة من الاجراءات والخطوات التي تتضمن مجموعة من الأهداف والأنشطة والأدوات والفنيات بهدف تحسين المهارات الاجتماعية وخفض المشكلات السلوكية لدى أطفال اضطراب التوحد.(غالي،2022،ص.179).

وقد تأسس مركز تعليم الخبرات من خلال الخبرات البديلة للأطفال (ليب) في سن ما قبل المدرسة في سنة(1982) في بنسلفانيا، وكان أول برنامج يدمج الأطفال ذوى اضطراب التوحد مع الأطفال العاديين منذ بداية التدريب، وفى سنة(1985) أصبح أحد برامج التدخل المبكر لدى عيادة الطب النفسي للأطفال في جامعة بيتسبورج في الولايات المتحدة الامريكية.(عواد،2019). حيث يشتمل برنامج ليب التدريب على المهارات السلوكية والانفعالية والاجتماعية واللغوية للآباء والأبناء بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى كما يمتاز المنهج في برنامج ليب باستخدامه للرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية واكساب المهارات اللغوية ذات الاستقلالية، ويركز على مجالات النمو الاجتماعية والانفعالية واللغوية والسلوك التكيفي والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية.(يونس،2018).

ومما سبق يتضح وجود العديد من التدخلات التي تهدف اجمالا الى الحد من المشكلات التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالإضافة الى العديد من الطرق والأساليب التي لا حصر لها كمدرسة هيقاشي لعلاج الحياة اليومية، العلاج الحسي باللعب، العلاج بالموسيقى والفن العلاج بالتعلم من خلال الاقران، العلاج بالتمرينات الرياضية وغيرها.

لقد ركزت العديد من الأبحاث والدراسات على ضرورة التدخل المبكر مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كدراسة كل من (2007) .Gillette & LeBlanc، (2018) .Prata et al و(2019),Sankey) التي أشارت الى فعالية الجمع بين التدخل المبكر الذي محوره الأسرة مع البرنامج التي يقدمها المختصون لدعم احتياجات الأسرة بأكملها، وتيسير اختيار الأسرة لنوع التدخل العلاجي المتاح لها، ومراقبة الدعم ومساعدة الأسر على التنقل في الخدمات. فالصعوبات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال تستدعي التدخل المبكر التخصصي وتدريبهم من خلال أسرهم وبيئاتهم الطبيعية. كما أن ديمومة واستمرارية التدريب والتأهيل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعد ضرورة لابد منها لضمان عدم حدوث انتكاسات تتسبب في تأخر قدراتهم.

10-دور الأولياء في عملية التكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

لقد تم نقل التدخل العلاجي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خلال الأربعين سنة الماضية من نهج قائم على المعالج والقليل من التدخلات الوالدية إلى التركيز على الأسرة بأكملها، وظهر ما يسمى بنظرية أنظمة الأسرة والتي ترى أن الأسرة وحدة تفاعلية، وأن العوامل التي تؤثر على الفرد تؤثر بدورها على بقية الأسرة وبالتالي تحتاج برامج التدخل إلى إشراك أفراد الأسرة في تنفيذ خطة العلاج. (Factoret et al,2019)

فاشتراك الأهل كوسطاء في عملية التأهيل تدعمه العديد من الدراسات التي أكدت نتائجها على ضرورة مشاركة الأهل في البرامج التأهيلية لأطفالهم، ففي البحث الذي أجراه Derguy et al.(2015) أشار الباحثون أن طرق العلاج تتمثل خطوتها الأولى في تقديم المعلومات للأهل، وإعلامهم بماهية هذا الاضطراب والفرص المتاحة للشفاء منه، وبأهم الأشخاص الموجودين حولهم لمساعدتهم لمواجهته، بما في ذلك الآباء والأمهات أنفسهم.

الا أن تربية وتأهيل الطفل المشخص باضطراب طيف التوحد يعد مصدر توتر وصعوبات مختلفة بشكل يومي للوالدين ولذلك يجب على المختصين الأخذ بعين الاعتبار احتياجات الاولياء والمشكلات التي يتعرضون لها والتي تؤثر بشكل أو باخر على جودة حياتهم.

وفي الغالب تكون الأم الفرد الأكثر عرضة للمعاناة في الأسرة بعد تشخيص طفلها بأنه توحدي، فهي من يتحمل مسؤوليته، ويقع على عاتقها الأثر النفسي الناتج عن وجود هذا الطفل في الأسرة، لذلك أصبح السعي الى تكفل جيد ودقيق وشامل ومتكامل بما يضمن الصحة النفسية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من الضروريات الملحة نظرا لدورهن المحوري في عملية التكفل والتأهيل لأطفالهن.

خلاصة:

من خلال ما سبق يتضح أن اضطراب طيف التوحد يندرج ضمن الاضطرابات النمائية العصبية المعقدة التي تصيب الطفل في المراحل المبكرة من حياته ولها تأثير شامل على كافة جوانب نموه خاصة فيما يتعلق بجانب التواصل الاجتماعي الذي تترتب عليه أثارا سلبية على الطفل والمحيطين به، خاصة الأم باعتبارها الشخص الأقرب اليه، فتربية وتأهيل الطفل المشخص باضطراب طيف التوحد يعد مصدر توتر وصعوبات مختلفة بشكل يومي في حياة الأم. ولذلك يجب على المختصين الأخذ بعين الاعتبار احتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمشكلات التي يتعرضن لها والتي تؤثر بشكل أو بأخر على صحتهن النفسية والجسدية، ولذلك أصبح السعي الى التكفل الجيد والدقيق والشامل والمتكامل بما يضمن الصحة النفسية لأمهات الأطفال من الأمور الضرورية.

الفصل الخامس:

العلاج بالتقبل والالتزام

تمهيد:

يقوم المختصون في مجال علم النفس بتقديم إستراتيجيات وفنيات وبرامج علاجية وتدريبية للتعامل مع المشكلات والاضطرابات التي يعاني منها الافراد، ويعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد التيارات العلاجية التي تقوم على أسس علم النفس السلوكي الحديث الذي يعتمد جلسات تتضمن إستراتيجيات وفنيات تهدف الى التغلب على المشكلات والاضطرابات النفسية، وسنتطرق في هذا الفصل الى نبذة عن ماهية العلاج المعرفي السلوكي، نشأة وفلسفة العلاج بالتقبل والالتزام، ماهيته وخصائصه، الأسس والمبادئ التي يقوم عليها. أهدافه وتفسيره لنشأة الاضطراب النفسي وإستراتيجياته لتحقيق الصحة النفسية، تطبيقاته وفعاليته في علاج مختلف المشكلات والاضطرابات النفسية.

1-العلاج المعرفي السلوكي :

عرفت العلاجات المعرفية السلوكية تطورا ملحوظا في السنوات الأخيرة حيث أصبح التيار المعرفي السلوكي هو التيار العلاجي السائد منذ أوائل ثمانينات القرن الماضي، وهو منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في معارف الفرد وعمليات التفكير لديه. (Oei et al,2006).

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاه علاجي حديث نسبيا يعمل على الدمج بين كل من العلاج السلوكي والعلاج المعرفي بما يضمه كل منهما من أساليب وفنيات، ويعتمد في تعامله مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد حيث يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا. (عبد الله، 1999،ص.17).

كما تعرف العلاجات المعرفية السلوكية على أنها علاجات مختصرة ترتكز على تعلم سلوكيات جديدة انطلاقا من تكوين أفكار جديدة تهدف إلى تعديل تعلم عاطفي معرفي سلوكي غير ملائم، وتعديل المخططات المعرفية من خلال تقنيات معرفية وسلوكية، ظهرت في أواخر الخمسينيات وتأسست في البداية على النظريات السلوكية وخاصة نظريات التعلم، الإشراط الكلاسيكي (Pavlov)، الإشراط العملي (Skinner) والتعلم الاجتماعي (Bandura) وهي ما يعرف بالموجة الأولى من العلاجات المعرفية السلوكية، ثم ظهرت الموجة الثانية أين تم دمج النظريات المعرفية للنشاط النفسي و خاصة نموذج معالجة المعلومة ومن أهم روادها Aaron Beck وAlbert Ellis، لتليها الموجة الثالثة والتي تركز بشكل كبير على تغيير التواصل النفسي للشخص مع الأفكار والمشاعر من خلال استراتيجيات تطوير مهارات اليقظة العقلية (لوشاحي،2022،ص.8). فعلاجات الموجة الثالثة تختلف عن سابقاتها في أنها ترتكز على أساس منهج تجريبي يركز على المقصد أو المبدأ principle-focused approach، وتهتم بشكل خاص بسياق context ووظائف الظواهر النفسية وليس فقط شكلها، وبالتالي تميل إلى التأكيد على استراتيجيات التغيير

السياقي والتجريبي إضافة إلى استراتيجيات مباشرة وتعليمية. وتميل هذه العلاجات إلى تكوين بنية واسعة ومرنة وفعالة لتعلم استبعاد مشاكل محددة بدقة (Hayes,2004,p.6). ورغم اختلاف علاجات الموجة الثالثة فانه لا يمكن اعتبارها رفضا للموجة الأولى والموجات الثانية من العلاج السلوكي والمعرفي ولكن جاءت للتنسيق والتوافق وضم الانقسامات القديمة بين وجهات النظر السلوكية والمعرفية ولتشجع تحول المراحل السابقة إلى شكل جديد وأوسع نطاقا وأكثر ترابطاً .(Asmundsun & Hofmann,2008). ويشير Bendig et al.(2021,p.5) الى أن الاتجاهات العلاجية الحديثة اتبعت مقاربة مختلفة ترتكز على علاقة الفرد بأفكاره ومشاعره، حيث قامت بربط تقنيات منبثقة من تقاليد العلاج المعرفي السلوكي مع مشاكل التقبل والوعي الكامل.

ومن أبرز العلاجات التي لاقت رواجا كبيرا وأثبتت فعاليتها في التعامل مع العديد من الاضطرابات والمشكلات" **العلاج بالتقبل والالتزام**" (Acceptance and commitment therapy(ACT الذي يعد جزءا من الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية جنبا إلى جنب مع العلاج الجدلي السلوكي (Dialectical Behavioral Therapy (DBT، والعلاج بالتحليل النفسي الوظيفي(Functional Analytic Therapy (FAT، والعلاج السلوكي التكاملي للأزواج (Integrative Behavioral Couples Therapy (IBCT، والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية(Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT، والعلاج القائم على الحد من الإجهاد وبناء اليقظة العقلية، وجميع هذه العلاجات تركز بشكل كبير على تغيير التواصل النفسي للشخص مع الأفكار والمشاعر من خلال استراتيجيات تطوير مهارات اليقظة العقلية.(عبد الرشيد وشعبان،2019).

حيث يشير(أبو حلاوة ،2024) الى أن العلاج القائم على التقبل والالتزام يحظى بشهرة عالمية وشيوع واضح في سياق علاجات الموجة الثالثة من موجات تطور العلاج المعرفي– السلوكي، التي تتصف بأنها عابرة للتشخيصات، بما يعني إمكانية استخدامها في تحقيق مكتسبات علاجية إيجابية بغض النظر عن الفئة التشخصية التي ينتمي اليها المستفيد من العلاج، فقد ثبت بالأدلة فعالية التدخلات العلاجية القائمة على التقبل والالتزام وحقق نتائج إيجابية وعلى نطاق واسع في تعامله مع الحالات الإكلينيكية المرضية كالقلق والاكتئاب الصدمة، اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطرابات الشخصية والادمان بأنواعه وغير ذلك من حالات الاعتلال النفسي، كما تمكن الشخص من عيش حياة أكثر ثراء وأكثر معنى وانجازا وأكثر تطابقا مع قيمه واعتقاداته الأساسية.

2-نشأة وفلسفة لعلاج بالتقبل والالتزام:

ظهر نموذج العلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and commitment therapy ACT) في النصف الأخير من تسعينيات القرن الماضي علي يد" ستيفن هاينز، "Steven Hayes" أستاذ علم النفس العيادي في جامعة نيفادا، ومجموعة من زملائه هم "كيرك سنروساهي Kirk Strosahi، "وسبنسر سميث" Smith Spencerوقد أكدت أبحاثهم على فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام مع العديد من المواقف الحياتية والظروف الإنسانية المؤلمة مثل الاكتئاب، الضغوط، الألم المزمن (محمد،2013،ص. 436).

ويشير Izadi et al.(2012) الى ان العلاج بالتقبل والالتزام مدخل علاجي ضمن الموجة الثالثة من العلاج السلوكي والذي يتبنى تغيير وظيفة الأفكار والعواطف بدلاً من تغيير شكلها أو محتواها أو تكرارها. وينبثق العلاج بالتقبل والالتزام من نظرية فلسفية تسمى السياقية الوظيفية functional contextualizm وتستند إلى برنامج بحث حول اللغة والإدراك يسمى نظرية الإطار العلائقي Relational Frame Theory. ويحتوي ACT على ست عمليات مركزية تهدف إلى تحسين المرونة النفسية psychological flexibility.

حيث صمم هايز وستراوسل وويلسون (Hayes, Strawsel, welson,1999) نموذج العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) ، الذي يقوم على فكرة أن التجنب هو ما يكمن وراء العديد من أنواع الأمراض النفسية وان التقبل يعد نهج بديل وفعال للتعامل مع الأفكار والمشاعر. حيث ينفي علاج (ACT) فكرة أن التجارب الداخلية تحتاج إلى تنظيم من أجل حدوث تحسن، بل على النقيض من ذلك، يرى أن تلك المحاولات للرقابة الداخلية قد تكون هي المشكلة وليست الحل، وعلى الفرد أن يشعر بالعواطف والأحاسيس الجسدية بالكامل وبدون محاولة تفاديها، والتركيز على تغيير اتجاه السلوك للتقدم حسب أهدافه وقيمه، بدلا من تعديل الأفكار والمشاعر. (Levitt ,2004).

3-الأسس الفلسفية والنظرية للعلاج بالتقبل والالتزام:

إن التقنية المستخدمة في العلاج بالتقبل والالتزام موجهة من خلال فلسفة يطلق عليها اسم السياقية الوظيفية، وكذلك موجهة من طرف الأبحاث في المعرفة واللغة والمعروفة باسم نظرية الأطر العلائقية (twohig,2008,p.1).

وقد أكد Ruiz (2010,p.126) على أن العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) من أشهر العلاجات فيما يسمى بالموجة الثالثة للعلاج السلوكي، وهذا العلاج هو نموذج من التدخل العلاجي النفسي، يتأصل من الناحية الفلسفية في السياقية الوظيفية Functional Contextualism، ويتأصل من الناحية النظرية في نظرية

الحالة الذهنية الاتصالية Relational Frame Theory (RFT)، وينظر للعلاج بالتقبل والالتزام على أنه علاج لاضطراب التجنب التجريبي والذي يعد نموذجا وظيفيا للمرض النفسي.

كما أن العلاج بالقبول والالتزام (ACT) يعتمد على الموجتين الأولى والثانية من العلاج السلوكي، ولكنه يقدم وجهة نظر سياقية وظيفية تركز على اللغة والإدراك، ويركز بشكل أساسي على تأثير اللغة على علاقتنا بالكلمات كبشر، ونقوم تلقائيا بتنظيم أفكارنا وخبراتنا من خلال إنشاء روابط ذات مغزى بين الكلمات والأفكار للسياق.(Kara,2020,p.43).

-السياقية الوظيفية:

لقد ساهمت فلسفة السياقية الوظيفية في تطور أفكار ومبادئ (ACT) وتظهر في تكوين النموذج العلاجي على أسس فلسفية منطقية تساعد العميل على فهم السلوك في ضوء التحليل الوظيفي لنتائج هذا السلوك في تكوين علاقات اجتماعية متكافئة (Morris, 3013,p.113).

يشير هاريس (2008) كما ورد في وحسب قاصب (2021) الى أن العلاج بالتقبل والالتزام يمثل الطابق العلوي لمنزل من ثلاثة طوابق، يليه في الطابق الأسفل منه نظرية الأطر العلائقية (RFT) وهي نظرية سلوكية للغة الإنسانية والادراك اما الطابق السفلي نجد تحليل السلوك التطبيقي (ABA) وهو نموذج نشط للتنبؤ بالسلوك والتأثير عليه والذي له تأثير كبير على معظم فروع علم النفس الحديث، اما الارضية التي يقوم عليها هذا المنزل بأكمله هي فلسفة ندعوها بالسياقية الوظيفية(CF).

ويقصد بالسياق الوظيفي التعلق بالهدف والسعي إلى التنبؤ والتأثير بشكل دقيق وعميق، حيث يهتم العلاج بالتقبل والالتزام بالأحداث النفسية التي تشمل الإدراك والاستجابات (الوجدانية والسلوكية ويرى أنها عبارة عن مجموعة من الأفعال الدائمة للشخص التي تتأثر بالسياقات التي يمر بها. (Jacqueline & al,2020,p.11).

وتتجلى المكونات الأساسية للسياق الوظيفي حسب (Hayes,2004,p.646) فيما يلي:

1-التركيز على الحدث بكامله.

2-الحساسية لدور السياق في فهم طبيعة ووظيفة الحدث.

3- التركيز على معيار الحقيقة الواقعي.

4-وضع أهداف عملية محددة التي يمكن على أساسها تطبيق معيار الحقيقة.

حيث ينظرACT الى الاحداث النفسية على انها مجموعة من التفاعلات المستمرة بين الكائنات الحية بأكملها والسياقات المجددة تاريخيا وموقفيا. الوسولس فالهدف الجوهري من السياقية الوظيفية في ACT هو التنبؤ بالسلوك والتأثير عليه بشكل فعال ودقيق باستخدام مبادئ تجريبية مثبتة (قاصب،2021،ص.18).

وبناء على السياقية يفترض العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) ان المعاناة البشرية في الغالب تظهر من العمليات النفسية الطبيعية، ولا سيما تلك التي تنطوي على لغة الانسان (Harris,2009,p.18).

ويشير (schendorff et al.(2011,p.37) الى ان العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) علاج يتم داخل سياق أو إطار معين، لأن الطريقة الأكثر فعالية لتطبيقه تتم داخل سياق بحيث ترتكز مبادئه وعملياته على نظرية الإطار العلائقي والتي تم تطويرها إلى عدة نماذج تسمح باستعمالها داخل ACT، فهي بمثابة منزل بعدة طوابق قاعدته فلسفية خاصة بالسياقية الوظيفية والتحليل السلوكي والإطار العلائقي.

-نظرية الأطر الاتصالية العلائقية (Relational frame theory) (RFT):

عبارة عن تقرير سياقي وظيفي للغة والمعرفة البشرية، والتي يمكن أن تنطبق على الحالات السريرية وذلك لكون الدراسات والأبحاث في هذه النظرية بينت أن اللغة والمعرفة الإنسانية بالرغم من كونها تسهم في البقاء التطوري للإنسان ونجاحه، فهي المسؤولة عن المعاناة البشرية. (Bach & Moran,2008) .

حيث تعتمد نظرية (RFT)على اللغة والمعرفة الانسانية، والتي تقدم بدورها أدلة على أنه حتى يمكننا فهم اللغة والمعرفة يجب علينا أولا الانتباه للعلاقة بين اللغة ووظيفتها والأحداث اللفظية في ضوء السياق العام الذي يقع فيه الحدث ومن خلالها يمكن توضيح الطريقة التي يمكن للأشخاص الاستجابة بها للإشارات السياقية أيضًا، وتفترض نظرية الأطر الاتصالية العلائقية أن العلاقات بين المثيرات والأحداث ناتجة عن التعلم غير المباشر، وتشمل نظرية الأطر الاتصالية العلائقية ثلاث خصائص تتم جميعها في وقت متزامن حتى يُطلق عليها علائقية وهي :

-**ثنائية الاتجاه:** هي العلاقة التي تم تعلمها في اتجاه واحد تنطوي في الاتجاه المعاكس.

-**الالتزام التوافقي:** أي أنه إذا علم الشخص ما أنه يرتبط بطريقة معينة مع من يرتبط فإن الشخص يدرك أن يرتبط كذلك بطريقة معينة.

-**النقل:** هو نقل وظيفة أحد المتغيرات إلى متغيرات أخرى ذات علاقة (Hayes et al,2011,p. 26) .

حيث ينظر كل من العلاج بالتقبل والالتزام ونظرية الأطر الاتصالية العلائقية إلى المشكلات النفسية على أنها تنشا بموجب الغياب العام للقدرات الاتصالية وتكون بذلك المصدر الأول للمرض / الاضطراب النفسي

وهذا الأسلوب تتفاعل به اللغة والمعرفة مع احتمالية وقوع الأحداث الطارئة بصورة مباشرة، كما ينتج عنه عدم التصميم أو التغيير من أجل خدمة النهايات القيمة على المدى البعيد وهذا النوع من المرونة النفسية ينجم عن التحكم السياقي الضعيف وغير المجدي(Larmar et al., 2019,p. 221) .

وعليه فان العلاج بالتقبل والالتزام له اتجاه مختلف وسياقي يستند إلى التحليل التجريبي للغة الإنسان والمعرفة (Hayes, 2004). ويهدف (ACT) إلى تشجيع الأشخاص على الاستجابة للمواقف البناءة وتقبل الأحداث المعرفية الصعبة وما يقابلها من مشاعر بدلا من استبدالها. (Idoia et al,2021,p.6).

4-مراحل تطور العلاج بالتقبل والالتزام:

ويشير (Kohlenberg &Callaghan,2019,p.34) الى ان العلاج بالتقبل والالتزام نشا وتطور عبر ثلاث مراحل كما يلي:

-**المرحلة الأولى:** (1970) ويطلق عليها مرحلة التشكيل تميزت بانتشار أفكار ومبادئ المدرسة السلوكية

-**المرحلة الثانية:** (1980) وتسمى مرحلة التحول عندما وضعت نظرية الإطار السياقي حول اللغة.

-**المرحلة الثالثة:** وبدأت في نهاية العقد الماضي ووصف فيها العلاج بانه مدخل وظيفي متكامل للعلاج المرتكز على نظرية الإطار السياقي، واسس فلسفية تعود الى السياقية الوظيفية.

وتم تقديمه للعامة من طرف الباحث والمؤلف هاريز (Haris, 2006) بصفته علاج سلوكي تجريبي وإنساني يسمح بالتفسير السلوكي ويستهدف مباشرة التوظيف مع العميل في الوقت الحاضر هنا والآن، بحيث يقوم المعالج بتدريب العميل على الانفعال والمباعدة عن أفكاره ومشاعره وذكرياته التي تجعله يتألم، ليقوم بتجديدها واستحضارها بطريقة جديدة تخلصه من ألامه وتخفض تأثير تلك الأفكار والمشاعر والذكريات، وتمكنه من التحرر والانطلاق نحو تحقيق أفعال جديدة وجذب انتباهه نحوها والالتزام بها، عن طريق تقبل ألامه والتعايش معها بسلام وعدم مقاومتها. ويعتبر ACT تدريب تدريجي للتقدم نحو تطوير المرونة النفسية فيزود العميل بالقدرة على اختيار أفعاله والالتزام بها للتقدم نحو قيمه الهامة في الحياة .(Shoendroff,2011,p.27)

كما تم اعتماده سنة (2013) كنموذج علاجي فعال معترف به في خفض سوء استخدام العقاقير وكذلك بعض الامراض الذهانية من قبل الجمعية الامريكية لعلم النفس APA، وجمعية علم النفس العيادي Society of Clinical Psychology. (Gaudiano, 2015,p. 57).

وعليه فان العلاج بالتقبل والالتزام من أشهر العلاجات ضمن الموجة الثالثة للعلاج السلوكي يرتكز على أسس الفلسفة البرجماتية للسياقية الوظيفية والتي تستند إلى برنامج بحث حول اللغة والإدراك تسمى نظرية الإطار العلائقي وهي نظرية نفسية تربط بين الإدراك واللغة من خلال ربط العلاقات، والتي تفترض نزوع الأفراد لتعلم ربط المثيرات تحت تحكم سياقي، ويقوم العلاج بالتقبل والالتزام على فكرة ان التجنب التجريبي هو أساس العديد من الامراض النفسية ويؤكد على ان التقبل هو النهج البديل والفعال للتعامل مع الأفكار والمشاعر، وذلك من خلال تغيير الطريقة التي يرتبط بها الفرد بتجاربه الداخلية بدلا من محاولة تغييره لشكل او محتوى أفكاره ومشاعره، اي تغيير وظيفة الأفكار والعواطف بدلا من تغيير شكلها او محتواها او تكرارها. وقدم للعامة باعتباره علاج سلوكي تجريبي وإنساني، وأكدت العديد من الأبحاث على فاعلية هذا العلاج مع العديد من المواقف الحياتية والظروف الإنسانية الصعبة المؤلمة.

5-تعريف العلاج بالتقبل والالتزام:

يمثل العلاج بالتقبل والالتزام ACT، أحد تيارات الموجة الثالثة وهي احدث موجات العلاج السلوكي التي تم تطويرها في أواخر الثمانينيات من قبل ستيفن هايز أستاذ علم النفس بجامعة نيفادا، ورئيس قسم بالجمعية الأمريكية لعلم النفس التطبيقي والوقائي والجمعية الأمريكية لعلم النفس APA ، ويعتمد نهج العلاج بالتقبل والالتزام ACT على منظور سياقي وظيفي حول قدرة الإنسان على التكيف مع المعاناة ويقوم على فلسفة نظرية الإطار العلائقي Relational Frame Theory (RFT) حيث يسعى إلى وضع لغة الإنسان والإدراك تحت سيطرة سياقية أفضل لحل المشكلات من خلال التأكيد على عمليات التقبل واليقظة وعمليات الالتزام والتفعيل السلوكي لإنتاج المرونة النفسية وذلك لتعزيز نهج علاجي أكثر انفتاحا وتمركزا وانخراطا في الحياة. (Hayes et al,2016,p.97).

يعرف العلاج بالتقبل والالتزام بأنه مدخل ونهج سياقي وظيفي يستند على نظرية الإطار السياقي التي ترى المعاناة الإنسانية ناشئة عن عدم المرونة النفسية "الجمود النفسي والتي تعززها عمليات الدمج المعرفي والتجنب الخبراتي في سياق العلاقة العلاجية، ويسعى هذا المدخل العلاجي إلى زيادة المرونة النفسية من خلال العمليات الست الآتية: التقبل، الفصل المعرفي والتواصل مع اللحظة الحالية، الذات كسياق، القيم، وبناء وتوسيع أنماط من العمل الملتزم الذي يخدم تلك القيم (Wahyuni et al,2019,p.92).

ويعرف Berbette (2015,p8) العلاج بالتقبل والالتزام على أنه أسلوب علاجي يجمع بين العلاج السلوكي والسياق الوظيفي والذي يهدف إلى زيادة المرونة النفسية لدى العميل من خلال مساعدته على تقبله لنفسه، واختيار الاتجاهات القيمة لحياته، والالتزام بالعمل الذي يقوده نحو هذه الاتجاهات.

كما يعرف بأنه نمط من العلاجات التي تساعد الفرد على تقبل الموقف الإشكالي الحالي, أي إنه نمط علاجي يساعد الفرد على تقبل ما هو خارج عن إرادته الشخصية ويكن ملتزما بالعمل الذي يثري حياته مرتكزا على توقد الذهن، وتحقيق المرونة النفسية للفرد، وتم تسميته بهذا الاسم لأنه يركز على مكونين أساسيين هما: التقبل من حيث تقبل الفرد لذاته وللآخرين، وكذلك تقبل الفرد لخبراته الأليمة التي يمر بها، أما الالتزام فيشير إلى امتثال الفرد للأفعال التي تتفق مع قيمه وأهدافه ، وهذين المكونين يتحققا من خلال توقد الذهن أي اليقظة، المرونة النفسية. (رشوان، 2019، ص. 40-42).

وقد أشار رائد هذا العلاج هايز إلى ضرورة نطق كلمة (ACT) وهي اختصار تسمية العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment Therapy ككلمة واحدة وليست ثلاثة أحرف منفصلة، وذلك لأن العلاج قائم على الفعل أي القيام بفعل ما.(Hayes et al,2011).

وفقاً لما أشار إليه Larmar et al. (2014, p.217) فإن العلاج بالتقبل والالتزام يرمز له بالرمز (ATC) حيث تعني (A) تقبل الأفكار والمشاعر كوسيلة للقضاء على التحديات المرتبطة بتقليل أو تعديل أو رفض التأثيرات المعرفية أو العاطفية، وتعني (C) اختيار الاتجاهات المستقبلية التي تتماشى مع أهداف الفرد والقيم الأساسية، وتعني (T) الالتزام باتخاذ الإجراءات والأفعال التي تخدم القيم.

هذا ويعد العلاج بالقبول والالتزام ACT شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يساعد الأفراد على مراقبة أفكارهم وانفعالاتهم دون إصدار أي حكم أو السعي لتغير تلك الأفكار والانفعالات، مع التأكيد على دور القيم في الالتزام السلوكي بغض النظر عن الأفكار والمشاعر الداخلية. (الصبوة، 2019).

كما يعتبر العلاج بالقبول والالتزام نمط من أنماط العلاج السلوكي المركز على تغيير الطريقة التي يتفاعل بها الفرد مع اللغة ومحتوياتها المستخدمة، وهو أسلوب عملي يعتمد على الأمثلة والخبرات الحياتية، وتفعيل أساليب المواجهة والتقبل للخبرات والأفكار المؤلمة والتي لا يمكن تغييرها، مع الالتزام بتنفيذ السلوك المتفق مع القيم الشخصية للأفراد من خلال إتباع العمليات الستة الأساسية: الالتزام التقبل الانفصال المعرفي الاتصال باللحظة الحالية، الذات كسياق القيم الذاتية والالتزام بها. (عليوة، 2021).

حيث عرفته الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA على أنه شكل من أشكال العلاج السلوكي الإدراكي، يستند إلى نظرية الإطار الواقعي القائم على فرضية أن الاستراتيجيات اللفظية تتحكم في أفكار الفرد وانفعالاته وتؤدي في الواقع إلى سلوكيات مشكلة، ويساعد العملاء على التخلي عن هذه الاستراتيجيات التقييدية، فالعلاج بالتقبل والالتزام يهدف الى تقبل الأفكار والانفعالات حول الخبرات الحياتية الصعبة كجزء ضروري من حياة كريمة بدلا من رفض تلك الخبرات، ثم يوضح للعملاء قيمهم الشخصية وأهداف حياتهم ، ويتعلمون

إجراء تغييرات سلوكية ملتزمة تعزز الحياة وفقا لذلك، ويطورون طرقا جديدة وأكثر مرونة في التفكير والاستجابة للتحديات، وتم اثبات فعالية العلاج بالتقبل والالتزام ACT في علاج مجموعة من المشكلات، من بينها الاكتئاب والقلق والتوتر وتعاطي المخدرات (Vanden Bos,2007,p24).

ووفقا لجمعية العلوم السلوكية السياقية (2022) CBS يعتبر العلاج بالتقبل والالتزام تدخل نفسي فريد قائم على التجربة، يستخدم استراتيجيات التقبل واليقظة، جنبا إلى جنب مع استراتيجيات الالتزام وتغيير السلوك لزيادة المرونة النفسية. وبهذا المعنى يمكن النظر إلى العلاج بالتقبل والالتزام كعلاج يعتمد على مفهوم أن المعاناة الشخصية هي حالة طبيعية وحتمية للبشر، في الوقت الذي يمتلك الأفراد فيه القدرة على التحكم في التجارب الشخصية والسيطرة عليها.

أما في قاموس أكسفورد فقد عرف العلاج بالتقبل والالتزام على انه أسلوب العلاج النفسي القائم على اليقظة والتقبل حيث يتم تشجيع العملاء على التقبل او الموافقة على واقع المواقف التي يجدون أنفسهم فيها بما في ذلك المواقف غير السارة وغير المريحة دون محاولة تغييرها للاحتجاج عليها او الخروج منها. (Colman,2015,p.506).

وتعرفه الفقي(2016،ص.99) بأنه مجموعة الخدمات المتخصصة التي تعتمد على استخدام فنيات المناقشة والحوار، التقبل كبديل للتجنب التجريبي، التواصل باللحظة الحالية الذات) كعملية الذات كسياق تحديد القيم التصرف الاهتمامي الالتزامي والواجبات المنزلية.

ومن خلال ما سبق نستنتج أن نموذج العلاج بالتقبل والالتزام (A C T) يعد تدخل نفسي فريد قائم على التجربة يعتمد على الأمثلة والخبرات الحياتية وتفعيل أساليب المواجهة والتقبل للخبرات والأفكار المؤلمة التي لا يمكن تغييرها، مع الالتزام بتنفيذ السلوك المتفق مع القيم الشخصية للأفراد ،حيث يركز على مكونين أساسيين هما: التقبل من حيث تقبل الفرد لذاته وللآخرين، وخبراته الأليمة التي يمر بها، بينما يشير الالتزام إلى امتثال الفرد للأفعال التي تتفق مع قيمه وأهدافه، فهو نمط علاجي يساعد الفرد على تقبل ما هو خارج عن إرادته الشخصية ويكون ملتزما بالعمل الذي يثري حياته، يستخدم كل من استراتيجيات التقبل واليقظة، جنبا إلى جنب مع استراتيجيات الالتزام وتغيير السلوك لزيادة المرونة النفسية والتي يعتبر غيابها بمنظور A C T سببا للمعاناة الإنسانية وذلك من خلال العمليات الست الآتية: التقبل الفصل المعرفي والتواصل مع اللحظة الحالية، الذات كسياق، القيم، وبناء وتوسيع أنماط من العمل الملتزم الذي يخدم تلك القيم فهو يساعد الأفراد على مراقبة أفكارهم وانفعالاتهم دون إصدار أي حكم أو السعي لتغير تلك الأفكار والانفعالات،

فهو يؤكد على تغيير الطريقة التي يرتبط بها المرء بتجاربه الداخلية بدلا من محاولة تغيير شكل أو محتوى الأفكار والمشاعر.

6-خصائص العلاج بالتقبل والالتزام:

ويقدم هاريس (Harries,2019) بعض النقاط التي تميز العلاج بالتقبل والالتزام عن غيره من نماذج العلاج الأخرى والتي تتمثل في أنه:

- ينتمي إلى الموجة الثالثة في العلاج النفسي بعد العلاج السلوكي والمعرفي.

- يستند إلى مفاهيم نظرية الإطار العلائقي (RFT).

- مبني على أساس التقبل للخبرات وعدم تجنبها أو محاولة تغيرها أو إنكارها أو تشويهها وخاصة تلك التي حدثت بالماضي أو لا يمكن تغيرها.

- يمكن استقصاء فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام باعتباره ذي طبيعة تجريبية.

- يهدف إلى مساعدة الفرد على تقبل ما هو خارج عن سيطرته، والالتزام بدلا من ذلك بأفعال تثري حياته

- يعتبر أن اللغة الشخصية المستخدمة من قبل الأفراد لها تأثير قوي على الوضع النفسي والمعنوي لهم. (Harris,2019).

7-أسس ومبادئ العلاج بالتقبل والالتزام:

يقوم العلاج بالتقبل والالتزام على مجموعة من المبادئ التي لا يجب اغفالها عند وضع الخطة العلاجية ويشير (الصبوة،2019 ،ص.81) الى اهم الأسس والمبادئ التي يرتكز عليها العلاج بالتقبل والالتزام والتي تتمثل فيما يلي:

- يعمل تقبل للأفكار والذكريات والانفعالات على تخفيف الألم الانفعالي ولكن لا يسعى هذا العلاج الى تغيير تلك الانفعالات.

- يمكن مراقبة الأفكار والانفعالات والذكريات دون التطرق الى تفاصيلها الضمنية.

- تساعد ممارسة اليقظة الذهنية في عملية التقبل.

-هناك جانب من الذات الحقيقية ينفصل عن افكارك او سلوكياتك حيث ان بعض الناس يطلقون على هذا الجانب "الروح" او "الجوهر الذاتي".

-من المهم تحديد القيم في بداية الامر ثم القيام بما يتناسب مع تلك القيم.

في حين يرى (Thomas,(2021,p.38و(Julie (2021,p.23 أن أهم المبادئ التي يقوم عليها العلاج بالتقبل والالتزام هي :

-إذا كان للعلاج بالتقبل والالتزام ست عمليات أساسية فانه ليس بالضرورة ممارسة تلك العمليات بالترتيب

-إذا كان للعلاج بالتقبل والالتزام ست عمليات أساسية فليس جميع العملاء بحاجة الى جميع تلك العمليات.

-تحتاج ممارسة فنيات/عمليات العلاج بالتقبل والالتزام الى بعض المهارات المهنية.

-يمكن استخدام العديد من الأساليب واستراتيجيات التدخل وذلك لممارسة عملية واحدة من العمليات الأساسية للعلاج بالتقبل والالتزام.

-تتطلب الممارسة المهنية للعلاج بالتقبل والالتزام ممارسة المعالج لعدد من الأنشطة التي تساعد في تحليل الموقف الاشكالي للعميل منها:

-تحليل طبيعة مشكلة العميل.

-تقييم العوامل المؤثرة على مستوى الدافع للتغيير لدى العميل.

-تحليل العوامل التي قد تؤدي الى تناقص المرونة النفسية للعميل.

- تقييم العوامل التي تزيد المرونة النفسية.

-التوصل الى هدف علاجي مع تحديد الفنيات الازمة للتدخل العلاجي.

8-الافتراضات الأساسية للعلاج بالتقبل والالتزام:

يعد العلاج بالتقبل والالتزام من العلاجات السلوكية القائمة على اليقظة التي تبين أنها فعالة مع مجموعة متنوعة من الحالات السريرية فهي على النقيض من افتراض "الصحة الطبيعية" من علم النفس الغربي ويفترض ACTأن العمليات النفسية للعقل البشري العادي غالباً ما تكون مدمرة وتخلق المعاناة النفسية، حيث ان الهدف من نموذج ACT ليس الحد من الأعراض، وانما تنمية المرونة النفسية. Harris 2014, (p,55).

كما يفترضACT أن التحكم هو المشكلة فيرى بأن ما يشعر به الانسان من ضغط نفسي، وصراع لا يرجع فقط لخبراته الداخلية السلبية من أفكار ومشاعر وأحاسيس جسدية، بل إن محاولة التخلص منها هي الأخرى

تجعل الأمر أكثر تعقيدا لهذا يجب مواجهة اجندة التجكم الانفعالي حيث يعي العميل بأن محاولة التحكم والسيطرة على ما يشعر به تمنعه من القيام بما هو مهم بالنسبة له، ولذلك نحاول فيACT ان نساعد العملاء على:(أ) تحديد الأمور التي يمكنهم التحكم فيها والأمور الخارجة عن سيطرتهم،(ب) التخلي عن التحكم في الأمور التي لا يمكن التحكم فيها(ج) ممارسة التحكم بشكل نشط على ما يمكننا التحكم فيه.(Seznec,2015).

وذكرت (Barraca (2012,p.112 أن العلاج بالتقبل والالتزام يفترض أن الخبرة الداخلية يجب أن تدار بشكل مختلف عن الخبرة الخارجية، لذا فهو يتحدث عن قاعدة الأحداث الخاصة events rule of private والتي هي عكس الأحداث الخارجية فالسلوك المتعمد يناسب التحكم في الأحداث الداخلية، وليس الأحداث الخارجية. ووفقا لذلك، فإن الخبرة الداخلية مهما كان مضمونها (الأفكار، الذكريات الأحاسيس الجسدية، وغيرها) يجب تركها دون محاولة إيقافها أو التحكم فيها أو تعديلها أو تكبيرها أو تصغيرها، وغيرها، حيث إن المحاولة المتكررة لتغيير هذه الخبرة وعدم تحقيقها تؤدي إلى مشكلة نفسية باثولوجية تعرف باسم «اضطراب التجنب التجريبي disorder أو تجنب اختباري مدمر»، وفقًا لـ ACT، فإن تكرار محاولات السيطرة على العقل experiential avoidance تؤدي إلى زيادة الضيق والضغط.

ويذكر Steven et al.(2012,p.12-14) أنه حين تم تطوير ACT خلال الثمانينات، تم تصميمه كمدخل تشخيصي علاجي يعتمد على العمليات الأساسية المشتركة التي اعتقدنا أنها قد تسبب المعاناة النفسية البشرية، فالعمليات النفسية الطبيعية والضرورية تعمل مثل سيف ذو حدين. فمن منظور ACT" أن الاستجابة تتحدد بشكل كبير بالعمليات النفسية الطبيعية، فالفكرة الأساسية وراء افتراض الحالة الطبيعية المدمرة، هي الفكرة القائلة بأن العمليات النفسية البشرية العادية وحتى المفيدة يمكن أن تؤدي في حد ذاتها إلى نتائج مدمرة وغير فعالة، أو تضخيم أو تفاقم أي ظروف جسدية ونفسية غير طبيعية. (Harris,2009,p.18).

ويوضح(Hayes et al.(2012,p. 35 أنACT بناء على السياقية الوظيفية يفترض أن المعاناة البشرية في الغالب تظهر من العمليات النفسية الطبيعية ولا سيما تلك التي تنطوي على لغة الانسان، حتى عندما يتعلق الامر بالمشكلات الجسمية (الأمراض) ، فإن القول المأثور هو أن "الطبيب الجيد يعالج المرض لكن الطبيب العظيم هو من يعامل المريض الذي يعاني من المرض" هو عقيدة سليمة حتى مع وجود الأمراض العقلية الحادة، فإن الافتراض الذي يقوم عليه العلاج بالتقبل والالتزام يؤكد أن العمليات العادية المجسدة في التفكير والفكر الذاتي للغة قد تزيد في الواقع من الصعوبات الأساسية المرتبطة بهذه الظروف.

-**اللغة سبب للمعاناة الإنسانية:** أضاف هايز وزملائه اللغة كبعد هام لسلوك الإنسان وانفعالاته وأفكاره، حيث يعتبر اللغة سبباً رئيساً في الكثير من المعاناة الانسانية بشكل عام والاضطرابات النفسية بشكل خاص، ويسعي النموذج إلى استخدام اللغة والفكر في السياق الصحيح.

حيث أشار (Hayes, 2004) الى ان العلاج بالتقبل والالتزام يركز على محك المرونة النفسية عن طريق إضعاف التأثير المبالغ فيه للغة والمعرفة الإنسانية الحرفية والمؤقتة والتقييمية.

فاللغة نظام معقد من الرموز يستخدمها البشر في مجالين **المجال الخاص والعام**، حيث يتضمن الاستخدام **العام للغة:** الكلام، الكتابة، اللعب، الغناء، الاماءات الاصوات وغيرها، اما الاستخدام **الخاص للغة** فيتضمن العمليات المعرفية المعقدة التابعة لنظام خاص من الرموز ندعوه **باللغة الإنسانية**، فاللغة = التفكير (الجانب المعرفي) = **الذهن** الذي يستخدم كاستعارة عن **اللغة الإنسانية** ويمثل مجموعة معقدة من العمليات المعرفية مثل التحليل والمقارنة، التقييم، التخطيط، التذكر، التخيل وما الى ذلك، (قاصب،2021،ص.27).

وترى نظرية العلاج بالتقبل والالتزام أن القدرات اللفظية للإنسان سلاح ذو حدين، فهذه القدرات قد تتيح للفرد أن يحل مشكلاته اليومية، وأن يخلق عالما مريحا كما يمكن ان تسمح له باستحضار خبرات الماضي الأليمة في الحاضر وأن يرى التاريخ الانفعالي كمشكلة تحتاج إلى أن تُحل، وأن يقارن نفسه بالمثالية غير الواقعية، وأن يستحضر المخاوف المرتبطة بالمستقبل، حيث يعتمد العلاج بالتقبل والالتزام بشكل كبير على استخدام الأمثلة لتغيير العلاقات بين الانفعال والمعرفة، والسلوك، ومن وجهة نظر هذا المنحى العلاجي فإن المعارف والانفعالات تعمل كعائق في الحياة عندما يأخذها الفرد بصورة حرفية، وعندما نعاملها كموضوعات وأشياء مادية تحتاج لأن يتم تجنبها أو الامتثال لها.(Hayes, 2004).

ويضيف Hayes et al. (2008) ان للغة تأثيرات سلبية إضافية، فعندما يفقد الفرد الاتصال باللحظة الحالية فيستجيب أكثر لتصورات الماضي ومخاوف المستقبل، ويصبح متشابك مع تصوراته عن نفسه وعن التصورات الذاتية (مفهوم الذات)، ونجد لدى المريض أفكار متجذره في داخله عن شخصيته قد لا تخدمه وتعيق تفاعله مع من حوله، لذلك يصبح مهماً الدفاع عن وجهة نظر لفظية عن نفسه بدلا من الانخراط في أشكال أكثر عملية للسلوك.

وعليه فان للغة أهمية كبيرة في العلاج بالتقبل والالتزام فبقدر ما هي مفيدة كونها تساعدنا في التعلم، التخطيط التفكير، التواصل، تطوير قواعد تسيير سلوكاتنا بفاعلية ... الخ ، بقدر ماهي مضره في حالة استخدامها في العنف ،المقارنة السلبية ،الانتقاد واصدار احكام مسبقة ،تفحص احداث وذكريات مؤلمة وغيرها من الاستعمالات السلبية التي تخلق لنا المعاناة.

9-أهداف العلاج بالتقبل والالتزام:

يعد العلاج بالتقبل والالتزام من العلاجات التي أثبتت نجاعتها مع الكثير من المشكلات الحياتية والاضطرابات النفسية ومن أهدافه:

– خلق حياة غنية وذات مغزى، مع تقبل الألم الذي يصاحبها حتما، لان هذا العلاج يتعلق باتخاذ إجراءات فعالة مسترشدة بأعمق قيمنا والتي نتواجد فيها ونشارك فيها بشكل كامل، فقط من خلال العمل الواعي والملتزم يمكننا أن نخلق حياة ذات معنى. (Hayes et al,2016,p23).

– تغيير وظائف الخبرات الخاصة من خلال تغيير السياق الاجتماعي واللفظي، ومساعدة الفرد على استيضاح قيمه الشخصية وأهميتها في توجيه الخبرات وانعكاس ذلك على سلوكياته الحالية واللاحقة، والتعامل بصورة شعورية مع السياق ومعالجة الأحداث، والاهتمام بالجانب المعرفي والانفعالي والسلوكي للفرد (الفقي،2016،ص.11).

– تطوير الكفاءة الانفعالية للفرد، وتوجيه الفرد لفهم ذاته بالإضافة إلى فهم الآخرين، وكذلك إلى تطوير القدرة على تنظيم الفرد لانفعالاته ومساعدته للآخرين لتنظيم انفعالاتهم. كما يعمل هذا النموذج على تطوير الكفاءات الاجتماعية والشخصية والانفعالية للفرد مثل الثقة بالنفس، والوعي الذاتي، والتعاطف وإدارة الأزمات. (Gendron et al, 2016).

– زيادة الصمود النفسي مما يساعد الفرد على التكيف الإيجابي مع الخبرات المدركة وذلك في تعامله مع الضغوط الحياتية، من خلال زيادة قدرة الفرد على التكيف مع مطالب الخبرات الضاغطة نفسياً وتدعيم المشاعر الإيجابية لقيمة الذات. (عبد الفتاح،2020).

– تنمية الأمن النفسي للأفراد وذلك من خلال التعايش مع اللحظة الراهنة وتقبل واقعهم دون تغييره واكسابهم الثقة بالنفس، وفهمهم القوي لهويتهم وزيادة مستوى احترامهم لذواتهم (الزهيري،2019).

– تحسين نوعية الحياة من خلال معالجة استراتيجيات المواجهة غير الفعالة وتعزيز (تشجيع) تغيير السلوك الموجه وفقاً للقيم (Quinlan et al,2018,p54).

– مساعدة الناس في تغيير علاقاتهم بأفكارهم ومشاعرهم وأحاسيسهم الجسدية وذكرياتهم، فيتم زيادة استبصارهم بأفكارهم المرتبطة بالمشكلات شريطة عزل التأثير السلبي لهذه الأفكار فيصبحوا أكثر وعيا بأفكارهم وربط سلوكياتهم بالقيم المختارة. (Pearson et al,2012) .

– دعم الالتزام بالاختيار الحر لقيم الحياة مع القبول غير المشروط لمواجهة الخبرات الخاصة غير المرغوبة والتي لا يمكن تجنبها، ومن ثم توجيه السلوك بواسطة هذه القيم استنادا على الآثار الإيجابية التي تحدثها اللغة، وذلك عن طريق تشجيع الفرد على تحديد القواعد المتعلقة بالقيم في حياته والاستفادة من هذه القواعد في توجيه سلوكه المستقبلي. (Hayes et al, 2011).

– مساعدة الأفراد لاختيار أنماط سلوكهم الأكثر قربا من أهدافهم وتطلعاتهم(Hayes& Strosahl,2004) .

كما أوضح Hayes and Strosahl (2005,p.32) أن العلاج بالتقبل الالتزام يهدف الى الانتقال من FEAR إلى ACT وتمثل FEAR اختصار أسباب المعاناة النفسية، Fusion (F) الاندماج وهو الارتباط المفرط بالمحتوى الحرفي للفكر الذي يجعل المرونة النفسية السليمة شبه مستحيلة، و Evaluation (E) التقييم وهو عبارة عن مجموعة التقييمات الخاطئة عن الذات والآخرين والعالم بشكل عام، و (Avoidance A) التجنب وهو تجنب أو محاولة تغيير الأحداث والتجارب الغير مرغوب فيها، ولهذا التجنب نتائج وخيمة على الإنسان Reason Giving (R) إعطاء السبب، وتعني الاستخدام المفرط للمبررات التي تبدو منطقية ولكن نتيجة الاستمرار في استخدامها تجعل الفرد أقل استجابة للسلوكيات الصحيحة السوية، ويقترح العلاج بالتقبل والالتزام استبدال تلك العمليات المرضية ب ACT وهو اختصار Accept (A) وتعني تقبل الانسان للتجارب الحياتية كما هي وبخاصة التجارب الصعبة التي لا يستطيع تغييرها Choose (C) اختر مجموعة من الاتجاهات القيمة والتي من شأنها إحساس المرء بالحيوية والمعنى في الحياة، Take Action (T) اتخاذ اجراء، وبناء أنماط أكبر من السلوكيات الملتزمة التي تتفق مع قيم الانسان.

أما(Jacqueline and Krychiw(2020,p.33 فيشير الى أن العلاج بالتقبل والالتزام يهدف الى:

–تغيير وظائف الخبرات الخاصة وذلك من خلال تغيير السياق الاجتماعي واللفظي ومساعدة الشخص على استيضاح قيمه الشخصية ودورها وأهميتها في توجيه الخبرات وانعكاس ذلك على سلوكياته الحالية.

واللاحقة، وكذلك التعامل بصورة أكثر شعورية مع السياق، ومعالجة الأحداث وأيضا الاهتمام بالجانب

المعرفي والانفعالي والسلوكي للعميل.

–كما يهدف الى التخفيف من حدة الانفعالات وتكرارها وخفض مستوى الأفكار السلبية، وتنمية الفعالية السلوكية بصرف النظر عن وجود الأفكار والانفعالات المحزنة والمتدرجة من حيث الحدة، وإظهار القيم التي يؤمن بها العميل ويتمسك بها وكذلك الأهداف التي يحاول تحقيقها بشكل شخصي مع زيادة فعاليته في التحرك تجاه هذه القيم وتلك الأهداف.

وحسب Karishma(2020,p.63) فان العلاج بالتقبل والالتزام يهدف الى ما يلي:

– يهدف إلى تشجيع العميل على الاستجابة للمواقف البناءة وتقبل الأحداث المعرفية ذات الصعوبة وما يقابلها من المشاعر بدلا من استبدالها.

– التعامل مع منظومة قيم العميل باعتبارها موجها لسلوكياته بل المحرك الأساسي لإحساسه بذاته والشعور بالتوافق مع البيئة المحيطة.

– العمل على تعزيز الأفكار والمشاعر غير المرغوبة وقبولها والتي بإمكان العميل ضبطها.

– تدريب العميل على اتخاذ القرار وذلك في ضوء منظومة القيم التي يمتلكها.

– تبصير العميل بمعايشة اللحظة الراهنة وتعامله معها بفعالية، مع التأكيد على ضرورة تجنب الأفكار والمعتقدات التي تفسد عليه معايشة تلك اللحظة.

– العمل على تنمية المرونة النفسية والتي تعد الهدف الجوهري والاساسي للعلاج بالتقبل والالتزام مع التأكيد على أهمية تنميتها في مواجهة المواقف الضاغطة في الحياة.

ويتضح مما سبق ان العلاج بالتقبل والالتزام يحاول مساعدة الفرد ليعيش حياة غنية وذات معنى من خلال تغيير علاقاته بأفكاره ومشاعره وأحاسيسه الجسدية وذكرياته، فيزيد استبصاره بأفكاره المرتبطة بالمشكلات ويصبح أكثر وعيا بأفكاره وربط سلوكياته بالقيم المختارة، كما يطور كفاءته الانفعالية، ويوجهه لفهم ذاته وفهم الآخرين ويشجعه على الاستجابة للمواقف البناءة وتقبل الأحداث المعرفية ذات الصعوبة وما يقابلها من المشاعر بدلا من استبدالها. وعليه فهذا النموذج يعمل على تطوير الكفاءات الاجتماعية والشخصية والانفعالية للفرد مثل الثقة بالنفس والوعي الذاتي، التعاطف وإدارة الأزمات، تنمية التكيف الإيجابي والتعامل مع الضغوط الحياتية، كما يزيد من الصمود والامن النفسي، ويسهم في تحسين نوعية الحياة من خلال معالجة استراتيجيات المواجهة غير الفعالة وتعزيز تغيير السلوك الموجه وفقاً للقيم.

وتجدر الإشارة الى ان الهدف الرئيس من نموذج العلاج بالتقبل والالتزام حسب هو مساعدة الفرد على الوصول إلى **المرونة النفسية.**

10–ماهية المرونة النفسية:

تعرف المرونة النفسية بانها القدرة على التكيف الناجح والأداء الإيجابي أو الكفاءة على الرغم من حالة عالية المخاطر، والإجهاد المزمن، أو في أعقاب الصدمات لفترات طويلة أو شديدة

(Owen,2006,6)وحسب الرابطة الأمريكية للصحة النفسية (2009) هي عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد الصدمات والضغوط النفسية العادية التي يواجها البشر مثل المشكلات الأسرية والمشكلات الصحية والمشكلات المالية، ومشكلات العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وضغوط العمل، كما تعنى القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو الأحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها أو تجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفعالية واقتدار (APA,2009,p.4).

كما تعرف بأنها الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمكن الإنسان من التكيف الإيجابي مع مواقف الحياة المختلفة سواء كان هذا التكيف بالتوسط أو القابلية للتغير أو الأخذ بأيسر الحلول، كما تتضمن القدرة على التوافق والتعديل لمواجهة الصراع والاحباط .(Lisaal,2011,p.2).

أما في العلاج بالتقبل والالتزام فيشير Bunting (2014,p.14) الى المرونة النفسية على انها إجابة على سؤال يتضمن عمليات ACT الست وهي:

1- هل تمييز بين ذاتك كإنسان واع والمحتوى النفسي الذي تقاومه (الذات كسياق)؟

2- هل لديك استعداد لتجربة ذلك المحتوى بشكل كامل وبدون دفاع أو مقاومة (تقبل)؟

3- هل لديك استعداد لتجربة ذلك المحتوى كما هو وليس كما تقول (فك الاندماج)؟

4- هل تفعل ما يقودك نحو الاتجاه (فعل ملتزم)؟

5- هل تتجه نحو القيم التي اخترتها (القيم)؟

6- في هذا الوقت وفي هذه الحالة هل تتواصل مع اللحظة الحالية؟

في الأساس تطرح الحياة هذا السؤال علينا جميعًا مرارا وتكرارا وكل لحظة

- فإذا كانت الإجابة على هذا السؤال "نعم" في لحظة معينة تزداد المرونة النفسية.

- إذا كانت "لا" تنخفض المرونة النفسية.

فالمرونة النفسية هي القدرة على الاتصال باللحظة الحالية والوعي التام وقبول أفكار الفرد وعواطفه مهما كانت مؤلمة. (Philip & Cherian,2021,p.1).

وحسب Michel (2010) هي القدرة على الاستمرار في التركيز على اللحظة الحالية دون استعراض الأفكار السلبية أو تشتيتها وعدم المحاولة للتجنب (Michel,2010,p.9) .

أما قاصب (2021) فيشير الى المرونة النفسية على انها هدف ACT من الناحية التقنية والتي تتكون من عنصرين هما:

1-القدرة على ان تكون حاضرا نفسيا -أي مدركا، منتبها، متفتحا ومنخرطا في خبرتك.

2-القدرة على التحكم في سلوكك لخدمة غايات قيمة.

10-1 أهمية المرونة النفسية: أشار الزغبي(2017،ص.240) الى أهمية المرونة النفسية كما يلي :

- المساعدة على تغيير وتنويع طرق التعامل مع الصعوبات التي تواجههم.
- التوليد الذاتي للمعرفة في ضوء خبراتهم السابقة بما يتناسب مع الموقف المشكل.
- تغيير نظرتهم لذواتهم من أفراد سلبيين اعتماديين إلى أفراد مرنين متفاعلين.
- تحرير مصادر معرفتهم للمرافق للتكيف مع المواقف الجديدة.
- تنظيم معارفهم وخبراتهم وتعديلها من أجل تحقيق النتائج المتوقعة.
- زيادة معتقداتهم حول قدراتهم على فهم انفعالاتهم والتحكم فيها في مواجهة عوامل الإحباط والفشل.
- إعادة تشكيل نظرتهم لمكانتهم الاجتماعية في الحياة وتوقعهم لقيامهم بأدوارهم في بيئتهم بطريقة مناسبة.

10-2 مؤشرات المرونة النفسية: للمرونة النفسية عدد من المؤشرات هي:

- أن يظهر الأفراد المعرضون للظروف الضاغطة أو المخاطر نواتج أفضل من المتوقع.
- التكيف والمواجهة الإيجابية على الرغم من التعرض للخبرات الضاغطة والمحن.
- سرعة التعافي من التأثيرات السلبية للظروف الضاغطة والمحن.
- قبول أفكار الفرد وعواطفه مهما كانت مؤلمة. (أبو حلاوة،2013ص.23).

-**إستراتيجيات بناء المرونة النفسية:** تذكر الرابطة الأمريكية APA (2000,4) عشرة طرق لتنمية المرونة النفسية تتمثل في:

إقامة علاقات اجتماعية إيجابية بين جميع أفراد الأسرة والأصدقاء، وتجنب رؤية الأزمات على أنها مشكلات لا يمكن التغلب عليها، تقبل التغيير باعتباره جزاءً طبيعيا في الحياة، والتوجه نحو الأهداف، اتخاذ القرارات المصيرية، البحث عن فرص لاكتشاف الذات، تبنى نظرة او رؤية إيجابية نحو الذات، والنظرة الموضوعية

للأمور أي وضعها في سياقها واعطائها جمها الطبيعي، مع التمسك بالأمل والتفاؤل بالخير والاهتمام بالنفس.

وحسب Snyder and Lopez(2002,p.85) هناك ثلاث استراتيجيات يمكن من خلالها تنمية المرونة النفسية وهي: استراتيجيات تهتم بالتخلص من المخاطر، واستراتيجيات تهتم بتوفير الأصول، واستراتيجيات تهتم بالعمليات.

كما أشار Strosahl et al (2004,p32) إلى أن عدم القدرة على الاستمرار أو تغيير السلوك بما يخدم الغايات القيمية على المدى البعيد لدى الأشخاص الذين يعانون من قصور في المرونة النفسية يؤدي إلى جمود نفسي، ومن ثم فهم يحتاجون الى استخدام العلاج بالتقبل والالتزام ليساعدهم على إدراك وفهم أفكارهم وسلوكهم داخل سياق الحدث، ومساعدتهم على تقبله والالتزام بما تم إنجازه وصولا لسلوكيات أكثر مرونة.

حيث يؤكد العلاج بالتقبل والالتزام على أن جوهر المعاناة الإنسانية هو عدم المرونة النفسية وضعف القدرة على التواجد في اللحظة الحالية بأفكار ومشاعر الفرد، والتصرف بطريقة تتفق مع القيم الشخصية. ويتضح أن أسباب أغلب الاضطرابات النفسية يتجلى في الهيمنة الصارمة لكل من التجنب التجريبي والاندماج المعرفي وتصور الماضي والمستقبل المخيف، والافتقار إلى وضوح القيم، والتقاعس ونقص الالتزام السلوكي. (Hayes et al,2006,p.3).

ومنه فان الهدف الرئيسي لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام هو تنمية **المرونة النفسية** ويكون ذلك بمساعدة الفرد على تقبل الاحداث الصعبة ومواجهة الشدائد وضغوط الحياة بإيجابية من خلال إدراك وفهم أفكاره ضمن سياق الاحداث وتحسين قدرته على التعامل مع اللحظة الحالية بشكل واعي وكامل، والتزامه بالأفعال التي تحقق أهدافه بما يتوافق مع قيمه.

11-تفسير نشأة الاضطراب النفسي من وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام:

ترجع المشكلات النفسية من منظور العلاج بالتقبل والالتزام الى عدة أسباب هي:

1- عدم رغبة العميل في الإفصاح عن أعراض القلق الطبيعي أو خبراته الخاصة التي أدت إلى حدوث القلق الطبيعي.

2-عندما ينظر العميل إلى الأحداث المرتبطة بالقلق العادي على أنها تهديدًا أوليا للصحة يجب التحكم فيه أو إزالته.

3- قد تزداد حدة القلق إلى مستويات غير مقبولة نتيجة محاولة العميل التحكم في الأحداث المرتبطة بالقلق.

4- يبدأ العميل باستخدام استراتيجيات التجنب والهروب الانفعالي للطبيعة النفسية أو السلوكية.

5- يتم تطبيق استراتيجيات التجنب والهروب الانفعالي بصورة أكثر تكرارا كي يبقى الشخص في حالة جيدة مع رجوع التأثير ويتم تعزيزه عن طريق راحة قصيرة المدى من القلق.

6- الامتداد المستمر لنموذج استجابات الهروب والتجنب الانفعالي يقود إلى ضيق نفسي واضطراب سلوكي شديد في مناطق أساسية من الوظيفية وفقدان جودة الحياة. (Xu et al,2020,p.136-137).

ويفسر العلاج بالتقبل والالتزام المعاناة النفسية ونشأة الاضطراب النفسي وفقا لست عمليات لعدم المرونة النفسية (التصلب النفسي) هي: التجنب التجريبي، الاندماج المعرفي، الانتباه غير المرن (الانشغال بالماضي او الحاضر)، التعلق بالذات المفاهيمية، ضعف الاتصال بالقيم او عدم وضوحها، ضعف السلوكيات المرتبطة بالقيم (الاجراء غير الفعال/غير الملتزم). والتي سنتطرق اليها بالتفصيل فيما يلي:

- التجنب التجريبي (الخبراتي) Experiential Avoidance:

يطلق عليه اسم التحكم التجريبي، ويقصد به محاولة تجنب الخبرات الخاصة غير المرغوب فيها او قمعها أو التخلص منها، حتى عندما يكون القيام بذلك ضارا او مكلفا او غير فعال. حيث يوكد هايز أن الهدف من تجنب التجريب يعد بمثابة قمع لتلك الخبرات غير المرغوب فيها والتي قد تؤدي إلى الانتكاسة المبكرة وتطور المشكلة إلى أشكال أخري من الاضطرابات على سبيل المثال قد تؤدي معايشة خبرات الاكتئاب لتعاطي المخدرات أو الميل للانتحار. (Hayes et al,2011,p.89).

ويوضح Jacqueline et al .(2020,p.12) أن التجنب التجريبي هو محاولة لتجنب أو تغيير شكل ذو حساسية ظرفية من الأحداث الداخلية غير المرغوب فيها حتى عند القيام بذلك فهو يتعارض مع واحدة على الأقل من القيم، وهذا قد يؤدي بدوره الى الالام و الضغوط النفسية التي لا يملك البشر القدرة على تجنبها لأن أي مكروه يمكن أن يحدث عن طريق العمليات العلائقية داخل هذا الإطار كما هو الحال في الاندماج المعرفي، فإن العلاقة الطبيعية بين اللغة والمعرفة الإنسانية ليست مشكلة بل يعد محاولة تكرار تجنب بعض الأحداث والسياقات الداخلية التي تعزز وتحافظ على الضغوط، كما أن ليس كل أشكال التجنب التجريبي غير صحية، بل كثير منها يتكيف بشكل إيجابي والبعض الآخر لا يحدث على المدى البعيد فرقا يذكر في نوعية الحياة.

ويضيف Davis(2021,p.37) أن التجنب التجريبي ليس شيئا سيئا بالضرورة لكنه يعد مشكلة من وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام عندما يتعارض مع تحقيق القيم والأهداف التي يحتفظ بها الشخص أو عندما يتضمن السلوك السيء مثل: تعاطي المخدرات، إدمان الخمور أو السلوكيات الأخرى عالية الخطورة، إضافة إلى إيذاء الفرد بصورة مباشرة وتخفيض جودة الحياة عن طريق منع تحقيق القيم، ومن ثم فإن التجنب التجريبي من الممكن أن يزيد من حدة الانفعالات والخبرات المؤلمة.

فالتجنب التجريبي يعد مفهوما رئيسيا في التفسير والتنبؤ بمجموعة واسعة من المشكلات النفسية والسلوكية حيث يعرف على أنه مجموعة من أساليب وطرق مواجهة غير ملائمة تستخدم لتجنب الأفكار، المشاعر، والمواقف السلبية.(Shimoda et al,2018) .

حيث يشير قاصب(2021) الى ان المستوى العالي من التجنب التجريبي يرتبط بما يلي:

زيادة في مستوى القلق الزيادة في الاكتئاب، زيادة مستوى المرض، ضعف الأداء المهني، عدم القدرة على التعلم، تعاطي المخدرات انخفاض جودة الحياة، زيادة مستوى خطورة السلوك الجنسي أعراض اضطراب الشخصية الحدية والاكتئاب، اضطراب قلق ما بعد الصدمة الحساسية اتجاه القلق والعجز المزمن.

ويكون التجنب التجريبي ضارا عندما:

- تتعارض عملية التجنب العمدي بالضرورة مع النتيجة المرجوة.

- تنظيم الأحداث الخاصة لا يستجيب إلى حد كبير للتحكم اللفظي/المعرفي.

- التجنب ممكن لكن استراتيجية المكافحة مكلفة أو غير صحية أو تشوه الحياة.

- الحدث الذي تم تجنبه مهم.

- **الاندماج المعرفي Cognitive Fusion:** وتأتي كلمة Fuse من أصل لاتيني بمعنى "يصب" فيبدو الأمر كما لو كان محتوى الادراك وأفكارنا حول التجارب الحياتية تسكب معاً حتى يصبحوا شيء واحد، وخطورة الأمر أن ادراكنا وأفكارنا المسبقة حول التجارب الحياتية قد تملى علينا كيف نتفاعل مع العالم من حولنا، فأفكارنا حول التجارب الحياتية هي من تلون نظرتنا للعالم والتجارب الحياتية بغض النظر عن ماهية التجارب نفسها فالشخص الذي لديه شعور بأنه سوف ينهار نفسياً، فتفكيره في هذا الأمر يكون بداية انهياره حرفياً. من مذكرة التماسك

فالاندماج يكون مع الأفكار غير المجدية التي يتدمج معها العميل (كالأفكار المتعلقة باليأس والشعور بالدونية، القواعد الصارمة، المعتقدات المقيدة للذات، الاحكام القاسية، خلق الاعذار، ان يكون على صواب وغيرها).

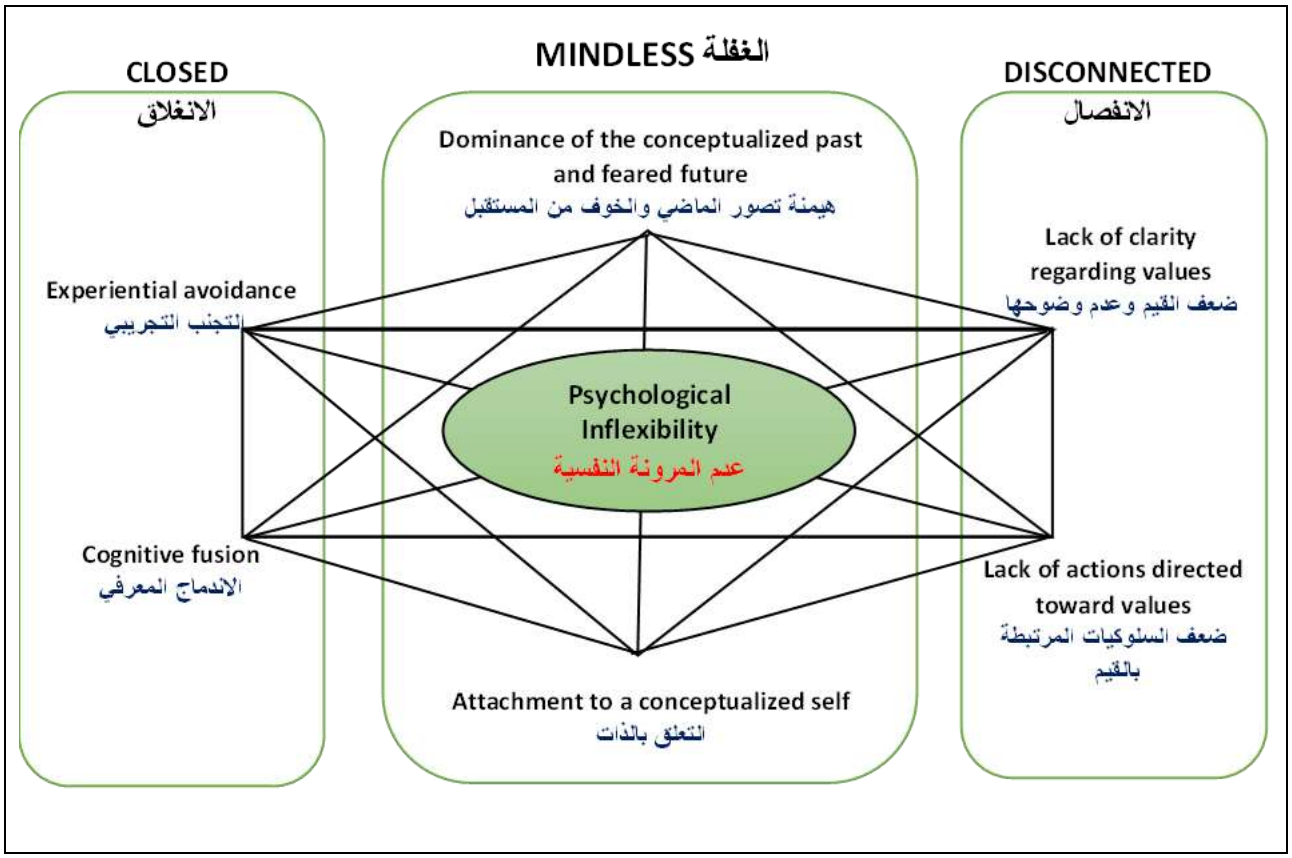
– **الانتباه غير المرن: Inflexible Attention** يميل الفرد نتيجة كلا من التجنب الخبراتي والاندماج المعرفي إلى زيادة الاهتمام بالماضي ومخاوفه والمستقبل وما يرتبط به من قلق، مما يقلل من قدرتنا على الوعي المرن بما توفره البيئة في الحاضر وبالتالي يخفض من معرفتنا وما نشعر به في الوقت الحالي مما يجعلنا اقل حساسية للإمكانات الكامنة في بيئتنا من حولنا في اللحظة الراهنة، وهذا يؤدي بدوره إلى مزيد من السلوك الذي حدث في الماضي ويمنع من أي تغير أو أي احتمالات جديدة.

– **التعلق بالذات المفاهمية (الذات كمحتوى)Attachment to Conceptualized self** : التأثر بالخبرات الحياتية الصعبة وضعف القدرة على تخطي تلك التجارب تكون نتيجتها الحتمية تقييم الذات بشكل سلبي وأنماط السلوك الغير مرنة. وكمثال على ذلك رؤية الفرد لنفسه شخص غير مرغوب فيه او تافه.

– **ضعف القيم وعدم وضوحها: Lack of Clarity About Values:** نقص القيم أو عدم وضوحها يجعلنا نعيش بدون هدف أو معنى في الحياة وما له من تأثير نفسي سلبي على الانسان. (Luoma et al,2017,p.27).

– **ضعف السلوكيات المرتبطة بالقيم Lack of actions directed towards values:** وتتمثل في اتخاذ فعل مناسب أو التهور في رد الفعل، فهنا تسيطر على الإنسان الأهداف قصيرة الأمد مثل الشعور بالرضا المؤقت أو والدفاع عن الذات المدركة بشكل خاطئ، مما يبعدنا عن صفات الحياة المرغوبة طويلة الأمد وهي (القيم)، وخلال تلك الأفعال والسلوكيات المضطربة يستهلك الأنسان مزيد من القلق والاكتئاب، ويبتعد عن السلوكيات القائمة على القيم. (Hayes et al,2011,p.14).

وقد تم تمثيل النموذج للعلاج بالتقبل والالتزام في سيكوباتولوجيا في نموذج سداسي الأضلاع، تمثل كل زاوية من زواياه عملية من العمليات الست التي يفترض أنها تساهم أو تسبب المعاناة البشرية والسيكوباثولوجيا، وفي وسط هذا النموذج تتمركز عدم المرونة النفسية، والذي هو عبارة عن مصطلح يرمز به إلى تفاعل هذه العمليات ويتضح في شكل (14) العمليات الستة التي يرى هايز أنها تشكل عدم المرونة النفسية (التصلب النفسي) والتي تتسبب في المشكلات النفسية للإنسان.



الشكل (14) يوضح نموذج تفسير نشأة الاضطراب النفسي (Luoma et al., 2017:12)

ومن خلال الشكل (14) نلاحظ ان عدم المرونة النفسية او التصلب النفسي يكون نتيجة لست عمليات أساسية والمتمثلة في اندماج الفرد مع الأفكار الغير مجدية كالأفكار التي تتعلق باليأس والشعور بالدونية، والمعتقدات المقيدة للذات والاحكام القاسية والقواعد الصارمة، وخلق الاعذار، وتجنبه للخبرات الخاصة من أفكار وعواطف واحاسيس وذكريات وما الى ذلك، ويقصد به التجنب الذي يتعارض مع تحقيق القيم والأهداف التي يحتفظ بها أو عندما يتضمن السلوك السيء وخاصة اذا كان هذا التجنب عالي المستوى، بالإضافة الى هيمنة محتوى الماضي والمستقبل الذي يفقده الاتصال بالحاضر، وتعلقه بالذات المفاهيمية، فيبتعد عن قيمه ويقوم بأفعال غير مجدية.

كما يشير O'Donoghue et al (2018,p.14) الى إمكانية دمج العمليات الستة في ثلاثة ركائز هي:

- **الركيزة الأولى تتمثل في الانغلاق (Closed):** وتشمل كلا من التجنب الخبراتي والاندماج المعرفي، حيث يصبح الفرد منغلق على نفسه وغير متفتح، ويكون سلوكه مقيد وغير مرن.

- **الركيزة الثانية تتمثل في الغفلة(mindless):** وتشمل كلا من هيمنة الماضي والمستقبل المفاهيمي والتعلق بالذات المدركة وهي ركيزة ضارة للغاية تبعد الفرد عن العيش في اللحظة الحالية وتؤدي به الي الجمود والبعد عن التقييم السليم لذاته والآخرين.

– **الركيزة الثالثة تمثل الانفصال (Disconnected)**:ويشمل كلا من ضعف أو عدم وجود قيم، والسلبية أو التهور مما يمنع من السلوك الإيجابي.

12–نموذج المرونة النفسية Psychological Flexibility للعلاج بالتقبل والالتزام ACT:

يرى العلاج بالتقبل والالتزام أن المعاناة والألم جزء لا يتجزأ من الحياة فهي حالة طبيعية لا مفر منها ولذلك فإن الاندماج المعرفي أي عندما تسيطر أفكارنا على تصرفاتنا مع الأفكار والمشاعر والخبرات الخاصة السلبية واعتبارها حقائق غير قابلة للتغيير هو ما يسبب المعاناة، ويكون العلاج بتحديد الاندماج وفصله عن الذات كمحتوى باستخدام اليقظة، والتقبل، وتأكيد القيم، والعمل الملتزم (Fletcher & Hayes,2005).

فالعلاج بالتقبل والالتزام يهدف أساسا الى زيادة المرونة النفسية وتحسين قدرة العميل على التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل تام وواع ويتم تحقيق المرونة النفسية باستخدام ست عمليات/ فنيات أساسية تتمثل في:

–**التقبل (Acceptance)** : يختلف مصطلح التقبل في سياق العلاج بالتقبل والإلتزام عن المعنى الشائع في الحياة اليومية والذي يتضمن معنى الرضوخ والاستسلام للواقع، اما في ACT فيعنى التقبل الواعي للأحداث والانفتاح على الخبرات والرضا بها كما هي بدلا من تجنبها وانكارها او محاولة تغييرها (ريتشارد جوزيف،2021).

وبهذا فان مفهوم التقبل ينطوي على تبني الخبرات الداخلية بفاعلية، حيث يتم تطبيقه على التجارب الداخلية غير المرغوب فيها والتي من شأنها أن تؤدي إلى آثار سلبية على عمل الفرد ، ولهذا يؤكد هايز Hayes على أن تدخلات التقبل تعد إحدى العمليات الأساسية والمهمة التي يجب مراعاتها عند بناء خطة العلاج ويرجع ذلك لكون أن تدخلات التقبل تجعل العميل على وعي بالأفكار والمشاعر التي تظهر في سياق الخبرة المعاشة دون وجود كف لها، ويعتقد هايز أن عدم تطبيق مبدأ التقبل يجعل من تلك الأفكار والمشاعر مقاومة للتغير العلاجي، ولكن عند مساعدة العميل على تقبل تلك الأفكار والمشاعر في سياق الخبرة المعاشة تعد خطوة نحو تكسير مقاومة التغير العلاجي.(Boyd et al,2011,p.89).

ومن ثم نجد أن مهارة التقبل تعد من أصعب المهارات التي يمكن القيام بها وذلك لكون أن مهارة القبول تعني الارادة المواجهة الانفعالات التي غالبا ما يتم تجنبها؛ فعند قبول الخبرة يمكن التمهيد للبدء في العلاج (الصبوة،2019،ص.81).

وعليه فان أن التدخل بالتقبل يهدف الى بناء رغبة في معايشة الأحداث والأفكار والمشاعر والاحاسيس التي كان يتجنبها العميل لما لها من عواقب سلبية، وهذا لا يعنى رغبة العميل في تلك الأفكار بل تأهيله لمواجهة تلك الأحداث والافكار والمشاعر. (Gaudiano ,2015,p. 59-60).

وتتضمن عملية التقبل أربع مكونات تتمثل في:(1) اليقظة العقلية وتعتبر عملية جوهرية في التقبل لأنها تدرب الفرد على الوعي بالمشاعر والأفكار والبيئة الخارجية المحيطة به في كل لحظة. (2) تقبل الأفكار كما هي وعدم التقليل منها، حيث أنها تسهم في تحديد الأفكار والانفعالات المرتبطة بالقيم. (3) تقبل المعاناة التي تعرض لها العميل.(4) تقبل الأفكار والمشاعر التي يستطيع الفرد السيطرة عليها. (Blonna,2011).

ومن ثم نجد أن فنية التقبل تساعد العميل في التقبل النشط والواعي للأحداث الخاصة بحياته والتي قد ترتبط بماضيه دون محاولات منه لتغييرها، فالتقبل ليس غاية وانما وسيلة لتحفيز الافعال المرتبطة بقيم الفرد كما يعني التقبل أن يحدد الفرد الأشياء الخارجة عن سيطرته التي لا يمكنه تغييرها ويتقبلها كما هي، لأن محاولات تغيير ما هو خارج عن السيطرة سيتسبب في إحباط الفرد وفشله وتتكون انفعالات سلبية تؤثر على حياته بشكل عام. (قرني،2019،ص.13).

وعليه فالتقبل عملية نشطة تهدف الى تكيف الأفراد مع التجارب الحياتية الصعبة دون المحاولة لتجنبها أو تغييرها أو السيطرة عليها، حيث أن محاولات السيطرة على التجارب المؤلمة خصوصا التي لا نستطيع تغييرها تتسبب في مشاعر الإحباط والفشل والانفعالات السلبية التي تؤدي حتما إلى معاناة في باقي الأنشطة الحياتية فالتقبل يسمح للخبرة بأن تتواجد بصورة علنية وكما هي حتى وأن كانت غير مرغوب فيها، لذا يعد التقبل وسيلة لتحفيز الأفعال المرتبطة بالقيم.

-فك الاندماج المعرفي (Cognitive defusion): فك الاندماج المعرفي او التجنب/الفصل المعرفي هي عملية تهدف الى تغيير الطريقة التي يتفاعل ويرتبط بها الفرد مع الأفكار عن طريق إنشاء نسق يتم فيه تقليص وظائف تلك الأفكار غير المفيدة (جمعة و منى محمد،2019،ص.32).بينما تشير قرني(2019،ص,13) ففنية الفصل المعرفي تسهم في تغيير وظائف الأفكار الخاصة بالحدث الذي مر به العميل، وهنا تبرز ميزة هذه الفنية في كونها تتعامل مع وظائف الأفكار المرتبطة بالحدث وليس بتغيير شكل الحدث أو عدد مرات حدوثه أو الحساسية الموقفية له، كما تتميز هذه الفنية بأنها تقلل من مصداقية الفكرة المتعلقة بالحدث.

حيث يشير Harris (2007,p.2) الى أن العلاج بالتقبل والالتزام يحاول أن يغير الأسلوب الذي يتفاعل به الفرد مع الأفكار أو أسلوب تعلقه بهذه الأفكار من خلال إنشاء سياقات يتم تقليل الوظائف غير المفيدة، ففي الاندماج المعرفي تكون الأفكار هي الواقع ويبدو الأمر كما لو أن ما تفكر فيه موجود بالفعل هنا والآن فالأفكار تمثل الحقيقة، نأخذها على محمل الجد ونمنحها اهتمامنا الكامل ونعتقد بها، ونفترض انها حكيمة لتصبح أوامر نطيعها تلقائيا فنتبع مشورتها. بينما تصبح هذه الأفكار في عدم الاندماج المعرفي مجرد أصوات ،كلمات، قصص، أجزاء من اللغة، تمر عبر رؤوسنا، فالأفكار قد تكون أو لا تكون صحيحة، نحن لا نصدقها تلقائيا، كما قد تكون الأفكار أو لا تكون مهمة، فنحن نولي الاهتمام فقط إذا كانت مفيدة، والأفكار ليست أوامر ليس علينا أن نطيعها، و قد تكون الأفكار أو لا تكون حكيمة لا تتبع نصائحها تلقائيا، إن الهدف من عدم الاندماج المعرفي هو إدراك الفرد للعملية الفعلية لتفكيره حتى يتمكن من التفكير بشكل موضوعي وحل المشكلة بشكل فعال قبل أخذ القرار. (عطية،2011،ص,455).

وبالتالي فان عملية فك الاندماج تشمل على تجنب الاندماج مع الأفكار السلبية التي تنتجها الاحداث فتعمل على تغيير وظائف الأفكار، فيتمكن الفرد من التعامل مع هذه الأفكار بمرونة ودون انزعاج، فيستفيد من تجاربه بدل ان يكون منصاعا لأفكاره مقيدا بما تمليه عليه ومطيعا لها بشكل تلقائي، فملاحظة الأفكار وعدم الاندماج معها وتدبر الإيجابيات يدعم مكون المرونة النفسية ويسهم في الاستقرار النفسي والتعايش الايجابي مع الخبرة السلبية.

-**التواصل مع اللحظة الحالية (Being present)**: يؤكد ACT في عملية الاتصال باللحظة الراهنة على مبدأ "**هنا والآن**" من خلال زيادة اليقظة العقلية والاتصال باللحظة الراهنة، بحيث نحيا الوقت الحاضر ونركز على الخبرة الحالية مع تقبلها دون خوف من الماضي أو قلق بشأن المستقبل، حيث يهدف العلاج بالتقبل والالتزام إلى تطوير عمليات انتباه مرنة للتركيز على الحاضر، بدلا من التركيز على إشارات التهديد للماضي أو المستقبل المخيف، حيث أنه عند الاتصال باللحظة الحالية ، يكون البشر مرنين ومتجاوبين ومدركين للإمكانيات وفرص التعلم التي يوفرها الوضع الحالي بالمقارنة مع العيش في تصور الماضي أو المستقبل الذي يؤدي حتما الى السلوكيات المضطربة.

.(Ciarrochi & Bailey,2008,p.12)

لكن هذه الفنية تسمح بان يكون سلوكه أكثر مرونة كما تكون أفعاله أكثر اتساقا مع أقواله والقيم التي يتبناها. (سيد،2019). ويشير زكي(2019) الى أن التواصل مع اللحظة الحالية عملية يقصد بها التواصل

الكامل مع الخبرة التي يمر بها الفرد بوصفها تحدث هنا والان، والوعي بالذات والعمل وفقاً للقيم. كما يعد التركيز على التواصل مع اللحظة الحالية ذا فائدة للعميل في الحالات التالية:

-عندما يقل وعيه بأفكاره ومشاعره

-عندما يصبح عنيداً للعملية العلاجية.

-عندما يفشل في الانتباه للفرص المتاحة عن الموقف.

-عندما يصبح غير قادر على وصف أسباب ما يحدث.

-عندما يكون غير واعي بمعني حدوث الحدث.

-عندما يتجنب العميل الحدث المعرفي.

وعليه فان العملية تهدف إلى أن يعيش الفرد اللحظة الراهنة ويتخلص من هيمنة الماضي والخوف مما سيكون في المستقبل، او أصدار الأحكام على ما سيكون لاحقا، وهذا يصيح سلوكه مرنا وأفعاله متسقة مع أقواله والقيم وقيمه حيث يعيش الخبرة كاملة كما تحدث في اللحظة الراهنة ومعايشتها دون انفعال أو تعلق فيستفيد باكبر قدر من الفرص المتاحة له.

-**الذات كسياق (Self-as-Context):** الذات كسياق يمكن أن يطلق عليها أيضاً الذات كمنظور أو الذات الملاحظة وتتضمن خبرة الفرد عن ذاته وهي ليست بنية لفظية ولكنها خبرة معاشة. (Nikolaos et al, 2010).

بحيث ينظر الفرد للمواقف والتجارب الحياتية كمراقب خارجي، أي اتخاذ منظور المراقب لتجربة الفرد حيث يتم التركيز على مراقبة الأفكار والمشاعر والانفعالات المصاحبة للخبرات التي نمر بها ووضعها وتفسيرها فقط في السياق التي تحدث فيه، بهدف مساعدة الخاصة التي يمرون بها في الوقت الحالي، ما يسهم في زيادة التسامي بالذات وكذلك اقبال الأفراد على تطوير إحساس أكثر صلابة بأنفسهم كمراقبين أو خبراء بغض النظر عن التجربة الذات والتعاطف معها. (Tan ,63,p. 2016).

وحسب Mawdsley(2020,p.10) فان العلاج بالتقبل والالتزام يرى الذات من ثلاثة أبعاد:

-**الذات كسياق:** وهي عبارة عن إطار علائقي لـ أنا مقابل أنت الآن مقابل بعد ذلك أنا مقابل هم.

-**الذات كمفهوم:** له إطار وجودي ومعتقدات عميقة الجذور حول من أنا ما أفكر به ما أشعر به.

-**الذات كعملية** لها إطار زمني وتتضمن أفكارًا حول الحاضر والماضي والمستقبل.

وقد اقترح منظور العلاج بالتقبل والالتزام أن إنشاء توازن دقيق بين جميع جوانب الذات يمكن أن يكون حلا سريعًا للعديد من مشكلات الصحة العقلية، فعندما نكون على دراية بتجاربنا ويمكننا النظر إليها من وجهة نظر موضوعية، ويمكننا التعامل مع تدفق العواطف بمزيد من الفعالية.

فالذات كسياق مهم لأن الفرد يستطيع أن يعي أوجه القصور في الخبرات دون أن يربطها بذاته، وهكذا تتم عملية التفريغ المعرفي والتقبل في ذات الوقت وذلك من خلال تدريبات العقلانية والتشبيهات والعمليات الخيرية .(حامد وآخرون،2013،181).

ويؤكد هايز وزملائه (2009) يؤكدون على أن الاحساس بالذات على درجة من الأهمية، فالفرد قادر على ان يطور وعياً بالخبرات المتدفقة لديه دون أن يتعلق بها، ومن ثم يتم دعم الذات عن طريق الاهتمام بالأمثلة والعمليات التجريبية، وتشمل هذه العملية مهارات الاتصال بالذات من خلال ملاحظة الفرد لأفكاره ومشاعره والفصل بينها وبين ذاته، فالذات ليست وعاء لها وانما سياق مستقل، فالفرد يعي بوجود الفكرة ولكنها لا تمثله، كما ان هذه الفنية تركز على اللغة الإنسانية في إدراك العلاقة بين الفرد وذاته وبينه وبين الآخرين وبينه وبين المواقف التي يمر بها وبين خبراته السابقة. تحسين الاتجاهات السلبية نحو الدمج

-**القيم (Values):** تشير القيم إلى عدد من الصفات المختارة لتصرفات هادفة، فهي غير محسوسة، ولا يمكن الحصول عليها كشيء مادي، ولكن يمكن إنشاء مثيل لها لحظة بلحظة، ويقوم العقل بتدريبات عديدة لمساعدة الأفراد على اختيار اتجاهاتهم في الحياة. (Hayse,2014,p.16).

ويعتبر Pistorello,et al (2012) أن القيم هي ماهية الانسان وجوهر وجوده وما يرتكز عليه فهي ببساطة شديدة ما نود ان نكون عليه في مواجهة شدائد الحياة ومحنها وصدماتها وازمتها، وانها طوق النجاة وربما وسيلته أيضا، فالإنسان لا تكون الا بنسق قيمه كمحدد لهويته الشخصية، فنحن ما نؤمن به ما ندافع عنه وما نتمسك به وندعو اليه، وليس خبراتنا الماضية وانما ما نقره الان ونجري وراءه وندعو اليه فالقيم هي مدارات العلاج القائم على التقبل والالتزام فهي بمثابة بوصلة لتحديد الوجهة وترسيم المسار وتعبئة المحتوى.

فالقيم في العلاج بالتقبل والالتزام تعد عناصر الحياة التي نهتم بها والتي تحفزنا على الانخراط في بعض الأنشطة كما تؤثر القيم على وظائف التعزيز وبالتالي فان العمل على توضيح قيم العميل تكون من خلال مجموعة متنوعة من التمارين التي تساعده على اختيار اتجاهات الحياة في مختلف المجالات الحياتية، في حين تحد من العمليات اللفظية التي قد تؤدى إلى الخيارات المؤدية للتجنب. (Twohin,2012,p.50).

وأشار Shields (2017) الى أن القيم تعني أن نعيش بطريقة مختارة وذات معنى أي في ظل ما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة، فهي الموجه لحياتنا، وفقد الاتصال بها يؤدي بنا إلى المعاناة والقيم لا تعني الأهداف، فهناك فرق بين الاثنين فعندما نتحدث عن الأهداف فنحن بصدد الحديث عن شيء نرغب في تحقيقه شيء يعكس نجاحنا كالنجاح في الدراسة او الارتباط، فالهدف هو العلامة التي تخبرنا أننا على الخطى الصحيحة أما القيم فهي الخطى في حد ذاتها أي الاتجاه والطريقة التي يسير عليها هذا العمل لتحقيق هدف معين فإنجاب الأولاد هدف ولكن العلاقة معهم وكيفية الرعاية والاهتمام والتربية هي القيمة، فالقيم كل ما هو مهم في حياتنا.

وقد أشار هايز الى ان صعوبة تكوين القيم تكمن في عدم الوضوح ومن ثم تكون القيم غير منطقية وغير منطوية على الواقع او بعيدة المدى لذا تم التركيز على التمارين والأنشطة والمناقشات التي تدور حول دعم القيم والاهداف في شتى المجالات التي ترتبط بحياة الافراد.(نجوان،2021،ص.174).

وعليه فان القيم تعد عناصر الحياة فهي تمد الانسان بالدوافع وترشده نحو أفعاله وتعطيه معنى للحياة، ولها في ACT دور واهمية في التغير العلاجي، ولذلك يجب العمل على استضاح القيم من خلال عدة أنشطة تمارين ومناقشات حتى تكون منطقية وواقعية، فالفرد يتبنى اختياراته وفقا لقيمه وليس قيم الآخرين، وذلك حتى يلتزم بتحقيقها، فالقيم بمثابة بوصلة تتحدد من خلالها الوجهة والمسار نحو تحقيق الأهداف، وتجدر الإشارة الى ان القيم ليست هي الأهداف وانما الأهداف تخدم القيم.

-**الإلتزام (Commitment)**: هو المشاركة النشطة والهادفة في السلوك الظاهر الموجود لخدمة التحرك في اتجاه القيم فالالتزام في نظرية العلاج بالتقبل يمثل التغيير السلوكي النشط، ويتضمن الفعل الملزم Self-Committed Action القيام بالإجراءات والأفعال التي تسهم في علاج مشكلة ما، وكذلك الإقلاع عن سلوك أو فعل حيث يتم تشجيع الفرد على تنفيذ السلوكيات المحققة للأهداف والمرتبطة بالقيم، ويستخدم فيها فنيات كالعلاج بالتعرض التشكيل اكتساب المهارة، على مستويات قريبة ومتوسطة وبعيدة المدى.

ونلاحظ في هذه العملية بانه يتم دمج إجراءات تغيير السلوك التقليدية حيث ان جميع العمليات الأخرى في ACT تعمل اما على تغيير السياق الذي تحدث فيه التجارب الداخلية او تغيير التأثيرات التعزيزية او العقابية للمؤثرات. (Lane,2017,p.5).

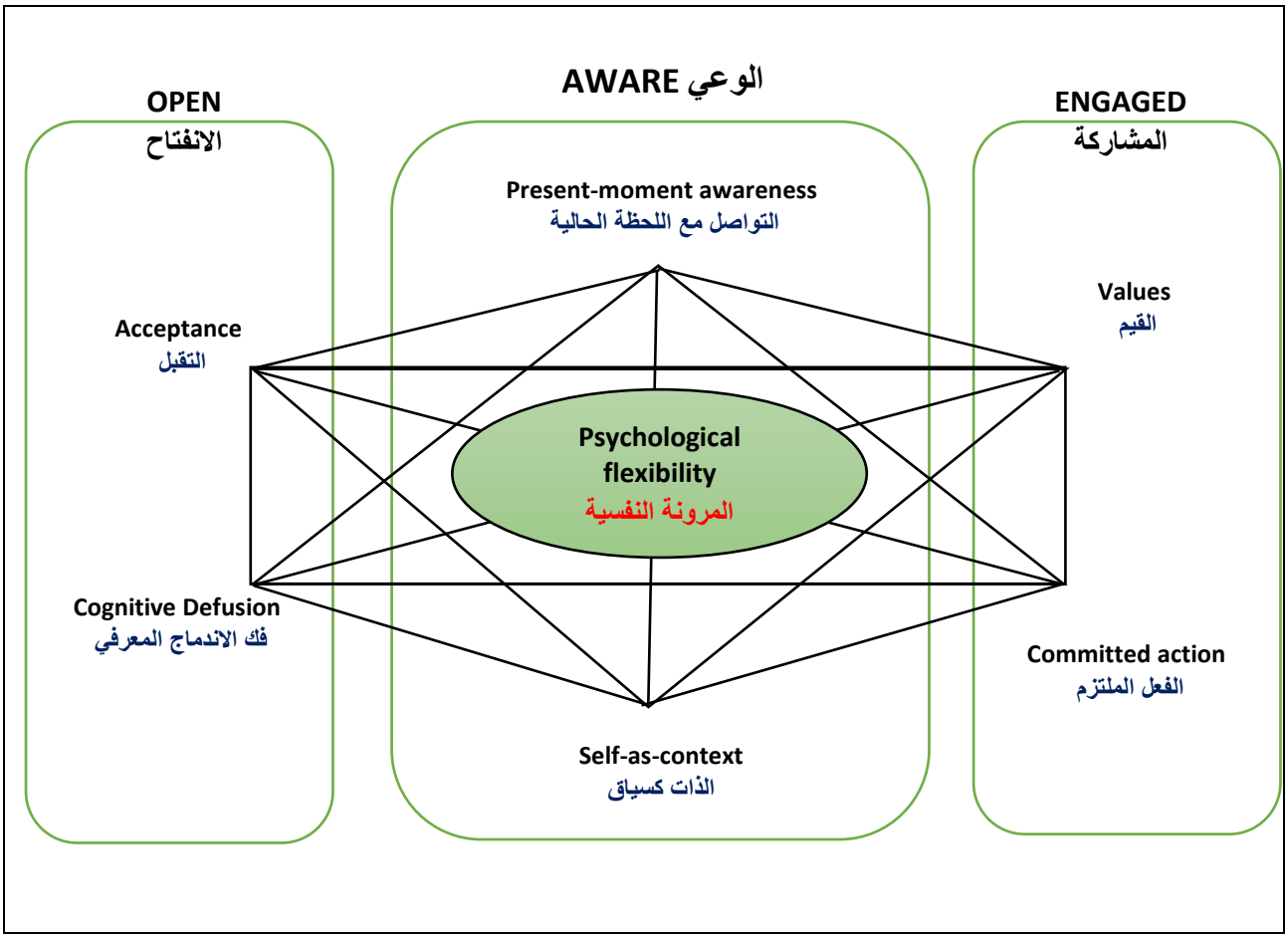
ويضيف البحيرى (2018) إلى أن الهدف العام من العلاج بالتقبل والإلتزام هو مساعدة ودعم الأفراد على الانخراط في سلوك يتوافق مع القيم والمثابرة على هذا الانخراط والإلتزام به وهو الفعل الملتزم.

فغالبا ما يكون الفعل الملتزم هو نقطة وصول علاج ACT بإيجاد وتنفيذ تغييرات سلوكية تتكيف مع السياق وتتواقف مع القيم، والتي ستحدث فرقاً حقيقياً في حياة المرضى. (christophe, 2018,p.22).

وعليه فان الفعل الملتزم هو كل السلوكيات التي تتفق مع قيمنا بشكل ملموس، فهو الاجراء المتخذ في الحياة الواقعية عندما تتضح القيم والاهداف.

وفي ضوء هذه العمليات يمكن القول ان العلاج بالتقبل والالتزام يهدف تنمية المرونة النفسية، وذلك بمساعدة العميل على تقبل الواقع كما هو رغم صعوبته والامه فلا يحاول تغييره وانما يتقبل التجربة المؤلمة كماهي ويعيش الواقع في اللحظة الحالية دون ان يفكر في ماض لن يعود او مستقبل قد لا يكون فيه، وبالتالي يصبح الفرد قادرا على التعامل مع اللحظة الراهنة بشكل واعي وكامل، فيقوم بسلوكيات فعالة بما يحقق أهدافه ويتوافق مع قيمه الشخصية، مما يقوده الى حياة ذات معنى.

ويتم عرض هذه العمليات الست بصورة مرئية في شكل سداسي والمعروف باسم Hexaflex أو النموذج السداسي للمرونة النفسية، كما يوضحه الشكل (15).



الشكل (15) نموذج العمليات الستة للعلاج بالتقبل والالتزام (ACT).

يتضح خلال من الشكل (15) أن العمليات الستة الأساسية للعلاج بالتقبل والالتزام والتي تهدف الى تنمية المرونة النفسية، وتجدر الإشارة الى ان العمليات الستة مرتبطة ومتداخلة وتدعم بعضها البعض وتنقسم بدورها الى:

1-مجموعة عمليات اليقظة الذهنية وتشمل أربع عمليات هي: الاتصال باللحظة الحالية، التقبل، فك الاندماج المعرفي، الذات كسياق.

2-مجموعة عمليات تغيير السلوك والالتزام هي: استضاح القيم والفعل الملتزم.

كما يمكن اعتماد النموذج **البسيط ثلاثي الاعمدة (Triflex)** والذي تم الاحتفاظ به أيضاً في الإصدار الثاني من دليل (ACT). حيث يجمع هذا النموذج العمليات في ثلاث أعمدة كما يلي:

-**عمود الانفتاح:** يجمع بين عمليتي التقبل أي الانفتاح على التجربة الداخلية، وفك الاندماج.

-**عمود الوعي:** يجمع بين عمليتي الاتصال باللحظة الحالية أي القدرة على الحصول على انتباه مرن في الوقت الحاضر، والذات كسياق أي نرى كل شيء نلاحظه كعناصر عابرة، مستقلة عن الذات كموقف لملاحظة هذه الظواهر (الذات الملاحظة).

-**عمود المشاركة:** يجمع بين عمليتي القيم أي وجود اتجاه واضح (القيم) والفعل الملتزم أي العمل بفاعلية في هذا الاتجاه (christophe, 2018,p.25).

13-العلاج بالتقبل والالتزام من الناحية التطبيقية:

يعتبرACT نموذج للتدخل المهني مع الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة يستند الى نظرية الأطار العلاقي ويركز علي السياق الوظيفي في تقدير الموقف الأشكالي للعميل، وهو نهج عبر تشخيصي يهدف إلى تعزيز المرونة النفسية التي تعزز التواصل مع اللحظة الحالية تماما فهو يساعد في تنمية الشخصية والسكينة النفسية والرفاهية النفسية حيث ينمى جوانب الشخصية أكثر من تقليل الأعراضACT لايهتم بعرض اعراض الاضطراب من حيث محتواه وشكله وانما يبحث عن الطريقة التي يفكر بها الفرد والظواهر الداخلية التي تؤثر على حياته. (Usubini et al, 2021).

كما تجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد بروتوكول ثابت وبترتيب معين لكل اضطراب، وعليه فإن للمعالج الحرية التامة في اختيار تسلسل التمارين، وذلك حسب نقاط القوة والضعف عند العميل. فأهم شيء لا بد أن يتميز به المعالج هو الانفتاح والمرونة في التعامل مع الحالات النفسية، فيكون نموذجا لعميله. لأن الهدف الأساسي من العلاج هو رفع المرونة النفسية، فمن غير المنطقي وضع إطار صارم لتسلسل العلاج للحصول على المرونة النفسية.

حيث يمكن بناء بروتوكولات علاجية مختلفة الاشكال وذلك وفقا للقاعدة التي أشار اليها قاصب بوعلام كلما زاد عدد مشاكل العميل ومدتها وشدتها وتأثيرها على نوعية حياته كلما استغرق العلاج وقتا أفضل حيث تقترح بعض كتبACT الموافقة على 12جلسة علاجية مبدئيا وقد تزيد أو تنقص عن ذلك كما يلي:

- البروتكول العلاجي طويل الأمد:

على سبيل المثال، يحتوي أحد بروتوكولات ACT الخاصة باضطرابات الشخصية الحدية على 40 جلسة علاجية جماعية، تستغرق كل جلسة مدة ساعتان. (Morton et al,2007).

- **البرتوكول العلاجي قصير الأمد:** قد يعتمد أحد البروتوكولات الشائعة في ACT والخاص باضطرابات القلق على 12 جلسة علاجية، وتستغرق كل جلسة مدة ساعة واحدة (Eifert & Forsyth,2005) . وتضمنت أحد دراسات الـ ACT الخاصة بعلاج الإجهاد والألم المزمن بروتوكولاً علاجيا يتكون من 8 جلسات علاجية (Dahl et al.2008).

- **البروتوكول العلاجي المختصر:** تعد صيغة العلاج بالتقبل والالتزام المركز Focused Acceptance and Commitment Therapy (FACT) نسخة مطورة من العلاج بالتقبل والالتزام التقليدي أو المعياري كمدخل علاجي عابر للتشخيصات وينظر أنصار العلاج بالتقبل والالتزام المركز (FACT) إلى الجمود النفسي psychological rigidity كعامل أو محدد أساسي مشتركا في عديد من المتاعب والاضطرابات النفسية والسلوكية. ويتضمن هذا البرتوكول تدريبات خبراتية وتدريبات وممارسات اليقظة الذهنية وأنشطة توضيح القيم لتنمية وتعزيز المرونة النفسية وتحسين راحة البال وطيب الحياة والهناء فيها من خلال تنمية وتعزيز "التقبل"، و "الالتزام بالأفعال السلوكية المستنيرة بالقيم الشخصية وبكل ما هو مفيد ومثمر". يمكن للمعالج تطبيقه في مدة زمنية قصيرة ربما من 2 الى 4 جلسات .(أبو حلاوة،2024،ص.2).

وتم دمج (FACT) في المجال التطبيقي لعلم النفس والرعاية الصحية كصيغة تدخل قوية وفعالة. وتم إعداد وتطوير صيغة العلاج المركز بالتقبل والالتزام على يد كل من Kirk Strosahl و Patricia Robinson كنسخة مختصرة وقصيرة الأجل من العلاج بالتقبل والالتزام يترتب عليها نتائج علاجية مماثلة في اطار زمني أقصر.(Strosahl et al,2012) . حيث نشرت دراسة حول ACT خاصة بعلاج الفصام المزمن تكونت من 3 أو 4 جلسات علاجية، استغرقت كل جلسة مدة ساعة واحدة فقط، وسمح هذا التدخل المختصر الى انخفاض معدل إعادة الدخول إلى المشفى بنسبة 50 بالمئة يبدو من خلال البروتوكولات العلاجية المختصرة جدًا، كما لو أن العميل يحتضن اليقظة الذهنية والقيم تماما ولا يواجه أي مشاكل مرة أخرى يصبح العميل بعد ذلك معالجا خاصا بنفسه، والحياة كفيلة بخلق جميع أنواع المشاكل والتحديات، مما يسمح له بتطوير مهاراته بشكل أكبر .(Bach & hayes,2002).

-العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل في العلاج بالتقبل والالتزام:

العلاقة العلاجية فيACT هي أحد العوامل المؤثرة في فعالية هذا الأسلوب العلاجي نظراً لكونACT علاج تعاوني نشط وعملي وموجه نحو الهدف ومبنى على الأدلة فهو من الاساليب العلاجية التي تعكس الموجه الثالثة من تيارات العلاج النفسي وخاصة العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي الجدلي فإن أغلب هذه

التيارات العلاجية تدعم شكلاً محدداً من أشكال العلاقة بين العميل والمعالج يتمثل في تدعيم العلاقة البين شخصية بين العميل والمعالج. (Lev & McKay, 2017,p. 92).

وورد في قاصب أن (Strosahl, 1999) يشير الى العلاقة العلاجية القائمة على التراحم والتفتح والاحترام فيACT ذات أهمية قصوى وبدونها ستفشل العديد من أدواتنا وتقنياتنا وتدخلاتنا أو تأتي بنتائج عكسية أو تفشل لذا علينا ان نولي اهتماما خاصا لأي أثر للرفض او الفوقية لان ذلك غير متسق مع موقف الACT بشان التساوي بين المعالج والعميل وتعتبر استعارة الجبلين كأحسن تعبير عن هذا الموقف، والتي مفادها أن كلا من المعالج والعميل يتسلق الجبل الخاص به الا أن المعالج يمكن أن يلاحظ أمور تحدث على جبل العميل **ويمكن للعميل ان يكون جيدا في التسلق اكثر فاكثر ويتعلم المزيد للاستمتاع بالسفر.**

وعليه فان العلاقة العلاجية فيACT تعد جهد مشترك بين المعالج والعميل فالعلاج بالتقبل والالتزام يؤكد على ضرورة أن تكون العلاقة تشاركية لكل طرف فيها دور اساسي كي يتم نجاح العلاج.

-دور المعالج في نظرية التقبل والالتزام:

حسب Hayes (2004,p.642) يتمثل دور المعالج النفسي في إطار العلاقة التشاركية الى تقليل شعور العميل بالعجز، ففي البداية يساعد المعالج العميل على إبراز وتوضيح التحديات التي تواجهه والتي يمكن التغلب عليها وأيضا تلك التي يحتاج قبولها كجزء مستمر من تجربته الحية، ومن ثم تكمن مسئولية المعالج في مساعدة عملائه على إدراك أنفسهم باعتبارهم سياق خاص بالتجارب والخبرات المستمرة التي تتضمن كل الأشياء التي تحدث داخل الفرد بما في ذلك انفعالاته وأفكاره وأحاسيسه وذكرياته ومشاعره ويصبح الهدف النهائي هو تجنب الخبرات السلبية والتوجه نحو المسارات الحياتية ذات الهدف، بعيدا عن الجمود النفسي.

فالمعالج في نظرية ACT نشط وموجه نحو الهدف، فلا يفرض الجدال على العميل، أو ينفره أو يقنعه بأي شيء، فإذا وجد نفسه يحاول تغيير عقلية العميل فيجب أن يتوقف لأنه في هذه الحالة لا يمارسACT، فالمعالج لا يفسر معاني المفارقات والاستعارات وانما يتجنب استخدام التدخلات ذات المردود السيء على العميل، ويختص بتدخلات تتناسب مع لغة العميل وتجربة حياته مباشرة . (Annabelle,2004).

ويشير محمد(2010) الى أن الممارسة المهنية للعلاج بالتقبل والالتزام تتطلب من المعالج ممارسة المجموعة من خطوات تساعد على تحليل الموقف المشكل للعميل، ومنها: (1) تحليل طبيعة مشكلة العميل (2) تقييم العوامل التي تؤثر على مستوى الدافعية للتغير لدى العميل (3) تحليل العوامل التي تنتقص من المرونة النفسية للعميل (4) تقييم العوامل التي تزيد من المرونة النفسية، (5) التوصل إلى الهدف العلاجي.

-**إستراتيجيات العلاج بالتقبل والالتزام:** يحدد قاصب (2021،ص.31) خمس إستراتيجيات أساسية يتبناها المعالج او المرشد النفسي عند ممارسته للعلاج بالتقبل والالتزام وتتمثل فيما يلي:

1-مواجهة اجندة التحكم الانفعالي (عن طريق أسلوب اليأس الإبداعي).

2-التحكم هو المشكلة وليس الحل.

3-الاستعداد (التقبل) هو البديل ويتضمن: فك الاندماج/التقبل/الاتصال باللحظة الحالية.

4-الذات كسياق/الذات الملاحظة.

5-استضاح القيم والفعل الملتزم.

-دور العميل في نظرية العلاج بالقبول والالتزام:

يعتبر العلاج بالتقبل والالتزام من العلاجات المحدودة بالوقت، والذي يتطلب المشاركة النشطة للعميل حيث أن هذا الأخير لا بد أن يعلم ويوافق على السيرورة النشطة الإجراءات العلاج.

حيث يقوم العميل بتطوير المرونة النفسية من خلال ستة مبادئ رئيسة: فك الاندماج المعرفي: أي إدراك الأفكار والعواطف والمشاعر والخبرات والذكريات كما هي بدلا من محاولة التغيير في شكلها، التقبل: أي السماح لها بأن تأتي وتذهب دون كفاح، الاتصال مع اللحظة الحالية أي: الوعي والتقبل هنا والآن، الذات كسياق أي الإحساس بالذات كمركز أو إطار تصوري، القيم الشخصية أي: اكتشاف ما هو أكثر أهمية للذات الحقيقية، والتصرف الإلزامي أي: تحديد الأهداف وفقا للقيم مع تنفيذها بمسؤولية. (Karishma,2020,p.51).

-مراحل العلاج بالتقبل والالتزام:

أشار Larmar et al (2019) أن العلاج بالتقبل والالتزام يمر بثلاث مراحل أساسية في العملية العلاجية الخاصة به، ولابد من مراعاة هذه المراحل عند إعداد البرنامج العلاجي الخاص بالعميل، فيبدأ البرنامج العلاجي بجلسات تمهيدية يتم من خلالها إرساء مبادئ إقامة علاقة تعاونية بين المعالج والعميل تقوم على التقبل والود والاحترام، ثم تأتي مرحلة لمس الصراعات والتعرف على المشكلات التي يعاني منها العميل وفيها يتم إلقاء الضوء على المشكلة الرئيسية الخاصة به، ثم تأتي مرحلة إكسابه مجموعة من الأساليب والقيم التي تمكنه من التخلص من معاناته ومشكلاته من خلال الالتزام بهذه القيم التي تخدم أهدافه.

بينما يحدد Orsillo and Batten (2020,p. 11) مراحل العلاج بالتقبل والالتزام بثلاث مراحل أساسية هي:

– **المرحلة الأولى:** وتعرف عادة **بمرحلة اليأس الابداعي** حيث يعمل المعالج خلال هذه المرحلة على بلورة مفهوم اليأس الإبداعي Creative Hopelessness ، والذي يقصد به إعادة تمثيل الموقف الذي فشل العميل خلاله في تغيير خبراته التي مر بها. لأنه في خلال تلك المرحلة قد يلتمس العميل العلاج في ظل شعوره باليأس والإحباط بسبب محاولاته الفاشلة لحل المشكلات التي يعاني منها، فيتعرف المعالج في هذا الوقت إلى تلك المحاولات من أجل تحديد الاستراتيجيات التي لم توظف بفعالية من قبل العميل ويعيد توضيحها مرة أخرى له بطريقة جديدة تساعده في إقصاء مشكلاته وإنهاء معاناته.

المرحلة الثانية: يعمل المعالج في هذه المرحلة على مساعدة العميل في محاولة ضبط الأحداث المؤلمة التي يعاني منها مما يزيد من تعزيز العمليات التي تخفض وتقلل الشعور بالألم والمعاناة، ويبدأ في توضيح فكرة أن أفكار العميل منفصلة عن ذاته، وأنها ليست واقعا مفروضا عليه، وكذلك ينصب اهتمام هذه المرحلة على تعرف القيم الهادفة التي يختارها العميل بنفسه، وتعليمه المهارات والأساليب التي يستطيع من خلالها العميل أن يصبح أكثر مرونة في التعامل مع مشكلاته.

–**المرحلة الثالثة:** وفيها ينصب تركيز المعالج على مساعدة العميل في القيام بأفعال تخدم أهدافه التي ينشد تحقيقها وقيمه التي اختارها بنفسه في المرحلة السابقة، والتخلص من معاناته والالتزام بهذه الأفعال وممارستها سواء في داخل الجلسات العلاجية أو خارجها في بيئته الطبيعية، وعلى المعالج أن يوضح للعميل ويؤكد على ضرورة التزامه بتوجيهات المعالج حتى يتحقق له التعافي.

14–فعالية العلاج بالتقبل والالتزام:

أكدت نتائج العديد من الدراسات والأبحاث العلمية على فعالية وشمولية نموذج العلاج بالتقبل والالتزام من حيث قدرته على إحداث تطور على جميع المستويات المراد اجراء تعديل إيجابي بها سواء المعرفية، الانفعالية او السلوكية.

حيث أظهرت الدراسات التي بحثت في التحقق من فعالية نموذج العلاج بالتقبل والالتزام أن تدريب الإكلينيكيين على استراتيجيات وفنيات (ACT) مكنهم من تحقيق نواتج علاجية إيجابية في سياق تعاملهم مع العملاء. (Strosahl et al,1998).

كما أثبتت الدراسات الاكلينيكية التتبعية تفوق العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من الأعراض المرضية للاكتئاب والقلق والوسواس القهري، خاصة فيما يتعلق بالمحافظة على المكاسب العلاجية، والوقاية من الانتكاس، وتحسين نوعية الحياة .(Wilson et al,2012).

واكدت (2004) .Patricia et al أن نموذج العلاج بالتقبل والالتزام يعد من النماذج التي تساعد أعضاء فريق العمل في مجال الرعاية الصحية على الوقاية والعلاج من الاثار السلبية المصاحبة للمرض المزمن، حيث أن التدخل المهني من خلال نموذج (ACT) يعمل على تحسين مشاعر الألم المزمن لدى فئات عمرية متعددة، ويحد من آثار الامراض المزمنة ويضعها تحت السيطرة والتحكم.

وأشار (Twohig,(2012,p.6–7 الى أن نموذج (ACT) للتغيير السلوكي أعطى نتائج إيجابية في مجالات متنوعة من المشكلات التطبيقية ومجالات النمو مثل اضطرابات القلق، اضطرابات المزاج، سوء استخدام المواد المخدرات والاضطرابات الذهانية، واضطرابات الاكل وقضايا الوزن، اضطرابات الشخصية واضطرابات التحكم في الانفعالات، فضلا عن قضايا أخرى في الطب السلوكي، كما تم استخدامه بنجاح مع الأطفال، إضافة تطبيقه على الأفراد ذوي العاهات الخلقية أو إصابات الدماغ، وقد تبين أن (ACT) يمكن أن يكون مفيداً مع مجموعة متنوعة من القضايا التي لا يمكن تشخيصها، قضايا الخجل والضغط الناجم عن العقم والضغوط الزوجية، مثل الضغوط الأبوية المرتبطة بتربية الأطفال ذوي اضطرابات النمو.

وأضاف (Julie(2021,p.15 أن العلاج القائم على التقبل والالتزام يمكن استخدامه مع مجموعة واسعة من الحالات المرضية والمشكلات الحياتية كمشكلات التواصل وغيرها. بالإضافة إلى معالجة العديد من الاستجابات الانفعالية، حيث ان (ACT) موجه أساسا لزيادة المرونة النفسية وتحسين جودة الحياة.

كما اثبتت العديد من الأبحاث أن فعالية نموذج (ACT) لا تقتصر على التعامل مع الكبار فقط وإنما تشمل فئة المراهقين وحتى الأطفال، حيث ساهم في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية التي تؤثر على المراهقين والأطفال كاضطراب القلق، الآلام المزمنة، اضطرابات انفصام الشخصية، تعاطي المخدرات، والتخفيف من الحركات النمطية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومع أباء الأطفال ذوي الإعاقات في تقبلهم لإعاقات أطفالهم والتعامل معها وتقليل الضغوط المترتبة على الإعاقة. (Murrell & Scherbarth,2011).

فهناك العديد من الدراسات الأجنبية والعربية التي أثبتت فعالية (ACT) في علاج العديد من المشكلات والاضطرابات لدى أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة أسهم في مساعدة أولياء ذوي الاعاقات وخاصة الأمهات

على تقبل أطفالهن والتعامل مع الصعوبات والمشكلات التي تعترضهن بمرونة وإيجابية، ونذكر على وجه التحديد الدراسات التي أجريت مع أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومن بين الدراسات الاجنبية:

دراسة(2009) Dehshotoran ،(2012)Kwiatkowski ،(2018) Fung et al و(2019) (2019) ، Hahs et al ,(2019)،Siyaddat et al (2019) ،Bidaki & Jahangiri (Hutchinson et al)،(2019),Masoumeh Salimi et al ،(2019) Salimiet al)،(Maughan et al (2024)، Behzad(2022) ، والتي هدفت على التوالي الى مساعدة الأمهات لتقبل أطفالهن المصابين بالتوحد، تخفيف حدة الاكتئاب، تحسين المرونة النفسية، تحسين الصحة النفسية والاتجاه الروحي، خفض الشعور بالوصمة الاجتماعية، وتحسين بعض القيم الشخصية، تنمية بعض المهارات الاجتماعية والسلوكية، استراتيجيات التنظيم المعرفي للعاطفة، ،تحسين راس المال النفسي، تحسين الصحة النفسية. والدراسات العربية نذكر دراسة عطية (2011)، دراسة الفقي(2016)، دراسة شعبان(2020)،دراسة الفنجري(2020)، دراسة الحديبي(2021) التي هدفت على التوالي الى تخفيف حدة الاكتئاب، تنمية المرونة النفسية، تنمية الشعور بالتماسك وخفض الضغوط النفسية، خفض الشعور بقلق الموت وتحسين جودة الحياة، تحسين حالة ما وراء المزاج.

وفي ضوء ما سبق، تتضح فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الاضطرابات النفسية والسلوكية، وتنمية الخصائص والمهارات الإيجابية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، سواء كان تطبيقه بشكل فردي أو جماعي، على المدى الطويل أو بشكل مختصر، وفقا لبروتوكولات أو برامج ارشادية أو علاجية.

-خلاصة:

تم خلال هذا الفصل تناول موضوع العلاج بالتقبل والالتزام وذلك بالتطرق لنشأته ومرتكزاته النظرية، تعريفات العلاج بالتقبل والالتزام وخصائصه، أسسه ومبادئه، والافتراضات الأساسية التي يقوم عليها، أهداف العلاج بالتقبل والالتزام، ثم التطرق الى المرونة النفسية والتي تعتبر جوهر العلاج بالتقبل والالتزام من حيث أهميتها ومؤشراتها، واستراتيجيات بناءها، ثم تفسير ونشأة الاضطراب النفسي من وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام وعرض نموذج المرونة النفسية، كما تم التطرق للعلاج بالتقبل والالتزام من الناحية التطبيقية، ثم فعالية العلاج بالتقبل والالتزام خاصة مع أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الفصل السادس:

الاجراءات المنهجية

للدراسة الميدانية

تمهيد:

يهدف الجانب الميداني من البحث إلى تكملة الجانب النظري، فهو وسيلة لنقل مشكلة البحث وتصورات الباحث إلى الميدان بغية توضيحها وتحديدها وتبيان جوانبها، فالاتصال بالميدان مهم جدا للدراسة العلمية إذ يسمح للباحث معرفة الحقائق والمعلومات الواقعية حول الظاهرة المتعامل معها، الا أن صحة وموثوقية النتائج المتوصل اليها تتوقف على الدقة وموضوعية الخطوات والإجراءات المتبعة، فأي دراسة علمية لا يمكن الوصول إلى نتائج موثوقة ولا يحصل الإطمئنان إلى صحتها، إلا إذا اتبعت بإجراءات منهجية مضبوطة، وخطوات علمية صحيحة، فوضوح المنهج وما يبنى في إطاره من تصميم محكم وتجانس العينة وسلامة طرق انتقائها وحصرها، ومناسبة أدوات البحث وما تتميز به من خصائص سيكومترية تدل على صلاحيتها، وملاءمة الأساليب الإحصائية التي يستدل بها على صحة أو خطأ الفرضيات، كل هذه الإجراءات تساعد في الوصول إلى نتائج ذات قيمة علمية، وهذا ما سنحاول التطرق له في هذا الفصل بدءا بعرض أهم نتائج الدراسة الاستطلاعية، إلى منهج البحث وعينته وكيفية اختيارها، إلى أدوات البحث المعتمدة في جمع البيانات والحقائق لنختتم الفصل بعرض لأهم الأساليب الإحصائية المتبناة في معالجة البيانات.

1-الدراسة الاستطلاعية: تعد الدراسة الاستطلاعية أهم مرحلة من مراحل البحث العلمي فهي نقطة انطلاق للبحث بشقيه النظري والتطبيقي، وتعرفها (جديدي،2021،ص.209) بأنها دراسة يقوم بها الباحث قبل شروعه في العمل الميداني أو بالأحرى هي المرحلة الأولى من مراحل العمل الميداني فهي دراسة أولية مصغرة تساعد الباحث على التقليل من أخطاء العمل البحثي الميداني ورفع كفاءته في الأداء وذلك من خلال مساعدته على اعداد أدوات جمع البيانات وتدريبه على تطبيقها وتعرفه على مجتمع الدراسة وظروفهم فيكون فكرة جيدة عن اليات العمل معهم ويرسم خطة اكثر فعالية في تنفيذ دراسته الأساسية.

كما أن الدراسة الاستطلاعية تمكن الباحث من القيام بالمراجعة النهائية لخطوات البحث حتى يكون مطمئنا لسلامة التنفيذ فهذه هي الفرصة الوحيدة للتعديل ولا يتسنى له ذلك بعد التطبيق. (بركات،1984، ص.76).

1-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية: هدفت الدراسة الاستطلاعية في إطار الدراسة الحالية الى تحقيق الأهداف التالية:

-التوجه الى الميدان واخذ فكرة أولية تقريبية عن عينة الدراسة من حيث توافرها وخصائصها.

-دراسة الخصائص السيكومترية لكل من مقياس الضغوط النفسية ومقياس جودة الحياة.

-بناء البرنامج العلاجي اعتمادا على مراجعة الدراسات السابقة وعملا بتوجيهات الأساتذة والاخصائيين في المجال.

-التطبيق الأولي للبرنامج العلاجي المقترح.

-التعرف على الصعوبات التي قد تواجه الباحثة لتفاديها في البحث الأساسي.

1-2-الحدود المكانية والزمانية للدراسة الاستطلاعية:

تم اجراء الدراسة الاستطلاعية في كل من المركز البيداغوجي النفسي للإعاقة الذهنية ومصلحة الفحص النفسي بالمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية ايشوف الجيلالي بموزاية ولاية البليدة وذلك في الفترة الممتدة بين 2021-2022.

1-3-عينة الدراسة الاستطلاعية:

تمثلت عينة الدراسة الاستطلاعية في أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، المترددات على مصالح المتابعة النفسية والتأهيل الارطوفوني بكل من بالمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية ايشوف الجيلالي والمركز البيداغوجي النفسي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة.

1-4-إجراءات الدراسة الاستطلاعية (خطوات):

-التعرف على ميدان الدراسة فأول خطوة قامت بها الباحثة هي زيارة ميدان الدراسة والمتمثل في كل من المركز البيداغوجي النفسي للمعاقين ذهنيا والمؤسسة الاستشفائية متعددة الخدمات بموزاية ولاية البليدة وتم اختيار هاتين المؤسستين لسهولة التنقل اليهما والعمل بهما مسبقا كما تم الحصول على الموافقة الإدارية وضمان وجود عينة الدراسة.(الملحق رقم 01).

-الاتفاق مع القائمين على شؤون المؤسستين المعنيتين على خطة تنفيذ العمل الميداني وذلك من خلال تعريفهم بطبيعة العمل والوقت الذي سيستغرق في التطبيق الميداني وتحديد عدد الزيارات واوقاتها ولقد تحصلنا على التسهيلات اللازمة لذلك.

- دراسة الخصائص السيكومترية لكل من مقياس الضغوط النفسية ومقياس جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد حيث أظهرت النتائج ان المقياسين على درجة عالية من الصدق والثبات.

-دراسة العلاقة بين متغيري الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال دراسة أجريت على عينة قوامها (36) أما لأطفال يعانون من اضطراب التوحد والمترددات على

جناح المتابعة النفسية الخارجية بالمركز البيداغوجي النفسي بموزاية باتباع المنهج الوصفي الارتباطي وتطبيق مقياسي الضغوط النفسية وجودة الحياة، حيث اسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى هؤلاء الأمهات أي كلما زادت درجة الضغوط النفسية انخفض مستوى جودة الحياة.

–القيام بدورة تكوينية حول العلاج بالتقبل والالتزام (أنظر الملحق رقم02)، وتطبيق فنياته على مجموعة من الحالات ومن بينها حالات لأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة في إطار التربص بالمؤسسة الاستشفائية ايشوف الجيلالي بموزاية ولاية البليدة.

– قيام الباحثة بتنشيط يوم دراسي تحسيسي حول "اضطراب طيف التوحد" موجه لفائدة أمهات أطفال التوحد المتكفل بهم في المركز البيداغوجي النفسي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة، كان الهدف منه الاحتكاك بالأمهات والاطلاع على انشغالتهن حول اضطراب أطفالهن، وطرح فكرة أنه ستكون هناك مبادرة في اطار البحث العلمي موجهة لفائدة أمهات أطفال التوحد.(أنظر الملحق رقم03).

–التعرف على عينة الدراسة الأساسية (أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد) والاطلاع على المشكلات التي تعاني منها خاصة فيما يتعلق بالضغوط النفسية، حيث لمسنا تجاوبا واهتمام كبيرين من قبل الأمهات واستحسانا لهذه المبادرة، كما عبرن عن احتياجهن للتكفل النفسي بهن، والحصول على موافقتهن للمشاركة في إطار البحث العلمي.

–بناء البرنامج العلاجي انطلاقا من الاحتكاك المسبق للباحثة بأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خلال العمل الميداني التطوعي والاطلاع على ظروفهن ومعاناتهن واحتياجاتهن والمشكلات التي يواجهنها وانطلاقا من نتائج الدراسة الميدانية بعنوان الحاجات الارشادية لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على عينة قوامها (03) أمهات باستخدام دليل المقابلة النصف الموجهة والتي أسفرت نتائجها على أن الحاجة الى المعلومات حول اضطراب طيف التوحد جاءت في الترتيب الأول بنسبة (97بالمئة) تليها الحاجة الى الدعم النفسي بنسبة (83بالمئة)،ثم الحاجة الى الدمج الاجتماعي لأطفالهن بنسبة (70 بالمئة)، وفي المرتبة الأخيرة الحاجة الى الدعم الاجتماعي بنسبة(25 بالمئة).(بوقطاف ،حفظ الله ،2023).

–التجريب الاستطلاعي للبرنامج العلاجي في صورته الأولية وهو بمثابة تدريب للباحثة واكتسابها خبرة تمهيدية في التعامل مع أفراد العينة، والتأكد من مدى قدرتها على تطبيق البرنامج وادرة جلساته واستخدام فنياته، وبالتالي تحديد الصعوبات التي ستواجهها أثناء التطبيق الفعلي له، بالإضافة لمعرفة مدى ملائمة مضمون البرنامج للفئة المستهدفة، حيث قامت الباحثة بتجريب البرنامج على عينة تمثلت في (03) أمهات

لديهن أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعانين من ارتفاع الضغوط النفسية وتدني في مستوى جودة الحياة، وذلك بمعدل جلستين في الأسبوع، وتوصلت من خلال ذلك الى تغيير بعض الاستعارات، كما اكتسبت الباحثة فرصة للتدريب على إدارة الجلسات الجماعية خاصة فيما يتعلق بإدارة الوقت، وتوظيف الاستعارات.

1-5-نتائج الدراسة الاستطلاعية:

-تحديد المركز البيداغوجي النفسي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة لإجراء الدراسة الأساسية.

-التأكد من صلاحية مقاييس الدراسة (مقياس الضغوط النفسية، مقياس جودة الحياة) وحساب خصائصها السيكومترية.

- بناء البرنامج العلاجي والتأكد من مدى ملائمة جلساته وأدواته وقدرتها على تحقيق الغاية من تصميمه.

2- الدراسة الأساسية:

2-1-الحدود المكانية والزمنية للدراسة الأساسية:

-**المجال المكاني:** تمت الدراسة الأساسية في المركز النفسي البيداغوجي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة وذلك بعد تأكد الباحثة من توفر عينة الدراسة وحصولها على الموافقة من مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية البليدة، وتم اختيار هذا المركز نظرا لسهولة تنقل الطالبة اليه بالإضافة الى التسهيلات والتعاون المقدم من طرف العاملين به بالإضافة الى توفر الظروف المناسبة لأجراء الدراسة.

-**المجال الزماني:** تمت الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من جانفي 2022 الى سبتمبر 2023.

2-2- منهج الدراسة الأساسية وتصميمها: يرتبط منهج البحث العلمي الذي يختاره الباحث للقيام بدراسته بالهدف او الأهداف المراد تحقيقها من القيام بالبحث العلمي. (عشوي،2022،ص,98).

وحسب طبيعة الدراسة الحالية التي تهدف لاختبار **فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد،** والتي تعتبر من الدراسات التجريبية حيث تم استخدام المنهج الشبه التجريبي الذي يعد بديل للمنهج التجريبي في الدراسات ، فقد أشار معتز(1997) الى أن الانسان بكل مكوناته الانفعالية والاجتماعية والثقافية وبكل خبراته وخلفياته المتعددة يصعب اجراء التجربة عليه وبالتالي يصعب تحديد وضبط المتغيرات والتحكم فيها لذلك يعد المنهج شبه التجريبي الأكثر ملائمة عندما يكون الانسان هو موضوع الدراسة.

(معتز،1997،13). كما أشار الحمصي(1991،ص.170) الى أن المخطط شبه التجريبي يوفر بديلا للمخططات التجريبية فيمكن تطبيقه على مواقف ميدانية ولا يقتضي أن يملك المجرب الضبط المطلق للمتغيرات التجريبية. كما يستعمل المنهج الشبه التجريبي في البحوث الميدانية التي يكون التعيين العشوائي فيها صعبا جدا أو مستحيلا، ونظرا لعدم قدرة الباحث على التعيين العشوائي لأفراد عينة بحثه فان احتمال تدخل بعض المتغيرات الدخيلة وارد أيضا.(مصطفى عشوي،2022،136).

ومن العوامل التي جعلتنا نعتمد المنهج الشبه التجريبي في هذه الدراسة تمثلت في صعوبة الاختيار العشوائي لعينة البحث حيث تم اختيار العينة بالطريقة القصدية بالإضافة الى صعوبة الضبط والتحكم في كل المتغيرات التي يمكن أن تتعرض لها العضوات المشاركات خلال فترة تقديم البرنامج العلاجي.

–تم الاعتماد في هذه الدراسة على **التصميم شبه التجريبي** الذي يعتمد على مجموعتين تجريبية وضابطة وهو تصميم يفترض فيه تحقيق التكافؤ بين المجموعتين الى حد كبير، حيث يتم ضبط المتغيرات التي يحتمل أن يكون لها تأثير على النتائج، وتم قياس متغيرات الدراسة (الضغوط النفسية وجودة الحياة) على المجموعتين قبل تنفيذ البرنامج ويفترض هنا أن الا تكون فروق دالة بين المجموعتين قبل تنفيذ البرنامج ثم يتم اخضاع المجموعة التجريبية للمتغير المستقل (البرنامج العلاجي المقترح) بينما لا تخضع المجموعة الضابطة لأي تدخل، وبعد انتهاء فترة التجريب يتم اخضاع المجموعتين لقياس بعدي لمعرفة الأثر الذي أحدثه البرنامج على متغيرات الدراسة (القياس البعدي على متغيرات الدراسة) والتحقق من استمرارية أثر البرنامج بعد فترة المتابعة (القياس التتبعي للمجموعة التجريبية). ويمكن تلخيص التصميم التجريبي للدراسة الحالية كما يلي:

الجدول رقم (08) يبين التصميم الشبه التجريبي للمجموعتين التجريبية والضابطة في الدراسة الحالية.

المجموعة	القياس	المعالجة	القياس	القياس
التجريبية	قياس قبلي	البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	قياس بعدي	القياس التتبعي
الضابطة	قياس قبلي	لا يوجد	قياس بعدي	لا يوجد

يوضح الجدول رقم (08) كيف تم التصميم التجريبي بمجموعتين تجريبية وضابطة حيث تم القيام بقياس قبلي لكل من درجات الضغوط النفسية ومستويات جودة الحياة لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة، ثم اخضعت المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي الجماعي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام، ثم القيام بالقياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية.

2-3-مجتمع الدراسة الأساسية: تمثل مجتمع الدراسة الأساسية في كافة أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد المتكفل بهم ضمن أقسام خاصة في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بموزاية-البليدة- والبالغ عددهن 80 أما في فترة الدراسة (2022-2023).

2-4-عينة الدراسة الأساسية: تكونت عينة الدراسة الأساسية من (18) أما للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تم اختيارهن بالطريقة القصدية حيث تراوحت أعمارهن ما بين (34-49) سنة ممن أثبتت معانتهن من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية ومستويات منخفضة من جودة الحياة، وتم تقسيمهن الى مجموعتين ضابطة وتجريبية حيث تضمنت كل مجموعة(09) أمهات، وتم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام على المجموعة التجريبية، أما المجموعة الضابطة لم تخضع لأي تدخل علاجي مع مراعاة عامل التجانس بين المجموعتين وذلك للتأكد من إمكانية المقارنات البعدية بين المجموعتين.

2-4-1-كيفية المعاينة: تم التحقق من العدد الإجمالي للأمهات اللاتي لديهن أطفال يعانون من اضطراب طيف التوحد والمتكفل بهم على مستوى المركز النفسي البيداغوجي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة والبالغ عددهن(80) أما.

-تم حصر الأمهات اللاتي لديهن درجات مرتفعة من الضغوط النفسية ومستوى منخفض من جودة الحياة من خلال تطبيق قبلي لكل من مقياس الضغوط النفسية ومقياس جودة الحياة واللاتي بلغ عددهن (59) أما من مجموع (65) أما خضعن لتطبيق المقياسين خلال لقاء الأمهات، وكان عدد الأمهات اللاتي وافقن مبدئيا على المشاركة في البرنامج العلاجي 49 أما.

- الا أننا اعتمدنا على عدة شروط لضمان التقارب بين أفراد العينة قدر الإمكان والتي حصلنا عليها من خلال توزيع استمارة تتعلق بذلك (أنظر الملحق رقم 04) وتمثلت هذه الشروط فيما يلي:

- أن تكون أما لطفل توحدي من جنس ذكر، درجة اضطرابه تتراوح من متوسطة الى شديدة، وسنه ما بين (7-12سنة).

- أن تكون غير مطلقة أو أرملة، وتعيش في منزل منفرد، والمستوى المعيشي للأسرة لا بأس به.

- أن تكون ماكثة بالبيت، ولديها أطفال الى جانب الطفل التوحدي.

- ألا تكون قد خضعت لتكفل نفسي من قبل.

-أن يكون المستوى التعليمي للأم بين الثانوي والجامعي.

-ألا تعاني الأم من أي أمراض مزمنة، ولا تتناول أي أدوية نفسية.

-بعد الاستناد الى الشروط السابقة الذكر تم الإبقاء على عينة تكونت من (18) أما تم توزيعهن حسب التصميم الشبه التجريبي للدراسة الى مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت كل مجموعة من (09) أمهات وتجدر الإشارة الى أن حجم العينة التجريبية التي تم اخضاعها للبرنامج العلاجي يتوافق وطبيعة العلاج الجماعي القائم على التقبل والالتزام والذي يتطلب الحجم الصغير للعينة.

2-4-2-خصائص عينة الدراسة: سنعرض أهم خصائص عينة الدراسة كما يلي:

-**الخصائص المشتركة بين أفراد كل من المجموعة التجريبية والضابطة:** تمثلت فيما يلي:

كل الأمهات لديهن طفل توحدي من جنس ذكر، كما لديهن أطفال الى جانب الطفل التوحدي وغير مطلقات أو أرامل، ماكثات بالبيت، ويعشن في مسكن خاص، ولا تعانين من أي أمراض مزمنة أو يتناولن أدوية نفسية، ولم يتعرضن لأي تكفل نفسي من قبل.

-**خصائص أفراد المجموعة التجريبية:** تمثلت خصائص أفراد المجموعة التجريبية وفقا لمجموعة من المتغيرات الشخصية والاجتماعية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (09): خصائص أفراد العينة التجريبية

المتغيرات / الام	سن الام	المستوى التعليمي للام	سن الطفل	شدة اضطراب الطفل	سن التشخيص	المستوى المعيشي
1	34	جامعي	9	متوسطة	3 سنوات	جيد
2	35	ثانوي	7	متوسطة	3 سنوات	متوسط
3	37	جامعي	9	شديدة	سنتين	متوسط
4	38	ثانوي	10	شديدة	4 سنوات	متوسط
5	38	ثانوي	9	شديدة	3 سنوات	جيد
6	41	ثانوي	9	شديدة	سنتين	متوسط
7	44	ثانوي	9	متوسطة	3 سنوات	متوسط
8	49	ثانوي	10	شديدة	3 سنوات	ضعيف
9	49	ثانوي	11	شديدة	3 سنوات	متوسط

يتضح من خلال الجدول رقم (09) أن المجموعة التجريبية تتكون من 09 أمهات لأطفال مصابين بالتوحد يتراوح سنهن من 34 الى 49 سنة، مستواهن التعليمي بين الثانوي والجامعي، ويتراوح سن الطفل المصاب بالتوحد لكل أم بين 7 و11 سنة كلهم من جنس الذكور، تتراوح شدة اضطرابهم بين المتوسطة والشديدة وتراوح سن تشخيصهم بالتوحد من سنتين الى أربع سنوات، ويتميز المستوى المعيشي لأسر الأمهات المشاركات بين المتوسط والجيد.

-**خصائص أفراد المجموعة الضابطة:** تمثلت خصائص أفراد المجموعة الضابطة وفقا لمجموعة من المتغيرات الشخصية والاجتماعية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (10): خصائص أفراد العينة الضابطة.

المتغيرات / الام	سن الام	المستوى التعليمي للام	سن الطفل	شدة الاضطراب	سن التشخيص	المستوى المعيشي
1	34	ثانوي	7	شديدة	3 سنوات	متوسط
2	35	ثانوي	10	شديدة	3 سنوات	جيد
3	35	ثانوي	9	متوسطة	3 سنوات	جيد
4	38	ثانوي	7	متوسطة	3 سنوات	متوسط
5	41	ثانوي	9	متوسطة	3 سنوات	متوسط
6	41	ثانوي	9	شديدة	3 سنوات	متوسط
7	44	ثانوي	10	متوسطة	3 سنوات	متوسط
8	48	ثانوي	12	شديدة	3 سنوات	متوسط
9	45	ثانوي	9	متوسطة	3 سنوات	جيد

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن عينة أفراد المجموعة الضابطة تتكون من 09 أمهات لأطفال مصابين بالتوحد تتراوح اعمارهن من 35 الى 48 سنة، ويتراوح سن الطفل المصاب بالتوحد لكل أم بين 7 و12 سنة، ودرجة اضطرابهم بين المتوسطة والشديدة، وسن التشخيص للأطفال كان3 سنوات، ويتميز المستوى المعيشي لأسر الأمهات المشاركات بين المتوسط والجيد.

-**البحث عن تكافؤ/تجانس أفراد المجموعة التجريبية والضابطة:** يقصد بالتكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة مدى التناسق الجوهري بين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري الظاهري للقيم، ويتضح من

خلال خصائص عينة الدراسة التجريبية والضابطة كما أشرنا سابقا أنهما متطابقان في أن كل الامهات طفل مصاب بالتوحد من جنس ذكر وغير مطلقات او ارامل، لا يعانين من أي امراض مزمنة ولا يتناولن

أي أدوية نفسية، كما أنهن لم يتلقين أي تكفل نفسي من قبل، عاملات ولديهن أطفال اخوة للطفل التوحدي لتتبقى المتغيرات الأخرى التي يتم بحث تجانسها بين المجموعتين ويتّضح ذلك كما يلي:

– **من حيث السن:** يمكن بحث التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة في سن الأم من خلال التحقق من امكانية وجود اختلاف جوهري بين متوسطي المجموعتين باستخدام اختبار Ttest كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (11): تجانس سن الأمهات بين المجموعة التجريبية والضابطة.

المتغير	المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
السن	التجريبية	09	40,56	40,56	0,13	غير دال
	الضابطة	09	40,22	40,22		

يتّضح من خلال الجدول رقم (11) أن عدد أفراد المجموعة التجريبية والضابطة بلغ 09 أفراد لكل مجموعة حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية في سن أمهات أطفال التوحد 40,56 بانحراف معياري قدره 40,56، في حين بلغ المتوسط الحسابي لسن أمهات أطفال التوحد في المجموعة الضابطة 40,22 بانحراف معياري قدره 40,22، وقدرت قيمة Ttest بين المجموعتين بـ 0,13 وهي قيمة غير دالة، مما يعني أنه لا توجد فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والضابطة في السن.

–**التجانس من حيث سن الطفل:** يمكن بحث التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة في سن الطفل من خلال التحقق من امكانية وجود اختلاف جوهري بين متوسطي المجموعتين باستخدام اختبار Ttest كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (12): تجانس سن الطفل بين المجموعة التجريبية والضابطة.

المتغير	المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
سن الطفل	التجريبية	09	9,22	1,09	0,38	غير دال
	الضابطة	09	9,00	1,32		

يتّضح من خلال الجدول رقم (12) أفراد المجموعة التجريبية والضابطة بلغ 09 أفراد لكل مجموعة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية في سن الطفل المصاب بالتوحد 9,22 بانحراف معياري قدره 1,09 في حين بلغ المتوسط الحسابي لسن أطفال التوحد في المجموعة الضابطة 9,00 بانحراف معياري قدره 1,32، وقدرت قيمة Ttest بين المجموعتين بـ 0,38 وهي قيمة غير دالة، مما يعني أنه لا توجد فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والضابطة في سن الطفل المصاب بالتوحد.

-**التجانس من حيث سن تشخيص الطفل:** يمكن بحث التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة في سن شخيص الطفل من خلال التحقق من امكانية وجود اختلاف جوهري بين متوسطي المجموعتين باستخدام اختبار Ttest كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (13): تجانس سن تشخيص الطفل بين المجموعة التجريبية والضابطة.

المتغير	المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
سن تشخيص الطفل	التجريبية	09	2,89	0,60	0,00	غير دال
	الضابطة	09	2,89	0,33		

يتّضح من خلال الجدول رقم (13) أفراد المجموعة التجريبية والضابطة بلغ 09 أفراد لكل مجموعة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية في سن تشخيص الطفل المصاب بالتوحد 2,89 بانحراف معياري قدره 0,60 في حين بلغ المتوسط الحسابي لسن تشخيص أطفال التوحد في المجموعة الضابطة 2,89 بانحراف معياري قدره 0,33، وقدرت قيمة Ttest بين المجموعتين بـ 0,00 وهي قيمة غير دالة، مما يعني أنه لا توجد فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والضابطة في سن تشخيص الطفل المصاب بالتوحد.

-من حيث المستوى التعليمي للام: يمكن بحث التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة في المستوى التعليمي للأم من خلال التحقق من امكانية وجود اختلاف جوهري بين تكراري المجموعتين باستخدام اختبار Chi-Square كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (14): التجانس في المستوى التعليمي للأم بين المجموعة التجريبية والضابطة.

المجموعة	التكرارات	جامعي	ثانوي	Chi-Square	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
التجريبية	التكرار	02	07	2,25	01	0,13
	التكرار المتوقع	1,0	8,0			
	الفرق	1,0	-1,0			
الضابطة	التكرار	00	09			
	التكرار المتوقع	1,0	8,0			
	الفرق	-1,0	1,0			

يتضح من خلال الجدول رقم (14) أن التكرار الظاهري للمستوى الجامعي في المجموعة التجريبية بلغ 02 في حين بلغ التكرار المتوقع 01 ليبلغ الفرق بين التكرارين 01 في حين بلغ التكرار الظاهري للمستوى الثانوي في المجموعة التجريبية 07 في حين بلغ التكرار المتوقع 08 وبلغ الفرق بينهما -1.

وبلغ التكرار الظاهري للمستوى الجامعي في المجموعة الضابطة 00 في حين بلغ التكرار المتوقع 01 بفارق قدر بـ -1، وبلغ التكرار الظاهري للمستوى الثانوي 09 وبلغ التكرار المتوقع 08 بفارق 1.

وبلغت قيمة Chi-Square 2,25 مع درجة حرية قدرت بـ 01 وبلغت قيمة الدلالة الاحصائية بذيلين 0,13 وهي قيمة غير دالة مما يعني أنه لا يوجد اختلاف دال بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى التعليمي للأم.

-من حيث شدة الاضطراب: يمكن بحث التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة في شدة الاضطراب من خلال التحقق من إمكانية وجود اختلاف جوهري بين تكراري المجموعتين باستخدام اختبار Chi-Square كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (15): التجانس في شدة الاضطراب بين المجموعة التجريبية والضابطة.

المجموعة	التكرارات	متوسطة	شديدة	Chi-Square	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
التجريبية	التكرار	03	06	0,90	01	0,34
	التكرار المتوقع	4,0	5,0			
	الفرق	-1,0	1,0			
الضابطة	التكرار	05	04			
	التكرار المتوقع	4,0	5,0			
	الفرق	1,0	-1,0			

يتضح من خلال الجدول رقم (15) أن التكرار الظاهري لشدة الاضطراب المتوسطة في المجموعة التجريبية بلغ 03 في حين بلغ التكرار المتوقع 04 ليبلغ الفرق بين التكرارين 1− في حين بلغ التكرار الظاهري للمستوى الشديد في المجموعة التجريبية 06 في حين بلغ التكرار المتوقع 05 وبلغ الفرق بينهما 1.

وبلغ التكرار الظاهري للمستوى المتوسط في المجموعة الضابطة 05 في حين بلغ التكرار المتوقع 04 بفارق قدر بـ 1، وبلغ التكرار الظاهري للمستوى الشديد 04 وبلغ التكرار المتوقع 05 بفارق 1− .

وبلغت قيمة Chi−Square 0,90 مع درجة حرية قدرت بـ 1 وبلت قيمة الدلالة الإحصائية بذيلين 0,34 وهي قيمة غير دالة مما يعني أنه لا يوجد اختلاف دال بين المجموعتين التجريبية والضابطة في شدة اضطراب الطفل المصاب بالتوحد.

−من حيث مستوى المعيشة: يمكن بحث التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة في مستوى المعيشة من خلال التحقق من امكانية وجود اختلاف جوهري بين تكراري المجموعتين باستخدام اختبار Chi− Square كما هو موضح في الجدول رقم (16):

الجدول رقم (16) : التجانس في مستوى المعيشة بين المجموعة التجريبية و الضابطة.

المجموعات	التكرارات	ضعيفة	متوسطة	جيدة	Chi-Square	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
التجريبية	التكرار	01	06	02	1,20	02	0.54
	التكرار المتوقع	0,5	6,0	2,5			
	الفرق	0,5	0,0	-0,5			
الضابطة	التكرار	00	06	03			
	التكرار المتوقع	0,5	6,0	2,5			
	الفرق	-0,5	00	0,5			

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن التكرار الظاهري للفئة ذات المستوى المعيشي الضعيف في المجموعة التجريبية بلغ 01 في حين بلغ التكرار المتوقع 0,5 ليبلغ الفرق بين التكرارين 0,5 في حين بلغ التكرار الظاهري للمستوى الضعيف في المجموعة الضابطة 00 في حين بلغ التكرار المتوقع 0,5 وبلغ الفرق بينهما -0,5.

وبلغ التكرار الظاهري للمستوى المتوسط في المجموعة التجريبية 06 في حين بلغ التكرار المتوقع 06 بفارق قدر بـ 00 وبلغ التكرار الظاهري في المجموعة الضابطة 06 والتكرار المتوقع 06 بفارق 00.

وبلغ التكرار الظاهري للمستوى الجيد في المجموعة التجريبية 02 في حين بلغ التكرار المتوقع 2,5 بفارق قدر بـ-0,5 وبلغ التكرار الظاهري في المجموعة الضابطة 03 وبلغ التكرار المتوقع 2,5 بفارق 0,5.

وبلغت قيمة Chi-Square 1,20 مع درجة حرية قدرت بـ 02 وبلغت قيمة الدلالة الإحصائية بذيلين 0,54 وهي قيمة غير دالة مما يعني أنه لا يوجد اختلاف دال بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى المعيشي.

-**من حيث متغير الضغوط النفسية:** تصنف المعلومات المتحصّل عليها من مقياس الضغوط النفسية بأبعاده المطبّق على المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للتحقق من التكافؤ بين المجموعتين باستخدام اختبار (T-Test) لعيّنتين غير متطابقتين (عيّنتين مستقلتين) ومتساويتين في الحجم، وذلك لبحث

دلالة الفروق بين متوسطات درجات الامهات في القياس القبلي بين المجموعة التجريبية والضابطة، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (17): التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في الضغط النفسي بأبعاده.

المقياس	الابعاد	المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
مقياس الضغوط النفسية	الأعراض النفسية والجسمية	التجريبية	9	79,78	5,38	1,66	غير دال
		الضابطة	9	75,33	5,93		
	المشاعر واليأس	التجريبية	9	59,56	3,39	1,20	غير دال
		الضابطة	9	57,44	4,00		
	المشكلات النفسية للطفل	التجريبية	9	54,67	1,22	-0,22	غير دال
		الضابطة	9	54,89	2,75		
	المشكلات الاسرية والاجتماعية	التجريبية	9	26,67	1,50	-0,31	غير دال
		الضابطة	09	26,89	1,45		
	القلق على مستقبل الطفل	التجريبية	09	54,33	1,58	-1,49	غير دال
		الضابطة	9	55,22	0,83		
	مشكلات الأداء الاستقلالي	التجريبية	9	24,33	2,34	-0,09	غير دال
		الضابطة	9	24,44	2,55		
	عدم القدرة على تحمل الأعباء	التجريبية	9	26,00	1,00	-1,35	غير دال
		الضابطة	9	26,89	1,69		
	المقياس الكلي	التجريبية	9	325,33	9,63	0,84	غير دال
		الضابطة	9	321,11	11,58		

يتضح من خلال الجدول رقم (17) أن حجم العينة بالنسبة للمجموعتين التجريبية والضابطة بلغ 09 أمهات للأطفال المصابين بالتوحد، حيث بلغ المتوسط الحسابي بالنسبة للأعراض النفسية والجسمية في المجموعة التجريبية 79,78 بانحراف معياري قدره 5,83، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 75,33

بانحراف معياري قدره 5,93، وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين 1,66 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد الأعراض النفسية والجسمية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد المشاعر واليأس في المجموعة التجريبية 59,56 بانحراف معياري قدره 3,39، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 57,44 بانحراف معياري قدره 4,00، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين المجموعتين 1,20 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد المشاعر واليأس.

بينما بلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد المشكلات النفسية للطفل في المجموعة التجريبية 54,67 بانحراف معياري قدره 1,22، وبلغ المتوسط الحسابي المجموعة الضابطة 54,89 بانحراف معياري قدره 2,75، وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين −0,22 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد المشكلات النفسية للطفل.

أما المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد المشكلات الأسرية والاجتماعية في المجموعة التجريبية بلغ26,67 بانحراف معياري قدره 1,50، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 26,89 بانحراف معياري قدره 1,45، وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين −0,31 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد المشكلات الأسرية والاجتماعية.

أما المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد القلق على مستقبل الطفل في المجموعة التجريبية فقد بلغ 54,33 بانحراف معياري قدره 1,58، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 55,22 بانحراف معياري قدره 0,83، وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين −0,09 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد القلق على مستقبل الطفل.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد مشكلات الأداء الاستقلالي في المجموعة التجريبية 24,33 بانحراف معياري قدره 2,34، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 24,44 بانحراف معياري قدره 2,55 وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين −0,09 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد مشكلات الأداء الاستقلالي.

أما المتوسط الحسابي لبعد عدم القدرة على تحمل الأعباء في المجموعة التجريبية بلغ 26,00 بانحراف معياري قدره 1,00 وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 26,89 بانحراف معياري قدره 1,69 وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين −1,35 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد عدم القدرة على تحمل الأعباء.

في حين بلغ المتوسط الحسابي بالنسبة للمقياس الكلي للضغوط النفسية في المجموعة التجريبية 325,33 بانحراف معياري قدره 9,63 وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 321,11 بانحراف معياري قدره 11,58، وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين 0,84 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في مقياس الضغوط النفسية في كل أبعاده.

-من حيث متغير جودة الحياة: تصنف المعلومات المتحصّل عليها من مقياس جودة الحياة بأبعاده المطبّق على المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للتحقق من التكافؤ بين المجموعتين في باستخدام اختبار (T-Test) لعيّنتين غير متطابقتين (عيّنتين مستقلتين) ومتساويتين في الحجم، وذلك لبحث دلالة الفروق بين متوسطات درجات الامهات في القياس القبلي بين المجموعة التجريبية والضابطة، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (18): التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في جودة الحياة بأبعاده.

المقياس	الأبعاد	المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانخراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
مقياس جودة الحياة	الحياة الصحية	التجريبية	9	23,56	2,50	0,51	غير دال
		الضابطة	9	23,00	2,06		
	الحياة النفسية	التجريبية	9	16,33	1,32	1,25	غير دال
		الضابطة	9	15,44	1,66		
	الأسرية والاجتماعية	التجريبية	9	20,33	2,34	0,55	غير دال
		الضابطة	9	19,67	2,73		
	الحياة المادية	التجريبية	9	21,44	3,32	-0,22	غير دال
		الضابطة	9	21,78	2,86		
	المقياس الكلي	التجريبية	9	81,67	2,44	0,72	غير دال
		الضابطة	9	79,89	6,91		

يتضح من خلال الجدول رقم (18) أن حجم العينة بالنسبة للمجموعتين التجريبية والضابطة بلغ 09 أما للأطفال مصابين بالتوحد، حيث بلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لجودة الحياة في بعد الحياة الصحية في المجموعة التجريبية 23,56 بانحراف معياري قدره 2,50، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة

23,00 بانحراف معياري قدره 2,06، وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين 0,51 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد الحياة الصحية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد جودة الحياة النفسية في المجموعة التجريبية 16,33 بانحراف معياري قدره 1,32، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 15,44 بانحراف معياري قدره 1,66، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين المجموعتين 1,25 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد جودة الحياة النفسية.

أما المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد جودة الحياة الاسرية والاجتماعية في المجموعة التجريبية فقد بلغ 20,33 بانحراف معياري قدره 2,43، وبلغ المتوسط الحسابي المجموعة الضابطة 19,67 بانحراف معياري قدره 2,73، وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين 0,55 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد جودة الحياة الأسرية والاجتماعية.

بينما بلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد جودة الحياة المادية في المجموعة التجريبية 21,44 بانحراف معياري قدره 3,32، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 21,78 بانحراف معياري قدره 2,86، وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين −0,22 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعد جودة الحياة المادية.

في حين بلغ المتوسط الحسابي بالنسبة للمقياس الكلي لجودة الحياة في المجموعة التجريبية 81,67 بانحراف معياري قدره 2,44، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 79,89 بانحراف معياري قدره 6,91، وبلغت قيمة Ttest بين المجموعتين 0,72 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في متوسطات الدرجات الكلية لمقياس جودة الحياة.

2-5 متغيرات الدراسة: تتشمل الدراسة الحالية على المتغيرات التالية:

-**المتغير المستقل:** البرنامج العلاجي المقترح القائم على العلاج بالتقبل والالتزام.

-**المتغيرين التابعين:** الضغوط النفسية وجودة الحياة.

2-6 أدوات الدراسة: حسب ما تقتضيه أهداف الدراسة ومتطلبات تحقيقها تم الاعتماد على الأدوات التالية:

2-6-1 مقياس الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

-**وصف مقياس الضغوط النفسية في صورته الاصلية:** مقياس الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين من اعداد الباحثين (زيدان احمد السرطاوي وعبد العزيز السيد الشخص 1998) وطبق المقياس في البيئة الأردنية.

-**هدف المقياس:** يهدف المقياس الى التعرف على الضغوط النفسية التي يتعرض لها أولياء أمور المعاقين من مشاعر والدية ومشاكل والديه وأسرية ناجمة عن خصائص الطفل المعاق والمظاهر العامة للضغط النفسي، يحتوي المقياس على (80) فقرة موزعة على سبعة أبعاد هي:

-**الأعراض النفسية والعضوية:** يتضمن هذا البعد المشاعر النفسية المتعددة التي يعيشها والدا الطفل المعاق من حزن وياس وتوتر وقلق بالإضافة الى الاعراض العضوية التي تظهر على الوالدين مثل ضيق في التنفس وضغط الدم والم في المعدة وفقدان الشهية واضطراب في دقات القلب والم في المفاصل ويشمل الفقرات من 1الى20.

-**مشاعر اليأس والاحباط:** يتضمن هذا البعد ما يعانيه ولدا الطفل المعاق في الأسرة وذلك لإحساس والدي الطفل بانهما المسؤولان عن سبب الإعاقة وبان الطفل لن يكون امتدادا طبيعيا للأسرة اضافه الى ما تعانيه الأسرة من مشاعر الرفض والتجنب الاجتماعي من الاقارب والاصدقاء ويشمل الفقرات من 21 الى 34.

-**المشكلات المعرفية والنفسية للطفل:** ويشمل هذا البعد مشاعر القلق والتوتر التي تصيب الوالدين بسبب المشكلات المعرفية والنفسية لطفلهما المعاق والتي تتمثل في صعوبة الفهم والانتباه وضعف الثقة بالنفس وعدم قدرته على التكيف وحاجته الى التوجيه والمراقبة المستمرة ويمثل الفقرات من 35 الى 46.

-**المشكلات الاسرية والاجتماعية:** ويتضمن هذا البعد المشكلات التي يعاني منها الوالدان في علاقتهما الاجتماعية واللاتي تظهر بوصمة العار والحد من تفاعلهما مع الاحرين ولذلك بسبب مشاعر الحرج التي يعيشها الوالدان وتشمل الفقرات من 47 الى 52.

-**القلق على مستقبل الطفل:** ويتضمن هذا البعد مشاعر الخوف والقلق على مستقبل الطفل المعاق عندما يكبر وذلك لأدراك الوالدين بان طفلهما سوف يقضي حياته معاقا وبانه غير قادر على مهام حياته مما يلقي المسؤولية الكبيرة على عاتق الوالدين وتجاه طفلهما ويعملون على توفير الحماية الزائدة له ويشمل فقرات من 53 الى 65.

-**مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل:** ويتضمن هذا البعد مشاعر القلق والتوتر والألم التي يعيشها الوالدين بسبب الصعوبة في أداء الطفل المعاق للوظائف الاستقلالية الضرورية للحياة والمتمثلة في القدرة على ارتداء الملابس واستخدام الحمام وعدم المحافظة على نظافة ملابسه ويشمل فقرات من 66 الى 73.

-**عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل:** يتضمن هذا البعد المتطلبات الكثيرة المترتبة على وجود الطفل المعاق في الأسرة التي تفوق قدراتها المادية مما يؤدي الى تخليها عن الكثير من الاشياء هذا أضافة الى عدم مراعاة مشاعر الأسرة من قبل الاخرين مما يحمل الاولياء الامور بحاجه الى تلقي الدعم المادي لتلبيه احتياجات طفلهم المعاق ويشمل الفقرات من 74الى 80.

حيث يشير تقدير (1) الى انخفاض الضغوط النفسية الى أدنى مستوياتها بينما يشير تقدير (5) الى ارتفاع الضغوط النفسية الى اقصى مستوياتها لدى ولي الطفل المعاق وبذلك يمكن استخراج الدرجة الكلية التي يحصل عليها أولياء الأطفال المعاقين بجمع درجات او بجمع الدرجات التي تمثل مستويات الضغط على فقرات المقياس ويمكن ان تمتد الدرجة الكلية على المقياس بأكمله حسب صورته الأصلية ما بين (80 – 400) اذ تمثل الدرجة الاولى الحد الادنى وتمثل الدرجة الثانية الحد الاعلى وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس الى ارتفاع مستوى الضغوط النفسية.

-**تكييف المقياس على البيئة الجزائرية:** طبق المقياس في البيئة الأردنية وتم تكييفه على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة ياسمين باشا (2016) على عينة من أمهات أطفال التوحد وبعد تعديل العبارات وحذف أخرى كانت صورة المقياس النهائية كالتالي:

- تم تغيير صيغة الفقرات التالية 2-3-6-12-16-18-19-20-26-31-32-37-38-39-43-45-54-59-60. وحذف العبارات التالية 65-70-71-80

لتصبح الأبعاد على النحو التالي: يحتوي المقياس على (76) فقرة موزعة على سبعة أبعاد هي:

-**الأعراض النفسية والعضوية:** ويشمل الفقرات من 1الى20.

-**مشاعر اليأس والاحباط:** ويشمل الفقرات من 21 الى 34.

-**المشكلات المعرفية والنفسية للطفل:** ويمثل الفقرات من 35 الى 46.

-**المشكلات الأسرية والاجتماعية:** وتشمل الفقرات من 47 الى 52.

-**القلق على مستقبل الطفل:** له ويشمل فقرات من 53 الى 64.

-**مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل:** ويشمل فقرات من 65 الى 70.

-**عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل:** ويشمل الفقرات من 71الى 76.

-**طريقه الإجابة والتصحيح:** عند قراءة أم الطفل التوحدي فقرات مقياس الضغوط النفسية تختار واحدة من الاختيارات الخمسة التالية والتي ترى انها تعبر عن مدى حدوث المشاعر والمشكلات التي تتعرض لها بسبب طفلها التوحدي والتي تتراوح ما بين (1-5) وهذه الاختيارات هي:

01	02	03	04	05
لا يحدث مطلقا	يحدث نادرا	يحدث قليلا	يحدث كثيرا	يحدث دائما

حيث يشير تقدير (1) الى انخفاض الضغوط النفسية الى ادنى مستوياتها بينما يشير تقدير (5) الى ارتفاع الضغوط النفسية الى اقصى مستوياتها لدى ام الطفل التوحدي وبذلك يمكن استخراج الدرجة الكلية التي تحصل عليها أمهات أطفال التوحد بجمع الدرجات التي تمثل مستويات الضغط على فقرات المقياس ويمكن ان تمتد الدرجة الكلية على المقياس بأكمله ما بين (76-380) اذ تمثل الدرجة الاولى الحد الادنى وتمثل الدرجة الثانية الحد الأعلى وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس الى ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.(أنظر الملحق رقم05).

-**الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية:**

-**الثبات:** قصد التحقق من ثبات مقياس الضغوط النفسية في الدراسة الحالية تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية المقدرة بـ 120 أم طفل مصاب بالتوحد وتم استخدام طريقتين للتحقق من الثبات كما يلي:

- **طريقة ألفا لكرونباخ:** بعد تطبيق مقياس الضغوط النفسية على العينة الاستطلاعية واستخراج النتائج وباستخدام طريقة الفا لكرونباخ تم التوصل إلى ما يلي:

الجدول رقم (19): ثبات مقياس الضغوط النفسية بطريقة ألفا لكرونباخ.

	الأبعاد	عدد البنود	ألفا لكرونباخ
مقياس الضغوط النفسية	الأعراض النفسية والجسمية	20	0,52
	المشاعر واليأس	14	0,72
	المشكلات النفسية للطفل	12	0,97
	المشكلات الأسرية والاجتماعية	06	0,56
	القلق على مستقبل الطفل	12	0,62
	مشكلات الأداء الاستقلالي	09	0,71
	عدم القدرة على تحمل الأعباء	03	0,90
	المقياس الكلي	76	0,84

يتضح من خلال الجدول رقم (19) أن أعلى قيمة لمعامل ألفا لكرونباخ بالنسبة لأبعاد مقياس الضغوط النفسية يقدر بـ 0,97 بالنسبة لبعد المشكلات النفسية للطفل يليه في ذلك بعد عدم القدرة على تحمل الاعباء والمقدر بـ 0,90 ثم بعد المشاعر والياس والمقدر بـ 0,72 يليه في ذلك بعد مشكلات الاداء الاستقلالي والمقدر بـ 0,71 ثم بعد القلق على مستقبل الطفل المقدر بـ 0,62 يليه في الترتيب بعد المشكلات الاسرية والاجتماعية المقدر بـ 0,62 وفي الاخير بعد الاعراض النفسية والجسمية وبلغ معامل ألفا لكرونباخ للمقياس ككل 0,84 وهي كلها قيم تدل على ثبات مقياس الضغوط النفسية بكل أبعاده في صيغته الحالية مع عينة الدراسة الاساسية.

-**طريقة التجزئة النصفية:** بعد تطبيق مقياس الضغوط النفسية على العينة الاستطلاعية واستخراج النتائج وباستخدام طريقة التجزئة النصفية، وبتطبيق معامل تصحيح الطول سبيرمن براون Coefficient de Spearman-Brown تم التوصل إلى ما يلي:

الجدول رقم (20) ثبات مقياس الضغوط النفسية بطريقة التجزئة النصفية.

المقياس	أبعاد المقياس	معامل سبيرمن براون
مقياس الضغوط النفسية	الأعراض النفسية والجسمية	0,53
	المشاعر واليأس	0,53
	المشكلات النفسية للطفل	0,92
	المشكلات الاسرية والاجتماعية	0,56
	القلق على مستقبل الطفل	0,43
	مشكلات الأداء الاستقلالي	0,58
	عدم القدرة على تحمل الأعباء	0,79
	المقياس الكلي	0,62

يتضح من خلال الجدول رقم (20) أن أعلى قيمة لمعامل تصحيح الطول سبيرمن براون بالنسبة لابعاد مقياس الضغوط النفسية يقدر بـ 0,92 بالنسبة لبعد المشكلات النفسية للطفل يليه في ذلك بعد عدم القدرة على تحمل الاعباء والمقدر بـ 0,79 ثم بعد مشكلات الاداء الاستقلالي والمقدر بـ 0,58 يليه في ذلك بعد المشكلات الاسرية والاجتماعية والمقدر بـ 0,56 ثم بعد الاعراض النفسيةو الجسمية والمشاعر والياس والمقدران بـ 0,53 وبلغ معامل ألفا لكرونباخ للمقياس ككل 0,62 وهي كلها قيم تؤيد النتائج السابقة لمعامل ألفا لكرونباخ وتدل على ثبات مقياس الضغوط النفسية بكل أبعاده في صيغته الحالية مع عينة الدراسة الاساسية.

-**الصدق:** قصد التحقق من صدق مقياس الضغوط النفسية تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية وباستخدام طريقة المقارنة الطرفية تم التوصل إلى ما يليّ:

الجدول رقم (21) صدق مقياس الضغوط النفسية وبطريقة المقارنة الطرفية.

المقياس	الابعاد	المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
مقياس الضغوط النفسية	الاعراض النفسية والجسمية	الطرف الأدنى	40	53,85	2,21	−13,26	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	64,90	4,78		
	المشاعر والياس	الطرف الأدنى	40	47,85	4,44	−11,73	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	56,67	1,68		
	المشكلات النفسية للطفل	الطرف الأدنى	40	56,57	4,69	−4,61	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	60,00	,00		
	المشكلات الاسرية والاجتماعية	الطرف الأدنى	40	24,57	3,09	−9,98	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	29,52	0,50		
	القلق على مستقبل الطفل	الطرف الأدنى	40	52,87	1,95	−13,22	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	57,20	0,68		
	مشكلات الاداء الاستقلالي	الطرف الأدنى	40	36,62	3,69	−13,10	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	44,35	0,48		
	عدم القدرة على تحمل الأعباء	الطرف الأدنى	40	12,30	1,34	−12,71	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	15,00	0,00		
	المقياس الكلي	الطرف الأدنى	40	284,65	20,35	−12,49	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	327,65	7,69		

يتضح من خلال الجدول رقم (21) أن حجم العينة بالنسبة لطرفي الخاصية بلغ 40 أما لطفل مصاب بالتوحد، حيث بلغ المتوسط الحسابي بالنسبة للأعراض النفسية والجسمية في الطرف الأعلى 64,9 بانحراف معياري قدره 4,78 ،وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 53,85 بانحراف معياري قدره 2,21 ،وبلغت

قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –13,26 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01 ،مما يدل على الصدق التمييزي لبعد الأعراض النفسية والجسمية لمقياس الضغوط النفسية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد المشاعر واليأس في الطرف الأعلى 56,67 بانحراف معياري قدره 1,68 ،وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 47,85 بانحراف معياري قدره 4,44 ،وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –11,73 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01 ،مما يدل على الصدق التمييزي لبعد المشاعر واليأس لمقياس الضغوط النفسية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد المشكلات النفسية للطفل في الطرف الأعلى 60,00 بانحراف معياري قدره 0,00 ،وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 56,57 بانحراف معياري قدره 4,69 ،وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –4,61 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01 ،مما يدل على الصدق التمييزي لبعد المشكلات النفسية للطفل لمقياس الضغوط النفسية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد المشكلات الأسرية والاجتماعية في الطرف الأعلى 29,52 بانحراف معياري قدره 0,50 ،وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 24,57 بانحراف معياري قدره 3,09 ،وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –9,98 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01 ،مما يدل على الصدق التمييزي لبعد المشكلات الأسرية والاجتماعية لمقياس الضغوط النفسية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد القلق على مستقبل الطفل في الطرف الأعلى 57,20 بانحراف معياري قدره 0,68، وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 52,87 بانحراف معياري قدره 1,95، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –13,22 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01، مما يدل على الصدق التمييزي لبعد القلق على مستقبل الطفل لمقياس الضغوط النفسية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد مشكلات الأداء الاستقلالي في الطرف الأعلى 44,35 بانحراف معياري قدره 0,48، وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 36,62 بانحراف معياري قدره 3,69، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –13,10 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01، مما يدل على الصدق التمييزي لبعد مشكلات الأداء الاستقلالي لمقياس الضغوط النفسية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد عدم القدرة على تحمل الأعباء في الطرف الأعلى 15,00 بانحراف معياري قدره 0,00، وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 12,30 بانحراف معياري قدره 1,34، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –12,71 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01، مما يدل على الصدق التمييزي لبعد عدم القدرة على تحمل الأعباء لمقياس الضغوط النفسية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة للمقياس الكلي للضغوط النفسية في الطرف الأعلى 327,65 بانحراف معياري قدره 7,69، وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 284,65 بانحراف معياري قدره 20,35، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى -12,49 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01، مما يدل على الصدق التمييزي لمقياس الضغوط النفسية بأبعاده بين طرفي الخاصية.

2-6-2 مقياس جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد: من اعداد للباحثة نعيمة بوعامر(2022).

-**الهدف من المقياس:** يهدف الى تحديد طبيعة وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

-**وصف مقياس جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:** يتكون المقياس من (37) فقرة موزعة على أربع ابعاد كما يلي:

-جودة الحياة الصحية ويتكون من 11 عبارة هي: 1 5 9 13 17 21 25 29 32 35 37.

-جودة الحياة النفسية ويتكون من 9عبارات هي :2 6 10 14 18 22 26 30 33.

-جودة الحياة الأسرية والاجتماعية ويتكون من 10 عبارات هي :3 7 11 15 19 23 27 31 34 36.

-جودة الحياة المادية ويتكون من 7عبارات هي :4 8 12 16 20 24 28.

ويتكون المقياس من 22 فقرة موجبة و15 فقره سالبة.

-العبارات الموجبة هي :2-3-4-6-7-8-9-10-12-14-15-16-17-19-21-22-24-27-29-32-36-37

- العبارات السالبة هي: 1 5 11 13 18 20 23 25 26 28 30 31 33 34 35.(الملحق رقم).

-**مفتاح التصحيح:** يتم التعامل مع درجات المقياس عن طريق اجابة المبحوثة وفق نظام لكارت الرباعي دائما- أحيانا -نادرا -أبدا والجدول التالي يوضح ذلك:

الفقرات	دائما	أحيانا	نادرا	ابدا
فقرة موجبة	4	3	2	1
فقرة سالبة	1	2	3	4

تتراوح درجة الأم على الاستبيان بين 37 درجة كحد أدنى و148 كحد أقصى ويتم تحديد المستويات كاتالي:

المستوى	نوع المستوى
(37-64)	منخفض جدا
(65-92)	منخفض
(93-120)	متوسط
(121-148)	مرتفع

-الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

- ثبات مقياس جودة الحياة: قصد التحقق من ثبات مقياس جودة الحياة في الدراسة الحالية تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية المقدرة بـ 120 أما لطفل مصاب بالتوحد وتم استخدام طريقتين للتحقق من الثبات كما يلي:

-طريقة ألفا لكرونباخ: بعد تطبيق مقياس جودة الحياة على العينة الاستطلاعية واستخراج النتائج وباستخدام طريقة ألفا لكرونباخ تم التوصل إلى ما يلي:

الجدول رقم (22) ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة ألفا لكرونباخ.

	الأبعاد	عدد البنود	ألفا لكرونباخ
مقياس جودة الحياة	الحياة الصحية	11	0,72
	الحياة النفسية	09	0,55
	الأسرية والاجتماعية	10	0,43
	الحياة المادية	07	0,56
	المقياس الكلي	37	0,62

يتضح من خلال الجدول رقم (22) أن أعلى قيمة لمعامل ألفا لكرونباخ بالنسبة لابعاد مقياس جودة الحياة يقدر بـ 0,72 بالنسبة لبعد الحياة الصحية يليه في ذلك بعد الحياة المادية والمقدر بـ 0,56 ثم بعد الحياة النفسية والمقدر بـ 0,55 يليه في ذلك بعد الحياة الاسرية والاجتماعية والمقدر بـ 0,43 وبلغ معامل ألفا لكرونباخ للمقياس ككل 0,62 وهي كلها قيم تدل على ثبات مقياس الضغوط النفسية بكل أبعاده في صيغته الحالية.

-طريقة التجزئة النصفية: بعد تطبيق مقياس جودة الحياة على العينة الاستطلاعية واستخراج النتائج وباستخدام طريقة التجزئة النصفية، وبتطبيق معامل تصحيح الطول سبيرمن براون Coefficient de Spearman-Brown تم التوصل إلى ما يلي:

الجدول رقم (23) ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية.

المقياس	أبعاد المقياس	معامل سبيرمن براون
مقياس جودة الحياة	الحياة الصحية	0,61
	الحياة النفسية	0,60
	الأسرية والاجتماعية	0,40
	الحياة المادية	0,59
	المقياس الكلي	0,65

يتضح من خلال الجدول رقم (23) أن أعلى قيمة لمعامل تصحيح الطول سبيرمن براون بالنسبة لإبعاد مقياس جودة الحياة يقدر بـ 0,61 بالنسبة لبعد الحياة الصحية يليه في ذلك بعد الحياة النفسية والمقدر بـ 0,60 ثم بعد الحياة المادية والمقدر بـ 0,59 يليه في ذلك بعد جودة الحياة الاسرية والاجتماعية والمقدر بـ 0,40 وبلغ معامل ألفا لكرونباخ للمقياس ككل 0,65 وهي كلها قيم تؤيد النتائج السابقة لمعامل ألفا لكرونباخ وتدل على ثبات مقياس جودة الحياة بكل أبعاده في صيغته الحالية.

-**الصدق:** قصد التحقق من صدق مقياس جودة الحياة تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية وباستخدام طريقة المقارنة الطرفية تم التوصل إلى ما يليّ:

الجدول رقم (24) صدق مقياس جودة الحياة بطريقة الصدق التمييزي.

المقياس	الابعاد	المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
مقياس جودة الحياة	**الحياة الصحية**	الطرف الأدنى	40	26,25	2,66	-15,52	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	33,82	1,55		
	الحياة النفسية	الطرف الأدنى	40	21,67	1,09	-12,09	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	25,90	1,91		
	الأسرية والاجتماعية	الطرف الأدنى	40	23,57	,747	-12,12	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	27,17	1,72		
	الحياة المادية	الطرف الأدنى	40	20,77	1,04	-7,59	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	22,12	,40		
	المقياس الكلي	الطرف الأدنى	40	95,70	2,45	-15,84	دالة عند 0,01
		الطرف الأعلى	40	106,25	3,42		

يتضح من خلال الجدول رقم (24) أن حجم العينة بالنسبة لطرفي الخاصية بلغ 40 أما لطفل مصاب بالتوحد، حيث بلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لجودة الحياة الصحية في الطرف الأعلى 26,25 بانحراف معياري قدره 2,66، وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 33,82 بانحراف معياري قدره 1,55، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –15,52 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01، مما يدل على الصدق التمييزي لبعد جودة الحياة الصحية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد جودة الحياة النفسية في الطرف الأعلى 25,90 بانحراف معياري قدره 1,91، وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 21,67 بانحراف معياري قدره 1,09، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –12,09 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01، مما يدل على الصدق التمييزي لبعد جودة الحياة النفسية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد جودة الحياة الأسرية والاجتماعية في الطرف الأعلى 27,17 بانحراف معياري قدره 1,72، وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 23,57 بانحراف معياري قدره 0,74، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –12,12 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01، مما يدل على الصدق التمييزي لبعد جودة الحياة الأسرية والاجتماعية.

وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة لبعد جودة الحياة المادية في الطرف الأعلى 22,12 بانحراف معياري قدره 0,40، وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 20,77 بانحراف معياري قدره 1,04، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –7,59 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01، مما يدل على الصدق التمييزي لبعد جودة الحياة المادية.

وبلغ المتوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة الكلي في الطرف الأعلى 106,25 بانحراف معياري قدره 3,42 ، وبلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى 95,70 بانحراف معياري قدره 2,45، وبلغت قيمة Ttest بين الطرفين الأعلى والأدنى –15,48 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01 ،مما يدل على الصدق التمييزي لمقياس جودة الحياة الكلي، وإمكانية تطبيقه في الدراسة الحالية.

2-6-3 استمارة المعلومات: والتي تضمنت المعلومات خاصة بالطفل التوحدي ومعلومات خاصة بالأم بالإضافة الى معلومات أخرى تساعد على العملية العلاجية. (أنظر الملحق رقم 03).

-**المقابلة:** اعتمدت الباحثة على المقابلة النصف الموجهة للتقرب أكثر من الأمهات اللواتي سجلن درجات عالية من الضغوط النفسية ومستويات منخفضة من جودة الحياة، بهدف التأكد من المعلومات التي اوردنها

على مستوى استمارات المعلومات والتعرف على تاريخ وظروف كل حالة بشكل أدق (صياغة الحالة) بالإضافة الى كسب ثقتهن، والحصول على موافقتهن وتأكيد مشاركتهن في البرنامج العلاجي.

3- البرنامج العلاجي:

3-1 التعريف بالبرنامج العلاجي:

يعرف (الدسوقي، 2008،ص. 121) البرنامج العلاجي على أنه برنامج مخطط منظم يستند على مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية لدى الفرد، ويتضمن مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية بقصد التخلص مما يشعر به الفرد من كرب وضيق يرجع في الواقع إلى الاضطراب الذي يعاني منه.

وعليه فالبرنامج العلاجي يتمثل في مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة، التي تسير وفق تسلسل منطقي يستند خلفية نظرية، ويتضمن أساليب وفنيات تطبيقية ترمي الى تحقيق الأهداف العلاجية المسطرة للوصول الى الصحة النفسية.

والبرنامج الحالي برنامج علاجي جماعي موجه إلى فئة من أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، اعتمدت الباحثة في بناءه واختيار فنياته وأساليبه على ما جاءت به **نظرية العلاج بالتقبل والالتزام (ACT)** والتي تهدف إلى زيادة المرونة النفسية وتدعيم القدرة على التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل كلي وواع مع المداومة على السلوك أو تغييره بما يحقق الأهداف الخاصة بكل مشاركة وذلك باستخدام ست عمليات أساسية هي:(التقبل، فك الاندماج المعرفي، الاتصال باللحظة الحالية، الذات كسياق، القيم، الالتزام). وقد عدل البرنامج وفقا لملاحظات المحكمين والتطبيق الأولي له، يتضمن(19) جلسة علاجية وجلسة واحدة تتبعية، تم توزيع الجلسات بمعدل جلستين في الأسبوع، حيث تستغرق كل جلسة 120دقيقة ماعدا الجلسة الأولى التي كانت فردية استغرقت 45 إلى 60 دقيقة، وتشتمل كل جلسة على تقديم محتوى الجلسة وأهدافها وتطبيق الفنيات المستخدمة والحوار والمناقشة بين الباحثة وأفراد المجموعة العلاجية بالإضافة إلى الجلسة التتبعية بعد ثلاثة أشهر من إنهاء البرنامج.

3-2 الخلفية النظرية للبرنامج العلاجي:

استندت الباحثة لبناء البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية على نظرية العلاج بالتقبل والالتزام، وهي نظرية تتضمن مقاربة إنسانية معمقة سواء على الصعيد النظري أو العملي، فالعلاج بالتقبل والالتزام لا يهدف الى حذف والغاء المعاناة وانما يعتبرها جزء من أجزاء التجربة الإنسانية المعاشة، حيث يسعى لمساعدة الفرد

ليعيش حياة غنية وذات معنى من خلال تغيير علاقاته بأفكاره ومشاعره وأحاسيسه الجسدية وذكرياته باستعمال طرق مختلفة أكثر مرونة للتوافق مع التجارب الداخلية، فالعلاج بالتقبل والالتزام يعمل على تنمية المرونة النفسية التي تعد الهدف الجوهري والأساسي في ACT وذلك من خلال تقبل الواقع والتعامل معه بفاعلية واختيار القيم التي تساعد على تحقيق أهداف لمواجهة المواقف الضاغطة في الحياة.

3-3 الأسس التي يقوم عليها البرنامج: يقوم البرنامج الحالي على مجموعة من الأسس أبرزها:

-**الأسس العامة:** من الأسس العامة للبرنامج الراهن ما يلي:

- مراعاة الطبيعة الإنسانية والأخلاقيات المتبعة في العملية العلاجية وسرية المعلومات والعلاقة القائمة على التقبل والألفة والتسامح.

- احترام حق أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في العلاج النفسي.

- مراعاة قابلية السلوك الإنساني للتغيير والتعديل، وذلك باستخدام الأساليب المناسبة للتغير مع مراعاة العوامل المؤثرة في هذا التغيير وكيفية تعزيز السلوك الجديد.

- مراعاة أن السلوك الإنساني يتمتع بالثبات النسبي ومن ثم إمكانية التنبؤ به وبالتالي يمكن التعامل معه في ضوء العوامل المنبئة.

- يجب أن تتمتع المشاركات الملتحقات بالبرنامج العلاجي بالرغبة في الالتحاق والاستعداد للعلاج.

- من حق أي مشاركة في البرنامج أن تقرر التوقف عن استكمال الجلسات.

- يجب تقبل المشاركات في البرنامج التقبل غير مشروط.

- **الأسس النفسية والتربوية:** التي يقوم عليها البرنامج وتتمثل في:

-مراعاة خصائص أمهات أطفال التوحد وحاجاتهن وميولهن وقدراتهن واستعدادهن.

- مراعاة الفروق الفردية بين أفراد المجموعة العلاجية.

-مراعاة الخصائص الانفعالية كالانفعالات المختلفة والمتناقضة نتيجة للصراعات الداخلية.

-خفض التأثيرات النفسية السلبية الناتجة عن اضطراب اطفالهن.

-غرس مفهوم الثقة بالنفس والنظرة الايجابية للذات لدى المشاركات وتقبلهن للأفكار هن ومشاعرهن.

– عدم وضع أي من المشاركات في وضع ينقص من تقدير ذواتهن أمام الاخرين.

– احترام خصوصية المشاركات في حالة رفض النقاش عن أي موضوع خلال الجلسة.

– **الأسس الاجتماعية:** تتمثل في مراعاة أن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه يميل إلى الاستفادة من كافة المصادر المجتمعية في تعزيز وكفاية احتياجاته للتفاعل الاجتماعي وبما أن الفئة المستهدفة في الدراسة الحالية من الفئات الأكثر حساسية في المجتمع وجب:

– مراعاة أن أمهات أطفال التوحد يعانين من صعوبات في التفاعل مع الأخرين بسبب الصعوبات التي يواجهنها في اكتساب مهارات التعامل مع مشكلات اطفالهن المستمرة ومساعدتهن على مواجهتها.

– مراعاة الابعاد والظروف الاجتماعية التي تعيشها أمهات الأطفال المصابين بالتوحد حتى تضمن الباحثة اندماج أفراد العينة وتفاعلهن، وتنمية قدرتهن على تكوين علاقات اجتماعية وعدم الهروب من المواقف التفاعلية سواء في محيط الاسرة أو غيره.

–مراعاة أن أسباب الضغوط النفسية بالنسبة الأمهات أطفال التوحد متعددة قد تكون ناجمة عن متغيرات اجتماعية او مشكلات في التفاعل في إطار الجماعات، وبالتالي مساعدة المشاركات على تقبل التغيرات الاجتماعية والتوافق معها.

– مراعاة أن كل مشاركة من المشاركات عضو في مجموعة لها مرجعية، ولها قائمة من القيم ومجموعة من الثوابت ومجموعة من الخصائص التي تميزها عن غيراها.

3-4 أهداف البرنامج العلاجي المقترح:

أ-الهدف العام للبرنامج: يهدف البرنامج الحالي الى خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المجموعة التجريبية من خلال تدريبهن على أساسيات وفنيات العلاج بالتقبل والالتزام الذي يستهدف زيادة المرونة النفسية ويتم ذلك بتوظيف مجموعة من العمليات الأساسية هي: التقبل، فك الاندماج، التواصل مع اللحظة الحالية، الذات كسياق، القيم.

ب-الأهداف الخاصة:

-تعليم المشتركات فك الاندماج كبديل للاندماج المعرفي.

-تعليم المشتركات القبول كبديل لتجنب الخبرة.

-تعليم المشتركات الوعي بالحظة الحالية كبديل لفقدان الاتصال بهنا والان.

-تعليم المشتركات الذات كسياق كبديل للتعلق بالذات المفاهيمية أو الجامدة.

-تعليم المشتركات اختيار القيم واستضاحها

-تعليم المشتركات العمل الملتزم في ضوء قيمهن.

-تدريب المشتركات على استخدام المجاز (الميتافور).

-تطوير وتنمية المرونة النفسية لدى المشتركات.

ج-**الأهداف الإجرائية:** وهي الأهداف التي يتم تحقيقها من العمل البناء داخل الجلسات ومن خلال تنفيذ الواجبات المنزلية من قبل المشتركات في المجموعة العلاجية والتي تتلخص فيما يلي:

-أن تعرف المشاركات سبب وجودهن في البرنامج.

-تعرف المشاركات على ماهية اضطراب طيف التوحد والمشكلات المترتبة عنه على صحتهن النفسية.

-تعرف المشاركات على مفهوم الضغوط النفسية أسبابها ووعيهن بتبيعاتها وانعكاساتها السلبية على جودة حياتهن نفسيا وصحيا أسريا واجتماعيا.

- مناقشة المشاركات حول الاثار السلبية للضغوط النفسية حياتهن وصحتهن النفسية وتوافقهن الاجتماعي.

-التنفيس الانفعالي للمشتركات بهدف تخفيف الضغوط النفسية.

-أن تعرف المشاركات طبيعة العملية العلاجية ودورهن بها من خلال التعريف بالعلاج بالتقبل والالتزام

-تدريب الأمهات على كيفية تقبل الأحداث والمواقف المؤلمة بدلا من تجنبها وتراكم ذكرياتها.

- تدريب المشاركات على تقبل الخبرات الشعورية المؤلمة مع عدم البقاء داخلها او تحت تأثيرها

-تدريب المشاركات على تقبل البيئة التي يعشن بها بإجاباتها وسلبياتها.

-تدريبهن على كيفية مراجعة وتقييم أفكارهن والوعي بالصعوبات الناجمة عن إصابة الطفل بالتوحد.

- تمكين المشاركات من اظهار مشاعر التقبل نحو اطفالهن.

- تنمية القدرة لدى المشاركات على مواجهة الازمات وعدم تجنب الخبرات المؤلمة والتعايش معها.

-تدريب المشاركات على التمييز بين الكلمات والأفكار وبين الواقع وعدم الايمان بالمعنى الحرفي للكلمات والايمان بها (فك الاندماج).

-تدريب المشاركات على الادراك السليم للأحداث والمواقف الحياتية المختلفة.

-تدريب المشاركات على إدراك ذواتهن كسياق منفصل عن الشعور والتفكير بالمواقف الضاغطة.

-تدريب المشاركات على اليقظة الذهنية والوعي بمجمل الخبرة النفسية والعالم الخارجي والتركيز على اللحظة الراهنة.

-أن تستطيع المشاركات التعايش مع اللحظة الراهنة بكل ما فيها من إيجابيات وسلبيات وأن ينمو لديهن الشعور بالتفاؤل والأمل في الحياة.

- التدرب على ممارسة التنفس الواعي خلال الجلسات.

-أن تستطيع المشاركات توظيف تدريب اليقظة الذهنية في مواجهة المواقف الضاغطة.

-تدريب المشاركات على معرفة قيمهن الخاصة وتحديد المجالات الكبرى لها وتحديد الأهداف التي توصلها لتحقيقها.

-إدراك المشاركات قيمة ومعنى الحياة وقيمة معنى المعاناة.

-التأكيد على ضرورة قيام المشتركات بالأفعال الواجب تطبيقها والالتزام بها للتمكن من التقدم نحو قيمها أو أهدافها.

-أن تظهر المشاركات تجاه اجابي نحو حضور الجلسات والالتزام بها.

-تمكين تتمكن المشاركات من إدارة المواقف الضاغطة.

-استفادة المشاركات من الجلسات الجماعية من خلال التعلم من تجارب وخبرات الأخرين ومن النماذج والقصص الرمزية واستخلاص أن المعاناة أمر حتمي في حياة الناس وأنه يوجد من لديهم معاناة أكبر لذلك يتوجب التقبل والكفاح بدلا من السعي وراء فخ السعادة.

3-5 المبادئ والضوابط التي وجب مراعاتها عند بناء وتنفيذ البرنامج:

-أن تكون جلسات البرنامج محكمة البنية والتنظيم وذلك من خلال التناسق بين أهداف البرنامج ومحتواه بحيث تساعد جلساته وما تحتويه في تحقيق الأهداف المرجوة والتي سبق تحديدها سلفا.

-أن تقدم جلسات البرنامج بأسلوب يتناسب وطبيعة عينة الدراسة (أمهات أطفال التوحد).

-وضوح ومباشرة تعليمات البرنامج.

-مراعاة التسلسل المنطقي للجلسات، مع التأكد من استيعاب أفراد العينة للأنشطة المقدمة لهم.

-مراعاة أن تكون الأنشطة والتدريبات المقدمة بجلسات البرنامج مطابقة للواقع ومتناسبة مع طبيعة وثقافة عينة البحث.

-التغذية الراجعة من خلال مراجعة ما تم بالجلسة السابقة واستعراض الواجبات المنزلية.

-تعليم المشاركات الفنية الجديدة والتدريب عليها وشرحها ليتم استيعابها مع مراعاة التدرج في التدريب حتى لا تصاب المشاركة باليأس والملل والإحباط.

-ربط الجلسة السابقة بالجلسة الحالية من أجل تحقيق التكامل بين جلسات البرنامج.

-استعراض ملخص لكل ما جاء بالجلسة وما تم فيها.

-أن يتضمن البرنامج مراحل تقييمية تشمل: عملية تقييم بنهاية كل جلسة من جلسات البرنامج ثم جلسة تقييمية بنهاية كل محور من محاور البرنامج وأخيرا جلسة تقييمية في نهاية البرنامج للتأكد من تحقيق البرنامج للأهداف المرجوة منه.

3-6 الفئة المستهدفة من البرنامج: يستهدف البرنامج أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ممن تحصلن على درجات عالية على مقياس الضغوط النفسية ودرجات منخفضة على مقياس جودة الحياة.

3-7-ضبط البرنامج والتحقق من صلاحيته:

بعد الانتهاء من تصميم البرنامج القائم على العلاج بالتقبل والالتزام، قامت الباحثة بعرضه على مجموعة من المحكمين من أساتذة جامعيين ومختصين نفسانيين وفق معايير مهمة أهمها: الدرجة العلمية للأستاذ المحكّم وخبرته المهنية، وأسماؤهم مذكورة في (أنظر الملحق رقم07) وذلك للحكم على ملائمة التصميم للبرنامج من حيث عنوانه وأهدافه وفنياته ومدته ومراحله، وكذلك للحكم على محتوى البرنامج ومناسبة موضوع وفنيات وأهداف كل جلسة منفردة وكذلك مدة الجلسة (أنظر الملحق رقم08) وقد حصل البرنامج على نسبة اتفاق مرتفعة من آراء المحكمين إذ بلغت نسبة الاتفاق 90% سواء من حيث التصميم أو من حيث المحتوى مع إجراء بعض التعديلات البسيطة للوصول بجودة البرنامج لأفضل درجة ممكنة.

-**التحكيم العام حول البرنامج العلاجي** : بعد استرجاع المعلومات من السادة المحكمين تمّ تصنيفها و تبويبها لمعرفة صدق المحتوى العام للبرنامج العلاجي وفق المعايير المبينة في الجدول التالي :

الجدول رقم (25): النسب المؤوية لمعايير صدق البرنامج العلاجي

الرقم	المعيار	نسبة اتفاق المحكمين
1	الفكرة العامة للبرنامج	%100
2	عنوان البرنامج	%90
3	عدد الجلسات	%100
4	الزمن المقترح للجلسات	%80
5	ترتيب الجلسات	%100
6	محتوى البرنامج	%100
7	معدل الجلسات في الأسبوع	%90

يتضح من الجدول رقم (25) أنّ معايير البرنامج العلاجي حصلت على نسبة اتفاق من المحكمين تراوحت بين (80% و 100%) ممّا يستدعي قبولها أي أنها صادقة ومناسبة حسب آراء السادة المحكمين.

-**التحكيم الخاص بكل جلسة:** بعد تنظيم المعلومات المقدمة من السادة المحكمين حول كل جلسة على حدى، تمّ الحصول على نسب اتفاق المحكمين حول صدق المعايير المعتمدة في كل جلسة والمتمثلة في مدة الجلسة، عنوان الجلسة، فاعلية محتواها، والخطوات المتبعة ضمنها، حيث تراوحت تسب الاتفاق بين (90 و 100 %) مما يطمئن الباحثة لقبول و صدق و ملاءمة جلسات البرنامج العلاجي في صورته المعدة.

3-8 حدود البرنامج العلاجي :

-**الحدود الموضوعية:** التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي القائم عمليات العلاج بالتقبل والالتزام في خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

-**الحدود البشرية:** مجموعتين (مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة) من أمهات أطفال التوحد تراوحت أعمارهن بين (34-49) اللاتي حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط النفسية ودرجات منخفضة على مقياس جودة الحياة.

-**الحدود المكانية:** المركز البيداغوجي النفسي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة.

-**الحدود الزمانية:** قامت الباحثة بالتطبيق البرنامج في الفترة الممتدة من 01 مارس الى 28 ماي 2023. وقد استغرق تطبيق البرنامج العلاجي المكون 19 جلسة بمعدل جلستين أسبوعيا تراوحت مدة الجلسات بين 90د و120 د شهرين ونصف بالإضافة إلى الجلسة التتبعية والتي كانت بعد انقضاء 3 أشهر من انتهاء الجلسات الفعلية للبرنامج.

3-9-مصادر بناء محتوى البرنامج العلاجي: اعتمدت الباحثة في بنائها للبرنامج واختيار فنياته وأساليبه على ما جاءت به نظرية العلاج بالتقبل والالتزام ACT وذلك من خلال الاطلاع على كتابات مؤسس العلاج بالتقبل والالتزام ستيفن هايس (1998،2004،2006،2008،2012)، وكتابات مجموعة من زملائه كـ Harris, 2007 وRuiz 2010، وMoran 2012 حيث أكدوا على فعالية (ACT) كأحد التدخلات العلاجية الحديثة مع العديد من المشكلات الاضطرابات النفسية.

-الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت برامج الإرشاد والعلاج بالتقبل والالتزام لدى أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام وأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بشكل خاص سواء ارتبطت بمتغيرات الدراسة (الضغوط النفسية وجودة الحياة)، أو متغيرات أخرى.

-الاستعانة بالكتب والدراسات وأأطر النظرية الخاصة بعينة الدراسة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من حيث خصائصهم (المعرفية -الانفعالية-الاجتماعية -النفسية) وحاجاتهم على مختلف الأصعدة والبرامج الارشادية والعلاجية المقدمة لهم.

-الاستفادة من الدراسة التي أجرتها الباحثة والمتعلقة بالحاجات الارشادية لدى أمهات أطفال التوحد في (2022) وهذا ما أسهم في إعطاء رؤية ساعدت على بناء محتوى البرنامج.

-الاستعانة بالكتب والدراسات والأطر النظرية المعلقة بمتغيرات البحث (الضغوط النفسية وجودة الحياة). خاصة تلك الموجهة لفئة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- عرض البرنامج في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين أساتذة وممارسين في الميدان بغرض التأكد من صدق البرنامج وصلاحيته للتنفيذ مع أفراد المجموعة التجريبية وفي ضوء آراء ومقترحات السادة المحكمين قامت الباحثة بعمل التعديلات اللازمة والمتمثلة في تغيير بعض الفنيات، وإضافة فنيات أخرى مكانها، تعديل زمن الجلسات إعادة ترتيب بعض الفنيات المستعملة ليصبح البرنامج جاهز للتطبيق على عينة الدراسة.

– الاستفادة من الدراسة الاستطلاعية وذلك من خلال المقابلات العيادية ولقاءات أمهات أطفال التوحد هذا ما أسهم في احتكاك الباحثة مع الأمهات وتسليط الضوء على معاناتهن.

3-10 الأسلوب العلاجي المستخدم:

اعتمدت الباحثة في إدارة الجلسات على أسلوب العلاج الجماعي الذي يتيح التفاعل بين افراد المجموعة من خلال الحوار والمناقشة وتبادل الخبرات فيما بينهن والاستفادة من تجارب بعضهن وادراك كل مشتركة انها ليست الوحيدة التي تعاني من تبعات اضطراب طيف التوحد وانما يوجد من يشترك معها في نفس المعاناة، مما يدعم ترابط وتكامل الجماعة وبالتالي يتم التفاعل والتعاون بشكل جماعي لتقبل المعاناة وتغيير السلوك وفقا للأهداف والقيم الإيجابية والواقعية.

3-11 مراحل تطبيق البرنامج:

بدأ تطبيق البرنامج العلاجي ابتداء من 01 مارس واستمر إلى غاية بمعدل في جلستين في الأسبوع، وقد استغرق البرنامج حوالي شهرين ونصف، إذ وجه إلى فئة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المسجلين على مستوى المركز النفسي البيداغوجي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة، واللواتي حققن درجات عالية على مقياس الضغوط النفسية ودرجات منخفضة على مقياس جودة الحياة. وقبل التطرق الى مراحل تطبيق البرنامج سنتطرق الى المرحلة التي سبقت تطبيق البرنامج وأهم الإجراءات التي تضمنتها.

أولا: مرحلة ما قبل تطبيق البرنامج:

–طلب الموافقة الرسمي لإجراء دراسة ميدانية من طرف مدير المركز البيداغوجي النفسي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة وذلك من أجل اختيار العينة المناسبة للدراسة ومن أجل تطبيق البرنامج العلاجي على العينة التجريبية.

– تطبيق القياس القبلي المقياسي الضغوط النفسية وجودة الحياة على مجتمع الدراسة ومن ثم إختيار عينة الدراسة وتقسيمها إلى مجموعتين متجانستين مجموعة أولى تجريبية يطبق عليها البرنامج العلاجي، ومجموعة ثانية ضابطة لا يطبق عليها البرنامج العلاجي.

–تحكيم البرنامج العلاجي والتأكد من صلاحيته.

– التأكد من رغبة أمهات المجموعة التجريبية في المشاركة في البرنامج العلاجي، والالتزام بمواعيده.

-إجراء جلسات تعارف بين الباحثة وكل أم مشاركة في البرنامج والاتفاق على المشاركة في برنامج علاجي جماعي خلال مدة شهرين ونصف أي ما يعادل (10) أسابيع بمعدل جلستين في الأسبوع، ويتراوح زمن الجلسة ما بين 90 إلى 120 دقيقة وفق محتويات الجلسة.

- تحديد الباحثة تاريخ ومكان إجراء الجلسات العلاجية والذي كان في قاعة الاجتماعات التابعة للمركز نظرا لتوفرها على المعدات اللازمة وتوفرها على الهدوء.

ثانيا: مرحلة تطبيق البرنامج العلاجي: مر تطبيق البرنامج العلاجي بالمراحل التالية:

- **مرحلة التمهيد للبدء في البرنامج** : وتضمنت هذه المرحلة مقابلة الأمهات التي وقع الاختيار عليهن للاشتراك في البرنامج، حيث قامت الباحثة بتوضيح فكرة البرنامج والقاء الضوء على الاستفادة التي يمكن أن تتحقق لهن من خلال المشاركة في جلسات البرنامج بشكل جماعي، علاوة على الجدول الزمن الجلسات البرنامج، وتحديد مدى رغبتهن في التحدث أمام الآخرين أم لا.

-**مرحلة بناء العلاقة العلاجية والتعرف بالمشكلة:** تضمنت هذه المرحلة توطين العلاقة بين الباحثة والمشتركات مع يعضهن البعض، إضافة الى رفع وعيهن بمشكلتهن وضرورة التدخل لخفض تلك المشكلة.
- **مرحلة التدخل العلاجي:** تضمنت هذه المرحلة تنفيذ جلسات البرنامج وتوظيف الفنيات والأساليب والانشطة التي تضمنها البرنامج من اجل خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.

-**مرحلة الانهاء والمتابعة:** تضمنت هذه المرحلة إنهاء البرنامج وتقيمه، واجراء التطبيق البعدي والتتتبعي.

3-12- تقييم البرنامج: تم تقييم البرنامج من خلال المراحل التالية:

-**مرحلة التقييم القبلي:** حيث تم تطبيق مقياسي الدراسة: مقياس الضغوط النفسية ومقياس جودة الحياة على أفراد المجموعة التجريبية والضابطة.

-**مرحلة التقييم البنائي:** ويتمثل في التقييم المصاحب لعملية تطبيق البرنامج والذي يضمن نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه بالتأكد من مدى استجابة أفراد المجموعة العلاجية لجلسات البرنامج.

وذلك من خلال التقييم الذي يعقب كل جلسة، بالإضافة إلى متابعة تنفيذ الأمهات في المجموعة التجريبية للواجبات المنزلية التي يتم تكليفين بها في نهاية كل جلسة وملاحظة مدى التقييم الإيجابي لأمهات المجموعة التجريبية لأنفسهن أثناء الجلسات والمشاركة الإيجابية من قبلهن في تنفيذ أنشطة البرنامج.

– **مرحلة التقييم البعدي:** ويتمثل في تقييم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه للتعرف على فعاليته في خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة لدى الأمهات في المجموعة التجريبية، وذلك من خلال مقارنة درجاتهن على كل من مقياس الضغوط النفسية وجودة الحياة في القياسيين القبلي والبعدي.

–**مرحلة التقييم التتبعي:** ويتمثل في تطبيق مقياسي الضغوط النفسية وجودة الحياة على الأمهات في المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة وقدرها ثلاثة أشهر بعد انتهاء البرنامج للتعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج.

3-13-وسائل عرض وتنفيذ البرنامج: تم الاعتماد في تطبيقنا للبرنامج العلاجي على الوسائل التالية:

–السبورة وذلك لشرح وتوضيح الأمور المبهمة.

–الباور بوينت وذلك لعرض المحتوى النظري، والاستعارات.

–جهاز عرض البيانات: data show .

–أوراق عمل تتعلق باستعارات (ACT).

–صور تساعد على شرح الاستعارات وفهم الاستراتجيات والواجبات المنزلية.

–الاستعانة ببعض الفديوهات التي تتضمن تمارين العلاج بالتقبل والالتزام.

–كما تم استخدام مقياس الضغوط النفسية ومقياس جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.

– استمارة المعلومات الشخصية.

3-14 الاستعارات والتمارين المستخدمة ضمن العمليات الأساسية للعلاج بالتقبل والالتزام في البرنامج المقترح:

–**استعارة الجبلين:** تقدم اثناء بناء العلاقة العلاجية الهدف منها هو تجنب أي أثر للرفض أو الفوقية وتحقيق التساوي بين المعالج والعميل وهذا ما يتسق مع موقف العلاج بالتقبل والالتزام ويقدمها المعالج كما يلي: تخيل نفسك بصدد تسلق جبل صعب جدا ومليء بالصخور ومخيف يبدو الأمر كما لو كنت تتسلق جبلك هناك وأنا أتسلق جبلي هنا، فلا تعتقد أن المعالج قد وصل إلى قمة جبله ويجلس بهدوء، فالنقطة المهمة هي أنني لازلت أتسلق الأخطاء ولا زلت أتعلم منها، نحن جميعا متماثلون في الأساس، كل منا يتسلق جبله حتى يموت، ولكن بإمكاني رؤية أشياء لا يمكنك رؤيتها على جبلك كما يمكنني توجيهك: خذ يمين، يسار

الطريق مسدود ...الخ " لكن في النهاية من الذي سيتسلق الجبل؟ أكيد أنت، حيث يمكنك أن تكون جيدا في التسلق أكثر فأكثر وتتعلم المزيد للاستمتاع بالسفر" وهذا بالضبط ما سنعمل عليه هنا. وهنا يتم التوضيح للعميل أحد الأهداف الأساسية للعلاج هو الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية، وأن دور المعالج توجيهي فقط. كما أنه بمرور الوقت واكتساب مهارات معينة، لن يكون بحاجة لأي دعم كونه قادرا على التعامل مع مختلف الضغوط والتكيف مع محيطه، أي أن العلاج بالتقبل والالتزام لا يشجع نهائيا الاعتمادية النفسية.

-**مشكلة التحكم الانفعالي:** حتى تستوعب الأمهات المشاركات أن محاولة التحكم الانفعالي مشكلة وليست حلا تم استخدام عدة استعارات هي:

-**استعارة الورقة فوق العينين:** يطلب من كل أم أن تقوم بكتابة الأفكار المزعجة على ورقة بيضاء ثم تقريبها على مستوى العينين وبعد ذلك ابعادها بشكل تدريجي وسؤال الأمهات كل مرة ماذا يلاحظن في كل اجراء قمن به.

-**استعارة خدش الجرح:** ماذا تفعل عندما تشعر بحكة في منطقة ما جسمك؟ ستحكها، أليس كذلك؟ وعادة ما يعمل هذا بشكل جيد لدرجة أنك لا تفكر في الأمر: حك تلك المنطقة في جسمك وتختفي الحكة "تم حل المشكلة"، لكن لنفترض انه يوما ما نتيجة الحك نمت بقعة من الأكزيما (مرض جلدي شائع)، حيث تكون خلايا الجلد في هذه المنطقة ملتهبة فهي حساسة للغاية، وعندما تخدشها، فإنها تطلق مواد كيميائية تسمى الهيستامين، وهي مادة مزعجة للغاية. وتعمل مادة الهيستامين على الزيادة من التهاب الجلد. لذلك بعد فترة وجيزة تعود الحكة بقوة أكبر من ذي قبل. وبالطبع، إذا حككته مرة أخرى، فسيزداد الأمر سوءا كلما حككت أكثر، كلما زادت الأكزيما سوء، وكلما زادت الحكة بدورها. إذا ذهبت إلى الطبيب، فما هو شيء الأول الذي سيطلب منك القيام به؟ هذا صحيح:" توقف عن الحك"، نفس الشيء مع أفكارك وعواطفك ومشاعرك وأحاسيسك وذكرياتك كلما حاولت حكها أكثر، أي التحكم فيها كلما ساء الأمر أكثر.

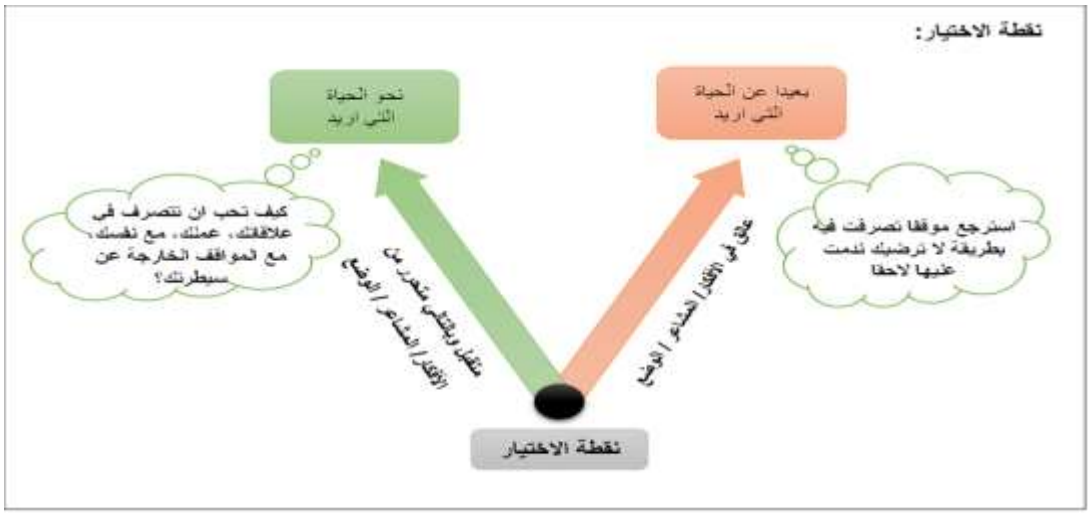
-**الكفاح في الرمال المتحركة:** هل سبق لك وأن شاهدت أحد تلك الأفلام القديمة حيث يسقط الرجل في بركة من الرمال المتحركة، وكلما كافح زادت سرعة غرقه في الوحل؟ إذا لم يسبق لك الوقوع في الرمال المتحركة، فإن مصارعة الرمال المتحركة هو أسوأ شيء يمكنك القيام به، ما عليك فعله في هذه الأثناء هو الاستلقاء على ظهرك وبسط ذراعيك والاستلقاء بثبات قدر الإمكان وتطفو على السطح (ثم اطلب المساعدة ليتم انقاذك)، إن التصرف بفعالية في هذه الحالة أمر صعب، لأن كل غريزة فيك تخبرك بمحاولة الهروب /الخروج، ولكن إذا لم تتوقف عن الكفاح، فسرعان ما ستغرق تحت الرمال، بالتأكيد ليس من الممتع تماما أن تطفو على سطح الرمال المتحركة، لكنك ستتغلب على جحيم الغرق فيها!

-**استعارة زر إيقاف الكفاح:** تخيل انه في الجزء الخلفي من ذهنك يوجد زر الإيقاف (قاطعة) وعندما يتم تشغيله فهذا يعني اننا سنكافح ضد أي الم جسدي او عاطفي يظهر او يأتي في طريقنا سواء تعلق الامر بالضيق النفسي الذي نشعر به او غيره فإننا نحاول التخلص منه او تجنبه فمع تشغيل زر الكفاح (ON) فإننا نعلق في مشاعرنا وعواطفنا ونهدر قدرا هائلا من الوقت والطاقة في مكافحتها ونخلق الكثير من الانزعاج الانزعاج المؤلم وغير المفيد، أما اذا اوقفنا تشغيل زر الكفاح (OOF) فان عواطفنا تصبح حرة في التحرك ،ولا نضيع الوقت والجهد في محاربتها أو تجنبها، ولا نتسبب في ذلك الانزعاج.

السيناريو التوضيحي: وهو سيناريو لإحدى الموظفات تعاني من ضغوط في العمل.

-لبنى امرأة في منتصف العمر تعمل في مركز الصحة العامة منذ 20عاما متزوجة وأم لثلاثة أطفال، زوجها مقعد تتراوح أعمارهم بين8،6،5 أعوام تذهب الى العمل كل يوم في الساعة السابعة صباحا لمدة 6ايام في الأسبوع وبالكاد يمكنها تغطية نفقاتها في نهاية كل شهر. تشمل الأفكار والمشاعر التي غالبا ما تمر ببالها "أنا متعبة"، "احتاج إلى الراحة والهدوء في نهاية اليوم، يجب أن أؤمن احتياجات عائلتي يجب أن يتمتع أطفالي بحياة جيدة، ليس مثل حياتي عندما كنت طفلاً، ولكن أيضا لا ينبغي أن يكونوا مدللين ويجب تأديبهم الآن، إذا كانت لبنى منغمسة مع هذه الافكار، وقد دخلت المنزل في أحد الأيام بعد نهار عمل طويل، فرأت أن طفلها البالغ من العمر 5 سنوات كسر مزهرية وتطاير زجاجها على الأرض، وجل ما تفكر فيه هي قيم الانضباط والتأديب ومع شعورها بالتعب كيف تتوقع أن تتصرف لبنى مع طفلها؟

-تمرين نقطة الاختيار:



الشكل(16) تمرين نقطة الاختيار.

-**استعارة النمر الجائع:** تخيل لو استيقظت في صباح يوم ما، ووجدت أمام باب بيتك نمر صغير، جميل، ولطيف لكنه يموء ولا يتوفق لأنه جائع فإما ان نضربه ونحاول طرده (صراع) واما ان تقدم له اكل فيذهب لحال سبيله ولكنه اصبح كلما يجوع يعود ويصدر الصوت المزعج فتعيد الكرة، ولكن بعد مرور عامين وجبة نمرك اليومية سوف تتغير ويحتاج إلي المزيد من الطعام، وعندما يأتي ميعاد الوجبة لن يكتفي بصوت المواء البسيط ، ولكنه سوف يتحول إلي زئير وحش غاضب وخارج عن السيطرة، وسوف يمزقك إذا لم تلبي له كل ما يريد، هذا ما يحدث مع الألم الذي تشعر به، فمحاولة التخلص من المشاعر المؤلمة بطرق غير مجدية مثل محاولة التخلص من التوتر او الضغط بالنوم واو الالهاء او الانعزال او ضرب أطفال أو الصراخ فهذه الطرق مجرد مسكنات على المدى القصير لأنك لم تتعامل مع الضغط والتوتر بالطريقة الصحيحة، وسوف تكتشف أنه في كل مرة تقوم فيها بتغذية ألمك، ستلاحظ مع مرور الوقت أنه يكبر وينمو ويتحول إلي وحش خارج عن السيطرة ، يفقدك القدرة علي عيش حياتك والاستمتاع بها وتحقيق قيمك بمعني أخر عندما تتجنب المشكلة وتحاول التحكم فيها فإنها تكبر وتستنزف طاقتك، وعليه فان محاولة التحكم لا تجدي نفعا ولهذا يجب البحث عن طرق اكثر نجاعة.

-**عملية فك الاندماج المعرفي:** لتدريب فراد العينة العلاجية على استراتيجية فك الاندماج المعرفي تم استخدام التمارين والاستعارات التالية:

-**استعارة الغيمة:** فكر بشيء يأخذ حيز كبير من اهتمامك سواء فكرة او شعور او تجربة وتخيل ان هذه التجربة هي غيمة تخيل ان راسك داخل هذه الغيمة ماذا ترى؟ اكيد لا ترى الا الغيمة، هكذا لما نكون في حالة الاندماج ولا نستطيع رؤية أشياء أخرى، وهذا ما يحدث في حالة اندماج مع فكرة معينة فتكون هي المسيطرة ،لكن اذا حاولت إزاحة الغيمة فهنا تدخل في صراع دون ان تنجلي الغيمة لكن الان حاول ان تخرج راسك من الغيمة وابتعد عنها هنا سترى ما يحيط بالغيمة وكلما ابتعدت عنها سيصبح حجمها اصغر بالنسبة لك والعكس، وعليه فان الغيمة لاهي كبيرة ولا صغيرة لكن ما يحدد حجمها هو بعدك او قربك عنها، ونفس الشيء مع افكارك وتجاربك فكلما اندمجت مع افكارك وتجاربك كلما رايتها كبيرة وليس لها حل وخارجة عن السيطرة لا تستطيع التعامل معها فأول خطوة للتعامل مع افكارك هي اخذ فك الاندماج واخذ خطوة بعيدا عنها.

- **تمرين الايس كريم (الشكولاطة):** تقوم الباحثة بتوزيع شكولاطة على المشاركات، ثم تطلب منهن التركيز علي الشكولاطة لمدة عشر دقائق دون التفكير في شيء أخر، طعمها، رائحتها، النكهة المفضلة، وبعد انتهاء العشر دقائق الأولي، تطلب الباحثة من المشاركات التفكير في أي شيء أخر غير الشكولاطة لمدة عشر دقائق أخرى، ثم تسألهن كم مرة خلال العشر الدقائق الأخيرة، خطر على بالكن موضوع الشكولاطة

وكم مرة حاولتن باجتهاد عدم التفكير فيه. تستمع الباحثة إلى إجابات الأمهات، ثم تقول هكذا أيضاً الأفكار كلما حاولنا جاهدين السيطرة عليها، وعدم التفكير فيها وتجنبها وجدنا أنفسنا نفكر فيها بشكل أكبر، لذلك علينا الاعتراف بها ومصاحبتها وعدم الصراع معها أو تجنبها.

-**تمرين لاحظ أفكارك:** استرخي وركز على كل الأفكار التي تمر في عقلك دون أي محاولة لتغييرها، فقط راقب، بعدها ركز فيما يشعر به جسدك، كيف هي نبضات القلب، وانتظام التنفس، إن هذا يعني شيئا في تفاعلك مع تلك الأفكار، لا تتوقف كثيرا، فقط لاحظ مدى قوة بعض الأفكار، تخيل أنها تعبر أمامك، ودعها تمر، لتظهر فكرة أخرى وتمر أيضا، الهدف أن تعي جيدا مدى تأثير تلك الأفكار وقدر سيطرتها عليك، هذه اللحظات سوف تساعدك على مواجهة التحديات اليومية والضغوط الشديدة بطرق أكثر فعالية.

-**استعارة أفكارك كعربات القطار:** لنفترض أنك في مفترق الطرق تنتظر الإشارة لتمر وهناك العديد من السيارات التي تمر امامك وفي كل الاتجاهات، هنا يمكنك مشاهدة هذه السيارات وهي تمر ولا يتوجب عليك الصعود على متنها او توقيفها، هكذا هو الامر بالنسبة لأفكارك.

-**استعارة أفكارك كركاب الحافلة:** تخيل انك على متن حافلة وهذا مسارك من أ إلى ب، أنت في " أ وهو يمثل نقطة الانطلاق متوجه نحو ب وهي نقطة الوصول، حيث أن الوحيد على وجه الأرض الذي بإمكانه أن يحرك الحافلة أو يوقفها هو أنت لا توجد أي قوة على وجه هذه الأرض بإمكانها تحريك أو إيقاف الحافلة غيرك، ولكن أنت لست بمفردك هناك ركاب معك، كل راكب من الركاب يمثل فكرة أو شعور سلبي أول راكب يمثل القلق، الثاني التردد الثالث أنا فاشل الرابع انا مضغوط " وهكذا، وهؤلاء الركاب ليس بإمكانهم تحريك أو توقيف الحافلة هم فقط يتكلمون، ولكن ردة فعلك هي التي تحدد ماذا سيحدث بالحافلة، فيتكلم أول راكب وهو القلق، وكونك لا ترغب في سماعه توقف الحافلة لتتصارع معه وتجبره على السكوت، والمشكلة كلما حاولت إيقافه صوته ارتفع حجمه زاد، عندما تفقد الأمل فيه تنتقل للراكب الثاني وهكذا، كلما حاولت توقيف صوتهم ارتفع وحجمهم زاد، في هذه الحالة هل ستصل لنقطة الوصول ب (علما أن "ب" يمثل ما هو مهم بالنسبة لك في الحياة قيمك أي يمثل علاقتك مع الله عائلتك دورك كام/اب، زوج / زوجة، صحتك، الاهل والحياة الاجتماعية ...فالحافلة هنا تمثل حياتك التي تحمل على متنها ركاب مختلفين، يمثلون أفكارك ومشاعرك وأحاسيسك الجسدية وذكرياتك، وبينما انت تقود الحافلة، وتختار اتجاهات السفر يصبح الركاب مشاغبين، ويقومون بإزعاجك وتهديدك وذلك للبقاء على نفس الطريق القديمة، وعادة ما يكون الرد هو الاستسلام للركاب للحفاظ علي هدوئهم، أو أن تتوقف لتتناقش معهم او تحاول طردهم من الحافلة، وعندما تفعل ذلك فإنك تضيع أو تفقد اتجاهك الذي تريد الوصول له، والبديل هو التحرك المتعقل نحو اتجاهك، مع جلب الركاب معك، هكذا هو الحال بالنسبة لأفكارك المزعجة فاذا أوليتها الاهتمام واندمجت

معها بشكل مفرط فانك تفقد اتجاهك نحو قيمك، اما عندما تتعامل معها بتعقل رغم انها مزعجة ومهددة فانك تركز على اهدافك وتتجه نحو قيمك.

-تمرين "ألاحظ انه لدي فكرة...":

الخطوة الأولى: ضع جملة تتضمن فكرة مزعجة عنك مثل: أنا فاشل .... أنا لست كفؤا ...، ركز على هذه الفكرة كما هي لمدة 20 ثانية، يمكنك ملاحظة الصور الذهنية والأحاسيس الجسدية التي تنشأ بفعلها، يمكنك تدوين ما تولده فيك هذه الفكرة على ورقة كصورة ذهنية، شعور غير مرغوب أو مزعج، إحساس جسدي.

الخطوة الثانية، أضف إلى تلك الجملة ألاحظ انه لدي.. "، وافعل ذلك لمدة 20 ثانية أخرى، وأخبر نفسك ذهنيا – أي في صمت " ألاحظ أنه لدي فكرة انني فاشل، غير كفؤ ..."، ونفس الشيء لاحظ ما هي المشاعر والأحاسيس والصور الذهنية التي تظهر بفعل ذلك، الذي يطرا على اللغة يخفض من مستوى الاعتقاد بالفكرة الأولية. لاحظ أن الفكرة الأولية بقيت على حالها، الشيء الذي قمنا به فقط هو تعديل موقفنا اتجاهها. تكمن أهمية التمرين في خلق فاصل أو مسافة بينك وبين هذه الفكرة الأولية، كما لو أنك قمت بخطوة ذهنية إلى الوراء بطريقة ما، وربما لاحظت أنك لم تكافح هذه الفكرة، ولم تعمل على إبعادها، أو محاولة تغييرها بفكرة إيجابية.

-تمرين أوراق الشجر على مجرى مائي: استرخي وتخيل أنك في مكان هادئ تحت شجرة يمر يقربها مجرى مائي يتدفق بلطف مرفقا بأوراق الشجر الطافية على سطح الماء، هذه الأوراق تأتي من أعلى المجرى وتنزل إلى أسفله مرورا بك، كلما وصلت ورقة أمامك، تضع أفكارك على الأوراق وتسمح لها بالطفو والذهاب لا تشغل نفسك إن علقت الورقة أو توقفت سوف تنطلق من جديد فقط استمر في المشاهدة، دعها تأتي وتبقى وتذهب في أوقاتها وكما يحلو لها.

- تمرين بطاقة الذات الطيبة والذات السيئة: اليك هذه البطاقة اكتب خمس أوصاف إيجابية حول ذاتك على البطاقة، وخمسة أوصاف سلبية حول ذاتك على الجهة الأخرى من البطاقة قم بتقريب الجهة الإيجابية للبطاقة من وجهك ألصقها مع عينيك، ثم أبعدها بهدوء عن وجهك، ثم قم بتقريب الجهة السلبية للبطاقة من وجهك ألصقها مع عينيك ثم أبعدها بهدوء عن وجهك، لاحظ الفرق بين القرب والإبعاد، ما الذي شعرت به؟ يمكنك ان تقوم بذلك خلال الأسبوع في كل وقت وفي أي مكان.

-تمرين التنفس الواعي:

1- اجذب انتباهك إلى/ أو لاحظ تنفسك.

2- اتبع مجرى الهواء وهو يدخل من خلال أنفك وينزل إلى رئتيك، ثم اتبعه وهو يخرج مرة أخرى.

3-اتبع الهواء وكأنك تركب أمواج تنفسك.

4-لاحظ الهواء يتحرك داخل وخارج فتحتي أنفك. كيف يكون الإحساس أكثر دفئا عند خروجه، والبرودة أثناء دخوله.

5-لاحظ ارتفاع وانخفاض قفصك الصدري في هدوء.

6-لاحظ ارتفاع وانخفاض بطنك في هدوء.

7- ركز انتباهك على إحدى هذه المناطق، أيهما تفضل الهواء الذي يدخل ويخرج غير فتحات أنفك، أو عند ارتفاع وانخفاض قفصك الصدري، أو ارتفاع وانخفاض بطنك.

8- حافظ على انتباهك في هذا الجانب، ولاحظ حركة التنفس دخول وخروج / شهيق / زفير.

9- مهما كانت المشاعر أو الرغبات أو الأحاسيس التي تظهر، سواء كانت سارة أو غير سارة، اعترف بها بلطف كما لو كنت تومن برأسك على الأشخاص الذين يمرون أمامك في الشارع، اعترف برفق بوجودها ودعها تكون تتواجد. اسمح لها بالحضور والذهاب كما يحلو لها، وابق انتباهك على أنفاسك

10- مهما كانت الأفكار أو الصور الذهنية أو الذكريات التي تظهر، سواء كانت مريحة أو غير مريحة ببساطة اعترف بها واسمح لها بأن تكون تتواجد دعها تأتي وتذهب كما يحلو لها، وابق انتباهك على أنفاسك.

11- من حين لآخر، سوف يُصرف انتباهك عن طريق استغراقك في الأفكار أو المشاعر، في كل مرة يحدث هذا لاحظ ما الذي يشتت انتباهك، ثم أعد انتباهك إلى أنفاسك بغض النظر عن عدد المرات التي يتشتت" فيها انتباهك سواء مائة مرة أو ألف مرة – فإن هدفك ببساطة هو ملاحظة ما الذي يشتت انتباهك، وتعيد انتباهك بلطف.

12- لا داعي للشعور بالإحباط أو ينفذ صبرك أو يخيب أملك عندما تجرفك أفكارك، إنه نفس الشيء الذي يحدث مع الجميع من الطبيعي جدا أن يتشتت ذهننا عما نقوم به لذلك، في كل مرة تدرك فيها أن انتباهك قد شرد، اعترف بذلك برفق، ولاحظ ما الذي أدى إلى تشتيت انتباهك، وأعد انتباهك إلى التنفس.

إذا ظهر الإحباط أو الملل أو القلق أو نفذ صبرك أو أي مشاعر أخرى، ببساطة اعترف بها وحافظ على تركيزك على تنفسك.

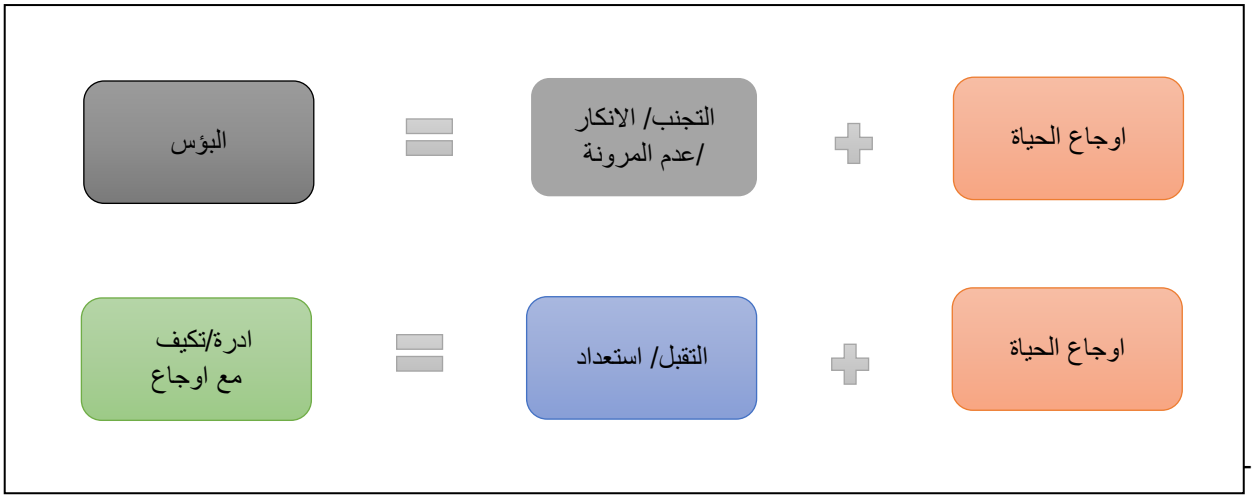
14- بغض النظر عن عدد المرات التي يتشتت فيها انتباهك اعترف به برفق ولاحظ ما الذي يشتت انتباهك، وأعد انتباهك برفق إلى التنفس

15- إذا كنت مستعدا أعد نفسك إلى الغرفة وأفتح عينيك.

-**عملية التقبل:** تم استخدام عدة تمارين واستعارات لتحقيق تقنية التقبل وهي كالتالي:

-**استعارة الخوض عبر مستنقع:** تخيل أنك في غابة وتحاول العبور الى جبل هذا الجبل لابد ان تمر اليه ولكن حتى تصل اليه يجب ان تمر عبر مستنقع حيث ان الجبل يمثل ما تريد تحقيقه في هذه الحياة اما المستنقع فيمثل كل الأمور الخارجة عن ارادتك والتي لا تحب التعامل معها لكن الطريق الوحيد للوصول الى ما تريد هو المرور عبر المستنقع بكل ما فيه من أمور لا تطيقها فالمبدأ هنا حتى نخرج من المستنقع يجب أن لا تعلق فيه وانما تخوض فيه وتتقبل كل ما يعترضك وهذا شبيه بمبدأ حتى نهرب من العاصفة يجب أن نمشي فيها.

-**معادلة التقبل:** قامت الباحثة بتقديم معادلة التقبل وشرحها حسب الشكل(17) كمايلي:



وانما يقصد بالتقبل أنك ستسمح للشيء او تفسح له المجال او تتركه يتواجد من اجل القيام بشيء تقدره حقا، إذا ما قلت: هل تريد حقنة من شأنها أن تجعلك تشعر بالضعف والتعب لعدة أشهر، وتجعل من شعرك يتساقط بأكمله، وتجعلك تتقيأ بشكل متكرر؟" أنا متأكد من ان إذا كنت مصابا بالسرطان وكان من شأن هذه السلسلة المتعاقبة من الحقن أن تعالجك تماما، سيكون عليك تناولها عن طيب خاطر مع أن الآثار الجانبية ستكون صعبة وبغيضة. إذن، لماذا تضع نفسك في ذلك الموقف؟ طبعا، ليس لأنك تحبها او تريدها او تستحسنها ولكن من أجل الاستمرار في فعل شيء تقدره وهو العيش. إذن، المقصود بالاستعداد

التقبل)، أن تفسح المجال للآثار الجانبية السلبية، مثل الأفكار والمشاعر غير السارة/ غير المرغوبة/ الصعبة/ المؤلمة، من أجل خلق حياة ذان معنى.

-**استعارة Tante Erma (خالتي زوبيدة):** أن الأفكار والمشاعر والاحاسيس السلبية لا يمكننا ان نحدد زوم ظهورها او اختفائها فانا ادعوها خالتي زوبيدة، تخيل ان خالتي زوبيدة هي فرد من عائلتك ولكنك تكره طباعها بشدة، فصوتها مرتفع وطباعها حادة كما انها حشرية جدا ومزعجة فأنت لا تحبها، وفي يوم من الأيام قررت أن تقيم حفلة دعوت فيها كل عائلتك إلا خالتي زوبيدة ، بدأت الحفلة والأجواء جميلة جدا وكل الحاضرين سعداء بالحفلة، وفجأة رن جرس الباب، نظرت من العين السحرية فإذا بك ترى خالتي زوبيدة خلف الباب في هذه الحالة عندك أربعة حلول:

الحل الأول: لا تفتح الباب، ولكن خالتي زوبيدة من خلال معرفتي بها ستقلب الحي عليك وهي تبكي وتصرخ، وبهذه الطريقة ستوقف الحفلة.

الحل الثاني: أن تفتح الباب ولا تسمح لها بالدخول، ولكن أنا أتوقع النتيجة نفسها لأنها غاضبة .

الحل الثالث: تفتح الباب لها وتسمح لها بالدخول، ولكن طيلة فترة الحفلة وأنت تراقب تحركاتها خوفا من أن تزعج هذا، وتتدخل في شؤون هذه، فهل تمتعت بحفلتك بهذا الشكل؟

الحل الأخير: تفتح لها الباب وتقول لها "خالتي زوبيدة" أنا آسف لعدم وصول بطاقة الدعوة ولكن تفضلي البيت بيتك والأهل أهلك " وتذهب للاهتمام بضيوفك والاستمتاع بالحفلة. فأي الحلول تختار؟ فخالتي زوبيدة تمثل أفكارنا ومشاعرنا السلبية والتي تظهر بدون سابق إنذار، ونحن لا نرغب في الشعور بها ورؤيتها أو الدخول في اتصال معها، ولكن إذا حاولنا إغلاق الباب في وجهها ستحدث ضجة، وإذا حاولنا التحكم فيها نفس الشيء، وإذا قضينا وقتنا في مراقبتها فنحن نفقد اللحظة الحالية بالتالي فان الحل الأمثل هو السماح لها بأن تتواجد معنا، في مقابل التركيز على الأمور المهمة وبالتالي يتناقص تأثيرها علينا.

-**تمرين شد الحبل:** تطلب الباحثة من الأم في هذه التجربة أن تقف وتشد طرف حبل وتقوم الباحثة بشد الطرف الآخر منه، بحيث تمثل الأم نفسها وتمثل الباحثة معاناتها ويمكنها ذكر هذه المعاناة مثل : القلق أو نقص الثقة بالنفس أو ضغط نفسي ... اخ، وان تتخيل فجوة عميقة جدا بينها وبين معاناتها وأنها تمسك بكل قوة جهتها من الحبل إلا أن معاناتها تجلبه نحوها وتحاول إيقاعه بهذه الحفرة العميقة أو الفجوة التي لانهاية لها بحيث تستطيع الباحثة ان تتكلم بصوت معاناتها وتقول مثلا: ليست عندك ثقة بنفسك مطلقا أو أنت منعدمة الثقة أو أنت قلقة، بحيث تطلب من الأم ملاحظة أحاسيسها في تلك اللحظة ووصفها، وأن تتوجه نحو الباب لتغادر القاعة وهي تشد الحبل فتلاحظ أن هذا غير ممكن مادامت لا تزال تشد الحبل

وتجذبه نحوها، بعدها تطلب منها الباحثة أن تتوقف قليلا ثم أن تقوم بحمل الحبل بين أصابعها على شكل حلقة يمكن للحبل أن ينزلق عبرها بخفة، بحيث أن طول الحبل الذي يمر عبر الحلقة ويسمح له بالإنسياب يمثل مقدار أو حجم المعاناة الملاحظة في كل لحظة آنذاك، ثم تقوم الباحثة مرة أخرى بالتكلم بصوت المعاناة وتطلب منه أن يترك الحبل يمر عبر أصابعه ويصف أحاسيسه الجسدية، وتطلب منه أيضا أن يتقدم مرة ثانية نحو الباب، وبعد تحركه وتقدمه نحوه تقوم الباحثة مرة أخرى بالتكلم على صوت معاناته ثم تطلب منه وصف التجربة التي مر بها.

– **تمرين عشرة أنفاس:** توقف للحظة، وخذ عشرة أنفاس عميقة وبطيئة، ثم التركيز على التنفس البطيء، تنفس ببطء قدر الإمكان، حتى تفرغ الرئتين تمامًا، ثم قم بالتنفس باستخدام الحجاب الحاجز، لاحظ أحاسيس إفراغ رئتيك وسقوط القفص الصدري، لاحظ صعود وهبوط بطنك، لاحظ دخول وخروج الهواء، لاحظ الأفكار التي تمر في عقلك؟ لاحظ ما هي المشاعر التي تمر عبر جسدك، لاحظ تلك الأفكار والمشاعر دون الحكم عليها بأنها جيدة أو سيئة، وببساطة راقبهم، دون محاولة تغييرهم أو تجنبهم أو التمسك بهم، حاول مراقبة تلك الأفكار والمشاعر بقبول وليس رفض أو تجنب.

–**استعارة كرة الماء:** تخيل أنك في مسبح وامامك كرة وانت تحاول إدخالها تحت الماء فهل تستطيع ذلك؟ بالطبع لا تستطيع ولو قمت بذلك طوال اليوم فإنها تغوص ثم تطفو مرة أخرى ولكن ما رايك اذا تركتها تطفوا على سطح المسبح وقمت انت بما هو مهم لك كتعلم السباحة او الاستمتاع بوقتك، هكذا هي افكارك ومشاعرك وتجاربك السلبية كلما قاومتها ولم تتقبلها وحاولت تجنبها فإنها تختفي ثم تعود ولهذا دعها تطفوا قوق السطح ولا تعلق معها أي تعامل معها بمرونة وتقبل وجودها وقم بما هو مهم في حياتك.

–**استعارة لاحظ خشبة المسرح:** كل منا يعرف المسرح وانت جالس على خشبة المسرح لتشاهد مسرحية فإن الممثلين يعملون على تقديم الأحسن لجذب انتباهك نحو العرض المسرحي وما يدور فيه إجمالا فقد تكون هناك مشاهد إيجابية تزرع السعادة في قلبك كما ان هناك مشاهد محزنة قد تصل من خلالها لدرجة البكاء، لكن انت تشاهد وتتأثر بالعرض دون أن تنجذب وتصعد إلى خشبة المسرح وتندمج معهم هكذا هو الحال مع افكارك ومشاعرك واحاسيسك يمكنك ملاحظتها وفهم مايحدث والتأثر به لكن دون الاندماج معه.

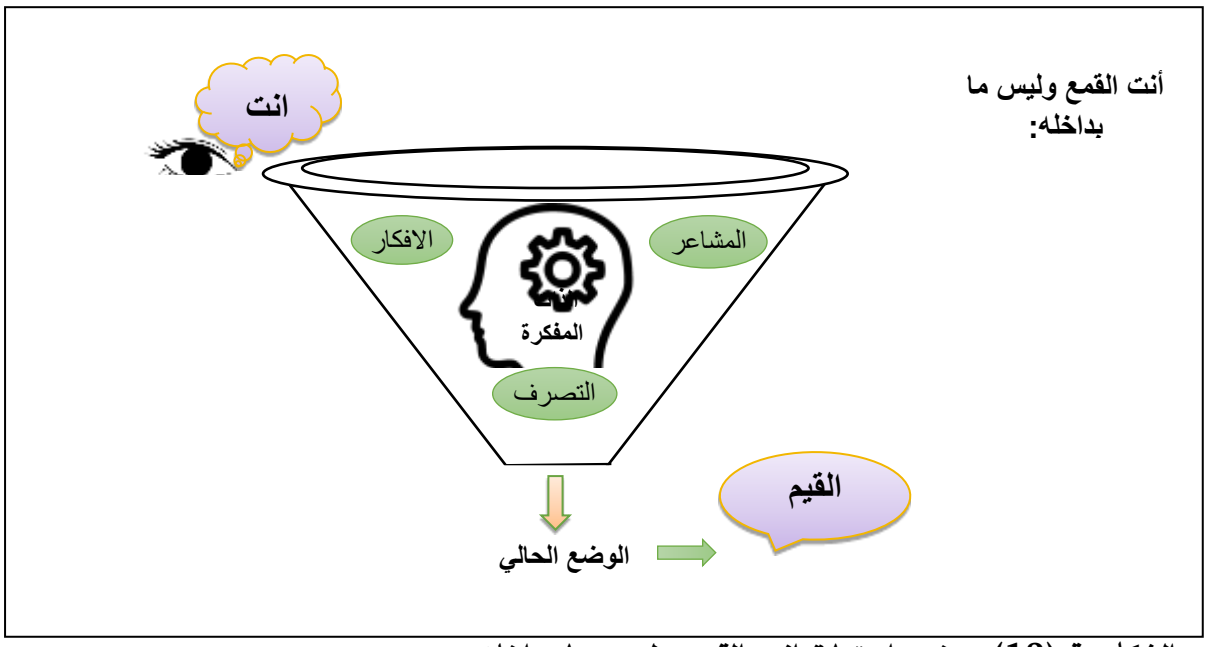
–عملية الذات المفاهمية والذات كسياق:

–**الذات الملاحظة والذات المفكرة مثال غروب الشمس:** من المهم في عملنا هذا أن نفهم أن كلمة الذهن تنطوي على جزأين متمايزين هناك جزء نشترك فيه جميعا، الجزء الذي يفكر، يتصور، يتذكر، يحلل، يخطط، يتخيل وهذا ما ندعوه بالذات المفكرة le soi penseur. ولكن يوجد جزء آخر من الذهن الذي لم

يحصل على نصيبه من الكلام، حيث لا يوجد حتى مصطلح يضبط تسميته، إنه جزء من ذهنك الذي لا يفكر، لا يمكنه أن يفكر، بل يلاحظ فقط هذا الجزء من شأنه أن يلاحظ كل ما تفكر فيه وتشعر به يلاحظ ما تفعله وما تراه، يلاحظ ما تسمعه وما تتذوقه ... إلخ. إن المفاهيم التي تقرب معناه أكثر، هي: "الوعي التام أو اليقظة (الانتباه)، نسمي هذا الجزء من الذهن بالذات الملاحظة، لأنها لا تفكر، بل تلاحظ وفقط"، وكمثال توضيحي لذلك افترض أنه سبق لك أن شاهدت غروب الشمس، وكان ذهنك لحظتها في حالة صمت، ذاتك الملاحظة هي التي تنشط الآن، تلاحظ في صمت لكن هذا الصمت لم يدم طويلا، خلال بضع ثواني تطفو أو تظهر الذات المفكرة: "آه.... أنظر كم هي الألوان جميلة، للأسف لم أحضر – معي آلة التصوير، هذا المنظر يذكرني برحلة قمت بها إلى الصحراء، وكلما استغرقت أكثر استغرقت أكثر في التفكير، كلما فقدت اتصالك بغروب الشمس وضيعت متعة عيش تلك اللحظة.

–**استعارة أنت لست القمع:** تخيل ان هناك قمع يحتوي على عدة مواضيع، الأفكار، المشاعر، التصرفات

فلا يمكن ان نقول ان القمع هو المشاعر وحدها او الأفكار وحدها وانما القمع هو وعاء يحوي هذه المشاعر والأفكار والتصرفات فعندما نلاحظ بوعي نرى ان القمع منفصل عما يحتويه هكذا هي الذات كمضمون والذات الملاحظة، ان كل المعتقدات والأفكار والحقائق والاحكام والذكريات وما الى ذلك تشكل مفهوم الذات كمضمون ويؤدي الانصهار مع هذه الأفكار الى الشعور بالوصف الذاتي: انا افكاري أي انا مضمون /محتوى ما أفكر فيه وما اشعر به ويمكن للبعض أيضا القول "هذا ما انا عيه" ولهذا يجب عليك التطلع على الذات كسياق وليس كمحتوى.



–الشكل رقم(18):يوضح استعارة انت القمع ولست ما بداخله.

-تمرين السماء والطقس: ذاتك الملاحظة مثل السماء، أفكارك ومشاعرك مثل الطقس يتغير باستمرار، قد يكون سينا من حين لآخر لكن لا يمكنه في أي حال من الأحوال أن يضر بالسماء ،فالطقس يتغير باستمرار طوال اليوم، يوجد دائمًا متسع في السماء، فمهما كان الطقس سيئًا ومهما كانت العاصفة الرعدية شديدة، مهما كانت حرارة الشمس، لا يمكن أن تتلف السماء بأي شكل من الأشكال، حتى الأعاصير وأمواج تسونامي التي قد تسبب الدمار على الأرض غير قادرة على إيذاء السماء، وبالطبع الطقس مع مرور الوقت سوف يتغير مرارًا وتكرارًا، بينما تظل السماء نقية وواضحة كما كانت دائمًا، في بعض الأحيان ننسى أن هناك سماء، وأنها رائعة وجيدة. وأحيانا لا نتمكن من رؤية السماء – تحجب بفعل الغيوم. لكن لو نسمو أكثر فوق تلك الغيوم – حتى الغيوم الأكثر سوادا، الأكثر سمكا أو الأكثر عصفًا – فإنّنا أجلا أم عاجلا سنجد سماء صافية، تمتد إلى مختلف الاتجاهات، لا يحدها شيء وصافية. أكثر فأكثر، ستتعلم كيف تتصل بهذا الجزء أو الفضاء النفسي أو الجانب منك: إنه فضاء داخلي مؤكد ومضمون, والذي من خلاله يمكنك أن تلاحظ وتخلق مكانًا لأفكارك ومشاعرك الصعبة، فلا تدع أي شعور يتسبب لك في معاناة، جميعنا نشعر بالألم النفسي، ولكن ليس من الضروري الشعور بالمعاناة، لا يوجد نجاح دون فشل، مهما شعرت بالحزن أو الغضب أو اليأس أو الإحباط لاتدع ذلك يؤذيك نفسياً، ويسيطر عليك كل ما تحتاجه هو أن تتقبله كما هو، واترك له مساحة لكي يأتي ويذهب.

- تمرين التفكير مقابل الملاحظة: قم بالاسترخاء، ولاحظ ببساطة ما يفعله عقلك، ابقي على اطلاع على كل الأفكار، إذا لم تظهر أي أفكار استمر في المشاهدة عاجلا أو في وقت لاحق سوف ستظهر فكرة لاحظ أين تقع افكارك: أمامك، وفوقك، وخلفك أو جانبك أو بداخلك لاحظ أن جزءًا منك يفكر بينما جزء آخر يراقب هذا التفكير، وها أنت تراقبهم، إن الهدف عند ظهور أي فكره هي مراقبتها، وليس الحكم عليها أو تجنبها أو الاندماج معها، بل دعها تأتي وتذهب، دون التمسك بها.

-تمرين خذ لحظة وعرف نفسك: اليك هذا النموذج المطلوب منك هي أن تملا الفراغ كالتالي خذ لحظة وعرف نفسك.

انا.....
.....
.....

وهنا تطلب الباحثة من كل أم أن تملا الفراغ على النموذج ثم تسال كل أم عما إذا كانت تختزل نفسها في صفة أو عدة صفات حيث تستوعب ما ذكرته من صفات هي جزء من صفاتها ولكن هي أكبر من الصفات التي ذكرتها عن نفسها بحيث لها أدوار أخرى فهي وتفهم إذا نت أستطيع ان الاحظ امر ما فلا يمكنني ان

أكون هذا الامر سواء كان سلبي او إيجابي إذا وصفتي نفسك بالحزينة فانك لاحظتي انك حزينة ولكن امت لست الحزن فهناك جوانب أخرى في حياتك غير الحزن.

-تمرين رقعة الشطرنج: تخيل أن هناك رقعة شطرنج حيث أن كل القطع البيضاء تمثل أفكارك ومشاعرك الإيجابية، وكل القطع السوداء تمثل أفكارك ومشاعرك السلبية، نتحرك في حياتنا من خلال محاولاتنا اليائسة لنقل وتحريك قطعنا البيضاء وندفع بكل قطعنا السوداء بعيدا، لكن الإشكال في وجود عدد غير متناهي من القطع البيضاء والسوداء، مهما يكن عدد القطع السوداء التي تزيلها، سوف تظهر أكثر وعليه فإن القطع البيضاء تجذب القطع السوداء، تتمثل القطعة البيضاء مثلا في "أنا أب/ أم جيدة" وهذا يجذب حالا القطعة السوداء "لا، أنت لست كذلك، ما رأيك في الطريقة التي كنت تصرخ بها في وجه أبنائك الليلة الماضية"؟ وعليه يمكننا التحرك في هذه الحياة مع فقداننا الكثير من الوقت والطاقة في محاولتنا للفوز بهذه المعركة التي لم تكن أبدا أو بإمكاننا أن نتعلم أكثر أن تكون مثل رقعة الشطرنج، حيث أن الملعب الخاص برقعة الشطرنج على اتصال حميمي مع كل القطع، لكنه غير معني بتلك المعركة وليس مشاركا فيها، نسمي ذلك الملعب أي الذي تتحرك عليه قطع الشطرنج في بالذات الملاحظة أو الذات كسياق، حيث تسمح لنا بالبقاء خارج المعركة التي تحدث بين أفكارنا ومشاعرنا الإيجابية والسلبية مع خلق فضاء كامل لها للتحرك بحرية.

-عملية التواصل مع اللحظة الحالية:

- تمرين خمس خطوات 5-4-3-2-1

5-لاحظ خمسة أشياء تراها من حولك في الحجرة.

4-لاحظ أربعة أشياء يمكنك لمسها من حولك في الحجرة، قد تلمس مثلا يديك، وتلمس الأرضية من تحتك والطاولة، وما إلى ذلك، المهم ضع قائمة بأربعة أشياء يمكن أن تشعر بملمسها.

3 -لاحظ ثلاثة أشياء تسمعها في الحجرة أو محيطها. يجب أن يكون ما تسمعه خارجيا أي لا تركز على أفكارك وانما ما يدور حولك.

2- تعرف على شيئين يمكنك شمهما قد يكون عطرا لزميلتك أو رايحة الطعام المعد في المطعم بجانب الحجرة أو غيره.

1-تعرف على شيء واحد يمكنك تذوقه أي مذاق في فمك الان.

-تمرين رمي المرساة: إليك تمرين بسيط آخر يتيح لك التركيز والتواصل مع العالم من حولك مارسه على مدار اليوم، خاصة في الأوقات التي تشعر فيها بأنك منغمس في أفكارك وعواطفك.

1-اغرس (اضغط) قدميك في الأرض.

2-اضغط لأسفل - لاحظ الأرض التي تدعمك.

3-لاحظ الشد الضغط في عضلات ساقيك وأنت تضع قدميك على الأرض.

4-لاحظ جسمك بالكامل - ولاحظ الشعور بالجاذبية التي تنتقل من رأسك إلى عمودك الفقري ومن رجليك إلى قدميك.

5-الآن انظر من حولك ولاحظ ما يمكنك رؤيته وسماعه. لاحظ مكانك الآن وما الذي تفعله.

-**تمرين أيقظ حواسك:** اجلس بظهر مستقيم واسترخي، اليك هذه الحبات من الزبيب، أنظر إلى الزبيب شمه والمسه الزبيب ضعه في فمك وتحسسه بلسانك وأمضغه ببطء متعمد، لاحظ الطريقة التي يتغير بها طعم الزبيب ورغبتك في ابتلاعه واستجابتك لتلك الرغبة وأي أفكار أو أحاسيس تظهر أثناء ذلك، عليك الانتباه بدقة لحواسك واستجابات جسمك نحو الزبيب قد تكشف عن جوانب من علاقتك بالأكل والطعام وكأنك تأكل الزبيب لأول مرة يمكن إعادة التجربة في المنزل وننصح بممارسة هذا التمرين كلما سمجت الفرصة لأنه يساعدك على اليقظة والانتباه.

-**عملية استضاح القيم:**

-**استعارة البوصلة:** بالطبع كل منا يعرف البوصلة فهي تلك الأداة التي تحدد لنا الاتجاهات فنستطيع من خلالها تحديد المواقع والأماكن التي نقصدها، اذن تخيل ان قيمك الشخصية مثل البوصلة التي توجهك نحو الحياة التي تريد ان تعيشها شريطة ان تكون هذه القيم واضحة وواقعية.

- **استعارة رحلة طفلين:** يخبرنا المجتمع أن الطريق الذي يحقق لنا السعادة يكون من خلال تحقيق أهدافنا، والحصول على عمل رائع ومغري الحصول على ثروة طائلة، الحصول على جسد قوي وصحي لجلب الأصدقاء، منزل كبير، سيارة فخمة.. أهداف. أهداف... أهداف... إلخ.

والصراحة هو أنه إذا نجحت في تحقيق مثل هذه الأهداف، ستكون هناك لحظة وجيزة من الفرح والغبطة ولكن إلى متى يستمر ذلك؟ كم من الوقت ستستغرقه تلك السعادة حتى تبدأ رحلة البحث والنظر إلى هدف آخر وهكذا، لكن هناك طريقة عيش مختلفة عن هذه، وهي أن تعيش حياتك حياة قائمة على قيمك الشخصية، وهذا بمثابة طفلين راكبين في سيارة في رحلة إلى "مدينة الألعاب" حيث يستعرق المسير اليها 3 ساعات. يكون الطفل الأول مركز على الهدف تماما "هل وصلنا إلى هناك؟ هل وصلنا إلى هناك إلى متى ستصل؟ تعبت من هذه الرحلة"، الأمر كله يتعلق بالهدف الذي يركز عليه الطفل الأول، حيث أنه

أزعج والده الذي يقود السيارة، أما الطفل الثاني فكان مركز على قيمه علما أن لديه نفس الهدف مثل الطفل الأول، إنه يريد فعلا الوصول إلى "مدينة الألعاب"، لكنه أيضا على اتصال بقيمة المحيطة (المغامرة الفضول؛ اللهو) لذا فهو ينظر من النافذة إلى المناظر الخارجية، المزارع الخضراء والحيوانات التي ترعى فيها، يتأمل الجبال والتلال العالية، الأنهار المحاذية للطريق، لقد لاحظ العديد من السيارات والشاحنات على الطريق السري، في الواقع الطفل الثاني قدر الرحلة جيدا وهو متجه إلى هدفه الآن، وصل الطفل الأول والثاني إلى "مدينة الألعاب" في نفس التوقيت، يقضيان وقتا ممتعا، حيث تمكن كلاهما من تحقيق الهدف، ولكن الطفل الأول قام برحلة محبطة للغاية بينما الطفل الثاني فكانت رحلته رائعة وممتعة، خلال طريق العودة إلى المنزل عاد الطفل الأول إلى نفس السيناريو: " متى تصل إلى المنزل على تصل إلى المنزل؟ ألم تصل بعد إلى المنزل؟" مركزا حول الهدف مع كل ذلك الإحباط، بينما الطفل الثاني ينظر من نافذة السيارة، يلاحظ كيف يبدو العالم مختلفا في الليل عما رأه في النهار، يكتشف الأضواء وكيف أن تلك المزارع التي رآها صباحا وتلك الجبال والتلال غمرتها ظلمة الليل. تتعطل السيارة في طريق العودة يشعر كلاهما بخيبة الأمل لأنهما لم يحققا هدفهما الثاني وهو الوصول إلى المنزل، لكن الطفل الثاني على الأقل كانت لديه ذكرى رائعة وكاملة حول الرحلة وتمتع بها جيدا. وبعد وصول شاحنة السحب ركبا في تلك الشاحنة. يقول الطفل الأول "هذا ليس مثلا لم أكن أتوقع حصول كل هذا. أما الطفل الثاني أيضا بدأ يلاحظ كيف يبدو العالم مختلفا عندما يكون جالسا في مقدمة الشاحنة كون الشاحنة مرتفعة ويمكنه مشاهدة كل شيء من الأعلى، إذن هذا أكبر شيء يميز بين الحياة القائمة على القيم، الحياة الهادفة ذات المعنى وبين الحياة القائمة على الأهداف، فقيمنا نعيشها في كل خطوة نخطوها على الطريق نحو هدفنا لنحصل على الرضا.

-**تمرين الخطاب:** اليك هذه الورقة البيضاء، تخيل إنك ستعيش عشرين سنة بعد الان واقيم عشاء أو حفلة على شرفك، يتقدم شخصان أو ثلاثة ويلقيان خطابا على شرفك حول ما تعنيه أنت لهم، والدور الذي لعبته في حياتهم، ما الذي ستسمعه يقولونه عنك؟

-عملية الفعل الملتزم:

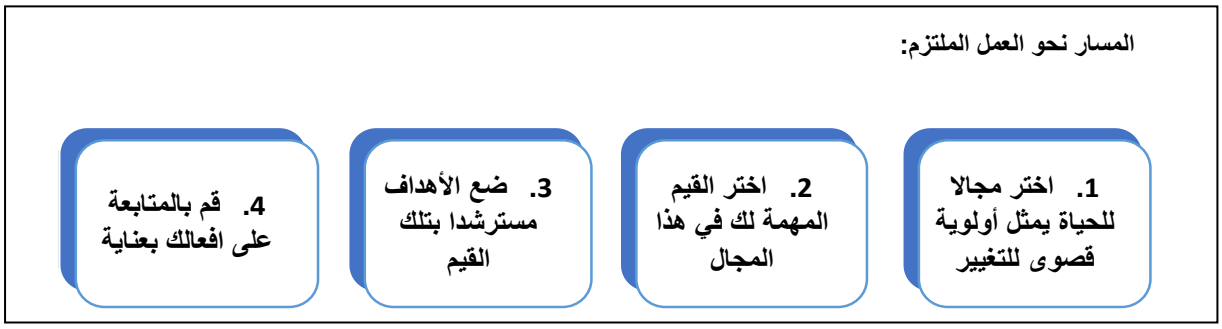
-تمرين المسار نحو الفعل الملتزم:

1-اختر مجالا من مجالات حياتك (مثلا العائلة).

2-اختر قيمة ما من هذا المجال واتبعها (ان اساعد طفلي التوحدي).

3-حدد أهدافا واقعية وقابلة للتحقيق ومسترشدة بهذه القيمة وليس بهدف التجنب التجريبي.

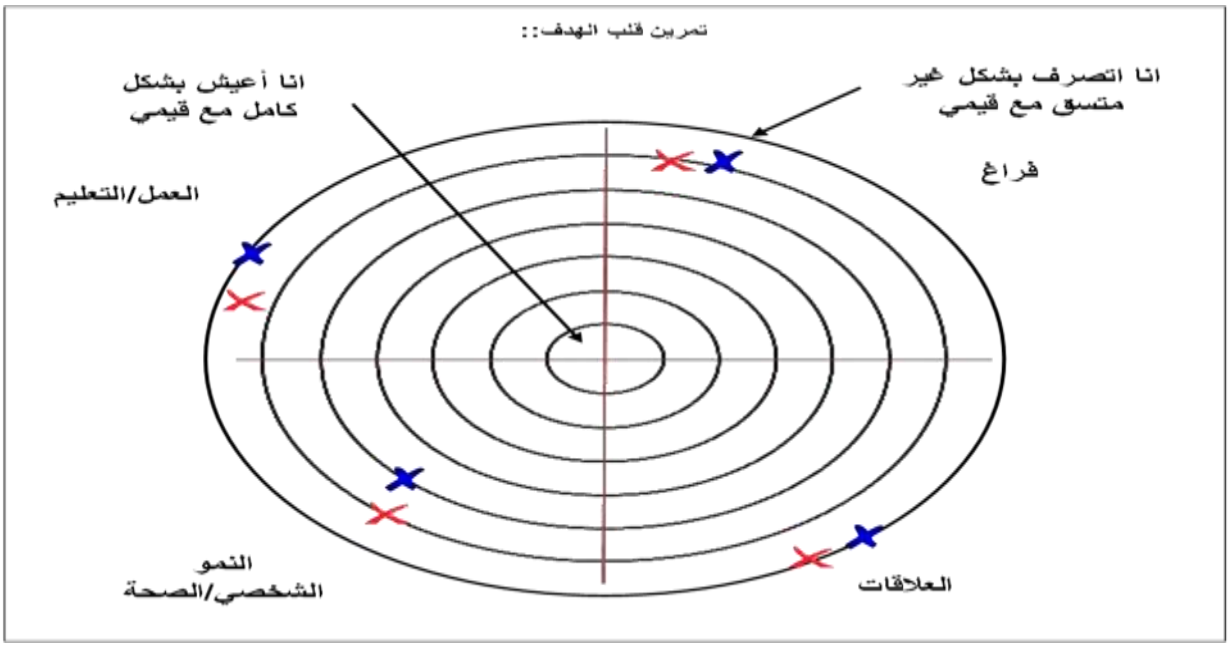
4-التزم/اتخذ الاجراءات اللازمة وبشكل واعي.



الشكل(20): يوضح تمرين نحو العمل الملتزم.

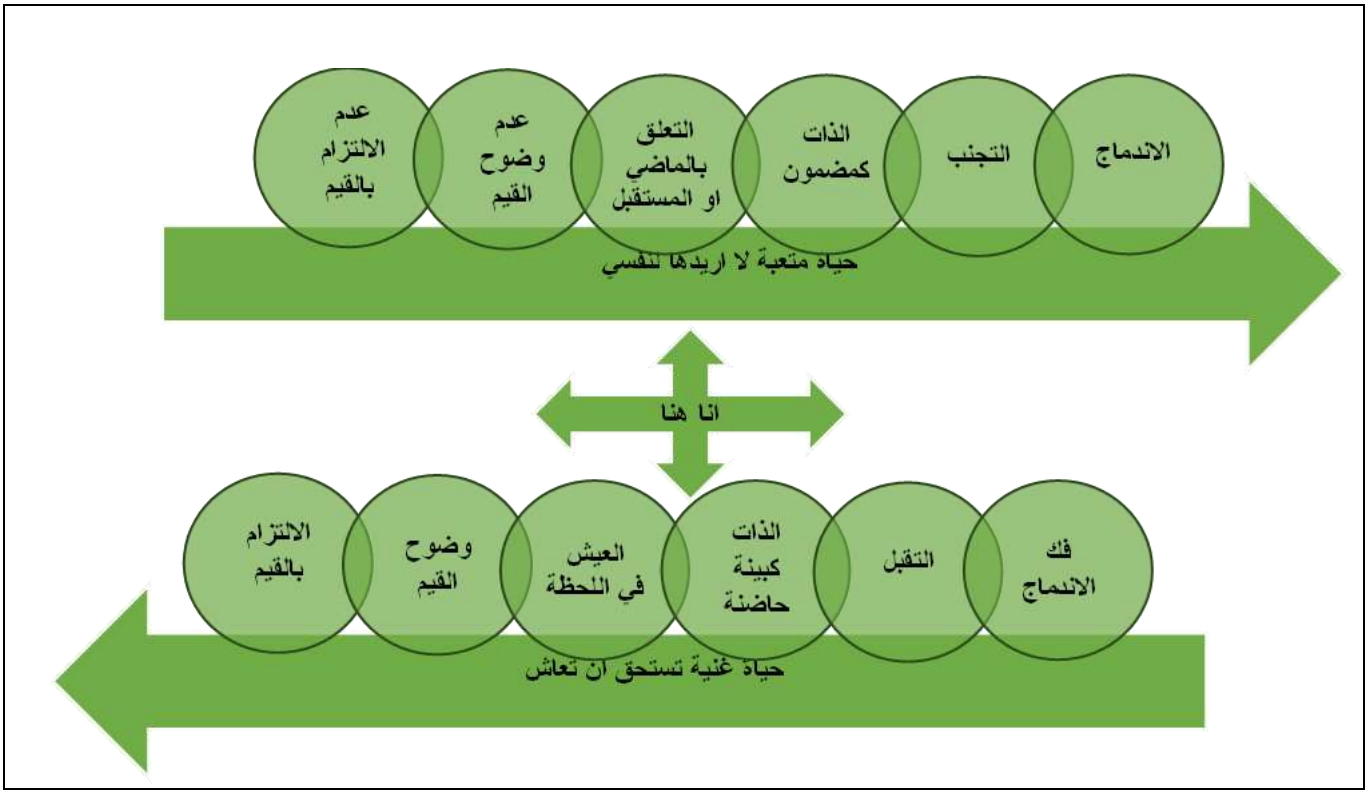
-**تمرين قلب الهدف:** اليك النموذج التالي ضع علامة (X) لكل من الخانات وفق ما ترى إذا افعالك قريبة او بعيدة عن قيمك في المجالات المختلفة وكيف يمكن ان تكون أقرب لقيمك في كل من هذه المجالات؟

وماهي أصغر خطوة ممكن ان تبدأ بها؟



الشكل(18) : يوضح تمرين قلب الهدف.

-النموذج النهائي لإعادة شرح ما تم تعلمه في الجلسات السابقة :



الشكل(21): النموذج النهائي لإعادة شرح ما تم تعلمه في الجلسات السابقة.

- **الفنيات والأساليب المساعدة:** اعتمدت الباحثة خلال جلسات البرنامج على مجموعة من الفنيات والأساليب المساعدة والتي منها المناقشة، والمحاضرة، والتعزيز النمذجة، القصة، والواجب المنزلي حيث تم توظيف هذه الفنيات لتحقيق بعض أهداف الجلسات.

3-16-العوائق التي واجهت الباحثة أثناء تطبيق البرنامج:

-ان اكثر العوائق التي واجهت الباحثة هي تحديد عينة الدراسة الأساسية، وهذا راجع لطبيعة الوسط الاجتماعي الذي تنتمي اليه الأمهات والذي يجهل أهمية التكفل النفسي بأم الطفل التوحدي كشريك أساسي في عملية التكفل والتأهيل لطفلها، وأنها تحتاج الى دعم وتكفل نفسي نظرا للمعناة التي تحياها في ظل وجود طفل توحدي الى جانب المسؤوليات والالتزامات التي تفرضها عليها الحياة كزوجة وأم وربة بيت.

-انشغال الأمهات حيث أن المشاركات اغتنمن فرصة التمدرس لأطفالهن سواء العاديين أو ذوي اضطراب طيف التوحد حتى استطعن الالتحاق بالبرنامج والاستمرار في العلاج.

الجدول رقم (26):عرض مختصر لجلسات البرنامج.

رقم	هدف الجلسة	نوعها	التاريخ	المدة
01	التمهيد لتطبيق البرنامج العلاجي.	فردية	2023/3/1	45 -60 د
02	التعارف وبناء علاقة العلاجية.	جماعية	2023/3/5	90 د
03	التعريف بماهية اضطراب طيف التوحد.	جماعية	2023/3/8	120د
04	التعريف بالضغوط النفسية وأثارها على الحياة.	جماعية	2023/3/12	120د
05	توضيح مشكلة التحكم الانفعالي.	جماعية	2023/3/15	120د
06	الوصول لليأس الإبداعي وتقديم نموذج (ACT).	جماعية	2023/3/19	120د
07	التدرب على عملية فك الاندماج المعرفي.	جماعية	2023/4/09	120د
08	التدرب على عملية فك الاندماج المعرفي.	جماعية	2023/4/13	120د
09	التدرب على الانتقال من التجنب التجريبي الى التقبل.	جماعية	2023/4/20	120د
10	التدريب على عملية التقبل.	جماعية	2023/4/23	120د
11	التدرب على الانتقال من الذات المفاهمية الى الذات كسياق.	جماعية	2023/4/26	120د
12	التدرب على الانتقال من الذات المفاهمية الى الذات كسياق.	جماعية	2023/4/30	120د
13	التدرب على التواصل مع اللحظة الحالية.	جماعية	2023/5/03	120د
14	تقييم ومتابعة الجلسات السابقة لليقظة الذهنية.	جماعية	2023/5/07	120د
15	التدرب على عملية استضاح القيم .	جماعية	2023/5/10	120د
16	التدرب على عملية استضاح القيم.	جماعية	2023/5/14	120د
17	التدرب على عملية الفعل الملتزم.	جماعية	2023/5/17	120د
18	التدرب على عملية الفعل الملتزم.	جماعية	2023/5/21	120د
19	انهاء وتقييم البرنامج:	جماعية	2023/5/24	120د
20	القياس التتبعي	جماعية	2023/5/28	120د

عرض جلسات البرنامج العلاجي

-الجلسة الأولى/ فردية/ التمهيد لتطبيق البرنامج العلاجي.

المراحل	الأهداف	اجراءات الجلسة	الفنيات والأساليب	الزمن
المتهيدية	-التعرف على سبب تواجد الحالة في البرنامج. -بناء علاقة بين الباحثة والأم. -التأكد من مدى دافعية وقابلية الأم للانضمام الى الجلسات العلاجية الجماعية. -التعرف على بنود التعاقد العلاجي. -الاتفاق على موعد الجلسة المقبلة.	ترحيب الباحثة بالمشتركة وشكرها على الحضور. -شرح مبسط عن كيفية سيرورة البرنامج العلاجي ومحتواه وعدد جلساته ومدته - الإعلان بأن الجلسات المقبلة ستكون جماعية. -تقديم فكرة مصغرة عن العلاج النفسي الجماعي ومدى أهميته. -إعطاء الأم فكرة حول كيفية مشاركتها ضمن الجماعة. -اعداد كل أم على الثقة في بقية أعضاء الجماعة العلاجية والتأكيد على مبدأ السرية المطلقة -التأكيد على مدى حرية الأم في الانضمام الى الجماعة. -اظهار الباحثة لأام أهمية تعاونها والالتزام بالحضور في الجلسات القادمة وتطبيق محتواها. -تعرف الأم على بنود التعاقد العلاجي. - فسح المجال أمام كل أم للكلام بأريحية واعطاءها الفرصة للتعبير عن رأيها وإظهار القناعات الخاصة والاتفاق على موعد الجلسة المقبلة.	-التقبل غير المشروط -الحوار -المناقشة	من 45 الى 60 دقيقة

-الجلسة الثانية/ جماعية/ التعارف وبناء علاقة العلاجية.

المراحل	الأهداف	إجراءات الجلسة	الفنيات والأساليب	الزمن
العقد العلاجي	-التعارف بين المشاركات في البرنامج -تبادل بعض المعلومات الشخصية. لتحقيق التالف والانسجام بين الباحثة وأفراد المجموعة. - شرح وتوضيح مبررات تكوين هذه المجموعة. - بناء العلاقة العلاجية. -التعريف بالبرنامج العلاجي. - بيان أهمية البرنامج العلاجي لتعلم خبرات ومهارات جديدة. -الاتفاق على عقد المشاركة في البرنامج (الحصول على الموافقة المستنيرة).	- تقوم الباحثة بالترحيب وشكر الأمهات على تعاونهن وقبول المشاركة في البرنامج العلاجي. - فتح المجال لكل مشاركة في البرنامج (بالدور) للتعريف بنفسها حيث تقدم معلومات شخصية عنها (الاسم، اللقب، العمر، معلومات حول طفلها التوحدي) باختصار قصد تحقيق جو من الانسجام قائم على التعاطف والتآلف والتقبل بين الباحثة وأفراد المجموعة. -تقدم الباحثة استعارة الجبلين حتى تستوعب الأمهات أن العلاقة بينهن وبين الباحثة هي علاقة قائمة على التراحم والتفتح والاحترام والتعاون (التساوي بين المعالج والعميل). - ثم تقوم بتقديم وصف عام للبرنامج العلاجي وطريقة العمل وذلك بشرح مبسط وبألفاظ تستطيع المشاركات استيعابها من خلال:(المواضيع التي يتضمنها البرنامج، مدة البرنامج وعدد جلساته، مدة كل جلسة وموعدها ومكان اجرائها). - تؤكد الباحثة على أهمية التطبيق الجدي والسليم لخطوات البرنامج، وضرورة الالتزام بالنقاط التالية خلال فترة التنفيذ: -تؤكد الباحثة على مبدأ السرية والتعاون في إطار البرنامج الجماعي. - أهمية احترام كل مشتركة لمشاعر غيرها واحترام وجهة رأي الأخر مهما كان مختلفا.	-التقبل غير المشروط. -استعارة الجبلين. -الشرح والتفسير. -الحوار والمناقشة الجماعية. -التشجيع.	90د

	–الاتفاق على خطة وسير العمل في الجلسات. – الاتفاق حول جدول المواعيد. –اعداد المشتركات للجلسة المقبلة.	–الالتزام بعدم المقاطعة أو الاستفسار أثناء شرح الباحثة وانما تطرح الأسئلة والاستفسارات عقب ذلك وعدم الخروج عن موضوع الجلسة. – احترام المشاركات لبعضهن أثناء الحوار والمناقشة وعدم الدخول في الجدال. –ضرورة المشاركة بجدية وفاعلية في النشاطات والمناقشات. – تؤكد الباحثة على ضرورة حضور كل الجلسات واحترام مواعيد الجلسات. –فتح مجال المناقشة والحوار أمام الأمهات للأعراب عن توقعاتهن وما يرغبن في تحقيقه من خلال البرنامج العلاجي. –الاتفاق على جدول مواعيد الجلسات العلاجية وتحديدها بمعدل جلستين كل أسبوع وتوقيع العقد العلاجي.(أنظر الملحق أ). –انهاء الجلسة بالشكر والثناء على الأمهات مع التذكير بموعد الجلسة القادمة.		

-الجلسة الثالثة/جماعية/ عنوان الجلسة : التعريف بماهية اضطراب طيف التوحد.

المراحل	الأهداف	إجراءات الجلسة	الفنيات والأساليب	الزمن
التثقفية	-الترحيب بالمشاركات والتمهيد للجلسة - توضيح المفاهيم المتعلقة باضطراب طيف التوحد وإبراز المشكلات المترتبة عنه. -تبادل المعلومات والخبرات بين الأمهات حول اضطراب طيف التوحد وكيفية التعامل معه. -تقاسم المعاناة المترتبة عن هذا الاضطراب بسبب خصوصيته. - الوصول للانسجام والتقبل بين الباحثة والمشاركات (زيادة العلاقة الفعالة). -الاتفاق على موعد الجلسة المقبلة.	-الترحيب بالأمهات المشاركات في البرنامج العلاجي وشكرهن على الالتزام وحضورهن الجلسة. - التذكير وباختصار عمّا تمّ الحديث عنه في الجلسة السابقة (تلخيص الجلسة السابقة). -سؤال المشتركات عن انطباعاتهن حول الجلسة السابقة وان كان لديهن أي أسئلة أو استفسارات لتوضيحها وتجاذب الحديث لإضفاء روح الألفة والتقبل العلاجي. - الحديث بشكل أكثر تفصيلا عن اضطراب طيف التوحد من خلال تقديم محاضرة تتضمن: -التعريف باضطراب طيف التوحد، مفهومه، أعراضه، أنواعه، أسبابه، ومشكلات أطفال التوحد (مشكلات معرفية، سلوكية، لغوية اجتماعية). -التطرق الى موضوع الأزمة التي يحدثها وجود طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد على الاسرة وعلى الأم بشكل خاص انطلاقا من لحظة تشخيص إصابة الطفل بالتوحد الى ردود الفعل النفسية الى الاتجاهات السلبية الى كيفية تعامل الأم مع طفلها وطرق تأهيله. -فتح باب المناقشة والحوار حول الموضوع وتصحيح المفاهيم الخاطئة.	-المحاضرة. -المناقشة والحوار. -الشرح والتفسير. -التنفيس الانفعالي. -النمذجة. -التشجيع.	120د

		–فتح المجال لكل أم بالإفصاح عن معاناتها وتجربتها الشخصية منذ تشخيص طفلها بأنه توحدي لتتقاسم معاناتها مع أفراد المجموعة وتتبادل الخبرات والتجارب لمواجهة الاضطراب. –استدعاء أم لطفل توحدي يدعى "خير الدين" لعرض تجربتها كنموذج ناجح في تأهيل طفلها وهذا بهدف بث الامل لدى الأمهات. –تلخيص الباحثة لمحتوى الجلسة. – شكر الباحثة للمشاركات والاتفاق على موعد الجلسة المقبلة.		

الجلسة الرابعة/جماعية/عنوان الجلسة: الضغوط النفسية .

المراحل	الأهداف	إجراءات الجلسة	الفنيات والاساليب	الزمن
	– استجماع المشاركات لأفكارهن وربطها بحصة اليوم. –تثقيف المشاركات حول موضوع الضغوط النفسية. –إدراك المشاركات للضغوط التي تواجههن جراء اضطراب طيف التوحد. –اعداد المشتركات للجلسة المقبلة.	–تقوم الباحثة بالترحيب بالأمهات وتشجعهن وشكرهن على مواصلة حضور الجلسات. – تذكير الباحثة للأمهات بما تم الحديث عنه في الجلسة السابقة بشكل مختصر، كما تجيب على الاستفسارات المطروحة. –عرض الباحثة لمحاضرة تتعلق بموضوع الضغوط النفسية والتي تتضمن المحاور التالية: –التطرق لمفهوم الضغوط النفسية. –أعراض الضغوط النفسية (الفيزيولوجية، المعرفية، السلوكية، الانفعالية). – أنواع الضغوط النفسية التي تواجه أسر الأطفال ذوي الإعاقة عامة وأسر أطفال التوحد خاصة. –مصادر الضغوط النفسية لدى أسر أطفال التوحد والأمهات بشكل خاص. –الأثار السلبية للضغوط النفسية على جودة حياة أسرة الطفل التوحدي بشكل عام والأم بشكل خاص. –فتح المجال للمناقشة والحوار وتقديم توضيحات وشروحات حول موضوع الجلسة. –تلخيص ما تم الحديث عنه أثناء الجلسة .	-التغذية الراجعة -المحاضرة -المناقشة الجماعية -الحوار -الشرح والتفسير.	120د

		–تطلب الباحثة من كل أم كتابة أكثر الأمور التي تزعجها في الحياة من تجارب، أفكار ،مشاعر و أحاسيس ...اخ، وتسبب لها وجع أو الم على ورقة بيضاء وترتبها حسب شدة الألم الذي تحدثه لها واحضارها في الجلسة المقبلة. –تنهي الباحثة الجلسة بشكر الأمهات على المشاركة الفعالة والتذكير بموعد الجلسة القادمة.		

– الجلسة الخامسة /جماعية / عنوان الجلسة : توضيح مشكلة التحكم الانفعالي.

المراحل	الأهداف	إجراءات الجلسة	الفنيات والاساليب	الزمن
علاجية	–التعرف على الأفكار والمشاعر الصعبة عند الضغط النفسي –تتعرف المشتركات على أن محاولة التحكم في الأفكار والمشاعر والانفعالات هو المشكلة "أجندة التحكم الانفعالي"	–الترحيب بالمشتركات وشكرهن وتشجيعهن على المواصلة. –مراجعة ما تم التطرق له في الجلسة السابقة باختصار والاجابة على تساؤلات واستفسارات المشاركات. – إتاحة الفرصة لكل مشتركة بالإفصاح عما تعانيه والتعبير عما تشعر به من ضغوط والحديث عن مصادر هذه الضغوط ومسبباتها، وتقديم وصف للمشاعر والأفكار التي تراودها وردود أفعالها الفسيولوجية والسلوكية في ظل الضغوط التي تعيشها. – تقديم تمرين الورقة فوق العينين لمساعدة المشاركات في إدراك عدم فاعلية التجنب والهروب من الخبرة المؤلمة أو الجمود داخلها، أو محاربتها ومحاولة القضاء والسيطرة عليها وانما هي حلول مؤقتة تخلق المعاناة فهي ليست فعالة على المدى البعيد. – تقديم استعارة خدش الجرح، واستعارة الكفاح في الرمال المتحركة كاستعارة عن التحكم الانفعالي لتدريب المشاركات على استيعاب أن التحكم (الصراع) هو المشكلة وليس الحل – تقديم استعارة "زر إيقاف الكفاح" – تلخيص ما تم الحديث عنه اثناء الجلسة. –تنهي الباحثة الجلسة بشكر الأمهات على المشاركة الفعالة والتذكير بموعد الجلسة القادمة.	–التغذية الراجعة. –التنفيس الانفعالي. –المناقشة والحوار. –التشجيع –تمرين الورقة فوق العينين. –استعارة خدش الجرح –استعارة الكفاح في الرمال المتحركة. –استعارة "زر إيقاف الكفاح". –الواجب المنزلي.	120د

-الجلسة السادسة/جماعية/ عنوان الجلسة : تقديم نموذج (ACT).

المراحل	الأهداف	إجراءات الجلسة	الفنيات والاساليب	الزمن
علاجية	-الوصول بالأمهات الى استيعاب تحركات البعد عن قيمهن. -ادراك المشاركات عدم نجاعة الاستراتجيات السابقة في مواجهة الضغوط النفسية (اليأس الإبداعي). - تعرف المشاركات على نموذج (ACT) باختصار.	-الترحيب بالمشتركات وشكرهن والتشجيعهن على المواصلة - مراجعة ما تم التطرق له في الجلسة السابقة باختصار، وتقديم شرح حول الاستفسارات والتساؤلات. -مساعدة المشاركات في إدراك أنه في كل لحظة توجد نقطة اختيار اما تقربنا أو تبعدنا عن قيمنا في الحياة وذلك بتقديم سيناريو لاحدى الموظفات تعاني من ضغوط، مع تقديم شرح بالصور عن كيف نعلق بأفكارنا ومشاعرنا في موقف الضغط وكيف نبتعد عن قيمنا ونقع في المعاناة. - تقديم تمرين نقطة الاختيار يسمح لكل أم الفهم أكثر "لتحركات البعد" في ضوء تجربتها الخاصة. - تقديم استعارة النمر الجائع للوصول بالأمهات الى إدراك أن الاستراتجيات التي اعتمدنها من قبل لم تكن ناجعة وأن تكلفتها كانت باهظة -الوصول بالأمهات الى اليأس الإبداعي- ولذلك سنحاول استخدام استراتجيات جديدة ومبتكرة لمواجهة خطة التحكم والسيطرة. - تقديم شرح مبسط لنموذج ACT (العمليات الأساسية التي يتضمنها وكيف يفسر الاضطرابات والمشكلات المختلفة).	-التغذية الراجعة -المناقشة والحوار الشرح عن طريق الصور والنماذج -تمرين نقطة الاختيار -استعارة النمر الجائع. -نموذج جوهر المشاكل السريرية.	120د

	–إدراك المشاركات الأسباب المعاناة من وجهة نظر (ACT).	– التوضيح للمشاركات أن سبب الاضطرابات والمشاكل النفسية يعود الى(أ) التعلق والاستغراق في الأفكار او الذكريات الصعبة، معاناة مع الأحاسيس او الانفعالات المؤلمة، والعيش في الماضي او المستقبل(ب)القيام بأشياء تقيد الحياة أو تدهورها على المدى الطويل بشرح نموذج جوهر المشاكل السريرية. (انظر الملحق ب). – مساعدة المشاركات في إدراك أن المعاناة أمر حتمي وطبيعي وأن الأفكار والمشاعر القوية هي أحد العناصر الطبيعية للضغط النفسي، ولكن يمكن أن تحدث المشاكل إذا علقنا بهذه الأفكار والمشاعر التي تجرفنا بعيدا عن قيمنا، وبالتالي تتغير سلوكياتنا نحو الأسوأ، تقديم معادلة المعاناة وكيفية تغييرها – تلخيص ما تم الحديث عنه اثناء الجلسة. –تطلب الباحثة من الأمهات ممارسة تمرين نقطة الاختبار في حياتهن اليومية. –تؤكد الباحثة على أهمية التمارين التجريبية والتمرن على المهارات في الجلسات المقبلة. –تنهي الباحثة الجلسة بشكر الأمهات على المشاركة الفعالة والتذكير بموعد الجلسة القادمة.		

-الجلسة السابعة /جماعية/عنوان الجلسة : فك الاندماج المعرفي.

المراحل	الأهداف	إجراءات الجلسة	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	-استجماع أفكار المشتركات للخوض في التدريب على نموذج (ACT). -تكوين تصور لمفهوم فك الاندماج المعرفي على مستوى تفكير افراد المجموعة – التعرف على أهمية فك الاندماج المعرفي -ادراك الأمهات للفرق بين الأفكار والمشاعر -التدريب على ملاحظة الافكار والمشاعر والاحاسيس تدريب المشاركات على اليقظة الذهنية	-الترحيب بالمشاركات وتشجعهن على المواصلة. -تذكير المشتركات بمجريات الجلسة السابقة باختصار وتقديم شرح حول الاستفسارات والتساؤلات التي يطرحنها. -تعرف أفراد المجموعة العلاجية على ماهية الاندماج المعرفي (الانصهار) وأهم الأمور التي يمكن أن يحدث معها الانصهار وهي (القواعد، الأسباب، الماضي، المستقبل، الاحكام، الذات)-تبيان كيف يؤثر الاندماج على الفرد من خلال: استعارة الغيمة /تمرين الايس كريم (الشكولاطة) – كما تشرح الباحثة للأمهات الفرق بين المشاعر والأفكار حيث أن المشاعر تنشأ نتيجة الأفكار وأن الأفكار هي التي تحرك المشاعر. – تشرح الباحثة لأفراد المجموعة أهمية فك الاندماج المعرفي وتدريبهن عليه من خلال: -تمرين لاحظ أفكارك/ استعارة أفكارك كعربات القطار/استعارة أفكارك كركاب الحافلة. -تلخيص ما تم شرحه والتأكيد على أهمية فك الاندماج. **واجب منزلي:** تطلب الباحثة من كل أم تحديد الأفكار والمشاعر التي تود التخلص منها أكثر من غيرها على ورقة واحضارها في الحصة المقبلة. -انهاء الجلسة بشكر الأمهات وتذكريهن بموعد الجلسة المقبلة,	-المناقشة والحوار -استعارة الغيمة -تمرين لا تفكر في الشكولاطة - تمرين لاحظ أفكارك -استعارة أفكارك كعربات القطار -استعارة أفكارك كركاب حافلة.	120د

-الجلسة الثامنة /جماعية/ عنوان الجلسة : فك الاندماج المعرفي.

المراحل	الأهداف	إجراءات الجلسة	الفنيات والأساليب	الزمن
العلاجية	-تدريب المشاركات على الانتقال من الاندماج الى فك الاندماج المعرفي على مستوى تفكيرهن. -تدريب المشاركات على عيش تجربة الانفصال المعرفي عمليا بعدة تقنيات. -وعي المشاركات بكيفية ارتباط افعالهن وتصرفاتهن بأفكار صلبة وخاطئة تبعدهن عن قيمهن وأهدافهن -تدريب المشاركات على اليقظة الذهنية	-الترحيب بالمشتركات ومراجعة ما يتعلق بالجلسة السابقة. -الاستفسار حول الواجب المنزلي وعرض تجارب كل أم ومناقشة ذلك. -تقديم شروحات وتفسيرات حول أسئلة المشاركات. – تدريب المشاركات على التعامل مع الأفكار السلبية التي يحملنها ليس بمحوها أو تغييرها وانما بإضافة "لدي فكرة أنه " لجعلها متعلقة بأفكار وليس وقائع وبالتالي التصرف باستقلالية عنها وليس طاعتها والانصياع لها، وأخذ مسافة عنها من خلال: – تطبيق تمرين ألاحظ أنه لدي فكرة . – الوصول بالأمهات الى فهم بأن الأفكار هي مجرد أصوات، كلمات، قصص، أجزاء من اللغة، تمر عبر رؤوسنا قد تكون الأفكار صحيحة وقد لا تكون كما لا يجب أن نصدق أفكارنا بشكل تلقائي، فالأفكار قد تكون مهمة وقد لا تكون كذلك، نحن ننتبه فقط إذا كانت مفيدة، كما أن الأفكار ليست أوامر، لا يتعين علينا طاعتها، فقد تكون الأفكار حكيمة وقد لا تكون كذلك، فلا يجب أن نتبع	-المناقشة والحوار -الشرح والتفسير -تمرين الاحظ أنــه لــدي فكرة -تمرين تدفق الأوراق على مجرى مائي -تمرين الــذات الطيبــة والذات السيئة -تمرين التنفس الواعي -التشجيع -الواجب المنزلي	120د

		نصائح أفكارنا تلقائيًا، ودائماً نسأل أنفسنا هل هذه الفكرة بأي حال من الأحوال مفيدة أم غير مفيدة؟ وأن نسمح للأفكار أن تأتي وتذهب لكن دون الاندماج معها أو تجنبها. – تدريب المشتركات على تمرين تدفق الأوراق على مجرى مائي. – تدريب المشتركات على تمرين الذات الطيبة والذات السيئة. –تمرين التنفس الواعي. –تلخيص ما تم تعلمه اثناء الجلسة. –الحث على أهمية فك الاندماج المعرفي والتدرب عليه. –الحث على ممارسة التنفس الواعي من دقيقة الى اثنتين لفترات قصيرة ولفترات طويلة من خمس الى عشر دقائق كلما سمحت الفرصة. –تقديم نموذج عمل التنفس الواعي (أنظر الملحق ج). –انهاء الجلسة بشكر الأمهات وتشجيعهن على المواصلة والتذكير بموعد الجلسة المقبلة .		

-الجلسة التاسعة/ جماعية/ عنوان الجلسة :الانتقال من التجنب التجريبي الى التقبل.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	-مراجعة المكتسبات السابقة. -التدريب على الانتقال من التجنب التجريبي الى التقبل. -وعي المشاركات أنهن كلما أردن التحكم أو الغاء أو تجنب الخبرات كلما زادت المعاناة -تدريب المشاركات على استراتجيات تقبل مشاعرهن وأفكارهن وعدم الصراع معها وتجنبها. -تدريب الأمهات على اليقظة الذهنية.	-ترحيب الباحثة بالمشاركات وتذكيرهن بما تم الحديث عنه في الجلسة السابقة. -مناقشة الواجب المنزلي وتقديم المشاركات لتجاربهن والإجابة على الاستفسارات والتساؤلات. -تذكير المشاركات أن عملتي التجنب والهروب هما عمليتان طبيعيتان يستخدمهما العقل البشري لحمايتنا ولهما فوائد في الكثير من المواقف الحياتية الا أن الافراط في استخدامهما يؤدي الى العديد من المشاكل والاضطرابات. - مساعدة الأمهات على إدراك عدم فاعلية التجنب والهروب من الخبرة المؤلمة او الجمود داخلها، أو محاربتها ومحاولة القضاء والسيطرة عليها خاصة فيما يتعلق بالأمور الخارجة عن ارادتهن -تقديم استعارة الخوض عبر مستنقع. -تقديم معادلة التقبل. -تعرف أفراد المجموعة العلاجية على مفهوم التقبل وتدريبهن على الانفتاح وفسح المجال للخبرات الداخلية والأفكار والمشاعر وفهم أنه لا تغيير بدون تقبل من خلال الاستعارات والتمارين التالية: -استعارة الحقن ضد السرطان/ تمرين شد الحبل/استعارة Tante Erma تمرين عشرة أنفاس. -حث الأمهات على القيام بتمارين التنفس الواعي في المنزل كلما سمحت الفرصة. -الانهاء والتأكيد على موعد الجلسة القادمة.	-الشرح. -المناقشة والحوار. -استعارة الخوض عبر مستنقع. -معادلة التقبل. -استعارة الحقن ضد السرطان. -استعارة Tante Erma -تمرين شد الحبل. -تمرين عشرة أنفاس.	120د

-الجلسة العاشرة /جماعية /عنوان الجلسة : التدريب على التقبل.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	-مراجعة المعارف السابقة. -التدريب على الانتقال من التجنب التجريبي الى التقبل. -التدرب على الانفتاح وفسح المجال -تنمية التقبل لدى المشتركات بتدريبهن على الاستعارات والتمارين -العمل على ملاحظة المشاركات لأفكارهن والعمل على تقبلها دون محاولة محوها أو تجنبها.	-الترحيب بالمشاركات وتذكيرهن بمحتوى الجلسة السابقة. -مناقشة الواجب المنزلي وعرض كل مشتركة لما قامت به في المنزل من تمارين. -تقديم شرح حول الاستفسارات والتساؤلات. -مواصلة تدريب الأمهات على تقنيات التقبل التي تسمح لهن بالانفتاح على خبراتهن المؤلمة وفسح المجال للأفكار والمشاعر السلبية بالحضور دون محاولة تجنبها أو مقاومتها من خلال: استعارة الكرة في بركة مائية/استعارة لاحظ خشبة المسرح. -اكتساب المشاركات المعنى الفعلي للتقبل مما يعينهن على تقبل أفكارهن وتقريبهن من التجارب الداخلية حسب المواقف والظروف المعاشة، كتقبل المواقف الضاغطة والتعامل معها، وتقبل أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد والتعامل بانفتاح وإيجابية . -الحث على القيام بتمارين التنفس الواعي وتمارين التقبل مع ما يعايشنه في الحياة اليومية. -انهاء الجلسة والتأكيد على موعد الجلسة المقبلة.	-المناقشة والحوار. -استعارة الكرة في بركة مائية. -استعارة لاحظ خشبة المسرح. - التشجيع. -الواجب المنزلي.	120د

-الجلسة الحادية عشر/جماعية الانتقال / عنوان الجلسة: الانتقال من الذات المفاهمية الى الذات كسياق.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	-الانتقال من الذات المفاهيمية الى الذات كسياق. -تعرف المشتركات على الجوانب الثلاث للذات (الذات المفاهيمية، الذات كعملية وعي، الذات كسياق -تتمكن المشاركات من توظيف مراقبة الذات في مواجهة الخبرات السلبية. تتمكن المشاركات من واستبدال الخبرات السلبية بخبرات ايجابية لتعزيز تقبل الذات. -تتمكن المشاركات من إعادة استدخال المشاعر والأفكار في	-الترحيب بالمشتركات وتشجعهن على المواصلة. -استرجاع المعلومات المتعلقة بالجلسة السابقة. ومناقشة الواجب المنزلي وتقديم شرح حول التساؤلات والاستفسارات - تعرف المشتركات على الجوانب الثلاث للذات (الذات المفاهيمية، الذات كعملية وعي، الذات كسياق) من خلال : استعارة الذات الملاحظة والذات المفكرة كمثال غروب الشمس. - تطلب الباحثة من كل أم أن تقوم بوصف نفسها، وتوضح لهن أن اختزال النفس في صفة أو صفات معينة أمر مؤذي، ويجب على كل أم أن تفهم بأن لا تختزل نفسها في أفكار أو مشاعر معينة وذلك بالعبارة الشهيرة "أنا هكذا". - تقديم استعارة أنت القمع وليس ما فيه. -شرح استعارة السماء والطقس. -تمرين التنفس الواعي.	-المناقشة والحوار. -الشرح. -استعارة الذات الملاحظة والذات المفكرة. - استعارة أنت القمع وليس ما فيه. -استعارة السماء والطقس.	120 د

	التجربة المعاشة بطريقة اختيارية ذاتية –تتمكن المشتركات من التدرب على اليقظة الذهنية.	– الحث على ممارسة المهارات التي تم شرحها في أي نشاط روتيني يومي تفعله المشتركة ولو بسيط. – تقديم جدول النشاطات اليومية الروتينية وفقا لتعليمة "لاحظ".(أنظر الملحق د). –التأكيد على الجلسة المقبلة وتشجيع المشاركات على المواصلة.		

-الجلسة الثانية عشر/جماعية/ عنوان الجلسة: الانتقال من الذات المفاهمية الى الذات كسياق.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	-تتمكن الHامهات من التفريق بين الذات كسياق والذات المدركة. -تتمكن المشاركات من توظيف مراقبة الذات في مواجهة الخبرات السلبية. -تدريب المشاركات على استبدال الخبرات السلبية بخبرات ايجابية لتعزيز قبول الذات. -تتمكن المشاركات من إعادة استدخال المشاعر والأفكار في التجربة المعاشة بطريقة اختيارية ذاتية. - تدريب الأمهات على اليقظة الذهنية.	-الترحيب بالمشتركات وتشجعهن على المواصلة. -استرجاع المعلومات المتعلقة بالجلسة السابقة. -مناقشة الواجب المنزلي وتقديم شرح حول التساؤلات والاستفسارات. -تنمية الوعي الذاتي للأمهات حيث يتيح لنا تعلم "الوعي بالذات" الإحساس والاقتناع بأن الوعي بوجودنا هو الجزء الأكثر استقرارا في حياتنا ومن خلال العودة الى ذاتنا نعود الى ما هو مستقر وأمن. -تطبيق تمرين التفكير مقابل الملاحظة/ تطبيق تمرين خذ لحظة وأعرف نفسك/تقديم استعارة رقعة الشطرنج. - الحث على ممارسة المهارات التي تم شرحها في أي نشاط روتيني يومي تفعله المشتركة ولو بسيط. -التأكيد على موعد الجلسة المقبلة وتشجيع المشاركات على المواصلة.	-المناقشة والحوار. -الشرح. -تمرين التفكير مقابل الملاحظة . -تطبيق تمرين خذ لحظة وعرف نفسك. -تقديم استعارة رقعة الشطرنج.	120د

-الجلسة الثالثة عشر/جماعية /عنوان الجلسة : التواصل مع اللحظة الحالية.

المل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	-تعرف الأمهات علي مفهوم الاتصال باللحظة الحالية. -تعرف الأمهات علي اليقظة العقلية. -تدريب الأمهات علي اليقظة العقلية من خلال بعض الاستراتيجيات. -تدريب الأمهات علي التركيز علي الحاضر "هنا والأن". -تدريب الأمهات علي زيادة الوعي.	بعد ترحيب الباحثة بالمشتركات وتلخيص حيثيات الجلسة السابقة تقوم بمناقشة الواجب المنزلي وتقديم شرح وتفسيرات حول الاستفسارات والتساؤلات -تعرف افراد المجموعة العلاجية على مفهوم اليقظة العقلية وكيفية التواصل مع اللحظة الحالية -ثم تقوم الباحثة بتدريب المشاركات على اليقظة العقلية وذلك من خلال مجموعة من التدريبات: -تمرين التنفس الواعي من 3الى 5دقائق/تقنية التأريض (رمي المرساة)/ تمرين الخطوات الخمس/ تطبيق تقنية أيقظ حواسك (استعمال حبات الزبيب). - تتعلم الأمهات كيف يخرجن من حالة لاوعي تلقائي تجعل الفرد يعيش في وسط الأفكار التي غالبا ما تتعلق بالماضي أو المستقبل، ويبدان بتوجيه انتباههن بطريقة قصدية وفي وعي تام بأفكارهن وسلوكياتهن والتفتح على مختلف جوانب الخبرات اليومية. **الواجب المنزلي:** تطلب الباحثة من أفراد المجموعة تطبيق بعض استراتيجيات اليقظة العقلية في حياتهن اليومية عند شعورهم بعدم الحضور الذهني، أو القلق، أو التوتر، أو تشتت الانتباه -انهاء الجلسة والتذكير بموعد الجلسة القادمة.	-الشرح. -المناقشة والحوار. -تمرين التنفس الواعي . -تمرين الخطوات الخمس. -تقنية رمي المرساة. - تقنية أيقظ حواسك (استعمال حبات الزبيب). -التشجيع. -الواجب المنزلي.	120د

-الجلسة الرابعة عشر/جماعية /عنوان الجلسة: تقييم ومتابعة لجلسات اليقظة الذهنية.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	–الوقوف على مدي استفادة المشاركات من الجلسات السابقة –تقييم ومتابعة لجلسات اليقظة الذهنية (التقبل، فك الاندماج، الذات كسياق، الاتصال باللحظة الحالية) –تشجيع المشاركات على الاستمرار في تنفيذ ما تم تعلمه من فنيات وتطبيق الاستراتيجيات وتوظيفها خلال حياتهن اليومية. تقديم الشكر للمشاركات على تعاونهن خلال تطبيق الجلسات.	–الترحيب بالمشاركات وشكرهم على تفاعلهم. – تقوم الباحثة بمراجعة ما تم التحدث عنه بالجلسات السابقة في عرض ملخص سريع لجميع ما تم عرضه في (جلسات الاستعداد). –تطلب الباحثة من المشاركات التعرف على ما حققنه ووصلن إليه وذلك من خلال الأهداف الموضوعة لكل جلسة ومدى تحقيق هذه الأهداف. وحثهن على توظيف ما تعلمنه ومحاولة الاستفادة منه وتطبيقه في حياتهن اليومية. – تناقش الباحثة أفراد العينة في الصعوبات التي واجهتهن خلال تطبيق الجلسات وكيفية التغلب عليها. وتشجعهن من خلال تهنئتهن على النجاح الذي حققنه خلال الجلسات وذلك لمنحهن الثقة بالنفس حتى يستطعن تحقيق أهدافهن ومواجهة المشكلات التي قد تصادفهن في باقي الجلسات. وتقدم قصة الفلاح والصخرة لتهيئة الأمهات للجلسات المقبلة والمتعلقة بالقيم والفعل الملتزم. –في النهاية تقوم الباحثة بتقديم الشكر لأفراد المجموعة على المجهود المبذول، وتعبر لهن عن سعادتها لالتزامهن بحضور الجلسات. وتذكيرهن بموعد الجلسة المقبلة.	- المناقشة والحوار -قصة للنمدجة . (قصة الفلاح والصخرة).	120د

-الجلسة الخامسة عشر/ جماعية /عنوان الجلسة :استضاح القيم.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	-تعرف أفراد المجموعة العلاجية على مفهوم القيم. -استطاعة المشاركات التفريق بين القيم والاهداف. - تتعلم المشتركات كيفية تحديد كل من الأهداف والقيم.	-ترحيب الباحثة بالمشتركات وتشجيعهن على المواصلة ومناقشة الواجب المنزلي. -تطلب من المشتركات الادلاء بمدى استفادتهم من الجلسة السابقة والسؤال ان كان لديهن أي تساؤلات أو استفسارات للإجابة عنها. -تعرف المشاركات على مفهوم القيم وهي عبارة عن الاتجاه الذي تسلكه في هذه الحياة، فهي مثل البوصلة التي تمنحك الاتجاه وتبقيك على المسار الصحيح، فقيمك هي مرشدك لما تريد أن تكون. وتقديم استعارة البوصلة. -تدريب المشتركات على التفريق بين القيم والأهداف على اعتبار أن "الأهداف تصف الشيء الذي تسعى الى تحقيقه بينما القيم فتصف نوع الشخص الذي تريد أن تكونه "حيث تتمكن الأمهات من التعرف على أهم خمس نقاط حول القيم وهي: -القيم هي هنا والأن بينما الأهداف في المستقبل/ القيم لا تحتاج الى تبرير/ القيم غالبا ما تحتاج الى أن تصنف حسب الأولوية ولا يجب التعلق بقيمة على حساب الأخرى/من الأفضل التمسك بالقيم بروية /يتم اختيار القيم بحرية تامة، فالفرد يختار قيمه بنفسه وليس ما يختاره الأخرين له. -الوصول بالأمهات الى ادراك ما هو ليس بقيم شخصية وما يتداخل معها كالضمير والقيم الاجتماعية، الاحتياجات والرغبات، المشاعر، الفضائل والأخلاق. **واجب منزلي** : تقديم ورقة عمل لنموذج بوصلة الحياة وتطلب الباحثة من الأمهات القيام بملئها.(أنظر الملحق هـ) والتذكير بموعد الجلسة المقبلة.	-المناقشة والحوار. -الشرح. -التشجيع. - استعارة البوصلة. -نموذج بوصلة الحياة.	

-الجلسة السادسة عشر/جماعية /عنوان الجلسة :استضاح القيم.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	-تدريب المشاركات على تحديد منظومة قيمهن بشكل ادق -توظيف المشاركات لمنظومة القيم لديهن في مواجهة الخبرات السلبية -وعي المشاركات بتأثير القيم على سلوكيات الفرد	-الترحيب بالمشتركات وتشجعهن على المواصلة. -مناقشة الواجب المنزلي ومدى استفادتهن من الجلسة السابقة. -تقديم شرح وتوضيح لاي استفسارات أو تساؤلات. -تقوم الباحثة بتقديم استعارة الطفلين في رحلة تشرح من خلالها للمشاركات كيف يكون الاختلاف بين الحياة القائمة على القيم مقابل الحياة القائمة على الأهداف. -تمرين الخطاب -تدريب المشركات على النظر الى القيم بمزيد من العمق تقوم الباحثة بتوزيع قائمة ضبط القيم على الأمهات وتطلب منهن ملأه.(أنظر الملحق و) . -تقوم الباحثة بالمناقشة الأمهات حول ما اخترنه من قيم وتشجيعهن على الاستمرار في تحقيقها، وعدم الاكتفاء بكتابتها. تذكير الأمهات بما يلي: -كلما كانت حياتنا موجهة أكثر بفعل التجنب التجريبي كلما زاد انقطاعنا وفقدنا اتصالنا بقيمنا. -بمجرد تحديد قيمنا تصبح معززا جوهريا لأفعالنا عندما يتم اختيارها بحرية. -النجاح لا يأتي من خلال تحقيق الأهداف بل من خلال عزمنا على العيش في ظل قيمنا وعليه بإمكاننا ان نكون راضين في حياتنا حتى لو لم نحقق الهدف.	-الشرح -المناقشة والحوار -استعارة الطفلين -تمرين الخطاب -التشجيع	120د

		–يجب أن نكون مرنين مع قيمنا لأن تصلبها يوقعنا في الاندماج مع قيمنا وتكون النتائج عكسية ولذلك يجب ومن وقت لآخر أن نتفقد أننا في المسار الصحيح، –الحث على أهمية القيام بتمارين اليقظة الذهنية بشكل روتيني وما تم التدرب عليه كلما سمحت الفرصة انهاء الجلسة والتأكيد على الجلسة المقبلة.		

-الجلسة السابعة عشر/جماعية/ عنوان الجلسة :الفعل الملتزم.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	-تدريب المشاركات على ضرورة الالتزام بالأفعال الواجب تطبيقها للتمكن من التقدم نحو قيمهن واهدافهن وفي اللحظة الراهنة التي تستوجب ذلك.	-الترحيب بالمشتركات وتشجعهن على المواصلة. -استرجاع المعلومات المتعلقة بالجلسة السابقة وتقديم شرح حول التساؤلات والاستفسارات. -تقدم الباحثة شرح موجز توضح من خلاله الفرق بين الإجراءات الغير المجدية والمجدية. حيث أن **<u>الإجراءات الغير مجدية</u>** تتخذ بدون فائدة ولا تستجيب لأي قيمة تكون بسبب العقبات التالية: أ- الاندماج. ب-الأهداف المفرطة أو الطموحة جدا(عدم الموازنة بين الإمكانيات والتطلعات). ج- تجنب الضيق النفسي. د-البعد عن القيم وهذا ما يزيد في معاناة الأمهات. أما **<u>الإجراءات المجدية</u>** هي أفعال ملموسة وهادفة (افعل ما يلزم أو ما يهم). - كما تؤكد الباحثة على أهمية الالتزام بالقيم، حيث تعتبر معززا جوهريا لأفعالنا. - تقدم الباحثة تمرين المسار نحو العمل الملتزم لتدريب المشتركات على المراحل الأربع للإجراء المتخذ (الفعل المجدي) والمتمثلة في:	-المناقشة والحوار -الشرح - تمرين المسار نحو العمل الملتزم -تشجيع	120د

		1-اختر مجالا للحياة بمثابة أولوية قصوى للتغيير. 2-اختر القيم المهمة لك في هذا المجال . 3-ضع اهداف مسترشدة بتلك القيم وتسمى الاهداف الذكية بمعنى (محددة، ذات معنى، قابلة للتغيير/التكييف، واقعية، ومحددة بإطار زمني). 4-التزم /اتخذ الإجراءات اللازمة لتحقيق ذلك . -تأكيد الباحثة للمشتركات بأنه كلما زاد تمرنهن على القدرة في تحديد الإجراءات المستقبلية كلما ازدادت احتمالية تصرفهن وفقا لقيمهن. - **واجب منزلي:** تقديم نموذج عمل خطة الاستعداد والالتزام وشرحه وتطلب من المشاركات ملئه في المنزل.(أنظر الملحق ن). -تشكر الباحثة الأمهات وتحثهن على مواصلة مع التذكير بموعد الجلسة المقبلة.		

-الجلسة الثامنة عشر/جماعية/عنوان الجلسة :الفعل الملتزم.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
علاجية	-تدريب المشاركات على ضرورة الالتزام بالأفعال الواجب تطبيقها للتمكن من التقدم نحو قيمهن واهدافهن وفي اللحظة الراهنة التي تستوجب ذلك	-الترحيب بالمشتركات وتشجعهن على المواصلة. -استرجاع المعلومات المتعلقة بالجلسة السابقة. - مناقشة الواجب المنزلي وتقديم شرح حول تساؤلات واستفسارات المشاركات. - تقديم الباحثة لتمرين قلب الهدف لتدريب المشاركات على تحديد أبسط الخطوات التي تقربهن من الصفات التي يردن أن يكن عليها بغض النظر عن المعاناة التي يعشنها وهذا وفقا لمبدأ "**تقبل ما هو خارج عن ارادتك الشخصية واتخذ اجراءات من شانها أن تثري وتحسن حياتك** ". -تشكر الباحثة الأمهات على الصبر والمواظبة على حضور الجلسات وتفاعلهن مع ما تم تقديمه من قبل الباحثة وتذكرهن أن الاستفادة كانت متبادلة كما تحثهن على استغلال ما تم التدرب عليه في حياتهن اليومية وجعله أسلوب حياة لمواجهة الضغوط والمشاق التي تعترضهن والتذكير بموعد الجلسة المقبلة كأخر جلسة في البرنامج.	-المناقشة والحوار -الشرح -تمرين قلب الهدف. -تشجيع	120د

-الجلسة التاسعة عشر/جماعية /عنوان الجلسة :انهاء وتقييم البرنامج:

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والتقنيات	الزمن
الختامية	-تقويم الجلسات والوقوف على مدي تحقيق أهداف البرنامج -حث الأمهات المشاركات على الاستمرار في تنفيذ ما تم تعلمه من فنيات وتطبيق الاستراتيجيات وتوظيفها خلال حياتهن اليومية. -تقديم الشكر للمشاركات على تعاونهن خلال تطبيق البرنامج. -تطبيق القياس البعدي والاتفاق على تطبيق القياس التتبعي	-الترحيب بالمشاركات والتأكيد على أن هذه هي الجلسة الأخيرة في البرنامج. -ثم تقوم الباحثة بمراجعة ما تم التحدث عنه بالجلسة السابقة وتقديم عرض ملخص سريع لجميع ما تم عرضه في البرنامج العلاجي. -شكر أفراد المجموعة على مشاركتهن الفعالة وجهودهن المبذولة والتزامهن بحضور الجلسات العلاجية. - فسح المجال للمشاركات للإدلاء بآرائهن حول البرنامج العلاجي ومدى الاستفادة منه. - تناقش الباحثة أفراد العينة حول الصعوبات التي واجهتهن خلال تطبيق البرنامج وكيفية التغلب عليها. -تشجع الباحثة أفراد العينة من خلال تهنئهم على النجاح الذي حققوه خلال الجلسات وذلك لمنحهم الثقة بالنفس حتى يستطعن توظيف ما تعلمنه في مواجهة المشكلات في المستقبل. -تحثهن على المواصلة والاستمرار في تطبيق ما تعلمنه ضمن الجلسات العلاجية وتطبيقه للاستفادة منه في حياتهن اليومية. -تقوم الباحثة بتطبيق القياس البعدي لكل من: (مقياس الضغوط النفسية ومقياس جودة الحياة) -في النهاية تقوم الباحثة بتقديم الشكر لأفراد المجموعة على جهودهن المبذولة، وتعبر لهن عن سعادتها بالفترة التي قضتها معهن أثناء فترة تطبيق البرنامج. -الاتفاق على ميعاد القياس التتبعي وذلك بعد ثلاثة أشهر.	- الشرح والتفسير. -المناقشة والحوار. -التشجيع.	120د

الجلسة العشرون/ جماعية /عنوان الجلسة :القياس التتبعي

المراحل	الأهداف	المحتوى	الفنيات والأساليب	الزمن
التتبعية	– تقييم مدى فعالية البرنامج العلاجي –تهنئة افراد المجموعة وشكرهم وتشجيعهم على مواصلة تطبيق المكتسبات خلال البرنامج العلاجي في حياتهن اليومية.	– الترحيب بأفراد المجموعة وشكرهم على الحضور. –استفسار الباحثة عن مدى التزام أفراد المجموعة بتطبيق التوصيات الواردة في البرنامج. –تطلب الباحثة من أفراد المجموعة تقديم تقييم ذاتي بعد مرور ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج. –تشرح الباحثة الهدف من الجلسة. –تطبيق مقياس الضغوط النفسية. –تطبيق مقياس جودة الحياة. –الحث على ضرورة الاستمرار في تطبيق ما تم التدرب عليه في البرنامج العلاجي وجعله كأسلوب حياة. –انهاء الجلسة بشكر أفراد المجموعة على مشاركتهم الفعالة وجهودهم المبذولة والتزامهم بتطبيق التدريبات وتشجيعهم على المواصلة والاستمرار في تطبيق ما تعلموه ضمن حياتهم	الشرح والحوار	120د

عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

-عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة:

تنص الفرضية العامة على أنه:" للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام فعالية في خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد" وللتحقق من صحة الفرضية العامة يتم اختبار الفرضيات الجزئية من حيث الفروق الجوهرية بين القياسات القبلية والبعدية والتتبعية للمجموعتين التجريبية والضابطة كما يلي:

1-عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: "توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية." ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام اختبار Ttest لعينتين متجانستين ومتساويتين في الحجم لبحث الفروق بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (27) الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في الضغوط النفسية لدى المجموعة التجريبية.

المتغير	الأبعاد	المجموعات	الحجم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
الضغوط النفسية	الأعراض النفسية	قبلي	09	79,78	5,380	25,967	دال عند 0,01
		بعدي	09	31,89	2,804		
	اليأس والإحباط	قبلي	09	59,56	3,395	13,482	دال عند 0,01
		بعدي	09	32,33	4,000		
	مشكلات معرفية	قبلي	09	54,67	1,225	11,361	دال عند 0,01
		بعدي	09	47,33	2,449		
	مشكلات اجتماعية	قبلي	09	26,67	1,500	28,677	دال عند 0,01
		بعدي	09	12,78	1,302		

	القلق الطفل	قبلي	09	54,33	1,581	7,567	دال عند 0,01
		بعدي	09	41,78	4,711		
	مشكلات الاداء	قبلي	09	24,33	2,345	4,082	دال عند 0,01
		بعدي	09	21,00	1,732		
	عدم القدرة	قبلي	09	26,00	1,000	7,429	دال عند 0,01
		بعدي	09	23,11	1,364		
	الكلي	قبلي	09	325,33	9,631	34,953	دال عند 0,01
		بعدي	09	210,22	8,151		

يتضح من خلال الجدول رقم (27) أن حجم المجموعات في القياس القبلي والبعدي متساو لأننا نتعامل مع قياسين لمجموعة واحدة، وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد الأعراض النفسية 79,78 بانحراف معياري بلغ 5,38 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 31,89 بانحراف معياري قدره 2,80 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 25,96 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي لصالح المتوسط القبلي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بالأعراض النفسية انخفض متوسطه من القياس القبلي إلى القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد الياس والاحباط 59,56 بانحراف معياري بلغ 3,39 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 32,33 بانحراف معياري قدره 4,00 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 13,48 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي لصالح المتوسط القبلي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بالياس والاحباط انخفض متوسطه من القياس القبلي إلى القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة المشكلات المعرفية 54,67 بانحراف معياري بلغ 1,22 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 47,33 بانحراف معياري قدره 2,44 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 11,36 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي

لصالح المتوسط القبلي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بالمشكلات المعرفية انخفض متوسطه من القياس القبلي إلى القياس البعدي

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد المشكلات الاجتماعية 26,67 بانحراف معياري بلغ 1,50 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 12,78 بانحراف معياري قدره 1,30 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 28,67 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي لصالح المتوسط القبلي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بالمشكلات الاجتماعية انخفض متوسطه من القياس القبلي إلى القياس البعدي

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد القلق على مستقبل الطفل 54,33 بانحراف معياري بلغ 1,58 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 41,78 بانحراف معياري قدره 4,71 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 7,56 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي لصالح المتوسط القبلي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بالقلق على مستقبل الطفل انخفض متوسطه من القياس القبلي إلى القياس البعدي

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد مشكلات الأداء الاستقلالي 24,33 بانحراف معياري بلغ 2,34 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 21,00 بانحراف معياري قدره 1,73 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 4,08 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي لصالح المتوسط القبلي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بمشكلات الاداء الاستقلالي انخفض متوسطه من القياس القبلي إلى القياس البعدي

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد عدم القدرة على تحمل الأعباء26,00 بانحراف معياري بلغ 1,00 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 23,11 بانحراف معياري قدره 1,36 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 7,42 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي لصالح المتوسط القبلي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بعدم القدرة على تحمل الأعباء انخفض متوسطه من القياس القبلي إلى القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية الكلي 325,33 بانحراف معياري بلغ 9,63 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 210,22 بانحراف معياري قدره 8,15 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 34,95 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط

البعدي لصالح المتوسط القبلي، أي أن الضغط النفسي الكلي انخفض متوسطه من القياس القبلي إلى القياس البعدي.

- تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: "توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.

وقد تحققت هذه الفرضية حيث أظهر التحليل الإحصائي وجود فروق من حيث درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية وأبعاده الفرعية بين القياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي، حيث انخفضت درجات الضغوط النفسية بعد تطبيق البرنامج العلاجي بعدما كانت درجاتهم في القياس القبلي تدل على مستويات عالية من الضغوط النفسية، وتشير هذه النتيجة المتمثلة في انخفاض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الى فعالية البرنامج العلاجي المقترح وترجع الباحثة ذلك الى استناد البرنامج العلاجي على فنيات العلاج بالتقبل والالتزام والتي أسهمت في تنمية المرونة النفسية للأمهات المشاركات وذلك من خلال:

- تدريبهن على فك الاندماج المعرفي حيث أسهم ذلك في التقليل من التعلق بالأفكار المؤلمة وأصبحت الأمهات أكثر مرونة في التعامل مع المحتوى الانفعالي لتلك الأفكار.

- تدريب الأمهات المشاركات على التقبل مما أسهم في تقبلهن للمشاعر والأحاسيس والأفكار غير المقبولة المرتبطة باضطراب أطفالهن بدلا من تجنبها وبالتالي تقبل أطفالهن حيث أشارت حسيبة برزوان في دراستها (2017) التي هدفت من خلالها إلى تدريب أمهات الأطفال التوحديين على تسيير الضغط النفسي الى أن الضغوط التي يواجهها أولياء أطفال التوحد ناجمة عن عدم تقبلهم لاضطراب أطفالهم، وهذه من الأسباب التي تجعلهم غير متأقلمين ومندمجين في البرنامج العلاجية لأطفالهم.

- تدرب الأمهات على تقنية الذات كسياق ساعدهن على تنمية الوعي بالذات والخبرات دون التعلق بالأفكار السلبية وخلق نوع من إعادة الثقة بالنفس وتقبل اضطراب اطفالهن.

- كما ان تدري الأمهات على التواصل مع اللحظة الحالية ساعدهن على الاسترخاء واكتسابهن مرونة في التعامل مع الأفكار السلبية.

-أما تدرب أفراد العينة على تحديد القيم وايضاحها واتفاقها مع أولويات كل مشتركة ساعدهن على إدراك الفروق بين الأهداف التي لا يمكن تحقيقها والأهداف التي يمكن تحقيقها في حدود امكانياتهن، وقدرات أطفالهن والتي تخدم

القيم التي يعملن لأجلها. فقد أشار أشرف محمد عطية (2016، 475 –476) أن معاناة الأسرة نتيجة وجود طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد يعد أحد المصادر المهمة والقوية جداً للشعور بالضغوط النفسية والعديد من المشكلات النفسية، لذلك يعد التدخل العلاجي القائم على التقبل والالتزام واحد من المداخل العلاجية التي تسهم في حل العديد من المشكلات لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من أبرزها الضغوط النفسية.

وتتفق هذه الدراسة مع نتائج **دراسة (Busch, 2007)** التي هدفت لاستخدام العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من الضغوط النفسية والإحباط لدى عينة من والدي أطفال التوحد. تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الآباء والأمهات ممن لديهم طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد تمثلت أدوات الدراسة في مقياس الضغوط الوالدية، وبرنامج الدراسة القائم على استخدام العلاج بالتقبل والالتزام أوضحت نتائج الدراسة فعالية استخدام العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من الضغوط النفسية التي يعاني منها والدي أطفال التوحد: ودراسة (**Shiralina et al ,(2018** في ايران بعنوان تأثير استخدام التدريب القائم على العلاج الجماعي التقبل والالتزام (ACT) في تقليل الضغوط الوالدية وزيادة المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد. كان تصميم البحث شبه تجريبي مع مجموعات الاختبار القبلي والبعدي والمراقبة. وشملت عينة الدراسة (44) أم لأطفال التوحد تم تقسيمهم إلى قسمين تجريبية وضابطة. تلقت المجموعة التجريبية التدريب على العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) في ثماني جلسات مدة كل منها 90 دقيقة، وأشارت النتائج إلى فعالية العلاج التجريبي في خفض درجات الضغوط الوالدية وزيادة المرونة النفسية لدى الأمهات لصالح المجموعة التجريبية. ومن ثم فإن هذه الطريقة فعالة ومفيدة لتحسين الصحة النفسية لهؤلاء الأمهات. و**دراسة (Lunsky et al ,2018)**التي هدفت لتقييم دور العلاج بالتقبل والالتزام في خفض بعد المشكلات لدى أمهات الاطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث تكونت عينة الدراسة من (29) أم لهؤلاء الأطفال، خضعن لبرنامج من (8) جلسات بواقع جلستين أسبوعياً، وخلصت نتائج الدراسة إلى خفض مستوى الضغوط والاكتئاب والعزلة الاجتماعية لدى عينة الدراسة. كما اثبتت دراسة **(2012, Kowalkowski)** بأمريكا التي هدفت الى التعرف على فعالية العلاج بالتقبل والالتزام على شخصية أولياء الأطفال المشخصين بالتوحد وتمثلت العينة في (13) من أمهات أطفال الاحد، واستخدمت عدة أدوات منها الاستبيان الديموجرافي، واستبيان الأفكار التلقائية، ومقياس الجوانب الإيجابية لمقدم الرعاية، وتوصلت لفاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في التخلص من مشاعر الضيق وزيادة المرونة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد. كما أثبتت النتائج أيضا فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية بتسجيل انخفاض في كل المحاور الفرعية لمقياس الضغوط النفسية لصالح القياس البعدي والمتمثلة في: الأعراض النفسية والفيزيولوجية المصاحبة للضغط النفسي،مشاعر اليأس والإحباط، والضغوط النفسية المتعلقة بالمشكلات المعرفية والسلوكية للطفل التوحدي، الضغوط النفسية المتعلقة بالمشكلات الأسرية والاجتماعية، والقلق على مستقبل الطفل

التوحدي، الضغوط النفسية المتعلقة بمشكلات الأداء الاستقلالي للطفل التوحدي، والضغوط النفسية الناتجة عن عدم القدرة على تحمل الأعباء المادية للطفل لهذا الطفل، فقد تم تسجيل تحسن في الحالة النفسية للأمهات المشاركات في البرنامج العلاجي الذي أسهم في تزويد الأمهات بمعلومات حول اضطراب طيف التوحد وتبيان اختلافه عن اضطرابات النمو العصبية من حيث خصائصه وكيفية التعامل معه، حيث تم تقديم هذه المعلومات بطريقة مبسطة وبأسلوب يتوافق وفهم الأمهات المشاركات وهذا الشرح أزال الكثير من اللبس والحيرة لدى الأمهات حول اضطراب طيف التوحد –حسب شهادتهن– خاصة فيما يتعلق بالمشكلات الحسية التي يعاني منها أطفالهن والتي تؤثر بشكل كبير في قدرتهن على فهم أطفالهن والتعامل معهم، وهذا لأن فهم وظيفة السلوك يتيح للأم فهم طريقة التعامل معه، فالبرنامج أسهم في تقديم الدعم المعلوماتي للأمهات حول اضطراب طيف التوحد وما يترتب عليه من ضغوط بكل أنواعها وأعراضها وما يترتب عليها من أثار سلبية على صحة الام باعتبارها المسؤولة الأولى على رعايته والمتحملة للقسط الأكبر من أعباء التكفل به.

–كما أن الأسلوب المتبع مع أفراد المجموعة والمتمثل في العلاج الجماعي أسهم في التفاعل بين أفراد المجموعة التجريبية حيث تقاسمن الألآم والهموم واطلعن على معاناة بعضهن وتبادلن الخبرات في كيفية التعامل مع مشكلاتهن كما أتاح لهن فرصة للتنفيس الانفعالي والبوح بما يختلجهن من مشاعر سلبية ومخاوف وضيق وقلق هذا ما ولد لدى كل أم فكرة أنها ليست الوحيدة التي تعاني وانما هناك معاناة مشتركة بين أمهات أطفال التوحد بسبب الغموض الذي يكتنف هذا الاضطراب وصعوبة التعامل معه، فالعلاقات القوية التي تكونت بين أفراد المجموعة أدت الى تحقيق قدر من المساندة والدعم المعنوي والاجتماعي والذي بدوره يسهم في تنمية القدرة على مواجهة الضغوط بكل أشكالها. فقد أشار Selvoey(2000) بأن التعبير عن الحدث السيء يسهل عملية التكيف فعندما يكشف الفرد عن همومه وأفكاره ومشكلاته للأخرين يعد وسيلة للتخفيف من حدة الضغوط والتوتر الذي يعاني منه ويساهم في زيادة قدرة الفرد على التعايش والتعامل مع الحدث بشكل أفضل.

2–عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: "لا توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة" ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام اختبار Ttest للفروق بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (28) الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في الضغوط النفسية لدى المجموعة الضابطة.

المتغير	الأبعاد	المجموعات	الحجم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
الضغوط النفسية	**الأعراض النفسية**	قبلي	09	75,33	5,937	−2,186	غير دال
		بعدي	09	77,67	6,185		
	اليأس والإحباط	قبلي	09	57,44	4,003	1,180	غير دال
		بعدي	09	57,00	3,640		
	مشكلات معرفية	قبلي	09	54,89	2,759	,555	غير دال
		بعدي	09	54,78	2,539		
	مشكلات اجتماعية	قبلي	09	26,89	1,453	−1,512	غير دال
		بعدي	09	27,33	1,414		
	القلق الطفل	قبلي	09	55,22	,833	,555	غير دال
		بعدي	09	55,00	1,118		
	مشكلات الاداء	قبلي	09	24,44	2,555	1,835	غير دال
		بعدي	09	24,00	2,291		
	عدم القدرة	قبلي	09	26,89	1,691	−4,243	دال عند 0,01
		بعدي	09	27,89	1,691		
	الكلي	قبلي	09	321,11	11,581	−2,452	غير دال
		بعدي	09	323,67	11,726		

يتضح من خلال الجدول رقم (28) أن حجم المجموعات في القياس القبلي والبعدي متساو لأننا نتعامل مع قياسين لمجموعة واحدة (المجموعة الضابطة)، وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد الأعراض النفسية 75,33 بانحراف معياري بلغ 5,93 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 77,67 بانحراف معياري قدره 6,18

وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −2,18 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بالأعراض النفسية لم يتغير بين القياس القبلي والقياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد الياس والاحباط 57,44 بانحراف معياري بلغ 4,00 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 57,00 بانحراف معياري قدره 3,64 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 1,18 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي، أي أن الضغط النفسي المرتبط باليأس والاحباط لم يتغير بين القياس القبلي والقياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد المشكلات المعرفية 54,89 بانحراف معياري بلغ 2,75 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 54,78 بانحراف معياري قدره 2,53 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 0,55 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بالمشكلات المعرفية لم يتغير بين القياس القبلي والقياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد المشكلات الاجتماعية 26,89 بانحراف معياري بلغ 1,45 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 27,33 بانحراف معياري قدره 1,41 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −1,51 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بالمشكلات الاجتماعية لم يتغير بين القياس القبلي والقياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد القلق على مستقبل الطفل 55,22 بانحراف معياري بلغ 0,83 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 55,00 بانحراف معياري قدره 1,11 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 0,55 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بالقلق على مستقبل الطفل لم يتغير بين القياس القبلي والقياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد مشكلات الاداء 24,44 بانحراف معياري بلغ 2,55 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 24,00 بانحراف معياري قدره 2,29 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −4,24 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بمشكلات الاداء لم يتغير بين القياس القبلي والقياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد عدم القدرة على التحمل 26,89 بانحراف معياري بلغ 1,69 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 27,89 بانحراف معياري قدره 1,69 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −4,24 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01، مما يدل على أنه توجد فروق بين متوسط القياس القبلي

ومتوسط القياس البعدي لصالح القياس البعدي، أي أن الضغط النفسي المرتبط بعدم القدرة على التحمل زاد من القياس القبلي إلى القياس البعدي

وبلغ المتوسط الحسابي لمقياس الضغط النفسي الكلي 321,11 بانحراف معياري بلغ 11,58 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 323,67 بانحراف معياري قدره 11,72 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −2,45 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي، أي أن الضغط النفسي الكلي لم يتغير بين القياس القبلي والقياس البعدي.

-مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: "لا توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة"

وقد تحققت هذه الفرضية حيث لم تسجل فروقا دالة بين القياسين القبلي والبعدي وهذا يرجع لعدم تعرض العينة الضابطة لأي تدخل أو دعم نفسي مقارنة بالمجموعة التجريبية، فأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانين من ضغوط نفسية دائمة ويومية ولا يمكنهن التخلص منها والتغلب عليها من دون الحصول على المساندة والدعم، فقد أشار فاروق والشربيني (2011،ص.262) الى أن أمهات أطفال التوحد يتعرضن إلى عدة ضغوط نفسية مثل: الضغوط المتعلقة بالمشكلات المعرفية للطفل التوحدي وتتضمن توتر الوالدين بسبب صعوبة الفهم والانتباه، ونقصان الدافعية لدى الطفل التوحدي وضغوط تتعلق بمشكلات الأداء السلوكي، وتتمثل في السلوكيات الشاذة الصادرة عن الطفل مثل السلوكيات النمطية، واضطرابات الإخراج، إيذاء النفس مما يعرض الوالدين لضغوطات نفسية كثيرة. كما توصلت دراسة (El−Bahnasawy and Girgis2011) التي هدفت إلى تقييم فعالية الإرشاد لأمهات أطفال التوحد للتكيف مع إعاقة أطفالهن إلى أن الأطفال التوحديين يعتمدون بشكل كلي على أمهاتهم في حياتهم اليومية مما يجعل الأمهات عرضة للضغوط النفسية. وأشارت (2011) Ingersoll and Hambrick في دراستها التي هدفت إلى فحص العلاقة بين الأعراض الحادة التي يعانيها أطفال التوحد والضغط والاكتئاب لدى والدي هؤلاء الأطفال" وذلك على عينة قوامها (481) من والدي أطفال التوحد، الى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين شدة أعراض اضطراب التوحد وظهور الضغوط النفسية والاكتئاب لدى والدي هؤلاء الأطفال خاصة الأمهات، حيث تتعرض والدة الطفل التوحدي إلى ضغوط متعددة لما يبديه الطفل المصاب بالتوحد من قصور في الوظائف الاجتماعية والسلوكية ولاعتماده الكامل عليها. وقد أشارت العديد من الدراسات التي تناولت موضوع الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد الى وجوب تقديم برامج علاجية وارشادية لهن من اجل التخفيف من حدة الضغوط النفسية لما لها من أثار سلبية وخيمة على صحتهن النفسية والجسدية، حيث يرى الأطرش وآخرون (2021) أن البرامج الإرشادية تعزز من قدرات أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على الصمود

النفسي عند مواجهة الضغوط والتحديات والأعباء الناجمة عن رعاية أطفالهن، وتزيد من ثقتهن بأنفسهن، وتوعيتهن بطبيعة اضطراب طيف التوحد. كما يؤكد "القراله" وآخرون (2018) على أن توفير برامج إرشادية أو علاجية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يساعدهن على حسن التدبر مع أطفالهن، ويكسبهن مهارات التعامل معهم، حيث للأم دورا حيويا في تعليم طفلها التوحدي وتدريبه، وأن الافتقار إلى هذه المهارات يجعلها عائقا أمام تقدم طفلها وتعلمه دون أن تعرف كما يعرضها للضغوط النفسية. وأكدت Jennifer (2014) أن أسر أطفال التوحد تعاني العديد من التحديات والمتمثلة في ضعف الرعاية الصحية، ندرة المهنيين المتخصصين في التأهيل وغياب التأمين الصحي. كما توصلت دراسة (Grasu,2015) التي اعتمدت على اللقاءات والتحليلات لاستجابات الأسر حول التحديات الوالدية التي يخبروها كنتيجة لوجود طفل توحدي في الأسرة، الى أن التحديات الوالدية تترتب على النحو التالي: ندرة الخدمات التي تقدمها الدولة للتوحديين، صعوبة الدمج التعليمي الشامل الخوف من المستقبل التمييز المجتمعي، نقص المعلومات وغياب الخدمات التأهيلية المجانية. أما دراسة باحشوان وبارشيد (2017) التي كانت على (80) أسرة يمنية لديها أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام منهج المسح بالعينة للتعرف على المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات التي تتعامل معهم وهل توجد جهات داعمة لهم، فقد أكدت على أن هذه الأسر تواجه صعوبة في التعامل مع أطفالها التوحديين، إضافة الى الافتقار الى وجود توعية في المجتمع عن اضطراب التوحد، وعدم وجود مصادر للتمويل، كما توجد مراكز للتوحد إلا أنها لا تتوفر فيها الامكانيات والتجهيزات اللازمة لخدمة هؤلاء الأطفال وتأهيلهم، إضافة إلى أن هناك قصور في السياسات والتشريعات الخاصة بكفالة ورعاية أطفال التوحد. وهذا ما ينطبق على عينة الدراسة الحالية حيث صرحت جل الأمهات بأنهن تعانين من العديد من التحديات كصعوبة التعايش مع الطفل التوحدي والمعاناة من صعوبات في المشاركة الاجتماعية حيال تعرضهن للتنمر والوصمة الاجتماعية وغياب الجهات المتخصصة في التكفل بالطفل التوحدي ،وضعف خدمات الرعاية والتأهيل لدرجة أن بعض الأمهات توقفن عن العمل حتى يتفرغن لرعاية أطفالهن لان أطفال التوحد يحتاجون الى رعاية ودعم علة مدار اليوم والساعة وفي المقال معانتهن من ارتفاع التكاليف المادية، كل هذه التحديات تجعل الأمهات يعانين من ارتفاع الضغوط النفسية، فهن بحاجة الى المساندة والدعم فقد أوصت دراسة Abra et al.(2021) بأجراء المزيد من الأبحاث حول المشاكل التي يتعرض لها الأولياء وضرورة تقديم الخدمات الإرشادية والدعم لهم.

3-عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: " توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي" ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام اختبار Ttest للفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط الضغط النفسي بأبعاده في القياس البعدي والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (29) الفروق في القياسات البعدية بين المجموعة التجريبية والضابطة في الضغوط النفسية.

المتغير	الأبعاد	المجموعات	الحجم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
الضغط النفسي	**الأعراض النفسية**	تجريبية	09	31,89	2,804	-20,224	دال عند 0,01
		ضابطة	09	77,67	6,185		
	اليأس والإحباط	تجريبية	09	32,33	4,000	-13,683	دال عند 0,01
		ضابطة	09	57,00	3,640		
	مشكلات معرفية	تجريبية	09	47,33	2,449	-6,331	دال عند 0,01
		ضابطة	09	54,78	2,539		
	مشكلات اجتماعية	تجريبية	09	12,78	1,302	-22,718	دال عند 0,01
		ضابطة	09	27,33	1,414		
	القلق الطفل	تجريبية	09	41,78	4,711	-8,192	دال عند 0,01
		ضابطة	09	55,00	1,118		
	مشكلات الاداء	تجريبية	09	21,00	1,732	-3,133	دال عند 0,01
		ضابطة	09	24,00	2,291		
	عدم القدرة	تجريبية	09	23,11	1,364	-6,596	دال عند 0,01
		ضابطة	09	27,89	1,691		
	الكلي	تجريبية	09	210,22	8,151	-23,831	دال عند 0,01
		ضابطة	09	323,67	11,726		

يتضح من خلال الجدول رقم (29) أن حجم المجموعات في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة متساو، وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد الأعراض النفسية 31,89 بانحراف معياري بلغ 2,80 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 77,67 بانحراف معياري قدره 6,18 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −20,22 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي للمجموعة التجريبية والمتوسط البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المتوسط البعدي للمجموعة الضابطة، أي أن المجموعة الضابطة أكثر معاناة من الضغط النفسي المرتبط بالاعراض النفسية من المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد الياس والاحباط 32,33 بانحراف معياري بلغ 4,00 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 57,00 بانحراف معياري قدره 3,64 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −13,68 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي للمجموعة التجريبية والمتوسط البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المتوسط البعدي للمجموعة الضابطة، أي أن المجموعة الضابطة أكثر معاناة من الضغط النفسي المرتبط بالياس والاحباط من المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد المشكلات المعرفية 47,33 بانحراف معياري بلغ 2,44 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 54,78 بانحراف معياري قدره 2,53 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −6,33 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي للمجموعة التجريبية والمتوسط البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المتوسط البعدي للمجموعة الضابطة، أي أن المجموعة الضابطة أكثر معاناة من الضغط النفسي المرتبط بالمشكلات المعرفية من المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد المشكلات الاجتماعية 12,78 بانحراف معياري بلغ 1,30 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 27,33 بانحراف معياري قدره 1,41 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −22,71 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي للمجموعة التجريبية والمتوسط البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المتوسط البعدي للمجموعة الضابطة، أي أن المجموعة الضابطة أكثر معاناة من الضغط النفسي المرتبط بالمشكلات الاجتماعية من المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد القلق على مستقبل الطفل 41,78 بانحراف معياري بلغ 4,71 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 55,00 بانحراف معياري

قدره 1,11 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين –8,19 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي للمجموعة التجريبية والمتوسط البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المتوسط البعدي للمجموعة الضابطة، أي أن المجموعة الضابطة أكثر معاناة من الضغط النفسي المرتبط بالقلق على مستقبل الطفل من المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد مشكلات الاداء 21,00 بانحراف معياري بلغ 1,73 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 24,00 بانحراف معياري قدره 2,29 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين –3,13 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي للمجموعة التجريبية والمتوسط البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المتوسط البعدي للمجموعة الضابطة، أي أن المجموعة الضابطة أكثر معاناة من الضغط النفسي المرتبط بمشكلات الاداء من المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل 23,11 بانحراف معياري بلغ 1,36 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 27,89 بانحراف معياري قدره 1,69 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين –6,59 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي للمجموعة التجريبية والمتوسط البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المتوسط البعدي للمجموعة الضابطة، أي أن المجموعة الضابطة أكثر معاناة من الضغط النفسي المرتبط بعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل من المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة للمقياس الكلي للضغط النفسي 210,22 بانحراف معياري بلغ 8,15 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 323,67 بانحراف معياري قدره 11,72 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين –23,83 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي للمجموعة التجريبية والمتوسط البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المتوسط البعدي للمجموعة الضابطة، أي أن المجموعة الضابطة أكثر معاناة من الضغط النفسي من المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

-مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: "توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي"

وقد تحققت هذه الفرضية حيث دلت النتائج على وجود فروق في الدرجة الكلية للضغوط النفسية في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية والضابطة بحيث تم تسجيل انخفاض في الدرجة الكلية للضغوط النفسية لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي الذي استفادت منه المجموعة التجريبية، ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء ما ذكره Hayes (2004) حيث يعد العلاج بالتقبل والالتزام تدخلاً سلوكياً صمم لاستهداف والحد من التجنب التجريبي والتشابك المعرفي وتشجيع العميل على إجراء تغييرات سلوكية معززة لحياة تتوافق مع قيمه الشخصية. فالبرنامج العلاجي القائم علىACT بما تضمنه من إستراتيجيات وفنيات علاجية متنوعة من التقبل وفك الاندماج المعرفي والوعي باللحظة الحالية والقيم والالتزام، قد ساعد في خفض الضغوط النفسية لدى عضوات المجموعة التجريبية، حيث شعرت الأمهات بأهمية تقبل الأفكار السلبية سواء عن ذواتهن أو تلك الخاصة بأطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، والعمل على التعامل معها بمرونة بدلاً من تجنبها، حيث أن العلاج بالتقبل والالتزام يتعامل مع الاضطرابات من منظور سياقي وظيفي، وهدفه الرئيس ليس تخفيف الأعراض التي تظهر على الفرد وإنما يحاول تثقيفه وإعادة توجيه حياته بطريقة أكثر شمولية، من خلال الاستناد إلى فكرة أن ما يسبب الشعور بعدم الراحة أو القلق ليست الأحداث في حد ذاتها، ولكن كيفية ربط المشاعر بها وكيفية التعامل معها، ومن ثم لا يتعلق العلاج بتجنب ما الذي يسبب المعاناة، ولكن بتقبل التجربة العقلية والنفسية، وبالتالي تقليل شدة الأعراض، ومن هذا المنطلق تمت مساعدة المشاركات على ادراك أفكارهن والتعايش معها كما هي، وكذلك ادراكهن لمشاعرهن ومعرفة كيفية التعبير عنها ووصفها، وأيضا تحديدها بالشكل الصحيح وامتلاك رؤية واقعية وواضحة للمشاعر والانفعالات والاحاسيس ومن ثم تقبل الخبرات السلبية والأفكار المرتبطة بها والانفعالات والذكريات كماهي، كما ساعد البرنامج العلاجي المشاركات على تجنب الاندماج المعرفي الذي يدعم التجنب التجريبي، والذي هو محاولة لتعديل الشكل والتكرار، أو الحساسية الموقفية للأحداث الخاصة، حيث تم التركيز من خلال جلسات البرنامج على تدريب عضوات المجموعة التجريبية على عدم الانسياق والانجراف وراء الكلمات التي تستدعى الخبرات السلبية المتعلقة باضطراب أطفالهن، كما ساهم فك الاندماج المعرفي عن الخبرات في الخروج من سيطرة الأفكار عليهن والتخلي عن العاطفة وقوتها في التأثير عليهن عند النظر إلى أفكارهن، والنظر إلى الأفكار على أنها مجرد أفكار وليست مفروضة عليهن أو تمثلهن وعدم الهروب من الظروف الواقعية التي وجدن فيها دون اختيار منهن، فقد أسهمت الأنشطة والمناقشات الهادفة مع عضوات المجموعة التجريبية في مساعدتهن على التعامل مع الأفكار غير المرغوب فيها بشأن اضطراب اطفالهن و النظر إليها من منظور مختلف، كما أسهمت فنيات الوعي باللحظة الحالية في تنمية وعي الأمهات بالحاضر والتعاطف مع الذات من خلال تدريبهن على بعض السلوكيات العامة والخاصة كالشعور والتفكير بالذات والأخرين حتى في ظل وجود مشاعر صعبة، كما تعلمن من خلالها التخلص من هيمنة الماضي والتخوف من المستقبل عن طريق سيطرة التنبؤات والتفسيرات والتقييمات المستقبلية عن حالة الطفل التوحدي، بحيث قمن بمعايشة الخبرة كاملة كما تحدث في الحاضر دون القفز على تطوراتها في

المستقبل، ودون انفعال أو تشبث بأفكار مرتبطة بالماضي وذلك من خلال العديد من الأنشطة التي تم تضمينها في البرنامج ،وأيضاً ساهمت عملية الذات كسياق في تنمية الوعي بالذات دون التعلق بالأفكار السلبية خاصة تلك الأفكار السلبية الموجودة لدى الأمهات عن ذواتهن والمتعلقة بأطفالهن التوحديين، كما ساعدهن ذلك أيضاً في البحث عن قيم إيجابية جديدة والالتزام بها والتخلي عن القيم السلبية السابقة ، فمن خلال جلسات البرنامج العلاجي تمت تنمية الوعي بإدراك الذات في سياق جديد لدى عضوات المجموعة التجريبية، مع الالتزام الذاتي بإحداث تغييرات سلوكية تخدم التوجه القيمي لديهن، مما كان له أثر في حدوث تغيير إيجابي في السلوكيات والأفكار لديهن. ومن ثم ساعدت فنياتACT الأمهات في تغيير أفكارهن السلبية والتمسك بقيم إيجابية جديدة، والالتزام بتطبيق أهداف واقعية مسترشدات بقيمهن وذلك لعيش حياة ذات معنى رغم وجود المعاناة. وتتفق هذه النتائج مع مع نتائج دراسة **(Flavia Marino et al, 2021)** التي هدفت لدراسة أثر العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الصحة النفسية لدى أولياء الأفراد المصابين باضطرابات طيف التوحد حيث هدفت الدراسة الى تقييم فعالية البروتوكول السلوكي لمصفوفة ACT بالمقارنة مع ببرنامج تدريب الوالدين (PT) وقياس العديد من النتائج الأولية والثانوية قبل وبعد العلاجات على عينة تكونت من (24) ولي لذوي اضطراب طيف التوحد تم تقسيمها عشوائيا بشكل متساو على مجموعتين متطابقتين ديموغرافيا حيث خضعت المجموعتين الى (24) جلسة مرة كل أسبوع وعرضت المجموعة التجريبية لبرتكول (ACT) أما المجموعة الضابطة فتلقت برنامج تدريب الوالدين(PT).وخلصت النتائج الى أن الأولياء المسجلين في بروتوكول ACT قد أظهروا تحسنًا كبيرًا في المرونة النفسية، وحالات الوعي، والقيم الشخصية في الحياة اليومية، والضغوط الوالدية ، حيث ارتبطت التأثيرات الإيجابية في العلاج على المرونة النفسية، وعملية التقبل، والاتصال بالقيم. في حين تم الحصول على درجات منخفضة في تصورات الآباء عن سلوكيات أطفالهم التخريبية. وأوصت الدراسة أنه إذا تكررت النتائج مع عدد كبير من المواضيع، يمكن أن تفتح الطريق لإدراج بروتوكولات (ACT) في الممارسة اليومية لدعم تطوير مهارات الأبوة والأمومة الجديدة. كما دعمت هذه الدراسة فكرة أن التدخل القائم على تبادل الخبرات الجماعية قد يكون أكثر فعالية من العلاج القائم على الدعم الفردي (PT) لتعديل وتحسين إدراك شدة الأعراض السلوكية لدى الطفل بالانتقال من التغييرات في تصور الوالدين لطفلهم كما أشارت النتائج أيضا إلى أن التدخل الموجه نحو (ACT) يمكن اعتباره من بين التدخلات الممكنة التي سيتم اقتراحها لآباء الأطفال المصابين بالتوحد لدعم الرفاه النفسي من خلال التدخل مع جميع أفراد الأسرة.

أما دراسة الفقي (2016) فقد هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد والتعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج، حيث استخدمت الدراسة المنهج التجريبي واشتملت العينة على (10) أمهات تراوحت أعمارهن بين (25–40 سنة) خضعن لتطبيق البرنامج، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس المرونة النفسية لأمهات أطفال التوحد، وبرنامج العلاج بالتقبل والالتزام. وكشفت النتائج عن فعالية البرنامج المستخدم في تنمية المرونة النفسية في القياس البعدي، واستمرارية الفعالية في القياس البعدي.

4-عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: " توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية " ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام اختبار Ttest للفروق بين القياس القبلي والقياس التتبعي في متوسط الضغط النفسي بأبعاده لدى المجموعة التجريبية والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (30) الفروق بين القياس القبلي والقياس التتبعي في الضغوط النفسية لدى المجموعة التجريبية.

المتغير	الأبعاد	المجموعات	الحجم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
الضغط النفسي	**الأعراض النفسية**	بعدي	09	31,89	2,804	3,900	دال عند 0,01
		تتبعي	09	30,00	2,000		
	اليأس والإحباط	بعدي	09	32,33	4,000	5,706	دال عند 0,01
		تتبعي	09	28,56	2,506		
	مشكلات معرفية	بعدي	09	47,33	2,449	1,512	غير دال
		تتبعي	09	46,67	2,062		
	مشكلات اجتماعية	بعدي	09	12,78	1,302	1,000	غير دال
		تتبعي	09	12,56	1,424		
	القلق الطفل	بعدي	09	41,78	4,711	3,051	دال عند 0,05
		تتبعي	09	40,56	4,216		
	مشكلات الاداء	بعدي	09	21,00	1,732	2,000	غير دال
		تتبعي	09	20,33	1,414		
	عدم القدرة	بعدي	09	23,11	1,364	,478	غير دال
		تتبعي	09	22,89	2,261		
	الكلي	بعدي	09	210,22	8,151	5,674	دال عند 0,01
		تتبعي	09	201,56	8,233		

يتضح من خلال الجدول رقم (30) أن حجم المجموعات في القياس البعدي والقياس التتبعي متساو لأننا نتعامل مع مجموعة واحدة بقياسين، وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد الأعراض النفسية 31,89 بانحراف معياري بلغ 2,80 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 30,00 بانحراف معياري قدره 2,00 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 3,90 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي والمتوسط التتبعي للمجموعة التجريبية لصالح المتوسط البعدي، أي أن الضغط النفسي انخفض فيما يخص الاعراض النفسية من القياس البعدي إلى القياس التتبعي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد الياس والاحباط 32,33 بانحراف معياري بلغ 4,00 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 28,56 بانحراف معياري قدره 2,50 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 5,70 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي والمتوسط التتبعي للمجموعة التجريبية لصالح المتوسط البعدي، أي أن الضغط النفسي فيما يخص الياس والاحباط انخفض من القياس البعدي إلى القياس التتبعي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد المشكلات المعرفية 47,33 بانحراف معياري بلغ 2,44 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 46,67 بانحراف معياري قدره 2,06 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 1,51 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين المتوسط البعدي والمتوسط التتبعي للمجموعة التجريبية، أي أن الضغط النفسي فيما يخص المشكلات المعرفية بقيت نسبته كما هي بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد المشكلات الاجتماعية 12,78 بانحراف معياري بلغ 1,30 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 12,56 بانحراف معياري قدره 1,42 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 1,00 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين المتوسط البعدي والمتوسط التتبعي للمجموعة التجريبية، أي أن الضغط النفسي فيما يخص المشكلات الاجتماعية بقيت نسبته كما هي بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد القلق على مستقبل الطفل 41,78 بانحراف معياري بلغ 4,71 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 40,56 بانحراف معياري قدره 4,21 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 3,05 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي والمتوسط التتبعي للمجموعة التجريبية لصالح المتوسط البعدي، أي أن الضغط النفسي فيما يخص القلق على مستقبل الطفل انخفض من القياس البعدي إلى القياس التتبعي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد مشكلات الاداء 21,00 بانحراف معياري بلغ 1,73 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 20,33 بانحراف معياري قدره 1,41 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 2,00 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين المتوسط البعدي والمتوسط التتبعي للمجموعة التجريبية، أي أن الضغط النفسي فيما يخص مشكلات الاداء بقيت نسبته كما هي بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل 23,11 بانحراف معياري بلغ 1,36 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 22,89 بانحراف معياري قدره 2,26 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 0,47 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين المتوسط البعدي والمتوسط التتبعي للمجموعة التجريبية، أي أن الضغط النفسي فيما يخص عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل بقيت نسبته كما هي بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لمقياس الضغط النفسي الكلي 210,22 بانحراف معياري بلغ 8,15 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 201,56 بانحراف معياري قدره 8,23 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 5,67 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط البعدي والمتوسط التتبعي للمجموعة التجريبية لصالح المتوسط البعدي، أي أن الضغط النفسي الكلي انخفض من القياس البعدي إلى القياس التتبعي.

-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: " توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية "

وقد تحققت هذه الفرضية حيث دلت النتائج على وجود فروق في الدرجة الكلية للضغوط النفسية بين القياس البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية حيث تم تسجيل انخفاض في الدرجة الكلية للضغوط النفسية بالمجموعة التجريبية في القياس التتبعي مقارنة بالقياس البعدي فالفروق الدالة إحصائيا بين القياسين البعدي والتتبعي تشير إلى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي، وبقاء أثره على أفراد العينة العلاجية، ويمكن تفسير ذلك بأن التدريبات المقدمة من خلال جلسات البرنامج العلاجي بالإضافة الى الواجبات المنزلية التي عززت الأثر للإيجابي للبرنامج قد ساهمت في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء تطبيق البرنامج واستمرار أثره خلال فترة المتابعة، فقد استفادت عضوات المجموعة التجريبية من المبادئ والفنيات الأساسية للعلاج بالتقبل والالتزام وهي مبادئ وفنيات تستهدف زيادة المرونة النفسية فكل من عمليتي التقبل والالتزام بالإضافة إلى عملية التنشيط السلوكي وفك الاندماج المعرفي يعمل على بناء

مهارات اليقظة العقلية والتقبل بدلا من التصلب والجمود الفكري، مما ساعد الأمهات على الاستبصار بأهدافهن وتغيير القيم المختلة لديهن وجعل سلوكهن أكثر مرونة وايجابية بدلا من أن يقعن فريسة لأفكارهن والخبرات السلبية التي يعايشنها، وبالتالي التغلب على مشاعر العجز والنقص وعدم التوافق، وتنمية مفهوم الذات وتقديرها والثقة بالنفس، وتنمية مهارات التواصل واتخاذ القرارات وتنمية القدرة على حل المشكلات ومواجهة الصعاب بطريقة موضوعية وواقعية. كما أسهمت التدريبات المتضمنة في البرنامج الى زيادة قدرتهن على التواصل مع الآخرين وزيادة قدرتهن على التعبير عن مشاعرهن ووصفها وتحديدها بشكل واضح، وزيادة قدرتهن على التوافق النفسي والاجتماعي مما ساهم في خفض الضغوط النفسية لديهن، وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة **محمد شعبان أحمد (2020)** التي هدفت إلى تعرف على فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الشعور بالتماسك وأثره في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة من (86) أم من أمهات أطفال التوحد من المترددين على مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ووحدات التخاطب ببعض المستشفيات بمحافظتي الفيوم وبنى سويف، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الشعور بالتماسك، ومقياس إدراك الضغوط النفسية لأمهات أطفال طيف التوحد، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، والبرنامج العلاجي. وأظهرت النتائج أن العلاج بالتقبل والالتزام علاج فعال في تنمية الشعور بالتماسك وخفض الضغوط النفسية لدى عينة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. واستمرارية هذه الفعالية الى ما بعد تطبيق البرنامج.

5-عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه: "توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية." ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام اختبار Ttest لعينتين متجانستين ومتساويتين في الحجم لبحث الفروق بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (31) الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية في جودة الحياة.

المتغير	الأبعاد	المجموعات	الحجم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	**الحياة الصحية**	قبلي	09	23,56	2,506	−3,751	دال عند 0,01
		بعدي	09	28,11	2,421		
	الحياة النفسية	قبلي	09	16,33	1,323	− 20,628	دال عند 0,01
		بعدي	09	27,44	,882		
	الحياة الأسرية	قبلي	09	20,33	2,345	− 11,290	دال عند 0,01
		بعدي	09	29,44	1,509		
	الحياة المادية	قبلي	09	21,44	3,321	,000	غير دال
		بعدي	09	21,44	3,321		
	الكلي	قبلي	09	81,67	2,449	− 17,078	دال عند 0,01
		بعدي	09	106,44	4,475		

يتضح من خلال الجدول رقم (31) أن حجم المجموعات في القياس القبلي والبعدي متساو لأننا نتعامل مع قياسين لمجموعة واحدة، وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد جودة الحياة الصحية 23,56 بانحراف معياري بلغ 2,50 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 28,11 بانحراف معياري قدره 2,42 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −3,75 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي لصالح المتوسط البعدي، أي أن جودة الحياة الصحية ارتفع متوسطها من القياس القبلي إلى القياس البعدي

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد جودة الحياة النفسية 16,33 بانحراف معياري بلغ 1,32 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 27,44 بانحراف معياري قدره 0,88 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين

−20,62 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي لصالح المتوسط البعدي، أي أن جودة الحياة النفسية ارتفع متوسطها من القياس القبلي إلى القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد جودة الحياة الاسرية 20,33 بانحراف معياري بلغ 2,34 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 29,44 بانحراف معياري قدره 1,50 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −11,29 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي لصالح المتوسط البعدي، أي أن جودة الحياة الاسرية ارتفع متوسطها من القياس القبلي إلى القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد جودة الحياة المادية 21,44 بانحراف معياري بلغ 3,32 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 21,44 بانحراف معياري قدره 3,32 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 0,00 وهي قيمة غير دالة، مما يدل على أنه لا توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي، أي أن جودة الحياة المادية بقي متوسطها من القياس القبلي إلى القياس البعدي كما هو ولم يتحسن.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لمقياس جودة الحياة الكلي 81,67 بانحراف معياري بلغ 2,44 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 106,44 بانحراف معياري قدره 4,47 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −17,07 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يدل على أنه توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي لصالح المتوسط البعدي، أي أن جودة الحياة الكلية ارتفع متوسطها من القياس القبلي إلى القياس البعدي.

-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

التي تنص أنه: "توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية."

وقد تحققت هذه الفرضية حيث دلت النتائج على وجود فروق في الدرجة الكلية والفرعية لجودة الحياة بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية حيث تم تسجيل ارتفاع في مستوى جودة الحياة بالمجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي وهذا يتفق مع كل من دراسة **(Bergman,2010)** إلى معرفة التأثير الإيجابي للعلاج بالتقبل والالتزام في تحسين جودة الحياة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والذي يتم قياسه عن طريق زيادة المرونة النفسية، وزيادة اليقظة العقلية وتحسين جودة الحياة وانخفاض الاكتئاب لدى الأمهات، وتمثلت العينة في (9) أمهات لأطفال التوحد، واستخدمت عدة أدوات منها: التقارير الذاتية، مقياس الوعي الانتباهي لليقظة العقلية ومقياس جودة الحياة، وكانت النتائج محققة للأهداف التي وضع من أجلها العلاج، ودراسة **(Corti et al,2018)** حيث سعت هذه الدراسة إلى تقييم نتائج بعض الدراسات التي تناولت فعالية العلاج

بالتقبل والالتزام في خفض مشكلات أباء وأمهات أطفال طيف التوحد، حيث استخدم في الدراسة أسلوب التحليل البعدي لنتائج تلك الدراسات وخلصت نتائج هذا التحليل إلى أن فك التجنب التجريبي والتصدي المعرفي يعد من أكثر العمليات فعالية في خفض العديد من المشكلات كالشعور بالقلق والوصمة الاكتئاب وانخفاض جودة الحياة. ونفسر ذلك بفاعلية البرنامج العلاجي الذي أسهم في مساعدة الأمهات على ضبط المواقف التي يمرون بها فهو علاج ينمي الاستبصار بالواقع وأن الأفكار والمعاناة التي يمرون بها ليست أمر مفروض عليهن بل أن قيمة هذه المعاناة تكمن في أن يظهرن التحدي لها وذلك من خلال تغيير منظومة القيمهن وتحديد أهدافهن بما يساعدهن على تقبل الضغوط النفسية التي يعايشنها فيكتسبن بذلك من الثقة بالنفس، ويعملن على تحديد اختياراتهن السلوكية السلبية وتحويلها إلى سلوكيات إيجابية، وتحديد البدائل الممكنة لتحقيقها، وهذا ما يسهم في تنمية تقدير الذات ويساعدهن على تقييم أنفسهن بصورة إيجابية، ويزداد رضاهن عن حياتهن فقد ساهم البرنامج في تنمية شعور أفراد المجموعة التجريبية بجودة الحياة، والاحساس بمعني الحياة وأن هناك أمل في تغيير مواقف الحياة المختلفة، وأن وجود طفل يعاني من التوحد ليس نهاية الحياة وانما هو طفل مختلف نتقبله كما هو ونبحث من أين ندخل عالمه.

أما دراسة **(Siyaddat et al,2019)** فهدفت الى التحقق من فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام لتحسين الصحة النفسية والاتجاه الروحي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد حيث تكونت عينة البحث من (30) أما لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تم تقسيمهن بشكل عشوائي على مجموعتين متساويتين تجربية وضابطة، حيث كانت الدراسة شبه تجريبية بتصميم الاختبار القبلي والبعدي، وأخضعت المجموعة التجريبية للتدريب على العلاج بالتقبل والالتزام خلال (8) جلسات مدة كل منها (90) دقيقة كانت أدوات البحث عبارة عن استبيانات للرفاهية النفسية Ryff(1989)، والموقف الروحي Shahidi and Farajnia (2012)، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيري الصحة النفسية والاتجاه الروحي، وأشارت الدراسة إلى أهمية وأثر العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الصحة النفسية والاتجاه الروحي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. كما يقترح أن يستخدم المرشدين والمعالجين أسلوب العلاج بالتقبل والالتزام لزيادة الصحة النفسية والاتجاه الروحي.

6-عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على أنه: " لا توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة" ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام اختبار Ttest للفروق بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (32) الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في جودة الحياة لدى المجموعة الضابطة.

المتغير	الأبعاد	المجموعات	الحجم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	**الحياة الصحية**	قبلي	09	23,00	2,062	1,315	غير دال
		بعدي	09	22,56	1,878		
	الحياة النفسية	قبلي	09	15,44	1,667	1,835	غير دال
		بعدي	09	15,00	1,803		
	الحياة الأسرية	قبلي	09	19,67	2,739	2,000	غير دال
		بعدي	09	19,33	2,828		
	الحياة المادية	قبلي	09	21,78a	2,863	00,	غير دال
		بعدي	09	21,78a	2,863		
	الكلي	قبلي	09	79,89	6,918	3,051	غير دال
		بعدي	09	78,67	6,982		

يتضح من خلال الجدول رقم (32) أن حجم المجموعات في القياس القبلي والبعدي متساو لأننا نتعامل مع قياسين لمجموعة واحدة، وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد جودة الحياة الصحية 23.00 بانحراف معياري بلغ 2,06 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 22,56 بانحراف معياري قدره 1,66 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 1,31 وهي قيمة غير دالة ، مما يعني على أنه لا توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي، أي أن جودة الحياة الصحية لم تتحسن وبقيت كما هي بين القياسين.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد جودة الحياة النفسية 15,44 بانحراف معياري بلغ 1,66 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 15,00 بانحراف معياري قدره 1,80 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 1,83 وهي قيمة غير دالة ، مما يعني على أنه لا توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي، أي أن جودة الحياة النفسية لم تتحسن وبقيت كما هي بين القياسين.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد جودة الحياة الاسرية 19,67 بانحراف معياري بلغ 2,73 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 19,33 بانحراف معياري قدره 2,82 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين

2,00 وهي قيمة غير دالة ، مما يعني على أنه لا توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي، أي أن جودة الحياة الاسرية لم تتحسن وبقيت كما هي بين القياسين.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لبعد جودة الحياة المادية 21,78 بانحراف معياري بلغ 2,86 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 21,78 بانحراف معياري قدره 2,86 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 0,00 وهي قيمة غير دالة ، مما يعني على أنه لا توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي، أي أن جودة الحياة المادية لم تتحسن وبقيت كما هي بين القياسين.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي بالنسبة لمقياس جودة الحياة الكلي 79,89 بانحراف معياري بلغ 6,91 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 78,67 بانحراف معياري قدره 6,98 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 3,05 وهي قيمة غير دالة ، مما يعني على أنه لا توجد فروق بين المتوسط القبلي والمتوسط البعدي، أي أن جودة الحياة الصحية لم تتحسن وبقيت كما هي بين القياسين.

-مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة:

التي تنص على أنه: "لا توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة"

وقد تحققت هذه الفرضية حيث لم تسجل فروقا دالة بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى للمجموعة الضابطة وهذا يرجع لعدم تعرض العينة الضابطة لاي تدخل او دعم نفسي مقارنة بالمجموعة التجريبية فأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانين من انخفاض في جودة الحياة وهذا ما أشارت اليه العديد من الدراسات كدراسة **(Dmaa Mubarak,2022)**، **ودراسة بوعامر و عبد الرحمان (2021)** التي توصلت نتائجها الى تسجيل مستويات منخفضة من جودة الحياة لدى هؤلاء الأمهات. ويمكن أن نفسر انخفاض مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد الى مواجهتهن للعديد من المسؤوليات والوضعيات الصعبة التي تفرضها خصوصية اضطراب طيف التوحد الذي يؤثر وبشكل الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تحول دون تكييفه مع البيئة المحيطة به خاصة في المجال التواصلي والتفاعلي، هذا ما يجعل الأم عاجزة أمام التعامل مع طفلها وفهم حالته وبالتالي تواجه العديد من الضغوط والتحديات التي تؤثر على حالتها النفسية من قلق، خوف وتوتر ، كما تؤثر على مختلف جوانب حياتها الأسرية والزوجية والاجتماعية، مما يترك أثرا على جودة حياتها. وفي هذا الصدد يشير Malhorta and Sharma,(2013) الى أن المسؤوليات التي تقع على عاتق أم الطفل التوحدي تجعلها تواجه مشاعر الإحباط وتفرض عليها قيود تمنعها من ممارسة نشاطاتها وهذا ما يؤدي الى تغيرات في نمط حياتها وبالتالي فان وجود هذا الطفل في حياة الأم يهدد بشكل مباشر صحتها النفسية والجسدية وبالتالي جودة حياتها.

7-عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على أنه: " توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي" ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام اختبار Ttest للفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط جودة الحياة بأبعاده في القياس البعدي والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (33) الفروق في القياسات البعدية بين المجموعة التجريبية والضابطة في جودة الحياة.

المتغير	الأبعاد	المجموعات	الحجم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	الحياة الصحية	تجريبية	09	28,11	2,421	5,439	دال عند 0,01
		ضابطة	09	22,56	1,878		
	الحياة النفسية	تجريبية	09	27,44	,882	18,602	دال عند 0,01
		ضابطة	09	15,00	1,803		
	الحياة الأسرية	تجريبية	09	29,44	1,509	9,462	دال عند 0,01
		ضابطة	09	19,33	2,828		
	الحياة المادية	تجريبية	09	21,44	3,321	-,228	غير دال
		ضابطة	09	21,78	2,863		
	الكلي	تجريبية	09	106,44	4,475	10,048	دال عند 0,01
		ضابطة	09	78,67	6,982		

يتضح من خلال الجدول رقم (33) أن حجم المجموعات في القياس البعدي متساو لدى المجموعة التجريبية والضابطة، وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد جودة الحياة الصحية 11’28 بانحراف معياري بلغ 2,42 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 22,56 بانحراف معياري قدره 1,87 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 5,43 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يعني

على أنه توجد فروق بين متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية ومتوسط القياس البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، أي أن جودة الحياة الصحية أعلى لدى المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد جودة الحياة النفسية 27,44 بانحراف معياري بلغ 0,88 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 15,00 بانحراف معياري قدره 1,80 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 18,60 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يعني على أنه توجد فروق بين متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية ومتوسط القياس البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، أي أن جودة الحياة النفسية أعلى لدى المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد جودة الحياة الاسرية 29,44 بانحراف معياري بلغ 1,50 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 19,33 بانحراف معياري قدره 2,82 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 9,46 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يعني على أنه توجد فروق بين متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية ومتوسط القياس البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، أي أن جودة الحياة الاسرية أعلى لدى المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد جودة الحياة المادية 21,44 بانحراف معياري بلغ 3,32 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 21,78 بانحراف معياري قدره 2,86 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين –0,22 وهي قيمة غير دالة، مما يعني على أنه لا توجد فروق بين متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية ومتوسط القياس البعدي للمجموعة الضابطة، أي أن جودة الحياة المادية لا تختلف بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لمقياس جودة الحياة الكلي 106,44 بانحراف معياري بلغ 4,47 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة الضابطة 78,67 بانحراف معياري قدره 6,98 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 10,04 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 ، مما يعني على أنه توجد فروق بين متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية ومتوسط القياس البعدي للمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، أي أن جودة الحياة الكلي أعلى لدى المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة.

-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

التي تنص على أنه:" توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي"

وقد تحققت هذه الفرضية حيث دلت النتائج على وجود فروق في الدرجة الكلية لجودة الحياة في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية والضابطة بحيث تم تسجيل ارتفاع في الدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي الذي استفادت منه المجموعة التجريبية حيث تتفق هذه النتيجة مع نتائج كل من دراسة**(Sberi ,Bagheri,2022)** التي هدفت الدراسة الى اختبار فاعلية العلاج المبني على التقبل والالتزام في جودة الحياة والمرونة المعرفية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد على عينة قوامها (30) أما لأطفال التوحد تم تقسيمهن بشكل عشوائي الى مجموعتين متساويتين تجريبية وضابطة حيث اخضعت المجموعة التجريبية لتدريبات العلاج بالتقبل والالتزام خلال (8) جلسات مدة كل جلسة(45) دقيقة مرة في الأسبوع أظهرت نتائج البحث أن العلاج المبني على التقبل والالتزام يزيد بشكل كبير من جودة الحياة والمرونة المعرفية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ولذلك يمكن استخدام علاج التقبل والالتزام كعلاج تكميلي من خلال إحداث تغييرات إيجابية ومناسبة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. ودراسة **(Salmanpour, Pasha ,2023)** التي هدفت إلى معرفة أثر العلاج بالتقبل والالتزام على السعادة والصحة النفسية وجودة الحياة لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد. حيث تكونت عينة البحث من (30) أما لأطفال التوحد تم اختيارهن عن طريق العينة العشوائية المتاحة ثم تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. وتم الاعتماد على التصميم قبلي– بعدي وطبق استبيان أكسفورد للسعادة، واستبيان الصحة النفسية واستبيان جودة الحياة واخضعت المجموعة التجريبية للعلاج بالتقبل والالتزام في (8) جلسات مدة كل منها (90) دقيقة. بعد ذلك تم إعطاء كلا المجموعتين اختبارًا بعديًا ومتابعة بعد شهر واحد، وأظهرت النتائج ان العلاج بالتقبل والالتزام عمل على تحسين الصحة النفسية والسعادة وجودة الحياة للأمهات اللاتي استفدن من العلاج مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تخضع للعلاج لديهن أطفال مصابون بالتوحد. وهذا ما يدل على فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين جودة الحياة لدى افراد المجموعة التجربية.

8-عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على أنه: " توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية " ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام اختبار Ttest للفروق بين القياس القبلي والقياس التتبعي في متوسط جودة الحياة بأبعاده لدى المجموعة التجريبية والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (34) الفروق بين القياس القبلي والقياس التتبعي في جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية.

المتغير	الأبعاد	المجموعات	الحجم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Ttest	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	**الحياة الصحية**	بعدي	09	28,11	2,421	−2,530	دال عند 0,05
		تتبعي	09	28,56	2,404		
	الحياة النفسية	بعدي	09	27,44	,882	−1,789	غير دال
		تتبعي	09	28,11	1,537		
	الحياة الأسرية	بعدي	09	29,44	1,509	−5,292	دال عند 0,05
		تتبعي	09	30,22	1,394		
	الحياة المادية	بعدي	09	21,44a	3,321	00,	غير دال
		تتبعي	09	21,44a	3,321		
	الكلي	بعدي	09	106,44	4,475	−3,900	دال عند 0,05
		تتبعي	09	108,33	4,664		

يتضح من خلال الجدول رقم (34) أن حجم المجموعات في القياس البعدي والقياس التتبعي متساو لاننا نتعامل مع مجموعة تجريبية واحدة، وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد جودة الحياة الصحية 28,11 بانحراف معياري بلغ 2,42 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 28,56 بانحراف معياري قدره 2,40 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −2,53 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,05، مما يعني على أنه توجد فروق بين متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية ومتوسط القياس التتبعي لصالح القياس التتبعي، أي أن جودة الحياة الصحية أعلى لدى المجموعة التجريبية في القياس التتبعي منه في القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد جودة الحياة النفسية 27,44 بانحراف معياري بلغ 0,88 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 28,11 بانحراف معياري قدره 1,53 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين −1,78 وهي قيمة غير دالة، مما يعني على أنه لا توجد فروق بين متوسط القياس

البعدي للمجموعة التجريبية ومتوسط القياس التتبعي، أي أنه لا يوجد اختلاف بين القياس البعدي والقياس التتبعي في جودة الحياة النفسية لدى المجموعة التجريبية.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد جودة الحياة الاسرية 44’29 بانحراف معياري بلغ 1,50 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 30,22 بانحراف معياري قدره 1,39 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين –5,29 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,05، مما يعني على أنه توجد فروق بين متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية ومتوسط القياس التتبعي لصالح القياس التتبعي، أي أن جودة الحياة الاسرية أعلى لدى المجموعة التجريبية في القياس التتبعي منه في القياس البعدي.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لبعد جودة الحياة المادية 21,44 بانحراف معياري بلغ 3,32 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 21,44 بانحراف معياري قدره 3,32 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين 0,00 وهي قيمة غير دالة، مما يعني على أنه لا توجد فروق بين متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية ومتوسط القياس التتبعي، أي أنه لا يوجد اختلاف بين القياس البعدي والقياس التتبعي في جودة الحياة المادية لدى المجموعة التجريبية.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لمقياس جودة الحياة الكلي 106,44 بانحراف معياري بلغ 4,47 في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي 108,33 بانحراف معياري قدره 4,66 وبلغت قيمة Ttest بين المتوسطين –3,90 وهي قيمة دالة عند مستوى 0,05، مما يعني على أنه توجد فروق بين متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية ومتوسط القياس التتبعي لصالح القياس التتبعي، أي أن جودة الحياة الكلي أعلى لدى المجموعة التجريبية في القياس التتبعي منه في القياس البعدي.

-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة:

التي تنص على أنه: " توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية "

وقد تحققت هذه الفرضية حيث دلت النتائج على وجود فروق في الدرجات (الكلية والفرعية) لجودة الحياة بين القياس البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية حيث تم تسجيل ارتفاع في الدرجة الكلية لجودة الحياة بالمجموعة التجريبية في القياس التتبعي مقارنة بالقياس البعدي فالفروق الدالة إحصائيا بين القياسين البعدي والتتبعي، أما في البعدين الفرعيين (الحياة النفسية والحياة الاسرية) فقد بقيت ثابتة وهذا ما يشير إلى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي وبقاء أثره على أفراد العينة العلاجية، واتفقت نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت اليه كل من دراسة **(Poddar, 2015 et al)** التي هدفت إلى التحقق من فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض بعض الاضطرابات النفسية (القلق –

الاكتئاب) وتحسين مؤشرات الصحة النفسية لدى أمهات أطفال طيف التوحد، ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق برنامج العلاج بالتقبل والالتزام المكون من (10) جلسات بواقع جلسة أسبوعياً؛ وتمثلت العينة في (5) أمهات لأطفال يعانون من التوحد ، واستخدمت مجموعة من الأدوات منها: استمارة البيانات الاجتماعية والديموجرافية والسريرية، ومقياس القلق، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الحياة، وتوصلت لعدة نتائج منها فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين المرونة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وتأثير ذلك على تقبلهم لأطفالهم ، انخفاض مستوي القلق والاكتئاب والتخلص من الكدر النفسي وصولا لجودة حياة أفضل بعد التطبيق البرنامج وفي القياس التتبعي.ودراسة **(Anna Pyszkowska et al,2023)** بعنوان فعالية العلاج بالتقبل والالتزام عبر الإنترنت وخارجها في تنمية المرونة النفسية والرحمة الذاتية ومرونة الأنا لدى أولياء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ،هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) لدى أولياء أمور الأطفال المصابين بالتوحد من خلال الحد من الأمراض النفسية، وتحسين جودة الحياة، وتنمية المهارات النفسية (المرونة النفسية، والرحمة الذاتية، والقدرة على التكيف ومرونة الأنا). وقد شارك فيها 60 مشاركًا تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات بشكل متساو المجموعة الأولى عرضت لعلاج (ACT) بشكل مباشر والمجموعة الثانية تعرضت لعلاج (ACT) عبر الأنترنت والمجموعة الثالثة ضابطة. كانت الدراسة شبه تجريبية في شكل تدخل (ACT) لمدة أربعة أسابيع. تم الحصول على ثلاث قياسات (خط الأساس، أسبوع واحد بعد التدريب، شهر واحد بعد التدريب). أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في مجال جودة الحياة ومستوى المهارات النفسية لدى أولياء الأمور المشاركين في تدريب (ACT)، واستمر هذا التحسن بعد أسبوع ثم شهر من انتهاء التدريب. ولم يفرق شكل المشاركة في التدريب بين المجموعتين بينما الأشخاص الذين لم يشاركوا في التدريب تميزوا بانخفاض جودة الحياة وانخفاض مستوى المهارات النفسية، وارتفاع شدة الاضطرابات النفسية. وأوصت الدراسة بإمكانية استخدام التدخل بهذا النوع من العلاج خاصة في الرعاية النفسية لأسر الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد، مع التركيز بشكل خاص على مجال تطوير المهارات النفسية واستخدام الأساليب العلاجية قصيرة المدى.

9-عرض نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أنه: " للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام فعالية في خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد" و للتحقق من صحة هذا الفرض تمّ استخدام (مربع معامل إيتا)(n^2) لحجم الأثر مستعملا نتيجة اختبار (T-Test) للفرضية الأولى المتعلقة بمتغير الضغط النفسي الكلي والخامسة المتعلقة بمتغير جودة الحياة الكلي (المطبّق عليها القياس القبلي، والبعدي للمجموعة التجريبية) والنتائج المتحصّل عليها موضّحة في الجدول الموالي :

الجدول رقم (35) :حجم التأثير للبرنامج العلاجي.

المتغير	قيمة (T)	مربع معامل إيتا n^2	حجم التأثير
الضغط النفسي الكلي	34,95	0,99	حجم تأثير كبير
جودة الحياة الكلية	17,07−	0,97	حجم تأثير كبير

مع العلم أنّ معايير التأثير Size effect المعتمدة حسب Christopher (2006) كما يلي:

الجدول رقم (36) : معايير حجم التأثير (عن البارقي،2012،ص35)

معامل ايتا	حجم التأثير		
n^2	صغير	متوسط	كبير
	0.2	0.5	0.8

يتّضح من الجدول رقم (34) : أنّ قيمة مربع معامل إيتا (n^2) بلغت (0,99) في متغير الضغط النفسي وهي قيمة مرتفعة تدل على أنّ حجم تأثير البرنامج العلاجي المقدّم كبير.

وبلغت قيمته في متغير جودة الحياة (0,97) وهي كذلك قيمة مرتفعة تدل على أنّ حجم تأثير البرنامج العلاجي المقدّم كبير.

-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

التي تنص على أنه: " للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام فعالية في خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد"

وقد تحققت هذه الفرضية حيث كان حجم تأثير البرنامج العلاجي كبير مما يدل على فعاليته في خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لأفراد المجموعة العلاجية.

ويمكن تفسير نتائج فعالية البرنامج العلاجي في خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة في ضوء ما أحدثته الفنيات المستخدمة في تنمية المرونة في التفكير حيث يحتوي (ACT) على فنيات تعمل على تعديل علاقة الأفراد بأفكارهم والبحث عن أهداف في الحياة موجهة بقيم والسعي إلى تحقيق هدف ذو معنى يجذبهم للتفاؤل بالحياة ويجعلها تستحق أن تعاش مهما كانت الظروف. وهذا ما تم مع عينة الدراسة الحالية، حيث ساهمت التدريبات التي

استفادت منها عضوات المجموعة التجريبية على تنمية مشاعر الوضوح لديهن، من خلال فك الاندماج مع افكارهن وخبراتهن السلبية واكتسبن رؤية جديدة للتعامل مع الخبرات والأفكار السلبية، وأصبحن يمتلكن المقدرة على إدارة المواقف المختلفة والاستبصار بمكونات الموقف، وكذلك المقدرة على استيعاب المعنى من وراء أي خبرة سلبية عايشنها نتيجة وجود طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت اليه العديد من الدراسات السابقة التي اعتمدت على العلاج بالتقبل والالتزام في خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فقد **أشار عبد الستار(223:1998)** الى أن معالجة الضغوط النفسية لا تعني التخلص منها بل التعايش الإيجابي معها ومعالجة نتائجها السلبية أو تجنبها واستبعادها من حياتنا، فتواجدها في حياتنا أمر طبيعي، ولكل منا نصيبا منها ولكن بدرجات متفاوتة، ووجودها لا يعني المرض بقدر ما يعني أننا نعيش ونتفاعل مع الحياة ونحقق طموحات معينة. حيث تعبر الاستجابات النفسية عن مواقف حقيقية يدركها الشخص.

ولقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج كل من **دراسة (Montgomery ,2015)** بعنوان أثر العلاج بالتقبل والالتزام على أولياءالأطفال المصابين بالتوحد بكاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية بحثت هذه الدراسة في التغيرات التي قد يحدثها العلاج بالتقبل والالتزام على أولياء أمور أطفال التوحد وكان ذلك على عينة تتكون من (57) ولي لديهم أطفال مصابين بالتوحد مقارنة بمجموعة تشارك في مجموعة علاجية سلوكية، وأخرى لا تشارك في أي برامج علاجية، وتم استخدام المنهج شبه التجريبي الغير متكافئ واستخدمت أدوات استبيان ديموجرافي، واستبيان تقيم المتدرب ، ومقياس جودة الحياة ومؤشر إجهاد اأابوين، ومقياس الاكتتاب، وتوصلت الدراسة إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام كان له تأثير كبير على تغيير جودة الحياة عبر مستويات العلاج، وخفض كل من الضغوط والاكتئاب وأوصت الدراسة باستخدام هذا النوع من العلاج لتمكين أولياء أمور اطفال التوحد بالتفاعل بشكل كامل وهادف مع أطفالهم، و**دراسة (Asih et al ,2019)** سعت إلى التحقق من فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض مستوى الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة النفسية لدى أمهات أطفال طيف التوحد، ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق برنامج علاجي مكون من (12) جلسة على عينة قوامها (10) من أمهات أطفال طيف التوحد ذوات المستوى المرتفع من الضغوط، وخلصت نتائج الدراسة إلى خفض مستوى الضغوط لديهن بعد تطبيق البرنامج العلاجي، كما تحسنت لديهن بعض إستراتيجيات التعامل مع الضغوط كالقدرة على التحكم في المشاعر السلبية، والقدرة على التعامل مع الاحداث غير السارة، بالإضافة الى تحسن بعض مؤشرات جودة الحياة لديهن. وعليه فان العلاج بالتقبل والالتزام يعد تدخل علاجي يعزز الرفاهية ويقلل من الضيق عن طريق زيادة المرونة النفسية والقدرة على التحمل. بدلا من محاولة التحكم فيما يفكر أو يشعر به الشخص. (Zhang.et al,2017).

-الاستنتاج العام:

هدفت دراستنا الحالية إلى الكشف عن فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي يستند على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام في خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وانطلاقا من أهمية الموضوع وأهدافه وللإجابة عن تساؤلاته والتحقق من فروضه، قمنا بتحديد الاجراءات المنهجية المتبعة في البحث، وتم التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياسي البحث مقياس الضغوط النفسية، ومقياس جودة الحياة وبناء البرنامج العلاجي حيث شمل البرنامج العلاجي على (20) جلسة، ومر تطبيقه بأربع مراحل وهي: المرحلة التمهيدية تليها المرحلة التدريبية وهي مرحلة تطبيق التقنيات العلاجية، ثم المرحلة التقييمية ويكون التقييم من خلال القياس البعدي و المرحلة الأخيرة وهي المرحلة التتبعية التي تم فيها التأكد من استمرار فعالية البرنامج من خلال القياس التتبعي، وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على التصميم شبه التجريبي الذي يعتمد على مجموعتين تجريبية وضابطة، وتم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي اعتمدت الباحثة في بناءه واختيار فنياته وأساليبه على ما جاءت به نظرية العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) والتي تهدف إلى زيادة المرونة النفسية وتدعيم القدرة على التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل كلي وواع مع المداومة على السلوك أو تغييره بما يحقق الأهداف وذلك باستخدام ست عمليات أساسية هي:(التقبل، فك الاندماج المعرفي، الاتصال باللحظة الحالية، الذات كسياق، القيم، الالتزام). بالإضافة الى مجموعة من الفنيات والأساليب المساعدة كالمحاضرة، النمذجة، القصة، المناقشة، التعزيز والواجب المنزلي، وبعد جمع البيانات ومعالجتها احصائيا توصلنا الى النتائج التالية:

-توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.

-لا توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة.

-توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

-توجد فروق في متوسطات درجات الضغوط النفسية (الكلية والفرعية) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية.

-توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.

-لا توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة.

–توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

–توجد فروق في متوسطات درجات جودة الحياة (الكلية والفرعية) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية.

–للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وانطلاقا من النتائج السابقة يتضح أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح القائم على فنيات العلاج بالتقبل والالتزام حقق الأهداف المرجوة حيث انخفضت درجات الضغوط النفسية وتحسن مستوى جودة الحياة لدى افراد المجموعة التجريبية في القباس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، كما استمرت فعاليته بعد مرور ثلاثة أشهر من تطبيقه (فترة المتابعة)، ويرجع ذلك الى العمليات التي يقوم عليها العلاج بالتقبل والالتزام والتي ترفع من المرونة النفسية وتجعل الأفراد يعيشون حياة ثرية وذات معنى مهما كانت الظروف، بالإضافة الى الدعم المعلوماتي والمساندة الاجتماعية التي كان لها دور في دعم الأمهات وتبصيرهم بمشكلاتهم. وعليه يمكن القول أن البرنامج العلاجي المقترح والذي يستند الى نظرية العلاج بالتقبل والالتزام ترك أثرا إيجابيا على أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وحسن من صحتهن النفسية من خلال خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة، كما يمكن أن نرجع فعالية البرنامج العلاجي الى عدة عوامل منها ابداء أفراد المجموعة التجريبية الرغبة والحاجة الى العلاج النفسي بسبب المعاناة التي يعشنها في ظل اضطراب أطفالهن، واظهار تجاوبهن ومشاركتهن الفعالة من خلال المناقشة والحوار أثناء الجلسات العلاجية، بغية التعرف أكثر على خصائص اضطراب طيف التوحد والبحث عن الأساليب التي تسهل التعامل مع أطفالهن للتخلص من الضغوط التي يعانين منها، كما أسهم العلاج الجماعي كأسلوب فعال في تقوية الروابط بين أفراد المجموعة وتنمية العلاقة العلاجية المبنية على التراحم والتعاطف والتقبل والاصغاء، هذا ما دفع أفراد المجموعة الى الادلاء بأفكارهن والتعبير عن مشاكلهن ومعانتهن، بالإضافة الى المرونة التي يتسم بها العلاج بالتقبل والالتزام حيث ساعد الأمهات على التعامل مع المشاعر والأفكار السلبية المرتبطة بإعاقة أطفالهن، وتحديد أهداف وخطط تتوافق مع قيمهن، وزيادة مستوى تقبل اضطراب اطفالهن وحل مشاكلهن دون الهروب منها واخفائها مما يزيد مستوى الرضا عن حياتهن.

خاتمة

خاتمة:

يعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية التي مازال يحيطها كثير من الغموض في كافة جوانبها فالطفل التوحدي عاجز عن التواصل والتفاعل مع الآخرين فهو لا ينمو بشكل طبيعيً، كما يعاني من سلوكيات مضطربة ومزعجة هذا ما يسبب العديد من المشاكل للقائمين على رعايته، حيث تعاني أسرته من ضغوط بدرجة عالية على مختلف الأصعدة النفسية والاجتماعية والمادية. فاضطراب طيف التوحد يؤثر على الأسرة بشكل عام وعلى الأم بشكل خاص حيث تعاني أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من العديد من الضغوطات النفسية التي ترتبط بكثير من المتغيرات التي تتداخل مع إعاقة الطفل كالحالة النفسية للأم، المستوي الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة، وتقبل اعاقة الطفل أو عدم تقبلها من جانب الأسر، فأم طفل التوحدي تعيش العديد من التحديات وتقوم بالكثير من التضحيات حيث تكرس كل جهدها ووقتها ومالها على أمل أن ترى طفلها يتحسن وهذا ما يسبب لها ضغوطا نفسية عالية إضافة إلى تحملها مسؤولية العائلة ككل الى جانب رعاية طفلها التوحدي الذي يحتاج الى المساعدة والمراقبة والرعاية على مدار اليوم والساعة فهي بذلك تبذل جهدا مضاعفا ومشقة كبيرة، كما تعاني غالبا من عدم تقبلها في التجمعات العائلية والاجتماعية بسبب تصرفات طفلها فتلجأ الى الانعزال وقطع العلاقات حتى مع أقرب الناس اليها، واحيانا سماعها مالا يرضيها من أفراد المجتمع والمقربين إليها عن حالة طفلها حيث تصل الأمور الى اتهامها بأنها السبب في إصابة طفلها فتعاني بذلك من الوصمة، كل هذه العوامل وغيرها تؤثر على الأم مع مرور الوقت وتصبح في حالة عدم التوافق والتوازن النفسي مما يجعلها تشتكي من اضطرابات نفسية وأمراض نفسجسدية، ولهذا أصبحت ضرورة التدخل من أجل تقديم الدعم والمساندة والتكفل بأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ضرورة ملحة، حتى يستطعن التغلب على ما يعانينه من صعوبات ومشكلات، وقد اهتمت الدراسة الحالية ببناء وتطبيق واختبار فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي يستند على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام لتخفيف الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد أثبتت الدراسة استنادا الى نتائج الفرضيات فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى الأمهات المشاركات كما حافظ البرنامج على المكاسب العلاجية وفقا لما أظهرته القياسات التتبعية. وعلى الرغم من النتائج الإيجابية والمهمة التي توصلت اليها الدراسة تبقى في اطار حدود بشرية ومكانية وزمنية محدودة، الا أنها تمثل نقطة عبور هامة تفتح أفاقا لمزيد من الأبحاث والدراسات.

التوصيات: في ضوء النتائج التي توصلت اليها الدراسة يمكن تقديم مجموعة من الاقتراحات:

-ضرورة الاهتمام بفئة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد نظرا لما تعانيه من مشكلات جديرة بالبحث.

-توفير الدعم المعلوماتي من خلال اعداد برامج تثقيفية وتدريبية لأولياء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حتى يتسنى لهم فهم خصائص الاضطراب بشكل دقيق، والتعامل مع مشكلات أطفالهم بطرق صحيحة وهادفة.

– ضرورة انشاء مراكز خاصة مدعمة تهتم بأطفال التوحد بشكل خاص وكذلك تهتم بتقديم الدعم النفسي والمساندة لأسرهم لأن اضطراب طيف التوحد لا يقتصر على معاناة الطفل لوحده وانما تتعدى انعكاساته السلبية الى كافة أفراد الأسرة.

–التركيز على تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للأمهات اللواتي يعانين من التحديات الإضافية مثل الفقر وعدم التوفر الاجتماعي، حتى يتم تحسين جودة حياتهن وحياة أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد.

– تدريب المستشارين والمعالجين على العلاج القائم على التقبل والالتزام لتحسين مهاراتهم في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لأمهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

–تشجيع الجمعيات والمؤسسات المعنية برعاية الأطفال اضطراب طيف التوحد على توفير برامج إرشادية وعلاجية مماثلة لزيادة تقبل الأمهات لإعاقة أطفالهن وتخفيف الضغوط النفسية لديهن.

–دعم الأبحاث المستقبلية في هذا المجال، لتوسيع فهمنا لمدى فاعلية العلاج القائم على التقبل والالتزام في خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات من أجل تحسين مستوى جودة حياتهن.

–الاهتمام بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي بما في ذلك العلاج بالتقبل والالتزام لدعم ومساعدة أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة، وخاصة أولياء ذوي اضطراب طيف التوحد نظرا لأهمية هذا النوع من العلاجات وفعاليتها المثبتة بالتجربة.

–ضرورة ادراج التكفل النفسي بالمرافقين والراعين(الاولياء،الاخوة،المربين) لذوي اضطراب طيف التوحد، لأنهم يعدون أكثر متضرر من تبعات هذا الاضطراب الى جانب المصاب به وذلك بشكل فعلي ومستمر.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- ابن المنظور محمد بن مكرم (1993): لسان العرب، دار المعارف القاهرة.
- ابن منظور. (2007): لسان العرب. دار المعارف.
- أبو السعود نادية إبراهيم.(2009): الطفل التوحدي في الأسرة .مؤسسة حورس الدولية. الإسكندرية.
- أبو العطاء غادة صابر. (2015). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أمهات الأطفال الذاتوية، "دراسة إكلينيكية". مجلة التربية الخاصة والتأهيل، مج 2.
- أبو حلاوة محمد السعيد.(2013): المرونة النفسية ماهيتها ومحدداتها وقيمتها الوقائية. إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية الالكترونية.
- أبو عون، ضياء (2014). الضغوط النفسية وعلاقتها بالدافعية للإنجاز، وفاعلية الذات لدى عينة من الصحفيين بعد حرب غزة، رسالة ماجستير الجامعة الاسلامية بغزة ، فلسطين .
- أبو ندى عبد الرحمان (2007): الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى طلبة جامعة الازهر بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس كلية التربية، جامعة الازهر، غزة، فلسطين.
- احمد ابراهيم . (2020): *التوحد بين ضرورة التشخيص المبكر وصعوباته .المجلة الاجتماعية القومية.* المجلد السابع والخمسون. العدد الثاني. ماي .
- أحمد حسن محمد الليثى.(2020): *المتانة العقلية وعلاقتها بالدافعية الأكاديمية وأساليب مواجهة الضغوط لعينة من طلاب جامعة حلوان*.مجلة البحث العلمي في التربية.المجلد 21 الجزء السادس . للعدد 6.الصفحة 139-185.
- احمد نايل العزيز .(2009): التعامل مع الضغوط النفسية (ط.(1) . دار الشروق للنشر والتوزيع.
- أحمد نايل الغرير. (2018): *فاعلية تقييم وتشخيص أطفال التوحد في الوطن العربي من وجهة نظر الخبراء والاختصاصين* . جامعة أم القرى – المملكة العربية السعودية. مجلة كلية التربية بينها. المجلد29 العدد 115.ج .1.ص1-30.
- أحمد نايل الغرير، بلال أحمد عودة.(2009م): سيكولوجية أطفال التوحد. مصر . دار الشروق.
- أحمد يحيى خولة (2008): ارشاد اسر ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة الثانية، دار الفكرة صان.

- أسامة فاروق السيد الشربيني.(2011):التوحد، الأسباب التشخيص العلاج. دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان الأردن.
- الأطرش رمضان كامل ولاء ربيع مصطفى . حلمي جيهان أحمد (2021): *فعالية برنامج إرشادي لتعزيز الصمود النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد*. مجلة كلية التربية ببني سويف. ص 636-669.
- إكرام بنت بكر بن سعيد ، مرضية بنت محمد البرديسي.(2019).*جودة الحياة الأسرية لدى المسنين في المجتمع السعودي وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية* دراسة ميدانية بمكة المكرمة /مجلة أفاق جديدة في تعليم الكبار.مجلة آفاق جديدة في تعليم الكبار. المادة 11، المجلد 25 .العدد 25، ص. 507-554.
- إلهام عبد الجليل إبراهيم جمعة.(2024): التكامل الحسي وعلاقته بالانتباه لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة. المجلد7.العدد31.
- أمال إبراهيم الفقي. (2016): *فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم*. مجلة الارشاد النفسي، المجلد47،47 ، الجزء الثاني،ص94-136.
- أماني صلاح عبده السخري.(2021): فعالية برنامج تدريبي تخاطبي في خفض المصاداة وأثره على التواصل اللفظي لدى أطفال اضطراب التوحد. رسالة ماجستير في التربية . جامعة المنصورة.
- أنعام هادي حسن.(2013).الذكاء الإنفعالي وعلاقته بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية.ط1. دار صفاء للنشر و التوزيع.الاردن.
- أنيس إبراهيم منتصر، عبد الحليم الصوالحي، عطية أحمد، محمد خلف الله.(2004): المعجم الوسيط العربية. تم الاسترجاع من ج 1، بدون بلد النشر مجمع اللغة موقع
- إيمان عباس الخفاف(2019). الضغوط النفسية.دار غيداء للنشر والتوزيع. ردمك
- إيمان عبد الوهاب محمود .(2010).*المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية الناشئة عن عمالة الأطفال بالمجال الزراعي*". مجلة دراسات عربية في علم النفس، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية – رانم، المجلد التاسع العدد(3). القاهرة.
- بدر إبراهيم. (2017): الطفل الذاتوي تشخيص وعلاج. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

- بشرى إسماعيل أحمد أربوط. (2019):*فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تنمية مقومات الشخصية القوية والهناء النفسي لدى معلمات المرحلة الثانوية دراسة مقارنة بين التطبيقين التقليدي وعبر الإنترنت للبرنامج.* المجلة التربوية. العدد1.ص.36-63.

- بشرى عناد مبارك (2010)، *جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج*، مجلة كلية الآداب، العدد (99).

- البطاينة أسامة محمد، الجراح عبد الناصر ذياب.(2009): علم نفس الطفل غير العادي ط2. دار الميسرة . عمان. الأردن.

- البطي، أمنة أشتيوي أحمد (2018)، الضغوط النفسية للمطلقات وأساليب مواجهتها، ط1، مركز الكتاب الأكاديمي.

- بكر جوان (2013)، جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين. ط1، عمان، دار حامد للنشر والتوزيع.

- البلوي نادية. (2018): فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى الأنشطة الفنية في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وخفض السلوك النمطي لدى أطفال التوحد في الأردن. رسالة دكتوراه .جامعة عمان العربية.

- بوتي، شهرزاده برقيقة، يوسف .(2020). *رؤية نظرية في جودة الحياة المفهوم و الاتجاهات، أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة و التنمية المستدامة في الجزائر الأبعاد و التحديات*

- بورسعيد سعاد.(2020): فاعلية برنامج تدريبي يستند على تقنيات العلاج بالتقبل والإلتزام لرفع القدرة على المجابهة الإيجابية لدى أمهات الأطفال المعاقين. أطروحة معدة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علوم التربية تخصص التربية الخاصة والتعليم. جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

- بوسعدية ياسين ،عماد بن نوي .(2019) .الضغط النفسي لدى عينة من أميات الأطفال المتوحدين رسالة ماجستير غير منشورة).جامعة البويرة الجزائر.

- بوعامر نعيمة .(2022) .جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد (دكتوراه)، جامعة غرداية، الجزائر.

- بوعمامة حكيم هوادف رابح .(2019): *جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا و علاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية*، المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية ، (6)، 135-159

- بوفج، وسام (2018). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري .(دكتوراه)، جامعة محمد خيضر، بسكرة الجزائر

- بوقطاف عقيلة ،حفظ الله رفيقة.(2023):*الحاجات الارشادية لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد* ,دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للإعاقة الذهنية بموزاية ولاية البليدة. مجلة المعيار.المجلد 14 العدد 1.

- بيان بنت صويلح بن جنيدب الخالدي.(2018) :*التطور التاريخي لمفهوم اضطراب طيف التوحد "المسببات والتشخيص"*. مجلة البحث العلمي في التربية. العدد19.ص .126-142.

- تايلور ، شيلي ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكر داود (2008): علم النفس الصحي ، عمان ، دار الحامد للتوزيع والنشر.

- تغريد غبد الرازق شنيب.(2017).الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.مجلة القراءة والمعرفة.المجلد23 العدد 255,97-124.

- ثامر حسين علي السميران ،عبد الكريم عبد الله المساعيد.(2014).سيكولوجية الضغوط النفسية و أساليب التعامل معها.دار الحامد للنشر والتوزيع. الأردن.

- ثامري سعيد . (2019).أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد : دراسة ميدانية بمدرسة أطفال التوحد وذوي الإحتياجات الخاصة ببوسعادة. رسالة ماجستير. علم النفس العيادي. جامعة محمد بوضياف المسيلة.

- الجارحي سيد. (2016): فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة: رسالة ماجستير.

- جبالي، صباح. (2013): الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بعرض داون. رسالة ماجيستير منشورة جامعة باتنة الجزائر.

- جسام سناء احمد (2009)، فاعلية برنامج ارشادي عقلاني لتحسين جودة الحياة وبعض التغيرات المرتبطة لدى عينة من المسنين، أطروحة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عودة محمد عبد الله.(2015).بناء مقياس جودة الحياة لدى المعلمين و المعلمات العاملين في وزارة التربية و التعليم الأردنية.رسالة ماجستير.جامعة مؤتة.الاردن.

- الجلبي سوسن شاكر. (2015). التوحد الطفولي : أسبابه – خصائصه – تشخيصه – علاجه. دمشق .دار رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.
- الجمالي فوزية عبد الباقي ومحمود هويدة حنفي .(2010): *فاعلية الذات المدركة ومدى تأثيرها على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة من المتوفقين والمتعثرين دراسيا.* مجلة الاكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد 01 ، العدد 01.
- جمعه سيد يوسف (2007) إدارة الضغوط، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، جامعة القاهرة
- جوليا، روتر .(1984) :علم النفس الإكلينيكي. ترجمة محمود عطية مصر: دار الشروق
- الجوهري هناء محمد (1994)، المتغيرات الاجتماعية والثقافية المؤثرة على نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينيات، دراسة ميدانية عل عينة من الاسر بمدينة القاهرة، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة.
- حسام أبو زيد. (2016): التوحد لغز نبحث عن إجابته. الإسكندرية. دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- حسام محمود زكي نهلة فرج الشافعي الرفاعي مصطفي خليل محمود. أحمد جمال الشريف . أحمد سمير صديق. (2019): المرجع الحديث في الإرشاد والعلاج النفسي الجشطلتي – البنائي الذاتي – المعرفي التحليلي الواقع – القبول والالتزام). مصر. الاسكندرية دار التعليم الجامعي.
- حسن عايدة شكرى .(2001) :ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات دراسة مقارنة". رسالة ماجستير .جامعة عين شمس مصر.
- حسن مصطفى عبد المعطي (2005)، الارشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر. المؤتمر العلمي الثالث، الانماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، كلية التربية جامعة الزقازيق.
- حسن مصطفى عبد المعطي. (2006)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- حسن مصطفى عبد المعطي.(2005) .الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر. المؤتمر العلمي الثالث: الإنماء النفسي وا ثابت نضال .(2003). ضغوط العمل وعلاقتها بالاتجاه نحو مهنة التدريس لدى المعلمين بمحافظات غزة .رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة فلسطين.

- حسين جميل الطهراوي (2008). الضغوط النفسي وطرق التعامل معها في القران الكريم ،المؤتمر العلمي الأول للقران الكريم ودوره في معالجة قضايا الأمه ،مركز القران الكريم والدعوة الإسلامية ،كلية أصول الدين ،الجامعة الاسلامية ،غزة .
- حمدان محمد .البلوي فيصل. (2018): مدخل إلى اضطراب طيف التوحد النشأة والتطور – الأسباب التشخيص والتدخل. (ط1). دار وائل للنشر. عمان. الأردن.
- حنان مجدي (2009) المساندة الاجتماعية وعلاقة بجودة الحياة لدى مرضى السكري. رسالة ماجستير جامعة الزقازيق.
- الحوامدة أحمد محمود. (2019): الأساليب التربوية والتعليمية للتعامل مع اضطراب التوحد. عمان. دار
- الخالدي عطاالله. (2008).قضايا ارشادية. دار صفاء للنشر عمان .
- خطاب محمد.(2018): سيكولوجية الطفل التوحدي : تعريفها – خصائصها تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجي. (ط2). عمان. دار الثقافة.
- خطوط، سميرة. (2019). مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد. (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة محمد بوضياف بالمسيلة كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.
- الخطيب جمال .الصمادي جميل ،الروسان فاروق .الحديدي منى . يحيى خولة . الناطور ميادة .الزريقات إبراهيم . العمايرة موسى , السرور ناديا. (2013). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة. دار الفكر.
- الخفاف ايمان .(2017) .السلوكيات الذكية عادات العقل التي تقود إلى أفعال انتاجية. ط.1. دار الإعصار العلمي. الأردن.
- خليفة وليد .الغصاونة يزيد .الشرمان وائل. (2013): التوحد بين النظرية والتطبيق. دار الفكر.
- الخولي هشام (2019): إلى أين نتجه مع الأوتيزم؟ آمال وتوقعات استراتيجيات لتحطيم جدار الصمت. مجلة كلية التربية، جامعة بنها
- الخولي هشام عبد الرحمن .(2017): الأوتيزم (التوحد) الايجابية الصامتة، استراتيجيات لتحسين أطفال الأوتيزم. القاهرة.دار النهضة المصرية

- دالي ناجية .(2013).الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة في الميدان التعليمي وعلاقته بالقلق. دراسة ميدانية بولاية سطيف.رسالة ماجستير. علم النفس العيادي. جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2.

- الدهني، غفران غالب أحمد .(2018) :*جودة الحياة لدى طالبات كلية التربية في جامعتي اليرموك وحائل* .مجلة العلوم التربوية (11) 279-302

- ديفيد فونتانا (1994) الضغوط النفسية تغلب عليها وابدأ الحياة، ترجمة حمدي الفرماوي، ورضا أبو سريع، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

- دينا صلاح الدين ابراهيم معوض. (2017) .جودة الحياة المدركة وعلاقتها بالكمالية المعرفية لدى طلاب كلية التربية فى ضوء بعض المتغيرات.مجلة تطوير الأداء الجامعي.المجلد 5العدد 2ص

- رابح شليحي.(2021): اضطراب طيف التوحد – من خلال التقارير الدولية – (2008 الى 2021) مراجعة تحليلية في محتوى رسائل الأمين العام السيئة الأمم المتحدة. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية جامعة زيان عاشور بالجلفة الجزائر. المجلد 6- العدد الثاني .193-210.

- الرابطة الأمريكية للصحة النفسية. (2009): الطريق إلى المرونة النفسية. ترجمة محمد السعيد أبو حلاوة مراجعة: محمود فتحى عكاشة. كلية التربية بدمنهور. جامعة الإسكندرية.

- راجا، شيلا .(2019): دليل عملي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطرابات كرب ما بعد الصدمة. ترجمة محمد نجيب الصبوة. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

- الراسبي خميس. (2006): *تجربة وزارة التربية والتعليم في تعزيز جود حياة المتعلمين بمدارس السلطنة . وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة* . جامعة السمطان قابوس .

- رأفت عبد الرحمن محمد. (2010): *برنامج مقترح من منظور العلاج بالقبول والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضي بأمراض مزمنة*. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية . جامعة حلوان (127).ص 35-76.

- رزيقات ضرار محمد. الخمرة حاتم أنس. (2019): القدرة التنبؤية لعوامل الضغط النفسي والاكتئاب في نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن. قسم الإرشاد والتربية الخاصة كلية العلوم التربوية الجامعة الأردنية. الأردن.

- رشدي سلوى. (2017): فاعلية برنامج قائم على مفاهيم نظرية العقل في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة. رسالة دكتوراه, كلية التربية. جامعة عين شمس.

- رشوان بهجت محمد .(2019): *استخدام العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد في الحد من مشكلات النفسية الاجتماعية لمرضي الفشل الكلوي*.مجلة الخدمة الاجتماعية الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين العدد (62) الجزء (3) .ص 31-81
- الرشيدي ، هارون توفيق (1999) : الضغوط النفسية، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة .
- رضا مسعودي .(2010).مؤشرات الضغط النفسي لدى المعلمين. دراسة مقارنة بين المعلمين في الجزائر ودبي.الوقاية والأرغنوميا.المجلد 4العدد 1ص 98-114.
- الروسان فاروق. (2016). أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة . دار الفكر.
- الرويلي منار محمود محي الدين، التل سهير ممدوح. (2018): *مستوى مشكلات التكامل الحسي لذوي اضطراب التوحد في محافظة العاصمة عمان من وجهة نظر المعلمين وطرق علاجها*. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية. جامعة عمان.
- ريتشارد بينيت جوزيف أوليفر. (2021*): العلاج بالقبول والالتزام*. ترجمة عمر صلاح سيد. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- رئيفة رحب عوض (2001) : ضغوط المراهقين و مهارات المواجهة ، مكتبه النهضة المصرية ، مصر ، بدون طبعه
- زروقي خولة .(2022).أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من بعض المشكلات لدى أمهات أطفال التوحد.اطروحة دكتوراه.جامعة وهران.
- الزريقات إبراهيم عبد الله. (2004): التوحد الخصائص والعلاج. عمان . دار وائل للنشر والتوزيع.
- الزغبي أمل عبد المحسن .(2017): أثر برنامج قائم على المرونة النفسية في تحسين فاعلية الذات الانفعالية وخفض قلق المستقبل المهني الطالبات الجامعة ذوات صعوبات التعلم الأكاديمية .مجلة البحث العلمي في التربية. كلية البنات للآداب والعلوم التربوية. جامعة عين شمس.
- زليخة جديدي.(2021).خطوات تطبيقية لتدريب الباحث في المنهجية.سامي للطباعة والنشر،الجزائر.
- زيد حسانين زيد عبد الخالق. (2019): اضطرابات النوم وعلاقتها بالاضطرابات الحسية والسلوك النمطي التكراري لدى عينة من أطفال التوحد. رسالة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس. كلية الآداب. جامعة أسيوط.

- زينب حسن يونس. (2019): أثر برنامج قائم على استراتيجية ليب" لتحسين المهارات اللغوية لدى أطفال اضطراب التوحد. ماجستير. كلية التربية. جامعة أسيوط. مجلة الإرشاد النفسي العدد 76.ج4.
- سالي دقة .(2013). الضغوط النفسية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى والدى الأطفال الأوتيزم . رسالة ماجستير(غير منشورة). جامعة غزة. .
- سالي دقة. (2013): الضغوط النفسية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى والدي الأطفال الأوتيزم. رسالة ماجستير.جامعة غزة.
- سامي موسى هاشم .(2001). جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة مجلة الإرشاد النفسي، العدد (13) 125-180.
- سايل حدة وحيدة (2009) بحث فعالية التدريب على حل المشكلة و على الاسترخاء في علاج المدمنين على المخدرات برنامج دزوريلا (Dzurilla) نموذجا، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2
- ستورا مجان بنجامين .(1997). الإجهاد أسبابه وعلاجه . ترجمة: أنطوان الهاشم، لبنان ، بيروت .منشورات عويدات .ص 06.
- السرطاوي زيدان والشخص عبد العزيز السيد.(1998): بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات الآباء المعوقين. دار الكتاب الجامعي. العين .الإمارات.
- سعاد كامل قرني. (2019) : *فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض قلق المستقبل المهني لدى طلاب شعبة التربية الخاصة*. مجلة كلية التربية جامعة أسيوط.23 (2).ص 234- 271.
- سعودي فطيمة الزهراء.(2022): تقييم فاعلية استراتيجيات تشخيص طفل طيف التوحد في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية والخاصة) .أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في فرع علم النفس تخصص تربية مختصة.جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2.
- سكريفة مريم ، (2008) ، استرتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالذكاء الانفعالي للمعلم ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، جامعة ورقلة ، الجزائر .
- سلامة عبد العظيم حسين وطه عبد العظيم حسين (2006) إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، الطبعة الأولي، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- سلامة، لطفي (2017) :مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بالتفاؤل لدى عينة من طلاب الجامعة مجلة كلية التربية. جامعة بورسعيد (21) ج 2 739-764 .
- سليمان عبد الرحمن سيد. (2001): إعاقة التوحد. مكتبة زهراء الشرق القاهرة مصر.
- السهلي عبد الله بن حميد .(2010). أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى. أطروحة دكتوراه. كلية التربية جامعة أم القرى المملكة العربية السعودية
- سوسن شاكر مجيد.(2010): التوحد أسبابه ، خصائصه تشخيصه علاجه.دار ديبونو للنشر والتوزيع .عمان. الأردن.
- السيد جارحي (2017): *استخدام القصة الاجتماعية كمدخل للتغلب على القصور في مفاهيم نظرية العقل لدى الأطفال التوحديين*. ورقة عمل مقدمة لمؤتمر التربية الخاصة بين الواقع والمأمول في الفترة من 15-16 يوليو ص 1329-1348
- سيد جارحي السيد يوسف .(2004) .فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين لخفض سلوكياتهم المضطربة. رسالة ماجستير، كلية التربية : جامعة عين شمس
- السيد سعد الخميسي. (2011) : دراسه بعنوان الضغوط الأسريه كما يدركها اباء وامهات الاطفال والمراهقين التوحديين مجله كليه التربيه بالمنصوره العدد 76 الجزء الأول.
- سيد عبد العظيم محمد. (2004). *فعالية التحليل بالمعنى في علاج خواء المعنى وفقدان الهدف في الحياة لدى عينه من طلاب جامعة الإمارات العربية المتحدة*.المؤتمر الثانوي الثالث عشر الإرشاد من أجل التنمية المستدامة للفرد والمجتمع مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 111-151.
- السيد عثمان فاروق (2008) القلق وإدارة الضغوط النفسية .القاهرة: دار الفكر العربي
- سيد محمد عبد العظيم .(2018): فاعلية برنامج للعلاج بالقبول والإلتزام في خفض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المعاقين بصريا دراسة سيكومترية : إكلينكية. رسالة دكتوراه، قسم علم نفس التربوي. كلية التربية. جامعة أسيوط.
- السيد، سعد الخميسي.(2011): *الضغوط الأسرية كما يدركها أباء وأمهات الأطفال والمراهقين التوحديين.* مجلة كلية التربية جامعة المنصورة، 27 (1).

- شارف مليكة .(2011) .مصادر الضغوط المهنية لدي المدرسيين الجزائريين دراسة مقارنة في المراحل التعليمية . رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الجزائر.
- الشاعر حاسم (2003) " ضغوط النفسية التي تتعرض لها المرأة الفلسطينية في محافظة قلقيلية نتيجة للعدوان الإسرائيلي أثناء انتفاضة الاقصى "، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة النجاح، فلسطين.
- شاهين عبد الستار رسلان.(2008). الضغوط النفسية لدي الفتيات المتأخرات زواجيا في المجتمعين المصري والسعودي : دراسة مقارنة.المجلة المصرية للدراسات النفسية
- الشخانبة، أحمد عيد مطيع.(2010).التكيف مع الضغوط النفسية .دار الحامد للنشر والتوزيع .ط.1عمان.الأردن.
- الشربيني السيد كامل منصور.(2003). *بعض المتغيرات المرتبطة بالضغوط النفسية والقلق والإكتئاب لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا*. دراسات عربية في علم النفس. القاهرة.
- شفيق ساعد .(2019). مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية.أطروحة دكتوراه في علم النفس.جامعة محمد خيضر بسكرة.
- شلوف ، محمد مسعود عبد العاطي .(2005) .مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض حدة الشعور بالاغتراب وما يرتبط به من ضغوط نفسية لدى الطلاب الجامعة الليبيين – رسالة دكتوراه غير منشورة) – تخصص صحة نفسية – معهد الدراسات والبحوث العربية. القاهرة.
- الشناوي ، محمد محروس وآخرون (1994) : مقياس بيك ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، مصر .
- الشهاري هناء إبراهيم .(2018) :اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي، مصر: مكتبة الانجلو مصرية.
- شيلي تايلور (2008) علم النفس الصحي ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر داود عمان دار الحامد للنشر والتوزي
- صابر فاروق محمد.(2018):فعالية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.مجلة كلية التربية .جامعة عين شمس.العدد 42 الجزء الأول.

- صالح أبو حطب (2006). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها كما تدركها المرأة الفلسطينية في محافظة غزة. رسالة ماجستير منشورة مجلة التقويم والقياس النفسي والتربوى، تصدر عن شبكة التربية العربية،12ص22-21.
- صالح سلوى. (2016): فاعلية برنامج قائم على مفاهيم نظرية العقل في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة. رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة عين شمس.
- صفية داحش ,(2017). *التدريب باستخدام المعينات البصرية والسمعية لتنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي لأطفال الأوتيزم* ، مجلة البحث العلمي في التربية (574) ،كلية البنات ، جامعة عين شمس.
- طايبي مريم .(2016).فعالية العلاج بالمعنى للتخفيف من الضغوط النفسية وقلق المستقبل لدى والدي الأطفال المعاقين ذهنيا. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الإرشاد والصحة النفسية. جامعة ابو القاسم سعد الله الجزائر.
- الظفيري، علي حبيب (2007) مظاهر وأسباب وأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة جامعة ذمار وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة اليمن. جامعة نمار العارضة.
- عادل عبد الله .(2014): مدخل الى اضطراب الذاتوية النظرية والتشخيص وأساليب الرعاية.القاهرة. الدار المصرية اللبنانية.
- عادل عبد الله محمد. (1999): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات . الزقازيق. مصر.
- عادل عبد الله محمد.(2022): اضطراب طيف التوحد تحليل نقدي ونموذج تصنيفي جديد. مجلة الطفولة والتطبيق القاهرة .دار السحاب.
- العازمي مناحي فهد (2009). الضغوط الأسرية كما تدركها أمهات الأطفال المعاقين دراسة مقارنة. رسالة دكتوراه غير منشورة معهد الدراسات العليا للطفولة قسم الدراسات النفسية والاجتماعية جامعة عين شمس.
- عامر طارق. (2015): الطفل التوحدي. عمان. دار اليازوردي.
- العبادي، رائد خليل. (2018): الذاتوية والسلوك النمطي. عمان .مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- عبد الستار ، إبراهيم (1998) د ط) الاكتئاب (اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه) . عالم المعرفة المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب الكويت.

- عبد السميع عزة محمد. (2017): التعلم المستند إلى المخ. مجلة دراسات في التعليم الجامعي. المجلد 6- العدد 4.
- عبد العزيز، أسماء. (2010). الضغوط النفسية المهنية لمعلمة رياض الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- عبد العزيز، مفتاح (2010). مقدمة في علم نفس الصحة. (ط (1) عمان.دار وائل
- عبد العظيم طه حسن (2006) استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية الاردن. دار الفكر العربي.
- عبد الفتاح أسماء. (2020): *فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين الصمود النفسي لدي الطلاب ذوي الاعاقة الجسمية والصحية الاصابة بمرض السكري في مرحلة التعليم الاساسي*. مجلة كلية التربية . جامعة سوهاج .ص40-74.
- عبد الفتاح عبد المجيد الشريف .(2012) : التربية الخاصة وبرمجها العلاجية . مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الفتاح، فوقيه أحمد وحسين محمد حسين. (2004): *دور العوامل الأسرية والمدرسية المنبئة بجودة الحياة لدي الأطفال ذوي صعوبات التعلم* المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية جامعة بني سويف.
- عبد اللا، محمد الصافي عبد الكريم.(2019).فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية و تحسين أساليب المواجهة الإيجابية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد : دراسة تجريبية – اكلينيكية.مجلة الإرشاد النفسي.المجلد 2019، العدد 57، ج.1 ص. 411-489.
- عبد الله الضريبي (2010): الضغوط النفسية و أساليب مواجهتها و علاقتها بالرضا الوظيفي ودافعية الانجاز، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية جامعة دمشق.
- العبد الله، فايزة غازي.(2014).إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية عند اليافعين في مدارس مدينة دمشق الثانوية.رسالة دكتوراه في الإرشاد النفسي. جامعة دمشق. كلية التربية . سوريا دمشق.
- عبد المقصود اماني عثمان تهاني (2007). الضغوط الأسرية والنفسية الأسباب والعلاج (ط.1) . مكتبة الانجلو المصرية.
- عبد المناف الجادري. أسيل الجادري.(2019): التوحد من ليو كانر إلى التصنيف الدولي الحادي عشر والأمريكي الخامس. المجلة العربية للطب النفسي2019 .النسخة .31 رقم 2. ص100-114.

- عبلة عبد الحميد أحمد (2022) . *استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالانحرافات الجنسية وتعاطى المخدرات*. مجلة الطفولة و التربية جامعة الإسكندرية.
- عبيد ماجدة بهاء الدين السيد . (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية ، عمان: دار صفاء.
- عثمان ، فاروق السيد (2001):القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة.
- عجاجة، صفاء أحمد أحمد.(2007).النموذج السببي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة. رسالة ماجستير. صحة نفسية . جامعة الزقازيق .مصر.
- العدل، عادل (2013) العمليات المعرفية وتجهيز المعلومات الإسكندرية، دار الكتاب
- عريس نصر الدين.(2017).استراتيجيات تكيف أطباء مصلحة الاستعجالات في وضعيات الضغط النفسي. دراسة ميدانية على عينة من الأطباء بالمستشفى الجامعي بتلمسان. اطروحة دكتوراه. جامعة ابي بكر بالقايد. الجزائر.
- عسكر على (2003) :ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق).ط3. القاهرة: دار الكتاب الحديث
- عسكر على.(2000).ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها ،الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق. دار الكتاب الحديث. القاهرة.
- عسكر علي. (2009). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- عصام نمر عواد. (2019): الأسرة وأطفالها ذوو الاحتياجات الخاصة . (ط2) .عمان. دار اليازوري.
- عطاء الله الخالدي .(2008).قضايا ارشادية معاصرة (ط.(1). دار صفاء للنشر والتوزيع.
- عطية اشرف محمد. (2011): *فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى امهات الاطفال المصابين بالاوتيزم*.مجلة دراسات عربية في علم النفس. المجلد 10 العدد 3.
- عفت مصطفى الطناوى. (2017): مناهج ذوي الاحتياجات الخاصة وأساليب تعليمهم ورعايتهم.القاهرة. مركز الكتاب للنشر.

- عماد أحمد حسن على، محمد عبد العظيم أحمد، محمد جلال محمد عبد العال.(2021): الخصائص السيكومترية لمقياس المهارات المعرفية على عينة من أطفال التوحد بمحافظة أسيوط. مجلة دراسات في مجال الارشاد النفسي والتربوي . كلية التربية . جامعة أسيوط .المجلد 4.العدد 4.

- العنزي سليمان تركي، أمال.(2004):أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية السيكوسومانية دراسة مقارنة. رسالة ماجستير غير منشورة قسم علم النفس جامعة الملك سعود المملكة العربية السعودية.

- العنزي، يوسف بن سطام (2015) مصادر الضغوط وأساليب المواجهة لدى مرضى القلب المزمن في ضوء المتغيرات الديموغرافية المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية عمان 8. (3)-487-511.

- عودة محمد عبد الله.(2015): بناء مقياس جودة الحياة لدى المعلمين و المعلمات العاملين في وزارة التربية و التعليم الأردنية.رسالة ماجستير .جامعة مؤتة.الاردن.

- عياد سعيد امطير، نجاة احمد الزليطني.(2015).الضغوط النفسيةعند أمهات أطفال التوحد.قسم الخدمة الاجتماعية – كلية الآداب قسم علم النفس – كلية الآداب – الزاويةجامعة طرابلس.

- غادة صابر أبو العطا .(2015): *الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أمهات الأطفال "الذاتوية"* دراسة اكلينكية ،مجلة التربية الخاصة والتاهيل المجلد (2)،العدد (8)،373-454.

- غانم، محمد حسن (2009). كيف تهزم الضغوط النفسية احدث الطرق العلمية لعلاج التوتر. القاهرة السلسلة الطبية. لتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق – مصر

- غانم، محمد حسن. (2015): الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية تأصيل نظري ودراسة ميدانية). مكتبة الانجلو المصرية.

- الغرير أحمد وأبو سعد أحمد. (2009). التعامل مع الضغوط النفسية. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع. غطاس.

- غزلان شمسي محمد الدعدي.(2009).الضغوط النفسية والتوافق الاسري والزواجي لدى عينة من اباء وامهات الاطفال المعاقين تبعا لنوع ودرجة الاعاقة وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية.جامعة ام القرى.السعودية.

- الغزيز أحمد، عوده بلال.(2009): سيكولوجية أطفال التوحد. مصر. دار الشروق.

- فاتح العبودي. (2007) .الضغط النفسي وعلاقته بالرضا الوظيفي .رسالة ماجستير غير منشورة جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر
- فاروق السيد عثمان .(2008).القلق وادارة الضغوط النفسية.مكتبة اسكندرية .مصر.
- فاطمة عبد الرحيم النوايسة.(2013).الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة. ط 1.دار المناهج للنشر والتوزيع.
- فايزة إبراهيم عبد اللاه أحمد.(2020): *فعالية برنامج بيكس المصور في تنمية بعض مهارات التواصل لأطفال اضطراب طيف التوحد*. مجلة الفنون والادب وعلوم الانسانيات والاجتماع. العدد 50. ص46-64.
- فتيحة فرج محمد عبيد. (2016): *تنمية مستوى الطموح لدى طالبة الجامعة لتحسين الشعور بالسعادة النفسية* مجلة البحث العلمي في التربية، العدد 17.
- فراطسة كريمة.ابن عبد المالك عبدالعزيز .(2022):الخدمات التي يقدمها الأخصائي الأرطوفوني التابع لوحدة الكشف والمتابعة لذوي الاحتياجات الخاصة دراسة ميدانية بوحدات الكشف والمتابعة برج بوعريج انموذجا.مجلة سوسيولوجيا. المجلد.5. العدد .2.ص167-183.
- الفهد ياسر بن محمود. (2016): *التوحد والحمية الغذائية الخالية من الكازيين و الغلوتين*. مجلة المنال الالكترونية .
- فوقية رضوان .(2015). مقياس المرونة النفسية كراسة التعليمات والاسئلة. القاهرة مكتبة الانجلو المصرية.
- فيصل ناصر حمدان. محمد أكرم. (2018): مدخل إلى إضطراب طيف التوحد : النشأة و التطور الأسباب التشخيص و التدخل.دار وائل عمان.
- قاسم رانيا. مصطفى دينا. (2016): اضطرابات النمو الشامل والمتلازمات لدى الأطفال. القاهرة. دار الجامعة الجديدة.
- قاصب بوعلام.(2021).المرشد في العلاج بالتقبل والالتزام.الموجة الثالثة من العلاجات السلوكية المعرفية،دار النهضة،الجزائر.
- القاضي خالد سعد سيد محمد.(2010): *فعالية برنامج إرشادي في خفض ضغوط الوالدية لدى والدي الأطفال التوحديين*.مجلة دراسات تربوية واجتماعية.المجلد.16.الإصدار 2.ص 271-239.

- قائمة المراجع العربية:

- القرالة عبد الناصر. التخاينة صهيب الضلا عين أنس.(2018): *فعالية برنامج إرشاد أسري في تنمية إدارة الذات وتقديرها لدى أمهات الأطفال التوحديين في محافظة الكرك*. مجلة جامعة النجاح للأبحاث للعلوم.
- قرني مصباح. (2018): فاعلية برنامج تيتش في تنمية بعض المهارات الاستقلالية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية. رسالة ماجستير في التربية .جامعة القاهرة، مصر.
- القريطي، عبد المطلب أمين. (2013)، إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم. القاهرة عالم الكتب.
- القصبي، فتحية، العربي (2014). *مدي تمتع الشباب الجامعي بالصلابة النفسية في مواجهه بعض الضغوط الحياتية المعاصرة*. الجزائر، المجلة الجامعية.
- القمش، مصطفي نوري .(2011): اضطرابات التوحد الأسباب التشخيص العلاج. دراسات عملية دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- قنديل شاكر. (2017): إعاقة الذاتوية طبيعتها وخصائصها. المؤتمر السنوي لكلية التربية. جامعة المنصورة " نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة " .
- قوعيش مغنية. (2019).*الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد دراسة وصفية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد بولاية مستغانم* .مجلة التنمية البشرية المجلد6العدد3ص62-77.
- قوعيش، مغنية. (2018). جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في ضوء بعض المتغيرات: دراسة وصفية لأمهات الطفل المعاق ذهنيا بولاية مستغانم . مجلة دراسات نفسية وتربوية: جامعة قاصدي مرباح – مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، 11 (1) .
- قيرود الطاهر. بركو مزوز (2021): *برامج التكفل باضطراب طيف التوحد بين الأهداف المشتركة والاختلاف في أساليب التدخل*. مجلة دراسات نفسية وتربوية الجزائر. المجلد 14. العدد 1 ص 19-214.
- لافي، باسم عطية.(2005): الضغوطات النفسية لدى زوجات الأسرى الفلسطينيين وعلاقتها ببعض المتغيرات .(رسالة ماجستير غير منشورة غزة كلية التربية الجامعة الاسلامية.
- لبد، معتز (2013). أساليب مواجهه ضغوط الحياه وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى طلبة كليات المجتمع المتوسطة بمحافظات غزة . رسالة ماجستير، جامعة الازهر غزة، فلسطين.
- لوشاحي فريدة. (2003): محاضرات في العلاجات النفسية: جامعة 20 أوت سكيكدة. الجزائر.

- لين هوروتيز.سيسل روست .(2016): مساعدة الأطفال ذوي الحركة المفرطة "دراسة في التكامل الحسي". ترجمة أمل محمود وثناء إبراهيم. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ماجدة السيد عبيد. (2012): مقدمة في إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع .عمان.
- مباركة ميدون.(2019): فاعلية برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي فيم تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم تخصص علم النفس العيادي .جامعة الجزائر2.
- مجدة السيد الكشكي. عبير محمد الضبان.(2014)*جودة الحياة الأسرية كمتغير وسيط في العلاقة بين الأمن الفكري وأحادية الرؤية لدى عينة من طلاب الجامعة السعوديين*.مجلة كلية التربية (أسيوط). المجلد 37، العدد 4، أبريل. ص .410-459.
- مجده السيد الكشكي ، عبير محمد الضبان.(2019).*جودة الحياة الأسرية كمتغير وسيط في العلاقة بين الأمن الفكري وأحادية الرؤية لدى عينة من طلاب الجامعة السعوديين*.مجلة كلية التربية (أسيوط). المجلد 37، العدد 4، أبريل. ص .410-459.
- مجدي خير الدين كامل خير الدين.علي صلاح عبد المحسن.أحمد عبد النعيم شحاته عبد الناصر.(2022): *الرياضة الدماغية لتحسين الانتباه المشترك لعينة من أطفال جامعة أسيوط طيف التوحد التربوي*. مجلة دراسات في مجال الإرشاد النفسي والتربوي . كلية التربية. جامعة أسيوط. المجلد 6- العدد4.
- مجمع اللغة العربية. (2004). المعجم الوسيط. ط (4). مكتبة الشروق الدولية https://waqfeya.net/search.php
- محمد الإمام، فؤاد الجوالدة.(2011).التوحد ؛ رؤية الأهل والأخصائيين.دار الثقافة للنشر والتوزيع
- محمد السعيد ابو حلاوة .(2024): العلاج المركز بالتقبل والالتزام العلاج بالتقبل والالتزام المركز : تدخلاً سلوكياً مختصراً وفعالاً. مقال: هيئة تحرير موقع الإرشاد السياقي Contextual Consulting تنسيق ابو حلاوة 2024. ابن المنظور محمد بن مكرم (1993)، لسان العرب، دار المعارف القاهرة.
- محمد رأفت عبد الرحمن .(2013): *برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة*. بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية . العدد .28 الجزء 1

- محمد سالم السيد .(2020).الضغوط النفسية وكبار السن. ط1.دارماستر للنشر والتوزيع.
- محمد عبد العاطي عبد الكريم شاكر.(2021): مستوى الكفايات المهنية لدى الطلاب المعلمين بقسم التوحد كلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة.رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علوم ذوي الاحتياجات الخاصة تخصص اضطراب التوحد. جامعة بني سويف.
- محمد كمال أبو الفتوح احمد عمر.(2019).*التحديات الوالدية والاحتياجات غير الملباة (غير المحققة) وإستراتيجيات مواجهتها لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد في مصر (دراسة وصفية استقصائية في ضوء بعض المتغيرات)*.مجلة العلوم النفسية والتربوية المجلد 5، العدد 1، الصفحات 12-39.
- محمد كمال ابوالفتوح.(2019).بناء وتقنين مقياس تقدير للمؤشرات السلوكية المنبئة بالموهبة لدى التلاميذ ذوي اضطراب التوحد.الملجة الأردنية في العلوم التربوية.المجلد 15.العدد4.ص399-417.
- محمد كمال. (2013): *فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المرونة الأسرية لدى أمهات أطفال الأوتيزم*. مجلة التربية الخاصة. كلية التربية. جامعة الزقازيق. (3). 12- 75.
- محمد كمال. (2013): *فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المرونة الأسرية لدى أمهات أطفال الأوتيزم*. مجلة التربية الخاصة. كلية التربية. جامعة الزقازيق. (3). 12- 75.
- محمد محروس الشناوي.(1994). نظريات الارشاد والعلاج النفسي دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
- محمد نجيب الصبوة: (2019): دليل عملي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطراب كرب ما بعد الصدمة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي. (2018):التوحد ووسائل علاجه .ط1. دسوق. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .مصر.
- مختار عمر. (2008): معجم اللغة العربية المعاصرة. ط1.عالم الكتب.
- مرسي هيام. (2017): فاعلية برنامج تدريبي للوظائف التنفيذية في خفض السلوك النمطي لدى الأطفال التوحديين وتحسين تفاعلهم الاجتماعي. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- المركز إبراهيم خليفة.(2019): *أطفال التوحد من وجهة نظر المشرفات بمركز تأهيل أطفال التوحد بالخمس* .مجلة التربوي. جامعة المرقب. كلية التربية. ليبيا. العدد 14 ص 148-172.

- مسعودي امحمد.(2015).بحوث *جودة الحياة في العالم العربي دراسة تحليلية.مجلة الباحث في العلوم الإنسانية و الإجتماعية*.المجلد7.العدد20.ص203-220.
- مصطفى عشوي.(2022).منهجية البحث العلمي.شركة الاصالة للنشر.الجزائر.
- مصطفى نوري القمش(2011): اضطرابات التوحد.عمان – دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- معمرية بشير (2020): *جودة الحياة تعريفاتها محدداتها مظاهرها أبعادها*، أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر – الأبعاد والتحديات، 04-05 فيفري 2020
- معهد الدوحة الدولي للأسرة.(2018): رفاه الأسر المتعايشة مع اضطراب طيف التوحد في قطر
- المعيدي عوض بن محبين سعيد. (2008): رسالة المؤشرات التشخيصية للذاكرة قصيرة المدى دراسة مقارنة بين أطفال التوحد والتخلف العقلي بمعهد التربية الفكرية بمحافظة جدة رسالة ماجستير جامعة ام القرى المملكة العربية السعودية.
- المغلوث فهد بن حمد. (2006): التوحد كيف نفهمه و نتعامل معه. مؤسسة حمد الخيرية .الرياض.
- ملحم، نسرين بيه. (2014): فاعلية برنامج تدريبي قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، رسالة دكتوراه.
- منصوري، مصطفى.(2017): الضغوط النفسية والمدرسية واستراتيجيات مواجهتها. ط1، عمان: دار أسامة.
- منى حسن عبدالله فرح (2009) الضغوط النفسية وعلاقتها باحتياجات أولياء أمور غير العاديين المعاقين حركيا بولاية
- مهيدة ومجبر.(2022). اشكالية الاحصاء و أهميته في استراتيجيات التكفل بذوي التوحد في الجزائر. المجلد 9.العدد1.ص328-348.
- الموسوي حسن .(1998).الضغوط النفسية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية.مجلد 12 عدد 47
- نادر عبد المقصود. (2018): فاعلية التكامل بين برنامجي TEACCH و PECS في تنمية مهارات التواصل على عينة من الأطفال الذاتويين. رسالة ماجستير في التربية قسم الصحة النفسية. كلية التربية.جامعة حلوان.مصر.
- نادية الأشقر.(1995). مصادر الضغط النفسي لدى النساء العاملات المتزوجات وغير المتزوجات في القطاع العام في الزرقاء.رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية العلوم التربوية .الجامعة الأردنية.

- ناصر سيد جمعة، مني أحمد محمد شعبان .(2019): فعالية العلاج بالتقبل والإلتزام في خفض مستوى ممارسة الألعاب الإلكترونية لدى المراهقين. دراسات تربوية ونفسية. كلية التربية. جامعة الزقازيق.ص105-293 .

- نانسى كمال صالح عيد.(2018).مقياس جودة الحياة.مجلة البحث العلمي في التربية.المجلد 19، الجزء 9 .ص 59-78 .

- نايف الزارع . يحيي فوزي عبيدات. (2016): الطلاب ذوو طيف اضطراب التوحد ممارسات التدريس الفعالة. دار الفكر ناشرون وموزعون.

- نايف بن عابد الزراع (2017) ، المدخل إلى إضطراب التوحد المفاهيم الأساسية و طرق التدخل 4، دار الفكر ، عمان ، الأردن.

- نايف علي ايبو.(2019).الضغوط النفسية. دار المعرفة للنشر والتوزيع. الأسكندرية .مصر.

- نجوان عباس محمد على همام .(2021): *برنامج قائم على نموذج التقبل والالتزام لتحسين الاتجاهات السلبية نحو الدمج في مرحلة رياض الأطفال* . مجلة التربية الخاصة والتاهيل . المجلد 12 العدد1-43.ص 149-243.

- نرمين محمود عبده.(2019): *فعالية برنامج تدريبي باستخدام أنشطة التكامل الحسى لتنمية بعض مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد*. مجلة الإرشاد النفسى.العدد 60 ، ج 1.

- نسيمة ملاك . (2018): الضغط النفسي وقلق الامتحان وعلاقة كل منهما بظهور السلوك العدواني لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي – دراسة ميدانية في ولاية تيزي وزو – نموذجا، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (ل، م، د) في علوم التربية، جامعة تيزي وزو، الجزائر.

- نعيمة بوعامر ،امال عبد الرحمان.(2021).*مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في ضوء بعض المتغيرات "دراسة ميدانية بولاية الاغواط* "مجلة البواحات للبحوث والدراسات المجلد 14 العدد1 1449-1473.

- نهال لطفي حامد سامى محمد هاشم عبد الناصر عامر. اعتدال حسانين. (2013): *أثر برنامج قائم على العلاج بالقبول والإلتزام في تنمية التجهيز الانفعالي لدى طلاب الجامعة.* مجلة كلية التربية بالإسماعلية. جامعة قناة السويس.

- النوايسة عبد الرحيم، فاطمة. (2013): الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة، ط1، عمان: دار المنهاج
- نوسه محمد بكر عبد الجيد.(2021).فعالية برنامج تدريبي قائم على استخدام الحاسوب لتحسين التماسك المركزي وأثره على التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.رسالة ماجستير في التربية التخصص صحة نفسية.كلية التربية – جامعة بنى سويف.جامعة الزقازيق.
- نوسه محمد بكر عبد الجيد.(2021): فعالية برنامج تدريبي قائم على استخدام الحاسوب لتحسين التماسك المركزي وأثره على التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. رسالة ماجستير في التربية التخصص صحة نفسية. كلية التربية . جامعة بنى سويف. جامعة الزقازيق.
- هالة شاهين عطية محمود .(2007): الحاجات النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية و المكفوفين والصم والعاديين، رسالة ماجستير.
- هلا السعيد. (2009): الطفل الذاتوي بين المعلوم والمجهول. دليل الآباء والمتخصصين. القاهرة.مكتبة الأنجلو المصرية.
- هيام فتحي صالح .(2021): *فعالية برنامج تدريبي قائم على مبادئ برنامج صن رايز في خفض السلوك النمطي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى ذوي اضطراب طيف التوحد*. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية العدد 3 ص 841-857.
- واكلي ايت مجبر بديعة.(2019): استراتيجيات مواجهة الضغوط والاكتئاب، دار المجدد .للنشر والتوزيع، سطيف الجزائر .
- وفاء علي الشامي. (2013): علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية. مكتبة الملك فهد. الوطنية. الرياض.
- الوكيل، سيد أحمد محمد.(2015).*الضغوط و الحاجات النفسية و الاجتماعية لدى عينة من آباء و أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا* . دراسة فارقة عبر حضارية. مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية. العدد 35 (31) . ص 129-206.
- ولاء حمادة عبد الشافي درويش .(2013): *جودة الحياة لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين*. المؤتمر الدولي الرابع بعنوان طفل اليوم أمل الغد كلية رياض الأطفال جامعة الإسكندرية، مجلد1، 53-64.

- ولاء رجب عبد الرحيم .(2016): الضغوط النفسية للمتفوقين وكيفية مواجهتها. القاهرة دار العلوم للنشر والتوزيع.
- ولاء رمضان محمد السيد. (2022): *الخصائص السيكومترية المقياس تقدير معلمات التربية الخاصة للمهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد*.مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية. المجلد 16.العدد10.
- وهيبة مهيدة ، مونية مجبر.(2022): *إشكالية الإحصاء واهميته في استراتجيات التكفل بذوي التوحد في الجزائر*. مجلة النص. المجلد 09 العدد 01.ص328-348.
- ياسمين فاروق كامل غالى.(2022): *برنامج قائم على أنشطة ليب لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد*. مجلة الإرشاد النفسي العدد 76. ج 4.
- يحيى خولة أحمد.(2013): إرشاد ذوي الحاجات الخاصة، دار الفكر العربي.
- اليرموك وحائل .مجلة العلوم التربوية (11) 279-302
- يوسف ابراهيم سليمان عبد الواحد (2010): سيكولوجية ذوي الإعاقة الحسبة، الطبعة الأولى، يتراك للنشر. القاهرة.
- يوسفي حدة .(2012) .فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية بعض المتغيرات الواقية من الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة. رسالة دكتوراه جامعة باتنة .
- يوسفي حدة.(2017). *الشعور بالتماسك النفسي كمورد صحي للوقاية من الضغوط النفسية*. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية – جامعة الشهيد حمة لخضر – الوادي. العدد 21 ص 53-71.

<u>المراجع الأجنبية</u>

Aftab, A. (2020). Analysis of Gut Microbiome Interactions in Autism Spectrum Disorder (ASD), Master Thesis, Faculty of Health and Life Sciences, 1-124.

Alaedein, J. M., & Al-Sharaa, F. K. (2020). The effect of group counseling in reducing parental stress and depression in jordanian mothers of children with autism. International Journal of Education and Practice, 8(3), 518-535.

Altiere, M. J., & Von Kluge, S. (2009). Family functioning and coping behaviors in parents of children with autism. Joumal of child and Family Studies, 18(1). 83.

Alzaeem, A.Y., Sulaiman, S.A.S. and Gillani, S.W. (2010): Assessment of the Validity and Reliability for a Newly Developed Stress in Academic Life Scale (SALS) for Pharmacy Undergraduates. Public Health, 2, 239-256.

Amaral D.G, Li. D, Libero. L. & al (2017), In Pursuit of Neurophenotypes: The Consequences of Having Autism and a Big Brain, Autism Research, vol10(5), pp: 711-722. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28239961/

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual Disorders, DSM-5, Fifth Edition. Washington, DC :Author.

Anat Levin et al..(2016). Sleep Problems in Young Children with Autism Spectrum Disorders : A Study of Parenting Stress, Mothers' Sleep-Related Cognitions, and Bedtime Behaviors.National Center for Biotechnology Information.roscience & Therapeutics .Volume 22, Issue 11. P. 921-927.https ://doi.org/10.1111/cns.12651

Anat Zaidman-Zait et al.(2017). Impact of personal and social resources on parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder.National Library of Medicine National Center for Biotechnology Information.

Andrea L Maughan, Yona Lunsky, Johanna Lake Jennifer S Mills,(2024), Parent, child, and family outcomes following Acceptance And Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. Kenneth Fung Lee Autism 28 (2), 367-380,

Angela Sim, Sharmila Vaz, Reinie Cordier, Annette Joosten. Dave Parsons. Cally Smit. (2018).Factors associated with stress in families of children with autism spectrum disorder.Developmental neurorehabilitation 21 (3), 155-165.

Anna Pyszkowska, Małgorzata Ewa Górnik- Durose,2023, Effectiveness of on-line and off- line Acceptance and Commitment Therapy in developing psychological flexibility, self-compassion and ego-resiliency in parents of children with Polish Psychological Bulletin, 156-167-156-167,

Annabelle, C. (2020). Acceptance and Commitment Therapy: Combining the Science and Soul of Psychotherapy. Master degree, Pacifica Graduate Institute.

Ansari AM, Ahmed MM .(2013).Epidemiology of autistic disorder in Bahrain: prevalence and obstetric and familial characteristics. Eastern Mediterranean Health Journal [Internet]. 2013;19(9):769- 774.

Asih, S. R., & Saraswati, I. (2019). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to Reduce Caregiver Strain in Mothers of Autistic Children. In 2nd International Conference on Intervention

Ayres, A.J,. (1972). Isensory Integration And Learning Disorder. Los Angles: Western Psychological Services, USA.

Baghdadli Amaria (2018), Les prises en charge progressent, Dossier Autisme: le choc des découvertes en neurosciences, Cerveaux et psycho, nº 105

Baker, Jed (2001). The Autism Social Skills Picture Book- Teaching Communication, Play and Emotion with Autism. USA. Future Horizons

Barbara Demeneix.2017.Toxic cocktail: how chemical pollution is poisoning our brains.Oxford University Press

Baron-Cohen, S., Leslie, a M., & Frith, U.(1985). Does the autistic child have a"theory of mind"? Cognition, 21, p37-4

Bashirian S, Karami M, Khazaei S, J. E. (2019). Predictors of quality of life for parents of children with autism disorders in Iran. Adv Hum Biol, 9, 11-108.

Beata Tick, Patrick Bolton, Francesca H & al (2016), Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol 57, issue 5, pp 585-595. https://onlinelibrary.wiley.com/ doi/pdf/10.1111/jcpp.12499

Behzad Behnouieh, Abbas Ali Hossein Khanzadeh, Iraj Shakrinia ,(2022),The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on Psychological Capital of Mothers of Children with Autism Spectrum DisordeJournal of Family Journal of Family Relations Studies 2 (6),

Bendig, E., Natalie, B., Andreas, S., Patrick, A & Harald, B. (2021). ACTonDiabetes a guided psychological internet intervention based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adults living with type 1 or 2 diabetes: results of a randomised controlled feasibility trial. BMJ Open 11:e049238. doi:10.1136/bmjopen-2021-049238.

Bennett, R., & Oliver, J. E. (2019). Acceptance and Commitment Therapy : 100 Key Points and Techniques. Routledge

Berbette, B. (2019). Emotion regulation as a possible mediate or between alexithymia and eating disorders. Unpublished master thesis, Saint Louis University.

Berkovits, L. (2016). Emotion Regulation in Children with Autism Spectrum Disorders: Individual Differences and Influence of Parental Emotion Scaffolding. University of California, Los Angeles, ProQuest Dissertations Publishing.

Beyza Kırca, Halil Ekşi.(2020).A mixed-method study exploring the effectiveness of acceptance and commitment therapy based group psychoeducation program on psychological flexibility.Spiritual Psychology and Counseling 5 (3), 355-375.

Bishop-Fitzpatrick, L., Minshew, N. J., Mazefsky, C. A., &Eack, S. M. (2017). Perception of life as stressful, not biological response to stress, is associated with greater social disability in adults with autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders, 47(1).

Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E, & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. Journal of anxiety disorders, 28(6), 612-624

Bluett, K.J. Homan, K.L.Morrison, M.E. Levin, M.P. Twohig.(2014).Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders : An empirical review.Journal of Anxiety Disorders, 28, pp. 612-624.http ://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008

Bogdashina, O. (2016). Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome: Different Sensory Experiences-Different Perceptual Worlds, Jessica Kingsley Publishers, London.

Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: A review of literature. Issues of Mental Health Nursing, 37(3), 53-63.

Bourne, L., Mandy, W., & Bryant-Waugh, R. (2022). Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. Developmental Medicine & Child Neurology, 64,691-699.

Bruchon Marilon-Schueitzer (2003): Robert Dantzes, Introduction:la psychologue de la santé.P.V.F. paris

Byrne, G., Ghrada, A., O'Mahony, T., & Brennan, E. (2021). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. Psychology Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 94, 378- 407. And

Carpenter L. (2013). DSM-5 autism spectrum disorder: guidelines criteria and exemplars. [Paper presentation]. AUCD Conference-Promoting inclusion. Retrieved from:

Caspani,, G., Kennedy, S., Foster, A & Swann, J (2019). Gut Microbial Metabolites in Depression: Understanding the Biochemical Mechanisms, Microb. Cell, Vol. 6, No. 10.

CDC. (2023). Autism Spectrum Disorder (ASD). Retrieved from Centers Disease Control and Prevention

Cécile Rattaz, Cécile Michelon, Herbert Roeyers, Amaria Baghdadli(2017).Quality of life in parents of young adults with ASD: EpiTED cohort.Journal of autism and developmental disorders47, 2826-2837.

Chaidi, I., & Drigas, A. (2020). Autism, Expression, and Understanding of Emotions: Literature Review. International Journal of Online and Biomedical Engineering (iJOE), 16(02), 94-111.

Chakraborti B, Verma D, Karmakar A & al (2016), Genetic variants of MAOB affect serotonin level and specific behavioral attributes to increase autism spectrum disorder (ASD) susceptibility in males, Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, vol 71,3,1 pp:123-136.

Charlop, M. H., Lang, R., & Rispoli, M. (2018). Play and social skills for children with autism spectrum disorder (1st ed.). Springer

Charrier, A., Tardif, C., & Gepner, B. (2017) Amélioration de l'exploration visuelle d'un visage par des enfants avec autisme grâce au ralentissement de la dynamique faciale: une étude préliminaire en oculométrie. L'Encéphale, 43(1), 32-40

Christina N Marsack, Tam E Perry,(2018),Aging in place in every community : Social exclusion experiences of parents of adult children with autism spectrum disorder,Research on aging 40 (6), 535-557.

Chuang, I-Ching; Tseng; Mei-Hui; Lu Lu; Shieh, Jeng-Yi; Cermak, Sharon A. (2014). Predictors of the health-related quality of life in preschool children with Autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. Vol. 8. pp. 1062-1070

Cidav, Z., Marcus, S.C., Mandell, D.S. (2012). Implications of childhood autism for parental employment and earnings. Pediatrics, 129,617-23.

Colman, A. M. (2015). A dictionary of psychology. Oxford quick reference. Communication Disorders, 46 (5):495-506,

Craig A. Foster and Sarenna M. Ortiz.(2017).Vaccines, Autism, and the Promotion of Irrelevant Research: A Science- Pseudoscience AnalysisFeature

Croft, P. (2015). A Single-case Neuropsychological Approach to Anxiety Reduction in an Adolescent with Autism Spectrum Disorder..

Dardas,L & Ahmad, M. (2011). Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with Autistic Disorder. Research in Develop- mental Disabilities.

Davis, H.(2021).bibliotherapy for depression: evaluating cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy approaches and examining the role of client choice. MASTEROF Science in Psychology, Utah State University. Logan, Utah.de Psiquiatria, 28 (1).

Dennison, P. (2010) Psychodynamic Staff Support Groups: Avoiding Burnout.

Derguy.C.Michel.G.Mballara.K.Scahill.L. Roux.S.. and Bouvard.M. (2015). Assessing needsin parents of children with autism spec- trum disorder: Acrucial preliminary step to target relevant issues for support programs. Journal of Intellectual & Developmental Disability.40 (2).156 166

Dominique Yvon, (2014), à la découverte de l'autisme, Dunod, Paris.

Donald W. Black& Jon E. Grant .(2014):DSM-5TM Diagnostic Criteria Reprinted from American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington. VA, American Psychiatric Association. p40-42.

Dwyer P. (2020). Issues with diagnostic assessments. Autistic Scholar. Thoughts On Autism, Neurodiversity, And More. Retrieved http://www.autisticscholar.com/issues-with-diagnostic-assessments/ from

Edelman, C., & Kudzma, E. C. (2021). Health promotion throughout the life span-e-book. Elsevier Health Sciences.

Elia, L., Valira, G., Sonnino, F., Fontana, I., Mammone, A., & Vicari, S. (2014). Alongitudinal study of the teach program in different settings: The potentailbenifets of low intensity intervention in preschool chlidren with autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders, 44 (3), 615-626.

Elizabeth Coe, Sonja V Batten, Eric C Meyer(2020),Acceptance-based behavioral therapy for PTSD,Emotion in Posttraumatic Stress Disorder, 545- 566.

Ensiyeh Jenabi, Saeid Bashirian, Salman Khazaei.(2017). Association between neonatal jaundice and autism spectrum disorders among children : a meta-analysis.Clin Exp Pediatr.

Escalona, A., Field, T., (2017). Brief Report: Imitation Effects on Children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorder, 23 (2),10-13.

Fatemeh Asadalah Salmanpour, Gholamreza Pasha,(2023) ,The effect of acceptance and acceptance therapy (ACT) on happiness, mental health and quality of life of mothers with autistic children Psychology of Woman Journal 4 (1), 81-89.

Felce, D., & Kerr M. (2013). Investigating low adaptive behaviour and presence of the triad of impairments characteristic of autistic spectrum disorder as indicators of risk for challenging behaviour among adults with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research, 57(2), 128.

Felce.D ,Kerr.M (2012).Investigating low adaptive behaviour and presence of the triad of impairments characteristic of autistic spectrum disorder as indicators of risk for challenging behaviour mong adults with intellectual disabilities,First published : 01. https ://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01524.x

Firth, U. (2017). Autism Scientific American. London: Merrill Publishing.

Flavia Marino et al ,2021 . The effect of acceptance and commitment therapy for improving psychological well- being in parents of individuals with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial, Brain Sciences 11 (7),

Flectcher, L & Hayes, S. (2005). Relation Frame Theory, Acceptance And commitment Therapy, And Functional Analytic Definition Of Mindfulness, Journal of Relational Emotive & Cognitive- Behavior Therapy, 23(4), 316-336.

Foxx, R. M. (2018). Applied Behavior Analysis Treatment of Autism: The State of the Art. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17(4), 821-834

Francisco J Ruiz, Diana M García Beltrán, Andrea Monroy Cifuentes.(2019). Single-case Experimental Design Evaluation of Repetitive Negative Thinking-Focused Acceptance and Commitment Therapy in Generalized Anxiety Disorder with Couple-related Worry.

Fry ling, M. J. (2018). The Impact of Applied Behavior Analysis on The Science of Behavior, Behavior and Social Issues, 19, 24-31.

Fundación Universitaria Konrad Lorenz. ColombiaInternational Journal of Psychology and Psychological Therapy 2019, 19, 3, 261-276. https ://draya-eg.org/2022

Gal, E., Gal-Mishael, R., Vissoker, R. E., Hedley, D., Bury, S. M., & Stolar, O. (2022). Eating challenges in children with autism spectrum disorder: Development and validation of the "Aut-Eat" Questionnaire (AEQ). Journal of Autism and Developmental Disorders, 52(2), 811-822.

Gary Byrne.Áine Ní Ghráda.Teresa O'Mahony.Emma Brennan.(2020). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice /Volume 94, Issue S2 / e12282 / p. 378-407.

Garzon, L(2012). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as an Alternative for Reducing Psychological Distress Experienced by Latino Parents of Children with Autism: A Pilot Study. Ph.D, Chicago School.

Gascon Line (2017), autisme: hypothèses étiologiques, Montréal, Centred'évaluation neuropsychologique et d'orientation pédagogique. https:// cenop.ca/troubles.comportement/troubles-spectre-autisme-tsa/autisme- hypotheses-etiologiques.php

Gaudiano, B. A. (Ed.). (2015). Incorporating acceptance and mindfulness into the treatment of psychosis: Current trends and future directions. Oxford University Press, USA.

Gentile, S. (2014). Risks of Neurobehavioral Teratogenicity Associated with Prenatal Exposure to Valproate Monotherapy: A Systematic Review with Regulatory Repercussions, CNS Spectr,. Vol.. 19, 305-315.

Gepner, B. & Féron, F. (2009). Autism: a world changing too fast for a mis-wired brain? Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 33, 1227-1242.

Gepner, B. (2005) Malvoyance du mouvement dans l'autisme: de la clinique à la recherche et à la rééducation URL:https://hal.archives-ouvertes.fr/hal- 00250052/document [archive].

Gernsbacher M.A. (2004) Autistics need acceptance not cure. www. Autis- tics.org/library/ acceptance.html.

Gernsbacher, M. A., Morson, E. M., Grace, E. J., Hickok, G., & Small, S. (2015). Language Development in Autism in Neurobiology of language

Gillette.J.& LeBlanc.L. (2007). Parent- implemented natural lan- guage paradigm to increase language and play in children with autism. Research in Autism Spectrum Disorders.1.247-255.

Godel, M., Robain, F., Kojovic, N., Franchini, M., Wood de Wilde, H., & Schaer, M. (2021). Distinct patterns of treatment response using the Early Start Denver Model with young children with autism spectrum disorder: a cluster analysis, medRxiv.

Goldman S (2019) Motor Stereotypies And Volumetric Brain Attentions In Children With Autistic Disorder,Research In Autism Spectrum Disorder,7,82-92.

Gong, Y., Du, Y., Li, H., Zhang, X., An, Y., & Wu, B. L. (2015). Parenting stress and affective symptoms in parents of autistic children. Science China Life Sciences, 58(10), 1036-1043.

Goodwin, M. S., Mazefsky, C.A., loannidis, S., Erdogmus, D., & Siegel, M. (2019). Predicting aggression to others in youth with autism using a wearable biosensor. Autism research, 12(8). 1286-1296

Gorden,(1993). PL Small Infection and immunity, Am Soc Microbiol.

Graziani Pierluigi et Swendsen Joel (2005): le Stress: Emotion et Stratégies d'adaptation, Armand Colin, paris.

Guang S, Pang N, Deng X & al (2018), Synaptopathology Involved in Autism Spectrum Disorder, Frontiers in Cellular Neuroscience, vol 12, Article 470.

Guzman, G., & Nunez, A. (2017). Analysis of applied behavior treatment for children with autism spectrum disorder. European Psychiatry, 41, S218.

Hacker, E. & Ferrans, C. (2013). Quality Of Life Issues In Research And Clinical Practice. In Radosevich.

Hadwin, J., Baron Cohen, S., Howline, P. And Hill, K.(2006) :Does Teaching Theory of Mind have an Effect on the Ability to Develop Conversation in Children with Autism? USA,. Journal Of Autism Disorders, 25(5). p25.

Haglund, N., Dahlgren, S., Råstam, M., Gustafsson, P., & Källén, K. (2021). Improvement of Autism Symptoms Afte.

Hall. E (2008). Objective- Based Education for Improving Executive Functions Reaching Children with Neurological Deficits. Ph.D. dissertation. Core Faculty, University Cincinnati.

Harris, R. (2009). ACT made simple: A quick-start guide to ACT basics and beyond. Oakland, CA: New Harbinger.Inwood.

Harris, R. (2009). Act Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitmet Therapy. Oakland, CA, United States. New Harbinger Publication.

Harris, R. (2009).ACT made simple : A quick-start guide to ACT basics and beyond. Oakland, CA : New Harbinger.p3.

Harris, R. (2019). ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy (2nd). Harbinger Publications.

Harris, R., & Aisbett, B. (2014). The illustrated Happiness Trap. Boston: Shambhala.

Harris.R.(2006).Embracing your demons : an overview of acceptance and commitment therapy.

Haute Autorité de Sante,(2018),Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent Méthode Recommandations pour la pratique clinique. -https ://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders.

Hayes, S. C. & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. Cliniacal Psychology: Science and Practice, 11, 249-254.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third Wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy, 35(4), 639 665.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy, 35(4), 639-665.

Hayes, S. C. Luoma J. B., Bond. F. W., Masuda A, & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. Behaviour Research and Therapy, 44(1), 1-25.

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically.

Hayes, S. Pistorello, J. & Bigen, A. (2008). Acceptance and commitment therapy: Model, data, and extension to the prevention of suicide. Brazilian Journal of Behavioural and Cognitive Therapy, 10 (1), 81-102.

Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (2012). Acceptance and commitment therapy: the Process & Practice of mindful change, 2nd Ed. New York: The Guilford Press.

Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2011). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press.

Hayes, S., Strosahl, K., Bunting, K., Twohig, M. & Wilson, K. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In S. Hayes & K. Strosahl (Eds.). A Practical guide to acceptance and commitment therapy, (PP1-30). New York: Springer Verlage.

Hayes, S.; Luoma, J.; Bond, F.; Masuda, A.& Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Psychology Faculty Publications

Hebbali, Y. (2019). Language Development in Children with Autism Spectrum Disorder: Case Study of Two Mental Disabilities Centers in Tlemcen. Doctoral dissertation.

Hochmann, J.,(2009) Histoire de l'autisme, Odile Jacob.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11(2), 213-218.

Honey, E., Hastings, R. & Mcconashie, H. (2005). Use of the Questionnaire on Resources and Stress (QRS-F) with parents of young children with autism. SAGE Publications and The National Autistic Society, 9 (3), 246-255.

Houghton, K., Schuchard, J., Lewis, C., & Thompson, C. (2013). Promoting child-initiated social-communication in children with autism: Son-Rise Program intervention effects. Journal of Communication Disorders, 46(5-6), 495-506.

Hsiao, Yun-Ju (2016). Pathways to mental health-related quality of life for parents of children with autism spectrum disorder : roles of parental stress, children's performance, medical support, and neighbor support. Research in Autism Spectrum Disorders. Vol. 23. Pp. 122-130.

Hus, Y., & Segal, O. (2021). Challenges Surrounding the Diagnosis of Autism in Children. Neuropsychiatric https://doi.org/10.2147/NDT.S282569 Disease and Treatment, 17.

Hyatt, K. (2007). Brain gym building stronger brains or wishful thinking.

Idoia, I., Eva, P., Enrique, E & Edurne, M (2021). The Effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness Group Intervention for Enhancing the Psychological and Physical Well-Being of Adults with Overweight or Obesity Seeking Treatment: The Mind & Life Randomized Control Trial Study Protocol. 18, 4396. https:// doi.org/10.3390/ ijerph18094396.

Ileto, K. (2016). Pragmatic language and its relation to executive functioning, adaptive functioning and attention-deficit/hyperactivity disorder in children with autism spectrum disorder [PhD dissertation]. Washington, DC: George Washington University.

Izadi, R., Asgari, K., Neshatdust, H. & Abedi. M. (2012). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Frequency and Severity of Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 14 (10), 107-112.

Jacqueline K & Krychiw, M.A.(2020). Evaluating an Acceptance and Commitment Therapy group intervention for suicidal individuals with emotional pain. PhD, Hofstra University Hempstead.

Jennifer, H.; Sammons, P.; & Di Mattie's, L.; (2018). Understanding Sensory Integration. ERIC Clearing house on disabilities and Gifted education Arlington VA.

Jensen, R. (2016). Pivotal response treatment as a tool to increase social interactions among children with autism. California State.

Jeong, J. B. (2011). The effect of psycho-motor play on motor and body perception competence for young children with developmental delays. Department of Special Education, University of Dankook, South Korea.

Jill T Levitt, Timothy A Brown, Susan M Orsillo, David H Barlow‹(2004) suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder Behavior therapy 35 (4), 747-766.

Joel Swendsen.(2004)Le stress: émotions et stratégies d'adaptation. Paris, Nathan

Johnson,Svihovec, B.(2017).Children With Autism Spectrum Disorder : Assessing t he Relationship Between Services Received and Quality of Life. University of California, Irvine, ProQuest Dissertations Publishing.

Julie Rochette, (2012). Le tress et L'épuisement chez les étudiants au doctorat en psychologie, comme exigence partielle du doctorat en psychologie (profile intervention). Université du Québec.

Julie, M. Petersen (2021). School-based Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents with Anxiety. Master of Science in Psychology, Utah state University Logan, Utah..

Jurado, M., B., & Rosselli, M. (2007). The Elusive Nature of Executive Functions: A Review of our Current Understanding. Neuropsychological Review, 17, 213-233.

Karen, H., Andreas, S., Rikard, K., Wicksell, T & Jens, J (2020). Feasibility of group-based acceptance and commitment therapy for adolescents (AHEAD) with multiple functional.

Karishma, K. (2020). Acceptance and Commitment therapy as a culturally competent therapy for hindus. PhD. Faculty of the College of Health & Human Services Widener University.

Kiln Ami (2006), Autism and Asperger Syndrome an overview Revista Brasileira.

Kim A Rosenberg, (2015): The Parent's Autism Sourcebook: Comprehensive Guide to Screenings, Treatments, Services, and Organizations, Skyhorse Publishing, Inc,p:22.USA.

Kirk D. Strosahl.(2012).The Mindfulness and Acceptance Workbook for Depression : Using Acceptance and Commitment Therapy to Move Through Depression and Create a Life Worth Living (A New Harbinger Self-Help Workbook).

Kirk, A. S. & Gallagher, J. J. (2012). Educating exceptional children, (13th edn.), MA. Boston: Houghton Mifflin Company.

Kodak, T., & Carroll, R. (2017). Substantiated and Unsubstantiated Interventions for Individuals with ASD. In Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder (17-40). Springer, Cham.

Kowalkowski, J. D. (2012). The impact of a group-based acceptance and tcommitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder.

Kuder, S. Jay. (2012). Teaching students with language and communication disabilities. Fourth edition. United states. Pearson.

Kuhn, J., Ford, K., & Dawalt, L. S. (2018). Brief Report: Mapping Systems of Support and Psychological Well-Being of Mothers of Adolescents with Autism Spectrum Disorders. Journal of autism and developmental disorders, 48(3), 940-946.

Lainé, F., Tardif, C., & Gepner, B. (2008) Amélioration de la reconnaissance et de l'imitation d'expressions faciales chez des enfants autistes grâce à une présentation visuelle et sonore ralentie [archive]. In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique (Aout; Vol. 166, No. 7, pp. 533-538)..

Laister, D., Stammler, M., Vivanti, G., & Holzinger, D. (2021). Social-communicative gestures at baseline predict verbal and nonverbal gains for children with autism receiving the Early Start Denver Model. Autism, 25(6), 1640-1652.

Lane, M. (2017). Acceptance And Commitment Therapy (ACT) Adapted For Use With Adolescents Of Veterans With PTSD. PhD, Widener University.

Larmar, S., Wiatrowski, S. & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications, Journal of Service Science and Management, 7, 216-221.

Larousse Définitions: Stress - Dictionnair de français Larousse .

Latefa Ali Dardas, Muayyad M Ahmad.(2014).Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with autistic disorder.Research in developmental disabilities 35 (6), 1326-1333

Laura C. Politte, Yamini Howe,.Lisa Nowinski,.Michelle Palumbo,.Christopher J. McDougle,.(2015).Massachusetts General Hospital, Lurie Center for Autism, Harvard Medical School, 1 Maguire Road, Lexington, MA 02421, USA

Lazarus R S & Folkman S. (1984) :Stress, Appraisal and coping. Springer New York.

Lazarus RS (1993): From psychological stress to the emotions: history of changing outlooks Annu Rev Psychol: (44):1-22.

Lazarus ,(1975).Confusion and controversy in the stress field.Journal of human stress 1 (2), 37-44, 1975.

Leblond.R, Delorme.R, Bourgeron Th (2018), Une maladie génétique? Les gènes expliquent 80% du tableau clinique, Dossier Autisme: le choc des découvertes en neurosciences, Cerveaux et psycho, nº 105, pp: 49, 50.

Lee Khuan ,AI-ORAN Haytham, Lim Poh Ying, Ola Hassouneh Iranian,(2022).Coping mechanism among parents of children with autism spectrum disorder :a review, journal of child neurology 16 (1), 9.

Leithead, S. S. (2012). Parenting a child with autism: Parental stress levels and autistic symptomo logy. Master Dissertation, The Adler school of professional Psychology, Retrieved from: ProQuest databases, UMI Number: 1548957.

Lenoir.P. (2006). Aspects psychopathologiques des troubles envahissants du développement Psychopathological features in the pervasive developmental disorders. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence,54,324-335.

Lev, A., & McKay, M. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A Clinician's Guide to Using Mindfulness, Values, and Schema Awareness to Rebuild Relationships. New Harbinger Publications.

Levin, A., & Scher, A. (2016). Sleep problems in young children with autism spectrum disorders: a study of parenting stress, mothers' sleep-related cognitions, and bedtime behaviors. CNS neuroscience & therapeutics, 22(11), 921-927.

Liang, S., Sabri, A, Q. M., Alnaijar, F., & Loo, C. K. (2021). Autism Spectrum Self-Stimulatory Behaviours Classification using al Coherency Deep Features and SVM Classifer. IEEE Access,

Limbert, Elizabeth Mary (2017). An evaluation of the effectiveness of the local early autism programme(leap), Universty of London, University College London (Uuited Kingdom), PrQuest Dissertations Publishing.

Little, L.M., Ausderau, K., Sideris J, and Baranek, G.T., (2015). Activity Participation and Sensory Features Among Children with Autism Spectrum Disorders, Journal of Autism Developmental Disorder. 45(9). 29-81.

Lonkar, H., (2014). An Overview of Sensory Processing Disorder: Use of Sensory Integration Theory, [Unpublished Doctoral dissertation]. Western Michigan University, US.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists (2nd ed, Revised ed.). New Harbinger Publications. Context Press.

Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M., Ladd-Acosta, C., Lee, B., Park, B., Snyder, N., Schendel, D., Volk, H., et al. (2017). The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders, Annu. Rev. Public Health, Vol. 38,81-102.

Maenner MJ, Shaw KA, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Esler A, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2018. MMWR Surveillance Summaries 2021;70(11):1-16. http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7011al.

Maher. GM, Dalman.C, O'Keeffe.GW & al (2020), Association between Preeclampsia and Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: An Intergenerational Analysis, Acta Psychiatr Scand..

Mahmoud ould Taleb. «Le spectre de l'autisme ». Office des publication universitaire, Algerie.

Malhora, A., K & Sharma, A.K, (2013). a study to assess the disability impact on parents of children with mental retardation studing in two special schools of delhi,kndian j Prev,soc, Med 44(1-2), PP.25-34.

Malwade M., Rokade P.& Nagarkar R., (2018). Effectiveness of brain gym activity on quality of life in autism spectrum Disorder, International J. of Healthcare and Biomedical Research, 6(2), 11-16.

Manina Urgolo Huckvale, Irene Van Riper, (2016): Nature and Needs of Individuals with Autism Spectrum Disorders and Other Severe Disabilities: A Resource for Preparation Programs and Caregivers, Rowman & Littlefield, P: 138.

Marsack, C. N., & Perry, T. E. (2018). Aging in place in every community: Social exclusion experiences of parents of adult children with autism spectrum disorder. Research on Aging, 40(6), 535-557.

Marshall M (2020), Autism's relationship to head size, explained, Spectrum, Autism Research News. https://www.spectrumnews.org/news/autisms: relationship-to-head-size-explained.

Masoumeh Salimi, Abed Mahdavi, Shahrbanoo Sepehr Yeghaneh ,Mawdsley, L (2020). Exploring Acceptance and Commitment Therapy and Psychological Processes in Carer Distress. PhD, University of Liverpool.

Matson,J & Sturmey.P. (2023). Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder, Autism and Child Psychopathology Series. Springer.

Matthew J Maenner et al. (2021).Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years,Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018.

Mawdsley, L (2020). Exploring Acceptance and Commitment Therapy and Psychological Processes in Carer Distress. PhD, University of Liverpool.

McDougle, C. (2016). Autism Spectrum Disorder (Vol. First edition). Oxford: Oxford University Press

McNeil, C., Quetsch, L., & Anderson, C. (2018). Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum. Springer.

Mead, J & Ashwood, P (2015). Evidence Supporting an Altered Immune Response in ASD, Immunology Letters, Vol. 163, No. 1. 49- 55.

Meiriawan S., Abdul Salim C., Hidayatulloh F.(2017). Decreasing tantrum of child with autism using brain gym European Journal of Special Education Research, 2, (2).Doi: 10.5281/zenodo.242907.

Meiss, E., Tardif, C., Arciszewski, T., Dauvier, B., & Gepner, B. (2015) Effets positifs d'une exposition à des séquences vidéo ralenties sur l'attention, la communication sociale et les troubles du comportement chez 4 enfants autistes sévères: une étude translationnelle.

Melnyk, B, (2001) Coping in Parents of Children Who are chronically ill, strategies for Assessment and Intervention, Journal for Pediatric Nursing, V27,N6.

Meta-analysis of receptive and expressive language skills in autism spectrum disorder. Research in AutismSpectrum Disorders, 9.202-222.

Michel an, (2010): the psychological effects of moderation, flexibility at the level of the load on the differences and outcomes of conscience and the letter submitted to the faculty of the Graduate School of Angelo State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science.published: 23 January 2019.doi: 10.3389/fpsyg.2019.00059.

Miedziun, P., & Czabała, J. C. (2015). Stress management techniques. Arch Psychiatry Psychother, 17(4), 23-31.

Mintz, M (2016). Evolution in the Understanding of Autism Spectrum Disorder: Historical Perspecti, Indian J Pediatr, Vol. 84, No. 1, 44-52.

Modabbernia, A.; Velthorst, E.; Reichenberg, A. (2017). Environmental risk Factors for Autism: An Evidence-Based Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses, Mol. Autism, Vol. 8, No. 13.

Montgomery, D. (2015). Effects of Acceptance and Commitment Therapy for Parents of Children with Autism. Ph.D, Walden Universi ty.

Morris, E. M., Johns, L. C., & Oliver, J. E. (Eds.). (2013). Acceptance and commitment therapy and mindfulness psychosis. Hoboken, New Jersey: Wiley-blackwell.

Morton Ann Gernsbacher, Michelle Dawson, Hill Goldsmith.(2005).Three reasons not to believe in an autism epidemic.Current directions in psychological science 14 (2), 55-58.

Mostafa Bouali, Hamid Oubakrime, Oum el kheir Abra. Hassan Jebbah Abdelilah Charvate.(2021).Les représentations sociales des cadres pédagogiques concernant la scolarisation des autistes.Revue de l'Administration de l'Education, 4-35, 2021.

Munno, R., Thomson, K & Pear,J. (2023). A Brief History of Contributions of Applied Behaviour Analysis to Autism Treatment.

Nader-Grobois Artice,(2020).comparative exploratory study between Belgique, French-Speaking Belgium and Quebec Processus d’ajustement et qualité de vie des parents d’un enfant ayant un trouble du spectre de l’autisme. Une étude exploratoire comparative entre la Belgique, la Belgique francophone et le Québ

Nathalie Nader-Grosbois.(2020).Chapitre 8. Troubles du spectre de l’autisme.Ouvertures Psy-LMD 2, 295-364.

National Autism Center. (2015). National Standards Project, Phase 2. http://www.nationalautismcenter.org.https://nationalautismcenter.org/national- standards/phase-2-2015.

Neveau C. Dionne (2010), la thérapie d'acceptation et d'engagement, verre quebécassé de psychologie.

Neveu.C,Frédérick Dionne.(2009).La thérapie d’acceptation et d’engagement : une approche novatrice.N 29,29-31.

NICE. (2017). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis: [A] Evidence review for factors and neurodevelopmental disorders that increase the likelihood of a diagnosis of autism spectrum disorder. UK.

Nikolaos, K., Mark A.Reinecke., Arthur F. (2010). Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice, The Guilford Press.

Noriega, G. (2021). Brain Functional Connectivity Dynamics in Autism in the Context of Restrictive, Repetitive and Stereotyped Behaviors. International IEEE/EMBS Conference on Neural Engineering (NER), 359-363.

O'Donoghue, E. K., Morris, E. M. J., Oliver, J. E., & Johns, L. C. (2018). ACT for psychosis recovery: A practical manual for Group-Based interventions using acceptance and commitment.

Oei Tian PS, Kevin Bullbeck, Justine M Campbell‹‹(2004) Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression‹Journal of affective disorders 92 (2-3), 231-241.

Orsillo, S. & Batten, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Behavior Modification.

Orsillo, S. M. & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Behavior Modification, 29(1).95-129.

O'Shea, A., Holmes, C. H., & Engelhardt, P. E. (2023). A Parental-Report Questionnaire for Language Abilities and Pragmatics in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. Brain Sciences, 13(2), 196.

Oxford Advanced Learner's Dictionary at Oxford Learners Dictionaries.Com, n.d.)

Ozonoff, S., South, M., & Provencal, S. (2007). Executive functions in autism:

Parsons, L., Cordier, R., Munro, N., & Joosten, A. (2019b). A Randomized Controlled Trial of a Play-Based, Peer-Mediated Pragmatic Language Intervention for Children With Autism. Frontiers in psychology.

Philip, C. (1995); Abnormal Psychology. Los Angeles,. 11.University of California.

Phillips, K. A. & crino, R. D. (2021). Alexithymia and its relationship to Body image disorder in visually impaired adolescents. Journal of current opinion in psychiatry, (14), 113-118.

Pisula, E & Porębowicz-DoErsmann, A. (2017). Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. Plos One, 12(10) 1-19.

Pozo, P., & Sarriá, E. (2014). Prediction of stress in mothers of children with autism spectrum disorders. The Spanish Journal of Psychology, 17, Article E6.

Prizant, B. (2012). On the diagnosis and misdiagnosis of autism spectrum disorder. Autism Spectrum Disorder, 53-60.

Ranjan, S & Nasser, J (2015). Nutritional Status of Individuals with Autism Spectrum Disorders: Do We Know Enough?, American Society for Nutrition.

Rayan, A., & Ahmad, M. (2017). Psychological distress in Jordanian parents of children with autism spectrum disorder: The role of positive reappraisal coping. Archives of Psychiatric Nursing, 31(1), 38-42.

Rayana, Ahmad ; Ahmad, Muayyad (2016). Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents ofchildren with autism spectrum disorder. Research in Developmental Disabilities. Vol.55. pp. 185-196.

Rayana, Ahmad; Ahmad, Muayyad (2016). Effectiveness of mindfulness-based interventions on qualityof life and positive reappraisal coping among parents ofchildren with autism spectrum disorder. Research in Developmental Disabilities. Vol. 55. pp. 185-196.

Reichow, B., Hume, K., Barton, E. E., & Boyd, B. A. (2018). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). The Cochrane database of systematic reviews, 5(5),.

Reitzel.J.Summers.J.Lorv.B.Szatmari.P.Zwaigenbaum.L.Georgiade s.S.& Duku.E. (2013). Pilot randomized controlled trial of a Func- tional Behavior Skills Training program for young children with autism spectrum disorder who have significant early learning skill impairments and their families. Research in Autism Spectrum Disorders. 7(11).1418-1432.

RejaniThudalikunnilGopalan& Ellen Tiong Piking (2016). The Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) in autism, Gujarat Forensic Sciences University&University Malaysia Sabah, Imperial Journal of Interdisciplinary Research (IJIR)Vol-2, Issue- 9, 2016,P:456.

Richard Bates.(2018).France's autism problem – and its roots in psychoanalysis.

Richard S. Lazarus.(2006).Stress and Emotion.SPRINGER PUBLISHING COMPANY.PAPERBACK

Riva, V., Caruso, A., Apicella, F., Valeri, G., Vicari, S., Molteni, M., & Scattoni, M. L. (2021). Early developmental trajectories of expressive vocabulary and gesture production in a longitudinal cohort of Italian infants at high-risk for Autism Spectrum Disorder. Autism research official journal of the International Society for Autism Research, 1421-1433.14(7).

Rivolier J ,(1992): L'homme stressé .Puff Paris.

Robert, B.; Andrew, J.; Philip, K; Preston, V.; Gordan,.12 D. (1992); The Merck manual of diagnosis and therapy. Merck Research Laboratories.

Robinson, A. M. (2018). Let’s talk about stress: History of stress research. Review of General Psychology, 22(3), 334–342

Rodriguez, A. N., Hernandez, Y., Guzmán, G., Martinez, M. J., Jimenez, M ;Rodriguez, G.R. (2017). Examining the Relations Between Psychopathology and Social skills in Children with ASD: University of California Riverside.

Rogers, S. J., & Dawson, G. (2020). Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement. Guilford Publications.

Routledge. Benson, P. R. (2018). The impact of child and family stressors on the self-rated health of mothers of children with autism spectrum disorder: Associations with depressed mood over a 12-year period. Autism, 22(4), 489-501.

Ruiz, F. (2010). A review of acceptance and commitmenttherapy (ACT) empirical evidence: Correlation, experimental Psychopathology, component and outcome study. International Journal of Psychology Psychological therapy, 10 (1), 125-162.

Ruiz, F.; Beltran, D.; Cifuentes, A.& Falcon, J. (2019). Single-case experimental design evaluation of repetitive negative thinking- focused acceptance and commitment therapy in generalized anxiety disorder with couple-related worry. International Journal of Psychology and Psychology Therapy, 19 (3), 261- 276.

Ruiz,F. (2010).A review of acceptance and commitmenttherapy (ACT) empirical evidence : Correlation, experimental Psychopathology, component and outcome study. International Journal of Psychology Psychological therapy, 10 (1), 125-162.

Sacco. R, Gabriele.S, Persico. AM (2015), Head circumference and brain size in autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis, Psychiatry Research: Neuroimaging, vol 234, Issue 2, pp: 239-251. https://.

Sajdel-Sulkowska EM et.al. (2016): Autism: "Leaky Gut", Prematurity and Lactoferrin, Austin J Autism & Relat Disabil, Volume 2, Issue 3.

Sam Goldsteinand .Sally.(2018).Assessment of Autism Spectrum Disorder: Second Edition.Press.

Sankey.C.Derguy.C.Clément.C.Ilg.J. & Cappe.É. (2019). Sup- porting parents of a child with autism spectrum disorder: the French awakening. Journal of autism and developmental disor- ders. 49(3).1142-1153.

Selye, H. (1975). Implications of stress concept. New York State Journal of Medicine, 75(12), 2139-2145.

Servant.D & Parquet PJ.(1995):Stress, anxiété et pathologie médicales Ed masson. Paris.

Seznec, J. C. (2015). ACT:applications therapeutiques. Paris: Dunod.

Shawler, P. (2016). Does early intervention reduce the risk of future emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder. Oklahoma State University, ProQuest Dissertations Publishing.

Shields, C. (2017). ACT Made Lyrical. Retrieved from actmadelyrical.com.

Shimoda, Y., Ishizu, K., & Ohtsuki, T. (2018). The reciprocal relations be experiential avoidance and social anxiety among early adolescents: A prosp cohort study. Journal of Contextual Behavioral Science, 10, 115-119.

Singer, B.D& Bashir, A.S. (2007). What are executive functions and self- regulation and What do they have to do with language learning disorders? Language, Speech and Hearing services in schools, 30, pp 256-273.

Smart, Larene (2016). Parenting Self-efficacy in parents of children with autism spectrum disorder. Unpublished MA Thesis, Brigham Young University, Provo, Utah.

Smith, Deborah Deutsch. (2010). Introduction to special education:Making a difference. Sixth Edition. United States. Pearson. Smith JS, Weaver LL,

Smogorzewska, J., Szumski, G., & Grygiel, P. (2020). Theory of mind goes to school: Does educational environment influence the development of theory of mind in middle childhood?. Plos one, 15 (8), e0237524.

Smuzynski, H. (2015). Instructor Concerns Regarding Aggressive Behaviors in Children with Autism. The Chicago School of Professional Psychology, ProQuest Dissertations Publishing.

Soke, G. N., Rosenberg. S. A., Rosenberg, C. R., Vasa, R. A., Lee, L.-C., & DiGuiseppi, C. (2018). Self-injurious behaviors in children with autism spectrum disorder enrolled in the Study to Explore Early Development. Autism: The International Journal of Research and Practice, 22(5), 625-635.

Stefan G Hofmann, Gordon JG Asmundson.(2008).Acceptance and mindfulness- based therapy: new wave or old hat?Clinical psychology review 28 (1), 1-16.

Stora JB (1991): Le stress, Paris, puf Que sais-je ? Stress Noun-Definition, Pictures, Pronunciation and Usage Notes / Oxford Advanced Learner's Dictionary at Oxford Learners Dictionaries.Com, n.d.)

Strosahl k, Steven C Hayes, Kirk Strosahl (2004)Apractical guide to acceptance and commitment therapy Springer.

Strosahl, K. & Wilson, K,Hayes, S. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press.

Strosahl, K. D. & Robinson, P.J. (2017). The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living. New Harbinger Publications.

Stuart, Sutheriond. (1997). Macmillan Dictionary of psychology. The Macmillan press. LTD. London and Basing stake

Sullivan, K. A. (2013). The Early Start Denver Model: outcomes and moderators of an intervention for toddlers with autism. University of Washington (Doctoral dissertation).

Susan M Orsillo, Sonja V Batten.(2005).Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder Behavior modification .29 (1), 95-129, 2005

Tager-Flusberg, H. (2016). Risk factors associated with language in autism Spectrum disorder: Clues to underlying mechanisms. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 59(1), 143-154..

Tamis-LeMonda, C.S., Song, L., Fletcher, K.K. (2018). Language Development. In: Shackelford, T., Weekes- Shackelford, V. (eds) Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science. Springer, Cham.

Tan, S. Y. (2016). ACT for clergy and pastoral counselors: Using acceptance and commitment therapy to bridge psychological and spiritual care. New Harbinger Publications.

Tanja, H., Wingenbach, C., Ashwin, M., Brosnan. (2017). Diminished sensitivity and specificity at recognising facial emotional expressions of varying intensity underlie emotion-specific recognition deficits in autism spectrum disorders Research in Autism Spectrum Disorders, 34, 52-61.

Tardif, C., Gepner, B. (2014). Logiral [Application IOS et Android]. Paris: Auticiel.

Taylor, L., Swerdfeger, A., Eslick, G., (2014). Vaccines are not Associated with Autism: An Evidence-Based Meta-Analysis of Case- Control and Cohort Studies, Vaccine, Vol. 32, 3623-3629.

Terardo, M. (2017). Effect of Psychoeducation on Disorder Knowledge, Self-Awareness, Self-Esteem, and Social Communication Behaviors in Adolescents with High Functioning Autism. Hofstra University, ProQuest Dissertations Publishing.

Thompson E. Davis Lii, S. W. (2014). Handbook Autism And Anxiety. Springer Verlag.

Thompson, C., & Jenlóns, T. (2016). Training Parents to Promote Communication and Social Behaviour in Children with Autism: The Son-Rise Program. Communication Disorders Deaf Studies and Hearing Aids, 4 (1), 2249, bttps://doi.org/10.4172/2375-4427.1000147.

Till Grohmann, (2019), Corps et Monde dans l'Autisme et la Schizophrénie Tomchek, Scott D.; Little, Lauren M.; Myers, John; Dunn, Winnie. (2018). Sensory Subtypes in Preschool Aged Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, v48 n6 p2139-2147 .

Tung, Li-Chen ; Huang, Chien-Yu ; Tseng, Mei-Hui ; Yen, Hsui-Chen ; Tsai, Yu-Pei ; Lin, Yu-Ching ; Chen, Kuan-Lin(2014). Correlates of health-related quality of life and the perception of its importance in caregivers of children with autism. Research in Autism Spectrum Disorders. Vol. 8. Pp. 1235-1242.

Turkington, Carol (2007), The Encyclopedia Of Autism Spectrum Disorders. New York Facts On File.

Twohig, M. & Levin, M. (2018). Acceptance and Commitment Therapy as a University of South Florida

Twohig, M. (2012). Introduction: The Basics of Acceptance and Commitment Therapy. Cognitive and Behavioral Practice, 19, 499-507.

Twohig, M.& Hayes, S.k (2008). ACT Verbatim for Depression and Anxiety: Annotated transcripts for learning Acceptance and Commitment Therapy. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.

Two-year outcome of preschool children with autism and Asperger's syndrome. Americal Journal of Psychiatry 157, 1980-1987.

Usubini, A. G., Cattivelli, R., Giusti, E. M., Riboni, F. V., Varallo, G., Pietrabissa, G., & Molinari, E. (2021). The ACTyourCHANGE study protocol: promoting a healthy lifestyle in patients with obesity with Acceptance and Commitment Therapy a randomized controlled trial. Trials, 22(1), 1-10.

Van Wormer, K. S., & Link, R. J. (2015). Social welfare policy for a sustainable future: the US in global context. Sage Publications.

Vieno, A., Martini, C., Santinello, M., Dallago, L., &Mirandola. M (2020). The relationship between Body image and self-esteem, a comparative study between blind and sighted persons. Working Paper Series, (5), 1-17.

Vivanti, G., & Zhong, H. N. (2020). Naturalistic developmental behavioral interventions for children with autism. In G. Vivanti, K. Bottema-Beutel, & L. Turner-Brown (Eds), Clinical guide to early interventions for children with autism, 93-130.

Vivanti, G., Duncan, E., Dawson, G., Rogers, S. J., Vivanti, G., Zierhut, C., & Rogers, S. J. (2017). The Group-Based Early Start Denver Model: Origins, Principles, and Strategies. Implementing the Group-Based Early Start Denver Model for Preschoolers with Autism, 13-30.

Vogan, M, Vanessa. (2018). the development of executive function and working memory in children and adolescence with autism spectrum disorders, Vol. 6: 397-407.

Walsh, F. (1998). Strengthening Family Resilience, New York, NY: Guilford Press.

Wei, H., Chadman, K., McCloskey, D., Sheikh, A., Malik, M., Brown, W., Li, X. (2012). Brain IL-6 Elevation Causes Neuronal Circuitry Imbalances and Mediates Autism-like Behaviors, Biochim. Biophys. Acta, Vol. 1822, 831-842.

Wing, L. (1996) The Autistic Spectrum. London, Constable.

Xu, H., O'Brien, H., & Chen, Y. (2020). Chinese international student stress and coping: A pilot study of acceptance and commitment therapy. Journal of Contextual Behavioral Science, (15), 135-141.

Yang, H., Douglas.G, Monaghan, K. G & al (2015). De novo truncating variants in the AHDCI gene encoding the AT-hook DNA-binding motif- containing protein I are associated with intellectual disability and developmental delay, Cold Spring Harbor, Molecular case studies, 1(1).

Yarlagadda.A, Acharya.G, Kasaraneni.J & al (2019), Placental Barrier and Autism Spectrum Disorders: The Roles of Prolactin and Dopamine in the Developing Fetal Brain-Part II, Innovations in clinical neuroscience, 16 (11- 12), pp: 36-39. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7006862/

Zager, D. (2005). Autism Spectrum Disorder. Identification, Education, and Treatment (Vol. Third Edition). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E. Vaillancourt, T. Smith, I. M. Szatmari, P &Zwaigenbaum, L. (2017). Impact of personal and social resources on parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder. Autism, 21(2), 155-166.

Zampini, L., D'odorico, L., Zachi. P., Zollino, M., & Neri, G. (2012).Linguistic and psychomotor development in children with chromosome deletions, Department of Psychology, University of Milano-Bicocca.

Zeidan Jinan, Eric Fombonne, Julie Scorah, Alaa Ibrahim, Maureen S. Durkin, Shekhar Saxena, Afiqah Yusuf, Andy Shih, Mayada Elsabbagh.(2022).Global prevalence of autism : A systematic review update. Autism Research,Volume15,Lssue5.p778-790.https ://doi.org/10.1002/aur.2696.

Zuleyha Cidav et al. Pediatrics. (2012).Implications of childhood autism for parental employment and earnings.

APA. (2023). Autism spectrum disorder. Retrieved from American Psychological Association : https ://www.apa.org/topics/autism-spectrum-disorder.

قائمة الملاحق

الـجـمـهـوريـة الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة

تعهد

الإسم: .....عقيلة.....

اللقب: .....بوعشاش.....

المؤسسة: المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بوزارية - البليدة

موضوع البحث: فعالية برنامج سلوكي معرفي لتحسين الهفوط المستدة وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بتلف الكبد.

أتعهد :

- أن ألتزم باحترام الطابع السري للوثائق ، المعطيات و المعلومات التي ستوضع تحت تصرفي و أن لا أستعملها إلا في إطار البحث موضوع تربصي في مؤسستكم.
- أن أمنح وزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة نسخة من العمل المنجز.

مصادق عليه من طرف مصالح الجامعة

التوقيع المعني

قسم العلوم الاجتماعية
- 3 -

جامعة البليدة 2 – لونيسي علي–

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

مخبر الصحة النفسية، التربية، الموهبة والإبداع

شهادة مشاركة

تمنح هذه الشهادة إلى الطالب (ة): **بوقطاف عقيلة**

نظير مشاركته (ا) في فعاليات اليوم الدراسي العلمي تحت عنوان " أهمية علاج التقبل والإلتزام **ACT** في التدخلات النفسية " ، المنظم من طرف **مخبر الصحة النفسية، التربية، الموهبة والإبداع** بتاريخ: 08 مارس 2022 بكلية العلوم الإنسانية الإجتماعية، من طرف الأستاذ **قاصب بوعلام**.

مدير المخبر

الدكتور بوطفان محمد الطاهر

مدير مخبر

الملحق رقم(02)

شهادة تكوين

تقرر مؤسسة ناس HAPPY للاستشارات النفسية والتكوين المعتمدة

ان تمنح هذه الشهادة للسيد(ة): بوقطاف عقيلة

جزاء مشاركتها في التكوين المكثف في العلاج بالتقبل و الالتزام ** المستوى الأول ** ضمن ورشات متواصلة و التي تشمل التقنيات التالية :(مداخل نظرية TCR, المقابلة العيادية , الميكسافليكس, الياس الابداعي, المصفوفة في ACT , تمارين اليقظة الذهنية)

وهذا في 3/4 جوان 2022مع متابعة عن بعد لمدة ستة اشهر متواصلة.

DR. GACEB BOUALEM
PSYCHOLOGUE
& PSYCHOTHÉRAPEUTE
TCC & TCC 3ème VAGUE

لا تستعمل هذه الشهادة الا بموجب قوانين اخلاقيات المهنة العالمي



**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية **

وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة

ولايـــة البليـــدة

مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن

المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بموزاية

شهادة شكر وتقدير

بمناسبة تنظيم المركز النفسي البيداغوجي بموزاية ليوم تحسيسي في 2022/04/17 خاص بأمهات أطفال التوحد تمنح شهادة شكر وتقدير للسيدة: بوقطاف عقيلة على مجهوداتها المبذولة، ومساهمتها الفعالة في تنظيم وإنجاح هذه المناسبة.

دمتم سندا لذوي الاحتياجات الخاصة.

مديرة المركز

هدى شرفي

موزايـة في : .....

المديرة.....

الملحق رقم (03)

-الملحق رقم (04): استمارة المعلومات

نرجو منكم الإجابة على الأسئلة بشكل صريح ونعلمكم عن سرية المعلومات.

لقب الطفل:.....

تاريخ الميلاد:.....

الجنس:.....

عدد الاخوة:.....

ترتيبه بين الاخوة:.....

يعاني من أمراض:.....

متى تم اكتشاف الإعاقة (سن الطفل):.....

هل تم التكفل بالأم من قبل :.....ماهي جهات التكفل :..... .....

سن الام :.....في أي سن ولد الطفل التوحدي .....

المستوى الدراسي للأم :.....

مهنة الام:.....

هل تعاني من أمراض مزمنة :.....

المستوى الدراسي للأب :.....

مهنة الأب :.....

طبيعة السكن:. .....

موقع السكن:.....

المستوى المعيشي لأسرة: ضعيف.....متوسط.....جيد.....

الوضعية الاجتماعية للأم :متزوجة .....مطلقة.....أرملة.....

رقم الهاتف:.....

الملحق رقم (05): مقياس الضغوط النفسية

الرقم	العبارة	مطلقا	نادرا	قليلا	كثيرا	دائما
01	اشعر بالخمول والكسل وعدم الرغبة في النشاط					
02	اشعر بالتعب والارهاق عقب أي نشاط					
03	اعاني من صعوبة في النوم					
04	أحزن وابكي لأبسط الأسباب					
05	لا اشعر بأية متعة في حياتي					
06	اشعر بضيق في التنفس بدون سبب					
07	اتعرض لاضطرابات في دقات القلب دون سبب واضح					
08	اعاني من صداع دون سبب واضح					
0ç	لا أستطيع التحكم في اعصابي واثور لأبسط الأسباب					
10	الوم نفسي بشدة على ابسط الأشياء					
11	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات					
12	اشعر بفقدان الشهية					
13	اشعر بالضيق والاختناق في وجود الاخرين					
14	اشعر بالإحباط وعدم الرغبة في الحياة					
15	اشعر بالإلام في مفاصلي دون سبب واضح ى					
16	يصعب عليا تذكر الأشياء ولو بسيطة					
17	اعاني من اضطرابات في الهضم					
18	اشعر بالقلق معظم الوقت					
19	اعاني من الالام في معدتي					
20	اعاني من الإمساك تارة ومن الاسهال تارة أخرى					
21	اشعر ان اسرتي مهددة بالانهيار بسبب ابني التوحدي					
22	اشعر ان حياتي قد تحطمت بسبب قدوم ابني التوحدي					
23	اشعر ان الاخرين ينظرون الى نظرة دونية بسبب ابني التوحدي					
24	اشعران اقاربي يتجنبون التعامل مع اسرتي بسبب ابني التوحدي					
25	اشعر ان أصدقائي قد تخلو عني بسبب ابني التوحدي					
26	اعتقد ان وجود طفل توحدي في الاسرة يعد كارثة كبيرة لها					
27	ان اصطحاب ابني خلال العطلة يفسد على متعتي					
28	اشعر ان كل ما نفعله مع ابننا التوحدي يعد جهدا ضائعا					
29	تزعجني كثرة التعليمات والتوجيهات التي يتعين اعطاؤها لابني التوحدي					
30	يؤلمني ان ابني التوحدي لن يكون امتدادا طبيعيا لأسرتي					
31	ينتابني شعور باني سبب إعاقة ابني التوحدي					
32	اشعر ان الوضع الاجتماعي يعاني بسبب وجود طفل توحدي					

33	اعتقد انه لا جدوى من محاولة تعليم ابني التوحدي والو مهنة بسيطة					
34	يؤلمني احجام الناس من اسرتنا بسبب ابني التوحدي					
35	يواجه ابني التوحدي صعوبة كبيرة في الفهم					
36	يصعب على ابني التوحدي تركيز الانتباه لفترة طويلة					
37	اشعر ان ابني لديه صعوبات في التعلم					
38	اشعر ان ابني التوحدي لا يستطيع الاعتماد على نفسه					
39	انزعج عندما يقوم ابني بسلوكيات غير مهذبة او غريبة					
40	يصعب على ابني التوحدي التعامل مع اقرانه					
41	يصعب على ابني التوحدي التكيف مع افراد اسرته					
42	يقلقني عدم القدرة على ضبط سلوك ابني التوحدي					
43	لا يستطيع ابني التوحدي التعبير عن مشاعره وحاجاته					
44	أجد صعوبة في التعامل مع ابني التوحدي					
45	يقلقني ان ابني التوحدي لا يدرك الواقع والمخاطر					
46	اعتقد ان ابني التوحدي يحتاج الى توجيه ومراقبة مستمرة					
47	اشعر بالتوتر حينما اصطحب ابني التوحدي الى الأماكن العامة					
48	لا يمكنني زيارة أصدقائي وقتما اشاء					
49	يتخلى افراد الاسرة عن كثير من الضروريات بسبب وجود الطفل التوحدي					
50	اتجنب الحديث مع الاخرين عن ابني التوحدي					
51	اشعر بالحرج والارتباك بسبب إعاقة ابني التوحدي					
52	اعتقد ان ابني التوحدي سيمثل مشكلة دائمة للأسرة					
53	اشعر بالحزن الشديد عندما أفكر في حالة ابني التوحدي					
54	اشعر بالقلق على مستقبل ابني التوحدي					
55	اشعر بالإحباط حينما أدرك ان ابني التوحدي لن يعيش حياة طبيعية					
56	احرص على توفير الحماية الزائدة لابني التوحدي					
57	يؤلمني الشعور بان ابني التوحدي سيقضي كل حياته معاقا					
58	اشعر بالإحباط وخيبة الامل اتجاه أسلوب حياة ابني التوحدي					
59	اشعر بان إمكانات ابني التوحدي محدودة في أداء مهام الحياة اليومية					
60	اعتقد ان مهام اسرة الطفل التوحدي لديها مهام تفوق مهام الاسرة العادية					
61	اشعر بالقلق عندما اشعر أنى أقصر في رعاية ابني التوحدي					
62	اشعر ان إنجازات ابني اقل بكثير مما هو متوقع منه					
63	أتمنى لو كان وجود ابني التوحدي مجرد حلم مزعج سوف افيق منه					
64	اشعر بالاسى من الصورة المشوهة التي تقدمها وسائل الاعلام عن التوحديين					
65	لا يستطيع ابني التوحدي الاعتماد على نفسه في ارتداء الملابس					
66	لا يستطيع ابني التوحدي استخدام الحمام بنفسه					
67	يجد ابني التوحدي صعوبة في التعرف على عنوان المنزل					

68	لا يستطيع ابني التوحدي المشاركة في الألعاب الرياضية					
69	يصعب على ابني التوحدي تعلم المهارات البسيطة					
70	يزعجني ابني لا يستطيع المحافظة على نظافته					
71	يقلقني ان رعاية ابني التوحدي تفوق كثيرا قدراتي المادية					
72	اشعر ان الناس لا يراعون معاناة اسرة الطفل التوحدي					
73	اشعر انني تخليت على الكثير من الأشياء التي طالما تمنيتها بسبب ابني التوحدي					
74	متطلبات ابني التوحدي كثيرة ومرهقة بالنسبة لنا					
75	يصعب على اسرة الطفل التوحدي وضع خطط للمستقبل					
76	يؤلمني عدم توافر الدعم المناسب لأسرة الطفل التوحدي					

الملحق رقم (06): مقياس جودة الحياة

الرقم	العبارة	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
1	اشعر بصداع مستمر					
2	اشعر بالرضا عن نفسي					
3	اشعر بالرضى اتجاه اسرتي					
4	املك من المال ما يكفيني ويكفي اسرتي					
5	اتناول بعض الادوية					
6	اشعر بالتفاؤل اتجاه مستقبل ابني الصحي					
7	تمتاز علاقتي الاجتماعية بالإيجابية					
8	اشعر بالرضى عن المكان الذي أعيش فيه					
9	التزم بنظام غذائي صحي					
10	اواجه مواقف الحياة بقوة إرادة وهدوء أعصاب					
11	اشعر بالتباعد بيني وبين ابني المصاب بالتوحد					
12	لا يهمني ما اصرفه من مال لكي تتحسن حالة ابني					
13	اشعر ان نومي مضطرب بسبب ابني					
14	اشعر بالاستقرار النفسي					
15	أجد احتراما وتقديرا في الوسط الاجتماعي					
16	اقتصد بعض المال لدفع مستحقات علاج وتأهيل ابني المصاب بالتوحد					
17	اشعر بالحيوية والنشاط					
18	تراودني أفكار غريبة لا اعرف مصدرها					
19	اشعر بالرضى عن علاقتي بزوجي					
20	يقلقني ارتفاع التكاليف المادية لتأهيل أطفال التوحد					
21	انا راضية عن صحتي الجسدية					
22	اتغلب على مشاعر الحزن والياس التي تنتابني في بعض الأحيان					

23	لدي اتجاه نحو الانعزال ورفض العلاقات الاجتماعية بعد إصابة ابني بالتوحد					
24	اوفر بعض المال تحسبا لأمور طارئة					
25	اتعرض أحيانا للإصابة ببعض الامراض					
26	اشعر بالتوتر وعدم الارتياح عندما اتعامل مع ابني					
27	أجد من يهتم بحالة ابني ويتابعه بكل اهتمام					
28	ظروفي المادية الصعبة تقف كحاجز بين وبين علاج ابني					
29	يتوفر لدي العلاج عندما احتاجه					
30	اعتبر نفسي انسانة غير محظوظة					
31	اشعر بالخجل من حالة ابني اثناء تواجد الاخرين					
32	انا راضية على توفر الخدمات الصحية المقدمة لي					
33	اشعر أني عصبية جدا					
34	اتضايق من تدخل الاخرين في شؤوني الخاصة					
35	اشعر ببعض الالام في جسمي					
36	اشعر انني قادرة على التوافق مع الظروف الاسرية					
37	امارس بعض التمارين الرياضية					

الملحق رقم (07): قائمة الأساتذة المحكمين

	الاسم واللقب	**الدرجة العلمية**	**مكان العمل**
01	ابراهيمي شبلي	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر2
02	حدار عبد العزيز	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2
03	حفظ الله رفيقة	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2
04	فاضلي احمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2
05	بوطغان محمد الطاهر	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2
06	رياض نايل العاسمي	أستاذ محاضر	جامعة دمشق
07	قاصب بوعلام	اخصائي عيادي في العلاج بالتقبل والالتزام	بومرداس– الجزائر
08	بوقفة ايمان	اخصائية نفسية عيادية في العلاج بالتقبل والالتزام	الامارات – دبي

الملحق رقم (08)

-استمارة تحكيم للبرنامج العلاجي.

-تحكيم عام حول البرنامج

إجراءات البرنامج	مناسب	غير مناسب	ملاحظات
فكرة البرنامج العامة			
عنوان البرنامج			
عدد الجلسات			
الزمن المقترح للجلسات			
ترتيب الجلسات			
معدل الجلسات في الأسبوع			

-التحكيم الخاص بالجلسات

الجلسة	مدة الجلسة		عنوان الجلسة		فاعلية محتواها		الخطوات المتبعة في الجلسة	
	ملائم	غير ملائم	ملائم	غير ملائم	ملائم	غير ملائم	ملائم	غير ملائم
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

الملاحظات والتوجهات::.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الأستاذ :.....

الدرجة العلمية :.....

الإمضاء :.....

الملحق(أ):

عقد الاتفاق والالتزام بحضور الجلسات.

أنا السيدة:.....الممضية أسفله أتعهد أن ألتزم بالحضور كل أسبوع يومي الأحد والأربعاء على الساعة التاسعة صباحا لحضور الجلسات المقدرة بعشرين جلسة لمدة شهرين ونصف ابتداءا من اليوم ولغاية انتهائها.

الامضاء.

الملحق(ب):

جوهر الأسئلة والاضطرابات والمشاكل النفسية.	حياة غنية وكاملة وذات مغزى.
أ-العلق والاستغراق في أفكار أو ذكريات صعبة معاناة مع الأحاسيس أو الانفعالات المؤلمة والعيش في الماضي أو المستقبل . ب-القيام بأشياء تقيد الحياة أو تدهورها على المدى الطويل.	أ-تعلم مهارات جديدة للتعامل بشكل أكثر فاعلية مع الأفكار والمشاعر الصعبة والعيش في الحاضر. ب-توضيح القيم ووضع اهداف ذات مغزى والقيام بأشياء تفتح الحياة وتثريها على المدى الطويل.
الكفاح والمعاناة	**جوهر العلاج بالتقبل والالتزام**

الملحق(ج)

نموذج التنفس الواعي

يسمح لك التنفس الواعي بتنمية عدة مهارات: القدرة على التركيز والانخراط فيما تفعله، القدرة على ترك افكارك تأتي وتذهب دون الوقوع فيها او التعلق بها، القدرة على التركيز مرة أخرى عندما تنتبه الى أنك مشتت او ذهنك شارد والقدرة على ترك مشاعرك كما هي دون محاولة التحكم فيها، حتى مدة خمس دقائق من الممارسة في اليوم، بإمكانها ان تحدث فرقا مع مرور الوقت، والممارسة لمدة عشر دقائق مرتين في اليوم او عشرين دقيقة مرة واحدة في اليوم هو الأفضل

التاريخ	التوقيت	كم من الوقت الذي مارست فيه بالدقائق	الأفكار والمشاعر الصعبة	هل استخدمت قرص مضغوط نعم /لا	الفوائد /الصعوبات
مثال 13/04/2023	10صباحا	10دقائق	انا انسانة فاشلة "قلق وحسرة والم "	نعم	ساعدتني على الوعي بذاتي ومحيطي والاستمرار

الملحق (د)

جدول النشاطات الروتينية يتضمن تعليمة "لاحظ " لتوظيف الحواس.

نشاط روتيني	البصر	السمع	الرائحة	اللمس	الإحساس الجسدي	تشرد /تجول الافكار

الملحق (ه)

نموذج بوصلة الحياة

دون في الأجزاء الكبرى من المربعات الكبرى بعض الكلمات المفتاحية التي تتعلق بما يهمك فعلا أو ما له معنى لك في هذه المجالات الحياتية أي من هو الشخص الذي تريد أن تكون عليه؟ ما الذي ترغب في فعله؟ ما هي الامكانات والصفات التي ترغب في امتلاكها وتنميتها؟ ما الذي ترغب في تقديمه أو اظهاره فعلا ؟في حاله ما اذا كان أحد هذه المربعات لا يتعلق بقضيتك لا يوجد اشكال دعه فارغ اذا ما أشكل عليك اأامر في خصوص مربع ما دعه وارجع اليه لاحقا لا توجد مشكله في حاله ما اذا ظهرت نفس الكلمات في عده مربعات او في مجملها.

قيم المربعات الصغيرة العليا جهة اليمين في كل مربع كبير على سلم من 0 الى 10 مدى اهميه هذه القيم بالنسبة لك في حياتك الحالية، حيث يمثل 0 لا يهم و10 اهميه قصوى

لا يوجد اشكال فيما اذا حصلت أغلب المربعات على نفس النتيجة على سلم من 0 الى 10كيف تستخدم هذه القيم حاليا بطريقه ملموسه حيث يمثل 0ابدا و10 اعيشها تماما

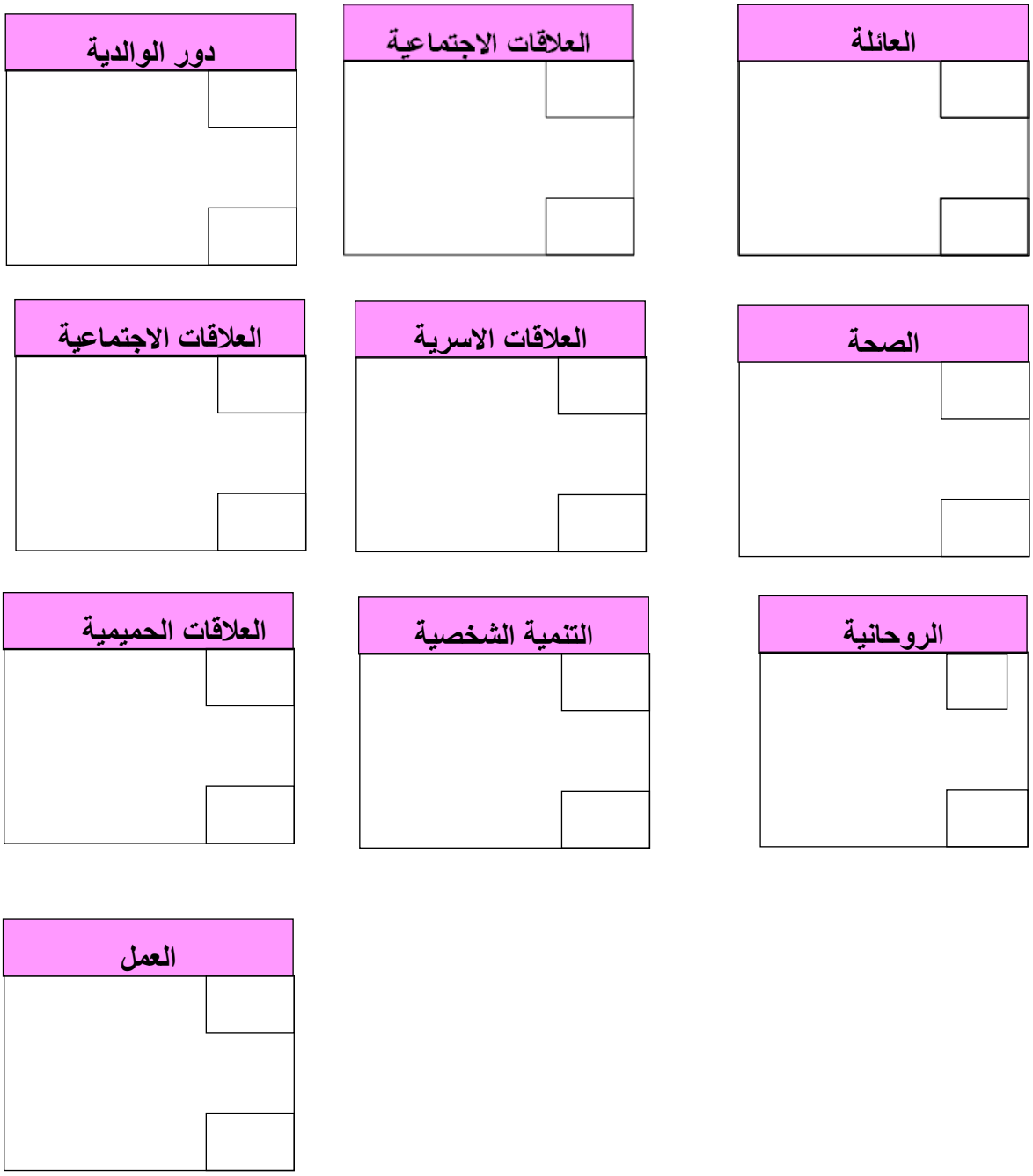
الأن بعد ملئ المربعات الصغيرة العليا والسفلى في كل مربع من المربع الكبرى حاول ان تأخذ نظره شامله حول ما دونته

-ما الذي يهمك فعلا في حياتك؟.....

.....

-ما الذي تهمل فعله في العادة ؟.....

.....



الملحق (و)

قائمة ضبط القيم

فيما يلي بعض القيم المشتركة هي ليست قيم حسنه فقط او مناسبه لكنها الاكثر شيوعا فقط يرجى منك قراءه القائمة وكتابه حرف بجوار كل قيمه بناء على مدى اهميتها بالنسبة لك **(ا)مهم جدا** و**(ب) مهم الى حد بعيد** و**(ج) غير مهم جدا** بالطبع ستكون لبعض القيم اكثر اهميه بالنسبة لك في مجال من مجالات الحياه مثل **الوالدية** مقارنه بمجال اخر مثل **العمل** الحصول فقط على فكره عامه عن القيم التي تهمنا اكثر

-التقبل /التقبل الذاتي : ان اتقبل نفسي والأخرين والحياه

-المغامرة : ان اكون مغامرا ان اكتشف بنشاط الخبرات الجديدة او المحفزة

-**التوكيدية :** ان ادفع ان ادافع عن حقوقه بكل احترام وان اطلب ما اريد

-**الأصالة** : ان اكون اصيلا وصادقا و واقعيا ان اكون صادقا مع نفسي

-**العناية /الرعاية الذاتية** :ان اعتني بنفسي بالأخرين و بالبيئة

-**الشفقة/ الشفقة بالذات** : ان اتصرف بلطف وشفقه اتجاه نفسي والأخرين

-**الاتصال :**انانخرط بالتمام مع ما افعله وان اكون حاضر بالتمام مع الاخرين

-**المساهمة والكرم** :ان اساهم ان اكون معطاء ان اكون مساعدا ان اكون متعاونا

-**التعاون :** ان اكون متعاونا واتعاضد مع الاخرين

-**الشجاعة** :ان اكون شجاعا استمر في مواجهه الخوف او التهديد او الصعوبة

-**الابداع** ان اكون مبدعا او مبتكرا

-**الفضول** ان اكون فضوليا ومفتحا ومهتما للبحث والاكتشاف

-**التشجيع** ان يتم تشجيع ومكافاة السلوك الذي اقدره في نفسي او في الاخرين

-**الانخراط**:انانخرط او التزم بالتمام فيما اقوم به او افعله

-**الانصاف:**والعدالة ان اكون منصفا وعادل مع نفسي او مع الاخرين

-**الياقةالبدنية:** ان احافظ على صحتي او اعتني بصحتي الجسديةوالنفسية

-**المرونة:** ان اتوافق واتكيف بسهوله مع الظروف المتغيرة

-**الحرية:**ان اختار الطريقة التي اعيش بها وان نساعد الاخرين على القيام بالمثل

-**الصداقة**:الوداد ان اكون ودودا او مرافقا او مرغوبها من طرف الاخرين

-**التسامح**:مع الذات ان اغفر لنفسي والأخرين

-**الفكاهة:** ان اكون محبا للمرح ان ابحث عن انشطه مليئة بالمرح وخلقها والمشاركة فيها

-**الامتنان**:ان اكون ممتنا واقدر نفسي والأخرين والحياه

-**الصدق** ان اكون صادقا وحقيقيا ومخلصا مع نفسي ومع الاخرين

-**المواظبة:** ان اكون مجتهدا ومثابرا ومتفانيا

-**الحميمية**:ان اتفتح واصارح واشارك مشاعري الذاتية مع الاخرين

-**اللطف :**ان اكون لطيفا مقدرا مهتما بنفسي او الاخرين

-**الحب**:ان اتصرف بحب او بمودة تجاه نفسي او مع الاخرين

-**اليقظة**:ان اكون متفتحا اكثر على اللحظةالحاليةوانخرط فيها بفضول

-**التنظيم**:ان اكون منظما ومرتبا

-المثابرة والالتزام: ان استمر وبحجم رغم المشاكل او الصعوبات

-الاحترام احترام الذات: ان اتعامل مع نفسي ومع الاخرين بعنايه واعتبار

-المسؤولية:ان اكون مسؤولا عن افعالي

-السلامةوالحماية:ان او من او اضمن سلامتي او سلامه الاخرين

-المتعة:ان اخلق تجارب او اعيشها بمتعه

-الجنسية: ان استكشف جانبي الجنسي او ان اعبر عنه

-المهارة:ان امارس واستمر في تحسين مهاراتي وان اطبقها على نفسي بالكامل

-الدعم ان اكون دائما ومساعدا ومتاحا مع نفسي او الاخرين

-الثقة:اصدقاء ان اكون جديرا بالثقة وان اكون مخلصا وصادقا

-أخرى:.....

الملحق (ن)

خطة الاستعداد والعمل

هدفي هو:.....

أفكار، مشاعر، خواطر، أحاسيس، حوافز، علي الاستعداد لامتلاكها(من أجل تحقيق الهدف):

الأفكار:.....

المشاعر:.....

الحوافز:.....

يمكنني تقسيم هذا الهدف إلي خطوات أصغر مثل:.....

أسهل خطوة يمكنني البدء بها هي:.....

الوقت ، اليوم، والتاريخ الذي سأتخذه لتنفيذ الخطوة الأولي هو:.....

Abstract:

This study aims to identify the effectiveness of a cognitive-behavioral therapeutic program to reduce psychological stress and improve the quality of life among mothers of children with autism spectrum disorder, as well as the extent of its continued effectiveness two and a half months after the end of the application of the therapeutic sessions. The study sample consisted of (18) mothers of children with autism. Autistic students registered at the Psycho-Pedagogical Center for Intellectual Disability in Blida Province, and they were divided equally into two groups, the first an experimental group consisting of (9) mothers and the second a control group consisting of (9) mothers. To achieve the objectives of the study, the researcher relied on the quasi-experimental approach and used the following tools: the psychological stress scale by Zidane and the person 1998 in the Jordanian environment and modified by the researcher Yasmine Pasha in the Algerian environment 2016, the quality of life scale by Bouamer Naima 2018, the semi-directed clinical interview, the information form, the program The treatment prepared by the researcher. To test the validity of the study's hypotheses, its data were treated statistically by relying on the statistical package (SPSS) using the Ttest to study the differences between the experimental and control groups, the square of the Eta coefficient n2 to measure the size of the effect.The results of the study showed that there were statistically significant differences between the means of the pre-measurement and the post-measurement of the experimental group. Therefore, the cognitive-behavioral therapeutic program is effective in alleviating psychological pressures and improving the quality of life among mothers of children with autism spectrum disorder.

Keywords: cognitive-behavioral therapeutic program, psychological stress, quality of life.

مخرجات spss

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,526	20

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,724	14

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,970	12

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,561	6

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,62	12

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,713	9

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments

,908	3

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,841	76

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,533
		Nombre d'éléments	10[a]
	Partie 2	Valeur	,477
		Nombre d'éléments	10[b]
	Nombre total d'éléments		20
Corrélation entre les sous-échelles			,202
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,536
	Longueur inégale		,536
Coefficient de Guttman			,534

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010.

b. Les éléments sont : VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,650
		Nombre d'éléments	7[a]
	Partie 2	Valeur	,638
		Nombre d'éléments	7[b]
	Nombre total d'éléments		14
Corrélation entre les sous-échelles			,367
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,537
	Longueur inégale		,537

Coefficient de Guttman	,536

a. Les éléments sont : VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026, VAR00027.

b. Les éléments sont : VAR00028, VAR00029, VAR00030, VAR00031, VAR00032, VAR00033, VAR00034.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,997
		Nombre d'éléments	6[a]
	Partie 2	Valeur	,900
		Nombre d'éléments	6[b]
	Nombre total d'éléments		12
Corrélation entre les sous-échelles			,865
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,927
	Longueur inégale		,927
Coefficient de Guttman			,924

a. Les éléments sont : VAR00035, VAR00036, VAR00037, VAR00038, VAR00039, VAR00040.

b. Les éléments sont : VAR00041, VAR00042, VAR00043, VAR00044, VAR00045, VAR00046.

Statistiques de fiabilit

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,289
		Nombre d'éléments	3[a]
	Partie 2	Valeur	,517
		Nombre d'éléments	3[b]
	Nombre total d'éléments		6
Corrélation entre les sous-échelles			,398
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,569
	Longueur inégale		,569
Coefficient de Guttman			,565

a. Les éléments sont : VAR00047, VAR00048, VAR00049.

b. Les éléments sont : VAR00050, VAR00051, VAR00052.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	-,099[a]
		Nombre d'éléments	6[b]
	Partie 2	Valeur	-,135[a]
		Nombre d'éléments	6[c]
	Nombre total d'éléments		12
Corrélation entre les sous-échelles			,275
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,431
	Longueur inégale		,431
Coefficient de Guttman			,421

a. La valeur est négative en raison d'une covariance moyenne négative parmi les éléments. Par conséquent, les hypothèses du modèle de fiabilité ne sont pas respectées. Vous pouvez vérifier les codages des éléments.

b. Les éléments sont : VAR00053, VAR00054, VAR00055, VAR00056, VAR00057, VAR00058.

c. Les éléments sont : VAR00059, VAR00060, VAR00061, VAR00062, VAR00063, VAR00064.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,754
		Nombre d'éléments	5[a]
	Partie 2	Valeur	,636
		Nombre d'éléments	4[b]
	Nombre total d'éléments		9
Corrélation entre les sous-échelles			,410
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,581
	Longueur inégale		,348
Coefficient de Guttman			,198

a. Les éléments sont : VAR00065, VAR00066, VAR00067, VAR00068, VAR00069.

b. Les éléments sont : VAR00069, VAR00070, VAR00071, VAR00072, VAR00073.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,994
		Nombre d'éléments	2[a]
	Partie 2	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1[b]
	Nombre total d'éléments		3
Corrélation entre les sous-échelles			,657
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,793
	Longueur inégale		,809
Coefficient de Guttman			,586

a. Les éléments sont : VAR00074, VAR00075.

b. Les éléments sont : VAR00075, VAR00076.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,685
		Nombre d'éléments	38[a]
	Partie 2	Valeur	,842
		Nombre d'éléments	38[b]
	Nombre total d'éléments		76
Corrélation entre les sous-échelles			,457
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,628
	Longueur inégale		,628
Coefficient de Guttman			,625

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026, VAR00027, VAR00028, VAR00029, VAR00030, VAR00031, VAR00032, VAR00033, VAR00034, VAR00035, VAR00036, VAR00037, VAR00038.

b. Les éléments sont : VAR00039, VAR00040, VAR00041, VAR00042, VAR00043, VAR00044, VAR00045, VAR00046, VAR00047, VAR00048, VAR00049, VAR00050, VAR00051, VAR00052, VAR00053, VAR00054, VAR00055, VAR00056, VAR00057, VAR00058, VAR00059, VAR00060, VAR00061, VAR00062, VAR00063, VAR00064, VAR00065, VAR00066, VAR00067, VAR00068, VAR00069, VAR00070, VAR00071, VAR00072, VAR00073, VAR00074, VAR00075, VAR00076.

Statistiques de groupe

	VAR00009	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
أعراض جسمية	1,00	40	53,8500	2,21359	,35000
	2,00	40	64,9000	4,78137	,75600
مشاعر الياس	1,00	40	47,8500	4,44655	,70306
	2,00	40	56,6750	1,68534	,26648
مشكلات معرفية	1,00	40	56,5750	4,69526	,74239
	2,00	40	60,0000	,00000	,00000
مشكلات اسرية	1,00	40	24,5750	3,09580	,48949
	2,00	40	29,5250	,50574	,07996
القلق على الطفل	1,00	40	52,8750	1,95051	,30840
	2,00	40	57,2000	,68687	,10860
مشكلات الاستقلالية	1,00	40	36,6250	3,69815	,58473
	2,00	40	44,3500	,48305	,07638
عدم القدرة على التحمل	1,00	40	12,3000	1,34355	,21243
	2,00	40	15,0000	,00000	,00000
المقياس الكلي	1,00	40	284,6500	20,35398	3,21825
	2,00	40	327,6500	7,69799	1,21716

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
أعراض جسمية	Hypothèse de variances égales	11,522	,001	−13,264	78	,000	−11,05000	,83309	−12,70855	−9,39145
	Hypothèse de variances inégales			−13,264	54,984	,000	−11,05000	,83309	−12,71956	−9,38044
مشاعر الياس	Hypothèse de variances égales	14,792	,000	−11,737	78	,000	−8,82500	,75187	−10,32185	−7,32815

	Hypothèse de variances inégales			−11,737	49,979	,000	−8,82500	,75187	−10,33519	−7,31481
مشكلات معرفية	Hypothèse de variances égales	106,453	,000	−4,613	78	,000	−3,42500	,74239	−4,90298	−1,94702
	Hypothèse de variances inégales			−4,613	39,000	,000	−3,42500	,74239	−4,92662	−1,92338
مشكلات اسرية	Hypothèse de variances égales	16,747	,000	−9,980	78	,000	−4,95000	,49598	−5,93742	−3,96258
	Hypothèse de variances inégales			−9,980	41,080	,000	−4,95000	,49598	−5,95159	−3,94841
القلق على الطفل	Hypothèse de variances égales	4,421	,039	−13,228	78	,000	−4,32500	,32697	−4,97594	−3,67406
	Hypothèse de variances inégales			−13,228	48,526	,000	−4,32500	,32697	−4,98223	−3,66777
مشكلات الاستقلالية	Hypothèse de variances égales	30,000	,000	−13,100	78	,000	−7,72500	,58970	−8,89899	−6,55101
	Hypothèse de variances inégales			−13,100	40,330	,000	−7,72500	,58970	−8,91651	−6,53349
عدم القدرة على التحمل	Hypothèse de variances égales	40,172	,000	−12,710	78	,000	−2,70000	,21243	−3,12292	−2,27708
	Hypothèse de variances inégales			−12,710	39,000	,000	−2,70000	,21243	−3,12969	−2,27031
المقياس الكلي	Hypothèse de variances égales	14,775	,000	−12,497	78	,000	−43,00000	3,44073	−49,84996	−36,15004
	Hypothèse de variances inégales			−12,497	49,933	,000	−43,00000	3,44073	−49,91113	−36,08887

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,723	11

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,556	9

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,435	10

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,561	7

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,627	37

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,617
		Nombre d'éléments	6[a]
	Partie 2	Valeur	,620
		Nombre d'éléments	5[b]
	Nombre total d'éléments		11
Corrélation entre les sous-échelles			,445
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,616
	Longueur inégale		,618
Coefficient de Guttman			,613

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006.

b. Les éléments sont : VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,638
		Nombre d'éléments	5[a]

	Partie 2	Valeur	-,103[b]
		Nombre d'éléments	4[c]
	Nombre total d'éléments		9
Corrélation entre les sous-échelles			,432
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,603
	Longueur inégale		,603
Coefficient de Guttman			,449

a. Les éléments sont : VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016.

b. La valeur est négative en raison d'une covariance moyenne négative parmi les éléments. Par conséquent, les hypothèses du modèle de fiabilité ne sont pas respectées. Vous pouvez vérifier les codages des éléments.

c. Les éléments sont : VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,384
		Nombre d'éléments	5[a]
	Partie 2	Valeur	,171
		Nombre d'éléments	5[b]
	Nombre total d'éléments		10
Corrélation entre les sous-échelles			,253
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,403
	Longueur inégale		,403
Coefficient de Guttman			,393

a. Les éléments sont : VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025.

b. Les éléments sont : VAR00026, VAR00027, VAR00028, VAR00029, VAR00030.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,396
		Nombre d'éléments	4[a]

	Partie 2	Valeur	,342[b]
		Nombre d'éléments	3[c]
	Nombre total d'éléments		7
Corrélation entre les sous-échelles			,205
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,536
	Longueur inégale		,593
Coefficient de Guttman			,577

a. Les éléments sont : VAR00031, VAR00032, VAR00033, VAR00034.

b. La valeur est négative en raison d'une covariance moyenne négative parmi les éléments. Par conséquent, les hypothèses du modèle de fiabilité ne sont pas respectées. Vous pouvez vérifier les codages des éléments.

c. Les éléments sont : VAR00034, VAR00035, VAR00036, VAR00037.

d. La corrélation entre les sous-échelles (moitiés) du test est négative. Par conséquent, les hypothèses du modèle de fiabilité ne sont pas respectées. Les statistiques qui sont fonction de cette valeur peuvent présenter des estimations en dehors des limites théoriquement possibles.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,656
		Nombre d'éléments	19[a]
	Partie 2	Valeur	,349
		Nombre d'éléments	18[b]
	Nombre total d'éléments		37
Corrélation entre les sous-échelles			,347
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,657
	Longueur inégale		,657
Coefficient de Guttman			,610

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019.

b. Les éléments sont : VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026, VAR00027, VAR00028, VAR00029, VAR00030, VAR00031, VAR00032, VAR00033, VAR00034, VAR00035, VAR00036, VAR00037.

Statistiques de groupe

	VAR00009	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الجودة الصحية	1,00		26,2500	2,66747	,42176
	2,00		33,8250	1,55064	,24518
الجودة النفسية	1,00		21,6750	1,09515	,17316
	2,00		25,9000	1,91887	,30340
الجودة الاسرية	1,00		23,5750	,74722	,11815
	2,00		27,1750	1,72296	,27242
الجودة المادية	1,00		20,7750	1,04973	,16598
	2,00		22,1250	,40430	,06393
المقياس الكلي	1,00		95,7000	2,45158	,38763
	2,00		106,2500	3,42502	,54154

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الجودة الصحية	Hypothèse de variances égales	11,670	,001	-15,527	78	,000	-7,57500	,48785	-8,54623	-6,60377
	Hypothèse de variances inégales			-15,527	62,657	,000	-7,57500	,48785	-8,54999	-6,60001
الجودة النفسية	Hypothèse de variances égales	7,788	,007	-12,094	78	,000	-4,22500	,34934	-4,92047	-3,52953
	Hypothèse de variances inégales			-12,094	61,970	,000	-4,22500	,34934	-4,92332	-3,52668

الجودة الاسرية	Hypothèse de variances égales	9,502	,003	−12,124	78	,000	−3,60000	,29694	−4,19116	−3,00884
	Hypothèse de variances inégales			−12,124	53,169	,000	−3,60000	,29694	−4,19554	−3,00446
الجودة المادية	Hypothèse de variances égales	19,021	,000	−7,590	78	,000	−1,35000	,17786	−1,70409	−,99591
	Hypothèse de variances inégales			−7,590	50,322	,000	−1,35000	,17786	−1,70719	−,99281
المقياس الكلي	Hypothèse de variances égales	2,222	,140	−15,841	78	,000	−10,55000	,66598	−11,87586	−9,22414
	Hypothèse de variances inégales			−15,841	70,654	,000	−10,55000	,66598	−11,87803	−9,22197

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	VAR00001	79,78	9	5,380	1,793
	VAR00009	31,89	9	2,804	,935
Paire 2	VAR00002	59,56	9	3,395	1,132
	VAR00010	32,33	9	4,000	1,333
Paire 3	VAR00003	54,67	9	1,225	,408
	VAR00011	47,33	9	2,449	,816
Paire 4	VAR00004	26,67	9	1,500	,500
	VAR00012	12,78	9	1,302	,434
Paire 5	VAR00005	54,33	9	1,581	,527
	VAR00013	41,78	9	4,711	1,570
Paire 6	VAR00006	24,33	9	2,345	,782
	VAR00014	21,00	9	1,732	,577

Paire 7	VAR00007	26,00	9	1,000	,333
	VAR00015	23,11	9	1,364	,455
Paire 8	VAR00008	325,33	9	9,631	3,210
	VAR00016	210,22	9	8,151	2,717

Corrélations des échantillons appariés

		N	Corrélation	Sig.
Paire 1	VAR00001 & VAR00009	9	,205	,596
Paire 2	VAR00002 & VAR00010	9	-,337	,374
Paire 3	VAR00003 & VAR00011	9	,625	,072
Paire 4	VAR00004 & VAR00012	9	,469	,202
Paire 5	VAR00005 & VAR00013	9	-,006	,989
Paire 6	VAR00006 & VAR00014	9	,308	,420
Paire 7	VAR00007 & VAR00015	9	,550	,125
Paire 8	VAR00008 & VAR00016	9	,392	,296

Test des échantillons appariés

		Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur	Supérieur			
Paire 1	VAR00001 - VAR00009	47,889	5,533	1,844	43,636	52,142	25,967	8	,000
Paire 2	VAR00002 - VAR00010	27,222	6,058	2,019	22,566	31,879	13,482	8	,000
Paire 3	VAR00003 - VAR00011	7,333	1,936	,645	5,845	8,822	11,361	8	,000
Paire 4	VAR00004 - VAR00012	13,889	1,453	,484	12,772	15,006	28,677	8	,000
Paire 5	VAR00005 - VAR00013	12,556	4,978	1,659	8,729	16,382	7,567	8	,000

Paire 6	VAR00006 - VAR00014	3,333	2,449	,816	1,450	5,216	4,082	8	,004
Paire 7	VAR00007 - VAR00015	2,889	1,167	,389	1,992	3,786	7,429	8	,000
Paire 8	VAR00008 - VAR00016	115,111	9,880	3,293	107,517	122,705	34,953	8	,000

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	VAR00001	75,33	9	5,937	1,979
	VAR00009	77,67	9	6,185	2,062
Paire 2	VAR00002	57,44	9	4,003	1,334
	VAR00010	57,00	9	3,640	1,213
Paire 3	VAR00003	54,89	9	2,759	,920
	VAR00011	54,78	9	2,539	,846
Paire 4	VAR00004	26,89	9	1,453	,484
	VAR00012	27,33	9	1,414	,471
Paire 5	VAR00005	55,22	9	,833	,278
	VAR00013	55,00	9	1,118	,373
Paire 6	VAR00006	24,44	9	2,555	,852
	VAR00014	24,00	9	2,291	,764
Paire 7	VAR00007	26,89	9	1,691	,564
	VAR00015	27,89	9	1,691	,564
Paire 8	VAR00008	321,11	9	11,581	3,860
	VAR00016	323,67	9	11,726	3,909

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.

Paire 1	VAR00001 & VAR00009	9	,861	,003
Paire 2	VAR00002 & VAR00010	9	,961	,000
Paire 3	VAR00003 & VAR00011	9	,978	,000
Paire 4	VAR00004 & VAR00012	9	,811	,008
Paire 5	VAR00005 & VAR00013	9	,268	,485
Paire 6	VAR00006 & VAR00014	9	,961	,000
Paire 7	VAR00007 & VAR00015	9	,913	,001
Paire 8	VAR00008 & VAR00016	9	,964	,000

Test des échantillons appariés

		Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur	Supérieur			
Paire 1	VAR00001 - VAR00009	-2,333	3,202	1,067	-4,794	,128	-2,186	8	,060
Paire 2	VAR00002 - VAR00010	,444	1,130	,377	-,424	1,313	1,180	8	,272
Paire 3	VAR00003 - VAR00011	,111	,601	,200	-,351	,573	,555	8	,594
Paire 4	VAR00004 - VAR00012	-,444	,882	,294	-1,122	,233	-1,512	8	,169
Paire 5	VAR00005 - VAR00013	,222	1,202	,401	-,702	1,146	,555	8	,594
Paire 6	VAR00006 - VAR00014	,444	,726	,242	-,114	1,003	1,835	8	,104
Paire 7	VAR00007 - VAR00015	-1,000	,707	,236	-1,544	-,456	-4,243	8	,003
Paire 8	VAR00008 - VAR00016	-2,556	3,127	1,042	-4,959	-,152	-2,452	8	,060

Statistiques de groupe

	VAR00009	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
VAR00001	تجريبية	9	31,89	2,804	,935
	ضابطة	9	77,67	6,185	2,062
VAR00002	1	9	32,33	4,000	1,333
	2	9	57,00	3,640	1,213
VAR00003	1	9	47,33	2,449	,816
	2	9	54,78	2,539	,846
VAR00004	1	9	12,78	1,302	,434
	2	9	27,33	1,414	,471
VAR00005	1	9	41,78	4,711	1,570
	2	9	55,00	1,118	,373
VAR00006	1	9	21,00	1,732	,577
	2	9	24,00	2,291	,764
VAR00007	1	9	23,11	1,364	,455
	2	9	27,89	1,691	,564
VAR00008	1	9	210,22	8,151	2,717
	2	9	323,67	11,726	3,909

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
VAR00001	Hypothèse de variances égales	4,358	,053	-20,224	16	,000	-45,778	2,264	-50,576	-40,979

	Hypothèse de variances inégales			-20,224	11,155	,000	-45,778	2,264	-50,751	-40,804
VAR00002	Hypothèse de variances égales	,149	,704	-13,683	16	,000	-24,667	1,803	-28,488	-20,845
	Hypothèse de variances inégales			-13,683	15,860	,000	-24,667	1,803	-28,491	-20,842
VAR00003	Hypothèse de variances égales	,037	,850	-6,331	16	,000	-7,444	1,176	-9,937	-4,952
	Hypothèse de variances inégales			-6,331	15,980	,000	-7,444	1,176	-9,937	-4,951
VAR00004	Hypothèse de variances égales	,224	,642	-22,718	16	,000	-14,556	,641	-15,914	-13,197
	Hypothèse de variances inégales			-22,718	15,891	,000	-14,556	,641	-15,915	-13,197
VAR00005	Hypothèse de variances égales	17,947	,001	-8,192	16	,000	-13,222	1,614	-16,644	-9,801
	Hypothèse de variances inégales			-8,192	8,898	,000	-13,222	1,614	-16,880	-9,565
VAR00006	Hypothèse de variances égales	,660	,429	-3,133	16	,006	-3,000	,957	-5,030	-,970
	Hypothèse de variances inégales			-3,133	14,892	,007	-3,000	,957	-5,042	-,958
VAR00007	Hypothèse de variances égales	2,336	,146	-6,596	16	,000	-4,778	,724	-6,313	-3,242
	Hypothèse de variances inégales			-6,596	15,313	,000	-4,778	,724	-6,319	-3,237
VAR00008	Hypothèse de variances égales	1,735	,206	-23,831	16	,000	-113,444	4,760	-123,536	-103,353
	Hypothèse de variances inégales			-23,831	14,268	,000	-113,444	4,760	-123,636	-103,253

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	VAR00001	31,89	9	2,804	,935
	VAR00009	30,00	9	2,000	,667
Paire 2	VAR00002	32,33	9	4,000	1,333
	VAR00010	28,56	9	2,506	,835
Paire 3	VAR00003	47,33	9	2,449	,816
	VAR00011	46,67	9	2,062	,687

Paire 4	VAR00004	12,78	9	1,302	,434
	VAR00012	12,56	9	1,424	,475
Paire 5	VAR00005	41,78	9	4,711	1,570
	VAR00013	40,56	9	4,216	1,405
Paire 6	VAR00006	21,00	9	1,732	,577
	VAR00014	20,33	9	1,414	,471
Paire 7	VAR00007	23,11	9	1,364	,455
	VAR00015	22,89	9	2,261	,754
Paire 8	VAR00008	210,22	9	8,151	2,717
	VAR00016	201,56	9	8,233	2,744

Corrélations des échantillons appariés

		N	Corrélation	Sig.
Paire 1	VAR00001 & VAR00009	9	,869	,002
Paire 2	VAR00002 & VAR00010	9	,915	,001
Paire 3	VAR00003 & VAR00011	9	,842	,004
Paire 4	VAR00004 & VAR00012	9	,884	,002
Paire 5	VAR00005 & VAR00013	9	,970	,000
Paire 6	VAR00006 & VAR00014	9	,816	,007
Paire 7	VAR00007 & VAR00015	9	,815	,007
Paire 8	VAR00008 & VAR00016	9	,844	,004

Test des échantillons appariés

		Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur	Supérieur			
Paire 1	VAR00001 - VAR00009	1,889	1,453	,484	,772	3,006	3,900	8	,005
Paire 2	VAR00002 - VAR00010	3,778	1,986	,662	2,251	5,304	5,706	8	,000
Paire 3	VAR00003 - VAR00011	,667	1,323	,441	-,350	1,684	1,512	8	,169
Paire 4	VAR00004 - VAR00012	,222	,667	,222	-,290	,735	1,000	8	,347
Paire 5	VAR00005 - VAR00013	1,222	1,202	,401	,298	2,146	3,051	8	,016
Paire 6	VAR00006 - VAR00014	,667	1,000	,333	-,102	1,435	2,000	8	,081
Paire 7	VAR00007 - VAR00015	,222	1,394	,465	-,850	1,294	,478	8	,645
Paire 8	VAR00008 - VAR00016	8,667	4,583	1,528	5,144	12,189	5,674	8	,000

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	قبلي	23,56	9	2,506	,835
	بعدي	28,11	9	2,421	,807
Paire 2	VAR00002	16,33	9	1,323	,441
	VAR00007	27,44	9	,882	,294
Paire 3	VAR00003	20,33	9	2,345	,782
	VAR00008	29,44	9	1,509	,503
Paire 4	VAR00004	21,44	9	3,321	1,107
	VAR00009	21,44	9	3,321	1,107
Paire 5	VAR00005	81,67	9	2,449	,816

VAR00010	106,44	9	4,475	1,492

Corrélations des échantillons appariés

		N	Corrélation	Sig.
Paire 1	VAR00001 & VAR00006	9	-,094	,810
Paire 2	VAR00002 & VAR00007	9	-,036	,927
Paire 3	VAR00003 & VAR00008	9	,271	,481
Paire 4	VAR00004 & VAR00009	9	,524	,148
Paire 5	VAR00005 & VAR00010	9	,323	,396

Test des échantillons appariés

		Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur	Supérieur			
Paire 1	VAR00001 - VAR00006	-4,556	3,644	1,215	-7,356	-1,755	-3,751	8	,006
Paire 2	VAR00002 - VAR00007	-11,111	1,616	,539	-12,353	-9,869	-20,628	8	,000
Paire 3	VAR00003 - VAR00008	-9,111	2,421	,807	-10,972	-7,250	-11,290	8	,000
Paire 4	VAR00004 - VAR00009	,000	3,240	1,080	-2,491	2,491	,000	8	1,000
Paire 5	VAR00005 - VAR00010	-24,778	4,353	1,451	-28,123	-21,432	-17,078	8	,000

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	قبلي	23,00	9	2,062	,687
	بعدي	22,56	9	1,878	,626
Paire 2	VAR00002	15,44	9	1,667	,556
	VAR00007	15,00	9	1,803	,601
Paire 3	VAR00003	19,67	9	2,739	,913
	VAR00008	19,33	9	2,828	,943
Paire 4	VAR00004	21,78[a]	9	2,863	,954
	VAR00009	21,78[a]	9	2,863	,954
Paire 5	VAR00005	79,89	9	6,918	2,306
	VAR00010	78,67	9	6,982	2,327

a. La corrélation et t ne peuvent être calculés, car l'erreur standard de la différence est nulle.

Corrélations des échantillons appariés

		N	Corrélation	Sig.
Paire 1	VAR00001 & VAR00006	9	,872	,002
Paire 2	VAR00002 & VAR00007	9	,915	,001
Paire 3	VAR00003 & VAR00008	9	,984	,000
Paire 5	VAR00005 & VAR00010	9	,985	,000

Test des échantillons appariés

	Différences appariées	t	ddl	Sig. (bilatéral)

		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
					Inférieur	Supérieur			
Paire 1	VAR00001 - VAR00006	,444	1,014	,338	-,335	1,224	1,315	8	,225
Paire 2	VAR00002 - VAR00007	,444	,726	,242	-,114	1,003	1,835	8	,104
Paire 3	VAR00003 - VAR00008	,333	,500	,167	-,051	,718	2,000	8	,081
Paire 5	VAR00005 - VAR00010	1,222	1,202	,401	,298	2,146	3,051	8	,066

Statistiques de groupe

	groups	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
VAR00001	تجريبية	9	28,11	2,421	,807
	ضابطة	9	22,56	1,878	,626
VAR00002	1	9	27,44	,882	,294
	2	9	15,00	1,803	,601
VAR00003	1	9	29,44	1,509	,503
	2	9	19,33	2,828	,943
VAR00004	1	9	21,44	3,321	1,107
	2	9	21,78	2,863	,954
VAR00005	1	9	106,44	4,475	1,492
	2	9	78,67	6,982	2,327

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
VAR00001	Hypothèse de variances égales	,326	,576	5,439	16	,000	5,556	1,021	3,390	7,721
	Hypothèse de variances inégales			5,439	15,069	,000	5,556	1,021	3,379	7,732
VAR00002	Hypothèse de variances égales	2,364	,144	18,602	16	,000	12,444	,669	11,026	13,863
	Hypothèse de variances inégales			18,602	11,622	,000	12,444	,669	10,982	13,907
VAR00003	Hypothèse de variances égales	1,568	,229	9,462	16	,000	10,111	1,069	7,846	12,377
	Hypothèse de variances inégales			9,462	12,214	,000	10,111	1,069	7,787	12,435
VAR00004	Hypothèse de variances égales	,633	,438	-,228	16	,822	-,333	1,461	-3,431	2,765
	Hypothèse de variances inégales			-,228	15,660	,823	-,333	1,461	-3,437	2,770
VAR00005	Hypothèse de variances égales	1,903	,187	10,048	16	,000	27,778	2,764	21,917	33,638
	Hypothèse de variances inégales			10,048	13,624	,000	27,778	2,764	21,833	33,722

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	بعدي	28,11	9	2,421	,807
	تتبعي	28,56	9	2,404	,801
Paire 2	VAR00002	27,44	9	,882	,294
	VAR00007	28,11	9	1,537	,512
Paire 3	VAR00003	29,44	9	1,509	,503
	VAR00008	30,22	9	1,394	,465
Paire 4	VAR00004	21,44[a]	9	3,321	1,107

	VAR00009	21,44[a]	9	3,321	1,107
Paire 5	VAR00005	106,44	9	4,475	1,492
	VAR00010	108,33	9	4,664	1,555

a. La corrélation et t ne peuvent être calculés, car l'erreur standard de la différence est nulle.

Corrélations des échantillons appariés

		N	Corrélation	Sig.
Paire 1	VAR00001 & VAR00006	9	,976	,000
Paire 2	VAR00002 & VAR00007	9	,697	,037
Paire 3	VAR00003 & VAR00008	9	,957	,000
Paire 5	VAR00005 & VAR00010	9	,950	,000

Test des échantillons appariés

		Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur	Supérieur			
Paire 1	VAR00001 - VAR00006	-,444	,527	,176	-,850	-,039	-2,530	8	,035
Paire 2	VAR00002 - VAR00007	-,667	1,118	,373	-1,526	,193	-1,789	8	,111
Paire 3	VAR00003 - VAR00008	-,778	,441	,147	-1,117	-,439	-5,292	8	,001
Paire 5	VAR00005 - VAR00010	-1,889	1,453	,484	-3,006	-,772	-3,900	8	,005