



كلية التربية

إدارة: البحوث والنشر العلمي (المجلة العلمية)

=====

**فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب
لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأثره على
الرضا عن الحياة لديهم**

إعداد

دكتور / حنان فوزى أبو العلا دسوقي

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة المنيا

hanan.fawzy@minia.edu.eg

﴿ المجلد الثامن والثلاثون - العدد الثانى عشر - جزء ثانى _ ديسمبر ٢٠٢٢ م ﴾

http://www.aun.edu.eg/faculty_education/arabic

ملخص البحث:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكنتاب لدى أمهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والكشف عن أثره على الرضا عن الحياة لديهم. ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق البحث على عينة قوامها (١٤) أم من أمهات اطفال طيف التوحد بالطريقة القصديّة ممن حصلوا على درجة مرتفعة على قائمة بيك للإكنتاب وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين المجموعة الأولى المجموعة التجريبية (٧) من أمهات اطفال طيف التوحد، والمجموعة الثانية المجموعة الضابطة (٧) من أمهات اطفال طيف التوحد؛ حيث راعت الباحثة التكافؤ بين المشاركين بالمجموعة التجريبية والمشاركات بالمجموعة الضابطة في كل من العمر الزمني، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، والدرجة الكلية على قائمة بيك للإكنتاب. وخلصت نتائج البحث إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالإكنتاب لدى أمهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وثبت أثره على الرضا عن الحياة لديهم.

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي الجدلي-الإكنتاب- أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد- الرضا عن الحياة.

Abstract

The current research aims to reveal the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing feelings of depression among mothers of children with autism spectrum disorder and to reveal its effect on their life satisfaction. To achieve this goal, the research was applied to a sample of (14) mothers of autistic children, who obtained a high score on the Beck depression list, and were divided into two equal groups, the first group, the experimental group (7), of mothers of autistic children, and the second group, the group Control (7) mothers of children on the autism spectrum; Where the researcher took into account the parity between the participants in the experimental group and the participants in the control group in each of the chronological age, the socioeconomic level of the family, and the total score on the Beck depression list. The results of the research concluded on the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing feelings of depression among mothers of children with autism spectrum disorder and revealing its impact on their life satisfaction.

Keywords: dialectical behavior therapy- depression - mothers of children with autism spectrum disorder - life satisfaction.

أولاً: مقدمة الدراسة :

تعتبر أغلب الكتابات السيكولوجية أن الأسرة هي المؤسسة الأولى في تشكيل وبناء أفراد المجتمع، وأن الأم هي أبرز وأهم أعضاء النسق الأسري لما يلقي عليها من مهام وواجبات بعضها فطرية والبعض الآخر بطبيعة الدور لها داخل النسق الأسري. إلا أن كل أسرة تنتظر مولود جديد تحلم بأن يكون هذا المولود بصحة جيدة ومعافى ويكونوا متشوقين لقدمه، وتتطور طموحاتهم في هذا المولود بشكل تلقائي حينما يكون متمتع بالسلامة الجسدية والعقلية ويصبح على عاتق الأسرة العديد من المسؤوليات تجاه هذا المولود؛ في حين تذهب هذه الأحلام وتنتشوه صورة هذا الوليد عندما تصدم الأسرة بخبر قدوم طفل يعاني من مشكلة أو يعاني من إعاقة وخاصة لو أن الطفل يعاني من اضطراب طيف التوحد تلك الإعاقة التي تحول من تواصله الفعال مع البيئة المحيط به، بل وتعوق مسار النمو المعرفي والاجتماعي لديه؛ مما يعد بمثابة صدمة كبيرة للأسرة وخاصة للأم لما يقع عليها من عبء الرعاية الذاتية للطفل ونقص المؤسسات التي تساعد في تعليمه وتنمية مهاراته .

ورغم الكم الكبير من البحوث والدراسات التي تناولت تلك الفئة إلا أن هذه الفئة من ذوي الإعاقات لم تحظي بالاهتمام الكافي كغيرها من الإعاقات الاخرى كالإعاقة العقلية والسمعية والبصرية بوجود مدارس خاصة بهم - فهي قليلة جدا وليس بها كوادر بشرية مؤهلة للتعامل مع تلك الفئة مما يجعل الأسرة دائماً في حيرة للبحث عن بعض المؤسسات المتخصصة للتعامل مع طفلها من أجل تحسين حالته وتنمية مهاراته كي يستطيع التعايش كباقي أفراد الأسرة. ولا شك أن ذلك يتطلب من الأسرة المزيد من الجهد والمال بل ويزيد من شعور الأسرة وخاصة الأمهات بمستوي مرتفع من الإجهاد والضغط النفسية؛ لاسيما أن طفل اضطراب طيف التوحد يقابل بالرفض من الأسرة بمجرد معرفة الأسرة أنه يعاني من هذا الاضطراب، بالإضافة إلى أنه يتطلب المزيد من الجلسات التي تهتم بتنمية المهارات وجلسات التخاطب الأمر الذي من شأنه أن يكون سبب في وضع الأمهات تحت الشعور بضغط مستمرة وكذلك شعورها بأعراض ضاغطة تنفجر مع زيادة العبء عليها (أمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦).

وجدير بالذكر أن هناك العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت على مشكلات أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بالأخص قد خلصت نتائج البعض منها إلى أن تلك الفئة من الأمهات علي وجه التحديد يزيد لديهن مستوى الشعور بالاكتئاب وترتفع لديهن مستويات الضغوط النفسية بمختلف أشكالها؛ ولعل من أبرز تلك الدراسات التي أكدت على ذلك دراسة (Duarte; Bordin; Yazigi; & Mooney, 2005)،

ودراسة (Estes; Munson; Dawson; &) ودراسة (Davis & Carter, 2009) ، ودراسة (Koehler, & Zhou; & Abbott, 2009) ودراسة (Eikeseth; Klintwall; 2015) ، ودراسة (Hayward, & Gale, 2016) ودراسة (Findler; Jacoby; & Gabis, 2016)، ودراسة (Miranda; Mira;) ودراسة (Bhattacharya; Chakraborty; Basu; & De, 2019)، ودراسة (Berenguer; Rosello; & Baixauli, 2019). في حين أكدت نتائج بعض الدراسات كدراسة (Tomeny, 2017)، ودراسة (Argumedes; Lanovaz & Larivee, 2018)، ودراسة (Porter & Loveland, 2019) ، ودراسة (Phetrasuwan & Shandor Miles,) ودراسة (May; Fletcher;) ودراسة (Dabrowska & Pisula, 2010)، ودراسة (Dempsey & Newman, 2015) على ضرورة إعداد برامج إرشادية وعلاجية لخفض مستوي الشعور بالإكتئاب وكذلك الضغوط لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد وذلك لما لهما كعامل خطر منبئ بمحاولات إيذاء الذات لدى عينات من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

أما عن بعض المداخل العلاجية التي أشارت لها نتائج الدراسات من حيث فعاليتها في خفض مستوي الشعور بالاكتئاب فنجد أن نتائج بعض الدراسات تؤكد على أن هناك مداخل علاجية حديثة تتعامل مع مسببات الاضطراب ومحاولة تعليم العميل مجموعة من المهارات التي تساعد في التغلب على مشكلاته مستقبلاً، ولعل من بين تلك المداخل العلاجية العلاج السلوكي الجدلي والعلاج القائم على اليقظة العقلية وبعض البرامج القائمة على تنمية الشعور بالتماسك والتراحم بالذات.

هذا ويعد العلاج السلوكي الجدلي من أهم العلاجات التي استخدمت في التعامل مع العديد من الاضطرابات حيث كان فعالاً في تحسين مستوى التنظيم الانفعالي وخفض اضطراب شره الأكل العصبي وفقاً لكل من (Bankoff., et al (2012)، (Lenz., et al (2014)، (Murray., et al (2015) وأحمد أبو زيد (٢٠١٧)، في حين كشفت البعض من الدراسات الأخرى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب وتحسين مواجهة الضغوط وخفض مستوي القلق لدى عينات كLINIكية ، أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد على وجه التحديد ومن هذه الدراسات؛ دراسة (Delgado, 2007) ، ودراسة (Oelofsen, & Richardson, 2006)، ودراسة (Van der) ودراسة (Colff; & Rothmann, 2009) ، ودراسة (Nielsen & Hansson, 2007) ، ودراسة (Darling; McWey; Howard, & Olmstead, 2007) ، ودراسة (Lee, & Jun,) ودراسة (Agardh; Ahlbom; Andersson; Efendic; Grill; Hallqvist; ...) ودراسة (2013)

Norlin; Faresjo; Falk; Jones; & Walter,) ودراسة (Ostenson, 2003) ، ودراسة (Madhu; Siddiqui; Desai; Sharma, & Bansal, 2019) ، ودراسة (Gebrine; Lampek; Sarvary; Sarvary; Takacs; & Zrinyi, 2019) ، ودراسة (Behnke, Conrad, Kolassa, & Rojas, 2019) ، ودراسة (Lundeberg,) ودراسة (Toivanen, 2019) ودراسة (Izydorczyk; Sitnik-Warchulska; Kuhn-Dymecka;) ودراسة (Lizinczyk, 2019) .

وجدير بالذكر أن مدخل العلاج السلوكي الجدلي كأحد المداخل العلاجية التي تتبع الموجة الثالثة من موجات العلاج المعرفي السلوكي يعد واحداً من المداخل العلاجية التي تقوم على فلسفة تدريب العميل على مواجهة ما يعانيه من مشكلة وليس تدريبه على إزالة مظاهر المشكلة ؛ لذلك تمكن تدريبات هذا النوع من العلاج من استمرارية أثره القائم على استمرار أثر التدريب الذي تعرض له العميل خلال الجلسات المختلفة، بل وتأمل الباحثة أن يتغير مستوي الرضا عن الحياة لدى الأمهات المشاركات بدراستها على أثر إنخفاض مستوي الاكتئاب لديهن .

ومن ثم حاولت الباحثة خلال هذا الدراسة التحقق من فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب لدى عينة من أمهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتحديد أثر هذا الانخفاض في مستوي الاكتئاب على مستوي الرضا عن الحياة لديهن، وخاصة ان هذه العينة من العينات التي تستحق الدراسة لما يعانونه من العديد من الاضطرابات من جراء إصابة طفلها بهذه المشكلة النمائية ذات الخصوصية الخاصة.

ثانياً: مشكلة الدراسة :

نبعت مشكلة الدراسة الحالية من الواقع العملي للباحثة بصفقتها عضو هيئة تدريس بقسم الصحة النفسية ويتردد عليها البعض من أولياء الأمور ممن يعانون من بعض المشكلات يرغبون في الحصول على استشارة في كيفية حلها. وأثناء مقابلة بعض أمهات أطفال ذوي الإعاقات وخاصة ذوي اضطراب طيف التوحد خلال تقديم بعض الخدمات الإرشادية لهن عن طريق مركز الإرشاد النفسي بمقر الكلية من المترددين ممن يطلبون العون والمساعدة في مواجهة مشكلات أطفالهم، حيث لاحظت الباحثة أن العديد من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات النمائية يسود لديهن مشاعر الحزن الدفين وشعورهن بمستوي ملحوظ من الاكتئاب والشعور بالضغط النفسية والتي قد تؤثر على العديد من الوظائف الأسرية لديهم، كما ينقص لديهن مهارات التعامل مع المواقف المثيرة للاكتئاب ، علاوة على شعورهن بدرجة عالية من الإجهاد والجلد للذات الناتج عن إصابة طفل لديهن باضطراب طيف الوجد ولوم المحيطين بهن بكونهن السبب في إصابة هذا الطفل بهذا الاضطراب.

وبمطالعة الباحثة لبعض التيارات العلاجية الحديثة التي تعتمد على الدمج بين أكثر من أسلوب علاجي خلصت الباحثة إلى أن نموذج العلاج السلوكي الجدلي من ضمن النماذج العلاجية التي تنتمي للمدرسة المعرفية، علاوة على كونه نموذج من نماذج الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي؛ حيث كشفت نتائج بعض الدراسات التي هدفت دراسة فعالية هذا النموذج العلاجي في خفض بعض المشكلات أو تنمية بعض المتغيرات النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فعالية هذا النموذج في خفض الاكتئاب لديهم، كدراسة ALAVI, K., MODARRES, G. M., AMIN, Y. S. A., & SALEHI, F. J. (2011)، ودراسة Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014)، ودراسة Lin, T. J., Ko, Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016)، ودراسة ، H. C., Wu, J. Y. W., Oei, T. P., Lane, H. Y., & Chen, C. H. (2019)، ودراسة Sahranavard, S., & Miri, Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016)، ودراسة M. R. (2018). وهذا ما جذب انتباه الباحثة في محاولة مساعدة مثل هذه العينة في التخلص من مشاعر الاكتئاب من خلال إعداد برنامج علاجي لهن قائم على فنيات واستراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي لخفض الشعور بالاكتئاب لديهن .

ومن ثم تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الاجابة علي السؤال الرئيسي التالي:

ما فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب لدى عينة من أمهات اطفال ذوي طيف التوحد وأثره على الرضا عن الحياة لديهم؟

ثالثاً: أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- تحديد فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- تحديد درجة استمرارية العلاج السلوكي الجدلي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- تحديد الفروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي في الرضا عن الحياة لدى عينة الدراسة من أمهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

رابعاً: أهمية الدراسة:

تحدد أهمية الدراسة الحالية بشقيها النظرية والتطبيقية في الآتي:-

أ- الأهمية النظرية: تبرز الأهمية النظرية للدراسة الحالية في كونها تحاول:

- إلقاء الضوء على عينة غاية في الأهمية -أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد- تلك العينة التي تعاني العديد من المشكلات بسبب وجود طفل يعاني من اضطراب نمائي عصبي كاضطراب طيف التوحد لديها لعل من أبرزها الإحساس بمستوى مرتفع من الاكتئاب.

- تقديم برنامج علاجي قائم على نموذج علاجي حديث نسبياً يوجد ندرة في الدراسات العربية التي تناولته وخاصة على عينة الدراسة، حيث يندرج نموذج العلاج السلوكي الجدلي ضمن علاجات الموجه الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي والتي تساعد الفرد على التعايش مع المشكلة وقبول مسبباتها وخاصة أن كان زوال اسباب المشكلة يصعب إزالته.

ب- الأهمية التطبيقية: تنبع أهمية الدراسة التطبيقية في الآتي:

- قد تفيد نتائج الدراسة الحالية في إلقاء الضوء لدى على أهمية خفض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وغيرهم من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات النمائية، وذلك لكونه متغير على درجة عالية من الأهمية في تحسين مستوى الطاقة النفسية وتنمية القدرة على مواجهة المواقف الضاغطة التي تمر بها الأمر نتيجة وجود طفل معاق لديه وتحسن الوظائف الأسرية التي تكمن على غرار انخفاض مستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة.

- تعد نتائج هذه الدراسة بمثابة تجربة يمكن تعميم نتائجها على قطاع آخر من نفس العينة تحت نفس ظروف الضبط لتجربة الدراسة الحالية.

- قد تفيد نتائج هذه الدراسة في عقد سلسلة من الندوات وورش العمل ودورات تدريبية بهدف التدخل الوقائي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من الوقوع كفريسة لأشكال الاكتئاب المختلفة التي قد تؤثر سلباً على مستوياتهم المعرفية والاجتماعية والصحية وكذلك على جودة الحياة الأسرية.

خامساً: مصطلحات الدراسة:

تم تحديد مصطلحات الدراسة إجرائياً كما يلي :

أ- العلاج السلوكي الجدلي: (DBT)

أسلوب علاجي يسعى لمساعدة الفرد على إدارة الذات والإنفعالات والتعامل مع الخبرات السلبية التي قد تعرض لها ، كما يعمل هذا العلاج على تعليم الفرد كيف يتقبل الصدمات التي تحدث له وكيف يتغلب على المشاعر السلبية الناتجة عن تلك والصدمات التي يتعرض لها؛ بل وتحويل سلوكياته المرتبطة بالخبرات السلبية التي عايشها إلى سلوكيات إيجابية، وتحسين القدرة على التواصل مع الآخرين من خلال فهم ردود أفعالهم وفهمها بأكثر من طريقة مما يساعد على اتخاذ سلوكيات مناسبة معهم.

ويحدد برنامج العلاج السلوكي الجدلي إجرائياً بتطبيق مجموعة الفنيات والاستراتيجيات الخاصة بالعلاج السلوكي الجدلي في خفض مستوي الاكتئاب وفق خطة منظمة ومحددة زمنياً بجلسات وأنشطة تقوم بها المشاركات خلال جلسات فردية وجماعية.

ب- الاكتئاب: Depression

اضطراب نفسي يتضمن المُعاناة من الحزن وفقد الاهتمام وفقدان الشعور بالإرادة أو الفائدة والمُعاناة من مشاعر اليأس والاحباط وفقدان الأمل وبعض الاضطرابات الجسمية والفيسيولوجية والمعرفية المُصاحبة وضعف التركيز علاوة على المُعاناة من الأفكار الانتحارية وانخفاض كبير في القدرة على التعامل مع مهارات الحياة اليومية (World Health Organization, 2018). ويقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المشاركة في الدراسة على قائمة بيك للإكتئاب.

ج-الرضا عن الحياة : life satsifaction

تعرف الباحثة الرضا عن الحياة بهذه الدراسة بأنه "مستوي تقبل أم الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد على تقبل ذاتها واسلوب حياتها، والشعور بالسعادة في المحيط الاجتماعي التي تعيش فيه (الأسرة- العمل- ...)"، وشعورها بالسعادة بما تقوم به من إنجازات في حياتها وشعورها بالتفاؤل تجاه المستقبل. ويقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المشاركة في الدراسة على مقياس الرضا عن الحياة (إعداد: الباحثة).

د- أمهات أطفال طيف التوحد : Mothers of Children with Autism

ويمكن تعريفهن بأنهم تلك الفئة من أمهات الأطفال الذين يتم تشخيص أطفالهن بأنهم يعانون من اضطراب طيف التوحد وفق المحكات التشخيصية الواردة في DSM-5 لهذا الاضطراب.

سادساً: حدود الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية بالمحددات التالية :

أ- **الحدود المنهجية:** وتتمثل في المنهج المستخدم بالدراسة (المنهج التجريبي - تصميم المجموعتين).

ب- **الحدود البشرية :** وتتضمن عينة الدراسة التي تم تطبيق البرنامج عليها والمكونة من (٧) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؛ ووقع الاختيار على الأمهات لعدد من الأسباب من بينهم : أن تلك الأمهات أكثر ارتفاع على مستوى الاكتئاب نتيجة قيامها بالرعاية المستمرة للطفل.

ج- **الحدود الجغرافية والمكانية:** تم التطبيق بمركز الإرشاد النفسي بكلية التربية - جامعة المنيا، وذلك بعد أخذ الموافقات الادارية على التطبيق، وكذلك موافقة كافة أعضاء المجموعة التجريبية على الموعد والمكان.

د- **الحدود الزمنية:** وتتمثل في الفترة التي تم تطبيق أدوات الدراسة بها خلال الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي ٢٠٢١/٢٠٢٢م.

هـ- **الحدود الموضوعية:** تتحدد الدراسة الحالية بالمتغيرات التي تدرسها وهي العلاج السلوكي الجدلي الاكتئاب، الرضا عن الحياة ، أمهات طيف التوحد.

سابعاً: الإطار النظري ودراسات سابقة:

يتناول الإطار النظري لمتغيرات الدراسة في ثلاث محاور أساسية يندرج تحت كل محور بعض الكتابات والدراسات التي حاولت تأصيل هذا المتغير من الناحية المفاهيمية وكذلك النظريات والنماذج التي حاولت تناول هذا المتغير، وفيما يلي عرض لكل محور من تلك المحاور على حدة:

المحور الأول: العلاج السلوكي الجدلي:

أ- فلسفة العلاج السلوكي الجدلي وبدايات ظهوره:

يصنف العلاج السلوكي الجدلي كأحد النماذج العلاجية الحديثة نسبياً والتي تنتمي إلى الموجه الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي وهم العلاج باليقظة العقلية والعلاج السلوكي الجدلي والعلاج بالقبول والالتزام . هذا ترجع بدايات ظهور هذا النموذج العلاج وتطوره إلى الباحثة مارشا لينهان Leinhan والتي قامت باستخدامه لعلاج الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية المترددين على عيادتها ، حيث وجدت أن هذا النموذج العلاجي أثبت فعاليته بشده في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وتحسن مؤشرات جودة الحياة لديهم وتفاعلهم مع الآخرين؛ الأمر الذي شجع الباحثين على استخدام هذا العلاج لعلاج الاضطرابات النفسية الأخرى كاضطراب المزاج والإدمان، واضطرابات الأكل والاضطرابات الوجدانية والاضطراب الوجداني ثنائي القطب(Leinhan, 1993).

هذا ويعد بدايات ظهور هذا النموذج العلاجي مع أواخر ١٩٧٠م كمحاولة لتطوير نموذج العلاج المعرفي السلوكي حينما فشلت تكتيكاته في علاج بعض الأفكار الانتحارية لدي عينة من النساء البالغات ذوي التاريخ الانتحاري؛ وعلى غرار هذا حاولت مارشا لينهان تقديم مجموعة من التعديلات على نموذج العلاج المعرفي السلوكي لظهور العلاج السلوكي الجدلي ، ومن بين تلك التعديلات إدخال مفهوم الجدلية وفنية التغيير المستند إلى مبادئ التعلم (Androdo; et al., 2014 & Panos; et al, 2014).

ويشير فاسبيندر وآخرون (Fassbinder, et al., 2016) أن العلاج السلوكي الجدلي يقوم على مجموعة من المسلمات منبثقة من فلسفة أساسية تقوم على فكرة النقبل والتغيير من خلال تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات الغير مرغوبة إلى أفكار وسلوكيات مرغوبة وأيضاً قبول ما يحدث حول الفرد من ضغوط والتعامل مع الأحداث كما هي والتي قد تكون سبباً في شعور الفرد بالتوتر ومحاولة التعايش مع الواقع وقبوله؛ فالتقبل يشير إلى فهم الذات وإدراك السلوكيات التي يقوم بها الفرد وتقييمها كما هي سواء كانت إيجابية أو سلبية أما التغيير فيشير إلى استبدال السلوكيات الضارة التي كان الفرد يقوم بها وتحويلها إلى سلوكيات إيجابية.

ويؤكد كل من ريزفي وآخرون (Riziv; et al., 2013) وشين وآخرون (Chen; et al., 2016) على أن العلاج السلوكي الجدلي علاج فلسفي يساعد المريض في تغيير نمط سلوكياته الخاطئة من خلال تغيير فلسفته في الحياة وتدريبه لأن يكون أكثر إتران وضبط انفعالي، ومراقبة الأحاسيس والسلوكيات وتقييمها وتقييم ردود أفعال الآخرين أيضاً بأكثر من طريقة ومحاولة فهم ردود أفعال الآخرين وتقييمها بأكثر من جهة وأن الركيزة الأساسية في العلاج السلوكي الجدلي هي القبول والتغيير.

وجدير بالذكر أن فعالية العلاج السلوكي الجدلي تكمن في فلسفته الجدلية القائمة على الإقناع بين المعالج والمريض ف كلا طرفي عملية العلاج يسعى إلى تحقيق التوازن بين عمليتي التقبل والتغيير من خلال عملية جدلية قائمة على إدراك الفرد أن هناك أكثر من حقيقة واحدة للموقف الواحد ويتم هذا الإدراك حينما تزيد عملية المرونة وحل الصراعات التي قد تواجه الفرد نتيجة تفكيره المتصلب (Robinson; et al., 2018 & Del Cou; et al., 2019 & Dimeff, L., & Linehan, 2001). ومن ثم نخلص إلى أن العلاج السلوكي الجدلي نموذج علاجي يساهم في تحسين مهارات التواصل الفعال مع الآخرين من خلال فهم ردود أفعالهم بأكثر من طريقة ؛ ومساعدتهم على إدارة الذات وإدارة العواطف والخبرات السلبية التي قد يتعرضوا لها والصدمات التي تحدث لهم، والتغلب على المشاعر السلبية الناتجة عن تلك الصدمات التي يتعرض لها الأفراد وتحويل سلوكياته إلى سلوكيات إيجابية وذلك من خلال توظيف مجموعة مختلفة من الفنيات كاليقظة العقلية، والتقبل، والإقناع .

ب- أهداف العلاج السلوكي الجدلي وطبيعة العملية العلاجية به:

تشير العديد من الكتابات أن العلاج السلوكي الجدلي نشأ كنموذج علاجي فردي يهدف لمجادلة فردية بين المريض والمعالج حتي يصلون إلى حالة من الإقناع القائمة على تغيير السلوكيات المرتبطة بخبرة الفرد المؤثرة على سلوكياته. فتحدد مارشا للينهان (Linehan, 1993) أهداف العلاج السلوكي الجدلي في النقاط التالية:

(أ) تعزيز قدرات المريض لاكتساب مهارات سلوكية صحيحة والحد من ارتكاب أنماط سلوكية خطره.

(ب) تحديد الصراعات التي تواجه الفرد.

(ج) الاهتمام بتحسين قدرة الفرد للتحكم في سلوكه.

(د) الاهتمام باكتساب الفرد القدرة على مقاومة الألم الانفعالي.

(هـ) الاهتمام باكتساب الفرد القدرة لمعرفة انفعالاته ووعيه بها "التنظيم الانفعالي".

(و) خفض السلوكيات المهددة للحياة.

(ز) تدريب العميل على مهارات تنظيم المشاعر والفعالية الذاتية.

ويشير أحمد محمد جاد الرب (٢٠١٧) أن العلاج السلوكي الجدلي يهدف تعليم الأفراد تعديل عواطفهم المتطرفة أو الزائدة عن الحد، وخفض السلوكيات السلبية الناتجة عن هذه الانفعالات، كما يسعى إلى تعليمهم الثقة في إنفعالاتهم الخاصة وفي أفكارهم وسلوكياتهم. حيث تشير مارشا للينهان (Linehan, 1993) أن طبيعة العملية العلاجية بالعلاج السلوكي الجدلي قد تتضمن جلسات فردية وأحياناً جلسات جماعية؛ ففي الجلسات الفردية يتم حل مشكلات الفرد وتحفيزه على الاستمرار في العلاج ومعاونته على التخلص من السلوكيات السلبية وإكسابه القدرة على حل المشكلات بطريقة تجعله أكثر إيجابية. ويشير عبدالرحمن سيد سليمان (٢٠١٠) أنه في نموذج العلاج الفردي من العلاج السلوكي الجدلي يتلقى المريض جلسات فردية مرة واحدة اسبوعياً يتراوح الزمن النموذجي لكل جلسة من ساعة إلى ساعة ونصف وعلى المريض الحضور في مجموعة المهارات اسبوعياً بحيث تستغرق كل مجموعة ساعتين على مدار عام واحد على الأقل.

أما الجلسات الجماعية فيتم فيها مشاركة المجموعة العلاجية في التدريبات والأنشطة العلاجية التي يقدمها المعالج والتدريب على المهارات وتبادل الخبرات ومناقشة المشكلات بشكل جماعي بين أفراد المجموعة العلاجية وتتميز الجلسات الجماعية بأنها موفرة في الجهد والوقت وتساهم بشكل كبير في مساعدة الأفراد على التعامل مع الآخرين والترابط الاجتماعي وتنمية المسواه والثقة بالذات (Wallace; et al., 2014 & Rahmani; et al., 2018). ومن الأشكال الجديدة التي تأخذها طبيعة العملية العلاجية بالعلاج السلوكي الجدلي أسلوب الاستشارات الهاتفية؛ حيث يعد هذا الأسلوب أحد الوسائل التي تكون فقط بين المعالج والمريض وتحدث عندما يحتاج المريض للمعالج في غير أوقات جلسات العلاج الرسمية والتي يستخدمها المعالج مع المريض لعلاج مشكلات المريض الوقتية والتي تتطلب تدخل المعالج بشكل سريع دون انتظار الجلسة التالية (عبدالرحمن سيد سيمان، ٢٠١٠، ١٠).

ومن ثم نجد أن العلاج السلوكي الجدلي شأنه شأن كافة النماذج العلاجية قد يتضمن جلسات فردية ولسات جماعية إلا أنه قد يسمح بلسات عبر الهاتف وقت شعور المريض بحاجة ملحة للمعالج؛ إلا أن أغلب الدراسات والبحوث التي استهدفت بحث فعالية هذا النموذج العلاجي ترجح أن تكون جلسات البرنامج العلاجي فردي وخاصة في العديد من الاضطرابات كإيذاء الذات الانتحاري والاكئاب وضغوط ما بعد الصدمة معللين ذلك أن المجادلة والمحاورة الفردية تؤدي فعاليتها فتكشف السلوك الخاطئ للمريض الأمر الذي يصعب فعله في المجموعة العلاجية، ولكن يري البعض أن الجلسات الجماعية تؤكد على دور مهم وهو أخذ الحجة من الآخرين تكون أقوى من ترجيح التحيز من المعالج في ذهن المريض.

ج- فنيات واستراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي:

تعمل الفنيات والاستراتيجيات بالعلاج السلوكي الجدلي على التعمق في السيطرة على الأفكار والمشاعر السلبية وتحويلها إلى أكثر إيجابية والعمل على التعامل مع الضغوط والحفاظ مع العلاقة مع الآخر والتنظيم الفعال مما يجعل هذا العلاج هام في علاج الاضطرابات النفسية بأشكالها المختلفة. ، كما أن هذا العلاج قائم في فنياته على الجدلية والإقناع المنطقي والتقبل والتغيير واليقظة العقلية بالإضافة إلى فنيات العلاج السلوكي المعرفي كحل المشكلات، المحاضرة والحوار والمناقشة والواجبات المنزلية بالإضافة إلى التنفيس الانفعالي والتحصين التدريجي.

هذا ويتفق كل من لينهان (Linhan, 1993) وفيدريك وآخرين (Federici; et al., 2012) وشين وآخرين (Chen; et al., 2016) على أن العلاج السلوكي الجدلي يقوم على عدة مهارات منها اليقظة العقلية ومهارة التعامل مع الآخر والحفاظ على العلاقة والتنظيم الانفعالي، حيث أن مهارة اليقظة العقلية تساهم في مساعدة المريض على التأمل والانفتاح على المشاعر والأفكار، وتسمح للفرد برؤية جديدة لخبراته التي مر بها، وتتطلب تلك المهارة استخدام التوازن في التعامل مع الخبرات السلبية ومعايشتها بدلاً من احتجازها والانفتاح على الخبرات العقلية دون إصدار أحكام سلبية وذلك وفقاً لخطوات محددة تتمثل في مراقبة الأفكار والمشاعر السلبية والسيطرة عليها وعدم إطلاق أحكام سلبية تدين الذات، أما مهارة التعامل مع الضغوط تركز على التعامل مع الصراعات والمشكلات التي يواجهها الفرد مستخدماً استراتيجية حل المشكلات، وتحقيق علاقات جيدة مع الآخرين وتحقيق أقصى أهداف ممكنة وتقبل مصادر الضغوط والألم والحياة، أما مهارة الحفاظ على العلاقة وهي مهارة تكاملية مع مهارة التعامل مع الضغوط وتساهم تلك المهارة في الحفاظ على العلاقات مع الآخرين باستخدام التواصل الجيد من خلال استخدام التعبيرات الملائمة والتواصل بالعين وتجنب نقد الآخرين والتعامل بلطف مع الآخرين والحفاظ على الود أثناء التعامل، أما مهارة تنظيم الانفعال فتعني السيطرة على الانفعالات والعواطف والسيطرة على الانفعالات حيال المواقف الضاغطة المختلفة وتعزيز الانفعالات الإيجابية والابتعاد عن الاندفاعية وزيادة الوعي الانفعالي.

كما يتفق كل من روبينسون وآخرين (Robinson; et al., 2018) وهارفي وآخرين (Harvey; et al., 2019) على أن العلاج السلوكي الجدلي يتميز بمدى عمقه وتنقسم الاستراتيجيات إلى استراتيجيات أساسية واستراتيجيات متخصصة وذلك أن الاستراتيجيات الأساسية وتسمى بإدخال المتناقضات وفيها يستخدم المعالج الأشياء المتناقضة ويعرضها على المريض ويظهر الفعل وعكسه كالأبيض والأسود وفي هذه النقطة يكون المرضى مدركين للتضاربات أو المتناقضات حتى يتم صنع تحولات جدلية في الأفكار والمشاعر والسلوكيات ثم يقوم المعالج باستخدام الإقناع بأن يتراوح ردود أفعاله بين الأبيض والأسود أي يكون رد فعل المريض ما بين الواقع الفعلي والواقع الذي يتمناه وهكذا أي يكون في المنتصف حتى يستطيع الفرد التكيف في علاقته مع الآخرين.

أما الاستراتيجية المتخصصة فنجد بها استراتيجية التحكم في المثيرات عن طريق الاسترخاء واستراتيجية التعبير عن المشكلات من خلال التنفيس الانفعالي واستراتيجية تنشيط العقل "اليقظة العقلية" أو رؤية الموقف أو المشكلة من وجهات نظر حكيمة متعلقة من خلال تنشيط العقل الحكيم واستحضار الحالة المفقودة للعقل واستراتيجية تغيير الشكل المعرفي من خلال قلب الدور أي وضع تصور معين وعرضها من وجهة نظر الآخر والقيام بالتعبير من خلال وجهات النظر البديلة وتبادل الأدوار وتساهم في تحمل ضغوط الحياة اليومية وتفهم أوضاع وردود أفعال الآخرين.

د- دراسات تناولت فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض بعض الاضطرابات:

رغم حداثة نموذج العلاج السلوكي الجدلي إلا أن المستقره للإطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت هذا النموذج العلاج في خفض بعض الاضطرابات النفسية نجد أن هناك عدد من الدراسات تناولت هذا النموذج العلاجي؛ لاسيما دراسة شين وآخريين (Chen et al., 2008) والتي هدفت تحيد تأثير العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب الأكل (النهم أو الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي) والتحقق من تأثيره على اضطراب الشخصية الحدية لديهم ، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ امرأة ممن تتراوح أعمارهن بين ١٨-٦٠ عاماً تم تطبيق هذا البرنامج من خلال مقابلات فردية، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس تشخيص اضطرابات الأكل واضطرابات الشخصية الحدية والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثين، وخلصت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض حدة اضطرابات الأكل واضطراب الشخصية الحدية لدى العينة المطبق عليها الدراسة.

أما دراسة سافر وآخريين (Safer, et al., 2010) فحاولت الكشف عن فعالية العلاج السلوكي الجدلي في مقابل العلاج الجمعي النشط في تحسين مهارات التنظيم الانفعالي لدى عينات كLINIكية من نوى اضطراب الشره العصبي، وتكونت عينة الدراسة من (١٠١) مشارك ممن شخصوا باضطراب شره الأكل، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين مجموعة تلقت العلاج السلوكي الجدلي ومجموعة أخرى تلقت العلاج الجمعي النشط، وخلصت نتائج الدراسة إلى أن العلاج السلوكي الجدلي كان أكثر تأثيراً من العلاج الجمعي النشط خفض أعراض اضطراب الشره العصبي وتحسين مستوي التنظيم الانفعالي لديهم. في نفس الهدف للدراسة السابقة تهدف دراسة بانكوف وآخريين (Bankoff et al., 2012) التحقق من فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي و تخفيف أعراض الشره العصبي لدى عينة مكونة من (١٣) من طلاب الجامعة، وخلصت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالات لدى مضطربي الأكل مما يؤدي إلى تحسين سلوكيات الأكل.

أما دراسة جاميليان وآخرين (Jamilian et al., 2014) والتي سعت إلى التحقق من فعالية فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي وتخفيف الضغوط والغضب والسلوكيات الاندفاعية لدى عينة من مرضي الاكتئاب، وتكونت العينة من (١٦) مريض مودعين بالعيادة، وتم تقسيمهم الى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، حيث تم استخدام مجموعة من الأدوات بالدراسة وهم مقياس التنظيم الانفعالي وبرنامج العلاج السلوكي الجدلي من إعدادهم، أما مقياس الضغوط لسيمون وجاهر (Simon & Gahar, 2005) ومقياس السلوكيات الاندفاعية لموركي وآخرون (Morker et al., 2008)، وخلصت نتائج الدراسة إلى ان العلاج السلوكي الجدلي كان فعال في تحسين التنظيم الانفعالي و تخفيف حده السلوكيات الاندفاعية والغضب والضغوط وكان من أبرز الفنيات المستخدمة بالبرنامج فنية الاقناع المنطقي والحوار الجدلي والتعرض التدريجي. في حين جاءت دراسة لنز وآخرين (Lenz; et al., 2014) تهدف بحث فعالية العلاج السلوكي الجدلي في علاج نوبات اضطرابات الأكل وأعراض الاكتئاب المصاحبة له بين الأفراد ذوي اضطرابات الأكل، تم تشخيص عينة الدراسة طبقاً لـ DSMIV وكانت من الفتيات وتم تصميم استخدام العينة الواحدة باستخدام قبلي وبعدي، وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية هذا العلاج في علاج اضطرابات الأكل ولكنه لم يكن فعال بدرجة كافية لعلاج الأعراض الاكتئابية.

في حين قام فاسيندر وآخرين (Fassbinder et al., 2016) بدراسة هدفت التحقق من فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين الوظائف الانفعالي وخفض الاكتئاب لدى عينة من المتعرضين لخبرات صادمة، وخلصت النتائج إلى فعالية البرنامج العلاجي في خفض مظاهر الاكتئاب لديهم وتحسن وظائف التنظيم الانفعالي ، كما لوحظ تحسن مؤشرات جودة الحياة لديهم. بينما هدفت دراسة هارفي وآخرين (Harvey et al., 2019) إلى خفض اعراض اضطراب الشخصية الحدية باستخدام العلاج السلوكي الجدلي لدى عينة من المكتئبين ذوي الميل الانتحاري تكونت العينة من ٨ أفراد ممن تعاني من أمراض اضطراب الشخصية الحدية كميل للانتحار وإيذاء الذات واضطرابا في الهوية واستخدام الباحثين مقياس موهير وآخرون (Moher, 2015) لقياس اضطراب الشخصية الحدية وخلصت النتائج إلى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية كما لوحظ انخفاض أعراض الاكتئاب لدي أفراد المجموعة التجريبية.

ومن خلال عرض بعض الدراسات السابقة نجد أن هناك العديد من الدراسات التي حاولت التحقق من فعالية هذا النموذج العلاجي لدى عينات مختلفة من بينها ذوي اضطراب الاكتئاب ومن هذه الدراسات من أكد على فعاليته ومن بينها من وجد أن هذا النموذج غير فعال . إلا أن الباحثة وجدت ندرة في الدراسات التي تناولت عينات من أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وذوي اضطراب طيف التوحد على وجه التحديد الأمر الذي يعد أحد الدوافع للقيام بمثل هذه الدراسة.

المحور الثاني : الإكتئاب.

ترجع العديد من البحوث المنشورة في مجال الاضطرابات النفسية أن الإكتئاب يعتبر مرض العصر ؛ بل يعد من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين الأفراد على مستوى العالم وقد يعود ذلك إلى العديد من الأسباب من أبرزها شعور الأفراد بمستوي جودة حياة متدني علاوة على العديد من الضغوط النفسية التي يتعرضون لها. لذا تحاول الباحثة خلال هذا المحور عرض تفصيلي حول ماهية الاكتئاب وكيف أن الاكتئاب أحد الاضطرابات النفسية التي تجعل مريضها في خبرة ألم قاسية؛ وذلك على النحو التالي :

أ- مفهوم الإكتئاب ونسبة انتشاره:

يعد مفهوم الإكتئاب واحد من أقدم المفاهيم النفسية ، فقد تردد في كافة الحضارات القديمة وكذلك كافة أشكال الأدب والروايات القديمة فنجد أن في الحضارة العربية تحدث عنه ابن سينا، وتناوله شكسبير في مسرحياته حول ألوان الشخصيات المكتتبه. أما ظهور المفهوم في المجال البحثي فنجد أنه ظهر منذ بدايات القرن التاسع عشر في أدلة التشخيص المختلفة وتوالى الإهتمام بهذا المفهوم حتي أصبح الآن واحداً من أكثر أشكال الاضطرابات النفسية دراسة بل ومحور لاهتمام العديد من الباحثين والدراسين في مجال العلاج النفسي (محمود عبدالرحمن حمودة، ٢٠٠٤). وجدير بالذكر أن " أبوقراط " ميز فيما لا يقل عن ستة أنواع من الاكتئاب والذي كان يطلق عليه مرض المايخوليا ؛غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاها لبعض هذه الأنواع يمكن أن تنطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهان الاضطهاد، وذهان الفصام والعصاب. كما وصف "ارثايوس" في القرن الأول الميلادي هذا المرض غير أن بعض أوصافه مُحصّت ولا تنطبق على مرض الاكتئاب كما هو معروف حالياً. واستمر الخلط حول طبيعته وأسبابه وعلاجه على مر العصور (هشام أبو حجازي، ٢٠٠٤).

هذا وقد استُخدم مفهوم الإكتئاب بوصفه خبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية أو انفعالية والتي قد تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسمي أو عقلي أو اجتماعي وجملة مركبة من أعراض معرفية ونزعة (إرادية) وسلوكية وفسولوجية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية؛ لذا يعد الاكتئاب مفهوم يمكن أن يصف حالة مزاجية وليس بالضرورة حالة مرضية فاضطراب الاكتئاب ما هي إلا مزيج من الاضطرابات الفيزيولوجية وبعض الأعراض النفسية الأخرى، هذه الاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية بالإضافة إلى أنماط أخرى من السلوك المعتاد وغير المدرك قد يؤديان بالمريض إلى حالة من الحزن المتكرر (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨).

ومن ثم يندرج الاكتئاب ضمن فئات الاضطرابات الوجدانية والتي تُعتبر بدورها أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً وشيوعاً، وهي بالتالي مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد أي شعب من الشعوب، ويمكن القول بأن من (٥٠-٧٠%) من محاولات الانتحار التي تنتهي بالموت بين المجموع العام تكون بسبب الاكتئاب النفسي (أحمد عكاشة، ١٩٩٨). أما عن معدلات انتشار الاكتئاب نجد أن هناك العديد من الإحصائيات التي تعكس لنا خطورة هذا الاضطراب فنجد أن الاكتئاب يصيب النساء بنسبة تتراوح ما بين ١٥-٢٥% خلال فترة العمر من ٣٥-٥٠، و ٣٠% من النساء يصبن به قبل الدورة الشهرية، ١٠% من النساء أثناء الحمل، ١٠-٢٠% من النساء بعد الولادة، ١٠-١٥% منهن بعد إنقطاع الدورة الشهرية (Barbara; et al, 2008).

و يؤكد محمد عبد الفتاح (١٩٩٧) أن الإكتئاب من أكثر الإضطرابات النفسية شيوعاً بين البالغين حيث تصل نسبة الإصابة بالإكتئاب (٢٠%) لدى الإناث و(١٠%) لدى الذكور. الأمر الذي يظهر أن الأمهات من ذوي الاحتياجات الخاصة هن أكثر عرضه بطبيعتهن للإصابة بالاكتئاب إضافة إلى وجود طفل معاق بإعاقة نمائية كإضطراب طيف التوحد يعد بمثابة صدمة تزيد من احتمالية تطور الإكتئاب البسيط إلى اكتئاب جسيم.

ب- بعض النماذج والنظرية المفسرة لأسباب الإكتئاب:

توجد العديد من الدراسات والبحوث التي تناولت خلال الطرح النظري خلالها البعض من التفسيرات النظرية التي تناولت تفسير الاكتئاب من وجهة نظر النظريات المختلفة؛ لذا حاولت الباحثة خلال هذه الجزئية تناول البعض من النظريات والنماذج المفسرة للاكتئاب.

يعد تفسير المدرسة المعرفية للعوامل والاسباب التي تسهم في ظهور الاكتئاب واحد من أقوى النماذج النظرية التي حاولت تفسير نشأة الاكتئاب في ضوء عوامل كثيرة؛ حيث يؤكد بيك وآخرون (Beck, et al (1996) أن الاكتئاب بأشكاله المختلفة ربما قد يعود إلى خلل في كيمياء الدماغ، في حين انه قد يكون نتيجة تناقص التدعيم الإيجابي وتزايد التدعيم للأحداث المكروهة، أو يعود إلى الصراع النفسي بين الأنا والأنا الأعلى، أو أنه عبارة عن تدهور القدرة على الصبر التي يترتب عليها انخفاض في الشعور بالوجود أي الشعور بالكينونة (Alexopoulos, G. , 2019). في حين يرى إليس Ellis أن الاكتئاب اضطراب وجداني (Disorder Affective)، يرجع إلى التشوّهات المعرفية والتفكير اللامنطقي التي تحدد الاستجابة الوجدانية للفرد المكتئب، حيث يرتبط التعميم بكثير من الأنماط المرضية خاصة الاكتئاب والفصام، فالمكتئب غالباً ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميماً سلبياً، فتوجه نقد غير مقصود له قد يعني عنده أنه فاشل لا يحسن التفكير، وفشله في تحقيق هدف ولو جزئي قد يعني أنه إنسان عاجز عن تحقيق آمالي في الحياة (أحمد عكاشة، ١٩٩٨).

أما عن دور العوامل الوراثية ففي ظهور الاكتئاب فنجد ندرة في البحوث التي تؤكد ماهية العوامل الوراثية المسببة في ذلك، وما الأسلوب الدقيق لنقل المورثة المسؤولة عن الكآبة، ولكن يعتقد أنها قد تنتقل بواسطة مورثات جسمية مهيمنة، أو مورثات جنسية محمولة على الكروموسوم (X)، كما ويعتبر الخلل في توازن الناقلات العصبية المسؤولة عن تنظيم الإيعازات العصبية في خلايا الدماغ، ومن أهم الناقلات العصبية التي إن نقصت فسؤودي إلى ظهور أعراض وعلامات الكآبة هي مادة السيروتونين، حيث تعتبر الأدوية التي تساهم في رفع نسبة مادة السيروتونين من أكثر الأدوية انتشارا في العالم حاليا لعلاج الكآبة (Bide, et al, 2000) (Angest, 1972) أنه يفترض أنجست (Park, L. T., & Zarate Jr, C., 2019). وفي كل حالات الاكتئاب النفسي بشكل عام هناك دور تقوم به العوامل الموروثة وكذلك العوامل البيئية بدرجات متباينة، بمعنى أنه لا وجود لاكتئاب وراثي محض دون تدخل العوامل البيئية فيه، و يعتبر الاكتئاب النفسي في الدول النامية أعلى منه في الدول المتقدمة التي يعيش فيها المواطن متمتعاً بالراحة والاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والصحي والسياسي، وإن الأثر السلبي للمجتمع في حياة الأفراد النفسية إنما يؤثر في المتعلمين والمتقنين أكثر مما يؤثر في الأفراد الأقل تعليماً أو الأميين، حيث إن المتقن يتألم لمشاكل مجتمعه لأنه يحسها ويشعر بها ويعيشها عن علم وإمام وإدراك، وهو بالتالي يحاول أن يشارك برأيه وخبرته في المساعدة، ولكنه قد يصطدم بمعوقات تجعله يعاني من العجز والصراع النفسي مما يسبب له الاكتئاب وغيره من الاضطرابات النفسية (Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F., 2020).

ج- المحكات التشخيصية للاكتئاب :

أولاً- المحكات التشخيصية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 :

Major Depressive Disorder (MDD) - المحكات التشخيصية لفترة الاكتئاب الأساسي

أ- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض الآتية خلال فترة أسبوعين، وتمثل تغيراً عن وظائف الفرد السابقة، بحيث يكون أحد الأعراض على الأقل إما (١) المزاج المكتئب، وإما (٢) فقد الاهتمام أو السرور.

أ/ ١- مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً، كما يتضح إما من التقدير الذاتي (كالشعور بالحزن أو عدم الجدوى أو اليأس)، وإما من الملاحظة التي يقوم بها الآخرون (كأن يبدو الفرد باكياً أو دامعاً). ملحوظة: يمكن أن يظهر ذلك لدى الأطفال والمراهقين على شكل مزاج متهيج أو مستثار.

أ/٢ - تناقص الاهتمام أو السرور بشكل واضح في أغلب الأنشطة معظم اليوم تقريباً (كما يتضح من التقدير الذاتي أو من ملاحظة الآخرين).

أ/٣ - فقد واضح للوزن دون نظام غذائي، أو زيادة الوزن (مثال ذلك: أن يتغير وزن الجسم أكثر من ٥% في شهر واحد)، أو تناقص الشهية أو زيادتها كل يوم تقريباً، ملحوظة: يتخذ هذا العرض لدى الأطفال شكل الفشل في تحقيق زيادة متوقعة في الوزن.

أ/٤ - الأرق أو النوم الزائد كل يوم تقريباً.

أ/٥ - التهيج النفسي الحركي أو التأخر، كل يوم تقريباً (وذلك كما يلاحظه الآخرون، وليس مجرد المشاعر الذاتية المتعلقة بالتأمل أو الإبطاء).

أ/٦ - التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.

أ/٧ - مشاعر عدم الأهمية وعدم الجدارة، أو الذنب الزائد أو غير المناسب (وقد يكون ضلالات) كل يوم تقريباً (وليس مجرد تقريع الذات أو الذنب لكونه مريضاً).

أ/٨ - تناقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد وعدم الحسم، كل يوم تقريباً، (سواء أكان ذلك بالتقرير الذاتي، أو كما يلاحظه الآخرون).

أ/٩ - أفكار موت متكررة (ليس خوف من الاحتضار) وأفكار انتحارية متكررة دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار، أو خطة محددة للانتحار

ب- تسبب الأعراض ضيقاً وألمًا إكلينيكيًا واضحًا، أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو غيرها من المجالات المهمة.

ج- لا تنتج الأعراض من التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة أو عقار أو حالة طبية أخرى.

د- لا تفسر الفترة الاكتئابية الأساسية باضطرابات طيف الفصام، والضلالات وغير ذلك من الاضطرابات الذهانية.

هـ- لا توجد فترة هوس أو هوس خفيف على الإطلاق. [APA, 2013: 160-16]

ثانيا- المحكات التشخيصية لنوبة الاكتئاب الأساسي تبعًا للتصنيف الدولي العاشر للأمراض
:ISD- 10

أ- في النوبة الاكتئابية النمطية يعاني الشخص عادة من المزاج المكتئب، وفقد الاهتمام والسرور، وتناقص الطاقة، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة القابلية للتعب ونقص النشاط، ويشيع التعب الواضح بعد بذل مجهود بسيط للغاية، أما بقية الأعراض الشائعة فهي كما يأتي:

١. تناقص التركيز والانتباه.
٢. تناقص تقدير الذات.
٣. أفكار الذنب وعدم الجدارة.
٤. آراء متشائمة وسيئة عن المستقبل.
٥. أفكار أو أفعال لإيذاء الذات أو الانتحار.
٦. نوم مضطرب.
٧. ضعف الشهية.

ب- يتغير المزاج المنخفض قليلاً من يوم إلى آخر، ولا يستجيب عادة للظروف ويكشف عن تغيرات يومية واضحة.

ج- قد تصبح بعض الأعراض أعلاه واضحة وذات ملامح متميزة ومثال ذلك: الأعراض الجسمية؛ ومنها: فقدان الاهتمام أو السرور في الأنشطة التي تعد سارة عادة، ونقص الاستجابة الانفعالية للمواقف التي تسبب السرور عادة، الاستيقاظ في الصباح ساعتين أو أكثر قبل الموعد المعتاد، ويسود الاكتئاب في الصباح، والتأخر أو التهيج النفسي الحركي، وضعف واضح في الشهية أو نقص في الوزن، وفقد واضح للدافع الجنسي، ولا تعد زملة الاضطراب الجسدي موجودة، ما لم يوجد أربعة أعراض على الأقل مما سبق ذكره.

د- تشبع في المرافقة عادة أعراض غير نمطية.

هـ- في بعض الحالات يكون القلق، والضيق، والتهيج الحركي أكثر بروزاً في بعض الأوقات عن الاكتئاب، وتغيرات المزاج، ويصبح الأخيران مستترين بمظاهر معينة؛ مثل: التهيج، والاستهلاك المفرط للكحول، والسلوك الهستيري وتفاقم الأعراض السابقة على الفوبيا أو الوسواس، أو الانشغال بتوهم المرض.

و- يتطلب وضع التشخيص أن تدوم الأعراض أسبوعين [WHO, 1993].

ومن ثم نجد أن المحكات التشخيصية الواردة الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس من أكثر المحكات التشخيصية المستخدمة بالعيادات النفسية وكذلك بأغلب الدراسات والبحوث العلاجية لذا تميل الباحثة إلى الاعتماد على هذه المحكات عند تشخيص الحالات بعد استخدام أداة الفرز والتحقق من الاكتئاب وهي قائمة بيك للاكتئاب.

د- دراسات تناولت الاكتئاب لدى أمهات الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

يعتبر متغير الاكتئاب واحد من المتغيرات البحثية التي نالت الاهتمام بالدراسة لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة على وجه العموم ولدى أمهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على وجه التحديد؛ ولعل من بين هذه الدراسات دراسة (Tabassum&Mohsin,2013) والتي هدفت التعرف على طبيعة العلاقة بين القلق والاكتئاب لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين، كما هدفت الدراسة إلى المقارنة بين أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي الإعاقة البصرية، والأطفال ذوي الإعاقة الحركية في مستوى كل من القلق والاكتئاب. تكونت عينة الدراسة من (٨٠) من آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الواحدة وذوي الإعاقات المتعددة والذين ترواحت الأعمار الزمنية لأطفالهم المعاقين ما بين (٤-١٨) سنة. اشتملت أدوات الدراسة على قائمة البيانات الديمغرافية Demographic Information Sheet، وكذلك مقياس القلق والاكتئاب Depression, Anxiety, Stress Scale تطوير (Lovibond & Lovibond, 1995). أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين القلق والاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة. كما أشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مقارنة بأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة الحركية، كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود اختلاف في مستوى كل من القلق والاكتئاب لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة البصرية. أما دراسة (Azeem et al., 2013) فقد هدفت التعرف على مستوى القلق والاكتئاب لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. تكونت عينة الدراسة من (١٨٨) من أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بواقع (٩٩) من الآباء و(٩٩) من الأمهات. أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة انتشار القلق والاكتئاب بين أمهات ذوي الإعاقة العقلية أعلى من نسبة انتشارها بين الآباء، حيث بلغ معدل انتشارها بين الأمهات بنسبة (٨٩%) أما بين الآباء فكانت بنسبة (٧٧%). كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة انتشار القلق بين الآباء بلغ نسبته (٤٢%) بينما بلغ نسبة انتشاره بين الأمهات (٣٥%)، أما نسبة انتشار الاكتئاب فقد بلغت بين الأمهات (٤٠%) وبين الآباء بنسبة (٣١%).

بينما سعت دراسة (Dave et al., 2014) إلى التعرف على نسبة انتشار القلق والاكتئاب بين مقدمي الرعاية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير بعض المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية على القلق والاكتئاب لدى مقدمي الرعاية لذوي الاحتياجات الخاصة. تكونت عينة الدراسة من مجموعة من مقدمي الرعاية لذوي الإعاقة العقلية. اشتملت أدوات الدراسة على مقياس زونج للاكتئاب والقلق. أشارت نتائج الدراسة إلى انتشار نسبة القلق بنسبة (٥٧%) بين أفراد عينة الدراسة، وانتشار نسبة الاكتئاب بنسبة (٦٣%)

بين أفراد عينة الدراسة. كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير لبعض المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية على مستوى القلق والاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة. أما دراسة (Chouhan et al., 2016) فهدفت المقارنة بين أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال العاديين في كل من الضغوط الوالدية اليومية والأعراض الاكتئابية. تكونت عينة الدراسة من (٦٠) من أمهات وآباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية و(٣٠) من آباء وأمهات الأطفال العاديين. اشتملت أدوات الدراسة على قائمة الضغوط الأسرية والتعايش **Family Interview for Stress and Coping**، ومقياس هاميلتون لتقدير الإكتئاب **Hamilton Depression Rating Scale**. توصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى الاكتئاب والضغوط الوالدية بين آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مقارنة بآباء وأمهات الأطفال العاديين. في حين سعت دراسة (Chandravanshi et al., 2017) إلى التعرف على نسبة انتشار الاكتئاب بين أمهات المعاقين عقلياً، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير بعض المتغيرات الديمغرافية على الاكتئاب لدى أمهات المعاقين عقلياً. تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً. اشتملت أدوات الدراسة على قائمة المتغيرات الديمغرافية، ومقياس بيك للاكتئاب والقلق. أشارت نتائج الدراسة إلى انتشار الاكتئاب بين أمهات الأطفال المعاقين عقلياً بنسبة (٧٩%)، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير لبعض المتغيرات الديمغرافية على انتشار الاكتئاب لدى عينة الدراسة.

هـ - فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الاكتئاب وبعض الاضطرابات قريبة الصلة:

من استقراء الكتابات التي تناولت مفهوم الاكتئاب وطبيعته كاضطراب نجد أن الاضطراب باعتباره أحد الاضطرابات المزاجية المنبئة بتهديد الأنا للفرد والتي تجعله يتبنى أفكار قد يكون من بينها أفكار مهددة للذات ومنبئة بالأنحار والتخلص من الحياة، الأمر الذي دفع الباحثة حينما اهتمت بدراسة هذا الاضطراب أن تبحث عن منحى علاجي له فعالية في تحسين مهددات الذات وهو العلاج السلوكي الجدلي.

المحور الثالث: العلاقة بين خفض الاكتئاب ومستوي الرضا عن الحياة:

يعد مفهوم الرضا عن الحياة واحد من مفاهيم علم النفس الايجابي؛ والذي يعتقد البعض من الباحثين أنه واحد من المتغيرات البحثية القديمة التي قتلت بحثاً؛ إلا أن حقيقة البحوث على قواعد البيانات العالمية تعكس غير ذلك؛ حيث تشير إلى أن هذا المتغير هو واحد من المتغيرات البحثية المتجددة التي لا يمكن إعتبارها متغير قتل بحثاً فهو متغير جدير بأن يعكس الحالة النفسية للفرد ويعكس ما يعانيه من أزمات نفسية قد تؤدي به إلى إيذاء ذاته. لذلك تحاول الباحثة خلال هذه الجزئية من الإطار البحثي للدراسة التركيز على ماهية مفهوم الرضا عن الحياة وما العلاقة بين الرضا عن الحياة وخفض الاكتئاب وهل هناك علاقة تأثيريه أم لا.

أما عن التعريفات التي تناولت مفهوم الرضا عن الحياة فقد حظي التراث السيكولوجي بالعديد من التعريفات التي تناولت مفهوم الرضا عن الحياة؛ إلا أن هذه التعريفات قد تتفق فيما بينها على تحديد هذا المفهوم ومكوناته التي تعكس الحالة النفسية حتي وأن اختلفت توجهاتهم البحثية، فنجد أن هناك شبه اتفاق بين الباحثين على أن مفهوم الرضا عن الحياة هو تقييم معرفي للفرد يجعله يتقبل ذاته ونمط حياته وعلاقاته مع زملائه واصدقائه وشعوره بالتوافق على المستوي الاسري والاجتماعي والمهني وقدرته على تحقيق انجاز في حياته وتخطي أخطاء الماضي والنظر للمستقبل بطريقة تفاؤليه بما يسمح له وتحقيق أهدافه في الحياة.

هذا ويعد التعريف المتناول في العديد من البحوث لمفهوم الرضا عن الحياة هو تعريف منظمة الصحة العالمية والذي يعرف الرضا عن الحياة بأنه معتقدات الفرد عن موقعه من الحياة وأهدافه ومعاييرها واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة من القيم في المجتمع الذي يعيش فيه كما يتأثر مفهوم الرضا عن الحياة لدى الفرد بصحته الجسمية وحالته النفسية وعلاقاته الاجتماعية وعلاقاته الأسرية وكافة المتغيرات البيئية التي يعيش فيها. لذا يعتبر الرضا عن الحياة أقصى ما يطمح له الفرد من مدركات ايجابية تجعله يستطيع التغلب علي الاحباط والصراعات النفسية التي يشعر بها بل ويدير الانفعالات المختلفة المترتبة على ذلك (عبير محمد طاهر، علي محمد عبد الله، ٢٠٢١).

وجدير بالذكر أن هناك العديد من الدراسات التي تؤكد على العلاقة بين درجة الاكتئاب ومستوي الرضا عن الحياة ؛ ولعل من بين تلك الدراسات، دراسة Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., & Koskenvuo, M. (2004) ودراسة Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., & Brähler, E. (2010) ودراسة Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012) ودراسة Jenkins, S. R., Belanger, A., Connally, M. L., Boals, Serin, N. B., Serin, O., & Özbaş, L. A., & Durón, K. M. (2013) ودراسة F. (2010) ودراسة Lue, B. H., Won, J. S., & Kim, K. H. (2008) ودراسة Nes, R. B., Czajkowski, N. O., Chen, L. J., & Wu, S. C. (2010) ودراسة Røysamb, E., Ørstavik, R. E., Tambs, K., & Reichborn-Kjennerud, T. (2013)، ودراسة Guney, S., Kalafat, T., & Boysan, M. (2010) ودراسة Schütz, E., Sailer, U., Al Nima, A., Rosenberg, P., Arntén, A. C. A., Oosterveer, D. M., Mishre, R. R., Archer, T., & Garcia, D. (2013) ودراسة Seo, J. H., & Van Oort, A., Bodde, K., & Aerden, L. A. (2017)

- Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., ودراسة، Ryu, H. S. (2010)
- Tian, Y., Zhang, ودراسة، Gestra, R., Ferrari, G., ... & Parati, G. (2013)
- Kwok, S. Y., ودراسة، S., Wu, R., Wang, P., Gao, F., & Chen, Y. (2018)
- Li, C., Jiang, S., Li, N., & Zhang, ودراسة، Gu, M., & Kit, K. T. K. (2016)
- Ghazwin, M. Y., Kavian, M., ودراسة، YILDIZ, M. (2016)
- Ahmadloo, M., Jarchi, A., Javadi, S. G., Latifi, S., ... & Ghajarzadeh, M. (2016) ودراسة، Yavuzer, Y., & Civilidag, A. (2014)
- BALTACI, ودراسة، Mei, S., Qin, Z., Yang, Y., Gao, ودراسة، H. Ş., & KARATAŞ, Z. (2015)
- Brunes, A., & Heir, T. ودراسة، T., Ren, H., Hu, Y., ... & Tong, Q. (2021)
- Gigantesco, A., Fagnani, C., Toccaceli, V., Stazi, M. A., ودراسة، ((2020
- .Lucidi, F., Violani, C., & Picardi, A. (2019)

حيث تؤكد تلك الدراسات أن إنخفاض مستوى الرضا عن الحياة يعد إحدى مؤشرات شعور الفرد بالاكتئاب وخاصة درجة من درجات الاكتئاب المتقدمة؛ لذا اهتمت الباحثة إلى تحديد اثر خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة على مستوى الرضا عن الحياة بهدفين ، الأول للتحقق من مستوى تقدم الرضا عن الحياة لدى عينة الدراسة، والآخر التحقق من التأثير غير المباشر للبرنامج العلاجي المستخدم مع عينة الدراسة في خفض الاكتئاب.

سابعاً: فروض الدراسة:

في ضوء ما تم عرضه بالإطار النظري للدراسة وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة تم صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

- يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس بيك للاكتئاب.
- يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الرضا عن الحياة.
- يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك للاكتئاب.
- يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الرضا عن الحياة.

- لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد فترة متابعة شهر ونصف) على مقياس بيك للإكتئاب.
- لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد فترة متابعة شهر ونصف) على مقياس الرضا عن الحياة.

- الأساليب الإحصائية المستخدمة بالدراسة:

تم استخدام الأساليب التالية في معالجة بيانات الدراسة:

- ١- اختبار (ت) للعينات المستقلة .
- ٣- التحليل العاملي التوكيدي CFA.
- ٤- معامل الفاء كرونباخ.
- ٥- معامل التجزئية النصفية.
- ٦- اختبار مان وتني Mann-Whitney-Test.
- ٧- اختبار ويلكوكسن.

بالإضافة إلى استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية والاربايعيات، علاوة على أنه تم حساب كافة المعالجات الإحصائية باستخدام برنامج SPSS-V26، وبرنامج المعادلات البنائية AMOS-26 .

ثامناً: منهجية الدراسة وإجراءاتها:

أ- المنهج المستخدم بالدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعتين (الأولى المجموعة التجريبية والثانية المجموعة الضابطة) بالدراسة الحالية لمناسبتة لطبيعة الدراسة للتحقق من فعالية العلاج السلوك الجدلي (متغير مستقل) في خفض الاكتئاب (متغير تابع) لدى أمهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ب- مجتمع الدراسة : يتمثل مجتمع الدراسة الحالية في أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمحافظة المنيا من المترددين على مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة ووحدات التخاطب ببعض المستشفيات الخاصة والجامعية.

ج- عينة الدراسة :

١- عينة الدراسة الاستطلاعية :

تم تطبيق مقياس الدراسة (قائمة بيك للأكتئاب) على عينة استطلاعية قوامها (٨٧) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ببعض مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة ووحدات التخاطب بالمستشفى الجامعي وبعض المستشفيات الخاصة بمحافظة بني سويف والمنيا؛ حيث تم انتقاء هذه العينة بالطريقة القصدية بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس المستخدم بالدراسة حيث يتراوح أعمارهن ما بين (٢٩- ٤٦) سنة بمتوسط عمري (٩ ، ٣٨) سنة وانحراف معياري (٢٨ ، ٤).

٢- عينة الدراسة الأساسية:

بعد التأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة بالدراسة تم تطبيقها على عينة أساسية تكونت من (٥٢) أم من أمهات أطفال طيف التوحد من المترددين على مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ووحدات التخاطب ببعض المستشفيات بمحافظة المنيا وبني سويف، وتم انتقاء أفراد عينة الدراسة التجريبية من بين من شخصت درجاتهم على كونهم يشعرون بدرجة مرتفعة من الإكتئاب وفق تقدير مقياس بيك للأكتئاب.

٣- عينة الدراسة التجريبية :

تم انتقاء عدد (١٤) أم من أمهات اطفال طيف التوحد بالطريقة القصدية ممن حصلوا على درجة مرتفعة على قائمة بيك للأكتئاب وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين المجموعة الأولى المجموعة التجريبية (٧) من أمهات اطفال طيف التوحد، والمجموعة الثانية المجموعة الضابطة (٧) من أمهات اطفال طيف التوحد؛ حيث راعت الباحثة التكافؤ بين المشاركات بالمجموعة التجريبية والمشاركين بالمجموعة الضابطة في كل من العمر الزمني، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، والدرجة الكلية على قائمة بيك للأكتئاب، وذلك من خلال استخدام اختبار مان وتتي Mann-Whitney-Test لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في متغيرات التكافؤ كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (١)

نتائج التكافؤ/التجانس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

المتغير	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة
العمر الزمني	التجريبية	٧	٥.٥٠	١٠.٥	٣٨.٥	١.٨٠٩	غير دالة
	الضابطة	٧	٩.٥٠				
المستوى الاجتماعي والاقتصادي	التجريبية	٧	٦.٥	١٧	٤٥	٠.٨٩٦	غير دالة
	الضابطة	٧	٨.٥				
قائمة بيك للإكتئاب	التجريبية	٧	٥.٧١	١٢	٤٠	١.٦٠٢	غير دالة
	الضابطة	٧	٩.٢٩				
الرضا عن الحياة	التجريبية	٧	٦.٥	١٧	٤٥	٠.٨٩٦	غير دالة
	الضابطة	٧	٨.٥				

حيث يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في كل من العمر الزمني، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والدرجة الكلية على قائمة بيك للإكتئاب مما يعكس التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في مجموعة المتغيرات الدخيلة التي قد تؤثر على نتائج الدراسة الحالية.

د- الأدوات المستخدمة بالدراسة:

تضمنت الدراسة بعض الأدوات تمثلت في الآتي:

- ١- مقياس بيك للإكتئاب (د-٢) BDI-II (عبد الفتاح غريب ، ٢٠١٥)
- ٢- مقياس المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد: عبد العزيز الشخصي، ٢٠١٤).
- ٣- مقياس الرضا عن الحياة لدى أمهات اطفال طيف التوحد (إعداد: الباحثة).
- ٤- البرنامج السلوكي الجدلي (إعداد : الباحثة).

وفيما يلي توضيح للإجراءات المتبعة في إعداد وتجهيز تلك الادوات للتطبيق على عينة الدراسة.

١- مقياس بيك للإكتئاب.

أعد عبد الفتاح غريب (٢٠١٥) مقياس بيك للإكتئاب للبيئة المصرية؛ حيث يستخدم المقياس أسلوب التقرير الذاتي في الاستجابة على بنود المقياس لتقييم درجة الاكتئاب لدى الحالة المطبق عليها المقياس حيث يصلح المقياس للتطبيق على عينات المراهقين بدءاً من ١٣ سنة وللراشدين.

يتكون المقياس من (٢١) مجموعة من الأسئلة تصف الاعراض السريرية لاضطراب الاكتئاب يتم الاستجابة عليهم وفق تقدير رباعي البدائل متدرج الشدة لكل مجموعة من الأسئلة بمدى يتراوح ما بين صفر إلى ثلاث درجات ، ومن ثم يبلغ الحد الأدنى للدرجات صفر والحد الأقصى للدرجات ٦٣ درجة. وتتمثل الأعراض التي يقيسها المقياس في الآتي :

رقم العبارة	العرض	رقم العبارة	العرض
١	الحزن	١٢	فقدان الاهتمام
٢	التشاؤم	١٣	التردد
٣	الفشل السابق	١٤	انعدام القيمة
٤	فقد الاستمتاع	١٥	فقدان الطاقة
٥	مشاعر الإثم	١٦	تغيرات في نمط النوم
٦	مشاعر العقاب	١٧	القابلية للغضب
٧	عدم حب الذات	١٨	تغيرات في الشهية
٨	نقد الذات	١٩	صعوبة التركيز
٩	الأفكار الانتحارية	٢٠	الارهاق
١٠	البكاء	٢١	فقدان الاهتمام بالجنس
١١	الاستئثار		

هذا وقد قام معد المقياس بحساب مجموعة من المؤشرات الدالة على تمتع المقياس بمجموعة من الخصائص السيكومترية ، وتتمثل في التحقق من معايير الثبات بطريقة إعادة التطبيق وكذلك حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ، وقد بلغ معامل الثبات عل العينة المستخدمة لهذا الغرض ٠.٨٣ وهو معامل ثبات مرضي.

في حين تم التحقق من معايير الصدق من خلال حساب معامل الصدق التقاربي /صدق المحك ، وبلغ قيمة معامل الصدق التقاربي ٠.٧٦ وهي قيمة دالة عند ٠.٠١، كما تحقق معد المقياس من معايير التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة تدوير المحاور بالفاريمكس وتم التوصل إلى بعدين أساسيين هما البعد اوجداني والبعد الجسدي.

الخصائص السيكومترية للمقياس بالدراسة الحالية :

تم التحقق من معايير الصدق للمقياس بالطرق التالية :

- الصدق التمييزي :

قامت الباحثة بحساب القدرة التمييزية لمقياس بيك للاكتئاب، وذلك عن طريق تطبيق القائمة على عينة استطلاعية قوامها (٨٧) من أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث تم حساب الإرباعي الأعلى حيث مثل مرتفعي الشعور بالاكتئاب والأرباعي الأدنى مثل محك منخفضي الشعور بالاكتئاب . ثم تم استخدام اختبار دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى والإرباعي الأدنى والمقارنة بين نتائج المجموعتين، ويوضح الجدول الآتي نتائج هذه المقارنة:

جدول (٢)

الصدق التمييزي لقائمة بيك للاكتئاب

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة (ت)	الانحراف المعياري (ع)	المتوسط الحسابي (م)	العدد (ن)	البيانات المجموعة
٠.٠١	٤٢	٤٦.٣٢	٢.٣١	٢٢.٣٩	٣١	مرتفعي الشعور بالاكتئاب
			١.٠٢	١١.٨٩	٣٣	منخفضي الشعور بالاكتئاب

وتظهر النتائج الموضحة بالجدول السابق أن للقائمة قوة تمييزية بين مرتفعي الشعور بالاكتئاب ومنخفضي الشعور بالاكتئاب عند مستوى دلالة ٠.٠١، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بصدق تمييزي مرتفع.

- صدق البناء التوكيدي للمقياس:

تم التحقق من صدق البناء التوكيدي لقائمة بيك من خلال بناء نموذج يتضمن بعدين أساسيين وهما البعد الوجداني والبعد الجسدي والتحقق من مطابقة هذا النموذج لبيانات العينة المطبق عليها المقياس من خلال التأكد من مؤشرات حسن المطابقة ومؤشرات المطابقة التامة، وذلك على النحو التالي:

جدول (٣)

مؤشرات الصدق البنائي التوكيدي لقائمة بيك

م	مؤشرات حسن المطابقة	رمز المؤشر	قيمة المؤشر
١	النسبة بين كا ² /درجة الحرية (df)	$K^2(X^2)/df$	٠.٩٣٩ غير دالة
٢	مؤشر المطابقة المقارنة	CFA	١
٣	مؤشر حسن المطابقة	GFA	٠.٩٥٩
٤	مؤشر حسن المطابقة المعدل	AGFI	٠.٨٩٠
٥	مؤشر المطابقة المعيارية	NFI	٠.٩٧٩
٦	مؤشر الصدق الزائف المتوقع للنموذج	ECVI	١.٠٣٢
٧	مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي.	RMSEA	٠.٠٠١
٨	مؤشر توكر لويس	TLI	١.٠٠٢
٩	مؤشر المطابقة المتزايد	IFI	١.٠٠١

تعكس لنا نتائج المؤشرات السابقة مطابقة النموذج المفترض للبيانات بصورة جيدة ، حيث استطاع النموذج أن يحقق شروط حسن المطابقة.

- ثبات القائمة:

- الثبات بطريق معامل ألفا كرونباخ:

تم حساب الثبات بمعادلة كرونباخ والتي يطلق عليها اسم معامل ألفا Alpha ، وكان معامل ثبات المقياس ٠.٨١١ وهو دال عند ٠.٠٠١، وهذا المعامل معامل ثبات عالي ، هذا وقد تم مراجعته مصفوفة معاملات الثبات في حالة حذف المفردات المؤثرة على درجات الثبات فبتبين أن مدى معامل الثبات لكافة العبارات لا يبعد كثيراً عن معامل ثبات المقياس ككل.

٢- الثبات بالتجزئة النصفية:

تم حساب معامل الارتباط بين جزئي المقياس ككل (أحد الجزئين تضمن المفردات ذات الارقام الفردية، والأخر ذات الارقام الزوجية)، وكان معامل الارتباط بين جزئي المقياس قبل التصحيح (٠.٧٩٨)، وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان Speirman كانت قيمة معامل الثبات في حالة عدم تساوي الجزئين (٠.٨٠٢) وهو دال عند مستوى ٠.٠٠١، ومعامل التصحيح باستخدام معادلة جتمان Getman في حالة عدم التساوي (٠.٨٠٠)، وجميعها تشير إلى معامل ثبات مرضي.

٢- مقياس المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد: عبد العزيز الشخصي، ٢٠١٤).

يعد المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة من العوامل البيئية التي له دور مؤثر في حياة الفرد؛ حيث يمتد تأثيرها في جميع جوانب شخصية الفرد؛ الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية. حيث يؤثر المستوي الاجتماعي والاقتصادي على ما تقدمه الأسرة من خدمات والارتقاء مهارات الطفل بل ويؤثر على إدراكهم لتلبية مطالب الحياة (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٤).

هذا ويعد مقياس مقياس المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة واحد من المقاييس التي استخدمت في العديد من البحوث والدراسات العربية ، حيث يتكون المقياس من ثلاث أبعاد وهم :

- ١- بُعد الوظيفية أو المهنية (للجنسين): ويتضمن (تسعة مستويات).
- ٢- بُعد مستوي التعليم (للجنسين): ويتضمن (ثمانية مستويات).
- ٣- بُعد متوسط دخل الفرد في الشهر: ويتضمن سبع فئات (مستويات).

وقد تم استخدام المعادلة التنبؤية التالية في حساب المستوي الاجتماعي والاقتصادي :

"ص = أ+ ب١س١+ ب٢س٢+ ب٣س٣+ ب٤س٤+ ب٥س٥؛ حيث تشير (ص) إلى المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، و(أ) إلى القيمة الثابت العام والذي يبلغ ٠.٠٧٣، بينما تمثل (ب) قيم معاملات الانحدار وهي على التوالي (٠.٢٦٤، ٠.٢٨٤، ٠.١٠٢، ٠.١٦٠، ٠.١٢٥) وتمثل (س) متوسط دخل الفرد في الشهر، و(س٢) درجة وظيفة رب الأسرة، (س٣) مستوي تعليم رب الأسرة، (س٤) درجة وظيفة ربة الأسرة، (س٥) مستوي تعليم ربة الأسرة، وبتطبيق المعادلة يمكن الحثول على سبع مستويات وهم: منخفض جداً، منخفض، دون المتوسط، متوسط، فوق المتوسط، مرتفع، مرتفع جداً.

٣- مقياس الرضا عن الحياة لدى أمهات أطفال طيف التوحد (إعداد : الباحثة).

- مبررات إعداد المقياس: هناك مجموعة من المبررات دفعت الباحثة إلى إعداد هذا المقياس وهذه المبررات هي:

- القصور ببعض المقاييس العربية وندرة المقاييس المصممة والمقننة على عينات عربية أو مصرية من أمهات ذوي اضطراب طيف التوحد -في حدود علم الباحثة -والتي تقيس الرضا عن الحياة لدى تلك الفئة.

- تشبع المقاييس الأجنبية بعوامل ثقافية تختلف عن ثقافة البيئة المصرية.

- اغلب المقاييس العربية التي تناولت هذا المتغير تناولته في فترات زمنية بطبيعته عصرية وثقافة متغير غير الوقت الحالي فهو متغير يتشعب بالعوامل الثقافية والتغيرات الزمنية والبيئية.

١. الهدف من المقياس: يهدف المقياس إلى تحديد مستوي الرضا عن الحياة لدى عينة من أمهات ذوي اضطراب طيف التوحد.

٢. خطوات إعداد المقياس: مرّ تصميم المقياس بعدة مراحل كالتالي:

أ- مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة الخاصة بالرضا عن الحياة والاستفادة منها في بناء المقياس الحالي وتحديد أبعاده.

ب- الإطلاع علي بعض المقاييس الخاصة بالرضا عن الحياة .

٤- تم صياغة المقياس في صورته الأولية المكونة من (٤٠) عبارة حيث تم وضع خمسة بدائل للاستجابة على كل عبارة من عبارته وهم (موافق بشدة = ٥ موافق = ٤، متردد = ٣، غير موافق = ٢ ، غير موافق بشدة = ١).

٥- وتم عرض المقياس في صورته الأولى على بعض أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية ببعض الجامعات بني سويف المنيا اسيوط وذلك بهدف التحقق من مدى مناسبة العبارة للمكون التي توضع اسفله وكذلك مدى مناسبة الصياغة.

٦- أبقت الباحثة على العبارات التي وصلت نسبة اتفاق السادة المحكمين عليها من ٨٠% فأكثر للمقياس في صورته الأولى، وذلك كما بالجدول التالي:

جدول (٤)

نسبة اتفاق السادة المحكمين على مفردات مقياس الرضا عن الحياة

رقم المفردة	نسبة الاتفاق	رقم المفردة	نسبة الاتفاق	رقم المفردة	نسبة الاتفاق
١	%٨٥	١٥	%٨٥	٢٩	%٩٠
٢	%٨٠	١٦	%٩٠	٣٠	%٩٥
٣	%٨٥	١٧	%٩٠	٣١	%٩٠
٤	%٨٥	١٨	%٨٠	٣٢	%٩٥
٥	%٩٠	١٩	%٨٠	٣٣	%٢٥
٦	%٨٥	٢٠	%٨٠	٣٤	%١٠
٧	%٨٠	٢١	%٨٥	٣٥	%٨٥
٨	%٨٥	٢٢	%٨٥	٣٦	%٨٠
٩	%٩٠	٢٣	%٨٥	٣٧	%٩٠
١٠	%٨٥	٢٤	%٨٠	٣٨	%٩٥
١١	%٨٥	٢٥	%٩٥	٣٩	%٩٠
١٢	%٨٠	٢٦	%٩٥	٤٠	%٨٥
١٣	%٨٠	٢٧	%٥		
١٤	%٩٥	٢٨	%٨٠		

أ- تم حذف العبارات التي لم تحصل على نسب اتفاق أقل من ٨٠% كما بالجدول السابق والعبارات التي تم حذفها هي (٣٣ ، ٣٤ ، ٢٧).

ب- قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي لمفردات المقياس بعد حذف المفردات إلي وصلت نسبة الاتفاق عليها أقل من ٨٠% من نسبة اتفاق السادة المحكمين؛ حيث تم حذف عدد (٣) عبارات لم تصل نسب الاتفاق عليهم إلى ٨٠%؛ ليصبح المقياس مكون من ٣٧ مفردة. وجاءت نتائج الاتساق الداخلي كما يلي:

جدول (٥)

الاتساق الداخلي لمقياس مقياس الرضا عن الحياة

معامل ارتباط المفردة بالدرجة الكلية	رقم المفردة	معامل ارتباط المفردة بالدرجة الكلية	رقم المفردة	معامل ارتباط المفردة بالدرجة الكلية	رقم المفردة
٠.٠٠٥	٢٩	**٠,٥٤٢	١٥	**٠,٤٧٢	١
٠.٠٢٨	٣٠	**٠,٣٤٥	١٦	**٠,٥٣٢	٢
**٠,٣٥٩	٣١	**٠,٦٤٥	١٧	**٠,٣٩٣	٣
**٠,٤٩٨	٣٢	**٠,٥٥١	١٨	**٠,٦٦٥	٤
**٠,٥٢٣	٣٣	**٠,٥٢٤	١٩	**٠,٤٧٦	٥
**٠,٥٣٨	٣٤	٠.٠١	٢٠	**٠,٥٣٦	٦
**٠,٦٣٨	٣٥	**٠,٤٥٣	٢١	**٠,٥٩٦	٧
**٠,٥٤٨	٣٦	**٠,٥٩٥	٢٢	**٠,٣٨٩	٨
**٠,٣٦٩	٣٧	**٠,٥١٧	٢٣	**٠,٥٦٩	٩
		**٠,٥٣١	٢٤	**٠,٤٣٢	١٠
		**٠,٥١١	٢٥	٠.٠٢٣	١١
		**٠,٣٢٢	٢٦	**٠,٣٩٠	١٢
		**٠,٤٠٨	٢٧	**٠,٥٦٧	١٣
		**٠,٥١٢	٢٨	**٠,٥٩٧	١٤

** دالة عند ٠.٠١ / يتضح من الجدول السابق أن كافة مفردات المقياس معاملات الارتباط لها دال عند ٠.٠١، فيما عد العبارات (١١، ٢٠، ٢٩، ٣٠) ليصبح المقياس مكون من ٣٣ مفردة خاضعة للتحقق من الخصائص السيكومترية.

- الخصائص السيكومترية للمقياس :

أ- صدق المقياس : تم التحقق من صدق المقياس من خلال :

- الصدق العاملي: تم إجراء التحليل العاملي للمقياس وذلك بعد حذف المفردات التي تم حذفها خلال إجراء الاتساق الداخلي ، حيث تم عمل التحليل العاملي باستخدام طريقة المكونات الأساسية لهوثلنيج، كما استخدم محك كايترز الذي يتطلب مراجعة الجذر الكامن للعوامل الناتجة علي أن تقبل العوامل التي يزيد جذرها الكامن عن الواحد الصحيح وتعد عوامل عامة، كما تم تدوير المحاور بطريقة الفاريمكس Varimax واختيرت نسبة ٠.٣ كحد ادني لدلالة المتغيرات علي العوامل أو العبارات وذلك علي المعايير التحكمية التالية: محك التشبع الجوهرى للبعد بالعامل $\leq ٠,٣٠$ ، محك جوهرية العامل ≤ ٣ تشبعات جوهرية للبعد.

قبل إجراء التحليل العاملي تم التحقق من مدى كفاية العينة وذلك من خلال إجراء اختبار كفاية العينة (Kaiser-Meyer-Olkin test) KMO، وأسفرت نتائج هذا الاختبار عن كفاية العينة لإجراء التحليل العاملي حيث كانت قيمة $KMO = 0.708$ وقيمة Bartlett's Test of Sphericity $= 2736.22$ دالة عند 0.001 ، وبعد التأكد من كفاية العينة للتحليل العاملي، كذلك تم التأكد من أن كافة الخلايا القطرية أكبر من 0.5 ، بعد ذلك أخضعت الباحثة مفردات المقياس وعددها (٣٣) مفردة للتحليل العاملي. فأخرج التحليل العاملي عدد (٦) عامل فسروا 56.204% من نسبة تباين درجات العينة. ثم تم التدوير بطريقة الفاريمكس والتدوير على ٣ عوامل حيث نتجت بنية عاملية استطاعت أن تفسر نسبة 21.389% من نسبة تباين درجات العينة على المقياس وتتبع عليهم ٣٣ مفردة من مفردات المقياس، وفيما يلي توضيح لعوامل المقياس:

- العامل الأول: القدرة على التعايش مع الحياة باستمتاع:

تشبع هذا العامل بـ (١٢) مفردة جميعها حققت محك كايز لتشبع المفردة على العامل، كما استطاع هذا العامل أن يفسر نسبة تباين مقدارها 12.645% من نسبة تباين درجات العينة على المقياس؛ ولكن تبين أن أغلب مفردات هذا البعد تدور القدرة بالاستمتاع بالحياة واتخاذ القرار بذلك؛ لذا مالت الباحثة لتسمية هذا العامل بـ القدرة على الاستمتاع بالحياة؛ والجدول التالي يوضح مفردات هذا العامل ومعاملات شيوخ هذه المفردات على العامل:

جدول (٦)

تشبعات مفردات العامل الأول لمقياس الرضا عن الحياة

رقم المفردة	مضمون المفردة	معامل الشيوخ
١٨	استطيع اتخاذ قرارات حاسمة في أمور حياتي.	٠.٧٠٩
٤	احسن التصرف في الأمور دون الاعتماد على الآخرين.	٠.٦٢٨
١٩	استطيع مواجهة الضغوط التي تقابلني في حياتي اليومية.	٠.٦٠٠
١٤	لدى القدرة على قبول ذاتي.	٠.٥٧٩
٥	استمتع بكل وقتي.	٠.٥٧٢
١٢	لدى مستوى من الرضا عن ظروف حياتي.	٠.٥٤٧
١٧	اتمتع بالقدرة على ترتيب أمور حياتي بشكل جيد.	٠.٥٤٣
٢	أشعر بأنني المسئول عن الوضع الراهن الذي أنا فيه.	٠.٥٣٢
١٥	يصعب علي إدارة شئون حياتي دون تدخل الآخرين.	٠.٥٣١
١٦	لدى القدرة على تحديد متطلباتي وتحقيقها.	٠.٤٢٤
٣	ما اجمل الحياة.	٠.٤١٤
٦	لدي جدول يومي لتحقيق اهدافي اليومية.	٠.٤٠٧

يتضح من الجدول السابق تحقيق كافة مفردات هذا العامل لمحك كايز لتشبع المفردة على العامل ؛ حيث تراوحت قيم معامل التشبع لمفردات هذا العامل ما بين ٠.٧٠٩ - ٠.٤٠٧ ، وكافة هذه المفردات ترتبط بهذا البعد فقط مما يشير أن هذا العامل عامل نقي وأن مفردات هذا العامل لا يوجد بها مفردات بينيه حيث تشبعت كافة مفرداته بقيمة تشبع عليه فقط.

- العامل الثاني: القدرة على التعامل بإيجابية مع الآخرين:

تشبع على هذا العامل عدد (١٠) مفردات استطاعوا أن يفسروا نسبة ١٠.٧١٥% من تباين درجات عينة الدراسة على المقياس ،وبالنظر إلى مفردات هذا العامل تبين للباحثة أنها تدور حول قدرة الفرد على تكوين علاقات ايجابية وناجحة مع الآخرين ؛ لذا مالت الباحثة إلى تسمية هذا العامل العلاقات الإيجابية مع الآخرين ؛ والجدول التالي يوضح مفردات هذا العامل ومعاملات شيوخ هذه المفردات على العامل:

جدول (٧)

تشبعت مفردات العامل الثالث لمقياس الرضا عن الحياة

رقم المفردة	مضمون المفردة	معامل الشيوخ
٢٨	اتعامل مع الآخرين بلطف.	٠.٧٢٠
٢٩	أساعد الآخرين في أداء المهام المطلوبة.	٠.٧١٢
٣٠	أشارك الآخرين في المناسبات الاجتماعية.	٠.٦٨٣
٢٧	احافظ على وجود علاقة ودية مع الآخرين.	٠.٦٥٧
٢٦	أساعد زملائي في حل المشكلات التي تواجههم.	٠.٦٤٦
٣١	اشعر بالاحترام والتقدير من قبل الآخرين.	٠.٥٨٠
٣٣	اشعر براحة نفسية عند وجودي مع زملائي.	٠.٥٧٣
٣٤	اشعر بالسعادة عند التحدث مع الآخرين.	٠.٥٤٩
٧	ادرب نفسي على التحكم والسيطرة في انفعالاتي وقت الغضب.	٠.٥٤٣
١١	استفاد من تجارب الآخرين في تنمية وتطوير تفكيري وسلوكي.	٠.٥٣٢

يتضح من الجدول السابق أن كافة مفردات هذا العامل تشبعت تشبع نقي على هذا العامل، كما تبين أن كافة مفردات هذا العامل حققت محك تشبع المفردة على العامل؛ حيث تراوحت معاملات التشبع على هذا العامل ما بين ٠.٧٢٠ - ٠.٥٣٢ .

-العامل الثالث: الهدف في الحياة

تشبع على هذا العامل عدد (١١) مفردات استطاعوا أن يفسروا نسبة ١٣.٣٢٠% من تباين درجات عينة الدراسة على المقياس ،حيث تدور مفردات هذا خطط الفرد في الحياة وهدفه فيها ؛ لذا حاول الباحث تسمية هذا العامل بالهدف في الحياة ؛ والجدول التالي يوضح مفردات هذا العامل ومعاملات شيوخ هذه المفردات على العامل:

جدول (٨)

تشبعات مفردات العامل الثالث لمقياس الرضا عن الحياة

رقم المفردة	مضمون المفردة	معامل الشبوع
١	احرص دائما على الاستمتاع بالحياة.	٠.٣٢١
٣٥	اشعر بالسعادة في الانجازات التي حققتها في حياتي.	٠.٣٣٦
٢٥	حياتي ذات معنى وجديرة بأن تعاش	٠.٣٥٦
٣٧	اشعر بالرضا عن ذاتي وعن الحياة التي أعيشها.	٠.٣٦٤
٢٠	انتطلع دائما إلى مستقبل جيد يخلو من المشاكل.	٠.٤٠٤
٢٤	تتسم نشاطاتي اليومية بالجدية وذات هدف.	٠.٤٥٤
٢١	أضع خطة مستقبلية لتحقيق أهدافي والعمل في ضوءها.	٠.٤٨٦
٨	استخدم طرق غير مألوفة في التعامل مع المواقف التي تواجهني.	٠.٥٠٤
٢٣	لدي أهداف محددة في حياتي أسعى إلى تحقيقها.	٠.٥١٧
١٠	أسعى لتطوير سلوكي في التعامل مع مواقف الحياة بشكل دائم.	٠.٦٩٥
٩	أحرص على تطوير نفسي بشكل دائم.	٠.٦٩٧

يتضح من الجدول السابق أن كافة مفردات هذا العامل تشبعت تشبع نقى على هذا العامل، كما تبين أن كافة مفردات هذا العامل حققت محك تشبع المفردة على العامل؛ حيث تراوحت معاملات التشبع على هذا العامل ما بين ٠.٦٩٧ - ٠.٣٢١

- الصدق التمييزي :

قامت الباحثة بحساب القدرة التمييزية لمقياس الرضا عن الحياة، وذلك عن طريق تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٧٩) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث تم حساب الإرباعي الأعلى حيث مثل مرتفعي الشعور بالرضا عن الحياة والأرباعي الأدنى مثل محك منخفضي الشعور بالرضا عن الحياة . حيث تم استخدام اختبار ت لاختبار دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى والإرباعي الأدنى والمقارنة بين نتائج المجموعتين، ويوضح الجدول الآتي نتائج هذه المقارنة:

جدول (٩)

الصدق التمييزي لمقياس الرضا عن الحياة

البيانات المجموعة	العدد (ن)	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مرتفعي الرضا عن الحياة	٣٤	١٣٢.٦	٥.٣٦٠	٦١.٦٣	٧٨	٠.٠٠١
منخفضي الرضا عن الحياة	٣٣	٦٧.٩٢	٢.٥٦			

وتظهر النتائج الموضحة بالجدول السابق أن للمقياس قوة تمييزية بين مرتفعي الرضا عن الحياة ومنخفضي الرضا عن الحياة عند مستوى دلالة ٠.٠٠١، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بصدق تمييزي مرتفع.

- ثبات المقياس:

أ- الثبات بطريق معامل ألفا كرونباخ:

تم حساب الثبات بمعادلة كرونباخ والتي نطلق عليها أسم معامل ألفا Alpha ، وكان معامل ثبات المقياس ٠.٧٩٥ وهو دال عند ٠.٠٠١، وهذا المعامل معامل ثبات عالي ، هذا وقد تم مراجعته مصفوفة معاملات الثبات في حالة حذف المفردات المؤثرة على درجات الثبات فتبين أن مدى معامل الثبات لكافة المفردات لا يبعد كثيراً عن معامل ثبات المقياس ككل.

ب- الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم حساب معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية لنصفي المقياس وإيجاد معامل الارتباط بين الجزئين، حيث تبين أن معامل الثبات وفق هذه الطريقة ٠.٧٣٥ ، وبعد تصحيح هذه القيمة باستخدام معادلة سبيرمان برون Spearman-Brown Coefficient كانت قيمة معامل الثبات ٠.٧٣١ وهي قيمة عالية ، وفي حالة التصحيح باستخدام معادلة جتمان Guttman Split-Half Coefficient كانت قيمة معامل الثبات ٠.٧٣٢ وهي قيمة ثبات عالي .

٤- برنامج العلاج السلوكي الجدلي لخفض الإكتئاب لدى أمهات أطفال طيف التوحد (إعداد: الباحثة):

أ- الهدف العام للبرنامج: يهدف البرنامج إلى استخدام فنيات واستراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ب- الأهداف الاجرائية للبرنامج:

- (١) أن تعرف المشاركات سبب وجودهن في البرنامج.
- (٢) أن تعرف المشاركات في البرنامج ماهية الإكتئاب، وأشكاله.
- (٣) أن يتم مناقشة المشاركات في مخاطر الشعور بالإكتئاب.
- (٤) أن تدرك المشاركات العلاقة بين الشعور بالإكتئاب ومشكلات الحياة لديهن.
- (٥) أن تعرف المشاركات طبيعة العملية العلاجية ودورهن بها.

- ٦) أن تتدرب المشاركات على إدراك ذواتهن كسياق منفصل عن الشعور والتفكير بالمواقف الضاغطة.
- ٧) أن تتدرب المشاركات على الإدراك السليم للأحداث والمواقف الحياتية المختلفة.
- ٨) أن تتدرب المشاركات على كيفية مراجعة وتقييم أفكارهن .
- ٩) أن تتدرب المشاركات على كيفية تغيير الاحداث المؤلمة بدلا من تجنبها وتراكم ذكرياتها.
- ١٠) أن تتدرب المشاركات على بعض استراتيجيات المواجهة الفعالة لمواقف الحياة الباعثة للاكتئاب .
- ١١) أن تتدرب المشاركات على كيفية تطبيق مهارات اليقظة العقلية في مواجهة المواقف المحبطة والباعثة للاكتئاب.
- ١٢) أن يتم رفع وعي المشاركات بالخبرات المتدفقة دون السيطرة عليها .
- ١٣) أن تتدرب المشاركات على الالتزام السلوكي في المواقف الحياتية المختلفة.
- ١٤) أن تستطيع المشاركات التعبير عما يمتلكن من مشاعر (إيجابية - سلبية).
- ١٥) أن يظهرن المشاركات مشاعر التغيير نحو نحو أطفالهن المعاقين.
- ١٦) أن ينمو لدى المشاركات الثقة بالنفس في المواقف الحياتية المختلفة.
- ١٧) أن يتمكن المشاركات من تنفيذ تدريب أنفسهن على الشعور بجودة حياة مرتفعة.
- ١٨) أن تظهر المشاركات اتجاه إيجابي نحو الحياة.
- ١٩) أن تدرك المشاركات قيمة معني الحياة وقيمة معني المعانة.
- ٢٠) أن تلتزم المشاركات بأداء الواجبات المنزلية خلال كل جلسة.
- ٢١) أن تتدرب المشاركات على التقبل غير المشروط للذات ويستطيع توظيفه في مواقف الحياة المختلفة.
- ٢٢) أن تستطيع المشاركات إعداد جدول المراقبة الذاتية في مواقف الحياة الباعثة للاكتئاب.
- ٢٣) أن تستطيع المشاركات توظيف جدول المراقبة الذاتية في مواقف الحياة الباعثة للاكتئاب.
- ٢٤) أن تستطيع المشاركات البحث في المعني من وراء المرور بالخبرة.
- ٢٥) أن تتدرب المشاركات على طرق التواصل البديلة مع الذات؛ وتوظيفية في قبول الذات.

- ٢٦) أن تستطيع المشاركات توظيف تدريب الليقظة العقلية في مواجهة المواقف الضاغطة.
 ٢٧) أن يتم تدريب المشاركات على استراتيجيات إدارة الأزمات النفسية.
 ٢٨) أن يظهرن المشاركات اتجاه إيجابي نحو حضور الجلسات والالتزام بها.
 ٢٩) أن يحدث للمشاركات استبصار بمشاعر الوضوح للمواقف الحياتية لديهن.
 ٣٠) أن تتمكن المشاركات من إدارة المواقف الضاغطة.
 ٣١) أن ينمو لدي المشاركات القدرة على مواجهة الأزمات وتجنب الخبرات السيئة بل والتعايش معها .

ج- الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

يقوم البرنامج الراهن على مجموعة من الأسس من أبرزها:

- ١- الأسس العامة: من الأسس العامة للبرنامج الراهن ما يلي:
- يتميز السلوك الإنساني بالمورثة ومن ثم فهو قابل للتعديل في أي مرحلة عمري ولكن من خلال استخدام الأسلوب المناسب للتغير واكتساب سلوكيات تكيفية جديدة.
 - يتمتع السلوك الانساني بالثبات النسبي ومن ثم إمكانية التنبؤ به والتعامل معه في ضوء العوامل المنبئة به.
 - يجب أن تتوفر الرغبة والاستعداد بالمشاركة بالبرنامج من قبل المشاركات .
 - من حق أي عضوة من المشاركات بالبرنامج أن تتوقف عن استكمال الجلسات في أي وقت.
 - يجب تقبل المشاركات في البرنامج كما هن بما يمتلكن من سلوكيات سلبية تقبل غير مشروط.
 - يجب مراعاة المعايير المرجعية (الدينية والفكرية، والفلسفية) لكل مشاركة من المشاركات وعدم المساس بتلك المعايير أو السماح بالتناحر بينهن وبعضهن البعض أثناء الجلسات التنفيذية.
- ٢- الأسس النفسية التي يقوم عليها البرنامج : وتتمثل في:
- مراعاة الفروق الفردية بين أفراد المجموعة العلاجية.
 - مراعاة مطالب النمو خلال المرحلة العمرية التي يعايشها المشاركات في البرنامج.
 - احترام خصوصية المشاركات في حالة رفض النقاش عن أي موضوع خلال الجلسة.

- الاعتراف بدور بعض العوامل كالشعور بالقلق والشعور بالوصمة في ظهور الضغوط النفسية لديهن .

- عدم وضع أي أحد من المشاركات في وضع ينقص من تقدير ذاتهن أمام الآخرين.

٣- الأسس الاجتماعية التي يقوم عليها البرنامج : وتتمثل في:

- مراعاة أن كل أم من الأمهات المشاركة في البرنامج هي عضو في جماعة (الأسرة) لها مرجعية ولها مجموعة من القيم الثابت والخصائص التي تميزها عن غيرها.

- مراعاة أن الإنسان كائن حي اجتماعي بطبعة يميل إلى الاستفادة من كافة المصادر المجتمعية في تعزيز وكفاية احتياجاته للتفاعل الاجتماعي.

- احترام مرجعية العميل العقائدية والقيمية وتقبل تلك المرجعية دون مناخرته أو مجادلته فيها وعدم السماح لكافة المشاركين بالتناحر القائم على المرجعية القيمية أو العقائدية.

- تشكل الأسرة النواة الأولى للأفراد فمهما بلغ عمر الفرد يوجد مجموعة من الثوابت تعكس العادات والتقاليد والأساليب التي تربي عليها .

- احترام ثقافة العميل وعدم إحراجة للكشف عن جهل المشاركات الثقافي.

٤- الأسس الفلسفية التي يقوم عليها البرنامج : وتتمثل في : مراعاة الطبيعة الإنسانية من

حيث كونها تميل إلى الخير والشر تقدر مواقف المساندة وتسعي إلى من يشعرها بالتماسك والتقدير؛ كما تتمثل الأسس الفلسفية للبرنامج في محاولة إشباع رغبات المشاركات في الاستفادة من كافة الموارد المحيطة في ل مشكلاتهم، مراعاة ان الطبيعة الإنسانية في حالة الشعور بمشكلة تلجأ إلى التفكير الكارثي والشعور بالانهيار لذا يجب أن يخفض البرنامج الاكتئاب لديهن ويحسن مستوي الرضا عن الحياة والشعور بالتماسك والقدرة على المواجهة.

د- الأساليب والفنيات المستخدمة في جلسات البرنامج:

اعتمدت الباحثة في تنفيذ جلسات البرنامج على مجموعة من الفنيات والأساليب، تتمثل في فنية اليقظة العقلية، وفنية الجدل، وفنية المناقشة ، والمحاضرة، والتعزيز، النمذجة، والواجب المنزلي؛ حيث تم توظيف هذه الفنيات لتحقيق أهداف الجلسات ، لعل من بينها إلقاء بعض المحاضرات، طرح بعض القضايا للنقاش، نمذجة بعض السلوكيات علاوة على ما تكلف به المشاركات خلال كل جلسة من واجب منزلي.

هـ- مراحل البرنامج العلاجي :

مر البرنامج العلاجي بالمراحل التالية:

١- مرحلة التمهيد للبدء في البرنامج : وتضمنت هذه المرحلة مقابلة الأمهات التي وقعن الاختيار عليهن في الاشتراك في البرنامج ، حيث عرضت عليهن الباحثة المنافع التي تعود عليهن من الاشتراك في البرنامج، علاوة على الجدول الزمن لجلسات البرنامج، وتحديد مدى رغبتهن في التحدث مع الآخرين أم لا.

٢- مرحلة بناء العلاقة العلاجية والتعرف بالمشكلة: تضمنت هذه المرحلة توطيد العلاقة بين الباحثة والمشاركات وبعضهن البعض، علاوة على رفع وعيهن بمشكلتهن والحاجة الضرورية للتدخل لخفض تلك المشكلة.

٣- مرحلة التدخل العلاجي: تضمنت هذه المرحلة تطبيق الفنيات العلاجية الخاصة بالتعامل مع مشكلة المشاركات ومن ثم تدريبهن على التدريبات التي تتضمن في الجلسات.

٤- مرحلة الانهاء والمتابعة: تضمنت هذه المرحلة إنهاء البرنامج وتقييمه والتطبيق البعدي والتننتبعي كما تضمنت هذه المرحلة المتابعة العلاجية بعد مدة متابعة شهر ونصف.

- الأدوات المستخدمة بالبرنامج:

تم الاعتماد على الأدوات التالية في تقييم البرنامج: أستمارة تقييم الجلسة، أستمارة تقييم البرنامج، مقياسي الدراسة، التعاقد العلاجي، علاوة على استخدام بعض الأدوات الكتابية والمطويات خلال الجلسات.

و- الأساليب المتبعة في تقييم البرنامج:

تم اتباع الأساليب التالية في تقييم البرنامج :

- التقييم القبلي : حيث تم تطبيق أدوات الدراسة على أفراد المجموعة التجريبية والضابطة.
- التقييم المرحلي: ويتمثل في محاولة التأكد من استجابة أفراد المجموعة العلاجية لجلسات البرنامج.
- التقييم البعدي: وتم تنفيذه هذه الخطوة بعد تطبيق جلسات البرنامج وذلك للتأكد من فعالية البرنامج والفنيات المستخدمة في التعامل مع مشكلة المشاركات.

- التقييم التبعي: وتمثل الهدف من هذه المرحلة التأكد من استمرارية العملية العلاجية في خفض المشكلة.

ز- ملخص جلسات البرنامج :

تكون البرنامج من (٢٠) جلسة بواقع (٢) جلسات أسبوعياً، ومن ثم استمر تطبيق البرنامج (١٠) أسابيع تقريباً بالإضافة للجلسة (٢١) وهي جلسة التطبيق التبعي وذلك بعد مضي (٧) اسابيع تقريباً من آخر جلسة؛ والجدول التالي يوضح ملخص جلسات البرنامج بما تضمن من فنيات وأساليب تطبيق الجلسة والمدة الزمنية لكل جلسة.

جدول (١٠)

ملخص جلسات البرنامج العلاجي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	زمن الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة بالجلسة	أسلوب تطبيق الجلسة
١	التمهيد لتطبيق البرنامج العلاجي	- التعرف بين الباحث والمشاركات بالبرنامج. - التعرف على سبب تواجده المشاركة في البرنامج. - التعرف بآراء المتعاقد العلاجي. - الاتفاق على موعد جلسات وتعليمات الجلسات.	٦٠ دقيقة	- المناقشة.	فردى
٢	التعارف وبناء العلاقة العلاجية	- التعرف بين أعضاء المجموعة التجريبية وبعضهم البعض. - التطبيق القليل لأعضاء المجموعة التجريبية ومناقشتهم في نتائج التطبيق. - توقيع العقد العلاجي. - وضع جدول الجلسات والاتفاق على مكان التنفيذ ومواعيد البدء والنهاية وذلك في ضوء عدد جلسات البرنامج ومدة البرنامج.	٦٠ دقيقة	- المناقشة.	جماعى
٣	ماهية الاكتئاب ومخاطره	- التعرف على ماهية الاكتئاب. - تحديد مخاطر الشعور بالاكتئاب . - التعرف على العلاقة بين الاكتئاب والرضا عن الحياة.	٦٠ دقيقة	- المحاضرة. - التعزيز. - واجب منزلى	جماعى
٤	ماهية الرضا عن الحياة	- مناقشة الواجب المنزلى. - تعرف الرضا عن الحياة. - تحديد العوامل المسهمة الرضا عن الحياة.	٦٠ دقيقة	- المحاضرة. - التعزيز. - واجب منزلى	جماعى
٥	التدريب على قبول الذات في مواقف الحياة المختلفة	- مناقشة الواجب المنزلى. - يتدرب المشاركات على التقليل غير المشروط للذات. - يوظف المشاركات التقليل غير المشروط للذات في مواجهة الخبرات السلبية. - يستطيع المشاركات إعداد جدول المراقبة الذاتية في مواقف الحياة.	٩٠ دقيقة	- مواجهة الأفكار - فنية التعزيز - النمذجة. - واجب منزلى	جماعى
٦- ٨	تنمية القدرة على مراقبة الذات	- مناقشة الواجب المنزلى. - يستطيع المشاركات توظيف مراقبة الذات في مواجهة الخبرات السلبية. - تدريب المشاركات على طرق التواصل البديلة مع الذات . - تدريب المشاركات على استدلال الخبرات السلبية بخبرات ايجابية لتعزز قبول الذات.	١٨٠ دقيقة	- فنية اليقظة - الذهنية - المناقشة. - النمذجة. - واجب منزلى	جماعى

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	زمن الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة بالجلسة	أسلوب تطبيق الجلسة
١١-٩	التدريب على التواصل مع اللحظة الراهنة	- مناقشة الواجب المنزلي. - يتدرب المشاركون علي إعداد جدول تسجيل رد الفعل المستمر لمواقف الحياة. - يستطيع المشاركون توظيف تدريب رد الفعل المستمر لمواقف الحياة في مواجهة الخيرات السلبية.	١٨٠ دقيقة	- فنية التأمل الإيجابي. - المناقشة الحرة. - فنية الجدل - واجب منزلي	فردى
١٥-١٢	تنمية مشاعر الوضوح	- مناقشة الواجب المنزلي. - يتدرب المشاركون على البحث في المعنى من وراء المرور بالخيرة. - يتدرب المشاركون على الثقة بالنفس. - يتدرب المشاركون على اليقظة العقلية. - يستطيع المشاركون توظيف تدريب اليقظة العقلية في مواجهة المواقف الضاغطة.	١٨٠ دقيقة	- فنية اليقظة العقلية - التعزيز - النمذجة - واجب منزلي	فردى
١٦	تنمية القدرة على إدارة المواقف الحياتية	- مناقشة الواجب المنزلي . - تدريب المشاركين على رصد الأفكار المرتبطة بالخيرات السلبية وكيف توليد أفكار بديلة أكثر إيجابية. - تدريب المشاركين على إدارة المواقف الضاغطة. - التدريب على الاسترخاء في المواقف الضاغطة.	٦٠ دقيقة	- جدول رصد الأفكار والخيرات - الاسترخاء - واجب منزلي	جماعى
١٧	تنمية القدرة على إدارة المواقف الحياتية	- مناقشة الواجب المنزلي. - تدريب المشاركين على استراتيجيات إدارة الأزمات النفسية. - يستطيع المشاركون تطبيق استراتيجيات إدارة الأزمات النفسية في مواقف الحياة المختلفة.	٦٠ دقيقة	-المواجهة الفعالة للأزمات -التعزيز - واجب منزلي	جماعى
١٨	اكتشاف المعنى في الحياة	- مناقشة الواجب المنزلي. - تدريب المشاركين على فلسفة المعنى. -تدريب المشاركين على استخدام المعنى في مواجهة الخيرات السلبية في الحياة.	٦٠ دقيقة	-الوعي بالمعنى -النمذجة - واجب منزلي	جماعى
١٩	اكتشاف المعنى في الحياة	- مناقشة الواجب المنزلي. - تدريب المشاركين على الوعي بما يمتلك. -تمكين المشاركين من مواجهة الضغوط الحياتية.	٦٠ دقيقة	-المناقشة -النمذجة -التعزيز	جماعى
٢٠	الختام والتطبيق اليعدي	- ختام البرنامج العلاجي والتطبيق اليعدي لمقاييس الدراسة.	٦٠ دقيقة	-المناقشة -التعزيز	جماعى
٢١	المتابعة العلاجية	- متابعة المكاسب العلاجية لدى عينة الدراسة . - التطبيق التتبعي لمقاييس الدراسة.	٦٠ دقيقة	-المناقشة الحرة	جماعى

تاسعاً: نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها :

نتائج الفرض الأول ونصه" يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس بيك للإكتئاب.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان وتني Mann-Whitney Test للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس بيك للإكتئاب والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار :

جدول (١١)

نتائج اختبار مان وتني لتحديد الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس بيك للأكتئاب

المتغيرات	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة
الاكتئاب	التجريبية	٤	٢٨	٠	-	-٣.٢٢٠	٠.٠١
	الضابطة	١١	٧٧				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق داله إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث تظهر النتائج مدى انخفاض متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس بيك للأكتئاب وذلك بعد تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي القائم على فنيات واستراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي. وللتحقق من حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج العلاجي في المتغير التابع (الشعور بالاكتئاب) يمكن اتباع المعادلة التالية :

$$r = 2(MR1 - MR2) / (n1 + n2)$$

(عزات عبد الحميد ، ٢٠١١ ، ٢٧٩-٢٨٠)

وبالتعويض في متغيرات المعادلة السابقة، يمكن الحصول على قيمة حجم التأثير = -١، ويمثل حجم التأثير هذا تأثير قوي للبرنامج العلاجي المستخدم في متغير الشعور بالاكتئاب لدى عينة الدراسة.

نتائج الفرض الثاني ونصه " يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك للاكتئاب في اتجاه القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ولوكوسون Wilcoxon Signed Ranks Test لحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك للاكتئاب والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول (١٢)

نتائج اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك للاكتئاب

المجموعات	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الاكتئاب	البعدي - القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	-٢.٤٢٨	٠.٠١
		السالبة	٧	٤	٢٨		
		المتعادلة	٠				

يوضح الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الشعور بيك للاكتئاب في اتجاه القياس البعدي، وأن مجموع رتب الفروق الموجبة (١T) تساوي (صفر)، ومجموع رتب الفروق السالبة (٢T) تساوي (٢٨) وبأخذ قيمة (T) الصغرى وهي (١T) ومقارنتها بالقيمة الحرجة الجدولية عند (ن) (عدد الأزواج بعد استبعاد الأزواج التي لها فروق متعادلة إن وجدت) = ٧ ومستوى دلالة ٠,٠١ وقيمتها (٧)؛ نجد أن (T) المحسوبة أقل من (T) الجدولية، وقيمة (Z) للدرجة الكلية للمقياس تساوي (-٢.٤٢٨) وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠١ وبهذا يكون قد تحقق الفرض.

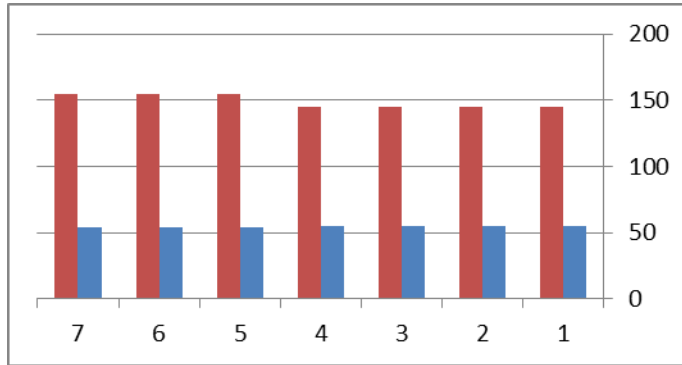
ولحساب حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج العلاجي في أفراد المجموعة العلاجية باعتباره المتغير المستقل في المتغير التابع والمتمثل في درجة الاكتئاب لدى العينة، تم حساب حجم التأثير باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة من خلال المعادلة التالية:

$$r = (4(T1)/2(2+1)) - 1 \quad (\text{عز عبد الحميد، ٢٠١١، ٢٧٩-٢٨٠})$$

بالتعويض في المعادلة السابقة وفق معاملات الدرجة الكلية على المقياس نجد أن قيمة (r) = -١، ومن ثم نجد أن البرنامج العلاجي أحدث تغييراً إيجابياً في أفراد المجموعة التجريبية حيث أنخفض مستوي الاكتئاب لديهم؛ حيث كان حجم التأثير قوي جداً وفقاً لمؤشرات قوة العلاقة الخاصة بمعامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة. ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك للاكتئاب:

شكل (١)

يوضح الفروق في نتائج القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس بيك للاكتئاب



- يشير هذا اللون إلى درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي

- يشير هذا اللون إلى درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي

نتائج الفرض الثالث ونصه " يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الرضا عن الحياة."

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان وتي Mann-Whitney Test للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الرضا عن الحياة والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار:

جدول (١٣)

نتائج اختبار مان وتي لتحديد الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الرضا عن الحياة

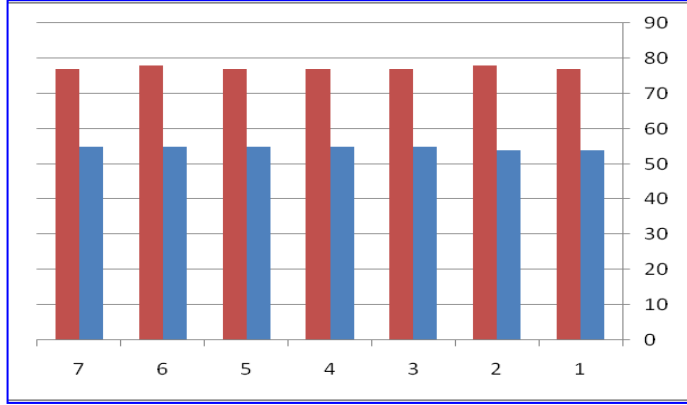
المتغيرات	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرضا عن الحياة	التجريبية	١١	٧٧	٠	٢٨	٣.٢٨٦	٠.٠٠١
	الضابطة	٤	٢٨				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق داله إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقيا الرضا عن الحياة، حيث كانت قيمة (Z) تساوي ٣.٢٨٦ والإشارة الموجبة تعني أن أفراد المجموعة التجريبية زاد لديهم مستوى الرضا عن الحياة بعد التعرض للبرنامج وبعد أن أنخفض لديهم مستوى الاكتئاب، في حين كانت درجة مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أعلى لذا فإن اتجاه الفروق كان لصالح المجموعة التجريبية من حيث الفروق الظاهرية في متوسط الرتب.

هذا ويرجع تحسن مستوى الرضا عن الحياة الذي حدث في رتب المجموعة التجريبية وانخفاض الرتب في المجموعة الضابطة لأنخفاض مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية على أثر تعرضهم للبرنامج العلاجي القائم على فنيات واستراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي، وحرمان المجموعة الضابطة من تعرضها لهذا البرنامج، حيث ساهم انخفاض مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية وتعلمهم مهارات وفنيات جديدة جلال جلسات البرنامج العلاجي أثر بدوره على شعور أفراد المجموعة التجريبية بمستوي الرضا عن الحياة التي يتعرضنا لها، ومن ثم تحول دور متغير انخفاض مستوى الاكتئاب من متغير تابع إلى متغير مستقل يسهم في تحسن إدراك العينة التجريبية لمستوي معني الحياة الأمر الذي أدى إلى تحسن الرضا عن الحياة لديهم. وللحصول على حجم التأثير الذي أحدثه المتغير المستقل (انخفاض مستوى الاكتئاب) في المتغير التابع (الرضا عن الحياة) لدى عينة الدراسة تم تطبيق المعادلة السابقة ليكون حجم التأثير يساوي (١) ، ومع تجاهل الإشارة نجد أن حجم التأثير هذا يعد قوي جداً حيث أثر المتغير المستقل في المتغير التابع. والرسم البياني التالي يوضح الفرق بين متوسط رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرضا عن الحياة.

شكل (٢)

يوضح رسم بياني للفروق بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الرضا عن الحياة



- يشير هذا اللون إلى درجات المجموعة التجريبية.

- يشير هذا اللون إلى درجات المجموعة الضابطة.

نتائج الفرض الرابع ونصه "يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الرضا عن الحياة.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ولكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test لحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الرضا عن الحياة والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول (١٤)

نتائج اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الرضا عن الحياة

المجموعات	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرضا عن الحياة	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢.٤٢٨	٠.٠١
		السالبة	٧	٤	٢٨		
		المتعادلة	٠	٠	٠		

يوضح الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الرضا عن الحياة في اتجاه القياس البعدي ؛ لذا يقصد الباحث في اتجاه القياس القبلي من الناحية الاحصائية ولكن من الناحية التجريبية العلاجية أثر المتغير المستقل وهو تنمية الشعور بالتماسك في مستوى الضغوط فأدي إلى انخفاضها، وأن مجموع رتب الفروق الموجبة (1T) تساوي (28)، ومجموع رتب الفروق السالبة (2T) تساوي (صفر) وبأخذ قيمة (T) الصغرى وهي (1T) ومقارنتها بالقيمة الحرجة الجدولية عند (ن) (عدد الأزواج بعد استبعاد الأزواج التي لها فروق متعادلة إن وجدت) = 7 ومستوى دلالة 0,01 وقيمتها (7)؛ نجد أن (T) المحسوبة أقل من (T) الجدولية، وقيمة (Z) للدرجة الكلية للمقياس تساوي (2.428) وهي قيمة دالة عند مستوى 0,01 مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي وبهذا يكون قد تحقق الفرض.

ولحساب حجم التأثير تم استخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة من

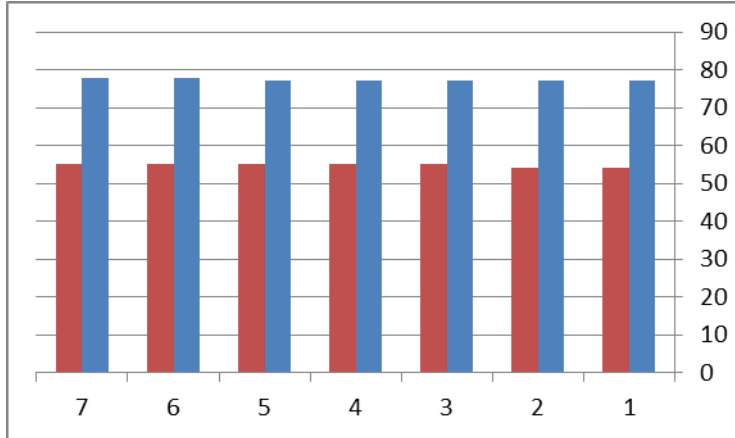
خلال المعادلة التالية:

$$r = (4(T1/n(n+1)) - 1) \quad (\text{عزت عبد الحميد، 2011، 279-280})$$

بالتعويض في المعادلة السابقة وفق معاملات الدرجة الكلية على المقياس نجد أن قيمة (r) = 1، ومن ثم نجد أن البرنامج العلاجي أحدث تغييراً في أفراد المجموعة التجريبية فأدي إلى إنخفاض مستوى الضغوط لدى أفراد المجموعة التجريبية؛. ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الرضا عن الحياة:

شكل (٣)

يوضح الفروق في القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة



- يشير هذا اللون إلى درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي

- يشير هذا اللون إلى درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي

نتائج الفرض الخامس: ونصه " لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد فترة متابعة شهر ونصف) على مقياس الرضا عن الحياة.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ولكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test لحساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الرضا عن الحياة والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول (١٥)

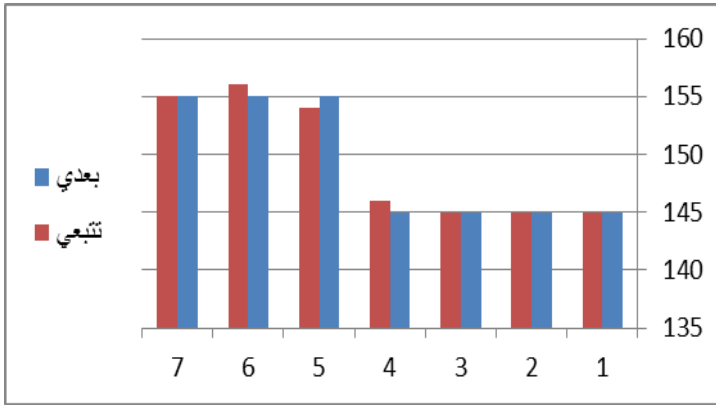
نتائج اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الرضا عن الحياة

المجموعات	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرضا عن الحياة	البعدي-التتبعي	الموجبة	٢	٢	٤	٠.٥٧٧-	٠.٥٦٤ غير دالة
		السالية	١	٢	٢		
		المتعادلة	٤				

يوضح الجدول السابق أنه لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الشعور بالتماسك وأبعاده الفرعية في اتجاه القياس البعدي، وأن مجموع رتب الفروق الموجبة (1T) تساوي (4)، ومجموع رتب الفروق السالبة (2T) تساوي (2)، في حين كانت قيمة (Z) تساوي - 0.0577. وهي قيمة غير دالة إحصائياً مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي وبهذا يكون قد تحقق الفرض. والشكل التالي يوضح نتائج القياسين البعدي والتتبعي

شكل (4)

يوضح الفروق في القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة



نتائج الفرض السادس: ونصه " لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد فترة متابعة شهر ونصف) على قائمة بيك.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ولوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test لحساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على قائمة بيك للاكتئاب والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول (١٦)

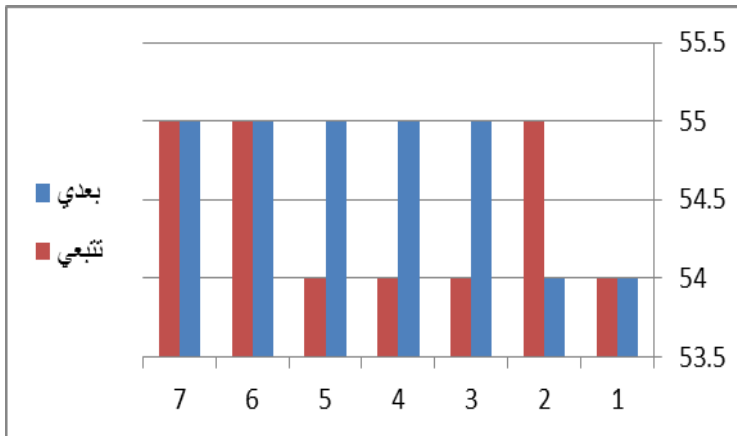
نتائج اختبار ولكوسون لحساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على قائمة بيك للاكتئاب

المجموعات	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الاكتئاب	البعدي-التتبعي	الموجبة	١	٢.٥	٧.٥	١-	غير دالة ٠.٣١٧
		السالبة	٣	٢.٥	٧.٥		
		المتعادلة	٣				

يوضح الجدول السابق أنه لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ، وأن مجموع رتب الفروق الموجبة (١T) تساوي (٧.٥)، ومجموع رتب الفروق السالبة (٢T) تساوي (٢.٥) ، كما أن قيمة (Z) تساوي ١- وهي قيمة غير دالة إحصائياً مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي وبهذا يكون قد تحقق الفرض. والشكل التالي يوضح نتائج الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي لرتب درجات المجموعة التجريبية.

شكل (٥)

يوضح الفروق في القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على قائمة بيك للاكتئاب



- مناقشة النتائج وتفسيرها:

كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس بيك للاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية ؛ ووجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس بيك للاكتئاب؛ حيث اتضح من نتائج الفرضين الثاني والرابع إنخفاض مستوي الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي مما يشير إلى الأثر للبرنامج العلاجي في انخفاض مستوي الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وهذا وجدير بالذاكر أنه خلال تنفيذ أنشطة خطة التدخل العلاجي التي تمت من عينة الدراسة تأكدت للباحثة أن ميلاد طفل يعاني من إعاقة داخل الأسرة يعد مصدر من مصادر الشعور بالعديد من المشكلات النفسية والاضطرابات والتي من أبرزها الشعور بالضغوط النفسية والاكتئاب وقلق المستقبل ؛ حيث يعد هذا الطفل العائق الرئيسي في مواصلة الأسرة استكمال حياتها بشكل طبيعي، حيث يعد ميلاد هذا الطفل بمثابة الصدمة التي تقع على عاتق الأسرة، ومن المعروف أن الأم هي أكثر أفراد الأسرة التي يقع على عاتقها تقديم الرعاية والاهتمام لجميع أفراد الأسرة، فميلاد طفل أوتيزم يسبب لها العديد من الضغوط والمشكلات ليس ذلك فحسب بل يجعلها دائماً فيقلق وحيرة بشأن مستقبل هذا الطفل وبشأن توفير الاحتياجات اللازمة له، ومن ثم يجب أن تشعر بنوع من التماسك على المستوي النفسي والأسري حتى تتمكن من رعاية الأسرة ورعاية هذا الطفل على وجه التحديد؛ لذلك نجد أن هناك العديد من الدراسات التي أوصت بضرورة تنمية الشعور بالتماسك لدى أسر وامهات وأباء الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد على وجه التحديد وذلك لما لهذا المتغير من مقدرة إلى مساندة الفرد من بيئته الداخلية وتنمية القدرة على التوافق الداخلي قبل التوافق الخارجي ومن ثم العمل على مواجهة الازمات النفسية وتخطي أي مشكلة داخل أو خارج محيط الأسرة.

هذا وقد كشفت نتائج الدراسة عن الأثر غير المباشر للعلاج السلوكي الجدلي في تنمية الرضا عن الحياة من خلال خفض درجة الإكتئاب لدى عينة الدراسة التجريبية؛ هذا ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أحدثته الفنيات المستخدمة في البرنامج من تغيير في أفكار وقيم افراد عينة الدراسة ؛ حيث يتميز هذا الاسلوب العلاجي بأنه نموذج علاجي يركز على تنمية المرونة في التفكير وتحسين مستوي مهارات اليقظة الذهنية لدى الافراد مما ينعكس على تحسن مهاراتهم في التعامل مع المواقف المختلفة، كما يساعد العميل على التفاعل مع افكاره والسيطرة على الخبرات المثيرة للقلق والاكتئاب.

كما أن بناء مهارات اليقظة العقلية بدلا من الصلابة والتجمد الفكري يساعد العمل على الاستبصار بأهدافه وتغيير القيم المختلة لديه وجعل سلوكه أكثر مرونة وإيجابية بدلا من أن يقع فريسة للأفكار والخبرات السلبية التي يعايشها. وهذا ما تم مع عينة الدراسة الحالية؛ حيث ساهمت التدريبات التي تدرب عليها أعضاء المجموعة التجريبية على تنمية مشاعر الوضوح لديهن وكذلك القدرة على إدارة المواقف المختلفة والاستبصار بمكونات الموقف وكذلك القدرة على استيعاب المعنى من وراء أي خبرة سلبية عايشتها أفراد المجموعة التجريبية نتيجة وجود طفل يعاني من اضطراب التوحد لديهن . هذا ويشير أشرف محمد عطية (٢٠١٦) أن معاناة الاسرة نتيجة وجود طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد يعد أحد المصادر المهمة والقوية جداً بالشعور بالضغوط النفسية والعديد من المشكلات النفسية؛ لذلك يعد التدخل العلاجي القائم على اليقظة العقلية ومهارات العلاج السلوكي الجدلي وكذلك نموذج العلاج بالقبول والالتزام واحد من المداخل العلاجية التي تسهم في حل العديد من المشكلات لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من أبرزها الضغوط النفسية والشعور بالاكتئاب. حيث يركز العلاج السلوكي الجدلي على القدرة على العمل وإمكانية العمل كمييار للحقيقة والقيم المختارة كمهد ضروري لتقييم القدرة على العمل؛ لأن القيم تحدد المعايير اللازمة لتطبيق القدرة على العمل، كما يركز على السياق التي تدور فيه الأحداث بصورة شعورية مدركة كما أن تنظيم المشاعر والأفكار في السياق حتى تؤثر في الأحداث، ومن ثم تسهم جلسات وفتيات العلاج بالقبول والالتزام على زيادة الفعالية السلوكية بغض النظر عن وجود الأفكار والانفعالات والخبرات السلبية ومن ثم التمسك بمجموعة من القيم والأهداف .

هذا ويمكن تفسير بقاء أثر ما تعرضت له المجموعة التجريبية من معالجة باستخدام العلاج السلوكي الجدلي خلال فترة المتابعة في ضوء مجموعة من النقاط تتمثل في الآتي:

١- أن العلاج السلوكي الجدلي علاج قائم على تغيير الفلسفة التي ينتهجها الفرد في التعامل مع المواقف الحياتية ومن ثم التغيير في معارفه واستراتيجياته التي يستخدمها في الحياة ؛ لذا فإن الفرد الذي يخضع للمعالجة باستخدام بروتوكول علاجي قائم على فنيات السلوكي الجدلي تنمو لديه مشاعر جديدة أفكار ومعارف جديدة تساعده في مواجهة الخبرات السلبية قبل الايجابية، علاوة على أن خفض الاكتئاب والرضا عن الحياة يعد كما لو بنى جدار صد للفرد نعلمه كيف يقي نفسه من أن يقع فريسة للخبرات السلبية، نعلمة أن التواصل مع

الحاضر أفضل من أن يعايش الماضي والمآلة ، نعلمه ان الذات كما بها عيوب بها العديد من المميزات وبها العديد من القدرات التي تمكنه من مواجهة المواقف الضاغطة ، نعلمة أن التجب والتجاهل فلسفة يمكن استخدامها مع الخبرات السلبية وأن ندرك معني في الحياة وأن الحياة بها الاشياء الجميلة التي تساعدنا في مواجهة كافة الأزمات.

٢- حرصت الباحثة أثناء الجلسات على مساعدة عينة الدراسة على إشباع بعض الحاجات النفسية لديهم كالحاجة إلى الشعور بالقيمة والأهمية من خلال مساعدتهم على تحديد الجوانب التي تشعرهم بقيمة الذات والشعور بالجدارة والقيمة والفائدة في الحياة واستبصار المعني وتعلمهم كيفية إدارة المواقف بمرونة، وتنمية شعورهم بالكفاءة الشخصية، وأن يتحدثوا عن أنفسهم بطريقة إيجابية وواقعية، حيث تم تخصيص جزء من البرنامج لتنمية الإحساس بتقبل الذات، وتنمية الثقة بالنفس لدى الأمهات، وتقدير قيمة ما لديهم من مواهب وقدرات. كما تم تنمية الإحساس بقيمة الذات لديهم ذلك من خلال تدعيم قدرة الأمهات على القيام بالحديث الإيجابي عن الذات، وأن يتعود كل منهن على التركيز على جوانب القوة لديهم واستثمارها، وأيضاً تم عرض بعض القصص التي تقدم نماذج تمكنت من مواجهة تحديات الحياة رغم الظروف الصعبة التي كانت محيطة بهم، وتم استخلاص الدروس المستفادة من هذه النماذج، كما تضمنت جلسات البرنامج بعض الأنشطة التي ساعدت الأمهات على تحديد جوانب التميز في شخصياتهن، وقيام كل أم بتحديد مواقف نجاحها .

٣- تتوقع الباحثة أن فنيات العلاج السلوكي الجدلي قد ساعدت المشاركات على ضبط المواقف التي يمرن بها؛ ومن ثم هو علاج تعليمي ينمي لدي العميل الاستبصار بالواقع وأن الأفكار والمعاناة التي يمر بها لست أمر مفروض عليه بل أن قيمة هذه المعاناة تكمن في أن يظهر تحدي لها ومن ثم يساعد برتوكول العلاج على تغيير أهدافه في كل مرحلة من مراحل حياته وتغيير منظومة القيم لديه بما يساعده من التخلص من معاناته والشعور بالضغط النفسية والاكنتاب و فقدان الاستمتاع بالحياة التي يعايشها فيقبل مشكلته بل ويساهم في حلها، مما ينتج عنه مزيد من الثقة بالنفس، كما يساعد خطة العلاج الفرد في تعديل اختياراته السلوكية السلبية وتحولها إلى سلوكيات إيجابية، وتحديد أهدافه في الحياة، وتحديد البدائل الممكنة لتحقيقها، وبعد ذلك مناسباً لتنمية تقدير الذات؛ حيث يساعد ذلك في تقييم الفرد لنفسه بصورة إيجابية، وزيادة رضاه عن ذاته.

ونخلص مما سبق ان العلاج السلوكي الجدلي علاج فعال في خفض الإكتئاب وتحسين مستوي الرضا عن الحياة لدى عينة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما أن التأثير غير المباشر لهذا العلاج يمتد لأن يسهم في تحسين مستوي الرضا عن الحياة لديهن وذلك من خلال تنمية خفض الإكتئاب لديهن ؛ ذلك المتغير النفسي المؤثر على البيئة الداخلية للفرد والخافض للمقاومة النفسية للفرد للإحساس ببيئة داخلية تساعده على الشعور بالثقة بالنفس وكذلك الشعور بجودة الحياة لديه ومن ثم مقاومة المواقف المسببة للإكتئاب.

عاشراً: توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة يمكن تقديم التوصيات التالية:

- ١- ضرورة الإهتمام بفئة أمهات وآباء الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؛ حيث تعد هذه الفئة من الفئات المهمشة بالمجال البحثي ومن قبل الجهات المختلفة المهتمة برعاية الأمومة والطفولة، حيث تعاني هذه الفئة من العديد من المشكلات الجديرة بالبحث بل أنها جديرة بأن تطرح كمشروعات بحثية، فمن واقع هذه الدراسة تبين أنهم يعانون من مستويات مرتفعة من الإكتئاب وانخفاض جودة الحياة والشعور بالتشاؤم والشعور بقلق الموت.
- ٢- عقد دورات تدريبية وورش عمل لتدريب الاخصائيين وتنمية مهاراتهم على استخدام فينيات العلاج بالقبول والالتزام في تقديم بعض خدمات المساندة النفسية وخدمات الدعم النفسي لأمهات ذوي الاعاقات بصفة عامة وامهات الاطفال ذوي الاعاقات النمئية وخاصة أطفال طيف التوحد.
- ٣- عقد ندوات وورش عمل توعوية حول أهمية تمتع أمهات الأطفال ذوي الاعاقات بصفة عامة وأمهات وآباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالشعور بالتماسك ودور إحساسهم بالتماسك في مواجهة العديد من الاضطرابات النفسية ؛ كالقلق بكافة أشكاله، والاكتئاب، وانخفاض مؤشرات جودة الحياة، الشعور بالضغوط النفسية.
- ٤- عقد ندوات ودورات تثقيفية لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حول كيفية التدعيم الذاتي وإنشاء علاقات إسرية تتمتع بالدفاء البين شخصي، وتدريبهم على كيف مواجهة أشكال الضغوط المختلفة.
- ٥- ضرورة تفعيل دور مراكز الإرشاد النفسي بالجامعات لخدمة المجتمع المدني وخاصة عينات كعينة الدراسة حيث أن المراكز الخاصة تقدم الخدمات المختلفة لأطفال التوحد وأمهم بمبالغ باهظة، ومن ثم فإن تفعيل تلك الدور يسهم في خفض العديد من أشكال الضغوط المختلفة من أبرزها الضغوط الاقتصادية والنفسية والاجتماعية.
- ٦- عمل نشرات توعوية عن كيفية مواجهة الضغوط النفسية ومخاطرها وكيف أن تنمية الشعور بالتماسك يسهم في ذلك .
- ٧- الإهتمام بإجراء مزيد من البرامج العلاجية القائمة على العلاج بالقبول والالتزام للعلاج بعض المشكلات كمشكلة قلق المستقبل والشعور بالوصم الاجتماعي والشعور بالتصدع الأسري لدى أمهات وآباء أسر ذوي الاحتياجات الخاصة وعلى رؤسهم عينة أمهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

حادى عشر: بحوث ودراسات مقترحة:

تتمثل البحوث والدراسات المقترحة فيما يلي:

- فعالية التدريب على الضبط الذاتي في الشعور بالاكنتاب لدى أمهات الاطفال ذوي الاعاقات النمائية.
- فعالية العلاج المتمركز حول الشخص في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال ذوي الاعاقات النمائية.
- الشعور بالتماسك كمتغير وسيط في العلاقة بين جودة الحياة الأسرية والرفاهية النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية المسؤولية الشخصية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأثره على مستوى الاكنتاب لديهن.

قائمة المراجع

- احمد عكاشة (١٩٩٨). الطب النفسى المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- أحمد محمد جاد الرب (٢٠١٧). فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى طالبات ذوي اضطراب الشخصية الحدية وأثره على أعراض هذا الاضطراب. مجلة الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس، ٥١، ١-٦٨.
- صمويل تامر بشرى (٢٠٠٧). الاكتئاب والعلاج بالواقع، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- عبد الستار إبراهيم، (١٩٩٨). الاكتئاب - اضطراب العصر الحديث- فهمه وأساليب علاجه. دار المعرفة، الكويت.
- عبدالرحمن سيد سليمان (٢٠١٠). العلاج السلوكي الجدلي (الديالكتيكي) كعلاج لسلوك تدمير الذات: إطار نظري. علم النفس، ٢٣ (٨٧)، ٦-٢٧.
- عبدالعزیز السيد الشخص (٢٠١٤). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- عبير محمد طاهر، علي محمد عبد الله (٢٠٢١). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى أمهات ذوي الاعاقة بمنطة جازان. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، ١٣٦، ٣٠٣-٣٢٢.
- غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠). البناء العاملي لمقياس بك الثانى للاكتئاب BDI-II على عينة مصرية من طلاب الجامعة"، مجلة دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ١٠ (٣)، ٣٨٣ - ٣٩٧.

عبد الفتاح غريب (٢٠١٥). مقياس الاكتئاب (د-٢) BDI-II. ط٢، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

محمد حسن غانم (٢٠٠٤). اتجاهات حديثة في العلاج النفسي. منشورة جامعة حلوان، مصر.
محمد عبدالفتاح (١٩٩٧). دراسة إكلينيكية وبائية لإضطراب الإكتئاب لدى سكان إحدى القرى المصرية. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية طب، جامعة الأزهر .
مواهب سعيد باحكيم (٢٠٠٩). أثر العلاج النفسي الجمعي في المكتئبات نفسياً. (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة صنعاء، اليمن.

Abbott, W. "The Effect of Reality Therapy, Based group counseling on the self-esteem of learning disables 6.7.8. Grades". *Dissertation Abstract international*, 1986, 45(7), 112-119.

ALAVI, K., MODARRES, G. M., AMIN, Y. S. A., & SALEHI, F. J. (2011). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students.

Alexander, Y; Ruth, K; Sherbourne, C; Wells, K. "The Quality of Care for Depression and Anxiety Depression in the United States". *Arch Gen Psychiatry*, 2001, (58), 55-61.

Alexopoulos, G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational psychiatry*, 9(1), 1-16.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, text revision (4th Ed). Washington: American Psychiatric Association, 2000.

BALTACI, H. Ş., & KARATAŞ, Z. (2015). Perceived social support, depression and life satisfaction as the predictor of the resilience of secondary school students: The case of Burdur. *Eurasian Journal of Educational Research*, 15(60), 111-130.

Beck, A. Depression: Causes and Treatment, First published in 1967 under the title: Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects) Philadelphia: University of Pennsylvania, 1970.

Beck, A; Steer, R; & Brown, G. Manual for Beck Depression Inventory – II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

Benassi, V; Sweeny, P; & Dufour, C. "Is there a relation between locus of control orientation and depression". *Journal of Abnormal Psychology*, 1988, 97(3), 357 – 367.

Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., & Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male, 13*(1), 32-39.

Bide, N; Lee, A; & Harrison, G. "Assessing Effectiveness of Treatment of Depression in Primary Care". *The British Journal of Psychiatry, 2000, 177, 312- 318.*

Brown, B. "Effect of reality therapy on teacher attitudes student achievement & student's behavior", *dissertation abstract international, 1978, 39*(7).

Brunes, A., & Heir, T. (2020). Visual impairment and depression: Age-specific prevalence, associations with vision loss, and relation to life satisfaction. *World journal of psychiatry, 10*(6), 139.

Carter. D; Janet. Christopher M; Frampton Roger T. Mulder, Suzanne E. Luty; Peter. R. "The relationship of demographic, clinical, cognitive and personality variables to the discrepancy between self and clinician rated depression", *British Journal of Clinical Psychology, 2009, 54* (4), 457-473.

- Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F. (2020). Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3740.
- Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81-89.
- Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81-89.
- Corey, G, Theory & practice of group counseling, 3rd edition California Brooks Cole publishing company pacific grove, 1990.
- Crane Y; Williams M; and Goodwin G. "Self-discrepancy in students with bipolar disorder II or NOS [". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2009, 41(2), pp; 135-139.
- Ghazwin, M. Y., Kavian, M., Ahmadloo, M., Jarchi, A., Javadi, S. G., Latifi, S., & Ghajarzadeh, M. (2016). The association between life satisfaction and the extent of depression, anxiety and stress among Iranian nurses: a multicenter survey. *Iranian journal of psychiatry*, 11(2), 120.

Gigantesco, A., Fagnani, C., Toccaceli, V., Stazi, M. A., Lucidi, F., Violani, C., & Picardi, A. (2019). The relationship between satisfaction with life and depression symptoms by gender. *Frontiers in psychiatry, 10*, 419.

Glaser, W, Reality therapy, New York, Harper & Row, 1965.

Guney, S., Kalafat, T., & Boysan, M. (2010). Dimensions of mental health: life satisfaction, anxiety and depression: a preventive mental health study in Ankara University student's population. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2*(2), 1210-1213.

Jenkins, S. R., Belanger, A., Connally, M. L., Boals, A., & Durón, K. M. (2013). First-generation undergraduate students' social support, depression, and life satisfaction. *Journal of College Counseling, 16*(2), 129-142.

Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., & Koskenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 39*(12), 994-999.

-
- Kwok, S. Y., GU, M., & Kit, K. T. K. (2016). Positive psychology intervention to alleviate child depression and increase life satisfaction: A randomized clinical trial. *Research on social work practice, 26*(4), 350–361.
- Lester, D; Castromayor, I; & Icily, T. "Locus of control, depression and suicidal ideation among American, Philippine, and Turkish students". *The Journal of Social Psychology, 1991, 131* (3), 447–449.
- Li, C., Jiang, S., Li, N., & Zhang, Q. (2018). Influence of social participation on life satisfaction and depression among Chinese elderly: Social support as a mediator. *Journal of community psychology, 46*(3), 345–355.
- Lin, T. J., Ko, H. C., Wu, J. Y. W., Oei, T. P., Lane, H. Y., & Chen, C. H. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs. cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research, 23*(1), 82–99.

Lue, B. H., Chen, L. J., & Wu, S. C. (2010). Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan. *Archives of gerontology and geriatrics*, 50, S34-S38.

Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in mental health nursing*, 33(3), 149-156.

Mei, S., Qin, Z., Yang, Y., GAO, T., Ren, H., Hu, Y., & Tong, Q. (2021). Influence of life satisfaction on quality of life: Mediating roles of depression and anxiety among cardiovascular disease patients. *Clinical Nursing Research*, 30(2), 215-224.

Nes, R. B., Czajkowski, N. O., Røysamb, E., Ørstavik, R. E., Tambs, K., & Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Major depression and life satisfaction: a population-based twin study. *Journal of affective disorders*, 144(1-2), 51-58.

- Oosterveer, D. M., Mishre, R. R., Van Oort, A., Bodde, K., & Aerden, L. A. (2017). Depression is an independent determinant of life satisfaction early after stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, 49(3), 223–227.
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213–223.
- Park, L. T., & Zarate Jr, C. A. (2019). Depression in the primary care setting. *New England Journal of Medicine*, 380(6), 559–568.
- Rogers, C. Encounter group, Houghton Mifflin Company, Boston, 1970.
- Sahranavard, S., & Miri, M. R. (2018). A comparative study of the effectiveness of group-based cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy in reducing depressive symptoms in Iranian women substance abusers. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31.
- Schütz, E., Sailer, U., Al Nima, A., Rosenberg, P., Arntén, A. C. A., Archer, T., & Garcia, D. (2013). The affective profiles in the USA: happiness, depression, life satisfaction, and happiness-increasing strategies. *PeerJ*, 1, e156.

- Seo, J. H., & Ryu, H. S. (2010). Relations among depression, life satisfaction and health promoting behavior in the elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 21*(2), 169-177.
- Serin, N. B., Serin, O., & Özbaş, L. F. (2010). Predicting university students' life satisfaction by their anxiety and depression level. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 9*, 579-582.
- Shaw, R. "The Relationship of academic performance to depression and perceived home environment among gifted high students. Section A: *Humanities & Social Sciences*, 2000, 61 (1 - A), 86.
- Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G., & Parati, G. (2013). How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychology & health, 28*(7), 765-783.
- Tian, Y., Zhang, S., Wu, R., Wang, P., GAO, F., & Chen, Y. (2018). Association between specific internet activities and life satisfaction: the mediating effects of loneliness and depression. *Frontiers in Psychology, 9*, 1181.

Won, J. S., & Kim, K. H. (2008). Evaluation of cognitive functions, depression, life satisfaction among the elderly receiving visiting nursing services. *Journal of Korean Academy of Nursing, 38*(1), 1-10.

Yang, D. "The relationship between school factors and depression in middle school students". *Chinese Journal of Clinical Psychology, 2002,10* (1), 33- 35.

Yavuzer, Y., & Civilidag, A. (2014). Mediator role of depression on the relationship between mobbing and life satisfaction of health professionals. *Dusunen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 27*(2), 115.

YILDIZ, M. (2016). The Effects of Emotional Intelligence, Life Satisfaction and Depression according to Gender and Grade on University Students. *OPUS International Journal of Society Researches, 6*(11), 451-474.