

برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام في خفض حدة الوصمة الاجتماعية ورفع مستوى الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد

اعداد

أ.م.د/ريم أحمد عيسى

أستاذ علم نفس الطفل المساعد كلية التربية للطفولة المبكرة – جامعة المنوفية

برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام في خفض حدة الوصمة الاجتماعية ورفع مستوى الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد

إعداد:

أ.م.د/ريم أحمد عيسى*

المستخلص:

هدف البحث إلى خفض حدة الوصمة الاجتماعية ورفع مستوى الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال التوحد باستخدام برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام ولتحقيق هذا الهدف اتبع البحث المنهج الشبه التجريبي والوصفي وتمثلت عينة البحث في (19) أم من أمهات أطفال التوحد. تم اختيارهن من بين الأمهات أطفال التوحد الملتحقين بمركز إدراك للتخاطب وتعديل السلوك بشبين الكوم- محافظة المنوفية، وتم تطبيق أدوات البحث التي تمثلت في مقياس الوصمة الاجتماعية (إعداد الباحثة)، ومقياس الحيوية الذاتية (إعداد الباحثة) تطبيقاً قبلياً ثم تطبيق البرنامج القائم على العلاج بالتقبل والالتزام (إعداد الباحثة) على عينة البحث ثم تطبيق مقياس الوصمة الاجتماعية ومقياس الحيوية الذاتية تطبيقاً بعدياً للكشف على مدى فاعلية البرنامج في خفض حدة الوصمة الاجتماعية ورفع مستوى الحيوية الذاتية لدى عينة البحث.

وقد أسفرت نتائج البحث عن فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالتقبل والالتزام في خفض حدة الوصمة الاجتماعية ورفع مستوى الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال التوحد وأن البرنامج أسهم في الاحتفاظ بالتعلم وبقاء أثره بعد فترة من التطبيق.

الكلمات المفتاحية:

العلاج بالتقبل والالتزام – الوصمة الاجتماعية – الحيوية الذاتية – أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد

* أستاذ علم نفس الطفل المساعد كلية التربية للطفولة المبكرة – جامعة المنوفية.

A Program based on Acceptance and Commitment Therapy to reduce the Severity of Social Stigma and enhance the Level of Subjective Vitality among Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Abstract:

The research aimed to reduce the severity of social stigma and enhance the level of subjective vitality among mothers of children with autism spectrum disorder using a program based on acceptance and commitment therapy. To achieve this aim, the research followed the quasi-experimental and descriptive method, and the research sample consisted of (19) mothers of children with autism spectrum disorder. They were selected from among the mothers of autistic children enrolled at the (Edrak Center) for Speech and Behavior Modification in Shebin El-Kom, Menoufia Governorate. The research tools were applied, which were the social stigma scale (prepared by/ the researcher), and the subjective vitality scale (prepared by/ the researcher) as a pre-test. Then, the program based on acceptance and commitment therapy (prepared by/ the researcher) was applied to the research sample, then the social stigma scale and the subjective vitality scale were applied as a post- test to reveal the effectiveness of the program in reducing the severity of social stigma and raising the level of subjective vitality in the research sample.

The research results showed the effectiveness of the program based on acceptance and commitment therapy in reducing the severity of social stigma and raising the level of subjective vitality among mothers of children with autism spectrum disorder. The results also showed that the program contributed to retaining learning and maintaining its impact after a period of implementation.

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy, Social Stigma, Subjective Vitality, Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder.

مقدمة:

تُعد ولادة طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة سواء كانت إعاقة عقلية، أو جسمية، أو حسية، أو اضطراب طيف التوحد صدمة قوية لدى الأسرة بشكل عام والأم بوجه خاص، وكثيراً ما يتولد لدى الأم الشعور بالذنب والاكْتئاب ولوم الذات، وتدني تقدير الذات، وعدم القدرة على السيطرة على الأحداث والضغوط الاجتماعية والمادية والصحية وغيرها.

إنَّ للأسرة دوراً أساسياً في تنشئة الأفراد بصفة عامة وذوي الاحتياجات الخاصة بصفة خاصة، وهي وحدة واحدة متكاملة ونظام مترابط ذو تأثير فعال على الأطفال، وعند تعرُّض الأسرة لأزمة أو حدث ما؛ فإنَّ ذلك يكون أثره على جميع أفراد الأسرة.

كما أن أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد يواجهن عديداً من أعباء التربية، كما يتعرَّضن لضغط نفسي كبير؛ لذلك يشعرن بتحطُّم آمالهنَّ وأفكارهنَّ وأحلامهنَّ، بالإضافة إلى ردود أفعال المجتمع السلبية تجاه طفلهنَّ ذي اضطراب التوحد.

كما أشارت عديدٌ من الدراسات (Blacher & Baker (2007) ^(١) بأنَّ الإعاقة لها آثار سلبية على أسر الأطفال وبشكل خاص على أمهاتهم؛ حيث تواجه الأمهات عديداً من الأزمات والضغوط منذ لحظة ميلاد طفلها ذي اضطراب التوحد؛ حيث يُسيطر عليها نمط انفعالي معين من مرحلة إلى أخرى، كما يظهر عديدٌ من الضغوط التي تتعرَّض لها أسر ذوي اضطراب التوحد، وهذا ما أشارت له دراسة (الخميسي، 2011). وبتكرار الأزمات التي تظهر مع نمو طفل اضطراب التوحد والتي ينتج عنها الصدمة والإحباط والهلع وغيرها (عليوة، 2019، 146-147).

فأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد يُعانين كثيراً من المشكلات النفسية والاجتماعية التي تؤثر بشكل سلبي على مجرى حياتهنَّ، كذلك عدم توافر الخدمات والرعاية المقدَّمة لهؤلاء الأطفال من جانب مؤسسة المجتمع، وأن وجود طفل توحد قد يسبب تفكك الأسرة والعلاقة بينهما؛ ممَّا يتسبب في ارتباكات معيشية مختلفة واختلال في إدارة الذات.

فأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد تعيش جوًّا من الضغوط والاكْتئاب مقارنة بأسر الأطفال العاديين؛ ممَّا يؤثر على أفكارها ويجعلها أكثر معاناة وألمًا في محاولة السيطرة على أفكارها ومشاعرها، كما أن أمهات هؤلاء الأطفال لا يستطيعن عيش حياة طبيعية ويحتجن إلى التدريب على مهارات التعامل، إضافة إلى الحصول على الدعم الرسمي وغير الرسمي (عطية، 2011، 430).

كما أن دور أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد مهمٌ وضروريٌّ، ويتعين تدريبهنَّ على كيفية التعامل مع أطفالهنَّ، كذلك تنمية مهاراتهم الذاتية. وهذا ما أكدته دراسة كل من (الحديبي ومحمد 2016، 2871) على أهمية تدريب الأمهات على المهارات التي تساعدنَّ على خفض المشكلات النفسية والاجتماعية والسلوكية التي تواجه أطفالهنَّ ذوي اضطراب طيف التوحد.

(١) – يتبع البحث الحالي توثيق المراجع وفقاً للإصدار السابع من نظام الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA7).

فأمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعيشون جوًّا من الضغوط الاجتماعية والنفسية مقارنة بأسر الأطفال العاديين، كما يشعرون بالحرج من سلوكيات أطفالهم، بالإضافة إلى افتقارهم للتقبل من الآخرين أو المجتمع؛ وبذلك فإن اضطراب طيف التوحد يؤثر سلبًا على مسيرة التنمية في المجتمع؛ ومن هنا كان لا بدّ من الاهتمام بأطفال ذوي اضطراب التوحد وتوفير الفرص المناسبة التي تساعد على الانخراط في المجتمع، وأن رعايتهم تُعد بمثابة مبدأ أساسي وحضاري يؤكد حقوقهم ويمنح لهم الفرص المناسبة للاندماج في المجتمع (عبد الرحمن، 1999، 10). وبما أن اضطراب التوحد أحد الاضطرابات النمائية العصبية التي تعيق عملية النمو الطبيعية، وتؤثر على توقعات الوالدين وعلى تكيفهم وبخاصة الأمهات في أكثر أفراد الأسرة التي يقع على عاتقها رعاية أطفالهم، ويؤثر ذلك على أدائها وتوافقها النفسي وتفاعلها مع المجتمع.

وهذا ما أكدته دراسة كل من (Fatima et al., 2021)؛ (رمضان، 2023) بأن إنجاب طفل ذي اضطراب التوحد يؤثر على الأمهات فيجعلهن أكثر اكتئابًا وقلقًا وتوترًا وعزلة اجتماعية وأقل رفاهية؛ ويرجع ذلك لعدم قدرتهن على تحقيق التوازن بين احتياجات أطفالهن والأعمال المنزلية المكلفين بها.

كما يُعد شعور أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالوصمة الاجتماعية راجع ذلك لعدم قدرة أطفالهن على مجاراة أقرانهن في العمر الزمني، كذلك حرمان الأطفال من التفاعل والمشاركة الأسرية والاجتماعية؛ كل ذلك يزيد من شعور الأمهات بالوصمة الاجتماعية؛ مما يزيد من مشاعر القلق والغضب والخوف والحزن وفقد الاستمتاع بالحياة، وعدم القدرة على إحداث تفاعلات مع المجتمع.

وأشارت نتائج دراسة كل من (توفيق، 2024)؛ (Neoh et al., 2022) بأن أمهات الأطفال ذوي الإعاقات يُعانين من مستويات مختلفة من القلق والاكتئاب واضطرابات النوم؛ مما يؤدي ذلك لحدوث قلق مرضي ويترتب عليه انسحابهن من محيطهن الاجتماعي نتيجة الشعور بالوصمة الاجتماعية وفقدانهن المكانة الاجتماعية، وأن اكتشاف الإعاقة لدى طفل تُعد بداية لسلسلة من الوصمة الاجتماعية لدى الوالدين بصفة عامة والأمهات بصفة خاصة، وما يصاحب ذلك من شعور الخجل والاكتئاب ولوم الذات، أو إلقاء اللوم على الآخرين، كذلك التأثير السلبي على آمال وأحلام والطموحات المرتبطة عند اكتشاف إعاقة الطفل؛ مما يؤدي إلى ظهور العديد من الصعوبات والضغوطات التي تنشأ في المستقبل (غنيم، 2015، 303).

حيث تمثل الوصمة الاجتماعية ثقافة الأفراد، فهي تُعد تلك الشهوة الإنسانية في وصف الأفراد بما ينقص من قدراتهم، وينتج عنه المشكلات والأزمات الاجتماعية أو العاطفية، أو ظهور الأمراض للأفراد. فالوصمة الاجتماعية هي النظرة السلبية من المجتمع؛ حيث تُعد من أبرز المشكلات التي تواجه الأمهات لما تتعرض له من أفكار سلبية من المجتمع واضطهاد ونبذ، وعدم الاعتراف بحقوق المعاقين، بالإضافة لعدم توافر الدعم الاجتماعي الذي قد يُمكن أمهات هؤلاء الأطفال من تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والشخصي والانفعالي سواء مع ذاتها أو مع الآخرين حتى تصبح لها القدرة على مواجهة مطالب وصعوبات الحياة.

إنَّ توافر هذا الدعم والخدمات الاجتماعية والرعاية الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد الذي يُمكن تقديمه من خلال الإخصائيين ومراكز الخدمات الاجتماعية سوف يحدُّ من الوصمة الاجتماعية، ويساعد الأمهات على تقبل أطفالهنَّ، ويحسن الحيويَّة الذاتية للأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد.

وبما أن اضطراب التوحد له تأثيرٌ كبيرٌ على إحداث تغييرات سلبية على نمط حياة الأمهات مقارنة بالأطفال العاديين، فقد أوصت دراسة كل من (بوسعيد وبلحسين، 2020)؛ (عليوة، 2019)؛ (الفقي، 2016)؛ (الفنجري وآخرون، 2020)؛ (قرني، 2016)؛ (محمد، 2020)؛ (Amin, Azdi & Afrooz, 2020)؛ (Huang et al., 2013)؛ (Goldberg, 2018)، بضرورة تقديم برامج تساعد أمهات هؤلاء الأطفال على خفض الإجهاد وتحسين الحيويَّة الذاتية، وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والتقليل من حدة الوصمة الاجتماعية حتى يستطيعوا مواجهة الضغوط الاجتماعية والتقليل من مشاعرهنَّ السلبية وذلك من خلال استخدام العلاج بالتقبُّل والالتزام بدلاً من الرفض والعزلة وتجنب الواقع التي تعيشه فيه حتى يُصبحن أكثر مرونة وعقلانية.

حيث يهدف العلاج بالتقبُّل والالتزام إلى تشجيع الأفراد على الاستجابة للمواقف البناءة وقبول الأحداث المعرفيَّة الصعبة وما يقابلها من المشاعر بدلاً من استبدالها. لذا يرى عطية (2011) بأنَّ العلاج بالتقبُّل والالتزام من أهم طرق العلاجات السلوكيَّة الحديثة المبنية على اليقظة، وأن العلاج بالتقبُّل والالتزام يعمل على التخلص من أعراض القلق أو الاكتئاب، أو الإحباط أو الضغوط بكافة أنواعها، وأن التدخل بالعلاج وتقديم الخدمات الفرديَّة والجماعيَّة والمجمعيَّة للأفراد أو الجماعات؛ للوصول إلى أقصى قدر ممكن في الرعاية الاجتماعية والرفاهية الإنسانيَّة، كما أنها تعمل على مساعدة أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد على التفاعل مع بيئاتهنَّ الاجتماعية، كما تمكنهنَّ من تقبل ذاتهنَّ وأطفالهنَّ والقيام بأعمالهنَّ ومسؤولياتهنَّ تجاه أسرهم.

وهذا ما أكدته نتائج دراسة كل من (الفقي، 2016)؛ (Bergman, 2010)؛ (Kowal, 2012)؛ (Kowski, 2015)؛ (Poddar et al., 2015) بأهميَّة العلاج بالتقبُّل والالتزام ومدى فاعليته في التخفيف من الضغوط الاجتماعية والنفسية والتقليل من مشاعر القلق والاكتئاب، كذلك تحسين الحيويَّة الذاتية ورفع مستوى المرونة النفسية، ورفع مستوى التوافق النفسي والاجتماعي وصولاً إلى جودة أفضل للحياة. لذا لا بدَّ من تدريب أمهات هؤلاء الأطفال على مهارات التعامل وتقديم الدعم الرسمي وغير الرسمي لهنَّ حتى تتمكَّن من ممارسة حياتها بشكل طبيعي كما في أسر الأطفال العاديين. كما يسهم العلاج بالتقبُّل والالتزام إلى تحسين المرونة النفسية والحيويَّة الذاتية وذلك من خلال مجموعة من العمليات تتمثل في القبول والذات كسياق، والفصل المعرفي والقيم، والالتزام والاتصال بال اللحظة الراهنة.

كما يذكر عبد الفتاح (2020، 16)؛ (Hayes et al. 2006) بأنَّ من خلال استخدام العلاج بالتقبُّل والالتزام يؤدي لتقبل الوضع الحالي والمستقبلي، كذلك الشعور بالتفاؤل والصلابة النفسية. حيث إنَّ أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد منذ ميلاد طفلها وهي تحاول السعي والعمل على

التكيف مع ذلك الاضطراب من أجل التعايش والحفاظ على استقرار الأسرة، والحفاظ على مستوى مناسب لهنّ من الحيوية الذاتية (البهنساوي و غنيم، 2025، 83-84).

وبذلك فإنّ امتلاك الأمهات لمستوى مرتفع من الحيوية الذاتية أمرٌ مهمٌ وضروريٌّ خاصّة عندما تواجه الأمهات الصعوبات والضغوطات التي قد تعيقها عن إنجاز هدف ما، أو إتمام مهمّة ما، فامتلاكها للحياة الذاتية يجعلها أكثر إصراراً وتصميماً على تحقيق أهدافها والانهاء منها (أبو حلاوة والحسيني، 2016، 17؛ جلجل وهنداوي، 2023، 46).

فالحياة الذاتية هي الامتلاء بالفرح والسعادة والسرور والشعور بالحماس والتفاؤل؛ ممّا يساعد على تقليل التوتر والقلق لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد؛ ممّا يزيد من تبسيط الدافعية الإيجابية والتطلع إلى المستقبل (العبيدي، 2020). وترتبط الحيوية الذاتية بمؤشرات دالة على الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي الإعاقة؛ حيث يرى (Deci & Ryan, 2008) بأنّ الحيوية الذاتية هي امتلاك الأمهات لطاقة جسدية وصحية وعقلية تمكنهنّ من إحداث التوازن بين الضغوط الحياتية وتحقيق الأهداف التي تسعى إليهنّ.

كما أن الحيوية الذاتية من أبرز فضائل ونقاط القوة في الشخصية، كما أنها تمنح الأمهات الشعور باليقظة والحماس وتدفعهنّ لتحقيق ذاتهنّ، ومنها التوصل إلى التقدير الاجتماعي فلا بدّ من تعزيزها والحفاظ عليها (Fini et al., 2010, 155).

كما أن الحيوية الذاتية مؤشرٌ مهمٌ لجودة الحياة النفسية، وتزيد من القدرة على تحمل الألم والمعاناة، وتحسن من الأداء النفسي والوظيفي، والتمتع بالصحة النفسية، وهذا ما أكدته دراسة كل من (أبو حلاوة والشربيني، 2017، 224؛ عبد الفتاح، 2020، 261؛ سليم، 2016، 177)، على أهميّة الحيوية الذاتية في الوقت الراهن وعلى قوتها في تنمية الشعور بالرغبة، والإقدام على المشاركة الاجتماعية والحياة.

كذلك قد أشارت دراسة (فرج وآخرون، 2023)؛ (المصري، 2020)؛ (ياسين وإبراهيم، 2023)؛ (Couto et al., 2017)؛ (Cug, 2015)؛ (Ugur, Kaya & Ozcelik, 2019)؛ (Uysal & et al., 2014)، إلى الدور الفعّال للحياة الذاتية في التخفيف من الشعور بالتعب، كذلك أثرها الإيجابي في حياة أمهات الأطفال المعاقين في التقليل من مشاعر الصراع مقابل الإرادة، وتحقيق التوافق مع الضغوط الحياتية، كذلك تؤدي دوراً وسيطاً بين الشعور بالسعادة الذاتية والرضا عن الحياة، وتنمية التفكير الإيجابي المفعّم بالأمل الذي يساعد على الامتنان والتفكير في الحياة بشكل إيجابي، كما ترتبط الحيوية الذاتية بالمهارات الحياتية والتكيف الاجتماعي والشعور بالرضا عن الحياة فكان لا بدّ من تدريب أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد على الحيوية الذاتية؛ لما لها أهميّة في حياتهنّ. فهي الجزء المدرك الممتع للرفاهية النفسية فإحساس الأمهات بالطاقة والحياة من أهم السمات التي تنعكس على الصحة النفسية والجسمية للأمهات (عبد الرحمن وآخرون، 2022).

حيث أشارت نتائج دراسة (سليم، 2016)؛ (علي، 2022)؛ (Couto et al., 2020)؛ (Deniz Mc & Seyji, 2017)؛ (Kurtus, 2012)؛ (Maslash & Leiter, 2009)؛ (Peterson & Seligman, 2019)؛ (Seydi et al., 2014)، إلى أهميّة إعداد برامج لتنمية

الحيوية الذاتية؛ وذلك لأنه كلما ارتفعت الحيوية الذاتية أدى إلى التأثير الإيجابي للاندماج الاجتماعي، كذلك الحيوية الذاتية ترتبط عكسياً بكل من القلق والاكتئاب؛ وبذلك فهي تمنح الشعور بالرفاهية والراحة النفسية والسعادة الذاتية. كما أوصت دراسة كل من (Kulbus, 2021)؛ (Shiran et al., 2020) بوضع برامج من أجل تحسين الحيوية الذاتية وتقديم الدعم النفسي والتعاطف والأمل لأمهات الأطفال المعاقين. ومن هنا فالحيوية الذاتية هي الدرع النفسي الواقى من الأحداث الضاغطة والضغوط النفسية والاجتماعية المستمرة (Seligman et al., 2000, 9).

ومما سبق يتضح مدى معاناة أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد والتأثيرات السلبية على حالتهم المزاجية وعلى البناء النفسي السليم للأسرة، كذلك مشاعر المخاوف والشكوك الاجتماعية وعلى الوصمة الاجتماعية، وأن لفنيات العلاج بالقبول والالتزام دوراً مهماً في تقليل آثار الوصمة الاجتماعية وتحسين الحيوية الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد. ومن هنا جاءت فكرة البحث لمساعدة هؤلاء الأمهات من خلال إعداد برنامج قائم على التقبل والالتزام في التخفيف من الوصمة الاجتماعية وتحسين الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد.

مشكلة البحث:

يُعد اضطراب التوحد بوجه عام مشكلة خطيرة في أي مجتمع؛ حيث تؤثر بشكل سلبي على المجتمع فكان لا بد من الاهتمام بهم وتوفير كافة الدعم الاجتماعي والنفسي، كذلك توفير فرص النمو الشامل التي تساعدهم على التفاعل مع المجتمع، وإنَّ عدم توافر الفرص المناسبة للاندماج مع المجتمع سوف يؤدي لظهور العديد من المشكلات، كذلك سوف يؤثر على رفاهية المعاق وأسرته وعلى قدرته على تحقيق الاستقلال والمشاركة الاجتماعية، فاضطراب التوحد من الاضطرابات التي تحدث في مراحل مبكرة من عمر الطفل وتؤثر على تفاعلهم مع بيئتهم؛ مما يجدون مشاعر الرفض والتجنب من المجتمع؛ وكل ذلك يؤثر على أمهاتهم بالشعور بالوصمة الاجتماعية تجاه ذواتهن ويؤثر كذلك على تقديرهن لذاتهن؛ مما تتجه إلى العزلة ويسيطر عليهن مشاعر اليأس والقلق والإحباط واعتلال الصحة. (Cillian, 2018, 37; Rohwerder, 2018).

وهذا ما أكدته دراسة كل من (Clark et al., 2019)؛ (Pozo et al., 2014)؛ (Schlebusch et al., 2017)، بأن أمهات وأسر هؤلاء الأطفال يُعانون من ضغوط نفسية ومن مستوى عالٍ من الوصمة الاجتماعية أثرت على تكيفهم مع الضغوط والصعوبات وعلى جودة حياتهم. فالوصمة الاجتماعية تؤثر على قدرات الأمهات على المقاومة؛ مما تزيد من الشعور بالخمول وعدم الرغبة في المبادرة لتحمل المسؤولية، كذلك الشكوى الدائمة لما تتعرض لهن؛ مما يؤدي كل ذلك إلى فقدان الأمل في تعديل الظروف السلبية الضاغطة فتتجه إلى الانسحاب الاجتماعي.

وهذا ما أشارت له دراسة (أبو ليفة، 2017)؛ (البلاح، 2018)؛ (الرياحنة، 2015)؛ (عوض، 2018)، (متولي، 2020)؛ (مرسي، 2018)؛ (ياسين وإسماعيل، 2015)؛ (ياسين والسيد، 2015)؛ (Dehnavi et al., 2008)؛ (Fullk, 2014)؛ (Hallberg, 2013)؛ (Hematic et al., 2010).

(Mitter et al., 2018)؛ (Sharpe et al., 2015)؛ (Sherrill, 2012) على التأثير السلبي للوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي الإعاقات واضطراب التوحد والمعاقين سمعياً والداون من سوء التكيف الاجتماعي، وعدم تقبل الأقران والشعور بالقلق والحزن المستقبلي وتدهور الصحة النفسية لهؤلاء الأمهات، كذلك انخفاض التوافق الأسري والتقدير الذاتي للأمهات، كذلك تأثير الوصمة الاجتماعية على الأطفال وأسرها.

ويُعد شعور أمهات أطفال التوحد بالرفض الاجتماعي الذي يؤدي إلى فقدان الاستمتاع بالحياة والحزن والضييق من أبرز المشكلات التي تواجه الأمهات وهذا ما ينتهي بالوصمة الاجتماعية، كما يؤثر على تكيفهن وعلاقتهن بالآخرين. وهذا ما أشارت له دراسة (الجارحي، 2018) إلى أن حرمان طفل التوحد من المشاركات والأنشطة الاجتماعية يؤثر على قدرة الأمهات على التواصل مع الأسرة أو خارجها بشكل سلبي. وقد أكدت نتائج دراسة (الضبع، 2016)؛ (Zhou et al., 2018) تأثير هذه المشاعر السلبية على أدوار الأمهات في داخل الأسرة، كذلك على مستوى التوافق الأسري. كما اهتمت دراسة (Pratt, 2010) بالوصمة الاجتماعية وضرورة التغلب على آثارها السلبية، وذلك من خلال تغيير نظرة المجتمع للأفضل تجاه أطفال ذوي اضطراب التوحد؛ مما يقلل التأثير السلبي على أمهاتهم (ميهور، 2022، 121-122).

فالحياة الذاتية هي الطاقة الإيجابية التي تنشأ من خلال تفاعل أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد بطريقة إيجابية وتساعد على المشاركة الفعالة الاجتماعية، وخلق أفكار إيجابية ذات جودة أفضل (عبد الفتاح، 2020، 261). تُعد الحيوية الذاتية أحد التطورات التي ظهرت في علم النفس المعاصر المسمى (بعلم النفس الإيجابي) الذي يساهم في فهم الذات، كما يمكننا من تحقيق الأهداف والتركيز على مستقبل أفضل مليء بالطموح والرضا؛ مما يمكن الأمهات من التفاعل مع محيطها بإيجابية (Seligman et al., 2000، 9).

ويرى (Nix et al., 1999، 18) بأن الحيوية الذاتية من أهم الخصائص الأساسية الدافعة لتحقيق الذات، كما تزيد من قدرات الأمهات على تحمل الضغوط والألم والمعاناة والتفاعل مع الآخرين، كذلك المواجهة الإيجابية الاجتماعية. وبما أن أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد يتمتعن بقدر من الحيوية الذاتية ويستخدمن الدعم النفسي مع أبنائهن والذي يكون له تأثير واضح على حياتهن، كذلك تمتعهن بالصحة النفسية. وهذا ما توصلت له دراسة (Ambrose & Eisenberg, 2020) بأن أمهات أطفال ذوي الإعاقة وأطفال ذوي صعوبات التعلم وأطفال ذوي اضطراب التوحد يمتلكن قدرًا من الحيوية الذاتية، وتظهر ذلك في تحسين المهارات الاجتماعية للأطفال وأسرها.

ونظرًا للتأثير السلبي للوصمة الاجتماعية وتأثيرها السلبي على الحيوية الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد فكان لا بد من الحد من الآثار السلبية لها، وهذا ما أوصت به دراسة كل من (عبد العال، 2021)؛ (فهومي، 2021)؛ (النجار والصفدي، 2023)؛ (Rohwerder, 2018)؛ (Shulman, 2021) من أهمية التدخل لتحسين الوصمة الاجتماعية والحد منها من خلال البرامج. كما أن وجود طفل ذي اضطراب التوحد يترك تأثيرًا سلبيًا على الأمهات، ويتمثل ذلك في انخفاض الثقة بالنفس، وضعف الترابط العاطفي بين الوالدين، وسوء التكيف الاجتماعي وعلى ضعف الحيوية الذاتية،

وظهور اضطرابات النوم والصداع، وضعف العلاقات الاجتماعية، وظهور مشاعر اليأس والرفض (مراد، 2023، 459؛ Huang et al., 2013).

حيث أشارت دراسة كل من (Alex et al., 2020؛ (Kulbac, 2021؛ (Reeves et al., 2005)، إلى الاهتمام بوضع برامج وتوفير فرص للدعم الرسمي وغير الرسمي لهؤلاء الأمهات. ومن هنا ترى الباحثة بأنه يمكن تدريب أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد على الحيويّة الذاتية وذلك من خلال استخدام العلاج بالتقبّل والالتزام؛ لما له من آثار إيجابية في تمكين الأمهات من الوعي بتدفق الخبرات الخاصّة دون التعلّق لها ودون أن تؤثر بشكل سلبي، وهذا ما أكدته دراسة (أبو بكر، 2016)؛ (أحمد، 2018)؛ (حامد، 2013)؛ (Bazley & Pakenham, 2019)؛ (Hayes et al., 2006)؛ (Hulbert et al., 2012)؛ (Marris, 2011)؛ (Wynne, et al., 2019)، على أهميّة العلاج بالتقبّل والالتزام الذي يعمل على تغيير ملامح الضيق النفسي والوصمة الاجتماعية، كما يساهم في تغيير السلوك لما يتناسب مع الأهداف ذات القيمة؛ من أجل مواجهة الأحداث الخاصّة الصعبة.

كما أشارت دراسة (أبو الوفا وعبد القادر، 2024، 520-522) إلى فعالية العلاج بالتقبّل والالتزام على تنمية الاتصال باللحظة الحالية وردود الأفعال التي تعتمد على الموقف، كما تزيد من وعي الأمهات بالمواقف والمشكلات وتمدّهم بالخبرات للتعامل مع كافة المواقف، كما استشعرت الباحثة بوجود قصور واضح في الاهتمام بالوصمة الاجتماعية والحيويّة الذاتية للأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال استخدام العلاج بالتقبّل والالتزام وذلك من خلال ملاحظة الباحثة للأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد أثناء الإشراف الميداني، ومن خلال المقابلة المتكررة مع هؤلاء الأمهات في أحد المراكز.

كما لم تر الباحثة في حد علمها دراسة أو رسالة سابقة اهتمت باستخدام برنامج قائم على التقبّل والالتزام في التخفيف من الوصمة الاجتماعية، وتحسين الحيويّة الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد. لذا قامت الباحثة بدراسة استطلاعية، وذلك بتطبيق مقياس الوصمة الاجتماعية ومقياس الحيويّة الذاتية على (50) أمًا من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد؛ حيث أجمعت 99% من الأمهات أنهنّ يُعانين من الوصمة الاجتماعية، وبالرغم من أنهنّ يمتلكن الحيويّة الذاتية فإنّ هناك ضعفًا وتحتاج إلى تحسين وذلك من خلال استخدام العلاج بالتقبّل والالتزام.

استنادًا إلى ما سبق شرعت الباحثة في إجراء بحثها الحالي في محاولة للتعرف على أثر البرنامج القائم على العلاج بالتقبّل والالتزام في تخفيف الوصمة الاجتماعية وتحسين الحيويّة الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، وتتلخص مشكلة البحث في الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما فعالية برنامج قائم على العلاج بالتقبّل والالتزام في التخفيف من حدة الوصمة الاجتماعية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد؟
- ما فاعليّة برنامج قائم على العلاج بالتقبّل والالتزام في تحسين الحيويّة الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد؟
- ما مدى فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالتقبّل والالتزام بالاحتفاظ في التخفيف من حدة الوصمة الاجتماعية وتحسين الحيويّة الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد ؟

أهداف البحث:

يتحدد الهدف الرئيس للبحث في: فاعلية برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حيث الوصمة الاجتماعية وتحسين الحيوية الذاتية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وينبثق من الهدف الرئيس الأهداف الفرعية التالية:

- اختبار فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة الوصمة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- اختبار فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالتقبل والالتزام لتحسين الحيوية الذاتية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- التحقق من مدى استمرارية فعالية البرنامج في تخفيف حق الشعور بالوصمة الاجتماعية وتحسين الحيوية الذاتية لأمهات أطفال التوحد بانتهاء فترة المتابعة.

أهمية البحث:

أولاً: الأهمية النظرية

- معاناة أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة من الوصمة الاجتماعية وما تسببه من مشكلات كثيرة يجب دراستها والعمل على مواجهتها.
- ازدياد أعداد الأطفال التوحديين؛ مما جعل الأمهات بحاجة إلى العديد من البرامج الإرشادية التي تساعدن على زيادة الحيوية الذاتية وخفض الوصمة الاجتماعية لديهن.
 - يُعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد النماذج الحديثة الفعالة في التخفيف من الضغوط والمشكلات التي تمر بها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة.
 - معاناة الأمهات من الوصمة الاجتماعية وما تسببه من مشكلات كثيرة يجب دراستها والعمل على مواجهتها.
 - يُعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد النماذج الحديثة في طريقة التعامل مع الأضرار ومدى فاعليته في التخفيف من المشكلات المتعلقة بأطفالهم.
 - حاجة الأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد إلى معلومات ومعارف في الجوانب التربوية والنفسية والاجتماعية لأطفالهم ذوي اضطراب التوحد للحد من ظهور الوصمة الاجتماعية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

- الاستفادة من البرنامج المستخدم في مجال التربية الخاصة وتوجيه العاملين في مجال التربية الخاصة على تقديم الخدمات النفسية والتوعية اللازمة لأمهات أطفال التوحد على المستويين الإنمائي والوقائي.
- الاستفادة من أدوات البحث والاستعانة بها في دراسات أخرى.
- التعرف على جوانب القوة والضعف في برامج التربية الخاصة في هذا الموضوع سواء كانت وصفية أو تجريبية.
- توفير النتائج دعماً أولياً لفائدة برنامج تدريب أسر أطفال ذوي اضطراب التوحد على عوامل الوقاية المستندة إلى نظرية العلاج بالتقبل والالتزام.

- يساعد هذا البحث في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البشرية.
- يفيد هذا البحث في تنمية الشعور بالتقبل والرضا عن الذات لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة.

حدود البحث:

- الحدود البشرية: أجري البحث على مجموعة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وعددهن (19) أمًا.
- الحدود المكانية: تم تطبيق أدوات البحث والبرنامج بمركز إدراك للتخاطب وتعديل السلوك بشبين الكوم – محافظة المنوفية.
- الحدود الزمنية: تم تطبيق أدوات البحث في العام الدراسي 2025/2024 وذلك خلال شهر يونيو، ويوليو، وأغسطس.
- الحدود الموضوعية: اقتصر البحث الحالي على استخدام برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام في تخفيف الوصمة الاجتماعية وتحسين الحيوية الذاتية.

منهج البحث:

تم استخدام المنهج الوصفي في كتابة الإطار النظري والدراسات السابقة، كما تم استخدام المنهج شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة؛ لملاءمته طبيعة البحث.

أدوات البحث:

- مقياس الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحثة).
- مقياس الحيوية الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحثة).
- برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من الوصمة الاجتماعية وتحسين الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحثة).

المفاهيم الإجرائية لمتغيرات البحث:

[1]- برنامج علاجي قائم على التقبل والالتزام:

هو برنامج مخطط ومنظم وفق أسس علمية، وذلك عن طريق استخدام فنيات العلاج بالتقبل والالتزام (القبول – الذات – السياق – القيم – التواصل مع اللحظة الحالية – بناء أنماط من العمل الملتزم الذي يخدم هذه القيم) وذلك من خلال جلسات تطبق بصورة جماعية، هذه الجلسات تتضمن مجموعة من الأنشطة والخبرات التي تساعد أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد على خفض الوصمة الاجتماعية وتحسين الحيوية الذاتية لديهن.

[2]- الوصمة الاجتماعية:

سيطرة بعض الأفكار غير المنطقية في المجتمع على طفل ذي اضطراب التوحد؛ مما يترتب على ذلك شعور أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد بالوصمة الاجتماعية والتي تعزز عزلة وشعور الأمهات بالرفض الاجتماعي من المجتمع. فهي الدرجة التي تحصل عليها أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد على مقياس الوصمة الاجتماعية المستخدم في الدراسة. والتي تتمثل في الأبعاد التالية:

- **البُعد الأول: الوصمة الذاتية:** مدى إدراك أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد للأفكار والمعتقدات الخاطئة خلف ردود أفعال المجتمع تجاه أطفالهن ذوي اضطراب التوحد.
 - **البُعد الثاني: الوصمة الاجتماعية:** يتبنى أفراد المجتمع اتجاهات سلبية تجاه الأطفال ذوي اضطراب التوحد وما يرتبط بها من سلوك الانطواء والخجل والانعزال لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، كذلك شعورها بالرفض الاجتماعي بسبب تصرفات وسلوكيات أطفالهم المختلفة.
 - **البُعد الثالث: الوصمة الأسرية:** تلك المشاعر التي تسيطر على أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد كتجنب الاختلاط، والشعور بتدني المكانة الاجتماعية لأسرتهم.
 - **البُعد الرابع: الوصمة النفسية:** تلك المشاعر السلبية التي تؤثر على أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد كاليأس والحزن، والميل إلى الوحدة والشعور بالإحباط.
- [3]- الحيوية الذاتية:**

- هي حالة من اليقظة العقلية والشعور الإيجابي، فهي امتلاك أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد لمقومات الإقبال نحو الحياة، وذلك بالحماسة والحيوية وامتلاك الطاقة. فالحيوية الذاتية مؤشراً قوياً للصحة النفسية، كما أنه درع واقٍ للضغوط والتحديات والخبرات المؤلمة. وتقاس إجرائياً بمجموع الدرجات التي تحصل عليها أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد على مقياس الحيوية الذاتية، وتشمل الأبعاد التالية:
- **البُعد الأول: الحيوية البدنية:** امتلاك الأمهات للطاقة التي تمكنهن من أداء الأشياء بهمة، كما تكسبن القوة والقدرة على تحمل المهام والضغوط.
 - **البُعد الثاني: الحيوية الانفعالية:** هي الشعور بالهمة والنشاط والحماس والدافعية العالية للإنجاز، كذلك المواجهة الإيجابية للمشكلات والضغوط.
 - **البُعد الثالث: الحيوية الاجتماعية:** حالة الانتباه والفهم واليقظة والاستبصار العام الذي يظهر أثناء التفاعل الاجتماعي، كما أنه يزيد تأثيره في الآخرين.
 - **البُعد الرابع: الحيوية العقلية:** هي امتلاك الأمهات الطاقة الذهنية واليقظة العقلية التي تمكنهن من التفكير الإيجابي في التعامل مع المشكلات.
- [4]- أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد:**

هؤلاء الأمهات اللاتي لديهن أطفال مصابون باضطراب التوحد بعد تشخيص هذا الاضطراب، ولديهن مهام وأدوار يؤديونها اتجاه أطفالهن (عينة البحث).

فروض البحث:

- وجود فرق ذي دلالة إحصائية (عند مستوى 0,01) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي لمقياس الوصمة الاجتماعية
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيق التتبعي على مقياس الوصمة الاجتماعية.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الحيوية الذاتية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين في التطبيق القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لمقياس الحيوية الذاتية .

الإطار النظري للبحث:

المحور الأول: العلاج بالتقبل والالتزام

يُعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد النماذج العلاجية الحديثة التي ظهرت في الآونة الأخيرة. فهو شكل من أشكال الموجة الثالثة في العلاجات النفسية المنبثقة من العلاج المعرفي السلوكي والذي يُمكن أمهات أطفال التوحد في معرفة أفكارهنّ وانفعالاتهنّ ومراقبتهنّ دون إصدار أحكام عليها. فالعلاج بالتقبل والالتزام هو علاج سلوكي إدراكي قائم على اليقظة العقلية؛ حيث يعتمد على فهم الخبرات والتجارب السابقة، كذلك الاستجابات والانفعالات السلبية (Boone, 2014, 28). يُعد العلاج بالتقبل والالتزام بمثابة النموذج الأحدث للعلاج المعرفي السلوكي الذي يهتم كذلك بالمرونة النفسية التي تعمل على إحداث تعديل في التأثيرات الداخلية، كما أنها تهدف إلى التنظيم السلوكي، بالإضافة إلى الإحساس المرن بالذات والعمل على تحسين الانتباه بشكل مرّن في اللحظة الحالية (Levin et al., 2020) فالعلاج بالتقبل والالتزام لا يركز على محاولة تغيير الأفكار أو المشاعر، ولكن يُؤكد كيفية تغييرها لكي تحيا الأمهات بشكل سوي، فهو علاج يتم تدريب الأمهات عليه من خلال جلسات تعمل على تنظيم العمليات الذهنية المرتبطة بالمشاعر والأفكار، والعمليات الاجتماعية والانفعالية المكونة للواقع.

كما يعمل العلاج بالتقبل والالتزام في إطار من المرونة والصمود النفسي الذي يهدف لتنمية قدرة أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد على الاتصال باللحظة الحالية كوجود إنساني مدرك للسلوكيات وتعديلها بشكل مرّن يساعد على استمرار السلوكيات المرغوبة (السويهي، 2023، 334؛ Viskovich & Pakenham, 2018).

كما ذكر كلٌّ من أبو الوفا وعبد القادر (2024، 565) بأنّ العلاج بالتقبل والالتزام يشمل على ست عمليات، ومنها: الاتصال باللحظة الحالية والذات كسياق، والقيم الموجهة والمرونة النفسية، والتقبل، والفعل الملزم وفك الاندماج. ومن خلال هذه العمليات يُمكن الأمهات من البناء الفعّال للحياة والقيم والشعور بالرضا حتى تصبحن أكثر وعياً بأهدافها الشخصية والاجتماعية.

ويُعد (Hayes, Strosahl & Wilson) بأنهم أوّل من صاغوا العلاج بالتقبل والالتزام في نهاية العقد الثامن من القرن العشرين، وكان الهدف منه ليس التخلص من المشاعر السلبية أو الاتصالات، إنما التعايش الإيجابي مع ضغوط ومتاعب الحياة وذلك من خلال تقبلها، ثمّ الإتيان بسلوكيات إيجابية ذات معنى (Hayes et al., 2012, 246).

ويعتمد العلاج بالتقبل والالتزام على السياقية؛ بمعنى أن طريقة الكشف عن مقارنات السياق كفصل الكلمات والأفعال والسلوك للحالات، كذلك التمييز بين الأفكار والانفعال، والبحث عن مدلول اللغة والمعرفة الإنسانية (الفقي، 2016، 107). كما يهتم أيضاً العلاج بالتقبل والالتزام بالتعامل مع المواقف الحياتية الضاغطة؛ وذلك فهو يعمل على الحد من الآثار السلبية المصاحبة لها وذلك من خلال التوجه الإيجابي للتعايش مع الضغوط والمتاعب من خلال تقبلها، ثمّ الإتيان بسلوكيات ذات قيمة؛ من أجل تحقيق الصحة النفسية بفاعلية.

كما يرى (Ruiz (2010); Larnar et al. (2014, 216-221); Hayes et al. (2012)، بأنّ العلاج بالتقبُّل والالتزام أحد العلاجات المنبثقة من نظرية الأطر العلائقية التي تهدف إلى التقبُّل والرغبة في استمرارية الحياة وربطها بالواقع؛ ممّا يؤدي إلى زيادة ارتباط الأمهات بقيمة الشخصية والالتزام بتنفيذها. ويرى (عطية، 2011، 457) بأنّه يُعزى العلاج بالتقبُّل والالتزام نتيجة للاضطرابات النفسية كالقلق الصباحي، أو تكرار استخدام التجنب، أو الهروب الانفعالي، كذلك فقدان جودة الحياة.

كما يُعد العلاج بالتقبُّل والالتزام أحد تطبيقات الإطار العلائقي الذي يهدف لتكوين علاقات وروابط بين الأشياء والمفاهيم وذلك من خلال استخدام اللغة؛ لما تضمنه من صور وكلمات وأصوات وإشارات وإيماءات جسدية تسهم في اكتساب المعلومات، والاستفادة من التجارب السابقة (طه، 2022، 33).

ويُعرف (Hayes & Smith (2005, 21) العلاج بالتقبُّل والالتزام بأنّه: شكل من أشكال العلاج المعرفي السلوكي، فهو نموذج تطبيقي يعتمد على تعليم مهارات اليقظة العقلية، مع الالتزام واستخدام استراتيجيات تغيير السلوك من أجل تحسين المرونة النفسية.

كما يُعرف (Moran (2012, 25) العلاج بالتقبُّل والالتزام بأنّه: تدخل علاجي تجريبي يهدف إلى تحقيق المرونة النفسية، وذلك من خلال الوعي العقلي واستراتيجيات التعبير السلوكي. ويُعرف أيضًا بأنّه: أحد العلاجات المنبثقة عن نظرية الأطر العلائقية ضمن علم النفس السياقي الذي يمثل الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية (جلودي ومواسي، 2017، 275).

كما يُعرف الفنجري وآخرون (2020، 179) العلاج بالتقبُّل والالتزام على أنّه: نموذج علاجي يجمع بين استراتيجيات العلاج السلوكي وسياق النموذج التطبيقي الوظيفي. ويُعرف البهنساوي وغنيم (2025) بأنّ العلاج بالتقبُّل والالتزام نوعٌ من العلاج يهدف لتقبُّل الأم الأفكار والأحداث السلبية دون رفضها أو الهروب منها، مع الالتزام الذاتي بإحداث تغييرات سلوكية.

فالعلاج بالتقبُّل والالتزام يهدف إلى زيادة المرونة النفسية عن طريق تقبلهم لأنفسهم والالتزام بالعمل الذي يعمل على تحقيق هذه الاتجاهات، فهو أحد التدخلات العلاجية النفسية التي تستند إلى علم النفس السلوكي الحديث والتي تهدف لتحقيق المرونة النفسية من خلال العمليات الستة للتقبُّل والالتزام. (واكلي وصحراوي، 2016، 118).

كما يرى الصبوة (2019، 81) بأنّ العلاج بالتقبُّل والالتزام شكلٌ من أشكال العلاج النفسي الذي يُمكننا من مراقبة الأفكار والانفعالات دون إصدار أي حكم أو تغيير تلك الانفعالات أو الأفكار، مع مراعاة القيم في الالتزام بالشق السلوكي بعيدًا عن أفكارنا ومشاعرنا الداخلية.

فالعلاج بالتقبُّل والالتزام أسلوب علاجي يهتم بتنمية السلوكيات الإيجابية وتعزيزها وذلك من خلال تنمية مهاراتنا التي تساعد على تقبل الضغوط والمخاوف والتعايش معها، وتحظى الخبرات والأفكار غير السائدة (Bennett & Oliver, 2019, 55). كما أن العلاج بالتقبُّل والالتزام يعمل على الخروج من حالة الانسداد بقبول الانفعالات بدلًا من الهروب منها أو تجنبها، فهو يحدد القيم التي تسمح بالالتزام بحياة مرضية أكثر (سيد، 2018، 64).

ويُعرف (Ouinlan et al. 2018, 45) بأنّ العلاج بالتقبُّل والالتزام اتجاه يهدف إلى تحسين نوعية الحياة؛ وذلك من خلال استخدام الطرق واستراتيجيات المواجهة من أجل تغيير السلوك وفقاً للقيم، فالعلاج بالتقبُّل والالتزام علاج سلوكي إدراكي قائم على اليقظة العقلية. كما يعتمد على الخبرات والتجارب الإنسانية وهدفه الرئيسي هو تعديل السلوك بما يتماشى مع القيم. (Zettle, 2016, 52)

ويُعرف (Hulbert-Williams et al. 2015, 15) العلاج بالتقبُّل والالتزام بأنه: عملية الاتصال باللحظة الحالية في صورة كاملة تجريبية، ويستخدم العلاج بالتقبُّل والالتزام لمساعدة الأفراد من خلال الانطلاق من واقعهم الحالي، وتمكينهم من تحديد اهتماماتهم والتركيز على ما يجري في حياتهم. والعلاج بالتقبُّل والالتزام هو تنمية القدرة على الاتصال باللحظة الحالية كما هو في الواقع، وزيادة الوعي والإدراك بالأفكار والمشاعر والتواصل معها وتقبلها كما هي في الواقع (بوسعيد، 2022، 58).

فيُعد العلاج بالتقبُّل والالتزام نموذجاً علاجياً يجمع بين استراتيجيات وتكنيكات العلاج السلوكي وسياق النموذج التطبيقي الوظيفي؛ من أجل تعديل السلوك الذي يعمل على تحسين المرونة النفسية وتقبل الذات والالتزام بالعمل، واختيار الاتجاهات القيمة للحياة (الفنجري وآخرون، 2020، 179).

كما يُعرفه (Berbette 2015, 8) بأنه: علاج يعتمد على التحليل السلوكي لتقييم القيم الروحية، كما أنه يُقلل من تجنب الخبرات والانفعالات السلبية المؤلمة؛ وذلك عن طريق التقبُّل وزيادة المشاركة الفعالة في تغيير السلوك. فالعلاج بالتقبُّل والالتزام هو علاج إمبريقي؛ أي عملي خبراتي يعتمد على المبادئ الواقعية في مداخلته التي تقوم على البدء بقبول الخبرات والمشاعر والأفكار مع الالتزام بالقيم (الرخاوي، 2008، 7).

كما يُعرفه (Steven & Kirk 2013, 13) بأنه نهج علاجي يعتمد على الانتباه والالتزام وتغيير السلوك، فهو يشتمل على العديد من التقنيات المستمدة من العلاج السلوكي والمعرفي السلوكي والجشطلت والعلاج التجريبي.

كما يعرف كلٌّ من (Particia & Daniel 2008, 6) العلاج بالتقبُّل والالتزام بأنه: نوع من أنواع العلاج السلوكي الذي يهدف إلى معالجة المخاوف الإنسانية المتعلقة بالقلق. كما ينظر إلى المشكلات النفسية على أنها مشكلات انعدام المرونة النفسية، ويحاول حلها من خلال تفكيك التوتر، وبناء أنماط مرتبطة بالقيم والقبول. فالعلاج بالتقبُّل والالتزام يركز على زيادة الفعالية السلوكية حتى بوجود أفكار ومشاعر سلبية بدرجات متفاوتة من الشدة (Paul & Black-Ledge, 2011, 3).

كما تُعرف عليوة (2019، 1531) العلاج بالتقبُّل والالتزام بأنه: نمط من أنماط العلاج السلوكي الذي يعمل على تغيير الطريقة التي يتفاعل بها الأفراد مع اللغة خاصة ما يؤثر على التفاعلات والعلاقات النفسية، كما يؤسس على الأحداث والمواقف اليومية؛ وهذا ما يؤكد فكرة تدعيم الأمهات للخبرات والانفعالات غير المرغوب فيها والخارجة عن سيطرتهم.

كما يُعرف حامد وآخرون (2013، 172) العلاج بالتقبُّل والالتزام بأنه: مدخل للعلاج الوظيفي السياقي الذي يهدف إلى التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل كامل وواع، وأن يداوم على السلوك أو تغييره إذا كان ذلك يحقق أهدافنا؛ وذلك من خلال ست عمليات أساسية تتمثل في التفريغ

المعرفي، والقبول، وعيش الحاضر، والذات في سياق، والالتزام، والقيم الذاتية. العلاج بالتقبل والالتزام هو مجموعة من الخدمات تعتمد على استخدام فنيات معينة كالنقل كبديل للتجنب التجريبي والمناقشة والحوار والواجبات المنزلية، وتحديد القيم والتصرف الاجتماعي الالتزامي (الفتي، 2016، 99).

نخلص مما سبق أنّ العلاج بالتقبل والالتزام يستند إلى الفلسفة البرجماتية للسياقات الوظيفية، كما يستند إلى العديد من العمليات كالنظر إلى الذات والقبول والتفكك المعرفي، والالتزام بالقيم والتركيز على اللحظة الراهنة. كما أن العلاج بالتقبل والالتزام هو تنمية المرونة النفسية بمجالاتها السلوكية والمعرفية والانفعالية من أجل تأسيس حياة مفعمة بالإنجاز، كما يسعى إلى محاولة الابتعاد عن الموقف أو المشكلة التي تسبب الانفعالات السلبية وتقبل الأفكار كما هي في الواقع وعدم المحاولة لتجنبها بأي طريقة من الطرق، مع الالتزام بالقيم من أجل الوصول للأهداف، فالعلاج بالتقبل والالتزام هو مجموعة من الخدمات الهادفة التي يتم تقديمها لأطفال التوحد باستخدام فنيات المتعددة كالحوار والمناقشة والتقبل والتواصل باللحظة الحالية، والذات كسياق وتحديد يد القيم والواجبات المنزلية، والتصرف الالتزامي.

الأسس النظرية للعلاج بالتقبل والالتزام:

ظهر نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في النصف الأخير من تسعينيات القرن الماضي على يد Hayes et al. (1999) وأكد فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع المواقف الحياتية الضاغطة، كذلك تطوير الأداء الوظيفي والنفسي، كما أنه يساعد على التقليل من الآثار السلبية المصاحبة للمرض المزمن وذلك من خلال توجيه الأمهات على التفكير الإيجابي للتعايش مع مشكلات وضغوطات وصدمات الحياة وتقبلها، ثم الإتيان بسلوكيات ذات قيمة ومعنى إيجابي.

وقد أوضح Hayes et al. (2012, 28) بأنّ سلوك الإنسان محكوم بعدة الشبكات مترابطة، يتم من خلالها ترميز الواقع في الدماغ البشري وذلك من خلال التعليم، فعندما يتعلم الإنسان شيئاً ما من خلال البيئة المحيطة؛ فإنّ ذلك يمكنه من إدخاله في ذهنه وتخزينه كذاكرة؛ وذلك لأنها مرتبطة بمجموعة من المعطيات من خلالها توضح الصورة الرمزية للشيء.

كما يرى كلٌّ من Hayes et al. (2012); Ruiz (2010, 126) أن العلاج بالتقبل والالتزام أحد العلاجات القائمة على العقلانية؛ حيث يمثل المرحلة الثالثة من التطور للعلاج السلوكي الذي يبدأ بالاهتمام بتعديل السلوكيات من السلبية إلى الإيجابية، ثم بعد ذلك المرحلة الثانية للعلاج المعرفي السلوكي الذي يهتم بتغيير السلوكيات السلبية من خلال تغيير الأفكار المشوهة، أما المرحلة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي الذي يتمثل في السياقية الوظيفية وذلك من خلال الناحية النظرية والتي تعتمد على عمليات الوعي باللحظة الحالية والانتباه والقبول، وعمليات الالتزام وتغيير السلوك. ويستند العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) إلى عدد من الأسس في الممارسات العلاجية، ومنها ما يلي:

- السياقية الوظيفية: تتمثل في السعي إلى التنبؤ والتأثير بدقة؛ حيث إنّ العلاج بالتقبل والالتزام يهتم بالأحداث والضغوط النفسية والاجتماعية التي تشمل كلاً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية كذلك الإدراك، كما أن السياقية الوظيفية تعد كمجموعة من الأفعال الدائمة لدينا تؤثر على السياقات التي تمرّ بها.

- كما أن للسياق الوظيفي مكونات ومنها التركيز على الحدث، والتركيز على معيار الحقيقة العملي، وتحديد الأهداف العلمية التي يمكن من خلالها تطبيق معيار الحقيقة والحساسية لدور السياق في فهم الحدث (Hayes, 2004, 655).
- يتضمن السياق الوظيفي كذلك تأثيرات سلبية تنتمي بالمعنى الحرفي للكلمات والرموز والسلوك وخاصة عندما تشير تلك العمليات مع الأسباب غير المتعامل معها كالضبط الانفعالي (Hayes et al., 2006, 18).

نظرية الأطر الاتصالية العلائقية:

تعتمد هذه النظرية على اللغة والمعرفة الإنسانية التي نستطيع من خلالها فهم اللغة والمعرفة فعلياً الانتباه لهذه اللغة ووظيفتها، والأحداث اللفظية التي يتم فيها الحدث حتى يتم توفير الإشارات السياقية؛ حيث تعتمد نظرية الأطر الاتصالية العلائقية على القوانين التي نشأت ضمن التحليل الوظيفي للسلوك (محمد، 2020).

وتشمل تلك النظرية ثلاث خصائص لا بد وأن تتم في وقت متزامن حتى يطلق عليه علائقي، وهي:

- (1) - **الالتزام التوافقي:** يتمثل في إدراكنا لارتباط أمر ما بطريقة معينة مع أمر آخر؛ ممّا يجعلنا نعي ضرورة ربطهما معاً بطريقة متسقة.
- (2) - **ثنائية الاتجاه:** تعتمد على أن يتم التعليم في اتجاه واحد، ثمّ يُعاد توظيفه في الاتجاه المعاكس (perterson,., 2004, 26).
- (3) - **النقل:** وتعني نقل وظيفة متغير إلى متغيرات أخرى ذات علاقة.

وينظر (Hayes & Smith (2005, 56 إلى أن العلاج بالتقبّل والالتزام ونظرية الأطر الاتصالية العلائقية إلى أن الأحداث والضغوط والمشكلات النفسية والاجتماعية تنبثق من الغياب العام للقرارات الاتصالية؛ وبذلك يعد الأسلوب الذي تتفاعل به اللغة والمعرفة مع احتمالية وقوع الأحداث الطارئة بطريقة مباشرة.

وهذا ما أشارت له (الخشت، 2018) بأنّ نظرية الأطر الاتصالية العلائقية والعلاج بالتقبّل والالتزام يسيطر عليهم النظام اللفظي الذي يؤدي إلى إصدار وسائل ذات محتوى غير مرغوب؛ ممّا يؤثر على حياة الأفراد، وترى أن العلاج بالتقبّل والالتزام يشتمل على استراتيجيتين، وهما: تغيير الموقف من أجل تغيير المحتوى، أما الاستراتيجية الثانية فهي تغيير المحتوى مباشرة من خلال تجنبها وتحديدها أو إنكارها أو تجاهلها أو التسامح معها.

- **القبول:** يعتمد التقبّل في العلاج بالتقبّل والالتزام على محاولة التخلص من الألم فقط ويجعله أكثر تشابكاً ويحوّله لشيء مؤلم، وفي نفس الوقت يعمل على تقبل الفرد لحياته (Kowalkowski, 2012, 12).

- **التجنب التجريبي:** هي محاولة لتجنب أو تغيير فكرة أو شكل ما غير مرغوب فيه؛ حيث إنه يتعارض مع واحدة من القيم، ويؤدي بذلك إلى الضغوط النفسية والاجتماعية والألم النفسي، فإنّ العلاقة بين المعرفة واللغة الإنسانية علاقة طبيعية وهذا ليس مشكلة، بل هو محاولة تكرار تجنب الأحداث الداخلية والسيقات الداخلية التي تعزز وتحافظ على الضغوط (Harris, 2007, 8). وليس معنى ذلك أن التجنب التجريبي شيء سيئ، ولكنه يُعد مشكلة تتعارض مع الأهداف المحددة الذي تسعى الأم لتحقيقها، كذلك تحقيق القيم التي تحاول أن تحتفظ بها. أما عن السلوكيات السلبية كإيذاء الذات بصورة مباشرة

أو جودة الحياة التي تقلل من تحقيق القيم؛ مما يؤدي لزيادة الانفعالات والخبرات السيئة (Hayes et al., 1999, 654).

الخطوات الأساسية التي يتم اتباعها في العلاج بالتقبل والالتزام لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (Heffner & Eifert, 2004, 35-37):

تقوم ممارسة العلاج بالتقبل والالتزام على مجموعة من الخطوات الأساسية، ولكل منها مراحل متداخلة تُعرض على النحو الآتي:

- الخطوة الأولى: تحديد وصياغة المشكلة

يتم تحديد الهدف من استخدام العلاج بالتقبل والالتزام الذي يتمثل في مساعدة الأمهات باستمرار على العمل بفعالية، وذلك من خلال ممارسات السلوكيات المتوافقة مع القيم، ثم يتم تحديد المشكلة التي تعاني منها أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، ثم تحديد الهدف من عملية العلاج بالتقبل والالتزام (Hayes et al., 2001, 9).

- الخطوة الثانية: تصميم تقدير الموقف ووضع مقترحات للعلاج

يتم تحديد المشكلة كما هو محدد من قبل الأم، ثم يتم تحليل هذه الشكاوى إلى فئات استجابة وظيفية مناسبة لصياغة العلاج بالتقبل والالتزام، وربط مكونات العلاج بالتحليل.

- الخطوة الثالثة: بناء التدخلات في تغيير الحياة واستراتيجية الحلول:

يتم وضع أهداف محددة وفقاً للقيم العامة، ثم العمل على اتخاذ القرارات والتعامل مع المشكلات والعمل على التغلب عليها من خلال القبول والمواجهة، ثم في النهاية التكرار والتصميم في المواقف.

أهداف العلاج بالتقبل والالتزام:

يسعى العلاج بالتقبل والالتزام إلى تغيير الوظائف الخاصة بالخبرات، وذلك عن طريق تغيير السياق اللفظي والاجتماعي حتى تتمكن الأمهات من استيضاح قيمه الشخصية وتوجيه الخبرات؛ وينعكس ذلك على الخبرات والسلوكيات حتى تتمكن الأمهات من التعامل بطريقة شعورية مع الأحداث والسياق، كذلك الاهتمام بالجانب الانفعالي والسلوكي والمعرفي للأمهات (الفقي، 2016، 110).

كما يعمل العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من حدة وتكرار الانفعالات السلبية، كذلك الأفكار غير السوية بغض النظر عن الأفكار والاتصالات السلبية الموجودة عند الأمهات؛ حيث يعمل كذلك على التمسك بالأهداف التي تسعى الأمهات لتحقيقها، كذلك زيادة الفعالية نحو الاتجاه نحو القيم (عطية، 2011، 446-447)، كما أشار (Lammar et al., 2014, 217) بأن العلاج بالتقبل والالتزام يعمل على إدماج الأفكار، كذلك اختيار الاتجاهات المستقبلية التي تتماشى مع الأمهات والقيم الأساسية، كذلك قبول الأفكار والمشاعر كوسيلة للقضاء على التحديات المرتبطة بفرض القيم الأساسية وغيرها كذلك الالتزام بالقيم، كما يعمل العلاج بالتقبل والالتزام إلى قبول الأفكار والمشاعر والعواطف، وتنمية الوعي الدقيق للعواطف ومراقبة الذات.

وهذا ما أكدته نتائج دراسة كل من (Poddar, et al., 2015)؛ (Mute et al., 2012) على فعالية العلاج بالتقبل والالتزام وعلى تقبل الأفكار والتخلص من القلق والتوتر، كذلك تقبل الطفل من جانب الأسرة.

كما حدّد Hayes et al. (1999) بأنّ هناك مجموعة من الأهداف التي تمكن من العيش بحياة هادفة ذات معنى، وذلك من خلال ما يلي:

- تشجيع الأمهات على تغيير علاقاتهنّ بالعواطف والإدراك من خلال تنمية الوعي باللحظة الحالية.
 - المساعدة على توسيع خبراتهنّ من السلوكيات العنيفة والخاصة بالتفكير والشعور حتى عند ظهور مشكلات أو ضغوط.
 - توضيح القيم التي يتمسكن بها الأمهات والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها.
 - زيادة وعي الأمهات بالجوانب المعرفيّة والانفعاليّة والسلوكيّة والتحرّك تجاه هذه الخبرات والأهداف.
 - التخفيف من المشاعر السلبية للأمهات، كذلك مساعدتها لتقبل القلق والاكتئاب.
- كما ترى عليوة (2019، 159) بأنّ أهم أهداف العلاج بالتقبّل والالتزام تتمثل في تقبل الأفكار والمشاعر والدوافع، كذلك الانتباه للخطّة الحاضرة مع الوعي بالذات، كذلك تحديد القيم الشخصية باعتبارها مكوناً من مكونات الذات. كما يهدف إلى إبطال تأثير الأفكار السلبية كالانفصال عن المجتمع ويعمل على التعايش مع الذات كسياق من خلال امتلاك قدر ثابت من الذات وعزلها عن الأفكار والخبرات السلبية المؤلمة، كما يهدف إلى الاندماج في فعل سلوكي قائم كالمشاركة في أنشطة متسقة مع القيم الشخصية حتى تتمكّن من مواجهة الضغوط.
- ومن هنا يتبلور الهدف الرئيسي للعلاج بالتقبّل والالتزام والتي أثبت فاعليته من نتائج العديد من الأبحاث على القلق والاكتئاب والألم المزمن، كذلك تحسين القدرة على الاختيار بين بدائل متاحة ومناسبة وتجنب الخبرات والأفكار المضطربة، وتحسين المرونة النفسيّة وتنمية الذات. (Waltz & Hayes, 2010, 182)، وهذا ما أكدته دراسة كل من (البهنساوي وغنيم، 2025)؛ (همام، 2022) على فاعليّة العلاج بالتقبّل والالتزام في تحسين المرونة النفسيّة لذوي الإعاقة والتخفيف من الإحساس بالوحدة النفسيّة.
- كما يحدد سيد (2018، 23) بأنّ الهدف من العلاج بالتقبّل والالتزام في توفير حياة ذات هدف وقبول الألم، ولا يُمكن أن نستطيع خلق حياة إلا من خلال اتخاذ إجراءات مدروسة، كما يساعد على تنمية مهارات الذهن لاستخدامها كوسيلة للتعامل مع التجارب والمشكلات الخاصّة، كما يحسن القدرة على إدراك الأفكار وتطوير القبول كطريقة بديلة للتعامل مع الأحداث الشخصية، كما يحسن من الحيويّة الذاتية، ويقوي القدرة على التكيّف مع الضغوط ويحسن الصحة النفسيّة.
- وقد أكّدت دراسة (بوسعيد وبلجمان، 2002) فاعليّة العلاج بالتقبّل والالتزام لدى أمهات الأطفال المعاقين في تحسين قدرتهنّ على المواجهة الإيجابية للضغوط والمشكلات التي يمرون بها؛ ويهدف العلاج بالتقبّل والالتزام على القدرة على العمل وإمكانية تحقيق المعيار والقيم لتقييم الأداء، كما يحسن من القدرة على التركيز والإدراك بصورة شعورية (الفقي، 2016، 110). وهذا ما أكدته دراسة (Abd Al Kalam, 2017) فاعليّة التقبّل والالتزام، وتحسين السلوك القيمي لدى أفراد العينة.

كما يسعى العلاج بالتقبّل والالتزام إلى المساعدة على ممارسة استراتيجيات التقبّل (BOSE) فالحرف الأوّل (B) تمرين النفس على الاسترخاء، ثمّ الحرف الثاني (O) ملاحظة النشاط الذهني،

والحرف الثالث (S) استشارة للتفكير، والحرف الرابع (E) تمسك الأمهات بتجربتهن الخاصة. (محمد، 2010، 72)

كما يرى Steven & Hayes (2009, 2) أن العلاج بالتقبل والالتزام يهدف لتحسين المهارات النفسية التي تمكن من التعامل مع المشاعر والأفكار المؤلمة وذلك بطريقة تحد من تأثيرها، كما يساعد على توضيح ما هو مهم وذو معنى، كما يوجه الأمهات إلى المهام ويحفزهن إلى اتخاذ القرارات التي تثرى حياتهن. وهذا ما أكدته دراسة (محمد، 2010)؛ (Beilbly et al, 2012) فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الأداءات والمهارات النفسية والاجتماعية، كما أن له دوراً مهماً في تحسين الصحة النفسية.

كما يسهم العلاج بالتقبل والالتزام في اكتشاف ما هو مهم وضروري في الحياة، كما أنه أحياناً يصبح علاجاً وجودياً ومن خلاله يطرح أسئلة وتكون الإجابات، كما يسهم في اكتساب مسارات جديدة إلى الأمام، كما أنه يساعد الأمهات على اتخاذ الإجراءات بطرق ذات معنى، والقدرة على الاستجابة لما هو قائم بالفعل (بينيت أوليفر، 2021، 73). كما يهدف إلى تقبل الانفعالات بدلاً من الهروب منها أو تجنبها، كذلك يسمح الالتزام بحياته من خلال تحديد القيم، وأن يمدّه بالإدراك الذي يسهم في فهم العالم. وهذا ما أشارت له نتائج دراسة كلٍّ من (بوقفه، 2020، 64)، (سيد، 2018)، (علوية، 2019)، (محمد، 2020) على أهمية استخدام العلاج بالتقبل والالتزام للأمهات من أجل تنمية قدرتهن على المواجهة وتقبل الأحداث الضاغطة؛ وذلك للتخفيف من المعاناة النفسية ومساعدتهن على تقبل الواقع.

كما يرى عبد الرشيد، شعبان (2019، 314) أن من أهم أهداف العلاج بالتقبل والالتزام هو المساعدة في التعامل مع المشاعر المؤلمة، وكذلك في خفض الخوف والقلق والاكتئاب، وبناء علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين، كذلك تدريب الأمهات على اتخاذ تصرفات مناسبة وفقاً للقيم وتعلم تقبل الأفكار والمشاعر السلبية.

وقد أشارت نتائج دراسة كل من (محمود، 2022)؛ (Yuen et al., 2019) إلى فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض الشعور بالقلق، كذلك القدرة على مواجهة الإيجابية والتحدث أمام الآخرين بحرية. يهدف العلاج بالتقبل والالتزام على جعل الأمهات أكثر فعالية ومشاركة في الحياة من خلال إدراك الأمهات لذواتهن؛ ممّا يسهم في تكوين خبرات تساعدن على مواجهة ما يمررن به في حياتهن (إبراهيم، 2023، 42).

ويُسهم العلاج بالتقبل والالتزام في خفض الشعور بالألم أو الضغوط التي تمرُّ بها الأمهات نتيجة الخبرات والمسئوليات والضغوط السلبية، كما يزيد من ضبط انفعالاتهن السلبية من خلال تعديل علاقة الأمهات بهذه الانفعالات دون الهروب منها (رشوان، 2019). وهذا ما أشارت له نتائج دراسة (Pahnk et al., 2019) بفاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض مشاعر القلق والألم والتعامل معها بدلاً من الهروب.

كما يهدف العلاج بالتقبل والالتزام إلى تحسين حالة أمهات طفل الأوتيزم، كما أشارت نتائج دراسة (محمد، 2011) إلى كفاءة العلاج بالتقبل والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أطفال الأوتيزم. كذلك دراسة كل من (حامد وآخرون، 2013)؛ (صديق، 2017)؛ (مراد، 2023)، (Kawalkowski, 2012) إلى تخفيف حدة الاكتئاب كذلك دراسة (الحسينان، 2016) في تخفيف

حدة القلق والتعاطف وتحسين المرونة النفسية وضبط الذات لدى الأمهات، كذلك تنمية التجهيز الانفعالي للأمهات.

كذلك أشارت نتائج دراسة (Garzon, 2012)، (Montgomery, 2015) إلى فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض حدة الاكتئاب والقلق، وتحسين جودة الحياة لدى الأمهات، والتخفيف من حدة الضغوط. كما يهدف العلاج بالتقبل والالتزام في مساعدة الأمهات في توسيع اتجاهاتهم واستجاباتهم للتجارب الداخلية غير المرغوب فيها، كذلك مواجهة الضغوط ومساعدة الأمهات على عيش حياتهن وفق القيم الشخصية (Gloster et al., 2012, 13).

أسباب الاهتمام باستخدام العلاج بالتقبل والالتزام مع أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد:

يرى (Steven et al., 2012, 30) أن من أهم استخدام العلاج بالتقبل والالتزام ما يلي:

(1) **سيطرة الماضي أو المستقبل والتشتت الذهني:** وذلك هل الأم غارقة في ماضيها أم مسيطرة عليها التفكير في مستقبلها أم متصلة بالحاضر.

(2) **التجنب:** ويتمثل ذلك في أنها بدل من تقبل وجود مشكلة والتعامل معها، بل تلجأ الأمهات إلى الهروب والنفور من الواقع وذلك من خلال الشعور بالحزن أو تجنب التعامل مع الآخرين.

(3) **الاندماج المعرفي:** إلى أي درجة تكون الأم مُنغمسة في المشاركة، فعلى سبيل المثال: تمرُّ أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمشكلات تجعلها تشعر بالحزن وتسيطر عليها، على عكس أن تقول أنا حزينة، ففي العبارة الأولى الأم مدركة بحالة الحزن، ولكن لا يأتي إلى الذهن أنها غارقة في الحزن على عكس أنا حزينة.

(4) **عدم وضوح القيم:** نتيجة الضغوط والمشكلات التي تمرُّ بها أمهات أطفال التوحد فتجدهنَّ ليس لديهنَّ وضوح في ماذا تهتم أو ما الأشياء المهمة في حياتهنَّ.

(5) **السلبية:** نجد أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد؛ نتيجة للأعباء والمسئوليات المفروضة عليهنَّ منهنَّ، قد يفقدنَّ القدرة على اتخاذ القرارات السوية، أو تندفع في اتخاذ القرارات الخاطئة.

العمليات الأساسية التي يقوم عليها العلاج بالتقبل والالتزام في تخفيف حدث الوصمة الاجتماعية وتحسين الحيوية الذاتية لأمهات أطفال التوحد:

(1) **التقبل:** يُعد التقبل بديلاً لتجنب الخبرات السلبية؛ حيث يشمل القبول النشاط الواعي للأحداث الخاصة للحياة، كما أنه يرتبط بماضيها دون محاولة التغيير، فالتقبل هو الوسيلة التي تعمل على تحفيز الأفعال المرتبطة بالقيم، كما أنها تحدد الأفكار الخارجة عن سيطرتنا والتي لا نستطيع تغييرها فنقبلها كما هي؛ وذلك لأنَّ من الصعوبة تغيير ما هو خارج عن السيطرة؛ وذلك لأنه قد تسبب بوجود الإحباطات والانفعالات السلبية التي تؤثر في حياتنا بشكل عام (السيد، 2019، 245).

ويُميز العلاج بالتقبل والالتزام بين الألم والمعاناة وذلك بسبب طبيعة اللغة؛ حيث يقوم العلاج بالتقبل والالتزام في محاولة التخلص من الألم فقط ويجعله متشابكاً أكثر حتى يحوله لشيء مؤلم؛ حيث يجعله يندفع إلى الجانب الآخر المتمثل في القبول (Kowalkowski, 2012, 12).

حيث إنَّ التَّقبُّلَ يعمل على تعريض الأمهات للخبرات بشكل كامل، وينبغي عدم أخذ أي أحكام سابقة عن الأحداث، بل لا بدَّ من توافر الموضوعية للانفعالات؛ حيث لا بدَّ من مراعاة تنمية الإحساس بالذات والتعاطف، كذلك الوعي بما يدور على المستوى الفسيولوجي، كذلك إدراك الأنماط المختلفة للعقل أثناء تقبل الحدث، والعمل على توافر الخبرات السابقة للفرد (الفقي، 2016، 109).

فالتَّقبُّل هو الجانب التجريبي؛ حيث يتضمن القبول الفعَّال الراعي للأحداث المؤلمة كاضطراب القلق ويتم تعليم الأمهات بأن تشعر بشكل كامل دون الدفاع (Kowa/ Kowski, 2012, 12).
(2) **الذات كسياق:** تُعد الذات شكلاً من أشكال تعبير أنا – أنت؛ حيث ظهرت هذا الفكرة نتيجة وجود مفاهيم متعددة كالإحساس بالذات واليقظة العقلية والتعاطف ونظريات العقل؛ وذلك لأنَّ الفرد يستطيع أن يعترف بأوجه القصور في الخبرات دون أن يربطها بالذات؛ وبذلك يُمكن إتمام عملية التَّقبُّل من خلال التدريبات والعمليات المختلفة (حامد وآخرون، 2013، 181-182).
وتشمل هذه الفنية النظر إلى الذات من جوانب مختلفة؛ حيث يشمل الذات كمحتوى على أوصاف وتقنيات شفوية شخصية، كذلك الذات العملية التي تتمثل في الوعي الذاتي المستمر أو الإحساس بالذات كملاحظة الأفكار والمشاعر والأحاسيس والذات كمنظور، وهذا الذي يسمى بالذات كسياق أو الذات كملاحظة، والتي تتمثل في الشعور المتسامح للذات؛ حيث تظهر فيها التجارب وإجراء الملاحظات (زوريق وبلميهور، 2022، 685).

حيث يقوم المعالج بمساعدة العميل لإدراك الفروق في تجاربه الشخصية والإطار الذي يحدث فيه التجارب، كما يتم استخدام العديد من الوسائل والاستراتيجيات كالثقة في الشعور مقابل الثقة في الفعل، وممارسة التَّقبُّل غير المشروط والذات كموضوع للتحليل والعلاقة العلاجية وتمارين المراقبة. (محمد، 2010، 46)

(3) **تفكيك الانصهار المعرفي:** وهذا ما يعرف بالقدرة على التراجع والاعتراف بأنَّ الأفكار والمشاعر والانفعالات نتاج العقل وليست قدرة أو ضرورة للحياة، وذلك يرى أنصار العلاج التَّقبُّل والالتزام من الصعب تغيير محتوى الأفكار وذلك تبعاً للميل للأفكار والتعلق بها. لذلك لا بدَّ من بناء سياقات حياتية نوعية جديدة تساعد على ربط الخبرات بالأفكار وذلك في سياق تفكيك بنية الرؤية التأويلية عن طريق اعتبار الفكرة رمزاً وبذلك تكون المشكلة لا تتمثل فيما نفكر أو نعتقد به، بل في علاقاتنا بأفكارنا (أبو حلاوة، 2020، 7).

فإنَّ هذه الفنية تهدف إلى تعديل وتبديل الوظائف غير المرغوبة للأفكار أو الأحداث بدلاً من تغيير شكلها أو تكرارها، كما أن كل ما نفكر به موجود بالفعل، فالأفكار حقيقية ومهمة ولا بدَّ أن تعمل بجدّ (Harris, 2007, 2). كما أن الأفكار في عدم الاندماج المعرفي تُعد كأصوات أو كلمات أو قصص فقد تكون صحيحة أو غير صحيحة؛ حيث إنَّ الأفكار ليست أوامر وليس علينا أن نطيعها، فلا بدَّ من الإدراك الفعلي والتفكير بشكل موضوعي في حل المشكلات قبل أخذ القرار (عطية، 2011، 455).

(4) **الاتصال باللحظة الراهنة:** التي تتمثل في الاتصال الكامل بتجربتك في هذه اللحظة، ولا بدَّ وأن نكون مدركين تماماً للتجربة وأن نكون مهتمين ومنفتحين ومتقبلين للتجربة؛ حيث يتم ممارسة الاتصال ونحرق أنفسنا من الماضي أو المستقبل، ونعيد أنفسنا إلى تلك اللحظة بكل تقبل وسعادة

وانفتاح (بلميهوب وزوريق، 2022، 684). حيث أشارت (محمد، 2020) بأن الاهتمام باللحظة الحالية يستوجب حساسية لمستويات متعددة من تحليل الأجزاء البسيطة من السلوكيات وما يفعله. (5) **القيم:** تُعد القيم جوهر وجود الإنسان وما يركز عليها في وضعه سواء الصعود أو الهبوط، فهي ببساطة شديدة ما نود أن نكون عليه في مواجهة الضغوط أو الشدائد وصدمات الحياة، فنحن نؤمن وندعو إلى الهوية الشخصية وليس خبرتنا الماضية، فالقيم مدارات العلاج القائم بالتقبل والالتزام، فهي بمثابة لترسيم المسار وتعبئة المحتوى في نفس الوقت (بوسعيد، 2020، 69). حيث تشير القيم لمجموعة من الصفات المختارة تبعاً لتصرف معين ولا يمكن الحصول عليه كنشء، وإنما إنشاء مثيل له لحظة بلحظة؛ حيث يتم تدريب العقل لمساعدة الأمهات على اختيار اتجاهاتهم في الحياة وذلك من خلال تدريبات مختلفة تنمي أفكارهن واتجاهاتهن نحو الحياة في مختلف المجالات (Hayes et al., 2006, 8).

(6) **الالتزام بالفعل (التصرف الالتزامي):** حيث تتمثل في المبادرة بفعل سلوكي مرتكز على القيم؛ حيث تكون موجهاً نحو كل ما له قيمة وأهمية حتى وإن كان صعباً، كما تتضمن الفعل القائم على التلقائية والمبادرة الذاتية والاهتمام بتوصيف الأنشطة التي تساعد على التعرف على القيم والأهداف للشخصية، ثم التنفيذ الفعلي لها بدلاً من الابتعاد عنها؛ وذلك لأنها تُعد أفكاراً ومشاعر سلبية مزعجة، كما أنها تستهدف المرونة النفسية والقدرة على الاندماج في اللحظة الراهنة والوعي بها والانفتاح على الخبرة ووقائع الحياة دون تجنب الذات، أو فصل الأفكار والمشاعر السلبية عن الذات، كما أنها تنمي الرغبة في الانفتاح على الخبرة ووقائع الحياة وتحسين جدوى الحياة، وتعمل على ترقية الحيوية والشعور بالهناء والرفاة في الحياة (بوسعيد، 2020، 69). حيث يتم دمج إجراءات تغيير السلوك التقليدية كوضع الأهداف بالإجراءات العلاجية والصعوبات في أشكال صعبة؛ حيث يتم عمل تمارين لاكتساب المهارات من أجل مساعدة الأمهات على قبول المشاعر والأفكار غير المركبة حتى يتمكّن من العيش أفضل مع القيم التي اختاروها (Slevison, 2013, 35).

ومن هنا يُعد العلاج بالتقبل والالتزام جهداً مشتركاً بين المعالج والعميل؛ أي أنها عملية علاج تعاوني نشط مبني على أدلة وموجه نحو هدف. لذلك من الضرورة أن يكون المعالج على استعداد كافٍ للكشف الذاتي عن المشكلات الشخصية، وأن يمتلك الاستعداد الكافي لاستيعاب الأفكار المتناقضة والذكريات والمشاعر والاضطرابات المختلفة (Waltz & Hayes, 2010, 150).

كما حدد Wilson & Murrell (2004, 125) بأن هناك عدداً من الاعتبارات التي يجب أن يلتزم بها المعالج أثناء العلاج بالتقبل والالتزام، ومنها أن يكون على قدر كافٍ من الممارسة المهنية للعلاج بالتقبل والالتزام، كما أنه ليس جميع العملاء في حاجة إلى العمليات الستة العلاجية.

كما أن هناك عديداً من الاستراتيجيات التي يُمكن ممارستها لتحقيق عملية واحدة فقط من عمليات العلاج بالتقبل والالتزام، كما أنه ليس هناك ترتيب صحيح للعمليات الستة العلاجية؛ ومن هنا فلا بد من الممارسة الفعلية للعلاج بالتقبل والالتزام؛ وذلك لأنَّ على المعالج تحليل طبيعة المشكلة وتقييم العوامل المؤثرة على الدافعية الذاتية والمرونة النفسية، ثم تقييم العوامل التي تزيد من قدرته

على الدافعية الذاتية والمرونة من أجل التوصل للهدف (محمد، 2010، 73-74، Larmar et al., 2014، 216).

ومن هنا فلا بد أن تكون الباحثة قادرة على تحديد الموقف وتحليله من حيث تحديد طبيعة المشكلة أو الضغوطات وتحليلها، كذلك تحليل تقييم العوامل المؤثرة على ذاتية الأمهات، ثم تحليل تلك العوامل التي تنتقص من مشكلاتهن، ثم العمل على تقييم تلك العوامل التي تزيد من مشكلات الأمهات؛ وفي النهاية نتوصل إلى الهدف العلاجي.

بعض النظريات المفسرة للعلاج بالتقبل والالتزام:

(1) **نظرية السياقات الوظيفية:** تقوم على تفسير الأحداث سواء النفسية أو الاجتماعية بأنها: مجموعة من الأفعال الدائمة والتي تتأثر بالسياقات الوظيفية التي يمر بها، وتتمثل هذه الوظائف السياقية من خلال الحدث بشكل كلي والتأكيد على الحقيقة القائمة، ويتمثل دون السياق في فهم الواقع والطبيعة ومعرفة وظيفة الحدث والتأكيد على الأهداف (Hayes et al., 2012).

(2) **نظرية إطار العلاقات:** أو ما تسمى بنظرية الإطار العلاقي والتي تهتم بطريقة تعلم اللغة ومدى تفاعلنا مع البيئة المحيطة بنا؛ وذلك من خلال التواصل مع المحيطين بنا؛ ومن هنا يمكن القول بأنها تستند إلى المنهج الفلسفي الذي يهتم بالسلوك ووظيفته وليس الشكل (محمد، 2010، 532). كما تفسر هذه النظرية قدرة الإنسان على ربط شيء بآخر كالربط بين الأشياء والمفاهيم والأفكار؛ وبذلك فإن الأفراد قادرون على استخدام اللغة كوسيلة لربط شيء بآخر (بينتيت، 2021، 49).

المحور الثاني: الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد

تواجه أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد تحديات ومسؤوليات عديدة؛ وذلك نتيجة للسلوكيات المضطربة التي قد يظهرها أطفالهن، مثل: نوبات الغضب، وسوء التصرفات في الأماكن العامة والمناسبات الاجتماعية؛ مما يؤدي إلى رد فعل سلبي للأمهات بسبب ردود أفعال الآخرين السيئة. وبذلك تتكون الوصمة من الأطفال إلى الأمهات (Dehnavi et al., 2011، 113).

فالوصمة الاجتماعية من أكثر الظواهر الاجتماعية تعقيداً، فهي تنتج بسبب تفضيل الأشخاص للبعض عن الآخر؛ وذلك لوجود بعض السمات المعنوية لدى هؤلاء الأطفال ذوي الإعاقة أدت إلى حرمانهم من التقبل الاجتماعي؛ مما يجعل هؤلاء الأطفال وأمهاتهم يعيشون منعزلين عن المجتمع ومرفوضين من قبله.

حيث إن رعاية أطفال التوحد تتطلب دعماً مستمراً ورعاية خاصة؛ مما قد يؤدي إلى مواجهة الأمهات صعوبات في التواصل مع أطفالهن والعالم المحيط بهن، كذلك صعوبة في تلبية احتياجاتهم الاجتماعية والتعليمية وغيرها، وبسبب هذه التحديات يؤثر على الأمهات؛ لأنهن يجدن صعوبة في تلبية احتياجات أطفالهن؛ مما يعرضهن للنقد من قبل الآخرين الذين لا يفهمون التحديات؛ مما يؤثر على ثقتهن بذاتهن، كذلك على الراحة النفسية وحدوث قلق مرضي ينتج عنه الانسحاب الاجتماعي؛ مما يزيد من شعور الوصمة لديهن إلى جانب لوم الذات (Zhou & Wang, 2018).

حيث تميز بعض فئات المجتمع بعض الأطفال عن الآخرين؛ وبذلك يؤدي لتقليل الثقة بالنفس واحترامهم لذواتهم؛ مما يؤثر على الشعور بالعزلة الاجتماعية والانسحاب، ويقلل فرص المشاركة

الاجتماعية مع الآخرين (Parle, 2012). حيث إنّ الوصمة الاجتماعية لا تؤثر على الطفل فقط، بل تمتد إلى الأمهات وهذا ما أشارت له دراسة (Martins et al., 2015) أن حال الأسرة التي يولد بها طفل ذي الإعاقة يتغير حالها بالكامل، كذلك تصوراتها الجديدة نحو الواقع وتوقعاتها الجديدة؛ ممّا يتسبب إلى الاضطراب والعزلة الاجتماعية عن الآخرين، فمجرد إطلاق اسم طفل ذوي اضطراب التوحد غالباً ما يولد اتجاهات سلبية تتجه إلى تدني التوقعات؛ وبذلك فردود الآخرين أو المجتمع تجاهه تؤثر على الأمهات؛ ممّا تؤدي لفقدان الفاعلية وخسارة المكانة الاجتماعية.

الوسم أولى المراحل التي تمرّ بها الوصمة الاجتماعية؛ ويعني بشكل عام إطلاق مسميات على الآخرين، ويقتصر التسميات السلبية في الوصمة الاجتماعية باعتبارهم مرغوبين فيهم اجتماعياً (ياسين وإسماعيل، 2016، 693)، فقد نجد عديداً من الوسوم السلبي والتعليقات والمسميات السلبية التي تنعكس على هؤلاء الأطفال وأمّهاتهم التي تنسم بالسخرية والتقليل منهم أو الشفقة عليهم (جارحي، 2018، 506).

وتتضمن الوصمة الاجتماعية مكونات تتمثل في المكون الأول في قيام أفراد المجتمع بتحديد وتسمية اختلافات يلاحظونها بين أفراد المجتمع، أما عن المكون الثاني يقوم فيه أفراد المجتمع بعمل افتراضات على المجموعة الموصوفة وبيتعد المجتمع عن أفراد هذه المجموعة؛ ويؤدي ذلك للشعور بالخجل والارتباك (Link & Phelan, 2006)

كما يمكن ملاحظة الوصمة الاجتماعية في التمثيلات المعرفية للطفل ذي اضطراب التوحد كذلك أمهاتهم، وهذه التمثيلات المعرفية تؤدي إلى استجابات وردود أفعال انفعالية تؤدي في النهاية إلى الوصم كالتجنب الاجتماعي واللوم والاستبعاد والتمييز، والعديد من التفاعلات الاجتماعية السلبية (Schaalma & Pryor, 2008)، ويمكن ملاحظة الوصمة الاجتماعية تجاه أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد في العديد من الصور كتجنب التعامل معهم من قبل الآخرين، كذلك التحديق وعدم القبول الاجتماعي لأطفالهم، وكذلك رفض وجود أطفالهم في المؤسسات الاجتماعية، وعدم توافر الخدمات العامة والدعم الاجتماعي لأطفال أمهات ذوي اضطراب التوحد كذلك أمهاتهم.

وهذا ما أشارت له نتائج دراسة (Mak & Cheung, 2008) بأنّ هناك ارتباطاً إيجابياً بين الوصمة وضغوط الرعاية المقدمة والأعباء الذاتية لأمهات أطفال ذوي الإعاقة، وأن أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد يواجهون عديداً من الصعوبات من أجل التواصل مع أطفالهم لفهم احتياجاتهم الخاصة، بالإضافة إلى تلبية احتياجاتهم الاجتماعية والنفسية والتعليمية؛ وهذه التحديات تؤدي لتعرض الأمهات للوصمة الاجتماعية، وتؤدي إلى فقدان الذات والإحساس بالنقص بجانب لوم الذات (Zhon & Wang, 2018).

كما تشير نتائج دراسة (Martins et al., 2015) بأنّ حال الأسرة التي يولد بها طفل ذو اضطراب توحد يتغير بالكامل؛ ممّا تؤدي إلى تعرضهم إلى إعادة ترتيب ذلك النظام في ظل تصور جديد للواقع. وقد يرجع مصطلح مفهوم الوصمة إلى اليونان قديماً؛ حيث كان يتم وصم جلود العبيد لتمييزهم عن غيرهم؛ حيث يتم تجنب الموصومين بمعنى أن الوصم يشير إلى سمة شاذة تؤدي إلى الرفض الاجتماعي (The et al., 2014, 1-8).

ويُعد أول من اهتم بالوصمة عالم الاجتماع جوفمان من خلال نظرية التصنيف في كتاب "الوصمة"؛ وتشير إلى التدني في القبول الاجتماعي، ويشير جوفمان إلى أن إدراك الفرد للوصمة يتوقف على درجة التشوه للحالة الموصومة؛ ومن ثم فإن الأطفال ذوي الإعاقات التي تظهر بوضوح على ملامحهم أو بنيتهم الجسدية وشكلهم يُعدون الأكثر عرضة للوصم الاجتماعي (Bos et al., 2013).

وتعرف منظمة الصحة العالمية الوصمة بأنها: علامة أو عار أو رفض تلتصق بالأفراد غير الأسوياء، وذلك يظهر من خلال رفض الآخرين لهم؛ مما يتسبب في العزل والسبب في ذلك الاضطهاد الذي يتعرضون له ومضايقاتهم (أبو سبيتان، 2014، 89).

وتُعرف سليمان وآخرون (2021، 799) الوصمة الاجتماعية بأنها: عبارة عن ظاهرة انفعالية ينتج عنها الشعور بعدم الارتياح وسوء التوافق النفسي والاجتماعي؛ مما يؤدي إلى الشعور بانخفاض في تقدير الآخرين وتقديره لذاته، والهروب من العلاقات والتفاعلات الاجتماعية. فالوصمة الاجتماعية هي الخبرة المرتبطة بوجود طفل من ذوي الإعاقة والتي تحمل في طياتها المشاعر السلبية والأفكار غير السوية؛ نتيجة ردود أفعال الآخرين نحو أمهات الأطفال ذوي الإعاقة (حسن، 2020، 128).

كما يُعرف Corrigan & Kleinlien (2005) الوصمة الاجتماعية بأنها: العملية التي يتم فيها إسناد الصفات السلبية والأخطاء إلى الوالدين؛ بما يؤدي إلى ربطهم بالانحطاط والتدني، ووصفهم ضمن بعض فئات المجتمع فتصفهم بصفات تجلب لهم العار أو تنثير حولهم الشائعات.

فالوصمة الاجتماعية هي تلك المواقف السلبية والأفكار الخاطئة التي يعاني منها الأمهات بسبب سوء الحالة الصحية لأطفالهن؛ وتنتج نتيجة للجهل أو التصورات الخاطئة حول الاضطرابات النمائية العصبية، وتظهر في شكل التحيزات والسلوكيات السلبية الخاطئة تجاه الأمهات وأطفالهن (توفيق، 2024، 1100).

فالوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال طيف التوحد عبارة عن شعور الأمهات بالرفض الاجتماعي الناتج عن تصرفات أطفالهن في المواقف المختلفة؛ حيث تنظر الأم بسلبية لهذه السلوكيات؛ مما تدفعهن للشعور بالخجل والنبذ والانسحاب الاجتماعي والشعور بالنقد الموجه لهن بأنهن غير قادرات على تربية أطفالهن وفقاً لقيم ومعايير المجتمع؛ مما تجعلهن في حالة من عدم التوازن الاجتماعي والنفسي (الأعرج، 2021، 22).

ويشير كل من جابر وكفاي (1995، 31-37) بأن الوصمة الاجتماعية سمة تميز الفرد عن الآخرين؛ مما تعرضه لضرر نفسي أو اجتماعي، ومن أبرز أشكالها الرفض الاجتماعي. ويُعرف (2004، 304) Cloughlin et al. الوصمة الاجتماعية بأنها: هي تناقص سلبي بين السمات الفعلية مقابل التوقعات الاجتماعية للعاديين؛ حيث ينظر لها بأنه شخص غير طبيعي. وهذا ما يحدث من طفل التوحد، ويقال عليه إنه غير طبيعي وذلك لممارسته سلوكيات سلبية مختلفة عن العاديين أدت إلى اختلافه عن القيم والتوقعات الاجتماعية، فالوصمة الاجتماعية هي سمة من السمات التي تتعارض مع معيار الوحدة الاجتماعية (Link & Phelan, 2001, 364).

حيث يُعرف حسن (2020، 328) بأن الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال التوحد على أنها شعور الأمهات بالرفض الاجتماعي بسبب تصرفات طفلها ذي اضطراب التوحد في المواقف المختلفة؛ حيث يؤدي ذلك إلى تكوين الأفكار السلبية للأمهات بسبب سلوكيات أطفالهن؛ مما تدفعهن للشعور بالانسحاب والنبذ واعتقادها أنها غير قادرة على تأديب طفلها وفقاً للقيم والمعايير الاجتماعية.

ويُعرف أبو جربوع (2005) الوصمة الاجتماعية بأنها: الأفكار السلبية التي يحملها المجتمع حول الأطفال ذوي الإعاقة وأسرها. فالوصمة الاجتماعية عبارة عن مجموعة من المعتقدات والمشاعر والأفكار السلبية التي يكونها أفراد المجتمع حول الأطفال المعاقين؛ مما يؤثر سلباً على أمهاتهم وأسرها؛ مما يحد من تفاعلهم الاجتماعي مع بيئتهم (الشواشرة والرياحنة، 2019، 16).

ويُعرف Sartorius et al. (2010) بأن الوصمة الاجتماعية هي المعتقدات الضارة والصورة النمطية السلبية التي تؤثر على مستوى البنية الاجتماعية؛ مما تؤدي للاتجاهات السلبية، وتختلف باختلاف العادات والتقاليد.

ويُعرف الرمادي والصايم (2022، 27) بأن الوصمة الاجتماعية قوة تمارس جماعة ضد الطفل المعاق وما لديه مصحوبة بنظرة سلبية تؤدي لتكوين مشاعر الرفض الاجتماعي والشعور الدائم بالنفر؛ مما يجعلها في حالة عدم الاتزان النفسي.

فالوصمة الاجتماعية هي القدرة على الحكم على الأشياء المبنية على أساس الشخصية وما بها من مميزات وشعور بالرفض تجاه مجموعة من أفراد المجتمع؛ مما يؤدي إلى الاضطراب لهؤلاء الأطفال والتعامل غير السوي؛ مما قد يصيب بعض الأطفال وأسرها بمرض نفسي (أبو ليفة، 2017، 7).

كما أن الوصمة الاجتماعية هي رد فعل تجاه مجموعة من الأطفال ويُشير إلى أن ردود أفعال أفراد ينتمون إلى المجموعة الوصمة؛ مما تجعل هذا الطفل غير مرغوب فيه وتحوله لشخص منبوذ اجتماعياً وتؤثر سلباً على باقي أفراد الأسرة وفي مقدمتهم الأم سواء أكان التأثير اجتماعياً أم نفسياً أم عقلياً (Klin, 2000, 102).

كما يُعرف الخواجة (2005، 18) بأن الوصمة الاجتماعية حرمان الفرد من التقبل الاجتماعي؛ ويرجع ذلك نتيجة الاختلاف في التصورات والأفكار الخاطئة وغير المرغوب فيها، ويكمن هذا الاختلاف نتيجة خاصية من الخصائص الجسميّة أو العقلية والاجتماعية أو النفسية التي تجعله مرفوضاً في المجتمع الذي يعيش فيه، وتؤدي للشعور بالنقص وفقد التوازن النفسي والاجتماعي.

وبذلك فالوصمة الاجتماعية هي العملية التي تنسب الأخطاء الدالة على الانحطاط الأخلاقي إلى فئات معينة فتصفهم بصفات سلبية أو بغیضة وتؤثر على اتجاهاتهم وأفكارهم؛ مما تؤدي إلى انعزالهم عن المجتمع. (آل رشود، 2017، 11). كما يُعرف إسماعيل (2005، 390) بأنها: الصور النمطية السلبية وممارسات التمييز والتفرقة بين تفاعلات الاجتماعية والمجتمعية، كما أن لها أبعاداً واتجاهات لشيء للفرد بعيوب معينة.

كما يذكر ذياب (2010، 48) الوصمة الاجتماعية بأنها: صفات يسببها أفراد المجتمع من منظوره وثقافته، ويشير لأخطاء في التفكير تعبر عن عيب خلقي عن الطفل؛ ممّا تجعله يكون في قائمة تجلب لها والشائعات وسخط المجتمع. فالوصمة الاجتماعية ظاهرة اجتماعية سريعة الانتشار فهي تنسب للفرد؛ وذلك لإتيانه بسلوك يخالف القواعد المتعارف عليها أو المقبولة اجتماعياً كالمريض العقلي أو المعاق؛ ومن ثمّ يتم عزله وحرمانه من العلاقة الاجتماعية ولو بدرجات متباينة من ثقافة لأخرى (Lopespaul, 2006, 387- 415).

حيث إنّ الوصمة الاجتماعية مجموعة من الأفكار والمعتقدات السلبية التي يُكوّنها المجتمع تجاه الأشخاص ذوي المعاقين وأسرهم؛ وتؤدي للشعور بالخجل والحرَج؛ ممّا تحدّ من التفاعل الاجتماعي، وتقلل من القيمة الاجتماعية للطفل وأسرته (توفيق، 2024، 1100).

تُعرف الديوي (2015، 4) الوصمة الاجتماعية بأنها: تكوين أفراد المجتمع صورة سلبية لفرد ما وتحقيره وعزله اجتماعياً. كما يُعرف (2000، 65) The American Heritage الوصمة الاجتماعية بأنها: وشم أو عار يوضع على شكل العلاقات الاجتماعية ويؤدي إلى تمييز فرد عن آخر بصفته غير سوي؛ ممّا يؤدي إلى معاملته معاملة سيئة واحتقاره.

ويُعرف (2009، 77) Corrigan & Rusch بأنّ الوصمة الاجتماعية ما يوصم به الأطفال أنفسهم وأمهاتهم من خلال تصديق الأنماط المسبقة والتمييز والتحيز، فالوصمة علامة تظهر تجعل الأطفال وأمهاتهم أقل قيمة في أعين الآخرين، وقد ترجع إلى مرض أو إعاقة، أو خلل في مظهر خارجي، أو نقص في مهارات.

فالوصمة الاجتماعية هي الخبرة المرتبطة بإيجاد طفل ذي إعاقة وتفسير الأمهات للاتجاهات السلبية وما يتبناه المجتمع من أفكار نمطية عن الأطفال ذوي الإعاقة؛ ممّا يؤدي لتكوين الشعور بالخجل والاتجاه نحو الانسحاب الاجتماعي (جارحي، 2018، 504).

ويُعرف (الحسون والشاوي، 2020، 331) بأنّ الوصمة الاجتماعية هي الشعور التابع من الطفل نفسه واتجاهه لذاتها بالشعور بالخجل والضيق والتمييز. فالوصمة الاجتماعية هي الشعور بالازدراء الذي يعني التجاهل الاجتماعي، ونقص القيمة من قبل المجتمع (Hinshaw, 2007, 23).

فالوصمة الاجتماعية هي قوة تمارسها الجماعة ضد الأطفال المعاقين ذهنياً وأمهاتهم وما تحمله من نظرة سلبية، وشعور بالرفض الاجتماعي والنبذ الموجه؛ ممّا تؤدي إلى الشعور بعدم الاتزان النفسي (معوض وآخرون، 2022، 2706).

ويُعرف (2007، 894) Vanden Boss الوصمة الاجتماعية بأنها: الاتجاه الاجتماعي السلبي المرتبط بخصائص فرد ما يعاني من قصور عقلي أو اجتماعي أو بدني؛ ممّا يؤدي للرفض الاجتماعي، كذلك التمييز غير العادل. كما يُعرف (فرغلي، 2021، 248) الوصمة الاجتماعية بأنها: اختلاف غير مرغوب فيه بين الأفراد؛ ممّا تؤدي إلى حرمان البعض من التأييد الاجتماعي وراجع ذلك للوصمة؛ وذلك لأنّ هذا الفرد يمارس سلوكيات سليمة تختلف عن التقاليد الاجتماعية أو أصيب بمرض أو تشوهات جسدية، أو عيوب أدت إلى افتقاده للتقدير والاحترام.

فالوصم الاجتماعي انطباع تجسد نحو فرد ما؛ نتيجة قيامه بسلوك معين من جراء الإصابة باضطرابات نفسية أو عقلية؛ مما أدى إلى تكوين نظرة دونية أو تهميشية من المجتمع أدت إلى وجود الوصمة الاجتماعية (الفقيه والورفلي، 2022، 38).

كما يُعرف ملياني ومجادي (2022) بأن الوصمة الاجتماعية علامة تدل على العار أو الخزي، فهو اعتقاد يقوى بتمييز بين الأفراد؛ مما يؤدي إلى الانعزال والعيش بمفرده، فالوصمة الاجتماعية هي حالة من الرفض والنبذ الاجتماعي الذي يهدف لاقتصاد فرد ما استناداً لوجود سمة معينة تجعله مختلفاً عن الآخرين من أفراد المجتمع، وتؤدي للرفض الاجتماعي نتيجة لوجود خصائص غير مرغوب فيها؛ مما يؤدي إلى تكوين صورة نمطية تؤدي إلى الفروق بين أفراد المجتمع (أبو منديل، 2022، 585).

الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد تجعل الأمهات تواجه تحديات فريدة من نوعها؛ وذلك ناتج عن السلوكيات التي يقوم بها طفلها كسوء التصرف أو نوبات الغضب أو الحركات الزائدة، وغيرها من التصرفات غير السوية التي تؤدي إلى ردود أفعال غير سادة من الأمهات؛ وذلك بسبب ردود فعل المجتمع.

فرعاية هؤلاء الأطفال يحتاج إلى جهد شاق ومسئولية كبيرة يؤدي إلى ضغط هائل على الأم، وتكون بحاجة ملحة لمعرفة الوصمة الاجتماعية وآثارها وأسبابها وكيفية التعامل معها؛ من أجل المساهمة في سدّ هذه الفجوة. وهذا ما أكدته نتائج دراسة (هدى، 2005) بأن أسر هؤلاء الأمثال يعيشون أوضاعاً اجتماعية مشينة فلا بدّ من توفير استراتيجي أو برامج لدعم هذه الأسر.

ويرى (David 2009) بأن الوصمة الاجتماعية ثلاثة عناصر مهمة مترابطة مع بعضها، تتمثل في العاطفة والإدراك والسلوك، وأن لهؤلاء الأمهات صلة جنسية فيتم نقل الوصمة الاجتماعية من طفل التوحد إلى الأم؛ حيث إنّ إدراك المجتمع لطفل التوحد يكون مختلفاً، فأطفال التوحد لا يعانون من تشوهات تدل على طبيعة اضطرابهم، فيقوم المجتمع بإطلاق مسميات وتطبيقها دون تمييز لهؤلاء الأطفال؛ مما يجعل الأمهات يُعانين من أعباء إضافية في رعاية أطفالهنّ ذوي اضطراب التوحد، كذلك يؤدي لسوء الأحوال النفسية التي تؤثر على الصحة الاجتماعية والنفسية وتقرض عليهنّ مسؤوليات على عاتقهنّ بلوم ذاتهنّ.

وهذا ما أشارت له دراسة (حنا وآخرون، 2010)؛ (عبد الحميد، 2013)؛ (Belinda, 2016)؛ (Rusch et al., 2015) بأن أولياء أمور أطفال التوحد يعانون من فقر من التوازن النفسي والاجتماعي الذي يؤثر على صحتهم النفسية وتوافقهم الاجتماعي؛ وبذلك فهناك علاقة سلبية بين الوصمة الاجتماعية وأولياء أمور أطفال التوحد، وهذا ما أشارت له دراسة (Lindsay, 2012) بأن هؤلاء الأطفال وأمهاتهم يعانون من التأثير السلبي للوصمة الاجتماعية الذي يؤثر على الحالة النفسية، وكذلك على مستوى الثقة بالنفس، كما قد تنتقل هذه التأثيرات إلى بيئتهم، فتظهر في تعاملاتهم وفي عملهم مع الآخرين.

ومن هنا يُمكن القول بأن الوصمة الاجتماعية أكثر الظواهر الاجتماعية التي تؤثر على أطفال التوحد وأمهاتهم؛ وذلك بسبب تعقيد المجتمع وتفضيله للآخرين لأسباب غير مقبولة اجتماعية.

كما تؤثر الوصمة الاجتماعية على قدرتها على التفاعل مع الأقارب والمحيطين، كذلك تؤدي لاضطرابات نفسية مصاحبة لدى الأبناء والأسرة؛ ومن هنا ترتبط الوصمة الاجتماعية بالتغيرات المختلفة سواء الإيجابية أو السلبية التي تؤثر على الأمهات وهذا ما أكدته دراسة (Hailemariam, 2015) بأن هناك علاقة بين الوصمة الاجتماعية والضغوط النفسية، كما أنها تؤثر على مقدمي الرعاية بالإصابة بالأمراض والاضطرابات المختلفة.

يُعرف (Corrigan et al., 2013, 799) بأن الوصمة الاجتماعية بأنها: الشعور بالرفض العلني بفعل ما أو حالة معينة. فالوصمة الاجتماعية هي الشعور السلبي الذاتي للأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ثم يترتب عليه تصورات خاطئة وأفكار لا عقلانية نتيجة التمييز والتحيز الذي يتعرض له وأمهم من قبل أفراد المجتمع (عبدالحفيظ، 2023، 228).

الآثار المترتبة على الوصمة للأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد:

من غير شك أن الأمهات هي الرابط الأساسي الأول بين الطفل والمجتمع؛ وذلك لأن الوصم الاجتماعي لا يمس الطفل فقط، بل يمتد إلى أسرته بشكل عام والأم بشكل خاص، فقد يتكوّن الشعور بالوصمة مع غياب المعرفة والوسائل لمواجهة التوحد؛ مما يؤدي إلى ممارسات سلوكيات غير مرغوبة مرفوض من المجتمع.

ومن أهم الآثار المترتبة عن الوصمة للأمهات أطفال التوحد ما يلي:

- الآثار النفسية والاجتماعية:

تقوم الصورة النمطية بتكوين أشكال من السلوك التمييزي بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأمهم؛ مما يؤدي إلى ظهور الأمراض العقلية كذلك على شخصيتهم؛ مما يؤدي إلى عواقب سلبية خطيرة؛ وبالتالي يتصرفون سلوكيات غير مرغوبة تؤثر على تفاعلاتهم الاجتماعية وتجعلها أكثر توتر، كذلك أكثر تجنباً، كما تؤدي إلى تدنّي في احترام ذاتهم وتؤدي لظهور الاكتئاب والقلق والخوف وتدني مستوى الحياة.

وهذا ما ذكره لينك وفيلان (2020، 154-155) بأن الوصمة قد تؤدي لظهور أمراض عقلية ودخول المستشفى، فهم يتصرفون على نحو أقل ثقة وأشد دفاعية (Edwardaj et al., 2012). كذلك أكدت نتائج دراسة (Zhou et al., 2018); (Fanaj et al., 2016) بارتفاع نسبة الاكتئاب لدى أمهات أطفال ذوي الإعاقة نتيجة للتأثير السلبي للوصمة الاجتماعية بعد ارتفاع الوصمة الاجتماعية لدى الأمهات وتعرضهن للعديد من الضغوط بسبب طفلها، علاوة على ذلك قيامهن بمسؤوليتهن تجاه باقي أفراد الأسرة، كذلك تؤثر الوصمة الاجتماعية على أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد بظهور العزلة الاجتماعية وانخفاض التواصل مع الآخرين واضطراب العلاقات كذلك داخل وخارج الأسرة، والتقليل من تكوين علاقات أو صداقات، كذلك افتقاد الأمهات لوجود أصدقاء مقربين وضعف في الشبكة العلاقات الاجتماعية، كما قد تؤدي إلى الاكتئاب والابتعاد عن المجتمع والرفض والاستبعاد (مسلمان، 2006، 23).

- خبرات الرفض الاجتماعي:

المتمثلة في مدى إدراك الأمهات لرفض المحيطين والمجتمع نحو طفلها ذي اضطراب التوحد الذين يعانون من سلوكيات سلبية ومشكلات نفسية واجتماعية (Verhaeghe & Bruynooghe, 2007, 188). وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Sarkar, 2010) حول تأثير الوصمة الاجتماعية على التفاعل الاجتماعي المحيط بالآخرين؛ مما يؤدي إلى العزلة الاجتماعية.

- فقدان المكانة الاجتماعية:

حيث تؤدي الوصمة الاجتماعية إلى تدني المكانة الشخصية وجعل الفرد يبدو أقل جاذبية؛ مما يؤثر على تواصل الآخرين معه أو عدم مشاركتهم للألم في الأنشطة الجماعية (الخطيب، 2010، 23).

- خبرات الرفض الذاتي:

تشير إلى شعور أمهات أطفال التوحد بالخجل الناتج عن التحاق ابنها (طفل التوحد) لمراكز أو مؤسسات الموصومة (Wadany & Jumann bin Hassan, 2020, 402) وهذا ما أكدته دراسة (Mak & Cheung, 2008) بوجود ارتباط إيجابي بين الوصمة الاجتماعية وضغوط الرعاية المقدمة والأعباء الذاتية.

كما تشير شاهين (2014) بأن الوصمة الاجتماعية للأمهات تؤثر على إدراكهن لمشكلات ابنها، كذلك تكوين المشاعر السلبية فضلاً عن الإحساس بالاغتراب وفقدان المكانة الاجتماعية، كما أن الوصمة الاجتماعية تؤثر على أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتجعلهن يشعرن بأنهن أقل شأنًا من وجهة نظر الآخرين، وتدفعهن إلى تجنب المواجهة. وهذا ما أكدته دراسة (السيد، 2018، 504-505) على تأثير الوصمة الاجتماعية للأمهات أطفال ذوي الإعاقة على زيادة الشعور بالاكتئاب وانعدام القيمة وفقدان الطاقة، كذلك الغضب والتغير في نمط النوم سواء بالزيادة أو النقصان.

كما أن الوصمة الاجتماعية تؤثر بشكل مباشر على تقدير الذات، كذلك تكوين المشاعر السلبية وزيادة العزلة الاجتماعية وهذا ما أكدته دراسة كل من (عبد العظيم وياسين، 2018) بارتباط الوصمة الاجتماعية بالمحددات النفسية للأمهات أطفال داوون؛ مما يزيد من شعورهن بالوحدة والاتجاه إلى العزلة الاجتماعية كما ترتبط بنقص المساندة والدعم الاجتماعي؛ مما يزيد من تكوين الاتجاهات والأفكار السلبية نحو المجتمع، فالألم بذلك تشعر بالخجل والاكتئاب وقد تتوقع الشفقة من الآخرين أو رفضهم وسخريتهم لطفلها، كما تؤدي إلى معاناة للأم من نوبات الغضب، كذلك تؤثر على عاطفتها مع طفلها وأسرتها.

كما تؤثر على فقر الصحة النفسية والاجتماعية للأمهات، بالإضافة إلى فقدان السيطرة للتعامل بطريقة ملائمة مع طفلها؛ وبالتالي نجد نقدًا خارجيًا على الأم وفرض تحمل المسؤولية الملقى عليها، كما تؤثر على روتين الأمهات وتحول أنشطتها الروتينية إلى مسؤوليات صارمة تحكم جوانب حياتها، وأي اختلاف عنها يكون له عواقب ومشكلات؛ وبذلك يؤثر على توازنها النفسي والاجتماعي بشكل سلبي.

كما تؤثر الوصمة الاجتماعية على تقدير الذات لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ويظهر ذلك في المقارنات الاجتماعية السلبية والتي تحتاج بشكل كبير إلى تدخل من جانب المتخصصين. وهذا ما أشارت له دراسة (Mazabane & Petersen, 2023)؛ (Shi et al., 2019)؛ (Venjatesh et al., 2016)، إلى انتشار الوصمة الاجتماعية بشكل عالٍ بين الأسر والمجتمعات، وأنهم بحاجة إلى التدخلات لتوفير التنشئة النفسية وتقليل الوصمة الاجتماعية ودعم استراتيجيات التكيف لمقدمي الرعاية.

أبعاد الوصمة الاجتماعية عند أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد:

يرى البعض أن للوصمة الاجتماعية ستة أبعاد كما حددها (Mclaughlin & Stringer, 2004, 30).

- 1- الاضطراب: تأثير الإعاقة على التفاعل والتواصل الاجتماعي.
 - 2- المصدر: مدى مسؤولية الأم عن سبب إعاقة طفلها.
 - 3- السمات الجمالية: مدى تقبل الأمهات لحالة طفلها؛ مما يجعلها تنظر للتوحد على أنها إعاقة شخصية غير جذابة.
 - 4- المسار: طبيعة واستمرارية اضطراب التوحد لطفلها.
 - 5- الإخفاء: هل اضطراب التوحد مرئي أم خفي؟
 - 6- المخاطر: هل وجود اضطراب التوحد للطفل يؤثر على الأم؟
- كما يرى (Verhaeghe & Bruynooghe, 2007, 188) بأن هناك تصوراً آخر لأبعاد الوصمة الاجتماعية، متمثلة فيما يلي:
- خبرات الرفض الاجتماعي: أي رفض البيئة للأم وطفلها نتيجة التحاقه بإحدى مؤسسات الرعاية الخاصة.
 - توقعات الوصم: وجود اتجاهات سلبية نحو الأشخاص؛ مما يؤدي إلى ظهور مشكلات نفسية للأم والطفل بشكل عام، ورفض كذلك سلوكيات طفلها.
 - خبرات الرفض الذاتي: شعور الأمهات بالعار والدونية نتيجة اختلافه مع المجتمع، أو التحاقه ببعض مؤسسات المجتمع.

أنواع الوصمة الاجتماعية:

- الوصمة الهيكلية: هي التي تتمثل في الإجراءات والسياسات العامة والخاصة المرتبطة باتخاذ القرارات من جانب السلطة والتي تحدد الحقوق والغرض والإمكانات المتاحة داخل المجتمع. (Bos et al., 2013).
- الوصمة المدركة: تشير إلى إدراك أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد للوصمة أو التمييز بينهم في المجتمع (Sheehan et al., 2017, 44).
- الوصمة المصاحبة: تسمى بالوصمة المجاملة أو المنسوبة التي تتمثل في مدى ما تعاني منه أمهات أطفال التوحد بالموصوم من تمييز سلبي، وكذلك كل من لهم تواصل مع الطفل الموصوم. (Wadany & Jamaan bin Hassan, 2020, 402).

- الوصمة الاجتماعية: تشير إلى طبيعة اتجاهات المجتمع وأفراده نحو الطفل الموصوم وأمه (Mitter et al., 2018-333).
- وصمة الذات: تتمثل في تبني أمهات أطفال التوحد للسلوك السلبي نحو أفراد المجتمع واستدماج وجهات الردود السلبية نحو نفسها وطفلها (Wadany & Jamaan bin Hassan, 2020, 402).
- وصمة الأسرة: هي الوصمة التي تتعرض لها أم الطفل ذو اضطراب التوحد والتي فرضت عليها؛ لأنها الأم (Werner & Shulman, 2013, 40-41).
- الوصمة العامة: تُعد أكثر الأنواع انتشارًا وتسمى بوصمة الجماعة، وتتمثل في المواقف الاجتماعية التي تتعرض لها أم طفل التوحد (فرج، 2018، 307).
- الوصمة العقلية: ترتبط هذه الوصمة بالضعف أو التخلف العقلي؛ مما تؤدي إلى عدم القدرة على مجابهة المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه (الرويلي، 2008، 30).
- الوصمة الحسية: تتمثل في قصور إحدى الحواس لا سيما السمع والبصر خاصة (الجو، 2015، 33).
- الوصمة اللغوية: تشمل عيوب النطق واللغة والكلام (أحمد، 2016، 244).
- الوصمة العرقية: ترتبط بوجود اختلاف سواء الوطن أو الدين أو السلالة داخل المجتمع الواحد (القصور، 2019، 4).
- الوصمة الجنائية: تنتج نتيجة الآثار الدالة على الانحطاط الأخلاقي لبعض أفراد المجتمع (أبو ليفة، 2017، 31).
- كما تحدد الحسون (2013، 31) بأنَّ للوصمة الاجتماعية ثلاثة أنماط تتمثل فيما يلي: الوصمة المتوقعة، الوصمة الداخلية، الوصمة المجربة.

مكونات الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد:

حدد Barkley (2015, 12) أن للوصمة ثلاثة مكونات، وهم:

- 1- المكون الانفعالي: يتمثل في التحيز السلبي المتجه نحو أم الطفل ذي اضطراب التوحد، مع تفضيل الأطفال الآخرين عليهم، وذلك يظهر في الهيئة، أو المستوى اللغوي أو العرقي.
- 2- المكون السلوكي: يشمل ردود الأفعال السلبية أو الممارسات التي تتضح في العنصرية والتمييز، وتبدو واضحة في التصرفات والإيماءات والمعاملات غير العادلة تجاه أم طفل التوحد.
- 3- المكون المعرفي: يشمل كافة الأفكار والمعتقدات السلبية المرتبطة بالطفل وأمهم، وتظهر في صورة أحكام سلبية تؤدي إلى إساءة الموصومين بشكل مستمر.

كما يرى (أحمد 2016، 147) بأن الوصمة الاجتماعية تحتوي على مجموعة من العناصر الرئيسية، تتمثل في:

- مشكلات السلوك كالقيام بالسلوكيات السلبية وغير السوية المضادة من قبل المجتمع، كذلك مشكلات المواقف التي تتمثل في أبعاد أمهات أطفال التوحد عن المواقف الاجتماعية، أما عن المشكلات العقلية المتمثلة في شعور الأمهات بأن وجود المشكلات العقلية هي السبب الرئيسي في وجود الوصمة الاجتماعية.
- العوامل المؤثرة في الشعور بالوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال التوحد: يختلف شعور أمهات أطفال التوحد بالشعور بالوصمة الاجتماعية التي تتعرض لها، ومن الأسباب التي تؤدي إلى إدراك الوصمة الاجتماعية.
- ثقافة أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد: فالمستوى الثقافي الذي تتمتع به الأمهات ومدى توافر خبرات ومعلومات عن كيفية التعامل مع طفلها ذي اضطراب التوحد، كذلك إدراكها لحجم الاضطراب، وكيفية أن تظل السلوكيات غير المرغوب فيها، أو أنها تتقبل حجم الإعاقة؛ كل ذلك يرجع لمستوى إدراك ووعي الأمهات. حيث أشارت نتائج دراسة (أحمد، 2023)، (محمد، 2020) بارتباط الوصمة الاجتماعية بالمستوى التعليمي للأمهات، وكما كان المستوى التعليمي مرتفعاً أدى إلى انخفاض الوصمة الاجتماعية لديهن.
- الحالة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد: إن حجم الأسرة والرضا الزوجي من أهم العوامل المؤثرة لظهور الوصمة الاجتماعية، كذلك الرفض الاجتماعي الذي يقابل أمهات أطفال التوحد ورفض المجتمع للاندماج مع أمهات هؤلاء الأطفال والتقليل منهم. (Mitter et al., 2018, 332-335)، وهذا ما أشارت له دراسة (الشواشرة، 2019) بارتباط الوصمة الاجتماعية بالتوافق الأسري وتأثيرها السلبي في العلاقات الأسرية في الأسرة وعلى الإخوة والوالدين.
- العوامل الاجتماعية والشخصية كالعمر والخبرة والوعي باضطراب التوحد وإدراك الأمهات للوصمة الاجتماعية (Al-Jiboori, 2010)، وهذا ما أشارت له دراسة (أحمد وجوهر، 2021) بارتباط الوصمة الاجتماعية بالعمر الزمني للأمهات، فكلما كان العمر الزمني للأمهات أكبر كانت أقل تأثراً بالوصمة الاجتماعية.
- المعتقدات الثقافية الشائعة بين أفراد المجتمع والتي تتمثل في التمييز وفصلهم واستبعادهم، كذلك الرفض الموجه للأمهات وأطفالهم (النجار والصفتي، 2023، 511). حيث أكدت دراسة (سليمان، 2021) أنه لا بد من تدريب أسر المعاقين من أجل خفض الوصمة الاجتماعية التي تؤثر بشكل سلبي على مشاعرهم وأفكارهم.
- الحالة الصحية لأمهات أطفال التوحد: حيث نجد أن كثيراً من أطفال التوحد وأمهم قد يتعرضون للوصمة كالإصابة الجسدية والإعاقة الواضحة أو الضعف العقلي وغيره؛ كل ذلك يؤدي لظهور الوصمة الاجتماعية (AL- Jiboori, 2010).

- وضوح الإعاقة: قد تكون الإعاقة ظاهرة وواضحة كما في اضطراب التوحد أو الإعاقات العقلية الشديدة، أو وجود مرض مزمن؛ ممّا يؤدي إلى تكوين بعض المعتقدات السلبية لدى أمهات هؤلاء الأطفال كما في أطفال ذوي اضطراب التوحد؛ ممّا يؤدي إلى انعزالهم وفقدانهم للقوة الاجتماعية والسياسية وغيرها بالمجتمع (النجار والصفتي، 2023، 510-511). حيث أكدت دراسة (متولي، 2020) بالتأثير السلبي للوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ملازمة داون وتأثيرها؛ وذلك بسبب المرض أو الإعاقة ولا بدّ من توفير برامج إرشادية لتوجيههم من أجل تحسين التفاعل مع المجتمع والتكيف مع الإعاقة.

الآثار المترتبة على وجود الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال التوحد:

تعددت الآثار المترتبة على الشعور بالوصمة الاجتماعية كالرفض أو التجنب أو السخرية اللفظية، وغيرها من الشعور باليأس والقلق. وقد أكد (Thompson 1997, 70) بأن أهم آثار الوصمة الاجتماعية تتمثل في:

المعاناة النفسية والشعور بالظلم والقسوة والعناد، كذلك اضطراب النوم والشعور بالذنب والانسحاب الاجتماعي والاكتئاب، وفقدان الشغف للحياة، كذلك التفكير الدائم في الانتحار وعدم الاتزان النفسي والاجتماعي، وعدم الثقة بالنفس وعدم احترام الذات.

كذلك أشار أحمد (2016، 241) بأهم الآثار المترتبة على تأثير الوصمة الاجتماعية والشعور بالعزلة الاجتماعية، كذلك الامتناع عن التعاون مع الآخرين أو طلب المساعدة، كذلك تأخر العلاج وعدم القدرة على القيام بمتطلبات الحياة.

كذلك الآثار والانعكاسات السلبية التي يتكبدها الأمهات وأطفالهن نتيجة الوصمة الاجتماعية المتمثلة في الشعور بانخفاض مفهوم الذات، كذلك الثقة بالذات، وكذلك انحسار فرص العمل والفرص الاقتصادية (Gove, 1982, 273-300).

كما يذكر (Robinson 2016, 36) بأن تأثير الوصمة الاجتماعية لا يقع فقط على الطفل الموصوم، بل يمتد إلى الأم والعائلة والأصدقاء والمقربين؛ وبذلك يتلقى نفس المعاملة التي يعامل بها المجتمع الطفل الموصوم، فهي في تلك الحالة يشارك الموصوم في الصفات التي تقلل من قيمة الطفل الموصوم.

النظريات المفسرة لظاهرة الوصمة الاجتماعية:

1- **نظرية الهوية الاجتماعية:** تستمد هذه النظرية من نظرية التصنيف الذاتي، ووفقاً لهذه النظرية يستمد مفهوم الهوية الاجتماعية كجزء من الذات، كذلك مدى الانتماء لمجموعة اجتماعية؛ ممّا يؤدي إلى وجود المقارنة بين المجموعات، وتعرف بأنها إدراك الفرد لعضويته في جماعة اجتماعية؛ وتهدف هذه النظرية إلى التنبؤ بالشروط والظروف التي من خلالها يفكر الأفراد في أنفسهم كأعضاء في جماعاتهم (Tumer, 1979).

2- **نظرية التفاعل الاجتماعي:** تقوم على اعتقاد الموصومين من المفاهيم الذاتية السلبية التي تحدث أثناء التفاعلات الاجتماعية وذلك وهم على طبيعتهم وما يتوقعه المجتمع منهم؛ ومن

هنا تبدأ ظهور نشأة الوصمة نتيجة لعدم القدرة على تلبية توقعات المجتمع، والدخول في مرحلة الخوف من رفض المجتمع، كما تركز على توقعات الآخرين أكثر من سلوك الأفراد؛ ومن هنا يرى الفرد ذاته من منظور الآخرين وتقييمهم لسلوكه (Gofman, 1963, 49).

3- نظرية الوصم الاجتماعي: يقع فريسة لوصم الآخرين له (الراوشة، 2010، 13) حيث إنَّ الطاعن وإن قرر بالظن بالنقض في الميعاد إلا أنه لم يقدم أسباباً لظنه، فيكون الظن المقدم منه غير مقبول شكلاً، لما هو مقرر من أن التقرير بالظن بالنقض هو مناط اتصال المحكمة به، وأن تقديم الأسباب التي بنى عليها في الميعاد الذي حدده القانون هو شرط لقبوله، وأن التقرير بالظن وتقديم أسبابه يكونان معاً وحدة إجرائية لا يقوم فيها أحدهما مقام الآخر ولا يغني عنه. تؤدي النظرية دوراً مهماً في العلوم الاجتماعية والإنسانية، فهي تعمل على فهم الواقع الاجتماعي، كذلك التنبؤ بالتغير الاجتماعي على مختلف المستويات (زيدان، 2013، 22).

فقد ظهر مفهوم الوصمة في نظرية الوصم لجفمان في كتابه الوصمة كذلك كسنوس وسبكتز. حيث أكد العلاقة الدونية التي تحرر الفرد من الشعور بالقبول الاجتماعي (الراوشة والبداينة، 2010، 13) وهذا ما يهتم به البحث عن معرفة الوصم الاجتماعي لأُمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وعن آليات التكيف التي تستخدمها لأُمهات لمواجهة هذه المشكلة.

فهذه النظرية للكشف عن العلاقة بين وصم الأفراد بوصمات وعلامات معينة والتي تحول بينه وبين تقبل المجتمع له؛ وربما تؤدي إلى حرمانه من حقوقه المشروعة داخل مجتمعه أو عقابه بتأييد حريته ربما لأسباب خارجة عن إرادته؛ وبذلك فإنَّ الوصمة التي يوصم بها طفل التوحد سواء جسميَّة أو حركيَّة أو عقليَّة وغيرها؛ فهي تسبب له معاني سلبية للطفل ولوالديه فتصفهم بصفات سلبية تجلب لهم مشاعر النقص وعدم الثقة، وانعدام التوازن الاجتماعي والنفسي لدى الطفل ذي اضطراب التوحد وأُمه.

وأنَّ الأطفال ذوي اضطراب التوحد ينظر إليهم بأنهم من ذوي الخصائص غير المرغوب بها؛ ومن ثمَّ تعتمد الوصمة الاجتماعيَّة في تعريفها على المجتمع الذي يؤسس ويخلق معاني الاحترق والاختلاف غير المرغوب (الشامين والشميلة، 2021، 10).

ومن أهم مفاهيم النظرية في مجال البحث الحالي مفهوم الوصمة الاجتماعيَّة الذي يرتبط بوجود صفات أو مسميات غير مرغوب فيها لأُمهات أطفال التوحد؛ وبذلك يحرم أطفال التوحد وأُمهاتهنَّ من التقبُّل الاجتماعي أو تأييد المجتمع لهم، فالوصمة الاجتماعيَّة تعني قلة الاحترام كذلك النظرة السلبية أو الرفض الاجتماعي وكذلك مشكلات اجتماعيَّة وسلوكيَّة ونفسيَّة تؤثر على ذاتية الأُمهات.

الوصمة الاجتماعية من منظور إسلامي:

اهتم الإسلام بجميع فئات المجتمع وحرص على تعليم ورعاية الضعفاء وذوي الاحتياجات الخاصة وكفل الدين الإسلامي جميع حقوقهم، وعمل على رعايتهم تحت النظام الإسلامي وعلى حمايتهم والوقوف بجانبهم ومساعدتهم (حسن، 2020، 330-331).

كما أن الدين الإسلامي يرفض التحقير أو السخرية ويدعو الآخرين إلى احترام البعض، ويقوم بتقييد كل ما من شأنه تقليل أو تشويه صورة الإنسان، كما أنه يدعو إلى التسامح وتقبلهم لبعض، وهذا ما يتبين من الآية الكريمة: {يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّنْ قَوْمٍ عَسَىٰ أَن يَكُونُوا خَيْرًا مِنْهُمْ وَلَا نِسَاءٌ مِّنْ نِّسَاءٍ عَسَىٰ أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِنْهُنَّ وَلَا تَلْمِزُوا أَنْفُسَكُمْ وَلَا تَنَابَزُوا بِالْأَلْقَابِ بِئْسَ الْأَسْمُ الْفُسُوقُ بَعْدَ الْإِيمَانِ وَمَن لَّمْ يَتُبْ فَأُولَٰئِكَ هُمُ الظَّالِمُونَ} [الحجرات: 11].

وكثيراً من الآيات القرآنية التي تحرم من احتقار المسلمين وأن نحترم البعض وخاصة إذا كان من ذوي الاحتياجات الخاصة كطفل التوحد. حيث إن الإسلام أعطى للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كطفل التوحد جميع حقوقهم وحرص على دمجه من أفراد مجتمعهم، كما حرص على تعليمهم السلوكيات السوية فهم أفضل وأكرم عند الله من ألف صحيح معافٍ، وهذا ما قاله الله تعالى: {إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ} [الحجرات: 13]. فالأفضل عند الله هو التقي وليس الصحة أو المال أو الصورة الخارجية (حسن، 2020، 331).

المبادئ الأساسية لنظرية الوصم الاجتماعي:

تقوم نظرية الوصم الاجتماعي على فرضين أساسيين: أن الانحراف لا يقوم على نوعية الفعل، بل نتيجة الفعل، والثاني بأن الانحراف عملية اجتماعية تقوم على المنحرف ورد الفعل الاجتماعي تجاه الشخص المحترف. وتؤدي التنشئة الاجتماعية دوراً مهماً في الاعتقادات والأفكار، فكلما زاد اعتقاد الفرد بأنه ذو مكانة أقل من أقرانه أدى إلى زيادة شعورية بالتهديد الاجتماعي ونبذ التفاعل مع الآخرين (إبراهيم، 2021، 375).

ومن هنا فالعبرة الناشئة التي تظهر للطفل والأمهات والتي تتعرض لعملية الوصمة الاجتماعية يترتب عليها صفة ازدرائية تلصق ويترتب عليها جزاء سلبي أو تعبير عن استهجان أو ممارسة أنماط سلوكية سلبية؛ تؤدي إلى التأييد الاجتماعي، فضلاً عن فقدان المكانة الاجتماعية (آل رشود، 2017، 23).

ومن ثمَّ يُمكن تحديد مفهوم الوصمة الاجتماعية من خلال العمليات التالية كما يراها كلٌّ من (الفقيه والورفلي، 2022، 47):

- يتحدد نوع السلوك من خلال مدى موافقته للقواعد الاجتماعية ومنها يتم تحديده سواء كان سويّاً أو غير سوي تبعاً لردود الأفعال الاجتماعية تجاهه، ولا يرجع إلى السلوك ذاته.
- عندما يدرك المتخصصون الاجتماعيون سلوكاً ما؛ فإنهم قد يصمون بالمرض النفسي أو العقلي، فإنَّ هذا السلوك تلصق به صفة مريض عقلي أو نفسي.

- يتنسم المجتمع الإنساني بوجود مجموعة من القواعد الاجتماعية التي تحدد السلوك وتحفظ للمجتمع توازنه واستقراره.

- ينظر المجتمع إلى الوصم بأنه مريض مع السمات الأخرى الموجودة لديه.

- تُعد ردود أفعال المجتمع واتجاهاته السلبية نحو الموصومين اجتماعيًا معبرًا عن الاستنكار والسخرية والرفض الاجتماعي، كذلك الذنب الاجتماعي الموجه للأطفال ولأمهاتهم؛ مما يؤدي إلى العزلة الاجتماعية لأمهات أطفال التوحد.

ويتبين مما سبق أن نظرية الوصم الاجتماعي تنظر إلى السلوك بأنه: وصمة تُطلق على الطفل أو الشخص الذي يُظهر سلوكًا منحرفًا عن القواعد ومعايير المجتمع؛ وبذلك يُمكن فهم عملية الوصم الاجتماعي بالتوحد من خلال سياق الأبعاد النظرية التي وضعها نظرية الوصم الاجتماعي؛ حيث إن تصنيف الأفراد حسب الاختلاف؛ والاختلاف هنا قد يكون بسبب إعاقة كالتوحد تسبب المتاعب والمشكلات الاجتماعية والتي تقرن هؤلاء الأطفال بالخصائص السلبية التي تؤدي إلى التمييز والرفض والاستبعاد، وفقدان أمهات أطفال التوحد قيمتهن وذاتهن، بالإضافة إلى حرمانهن من العلاقات الاجتماعية وتجنب التعامل مع الأمهات.

كما أن نظرية الوصمة الاجتماعية تتفق مع مدلولات رئيسية وذلك بأن الوصمة الاجتماعية تحدث من خلال ردود فعل المجتمع ومن خلال التقييم من قبل الأفراد؛ ومعنى ذلك أن الوصمة الاجتماعية كل ما يخالف المجتمع، كذلك نظرة الآخرين لطفل التوحد النظرة السلبية التي تؤدي إلى التقييم السلبي لأطفال التوحد ولأمهاتهم؛ وهنا ما تسببه ثقافة أفراد المجتمع اتجاه هؤلاء الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأمهم.

وقد كان بيكر ضمن مؤسسي نظرية الوصمة الاجتماعية، واعتمدت فكرته أن الاختلاف الاجتماعي ليس فردًا بطبيعته وإنما يصبح مختلفًا؛ لأنه صنف على هذا النحو، ويتكوّن مفهوم الاختلاف من خلال وضع قواعد ينتج عنها مخالفتها التمييز؛ وبالتالي يتم تصنيفهم وتسميتهم بأنهم غرباء وذلك من وجهة نظر الآخرين، وأن هذا الاختلاف ليس نوعية الفعل الذي يرتكبه الشخص وإنما نتيجة لتطبيق القواعد من قبل الآخرين، كما أكدت هذه النظرية أنها ضد أولئك الأفراد الذي يتم تصنيفهم أنهم مختلفون تبعًا للسمات المحددة أو السلوكيات التي تعارض المجتمع (Becker, 1963, 132). حيث يركز هذا البحث عن تأثير الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد وعلى آليات التكيف التي يُمكن استخدامها لمواجهة الوصمة الاجتماعية.

وتتكوّن نظرية الوصمة الاجتماعية من حيث علاقتها بالسلوك الجانح شاملة الأبعاد الآتية:

- تهتم نظرية الوصمة الاجتماعية بالسلوك السلبي والمنحرف الذي يرتبط بتدني مكانته، مع وجود رد فعل من قبل المجتمع نحو رفض السلوك.

- الوصمة الاجتماعية لها العديد من المظاهر والأشكال التي ترتبط بالسمات تبعًا لكل نوع من أنواع السلوك السلبي أو المنحرف، ومن بينها الكلمات التي تشين الذات، وتحمل معاني الضياع والانحراف (Erving, 1964, 4-9).

- أما عن نظرية شف: حيث ركزت نظرية شف على الوصم في مجال المرض العقلي، ويحدد الوصم عديداً من السلوكيات الاجتماعية؛ حيث يُعد وصم شخص بأنه طفل ذو اضطراب التوحد مدخلاً لتشكيل مجموعة من التوقعات الاجتماعية تؤدي لنمط ثابت من السلوك الشاذ الذي لا يتوافق مع مجتمعه؛ وبالتالي فإن التوحد نوعٌ من العقاب الاجتماعي (Scheff, 1966, 45).

وبناءً على ذلك فإن الانحراف ينشأ نتيجة لمخالفة المجتمع وثقافته وعاداته وتقاليده، وأن الجماعة هي التي تساعد على خلق الانحراف بوضعها قواعد اجتماعية ضد هؤلاء الأطفال؛ ومن ثمّ وصمهم بالخارجين عن عادات وثقافة المجتمع؛ وبذلك نجد أن طفل التوحد تمّ إلصاق الوصمة الاجتماعية عليه، وبعد ذلك يوصم الأمهات بالوصمة الاجتماعية من قبل المجتمع؛ وهذا نتاج مخالف للمعاني الملصقة بهؤلاء الأطفال.

ميكانيزمات الوصمة الاجتماعية:

تعددت ميكانيزمات الوصمة الاجتماعية وتأثيرها على الطفل الموصوم والأم وانعكاساتها على الصعيد النفسي والاجتماعي وعلى استجاباته والسلوكيات، ويمكن تحديد ميكانيزمات الوصمة الاجتماعية فيما يلي:

التوقعات والتوجهات السلبية: يعاني من نقص في قدراتهم على إشباع ذواتهم بسبب عدم القدرة على التعامل السوي مع الآخرين، فإنّ العلاقات الاجتماعية الناجحة تؤدي إلى الشعور بالسعادة والاطمئنان، أما افتقارها يؤدي إلى فقدان العلاقات الشخصية والاجتماعية وابتعادهم عن الآخرين، وعدم الرغبة في التواصل الاجتماعي (Darley & Fazio, 1980).

الأفكار والسلوك السلبي المباشر والنمطي: للوصم مسميات وصفات غير مرغوبة من قبل الآخرين تؤدي للحرمان من التقبل الاجتماعي والشعور بالاختلاف عن المجتمع في خاصية ما سواء الجسدية أو العقلية والنفسية أو الاجتماعية؛ ممّا يجعله مغترباً عن مجتمعه فيسبب في حالة من الرفض الاجتماعي، وعدم التوازن النفسي والاجتماعي (مغازي، 2018، 49).

السلوك السلبي والتمييز: يتعرض الأطفال الموصومون وأمهم لوصمات معينة كالمرض النفسي وغيره من سلوكيات سلبية، كذلك واتجاهات سلبية كالتعليم أو العمل، أو أماكن الرعاية الصحية (Crandall, 2003, 17). وبالتالي كل هذه السلوكيات تؤثر على صحتهم النفسية كذلك على اتزانهم النفسي؛ وتؤدي لسوء العلاقات أو الاندماج الاجتماعي (مغازي، 2018، 48).

مراحل الوصمة الاجتماعية التي يمرُّ بها أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

تمرُّ أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد لعدة مراحل كما حددها خليل (2006، 27-28) فيما يلي:

- المرحلة الأولى: يتم فيها رد فعل المجتمع على سلوكيات أطفالهنّ.
- المرحلة الثانية: تتمثل في ردود أفعال المجتمع التي تتخذها الأمهات شكلاً من أشكال العقوبات الاجتماعية.

- المرحلة الثالثة: تكرار السلوكيات أو الانحرافات التي يقوم بها طفلها.
- المرحلة الرابعة: ردود أفعال اجتماعية أشد عمقاً وقسوة، ويتم الرفض الاجتماعي الصريح.
- المرحلة الخامسة: يزداد الانحراف وتكون مرحلة الرفض والعقاب.
- المرحلة السادسة: يقوم المجتمع باتخاذ ردود أفعال صارمة تأخذ وصم المنحرف بوصف الانحراف.
- المرحلة السابعة: يزداد الانحراف كرد فعل مباشر على المجتمع ومواجهته.
- المرحلة الثامنة: تتقبل الأمهات وأطفالهم رفض المجتمع وتقصص الشخصية المنبوذة الجديدة المرفوضة من أفراد المجتمع.

المحور الثالث: الحيويّة الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد

يُعد مفهوم الحيويّة الذاتية من المفاهيم الحديثة في علم النفس الإيجابي، فهي تمثل القوة المحركة للذات والتي تدفعه للعمل باستمرار واستقلالية في الأنشطة المهمة لدى الأمهات. وعلى الرغم من حداثة المفهوم فجزوه توجد في الفلسفات الشرقية القديمة؛ حيث إنّ مفاهيم الطاقة الحيويّة موضوعات مركزية في مجموعات متنوعة من الفلسفات الشرقية (Peterson & Seligman, 2004, 275).

فالحبوية الذاتية هي بناء اقترحه (Rayan & Frederick, 1997, 530) وافترض أنه يمثل تجربة المرء الواعية التي تؤكد امتلاك الفرد للطاقة والحيويّة؛ بمعنى أنها كيان مليء بالطاقة والحياء والحماس، وأكد بأنّ الحبوية الذاتية في مستوى أقل، أما الإرهاق والتهيج يؤثران على القدرة بالقيام بهذه الأنشطة.

كما نرى أن الحبوية الذاتية وفقاً لما يراه (Rayan & Deci, 2000) بأنّها تُعد من الخصائص الأساسية الدافعة لتحقيق الذات؛ ممّا تسهم في التقدير الإيجابي وتقلل من مشاعر الاكتئاب والقلق والضغوط، وتسهم في تحمل الصعوبات وضغوطات الحياة.

فالحبوية الذاتية هي وقود الحياة، فهي ليست فقط نشاطاً جسدياً وإنما تحتفظ بالحماس والحيويّة، كما أنها تعزز من الآراء وتسرع من الشفاء من الاضطرابات، كما أنها تعمل على انخفاض القلق وضبط النفس وزيادة الثقة بالنفس (Lavrusheva, 2020, 1-2).

حيث نشأ مفهوم الحبوية الذاتية من نظريّة تقرير المصير؛ حيث اعتمد وصف الأفراد الحيويين بالتمتع بالنشاط والحيويّة والطاقة والدافعية الذاتية التي تمكنهم من القيام بالمهام، كما يعتمد على قدرتهم وعلى ثقّتهم بأنفسهم في أداء المهارات (Fini et al., 2010, 154).

كما تهتم نظريّة تقرير المصير بالعوامل الاجتماعية؛ حيث إنّها تُعد عاملاً رئيسياً في تسهيل أو تعيق ازدهار الفرد؛ حيث تعمل على دراسة الظروف البيولوجية والاجتماعية والثقافية التي تعزز أو تضعف من القدرات البشرية المسؤولة على النحو النفسي والصحة والاندماج (Rayan & Deci, 2017, 3).

ويستخدم مفهوم الحيويّة الذاتية في العديد من النظم والسياقات العلميّة، إلا أن علم النفس الإيجابي يُعدّ الجمال الرئيسي الذي يقود هذا المفهوم، فالشعور بالحيوية والطاقة والنشاط والهمة والإقدام على الحياة جانب مهمّ للخبرة البشرية ومؤشّر مهمّ ورئيسيّ من مؤشرات جودة الحياة النفسيّة (سليم، 2016، 185).

فثُعدّ الحيويّة الذاتية المستوى الأعلى من الصحة والرفاهية النفسيّة ويؤدي إيجابها وتعزيزها والحفاظ عليها دوراً فعالاً في سلوكيات الأمهات وحياتهنّ (Fine et al., 2010, 152). حيث تُعدّ الحيويّة الذاتية أحد مرتكزات علم النفس الإيجابي الذي يركز على القيم الإنسانيّة والفضائل ومكامن القوة التي تهدف إلى فهم الذات وتحقيق الأهداف.

كما تُمثّل الحيويّة الذاتية أحد مؤشرات الصحة النفسيّة؛ ويرجع ذلك لما تشمله من الشعور بالحماس والنشاط والحيويّة والإقبال على الحياة (Deci & Ryan, 1985). كما تؤدي الحيويّة الذاتية دوراً فعالاً في ارتفاع تقدير الذات وارتفاع فاعليّة الذات، كذلك الشعور بالرضا والطموح والتوجه نحو المستقبل، وهذا ما أكدته دراسة كلّ من (Mohatasham, 2023) من حيث ارتباطه بالدور الفعّال للحيوية الذاتية في تأثيرها على فاعليّة عمليّة التعلم، وإشارة دافعية الأطفال نحو التعلم.

كما أن الحيويّة الذاتية مؤشّر مهمّ لعملية التنظيم الانفعالي، فالحيوية الذاتية تؤدي دوراً مهمّاً وفعالاً في تمثيل الحال الجسميّة والعقليّة المثلى، وهذا ما أشارت له دراسة (Mchson pouj, 2023) إلى أن الحيويّة الذاتية مؤشّر فعّال لعملية اليقظة العقليّة، كذلك يكمن دورها في تنمية فاعليّة الأمهات في التمتع بالمبادرة في حل المشكلات، كذلك التمتع بدرجة عالية من الفاعلية الذاتية.

كما تنبثق أهميّة الحيويّة الذاتية وفهمها من خلال نقيضها وهو متلازمة الإرهاق النفسي المزمن؛ بمعنى أن انهيار التعرّف على المقاومة والشكوى الدائمة من الآخرين؛ ممّا يؤثر في طاقاتهم ووظائفهم فيشعرون بالضعف البدني والتعب، كما ينسحب من التفاعلات الاجتماعيّة (مصطفى، 2018، 37).

حيث إنّ الحيويّة الذاتية لها دور فعّال وإيجابي على حياة الأمهات وأدائهنّ وكفاءتهنّ في حياتهنّ وطاقتهنّ والتزامهنّ بالعمل (فرحات، 2023، 327-328). فالحيوية هي أعلى نقطة في الصحة والرفاهية النفسيّة وأنّ تعزيزها له دور فعّال في الإجراءات الأخرى لحياتنا، فالوصول إلى الحيويّة الذاتية وتعزيزها أمر مهمّ، بالإضافة إلى وقوعها للحياة اليومية (Finis et al., 2010, 155).

حيث إنّ الحيويّة الذاتية ترتبط بالعديد من المفاهيم كاللتنعم والرفاهية والكفاءة الذاتية والنشاط البدني والعاطفة الإيجابية والاكتفاء الذاتي، واحترام الذات والرضا عن الحياة والدوافع الذاتية، ويظهر ذلك بنحو أفضل عند أداء الأنشطة والتعامل بنحو أفضل مع الإجهاد (McNair et al., 197, 27).

فالحيوية الذاتية تشير إلى أن تكون الأمهات متيقظة ومليئة بالطاقة والنشاط والحماس، كما أنها تكون قادرة على أداء المهام بدون الشعور بالتعب والإجهاد؛ وبذلك فإنّ الحيويّة الذاتية تنبع من

داخل الأمهات، وتنشأ كطاقة ناتجة عن تهديد معين من البيئة الخارجية (Fini et al., 2010, 15-151).

فهي تمثل بناءً ديناميكياً معقداً؛ حيث إنها تتأثر بكافة العوامل المادية، فهي تعمل على الشعور الإيجابي بالحيوية، وتكون ذات أهمية ظاهرة وواضحة في الصحة النفسية والتحفيز والرفاهية (Kawabata et al., 2017, 1793)، كما يمكن التنبؤ بالحيوية الذاتية وذلك من خلال القدرة على التكيف الاجتماعي، وجودة العلاقة مع الآخرين (Miksza et al., 2021).

وبذلك فالحيوية الذاتية تُعد من المتغيرات الإيجابية التي ترتبط بالشعور الإيجابي، فهي تهتم بالجانب السوي والإيجابي في الشخصية، ودراسة مكامن القوة البشرية الإيجابية كالدافعية والحماس والنشاط والطاقة (Kacker, 2015, 928). ويمكن تعريف الحيوية الذاتية بأنها: حالة الفرد الإيجابية التي تعني الشعور بالحماس والتفاؤل والحياة، والإحساس بالطاقة الشخصية (Vieira & Aquino, 2016, 497).

ويرى كلٌّ من أبو حلاوة الشربيني (2016، 224) بأنَّ الحيوية الذاتية هي دافعية تميز الأفراد عن بعضها؛ ممَّا تزيد من ثقتهم في النجاح واستمرار نشاطهم. ويرى جاسم والسباب (2021، 204) بأنَّ الحيوية هي الشعور الفردي للطاقة الداخلية التي تدفع للرضا والتفاؤل في الحياة والعمل بهمة ونشاط، كما أنها تتأثر بالعوامل الفسيولوجية والنفسية.

كما يُعرف عبد الفتاح (2020، 269) الحيوية الذاتية بأنها: الشعور العام بالطاقة الحيوية والحماس، مع التمتع بالتركيز العالي في أداء المهام والأنشطة والتطلع لكل ما هو جديد في حياته. كما يُعرف إبراهيم (2016، 182) بأنَّ الحيوية الذاتية حالة من الشعور الإيجابي المليء بالحيوية والطاقة والنشاط تظهر في صورة الحمس والإحساس بالقوة، وتتجسّد في مشاعر الكفاءة والانتعاش.

وترى مصطفى (2018، 45) بأنَّ الحيوية الذاتية هي امتلاك الفرد للقوة والطاقة التي تمكنه من استمرار الحياة ذات معنى وهدف. كما أن الحيوية الذاتية هي الشعور الواعي بالطاقة الإيجابية والحيوية، فهي الخلو من الصراعات والقيود الخارجية وتزداد مع الشعور بالاستقلال والتكامل، وتتنخفض مع ظهور الخلافات والمطالب على أنها تهديد الذات (Gocet Tekin & Satıcı, 2014, 2064).

ويُعرف العبيدي (2020، 29) بأنَّ الحيوية الذاتية هي الامتلاء بالسعادة والفرح والسرور والحماس الذي يُمكن من مواجهة القلق والتوتر والضغط للوصول إلى الأداء الأفضل، بالإضافة إلى التمتع بالسلامة البدنية التي تحقق الهدف المرجو منه.

فالحيوية الذاتية هي الشعور بالحماس والنشاط والإقبال على الحياة، ويظهر ذلك في نظرته الإيجابية للحياة، كذلك قدرته على التحكم في انفعالاته وسلوكياته، كذلك التمتع بالصحة الجسميّة والطاقة العقليّة (فرحات، 2023، 333).

ويرى Kark & Carmelli (2009, 785) بأنَّ الحيوية شعور بالحماس والنشاط تجاه الأحداث الحياتية المتوقعة من الناحية الفسيولوجية والعقلية، وأنها ليست منعزلة أو منفصلة عنها. كما

يرى كيريري ومفتاح (2022، 7) بأنَّ الحيوية الذاتية هي الشعور بامتلاك قدر من الطاقة البدنية التي تساعد على الوصول لتحقيق الأهداف دون الشعور بتعب أو ملل، كذلك تمكن الحيوية الذاتية من التفكير المرن ومواجهة الضغوط والمشكلات.

حيث إنَّ الحيوية الذاتية هي حالة من الشعور الإيجابي للحياة؛ ممَّا تمكننا من التحمس نحو المستقبل والإقدام على الحياة والدافعية الإيجابية المستمرة؛ من أجل الوصول للأداء الأفضل (فرج وآخرون، 2023، 134). فالحيوية هي الشعور بالانتعاش الممتلئ بالطاقة والرغبة في الحياة، فكلما كانت الحيوية مرتفعة أدت إلى الوصول إلى مستوى عالٍ من الأداء في الأنشطة المختلفة (Abolghasemine Jad et al., 2022, 203).

كما يرى Vanden Bos (2013, 616) بأنَّ الحيوية الذاتية هي حالة من الشعور بالنشاط والقوة والحماس في أمر ما يحتاج لتنفيذه، فالحيوية تُعد طاقة عامَّة للحياة. والحيوية الذاتية هي امتلاك الفرد للدافعية والحماس التي تسهم في أداء المهام بشكل فعَّال سواء على المستويات العقلية أو الجسمية أو النفسية (حنور والطار، 2022، 605).

كما يُعرفها Dodge et al. (2022, 1) بأنَّها: شكل من أشكال الرفاهية النفسية التي تدل على امتلاك الفرد لمستوى أعلى من الطاقة تمكنه من التكيف مع بيئته، فهي مؤشرٌ مهمٌ على الصحة البدنية والرفاهية العامة. فالحيوية الذاتية هي ظاهرة ديناميكية ترتبط بالقدرة على تحمل المتاعب والضغوط وأداء المهام بفاعلية، وإقامة العلاقات الاجتماعية والتأثير في الآخرين (عرفة، 2021، 153).

كما أن الحيوية الذاتية هي حالة نفسية تجعلنا نشعر بأنَّ أفعالنا لها معنى وهدف (Wizior, 2020, 6). وترى عبد البر (2020، 246) بأنَّ الحيوية الذاتية هي حالة من الشعور الإيجابي بالسعادة والتفاؤل والطاقة والحيوية التي تكون في شكل التحمس، ويعتقد بأنَّها تجسيد لمشاعر الكفاءة بأنَّ الفرد نشيطاً ومنتجاً وفعالاً.

ويوضح Rayan& Frederic (1997, 529-530) أن الحيوية الذاتية هي الشعور المليء بالإيجابية والحماس والطاقة والنشاط الذي ينتج عنه خبرة نفسية محددة تؤثر على رفاهية وصحة الفرد، كذلك الطاقة الذاتية المتاحة. وعرفت أيضاً الحيوية الذاتية بأنَّها: حالة إيجابية تزداد مع ظهور السلوكيات التي تظهر عامل الاستقلال أو الدافع الذاتي، وتنخفض عند الشعور بالسيطرة والقمع من قبل الآخرين (Deniz & Satıcı, 2017, 219).

ويرى Chu & et al. (2018, 3) بأنَّ الحيوية الذاتي هي الشعور الإيجابي بوجود طاقة ذاتية تنعكس بالرفاهية الجسدية والنفسية، وتنبع هذه الرفاهية من منظور ديناميكي فهي تهتم بالقيم والمعتقدات.

ويُعرف Kubzansky (2007) الحيوية الذاتية بأنَّها: هي الشعور بالإيجابية والحماس والطاقة، والقدرة على ضبط وتنظيم الانفعالات والسلوكيات، والقدرة على الإقبال على الحياة والشعور بالقوة والطاقة. فالحيوية الذاتية هي الشعور بالنشاط والحماس

اتجاه نشاط ما يختارها المشاركون فيها، فهي تمثل قوة روحية أو حياة روحية تكمن وراء النمو ومقاومة المرض (Peterson & Seligman, 2004, 274).

كما يُعرف (Green 2006) بأنَّ الحيوية الذاتية هي الطاقة النابعة من الفرد نفسه، كذلك الشعور بالطاقة الإيجابية والقدرة على توظيفها. فالحيوية الذاتية هي الشعور بالقدرة الكافي من الطاقة البدنية التي تمكن من تحقيق الأهداف دون الشعور بالتعب أو الملل، كما هي امتلاك قدر من اللياقة الاجتماعية التي تمكن من بناء علاقات اجتماعية ناجحة (طه وآخرون، 2024، 265).

كما يُعرف (Garg & Sarkar 2020, 322-323) الحيوية الذاتية بأنها: الطاقة التي تحافظ على الصحة النفسية والبدنية، فهي تشير إلى قوة الحياة. وعُرفت البناء والحفاوي (2022، 344) الحيوية الذاتية على أنها امتلاك مقومات التحمس والإقبال على الحياة بفاعلية؛ ممَّا يتيح القدرة على ضبط وتنظيم السلوكيات؛ ممَّا تسهم في الاندماج مع الحياة بنشاط وفاعلية.

كما عرفتها أحمد (2023، 184) بأنها: الشعور بالإيجابية نحو جودة الحياة والطاقة والحماس والفاعلية والإنتاجية؛ ممَّا يساعد على الإقبال على الحياة بهمة ونشاط. فالحيوية الذاتية هي امتلاك الفرد للطاقة وشعوره بالإثارة الإيجابية والإقبال والانتعاش والحماس والفرح ممَّا يدعمها الإحساس بالهدف واستثمار الطاقة الإيجابية في الوصول للهدف والتفاعل مع الآخرين (Rozanski et al., 2005, 614).

ويرى كلُّ من عبد الرحيم وبديوي (2023، 184) بأنَّ الحيوية الذاتية هي الشعور الإيجابي الملائم للحياة والطاقة التي تتصف بالحماس وامتلاك الحيوية، والتي تدفع إلى الاستمرار في الحياة بمعنى وهدف واضح وبهمة ونشاط. والحيوية الذاتية هي تلك الأفكار والمشاعر والسلوكيات الإيجابية التي تدل على النشاط والطاقة والحماس والدافعية في أداء المهام بفاعلية وكفاءة، والمرتبطة بمستوى مرتفع من الصحة البدنية والطاقة الانفعالية والحيوية الانفعالية والاجتماعية والروحية التي تحفز نحو الاندفاع الإيجابي في الحياة (المصري، 2020، 243).

وبذلك فإنَّ الحيوية الذاتية هي وجود نشاط وطاقة وحماس كافٍ يساعد على القيام بالمهام بنجاح، كما يُمكن من التفاعل الإيجابي بفاعلية وكفاءة؛ ممَّا يُمكن من تحقيق الأهداف بنجاح (الرشدان، 2022، 319). ويُعرف عبد الصمد وآخرون (2020، 10) الحيوية الذاتية بأنها: الشعور بالنشاط والطاقة والتي تغلب عليه الانفعالات الإيجابية، كذلك الدوافع الداخلية للأداء الفعَّال.

ومن هنا فالحيوية الذاتية هي الطاقة الداخلية النفسية التي تمكن الأمهات من تنظيم الأفكار والمشاعر والسلوكيات والتصرف بطريقة إيجابية قائمة على المبادرة والفاعلية الذاتية والالتزام واليقظة، والقدرة على المواجهة الإيجابية للضغوط الاجتماعية والأحداث الحياتية، فالحيوية الذاتية تقع ضمن نقاط القوة في الشخصية، فهي تساعد على تمتع الأمهات بالصحة العقلية، كذلك الرضا عن الحياة والطموح والتوجه نحو المستقبل، كما أنها امتلاك الأمهات القدر الكافي من اللياقة العقلية التي تمكنهنَّ من التفكير المرن لحل المشكلات ومواجهة الضغوطات، كذلك امتلاكها اللياقة الانفعالية التي تمنحها الحماس والدافعية التي تمكنها من مواجهة التحديات والعوائق التي تواجهها، وتقاس من خلال الدرجة التي تحصل عليها أمهات أطفال التوحُّد على مقياس الحيوية الذاتية للبحث الحالي.

أهمية الحيويّة الذاتية:

تُعدّ الحيويّة الذاتية علامة على الأداء البشري الأمثل، فهي لها التأثير الإيجابي الفعّال على الصحة والمعرفة الجسديّة والنفسية والرفاهية النفسيّة، وتحسين الأداء (Lavrusheva & Olga, 2020, 4). وهذا ما أشارت إليه دراسة (Singh, Sharma, 2018) (Alborzkoul et al., 2015) بأننا في تعزيز الحيويّة الذاتية من خلال تحسين الرفاهية النفسيّة؛ وهذا يدل على العلاقة الارتباطية بين الحيويّة والرفاهية النفسيّة، كما أن الحيويّة الذاتية كلما كانت مرتفعة أدت إلى إعادة التوازن النفسي والاجتماعيّة للأمهات ومكّنتها من مواجهة الضغوط الحياتية بنحو صحيح.

وهذا ما أكدّه (Allen & Kiburz, 2012, 378) بأنّ الحيويّة الذاتية أداة داعمة للنجاح في أداء المهام، كما أنها تمكن من التعامل مع الضغوط بمختلف أنواعها، فالحيوية الذاتية تعمل على تعزيز حل المشكلات، وتحسن من الأداء والاستعداد بشكل أكبر لمواجهة التحديات والمسؤوليات (Padhly et al., 2021, 7).

وهذا ما أشارت له دراسة البدرماني (2024) بالعلاقة الارتباطية بين أبعاد الحيويّة الذاتية وارتفاع الأداء الأكاديمي، فالحيوية الذاتية أحد جوانب الوقاية ضد الاضطرابات السلوكيّة والنفسية، فهي تؤثر بشكل مباشر على الصحة النفسيّة وعلى حيوية ونشاط الأمهات.

كما يذكر (Akin et al., 2016, 517) بأنّ الحيويّة تزيد من اليقظة والنشاط؛ ممّا تؤدي إلى التعامل مع الضغوط والمشكلات بشكل أفضل، كما تسهم في امتلاك المزيد من الطاقة وتحسّن الصحة العقليّة. وهذا ما أشارت له (Arslan, 2021) بأنّ الحيويّة الذاتية وسيط بين التكيف النفسي والانتماء، كذلك تعزيز الصحة النفسيّة والعقليّة.

كما تظهر أهمية الحيويّة الذاتية في السمات الإيجابية في الشخصية؛ حيث تمكن الأمهات من التعامل الإيجابي مع الآخرين والشعور الحماسي والابتهاج نحو الحياة؛ وذلك لأنّ الحيويّة الذاتية تُعد بمثابة محفز لاكتساب السمات الإيجابية، وهذا ما أكدته دراسة (مصطفى، 2018) على الدور الفعّال للحيويّة الذاتية في تحسين السمات الشخصية والمشاركة الفعّالة مع الآخرين، كذلك تساعد على تحسين الأداء والوصول للأهداف المحددة.

كما تشير دراسة العبيدي (2020) بأهمية الحيويّة الذاتية؛ لأنها تزيد من الانتباه بشكل أفضل، كما تزيد من الرغبة في أداء المهام وتحسين الذاكرة؛ وبذلك يكونون أكثر إبداعاً وإيجابية، بالإضافة إلى التمتع بروح المبادرة والمثابرة مع توافر المشاعر النفسيّة والإيجابية المقترنة بالطاقة والتحمس والإقبال على الحياة. وهذا ما أشارت له دراسة (سيد، 2022) على أننا يُمكن التنبؤ بالحيوية الذاتية من خلال مستويات الرضا عن الحياة لدى الأفراد.

فالحيوية الذاتية مصدر مهمّ للمحافظة على الرفاهية النفسيّة والازدهار، كما أنها تعمل على الشعور الإيجابي بالسعادة والتفاؤل؛ ممّا تجعل الأمهات أكثر مرونة عند التعامل مع التحديات والضغوط. حيث أكّدت نتائج دراسة كل من (Akin, 2012) بأنّ السعادة الذاتية مؤشر مهمّ للتنبؤ من خلالها بالحيوية الذاتية؛ وهذا يدل على العلاقة الارتباطية بين السعادة الذاتية والحيويّة الذاتية.

كما أشارت نتائج دراسة (Garg & Sarkar (2020 بأن المرونة والامتنان عاملان مهمان لحدوث الحيوية الذاتية؛ وذلك لكي نحصل على الحيوية الذاتية لا بد وأن تتمتع الأمهات بقدر كافٍ من المرونة والامتنان حتى تمكنها من المواجهة والتعامل مع الحياة بكفاءة وفاعلية أكثر. كما أن الحيوية الذاتية تمكن الأمهات وتجعلن أكثر صلابة ومقاومة للتحديات والأعباء، كذلك مواجهة للضغط.

وهذا ما توصلت له دراسة كيري (2022) بوجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين الحيوية الذاتية والصلابة النفسية لدى موظفات جامعة جازان. كذلك توصلت دراسة شاهين (2024) بوجود العلاقة الحيوية الذاتية بالصلابة النفسية، وأنها يمكن التنبؤ بالصلابة النفسية من خلال أبعاد مقياس الحيوية الذاتية.

كما أشارت دراسة (Arslan et al. (2020 بأن الحيوية تقلل من الآثار السلبية للإجهاد وتزيد من القدرة على التكيف مع الأقران. كذلك دراسة (Mikasa et al. (2021 بأن الإجهاد مؤثر سلبي للحيوية الذاتية على عكس الكمالية الذاتية؛ وبذلك يؤثر على العلاقات مع الأقران ويزيد من آثار الإجهاد على العلاقات مع الآخرين.

كما تزيد الحيوية الذاتية من القدرة على القيام بعمليات التفكير، ويظهر ذلك واضحاً عند المرور بمشكلة أو صعوبات، فالحيوية تمكنها من التعامل بكفاءة وذلك من خلال استخدام استراتيجيات عمليات التفكير، وهذا ما أوضحته دراسة (الرشدان، 2022)؛ (محمد، 2020)؛ (Hossin Panah, 2021)؛ (Kazemi anmo shadam, 2021) بأن وجود الحيوية الذاتية تمكن من التفكير الإيجابي في حل المشكلات، كما يسهم ذكاء الأفراد ومستوى الثقافة في زيادة القدرة على التعامل مع التحديات بشكل أكثر فاعلية، كما تسهم الحيوية الذاتية في تنمية التكيف الأكاديمي من خلال تنمية التفكير الإيجابي والتصدي للروح السلبية؛ مما تدفع إلى المشاركة الفعالة في التعلم.

وهذا ما أكدته نتائج دراسة (عبيد وزيد، 2025)؛ (كمال، 2022)؛ (Saricam, 2015) بأهمية الحيوية الذاتية في تحقيق التكيف الأكاديمي والكفاءة الذاتية، كما أنها تقلل من الشعور بالإرهاق المدرسي. وأكدت النتائج بأن الطلاب الذين يتمتعون بأكبر قدر من الحيوية الذاتية تمكنهم من الحصول على الكفاءة الذاتية؛ فيصبحون أكثر قدرة وطلاقة وحيوية.

وتساعد الحيوية الذاتية على تنظيم العاطفة النفسية والتحكم النفسي الإيجابي في مواجهة الضغوط والمسؤوليات، ويظهر ذلك واضحاً في نتائج دراسة (Abbasi & Yousef, 2020)؛ (Asi et al., 2022) بأن الحيوية الذاتية تسهم في التنظيم المعرفي العاطفي، كما أنها تقلل من أنماط التعلق (التجنب، والتناقض)، فيمكن القول بأن هناك علاقة موجبة بين الحيوية الذاتية والتنظيم العاطفي للأمهات.

أبعاد الحيويّة الذاتية:

تتعدد مكونات الحيويّة الذاتية، ويمكن توضيح مكوناتها الخمسة الأساسيّة على النحو الآتي:

- **الحيويّة العقلية:** تعني الحيويّة العقلية بامتلاك الأمهات للطاقة العقلية واليقظة والدافعية العقلية التي تساعد على تنمية التفكير المقترن الهادئ، كما تمكن الأمهات من تحمل الضغوط والتعامل مع المشكلات بكفاءة وفاعلية (المصري، 2020، 247؛ مصطفى، 2018، 44).
- إنَّ امتلاك الأمهات لهذه الطاقة الذهنية الكافية تمكنهنَّ من تطوير أدائهنَّ وقدراتهنَّ، وقدرات على تحليل المشكلات والأفكار وإيجاد طرق لحلها والتغلب على الصعوبات منها.
- كما بيّن Kurtus (2022) بأنَّ الحيويّة العقلية تمكن الأمهات من امتلاك عمليات التفكير بوضوح فيكون لديها قدرات عقلية، هذه القدرات تتعامل مع كافة المشكلات، وتعمل على تحسين قدرتهنَّ على التحمل وضبط سرعة التفكير من خلال اكتساب القوة العقلية والاستراتيجيات الجيدة.
- كما تقتضي الحيويّة العقلية تمتع الأمهات بمستوى مناسب من الصحة النفسية؛ وذلك لأنَّ الغضب الانفعالي أو الضيق قد يعيق الأداء الوظيفي للدماغ؛ ممَّا يؤثر في العمليات المعرفية بشكل سلبي، وتطرح تفسيرات نظرية عديدة لوصف الحيويّة الذاتية تصورات؛ حيث تصف مستوى الحيويّة الذهنية كنظام بحيث إنَّ مستوى الحيويّة الذهنية يكون تبعاً لهذا التصور دالاً لأربعة أنماط تسهم في التنبؤ بالسلوك، وتتمثل في أربعة أنماط من الاعتقادات الذهنية التي حددها Kreidler (1982) فيما يلي:

- الاعتقادات المعيارية عن الحياة، وعلى الشخص السعي لتحقيقها.
- الاعتقادات المتعلقة بنظرة الشخص إلى ذاته وصورته الذاتية.
- الاعتقادات المرتبطة بأهداف الأفراد في الحياة وقيمتها ومعناها بالنسبة للفرد.
- الاعتقادات العامة المتعلقة بالعلاقات الفعلية بين الإطار المرجعي والفرد.

الحيويّة الانفعالية: (Thurstan & Kubzansky, 2007)

تُعدّ الحيويّة الانفعالية بأنّها: الارتباط النشط بالواقع وذلك من خلال القدرة على التنظيم للانفعالات والسلوكيات، والإحساس العام بالرعاية (Tajer, 2012, 325). كما أن الحيويّة الانفعالية تتطلب أن يكون لدى الفرد قدرٌ كافٍ من الصحة النفسية والعقلية والتخلص التلقائي من الغضب والانفعالات، والتحرُّر ممَّا يصح تسميته بـ"السموم العقلية" التي تؤثر على ثقة الذات وتقديره لذاته وما يرتبط عليها.

فالحيوية الانفعالية هي الإحساس بالطاقة الإيجابية، وتظهر ذلك من خلال التفاعل مع المجتمع والقدرة على تنظيم السلوكيات والأفعال بشكل منظم (Kubzansky & Thurston, 2007, 1393). كما يشير Kurtus (2022) بأنَّ الحيويّة الانفعالية هي الشعور بالسعادة والتحمس والمتعة؛ ممَّا تمكن من التعامل مع كافة الضغوط الحياتية والمشكلات؛ وبذلك تكون الأمهات قادرات على التعامل والتكيف مع الواقع من خلال الحفاظ على النظرة الإيجابية للواقع.

وفي هذا البحث نرى أن الحيويّة الانفعاليّة تتسم بنظرة أمهات الأطفال أو اضطراب التوحّد بالنظرة الإيجابية للحياة والتي تجعل الأمهات سعيدات ومتفائلات ومقبلات على الحياة بهمة وحماس؛ ممّا يمكنهنّ من التحكم وتنظيم الانفعالات التي تواجهنّ بكفاءة وفاعلية، ويُمكن إكسابها للأمهات من خلال تغذية وتدعيم ذاتها بالأفكار الإيجابية.

الحيويّة الروحية:

تُعرف الحيويّة الروحيّة بأنّها: القدرة على التعلّق بكل ما هو خير وجدير بالقيمة في المجتمع والعالم والكون (أبو الليمون، 2022، 6). فالحيوية الروحية تتمثل في الاندفاع النشط الإيجابي المتمثل في القيم الروحية العليا كالخير والجمال والحق؛ وذلك من خلال توافر الطمأنينة والسكينة والصفاء. (سليم، 2016، 191).

فالحيوية الحيويّة هي تمتع أمهات أطفال التوحّد بالنشاط والحماس الذي يدفعها إلى فهم أهدافها ورسالتها في الحياة، كذلك التضحية من أجل تحقيقها مع الالتزام بقيم الحق والعدل والخير؛ ممّا يمكنها من الاستمتاع بالحياة والشعور بالسكينة والطمأنينة.

الحيويّة البدنيّة:

يرى Kurtus (2022) بأنّ الحيويّة البدنية تعني امتلاك الأمهات للطاقة التي تمكنهنّ من أداء الأشياء بهمة كما تكسبها القوة والقدرة على تحمل المهام والضغوط في جميع الأنشطة، كما أنها تمدها بالعناصر الغذائية والأكسجين الفعّال الذي يدعم نظام القلب والأوعية الدموية، كما يزيد من التحكم في العضلات؛ ممّا تمكن من الخلو من الأمراض أو الإصابات.

إنّ الحيويّة الذاتية تُعد مؤشراً مهمّاً على الصحة الجسميّة وترتبط بشكل مباشر بالعوامل البدنيّة والنفسيّة، ففي المستوى البدني ترتبط بالوظائف والصحة الجسميّة الجيدة؛ وهذا ينعكس على خبرات الإرادة والتأثير وتكامل الذات سواء من الناحية الشخصيّة أو الاجتماعية (Peterson & Seligman, 2004, 274).

كما يرى Gailliot et al. (2007, 325) بأنّ الحيويّة الذاتيّة هي الطاقة المستخدمة لقمع الأفكار، كما تسهم في ضبط الذات وتنظيم الانفعالات، كذلك التنظيم الذاتي والتحكم في الأفكار والسلوكيات والدوافع. وبذلك كلما تمتعت الأمهات بمستوى عام من الصحة الجسميّة حتى وإن كان طفلها معاقاً؛ كانت أكثر حيوية وهمة ونشاطاً، فالناحية الصحية هي المحدد العام للشعور (سليم، 2016، 186-189).

فالحيوية البدنية هي تمتع أمهات أطفال التوحّد بالصحة الجسميّة التي تمدها بالطاقة اللازمة لأنشطة حياتها ومسئولياتها بفاعلية، كما تمكنها من ممارسة العادات السلوكيّة الإيجابية كممارسة الرياضة وتناول الأطعمة والمشروبات والنوم فترات كافية.

الحيويّة الاجتماعيّة:

تتمثل الحيويّة الاجتماعيّة في حالة الانتباه والفهم واليقظة والاستبصار العام الذي يظهر أثناء التفاعل الاجتماعي، كما أنه يزيد تأثيره في الآخرين، ويُمكن من ارتفاع المكانة الاجتماعيّة داخل المجتمع (سليم، 2016، 191).

وعلى الرغم من أهمية العوامل البدنية أو الفيزيائية فإن الحيوية تتأثر تأثيراً شديداً بالمتطلبات الاجتماعية والنفسية؛ فتؤثر على التفاعل الاجتماعي حتى وإن كانت الأمهات تتمتع بصحة بدنية فتجعلها تشعر بالإثارة والحساسية والتوتر (Rayan & Deci, 2008, 703-704).

وبذلك تتمتع الأمهات بالحيوية تجعلها تتمتع بالطاقة والحماس والفاعلية ونادراً ما يشعرن بالإرهاق، ليس فقط في الجانب الشخصي وإنما يتعدى ذلك العلاقات الاجتماعية مع الآخرين (Peterson & Seligman, 2004, 273-274).

كما أن الحيوية الاجتماعية ترى أن الانفعالات سواء سلبية أو إيجابية تأتي من خلال عمليات التواصل الاجتماعي ومن خلال اندماج الفرد مع المجتمع، فالانفعالات سواء سلبية أو إيجابية لا يتم التعايش معها أو خبرتها، وإنما هي مواقف اجتماعية تتجسد في تفاعلات مع الآخرين؛ وفي ضوء مما سبق فالحيوية الاجتماعية هي إحساس أمهات أطفال التوحد بالحيوية والهمة والنشاط أثناء التفاعل مع الآخرين؛ مما يمنحها القدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية وتكون قادرة على تكوين صداقات، والعمل في مجموعات والارتقاء بمكانتها الاجتماعية.

سمات الأمهات ذوات الحيوية الذاتية:

تمثل الحيوية الذاتية في علم النفس الإيجابي إلى شعور الأمهات بالحياة وامتلاكهن الطاقة سواء الطاقة الجسدية أو العقلية التي تنشأ من خلال الدعم والتوجيه الذاتي والدوافع والاستقلالية، فهذه الطاقة تساعدن على تنظيم أعمالهن ومسؤولياتهن، كما تندمج الأمهات ذوات الحيوية الذاتية بمتعهن بدرجة كبيرة من الرفاهية والمرونة والصحة النفسية (Arslan, 2021, 18). كذلك شعور الأمهات بالحيوية الذاتية يجعلهن يعبرون عن حالاتهن النفسية كالسرور والسعادة، ومنها أن يكن قادات على مواجهة الضغوط والصراعات والقيام بأعمالهن بقوة وطاقة (Bareisyte, 2021, 6).

فالأمهات ذوات الحيوية الذاتية قادرات على التعبير عن حيويتهن، ويظهر ذلك في إنتاجهن الشخصي وأنشطتهن، ويتميز ذلك على أسرتهن والمحيطين بهن. كما تظهر الحيوية الذاتية في احترام الذات والمشاعر الإيجابية، كذلك المشاركة الفعالة في العمل للوصول للهدف، وكذلك زيادة الإنتاج والمثابرة (Sood & Bakhshi, 2015, 57).

فالأمهات التي تمتلك الحيوية الذاتية التي تتمتع بمستوى عالٍ من الحيوية تتصف بالنشاط والتأهب، ويكون لديهن طاقة كبيرة تساعدن على الأداء في جميع الأنشطة، كذلك لديهن صحة نفسية جيدة وقدرة على التفاعل مع كافة الضغوط بمرونة أكثر (Juhl & Routledge, 2015, 533). وهذا ما أكدته دراسة (Kukic et al., 2022) ودراسة (Okar et al., 2017) بأن الحيوية الذاتية لها علاقة موجبة بالنشاط البدني، ويظهر ذلك واضحاً عند طلاب كلية الشرطة والتربية الرياضية، فكلما قاموا بممارسة النشاط البدني زادت الحيوية الذاتية.

كذلك ترتبط الحيوية الذاتية بالكفاءة الاجتماعية والشعور بالرضا والاستقلال والارتباط بالبيئة الاجتماعية، وهذا ما أشارت له دراسة (عباس والسيد، 2021)؛ (Thieler, 2017) بالعلاقة الموجبة بين كل من الحيوية الذاتية والكفاءة الاجتماعية. فكان لا بد من توفير بيئة داعمة استقلالية

من أجل دعم الحيويّة الذاتية وتعزيزها كما جاء في دراسة (Nunes & Leon, 2016) بأنّ البيئة تُسهم في دعم واستمرار الحيويّة الذاتية الداعمة، وارتفاع مستويات الحيويّة الذاتية.

كما أن المستويات المرتفعة من الحيويّة الذاتية تمكن الأمهات من حل المشكلات بفاعلية وأكثر إبداعية، بينما المستويات المنخفضة من الحيويّة الذاتية تؤدي إلى زيادة الأخطاء والمعاناة خاصّة في بيئتي التعلم والعمل، وانهيار الهزيمة والحماس وفتور الهمة (سليم، 2016).

الحيويّة الذاتية وعلاقتها ببعض المفاهيم:

ترتبط الحيويّة الذاتية بمفهومي الرضا بالحياة والسعادة، إلا أنها تختلف عنهما في جوهرها؛ لأنهما يعتمدان على المثيرات الخارجية، ولكن الحيويّة الذاتية تنبع من الدافعية الذاتية (Sener & Gunduzalp, 2020, 931-932) كما ترتبط مفهوم الحيويّة بالطاقة، إلا أن استخدام مفهوم الطاقة كمرادف للحيوية، ويُمكن أن يضل بعض الشيء؛ وذلك لأنّ الحيويّة تستخدم في حالات الطاقة الإيجابية الذاتية المتاحة للفرد، فهناك كثيرٌ من الأفراد ذوو توتر أو غضب مُفعم بالطاقة، ولكن ليس بالضرورة حيويًا (Peterson & Seligman, 2004, 274).

وبذلك فإنّ الحيويّة تختلف عن النشاط أو الطاقة في حد ذاتها؛ لأنّ هناك عددًا من الصور التنشيطية كالقلق أو الإثارة أو الغضب يُنسب لها ارتباط بالحيويّة الذاتية، فهي قد تكون مرتبطة بها سلبياً. فالحيويّة الذاتية مرتبطة بالجانب الإيجابي الهادف في الحياة (Rayan & Deci, 2008, 703). كما تُعد الهمة مفهوماً له معاني كثيرة مشابهة للحيويّة الذاتية، فالهمة هي طاقة الجسم أو القوة النشطة، فهي تدل على أنها حيوية، فهي تمثل الصحة البدنية أو النفسيّة، فهي تتشابه مع الحيويّة الذاتية (Peterson & Seligman, 2004, 275).

فكل من الحيويّة الذاتية والهمة تشيران إلى التمتع بقدر كافٍ من الطاقة والحماس والإقبال على الحياة، كما أن مفهوم الهمة يتضمن ثلاثة مؤشرات مهمّة تتمثل في الانطلاق النفسي، واليقظة العقلية، والطاقة البدنية (سليم، 2016، 185).

كما ترتبط الحيويّة الذاتية بالهمة؛ وذلك لأنّ كلّاً منهما يتطلب قدرًا من الصحة العقلية، بالإضافة إلى السمات الإيجابية كالأمل والطموح والرضا عن الحياة، رغم أن الهمة تشير إلى حالة مزاجية إيجابية، بينما الحيويّة الذاتية أعم وأشمل من مجرد الشعور بالمتعة أو السعادة، فهي تصف الحالة الذهنية التي تدفع إلى زيادة النشاط والفاعلية (Fini et al., 2010, 154).

كما ترتبط الحيويّة الذاتية بقوة الأنا؛ إذ تتطلّب قدرًا من استخدام المهارات المختلفة ومواجهة الضغوط والمشكلات، في حين أن الأنا تُعد قوة داخلية تتضمن الأمل والإرادة والكفاءة والوفاء والإخلاص كما أنها خطوة أساسية لتحقيق الصحة النفسيّة؛ وبالتالي يمكن من القدرة على التوافق الاجتماعي مع الآخرين (Markestrom et al., 2014, 11-13).

أما عن البلادة النفسيّة فإنها ترتبط بالحيوية النفسيّة؛ حيث إنّ كلّاً منهما يُمكن قياسهم بمؤشرات سلوكيّة تؤثر في مستقبل الأفراد، ولكن تختلف في أن البلادة النفسيّة تُعد مؤشرًا سلبياً على عكس الحيويّة الذاتية تُعد مؤشرًا إيجابيًا للأداء والدافعية (Kasser & Ryan, 1999). أما عن الوهم النفسي المزمّن فيرتبط بالحيوية من حيث إنّ كلاهما يؤدي إلى التوافق، ويحرك السلوك بشكل ملحوظ فكل منهما محرك للشخص. فالحيوية الذاتية هي النقيض المنطقي لمتلازمة الوهن النفسي

التي تؤدي إلى ضعف المقاومة وتدني الدافعية، وضعف الحماس والسلبية وفقدان النشاط الاجتماعي، بالإضافة إلى البلادة العقلية (Reevez, 2005).

كما أن الحيوية الذاتية تختلف عن الهوس؛ وذلك لأنَّ الحيوية هي الشعور بالبهجة والسعادة بدون أي إكراه، فهي مظهر مهم من مظاهر الصحة النفسية والرفاهية العقلية على عكس الهوس يتضمن كلاً من التفكير والاضطراب العقلي (Fini et al., 2010, 150-151).

ويرى (Nix et al., 2019) بأنَّ الحيوية الذاتية تُعد من أهم الخصائص الدافعة من أجل تحقيق الذات، فهي تقلل من المعاناة واحتمالات الغضب والاكتئاب، وتزيد من القدرة على مواجهة الألم وتحمل المعاناة، كما تقلل من حالات العصابية والانهيار، وفقدان العزيمة والاحتراق النفسي والانسياط والقبول، والانفتاح من العوامل التنبؤية الإيجابية للحياة الذاتية، أما العصابية فهي مؤشر سلبي للحياة الذاتية. كما ترتبط الحيوية الذاتية بالتنوع؛ لأنَّ كلاً منهما يوصف بالصحة والسلامة البدنية كذلك الشعور بالعافية والتكامل الوظيفي، كذلك يرتبطون بالاندفاع نحو تحقيق الذات وتحقيق الكفاءة الشخصية (Rozanski, 2005).

ومن خلال ممَّا سبق فإنَّ الحيوية الذاتية تتضمن عديداً من العناصر الرئيسية التي تميزه عن غيره من المفاهيم كالطاقة والسعادة والهوس؛ وبذلك فإنَّ الحيوية الذاتية تتأثر بالدافعية الداخلية التي تجعلنا نشعر بالحياة والطاقة في حياتنا، كذلك الطاقة الجسدية أو الفسيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تمكننا من الشعور العام بالسعادة، أما عن مفهوم السعادة فذلك يتمثل في الرضا والقناعة والوفاء ويدشأ من متغيرات خارجية، كذلك الشعور بالطاقة الإيجابية والتي تسهم في الإقبال على الحياة، أما عن الهوس فهي من الحالات أو الاضطرابات النفسية والتي تتميز بظهور انفعال غير عادي وطاقة زائدة مع الاندفاع والتهور.

النظريات المفسرة للحياة الذاتية:

أولاً: نظرية تقرير المصير

تقوم نظرية تقرير المصير على الاهتمام بالعوامل المرتبطة بتعزيز الحيوية الذاتية ومظاهرها السلوكية، كذلك التمييز بين أشكال التنظيم المستقل (Rayan, 2000, 227-268). فالفرد الذي يتسبب في حدوث الأشياء وصنعها، ويظهر قدرة على تقرير المصير عبر مختلف مراحل العمر؛ وبذلك يتعلم الأطفال المهارات ويطورون المعتقدات والمواقف التي تمكن من أن يكونوا عوامل سببية في حياتهم، وهذه المواقف والمهارات تُعد أحد العناصر المكونة لسلوك تقرير المصير؛ حيث تشمل اتخاذ القرار وحل المشكلات، كذلك تحديد الأهداف وتحقيقها، كذلك مهارات الإدارة الذاتية والدعوة الذاتية. (Shogren et al., 2008, 94-107).

حيث قدَّم Rayan & Deci (1997) اشتقاق نظرية الحيوية الذاتية وذلك من خلال خمس نظريات مصغرة من نظرية تقرير المصير؛ حيث تمثل (SDT) إطاراً واسعاً للاهتمام بدراسة الدوافع والشخصية. حيث إنها تفترض أهمية المصادر الداخلية لنمو الشخصية وتنظيم الذات، وتهتم بالعوامل التي تيسر الحيوية والحماس، وروح المبادرة وتقوى الإرادة (Deci & Rayan, 2008).

حيث تقوم نظرية تقرير المصير بافتراض أن البشر كائنات حية؛ وذلك لأن لها ميولا متطورة نحو التعلم والنمو وتطبيق المواهب، وإتقان المهارات الجديدة؛ حيث إن هذه الاتجاهات لا تعمل تلقائيا. حيث تتطلب دعما مستمرا أو تغذية اجتماعية، ومن غير هذا التعزيز أو الدعم تقل مقاومة الأفراد. حيث تهتم نظرية تقرير المصير بفهم السياقات الاجتماعية التي تسبب هذه الاختلافات في الدافع داخل الأفراد وفيما بينهم، وهذه الاختلافات تؤدي إلى مستويات مختلفة من الطاقة والحيوية الذاتية والدوافع في مختلف المجالات (Rayan & Deci, 2000, 68-78).
حيث يتكون نموذج الحيوية الذاتية استنادا إلى نظرية تقرير المصير على مجموعة من الافتراضات الرئيسية، تتمثل فيما يلي:

- يجب أن تعمل الأنشطة على تلبية الاحتياجات النفسية الأساسية على الحفاظ على مستويات الطاقة وزيادتها.
- يُعد التنظيم الذاتي الأكثر استقلالية هو أقل استهلاكًا للطاقة.
- يرتبط أسلوب الحياة بالأهداف الداخلية وبتعزيز الحيوية الذاتية (Rayan & Deci, 2008, 702).

كما قام Rayan & Frederick (1997) بتعريف نظرية الحيوية الذاتية بأنها: شعور إيجابي يعمل على تحقيق الطاقة الذاتية، ويمكن استعمالها بغض النظر عن الفروق الفردية بين الأفراد؛ لكونها تؤثر في التغيرات في الحيوية الذاتية. حيث إن الحيوية الذاتية هي الشعور الإيجابي بالحياة والطاقة، كما أن الطاقة لها دور فعال في تحقيق الحيوية الذاتية والمحافظة على الرفاهية، فالحيوية الذاتية هي طاقة داخلية وليست ناشئة من عوامل خارجية.

وبذلك فإن العوامل الفيزيائية أو النفسية لها أثر فعال في الحيوية الذاتية بنحو تفاعلي من خلال إظهار الفروق الفردية في الحيوية الذاتية؛ حيث ترتبط بالصحة ونمط الحياة والأمراض العقلية. كذلك ترتبط الحيوية الذاتية بالعوامل النفسية كاستقلال الذاتي والفاعلية الاجتماعية والكفاءة العقلية، كذلك العوامل الجسدية بوصفها السلوك كنمط للحياة التي تؤثر على النظام الغذائي، والرياضة والتعب والمرض (Ryan & Frederick, 1997, 529).

ثانياً: نظرية ثاير

يحتوي أنموذج الحيوية الذاتية على منظور شمولي تتكون فيه الطاقة الذاتية ناتجا عن العوامل الجسدية والنفسية، ثم تقسيمها؛ وذلك من خلال أنموذج دائري ذي بعدين ثنائي القطب؛ أحدهما يتراوح من التوتر إلى الهدوء، والآخر من الطاقة إلى التعب. ويمثل الجزء النشط. (الربع الإيجابي) بالطاقة الهادئة، وهذه الطاقة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحيوية الذاتية التي تتميز بالشعور بالطاقة والنشاط والحيوية (Thayer, 1996, 122).

كما أن هناك اختلافاً مرتبطاً بالطاقة النفسية والتوتر؛ حيث إن المزاج يتغير في أنماط معينة تبعاً للحالات المزاجية الأكثر إيجابية في المراحل الحيوية الأعلى ونظهر الحالات المزاجية السلبية مع المراحل الحيوية المنخفضة مع ظهور التوتر والتعب (Thayer, 1978, 34).

ثالثاً: نظرية Kurtus Ron

قام Kurtus Ron (2012) بتصور عام للحياة الذاتية؛ حيث يشمل تعريف الحيوية وأبعادها، ويرى أن الحيوية الذاتية مفهوم شامل عام تتمثل في امتلاك الأفراد للتحمس والإقبال عليها مع توافر مستوى مرتفع من اللياقة العقلية والبدنية والانفعالية تحفزه بشكل إيجابي ليصبح ذات قيمة في الحياة؛ وبذلك تتشكل الحيوية الذاتية كعامل رئيس في الوصول لحالات الرضا عن الذات والرفاهية النفسية.

رابعاً: نظرية فرويد

يُعد فرويد أول من وضع تصور لنظرية وصف العلاقة بين تغير الحيوية والصحة النفسية؛ حيث يرى أن امتلاك الأفراد لقدر من الطاقة النفسية تمكنه من المحافظة على ذاته، فكلما زادت الطاقة ساعدت الأفراد أن يتحرروا من الصراع النفسي وتدفعهم إلى الحماس والحيوية بشكل أكثر فاعلية (كريري ومفتاح، 2022، 10).

مقياس الحيوية الذاتية:

تنقسم الحيوية الذاتية بأنها: الشعور باليقظة والفاعلية والحياة مع وجود مستوى مرتفع من الطاقة الذاتية، حيث تتنوع أدوات قياس الحيوية الذاتية، ومن أبرزها: استبيان الحيوية الذاتية لـ (Bourthis & Gilies, 1981) الذي يقوم على دراسة المقارنات بين العرقيات اللغوية في مستوى الحيوية الذاتية؛ حيث يتكوّن من (22) مفردة لقياس مستوى الحيوية الذاتية.

حيث تمّت صياغة مقياس عام للحيوية الذاتية في صورتين؛ إحداها تبعاً للفروق الفردية لـ (Rayan & Fredric, 1997) حيث تمثل الحيوية الذاتية مجموعة من الصفات العامة الدائمة التي ترتبط إيجابياً بالعديد من المتغيرات النفسية كتقدير وتحقيق الذات، كذلك المتغيرات السلبية كالغضب والاكتئاب. كما يقيس النسخة الثانية من مقياس الحيوية الذاتية بالحيوية الشخصية؛ وبالتالي عدم اعتبارها جانباً نفسياً ثابتاً، كما أن الحيوية قد ترتبط سلبياً بالألم وإيجابياً بتلك التفاعلات الاجتماعية، وأدخل على هذا المقياس عديداً من التعديلات التي أجراها (Bostic et al., 2000) بدراسة سيكومترية على المقياس وقاموا باستخدام تكتيك التحليل العاملي التوكيدي. وتمّ الاستقرار على ست مفردات فقط بعد أن كانت (7) مفردات، ثمّ قام (Kawabata et al., 2017) بالتعديل على المقياس وتمّ الاستقرار على خمسة مؤشرات فقط.

إجراءات البحث:

أولاً: مجتمع وعينة البحث

يشتمل مجتمع البحث الحالي على جميع أمهات الأطفال للحضانات الأهلية والحضانات الحكومية التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية بمدينة شبين الكوم – محافظة المنوفية، وقد أجري البحث على مجموعة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحّد بمركز إدراك للتخاطب وتعديل السلوك التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية بمدينة شبين الكوم – محافظة المنوفية؛ حيث بلغ عدد الأمهات (19) أمّاً من أمهات لأطفال ذوي اضطراب التوحّد.

وقد تمّ اختيار العينة بطريقة عمدية؛ وذلك للأسباب التالية:

- توافر عدد مناسب من الأمهات لأطفال ذوي اضطراب التوحّد لإمكانية إجراء التطبيق.

- توافر عنصر الالتزام بحضور من قبل الأمهات.
- توافر المكان المناسب للتطبيق.
- ترحيب إدارة المركز والعاملين بتنفيذ البرنامج.

ثانياً: إعداد أدوات البحث ومواده

[1]- مواد البحث:

قامت الباحثة بإعداد برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام لخفض حدة الوصمة الاجتماعية، ورفع مستوى الحيوية الذاتية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

[2]- أدوات البحث:

- أ) مقياس الوصمة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحثة).
- ب) مقياس الحيوية الذاتية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحثة).

وفيما يلي وصف تفصيلي لأدوات البحث ومواده:

أولاً: مقياس الوصمة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحثة)، وفيما يلي الخطوات التي اتبعت في إعداد المقياس:

- **الهدف من المقياس:** هدف المقياس تحديد أبعاد الوصمة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد عينة البحث.

- **مصادر إعداد المقياس:** استخلصت الباحثة الأبعاد الأساسية اللازمة لخفض حدة الوصمة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد من عدة مصادر متنوعة، يمكن تحديد تلك المصادر في النقاط التالية: الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت الوصمة الاجتماعية بصفة عامة، والوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد بصفة خاصة. ويُعد هذا المصدر من المصادر الرئيسية للمقياس، ومن هذه الدراسات: (أبو منديل، 2022؛ أحمد، 2023؛ الأعرج، 2021، توفيق، 2024؛ حسن، 2020؛ سليمان وآخرون، 2021؛ سيد، 2023؛ عبد العال، 2021؛ معوض وآخرون، 2022؛ ميهوب، 2022).

- المقابلات الشخصية التي أجرتها الباحثة مع أمهات المركز وكذلك المتخصصين في علم النفس وتربية الطفل؛ للإفادة من خبراتهم في التعرف على أبعاد الوصمة الاجتماعية التي تظهر عند أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

- الاستعانة بالإطار النظري للبحث في تحديد مهارات الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد.

ومن خلال النقاط السابقة تمّ التوصل إلى مقياس مبدئي للوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكوّن المقياس في صورته الأولية من الأبعاد التالية:

- البعد الأول: الوصمة الاجتماعية من خمس عشرة عبارة.
- البعد الثاني: الوصمة الأسرية من عشر عبارات.
- البعد الثالث: الوصمة الذاتية من عشر عبارات.
- البعد الرابع: الوصمة الذاتية من إحدى عشرة عبارة.

- كما يتضمن المقياس مقدمة توضح للسادة المحكمين الهدف من إعداد المقياس، وتحديد المطلوب منهم وإبداء الرأي فيه.

المقياس في صورته الأولى:

تمّ عرض المقياس على مجموعة من الخبراء والمتخصصين في علم نفس الطفل؛ وذلك لإبداء الرأي في أهمية تلك الأبعاد ومدى مناسبتها، وإجراء التعديلات اللازمة وفقاً لما يرونه مناسباً من حيث ما يلي:

- مدى أهمية تلك الأبعاد والعبارات.
- مدى ارتباط كل بُعد فرعي بالبُعد الرئيسي الذي ينتمي له.
- التأكد من الدقة العلمية والصياغة اللغوية للمؤشرات الواردة من المقياس.
- إضافة أو حذف أو استبدال ما يرون إضافته أو حذفه واستبداله من المقياس.

تعديل المقياس وفقاً لآراء السادة المحكمين:

(1)- بالنسبة للأبعاد الأساسية:

لم يتم حذف أي بُعد منها؛ حيث أجمع المحكمون على أهمية الأبعاد الأساسية ومناسبتها لخفض حدة الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد.

(2)- بالنسبة للأبعاد الفرعية:

تمّ تعديل صياغة بعض العبارات غير الواضحة. وقد أجمع المحكمون على أهمية هذه العبارات وارتباطها ببعض وأهميتها في خفض حدة الوصمة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

تعديل المقياس وفقاً للتحليل العاملي:

تمّ تطبيقه على (50) أمّاً من أمهات أطفال التوحد؛ للتأكد من صلاحيه المقياس، وتمّ حذف وإضافة بعض العبارات لبعض الأبعاد كُبعد الوصمة الاجتماعية، تمّ حذف عبارة (أنعزل عن أهلي وأصدقائي بسبب سلوكيات طفلي) وإضافة عبارتين في بُعد الوصمة الأسرية كعبارة (أحترم الروابط الأسرية)، و(أحرص أن يكون الآخرون عني انطباعات حسنة)، كذلك إضافة عبارتين في بُعد الوصمة النفسية عبارتين كعبارة (أحزن عندما يخاف الآخرون على أولادهم من طفلي)، (أشعر بالضيق من سخرية الأطفال العاديين لطفلي) وإضافة عبارة في بُعد الوصمة الذاتية (إصابة طفلي أثرت على ثقتي بنفسي).

صياغة المقياس في صورته النهائية:

بعد إجراء التعديلات التي اتفق عليها المحكمون وأصبح المقياس متضمن الأبعاد الأساسية والفرعية لخفض حدة الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد.

ويشتمل على:

- البُعد الأول: الوصمة الاجتماعية، ويشتمل البُعد على أربع عشرة عبارة.
- البُعد الثاني: الوصمة الأسرية، ويشتمل البُعد على اثنتي عشرة عبارة.
- البُعد الثالث: الوصمة النفسية، ويشتمل البُعد على ثماني عبارات.
- البُعد الرابع: الوصمة الذاتية، ويشتمل البُعد على اثنتي عشرة عبارة.

وصف مقياس الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد:

أولاً: مقياس الوصمة الاجتماعية لأمهات ذوي اضطراب التوحد

يتكوّن المقياس من أربعة أبعاد تحتوي على ستة وأربعين عبارة، وسوف يتم تطبيقها على أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد تطبيقاً قبلياً وبعدياً وتتبعياً، ثمّ معالجة البيانات إحصائياً لحساب الفروق بين متوسطات درجات الأمهات في القياسات القبليّة والبعديّة والتتبعيّة لمقياس الوصمة الاجتماعيّة.

ثانياً: تعليمات تطبيق مقياس الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد:

لتطبيق مقياس الوصمة الاجتماعية بصورة جيدة كان لا بدّ من صياغة التعليمات بوضوح، وتتمثل في:

- التركيز على قراءة مقياس الوصمة الاجتماعية بوضوح قبل تطبيقها، وأن مع قيام الباحثة يشرح العبارات بوضوح؛ للتأكد من فهم الأمهات لجميع الأبعاد والعبارات.
- تحري الدقة في قراءة وفهم العبارات الموجودة في مقياس الوصمة الاجتماعية.
- وضع علامة ($\sqrt{}$) أمام خانة (يتحقق بدرجة مرتفعة، يتحقق بدرجة متوسطة، يتحقق بدرجة ضعيفة) ويتم توزيع الدرجات كالآتي: (مستوى مرتفع = 3)، (مستوى متوسط = 2)، (مستوى ضعيف = 1) في العبارات الإيجابية أما في العبارات السلبية يكون (مستوى مرتفع = 1)، (مستوى متوسط = 2)، (مستوى ضعيف = 3).
- تطبيق مقياس الوصمة الاجتماعية على أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد.
- يتم حساب الفرق بين درجات الأمهات من خلال مقياس الوصمة الاجتماعية قبل وبعد تطبيق البرنامج وفي المقياس التتبعي للبرنامج.

ثالثاً: الخصائص السيكومترية لمقياس الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد

تمّ تطبيق مقياس الوصمة الاجتماعية على عينة استطلاعية المكونة من (50) أمّاً من أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد من مجتمع العينة نفسه، وتمّ حساب الخصائص السيكومترية كما يلي:

*الصدق:

هو قدرته على قياس ما وضع لقياسه؛ أي قياس ما وضع من أجله أو السمة المراد قياسها، ويتم حساب الصدق من خلال:

(1) صدق المحتوى:

تمّ عرض مقياس الوصمة الاجتماعية في صورته المبدئية على مجموعة من السادة المحكمين؛ وذلك لإبداء الرأي حول ملائمة الأبعاد الرئيسية والفرعية لما وضعت لقياسه، وقد تراوحت النسبة المئوية لاتفاق السادة المحكمين على أبعاد المقياس ما بين (90%) إلى (100%) وذلك بعد أن أجرت الباحثة التعديلات المطلوبة في ضوء آراء السادة المحكمين.

(2) الصدق العاملي:

استخدمت الباحثة هذا الأسلوب وفقاً لطريقة المكونات الأساسية Principal Component التي وضعها هوتيلينج Hotelling وتمّ تدوير المحاور تدويراً متعامداً بطريقة الفارماكس وفقاً لمحك كايزر Kaiser Normalization. ومحك كايزر لتحديد عدد العوامل المستخلصة، وهو محك يوقف استخلاص العوامل التي يقل جذرها الكامن عن الواحد الصحيح؛ حيث يقبل العوامل التي تشبع بها

ثلاثة بنود على الأقل، بحيث لا يقل تشبع البند بالعامل عن (0,30). وبالتالي لا يتم النظر إلى المفردات التي تكون درجة تشبعها بالعوامل المستخلصة أقل من 0,30 وتم تطبيق المقياس في صورته الأولى مكون من (46) مفردة لمقياس الوصمة الاجتماعية؛ وأدى التحليل العاملي إلى توزيع المفردات في (4 عوامل).

وقد تم حساب مصفوفة معاملات الارتباط وحذف المفردات التي تكون معاملات ارتباطها بكل المفردات أو معظمها أكبر من 0,90 أو أقل من 0,30 وبحساب قيمة محدد مصفوفة الارتباط وجد أن قيمته = 0,0000129 وهي أكبر من 0,00001 وهذا يعني عدم وجود مشكلة الأزواج الخطي بين المتغيرات، ويوضح جدول (1) التالي نتائج التحليل العاملي لمقياس الوصمة الاجتماعية قبل وبعد تدوير المحاور.

جدول (1) التباين الكلي المفسر للعوامل (4 عوامل) المستخلصة لمقياس الوصمة الاجتماعية (قبل وبعد التدوير)

العامل	مجموع مربعات قبل التدوير			مجموع مربعات بعد التدوير		
	النسبة التباين الذي يفسره كل عامل	النسبة التباين التراكمي	الجذر الكامن	النسبة التباين الذي يفسره كل عامل	النسبة التباين التراكمي	الجذر الكامن
1	11.58	25.17	25.17	10.03	21.81	21.81
2	9.10	19.79	44.96	8.64	18.78	40.59
3	5.21	11.32	56.28	6.85	14.88	55.47
4	4.00	8.70	64.97	4.37	9.50	64.97

وجميع هذه العوامل يكون الجذر الكامن أكبر من الواحد الصحيح
جدول (2) مصفوفة العوامل وتشعباتها بعد تدوير المحاور (لسهولة العرض تم حذف معاملات التشبع الأقل من 0,3)

م	ع 1	ع 2	ع 3	ع 4	م	ع 1	ع 2	ع 3	ع 4
1				0.676	24		0.508		
2				0.558	25				0.833
3			0.605		26	0.915			
4		0.49			27	0.813			
5		0.555			28	0.835			
6			0.519		29	0.879			
7			0.647		30	0.915			
8			0.547		31	0.813			

م	ع 1	ع 2	ع 3	ع 4	م	ع 1	ع 2	ع 3	ع 4
9				0.617	32	0.835			
10			0.638		33	0.879			
11		0.638			34	0.915			
12				0.755	35	0.813			
13				0.694	36	0.672			
14		0.633			37	0.495			
15		0.606			38				0.582
16		0.746			39				0.542
17		0.658			40			0.585	
18	0.624				41			0.625	
19	0.563				42			0.82	
20		0.812			43			0.792	
21		0.568			44			0.591	
22		0.718			45			0.625	
23		0.764			46			0.82	
					العدد	14	12	12	8

ولاختصار وسهولة العرض فقد حذفت جميع العبارات ذات التشعبات التي تقل عن 0,30 مع أي من العوامل التي أسفر عنها التحليل العاملي لمفردات المقياس. وتحتسب المفردة مع العامل الذي تنتسب به أكبر من غيره في حالة التشعب للمفردة مع أكثر من عامل. وأصبح المقياس (46) مفردة موزعة في (4) أبعاد، يتضمن كل بُعد عددًا من المفردات. ويوضح جدول (3) العبارات المنتسبة على أبعاد المقياس:

جدول (3) أبعاد المقياس والعبارات المنتسبة بكل بُعد

البُعد	العبارات	العدد
1ع	18 – 19 – (من 26 حتى 37)	14

12	4 - 5 - 11 - (من 14 - حتى 17) - (من 20 - حتى 24)	2ع
12	3 - 6 - 7 - 8 - 10 - (من 40 - حتى 46)	3ع
8	1 - 2 - 9 - 12 - 13 - 25 - 38 - 39	4ع

- يتضح من الجدول وجود (14) عبارة ذات تشبعات دالة عند مستوى (0,01) على العامل الأول، وبمراجعة معاني ومضامين هذه العبارات يتضح أنها تدور حول (الوصمة الاجتماعية)؛ لذا أطلق على هذا العامل (عامل الوصمة الاجتماعية).
- كما يتضح من الجدول وجود (12) عبارات ذات تشبعات دالة عند مستوى (0,01) على العامل الثاني، وبمراجعة معاني ومضامين هذه العبارات يتضح أنها تدور حول (الوصمة الأسرية)؛ لذا أطلق على هذا العامل (عامل الوصمة الأسرية).
- كما يتضح من الجدول وجود (12) عبارة ذات تشبعات دالة عند مستوى (0,01) على العامل الثالث وبمراجعة معاني ومضامين هذه العبارات يتضح أنها تدور حول (الوصمة الذاتية)؛ لذا أطلق على هذا العامل (عامل الوصمة الذاتية).
- كما يتضح من الجدول وجود (8) عبارات ذات تشبعات دالة عند مستوى (0,01) على العامل الرابع، وبمراجعة معاني ومضامين هذه العبارات يتضح أنها تدور حول (الوصمة الأسرية)؛ لذا أطلق على هذا العامل (عامل الوصمة الأسرية)

وقد تم إعادة توزيع مفردات المقياس لتصبح مفردات كل بُعد متتالية كما بالترتيب التالي:

- الوصمة الاجتماعية (14 عبارات من 1-14).
- الوصمة الأسرية (12 عبارة من 15-26).
- الوصمة النفسية (8 عبارات من 27-34).
- الوصمة العقلية (12 عبارة من 35-46).

(3) الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس الوصمة الاجتماعية باستخدام معامل ارتباط سبيرمان وذلك بحساب معامل ارتباط درجة كل مفردة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه وبالدرجة الكلية للمقياس، وجدول (4) يوضح ذلك. جدول (4) الاتساق الداخلي لمقياس الوصمة الاجتماعية

يتضح من نتائج الجدول أن مفردات مقياس الوصمة الاجتماعية لها علاقة ذات دلالة إحصائية بدرجة البعد الذي تنتمي إليه وبالدرجة الكلية؛ مما يعني اتساق المفردات واشتراكها في قياس الوصمة الاجتماعية. كما تمّ حساب معامل ارتباط درجة كل بُعد بالدرجة الكلية، ويتضح من نتائج الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين درجات كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائية عند مستوى (0,01)؛ مما يدل على أن المقياس يتمنّع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

م	معامل الارتباط بالدرجة البعد	معامل الارتباط بالمقياس	م	معامل الارتباط بالدرجة البعد	معامل الارتباط بالمقياس	م	معامل الارتباط بالدرجة البعد	معامل الارتباط بالمقياس	م	معامل الارتباط بالدرجة البعد	معامل الارتباط بالمقياس	م	معامل الارتباط بالدرجة البعد	معامل الارتباط بالمقياس
1	**0,718	**0,727	1	**0,804	**0,881	1	**0,772	**0,773	1	**0,813	**0,772	1	**0,772	**0,773
2	**0,637	**0,778	2	**0,734	**0,898	2	**0,778	**0,833	2	**0,813	**0,894	2	**0,894	**0,660
3	**0,591	**0,871	3	**0,729	**0,792	3	**0,804	**0,694	3	**0,813	**0,734	3	**0,734	**0,898
4	**0,789	**0,804	4	**0,591	**0,629	4	**0,734	**0,628	4	**0,813	**0,729	4	**0,729	**0,792
5	**0,801	**0,898	5	**0,637	**0,754	5	**0,894	**0,660	5	**0,813	**0,894	5	**0,894	**0,660
6	**0,734	**0,792	6	**0,778	**0,773	6	**0,734	**0,898	6	**0,813	**0,734	6	**0,734	**0,898
7	**0,834	**0,660	7	**0,784	**0,881	7	**0,729	**0,792	7	**0,813	**0,729	7	**0,729	**0,792
8	**0,718	**0,727	8	**0,834	**0,637	8	**0,591	**0,629	8	**0,813	**0,591	8	**0,591	**0,629
9	**0,637	**0,778	9			9	**0,637	**0,754	9	**0,813	**0,637	9	**0,637	**0,754
10	**0,591	**0,871	10			10	**0,778	**0,773	10	**0,813	**0,718	10	**0,718	**0,727
11	**0,789	**0,804	11			11	**0,734	**0,898	11	**0,813	**0,637	11	**0,637	**0,778
12	**0,801	**0,898	12			12	**0,729	**0,792	12	**0,813	**0,591	12	**0,591	**0,871
13	**0,734	**0,792	13											
14	**0,834	**0,660	14											

(4) صدق المقارنة الطرفية:

تمّ حساب الدرجات وتحديد المجموعتين المتطرفتين (المتيني 25 والمتيني 75) لدرجات العينة على الدرجة الكلية للمقياس وتقسيم أفراد العينة إلى ثلاث مجموعات، واستخدام طريقة المقارنة الطرفية بين درجات المجموعتين الطرفيتين (الأعلى 25%، الأدنى 25%) والجدول التالي يبين طريقة حساب صدق المقارنة الطرفية بطريقة اختبار "ت" للمجموعتين المستقلتين للمقارنة بين مجموعتي الطرفيتين:

جدول (5) اختبار (ت) صدق المقارنة الطرفية لمقياس الوصمة الاجتماعية

البُعد	المجموعتين	العدد	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الوصمة الاجتماعية	الأعلى	13	105.54	8.98	3.920	24	دالة عند مستوى 0,01
	الأدنى	13	91.62	9.13			

يتضح من جدول (5) الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطات المجموعتين؛ مما يعني تحقق صدق المقارنة الطرفية للاختبار وصلاحيته للتطبيق. مما يدل على أن المقياس بوجه عام يتمتع بدرجة عالية من الصدق وصادق لما وضع لقياسه.

***النتائج:**

تمّ حساب ثبات المقياس بالطرق التالية:

1- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

تمّ حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، حيث تمّ حساب ثبات أبعاد المقياس بعد حذف المفردة وتمّ حساب ثبات أبعاد المقياس الفرعية وحساب ثبات المقياس ككل، ويوضح جدول رقم (6) ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ.

جدول (6) ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ

البُعد	العدد	ألفا كرونباخ
الوصمة الاجتماعية	14	0,780
الوصمة الأسرية	12	0,779
الوصمة النفسية	8	0,785
الوصمة الذاتية	12	0,779
الوصمة الاجتماعية ككل	46	0,787

وجميع القيم تشير إلى ثبات الأبعاد الفرعية للاختبار وثبات المقياس ككل، وأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

2- الثبات بالتجزئة النصفية:

تمّ تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية، وتقسيمه إلى نصفين (المفردات فردية الرتبة، المفردات زوجية الرتبة) وتمّ حساب معامل ارتباط سبيرمان بين درجات النصفين وحساب معامل الثبات بطريقتي سبيرمان براون وجتمان للتجزئة النصفية، كما يوضح ذلك جدول (7) التالي:

جدول (7) معاملات ثبات مقياس الوصمة الاجتماعية بطريقة التجزئة النصفية

طريقة تصحيح معامل الارتباط	سيرمان براون	جتمان
معامل الثبات	0,801	0,798

وهي قيم مرتفعة دالة إحصائياً؛ ممّا يعني ثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق.

ثانياً: مقياس الحيويّة الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد: (إعداد الباحثة)

قامت الباحثة بإعداد مقياس الحيويّة الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد وفقاً لعدد من الخطوات، يُمكن إيجازها فيما يلي:

- **تحديد الهدف من المقياس:** هدف المقياس إلى تحديد أبعاد الحيويّة الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد عينة البحث.

- **مصادر إعداد المقياس:** استخلصت الباحثة الأبعاد الأساسية اللازمة لتنمية الحيويّة الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد من عدّة مصادر متنوعة، يُمكن تحديد تلك المصادر في النقاط التالية:

- الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت الحيويّة الذاتية بصفة عامّة والحيويّة الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد بصفة خاصّة ويُعد هذا المصدر من المصادر الرئيسية للمقياس، ومن هذه الدراسات: (أبو الليمون والربيع، 2022؛ أبو الوفا وعبد القادر، 2024؛ حسان وآخرون، 2021؛ حنور، 2022؛ سليم، 2016؛ عبد الحافظ، 2024؛ العبيدي، 2020؛ ياسين وإبراهيم، 2023).
- المقابلات الشخصية التي أجرتها الباحثة مع أمهات أطفال المركز، وكذلك المختصين في علم نفس الطفل؛ للإفادة من خبراتهم في التعرّف على الحيويّة الذاتية.
- الاستعانة بالإطار النظري للبحث في تحديد أبعاد ومكونات الحيويّة الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد.

ومن خلال النقاط السابقة تمّ التوصل إلى مقياس مبدئي للحيوية الذاتية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد، وتكوّن المقياس في صورته الأولية من الأبعاد التالية:

- البعد الأوّل: الحيويّة الجسديّة من (10 عبارات).
- البعد الثاني: الحيويّة الاجتماعيّة من (11 عبارة).
- البعد الثالث: الحيويّة الانفعاليّة من (16 عبارة).
- البعد الرابع: الحيويّة العقليّة من (9 عبارات).
- كما يتضمّن المقياس مقدمة توضح للسادة المحكّمين الهدف من إعداد المقياس، وتحديد المطلوب منهم وإبداء الرأي فيه.

المقياس في صورته الأولى:

تمّ عرض هذا المقياس على مجموعة من الخبراء والمتخصصين وعلم النفس الطفل؛ وذلك لإبداء الرأي حول أهمية تلك الأبعاد ومدى مناسبتها، وإجراء التعديلات اللازمة وفقاً لما يرويه مناسباً من حيث مدى أهمية تلك الأبعاد:

- التأكد من الدقة العلمية والصياغة اللغوية للمؤشرات الواردة في المقياس.
- مدى مناسبة الأبعاد الأساسية والفرعية.
- مدى ارتباط كل بُعد فرعي بالبُعد الرئيسي الذي ينتمي له.
- إضافة أو حذف أو استبدال ما يرويه إضافته أو حذفه أو استبداله من المقياس لضبطه.

تعديل المقياس وفقاً لآراء السادة المحكّمين:

أولاً: بالنسبة للأبعاد الأساسية:

لم يتم حذف أي بُعد منها؛ حيث أجمع المحكّمون على أهمية ومناسبة الأبعاد الأساسية للحبوية الذاتية لأمّهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد.

ثانياً: بالنسبة للأبعاد الفرعية:

تمّ تعديل صياغة بعض العبارات غير الواضحة؛ وقد أجمع المحكّمون على أهمية هذه العبارات وارتباطها برفع مستوى الحبوية الذاتية لأمّهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد.

ثالثاً: تعديل المقياس وفقاً للتحليل العاملي:

تمّ تطبيقه على (50) أمّاً من أمّهات أطفال التوحّد؛ حيث تمّ إضافة عبارتين في بُعد الحبوية الاجتماعية كعبارة (ضغوط الحياة لا تمنعني من العيش بسعادة)، (أمتلك القدرة على التسامح مع الآخرين)، كذلك حذف عبارتين في بُعد الحبوية العقلية كعبارة (أتعامل مع المشكلات بمرونة)، (أقرأ من الكتب في مجال التربية الخاصة "التوحّد").

صياغة المقياس في صورته النهائية:

بعد إجراءات التعديلات التي اتفق عليها المحكّمون وإجراء التحليل العاملي للمقياس. أصبح المقياس متضمن الأبعاد الأساسية والفرعية اللازمة لرفع مستوى الحبوية الذاتية لأمّهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد؛ حيث يشمل:

- البُعد الأول: الحبوية الجسمية (10 عبارات).
- البُعد الثاني: الحبوية الاجتماعية (13 عبارة).
- البُعد الثالث: الحبوية الانفعالية (16 عبارة).
- البُعد الرابع: الحبوية العقلية (7 عبارات).

وصف مقياس الحبوية الذاتية لأمّهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد:

أولاً: مقياس الحبوية الذاتية لأمّهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد:

يتكوّن المقياس من أربعة أبعاد تحتوي على ستة وأربعين عبارة، وسوف تقوم الباحثة بقراءة العبارات والشرح المفضل لها؛ حيث سيتم تطبيقها على أمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحّد تطبيقاً

قبلًا وبعديًا وتتبعيًا، ثمّ مصالحة البيانات إحصائيًا؛ وذلك لحساب الفروق بين متوسطات درجات الأمهات في القياسات القبليّة والبعديّة والتتبعيّة لمقياس الحيويّة الذاتيّة.

ثانيًا: تعليمات تطبيق مقياس الحيويّة الذاتيّة:

- لتطبيق مقياس الحيويّة الذاتيّة بصورة جيدة كان لا بدّ من صياغة التعليمات بوضوح، وتتمثل في:
 - تحري الدقة في قراءة وفهم العبارات الموجودة في مقياس الحيويّة الذاتيّة.
 - التركيز على قراءة مقياس الحيويّة الذاتيّة من قبل الباحثة قبل تطبيقها، وأن تحرص الباحثة على شرح العبارات؛ للتأكد من فهم الأمهات لجميع الأبعاد والعبارات.
 - وضع علامة (صح) أمام خانة (مرتفعة، متوسطة، منخفضة) ويتم توزيع الدرجات كالآتي:
 - (مستوى مرتفع = 3)، (مستوى متوسط = 2)، (مستوى منخفض = 1) في العبارات الإيجابية، أما في العبارات السلبية فيكون (مستوى مرتفع = 1)، (مستوى متوسط = 2)، (مستوى منخفض = 3) كما هو موضح لكل عبارة.
 - تطبيق مقياس الحيويّة الذاتيّة لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد.
 - يتم حساب الفروق بين درجات الأمهات من خلال مقياس الحيويّة الذاتيّة قبل وبعد تطبيق البرنامج وفي القياس التتبعي للبرنامج.

ثالثًا: الخصائص السيكمترية لمقياس الحيويّة الذاتيّة لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد:

تمّ تطبيق مقياس الحيويّة الذاتيّة على عينة استطلاعية مكونة من (50) أمًا من مجتمع العينة نفسه، وتمّ حساب الخصائص السيكمترية كما يلي:

*الصدق:

هو قدرته على قياس ما وضع لقياسه؛ أي قياس ما وضع من أجله أو السمة المراد قياسها، وتمّ حساب صدق المقياس من خلال:

(1) **صدق المحتوى:** تمّ عرض مقياس الحيويّة الذاتيّة في صورته المبدئية على مجموعة من السادة المحكمين؛ وذلك لإبداء الرأي حول ملائمة الأبعاد الرئيسية والفرعية لما وضعت لقياسه، وقد تراوحت النسبة المئوية لاتفاق السادة المحكمين على أبعاد الاختبار ما بين (85%) إلى (100%) وذلك بعد ما أجرت الباحثة التعديلات المطلوبة في ضوء آراء السادة المحكمين.

(2) **الصدق العاملي:** استخدم الباحث هذا الأسلوب وفقًا لطريقة المكونات الأساسيّة Principal Component التي وضعها هوتلينج Hotelling وتمّ تدوير المحاور تدويرًا متعامدًا بطريقة الفاريماكس وفقًا لمحك كايزر Kaiser Normalization. ومحك كايزر لتحديد عدد العوامل المستخلصة وهو محك يوقف استخلاص العوامل التي يقل جذرها الكامن عن الواحد الصحيح؛ حيث يقبل العوامل التي تشبع بها ثلاثة بنود على الأقل، بحيث لا يقل تشبع البند بالعامل عن (0,30). وبالتالي لا يتم النظر إلى المفردات التي تكون درجة تشبعها بالعوامل المستخلصة أقل

من 0,30 وتم تطبيق المقياس في صورته الأولى مكوناً من 46 مفردة لمقياس الحيوية الذاتية؛ وأدى التحليل العاملي إلى توزيع المفردات في (4 عوامل).

وقد تم حساب مصفوفة معاملات الارتباط وحذف المفردات التي تكون معاملات ارتباطها بكل المفردات أو معظمها أكبر من 0,90 أو أقل من 0,30 وبحساب قيمة محدد مصفوفة الارتباط وجد أن قيمته = 0,0000135 وهي أكبر من 0,00001؛ وهذا يعني عدم وجود مشكلة الازدواج الخطي بين المتغيرات. وجدول (8) التالي يوضح نتائج التحليل العاملي لمقياس الحيوية الذاتية قبل وبعد تدوير المحاور.

جدول (8) التباين الكلي المفسر للعوامل (4 عوامل) المستخلصة لمقياس الحيوية الذاتية (قبل وبعد التدوير)

العامل	مجموع مربعات قبل التدوير			مجموع مربعات بعد التدوير		
	النسبة التباين الذي يفسره كل عامل	نسبة التباين التراكمي	الجذر الكامن	النسبة التباين الذي يفسره كل عامل	نسبة التباين التراكمي	الجذر الكامن
1	13.60	29.57	29.57	12.54	27.26	27.26
2	8.25	17.94	47.51	6.99	15.19	42.45
3	5.68	12.34	59.85	6.45	14.01	56.46
4	3.69	8.03	67.88	5.25	11.42	67.88

وجميع هذه العوامل يكون الجذر الكامن أكبر من الواحد الصحيح
جدول (9) مصفوفة العوامل وتشعباتها بعد تدوير المحاور (لسهولة العرض تم حذف معاملات التشعب الأقل من 0,3)

م	ع 1	ع 2	ع 3	ع 4	م	ع 1	ع 2	ع 3	ع 4
1				0.711	24	0.337			
2				0.349	25				0.415
3		0.629			26	0.938			
4		0.496			27	0.839			
5			0.56		28	0.868			
6		0.562			29	0.907			

م	ع 1	ع 2	ع 3	ع 4	م	ع 1	ع 2	ع 3	ع 4
7		0.69 1			30	0.938			
8		0.46 9			31	0.839			
9			0.508		32	0.868			
10		0.69 5			33	0.907			
11			0.716		34	0.938			
12			0.742		35	0.839			
13			0.564		36	0.868			
14			0.553		37	0.907			
15			0.552		38	0.938			
16			0.742		39			0.695	
17			0.846		40		0.578		
18			0.491		41			0.735	
19			0.537		42		0.799		
20			0.572		43		0.815		
21			0.833		44			0.705	
22	0.511				45			0.735	
23	0.482				46		0.799		
					العدد	16	10	13	7

ولاختصار وسهولة العرض فقد حذفت جميع العبارات ذات التشبعات التي تقل عن 0,30 مع أي من العوامل التي أسفر عنها التحليل العاملي لمفردات المقياس. وتحتسب المفردة مع العامل الذي تنتسب به أكبر من غيره في حالة التشبع للمفردة مع أكثر من عامل. وأصبح المقياس 46 مفردة موزعة في 4 أبعاد يتضمّن كل عدد من المفردات. ويوضح جدول (10) التالي العبارات المتشعبة على أبعاد المقياس:

جدول (10) أبعاد المقياس والعبارات المنشعبة بكل بُعد

البُعد	العبارات	العدد
ع1	22 - 23 - 24 - (26 - حتى 38)	16
ع2	3 - 4 - 6 - 7 - 8 - 10 - 40 - 42 - 43 - 46	10
ع3	5 - 9 - (11 - حتى 21)	13
ع4	1 - 2 - 25 - 39 - 41 - 44 - 45	7

- يتضح من الجدول وجود 16 عبارات ذات تشبعات دالة عند مستوى (0,01) على العامل الأول، وبمراجعة معاني ومضامين هذه العبارات يتضح أنها تدور حول (الحيوية الانفعالية)؛ لذا أطلق على هذا العامل (عامل الحيوية الانفعالية).
- كما يتضح من الجدول وجود 10 عبارات ذات تشبعات دالة عند مستوى (0,01) على العامل الثاني، وبمراجعة معاني ومضامين هذه العبارات يتضح أنها تدور حول (الحيوية الجسمية)؛ لذا أطلق على هذا العامل (عامل الحيوية الجسمية).
- كما يتضح من الجدول وجود 13 عبارة ذات تشبعات دالة عند مستوى (0,01) على العامل الثالث وبمراجعة معاني ومضامين هذه العبارات يتضح أنها تدور حول (الحيوية الاجتماعية)؛ لذا أطلق على هذا العامل (عامل الحيوية الاجتماعية).
- كما يتضح من الجدول وجود 7 عبارات ذات تشبعات دالة عند مستوى (0,01) على العامل الرابع، وبمراجعة معاني ومضامين هذه العبارات يتضح أنها تدور حول (الحيوية العقلية)؛ لذا أطلق على هذا العامل (عامل الحيوية العقلية).

وقد تم إعادة توزيع مفردات المقياس لتصبح مفردات كل بُعد متتالية كما بالترتيب التالي:

- الحيوية الجسمية (10 عبارات من 1 - 10).
- الحيوية الاجتماعية (13 عبارة من 11 - 23).
- الحيوية الانفعالية (16 عبارة من 24 - 39).
- الحيوية العقلية (7 عبارات من 40 - 46).

(3) الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس الحيوية الذاتية باستخدام معامل ارتباط سبيرمان وذلك بحساب معامل ارتباط درجة كل مفردة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه وبالدرجة الكلية للمقياس، وجدول (11) يوضح ذلك.

الحيوية العقلية				الحيوية الانفعالية		
معامل ارتباط البعد بالمقياس	معامل الارتباط بالدرجة البعد	م	معامل ارتباط البعد بالمقياس	معامل الارتباط بالمقياس	معامل الارتباط بالدرجة البعد	
معامل ارتباط البعد بالمقياس	0,778*	1	معامل ارتباط البعد بالمقياس	**0,684	**0,694	
	0,833*	2		**0,772	**0,660	
	0,694*	3		**0,778	**0,778	
	0,792*	4		**0,694	**0,708	
	0,629*	5		**0,660	**0,734	
**0,780			**0,803			

الحيوية العقلية				الحيوية الانفعالية		
معامل ارتباط البعد بالمقياس	معامل الارتباط بدرجة البعد	م	معامل ارتباط البعد بالمقياس	معامل الارتباط بدرجة البعد	معامل الارتباط بالمقياس	معامل الارتباط بدرجة البعد
	0,7 *54 *	6		**0,778		**0,794
	0,7 *72 *	7		**0,833		**0,708
				**0,694		**0,727
				**0,804		**0,891
				**0,628		**0,637

الحيوية العقلية				الحيوية الانفعالية		
معامل ارتباط البعد بالمقياس	معامل الارتباط بدرجة البعد	معامل الارتباط البعد بالمقياس	م	معامل الارتباط بدرجة البعد	معامل الارتباط بالمقياس	معامل الارتباط بدرجة البعد
					**0,898	**0,834
					**0,718	**0,804
					**0,637	**0,734
					**0,637	**0,734
					**0,778	**0,778
					**0,660	**0,734

يتضح من نتائج الجدول أن مفردات مقياس الحيوية الذاتية لها علاقة ذات دلالة إحصائية بدرجة البعد الذي تنتمي إليه وبالدرجة الكلية؛ ممّا يعني اتساق المفردات واشتراكها في قياس الحيوية الذاتية. كما تمّ حساب معامل ارتباط درجة كل بُعد بالدرجة الكلية، ويتضح من نتائج الجدول السابق أن معاملات

الارتباط بين درجات كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائية عند مستوى (0,01)؛ ممّا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

(4) صدق المقارنة الطرفية:

تمّ حساب الدرجات وتحديد المجموعتين المتطرفتين (المئيني 25 والمئيني 75) لدرجات العينة على الدرجة الكلية للمقياس وتقسيم أفراد العينة إلى ثلاث مجموعات، واستخدام طريقة المقارنة الطرفية بين درجات المجموعتين الطرفيتين (الأعلى 25%، الأدنى 25%) والجدول التالي يبين طريقة حساب صدق المقارنة الطرفية بطريقة اختبار "ت" للمجموعتين المستقلتين للمقارنة بين مجموعتي الطرفيتين:

جدول (12) اختبار (ت) صدق المقارنة الطرفية لمقياس الحيويّة الذاتية

البُعد	المجموعتين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الحيويّة الذاتية	الأعلى	13	101.92	8.54	4.442	24	دالة عند مستوى 0,01
	الأدنى	13	122.54	14.39			

يتضح من جدول (12) الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطات المجموعتين؛ ممّا يعني تحقق صدق المقارنة الطرفية للاختبار وصلاحيته للتطبيق. ممّا يدل على أن المقياس بوجه عام يتمتع بدرجة عالية من الصدق وصادق لما وضع لقياسه.

النتائج:

تمّ حساب ثبات المقياس بالطرق التالية:

1- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

تمّ حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، حيث تمّ حساب ثبات أبعاد المقياس بعد حذف المفردة وتمّ حساب ثبات أبعاد المقياس الفرعية وحساب ثبات المقياس ككل؛ ويوضح جدول رقم (13) ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ.

جدول (13) ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ

البُعد	العدد	ألفا كرونباخ
الحيويّة الجسمية	10	0,819
الحيويّة الاجتماعية	13	0,814
الحيويّة الانفعالية	16	0,807
الحيويّة العقلية	7	0,811
الحيويّة الذاتية ككل	46	0,820

وجميع القيم تشير إلى ثبات الأبعاد الفرعية للاختبار وثبات المقياس ككل، وأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

2- الثبات بالتجزئة النصفية:

تمّ تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية وتقسيمه إلى نصفين (المفردات فردية الرتبة، المفردات زوجية الرتبة) وتمّ حساب معامل ارتباط سبيرمان بين درجات النصفين وحساب معامل الثبات بطريقتي سبيرمان براون وجتمان للتجزئة النصفية، كما يُوضح ذلك جدول (14) التالي:

جدول (14) معاملات ثبات مقياس الحيويّة الذاتية بطريقة التجزئة النصفية

طريقة تصحيح معامل الارتباط	سبيرمان براون	جتمان
معامل الثبات	0,817	0,813

وهي قيم مرتفعة دالة إحصائياً؛ ممّا يعني ثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق.

ثالثاً: برنامج قائم على العلاج بالتقبّل والالتزام في تخفيف حدة الوصمة الاجتماعية ورفع مستوى الحيويّة الذاتية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحّد (إعداد الباحثة):

يُعد البرنامج القائم على العلاج بالتقبّل والالتزام المُعد في هذا البحث من أدواته الأساسيّة المراد منها تحقيق أهداف البحث، فهو برنامج مخطط منظم قائم على التفسيرات النظرية والتجريبية للعلاج بالتقبّل والالتزام. حيث يتضمن مجموعة من التقنيات والممارسات والأنشطة اليومية التي تستهدف تخفيف حدة الوصمة الاجتماعية ورفع مستوى الحيويّة الذاتية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحّد، ويتضمن البرنامج جلسات تطبيق على أفراد العينة للوصول لهدف البحث.

الأساس النظري للبرنامج:

يُعد العلاج القائم على التقبّل والالتزام أحد أنواع العلاج النفسي أو تحليل السلوك الإكلينيكي لاستراتيجيات التقبّل واليقظة العقلية، وذلك مع استخدام استراتيجيات تعديل السلوك. كما أن العلاج بالتقبّل والالتزام يتضمن الوعي التام لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحّد؛ حيث إنه يؤدي إلى التقبّل والتغيير من الناحية الجسميّة والسلوكيّة مع الالتزام بالقيم.

فالهدف من العلاج بالتقبّل والالتزام ليس فقط التخلص من معاناة الأم مع طفلها ذي اضطراب التوحّد وإنما جعلها قادرة على التفاعل مع الآخرين وجعلها أكثر توافقاً مع المتطلبات والمسؤوليات والأحداث الضاغطة، وتدريبها على التفكير الإيجابي وربطها بمشاعرها.

فلكي تكون الأمهات قادرات على تلبية احتياجات طفلها وأسرتها فلا بدّ وأن تتمتع بالحيوية الذاتية التي تجعلها قادرة على التصرف بشكل إيجابي، كذلك التعامل بحيوية و طاقة وحماس عندما تواجه عوائق؛ حيث إنّ الحيويّة الذاتية تساعد الأمهات على تخفيف حدة الوصمة الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين بشكل إيجابي، والتعامل مع المشكلات والأحداث الخطرة بشكل أكثر فاعليّة.

ممّا سبق يُمكن تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحّد على خفض حدة الوصمة الاجتماعية؛ لما تتعرض له من مشاعر نفسيّة واجتماعيّة سلبية تؤثر على توافقهّن العام، وكذلك رفع

مستوى الحيويّة الذاتية للتعامل مع الصعوبات بشكل إيجابي، وهذا هو هدف البرنامج المقترح في البحث الحالي. ويُعرف البرنامج القائم على التقبُّل والالتزام بأنّه: التدخل باستخدام العلاج بالتقبُّل والالتزام من أجل تحقيق الهدف العام الذي يتمثل في خفض حدة الوصمة الاجتماعية، ورفع مستوى الحيويّة الذاتية لأُمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحُّد وذلك من خلال تنمية قدراتهم وأدائهم على التغير والاستمرار للتعامل مع الضغوط والأحداث الخطرة التي تواجههم من تنمية الحيويّة الذاتية التي تساعدنّ على امتلاك الطاقة والحماس، والحيويّة عند مواجهة المشكلات، وكذلك الرضا والسعادة في الحياة.

دليل البرنامج:

الهدف العام للبرنامج:

يتمثل الهدف العام لهذا البرنامج في تقديم تدريبات على بعض الاستراتيجيات وتقنيات العلاج بالتقبُّل والالتزام لأُمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحُّد؛ بغرض خفض حدة الوصمة الاجتماعية، ورفع مستوى الحيويّة الذاتية لأُمّهات الأطفال.

الأهداف الإجرائيّة للبرنامج:

- أن يتعرّف أفراد عينة البحث على مفهوم الوصمة الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحُّد وما لها من آثار سلبية.
- أن يتدرب أفراد عينة البحث (الأُمّهات) على البرنامج التكاملي على الأساليب التي تساعد الأُمّهات على خفض حدة الوصمة الاجتماعية، والتعرّف على ماهية المشاعر السلبية المرتبطة بالوصمة الاجتماعية وآثارها السلبية.
- أن يستبصر أفراد عينة البحث (الأُمّهات) بالبرنامج القائم على العلاج بالتقبُّل والالتزام بالأفكار العقلانية التي يفكرون بها وما لها من آثار سلبية عليهنّ.
- أن تتدرب أفراد عينة البحث (الأُمّهات) على مواجهة الضغوط الحياتية التي تواجههنّ بصفة يومية وذلك من خلال الوعي بالذات من خلال اليقظة العقلية.
- أن تتدرب أفراد عينة البحث (الأُمّهات) على التنفيس الانفعالي والاسترخاء لما له من تأثير إيجابي على أطفالهنّ وأسرتهنّ.
- أن تنمي الحيويّة الذاتية بكافة أبعادها الجسميّة والاجتماعيّة والعقليّة والانفعاليّة.
- أن يستبصر أفراد عينة البحث (الأُمّهات) بالمواقف المثيرة للمشاعر السلبية المرتبطة بالوصمة الاجتماعية.

أهمية البرنامج:

تتضح أهمية البرنامج فيما يلي:

- التقليل من حدة الوصمة الاجتماعية لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد.
- التأكيد على أهمية الحيوية الذاتية وتحسينها؛ وذلك لما لها من أهمية في إمداد الأمهات بالحماس والطاقة والحيوية في مواجهة الضغوط الاجتماعية والنفسية المختلفة.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

(1) الأسس العامة: وتشتمل ما يلي:

- أ- مراعاة حاجات واستعدادات الأمهات.
- ب- مراعاة قابلية السلوك للتعديل والتغيير وإمكانية التنبؤية وحق الأمهات في التدريب واستمرارية التدريب؛ وذلك من خلال اشتراكهن في جلسات البرنامج لتدريبهن على تنمية التركيز لديهن، وزيادة الوعي بالحيوية الذاتية وخفض الوصمة الاجتماعية.
- ج- مراعاة التدرج في زمن الجلسات، والعمل على استخدام الإثارة والتشويق معظم الوقت لتجنب الملل.
- د- اتباع أسلوب التعزيز والتدعيم الإيجابي.

(2) الأسس الاجتماعية:

يتم استخدام العلاج الجماعي والاهتمام بكل أم ودفعها لتحقيق التوازن في العلاقات الاجتماعية.

(3) الأسس التربوية:

يهدف البرنامج إلى تحقيق التوافق بين أهدافه، وبين ما يتضمنه من تمرينات علاجية وتمارين ذهنية؛ بما يسهم في تنمية الحيوية الذاتية.

(4) الأسس الفلسفية:

استمدت من الإطار السياقي التي تركز على المعرفة الإنسانية واللغة، ومراعاة أخلاقيات المهنة القائمة على القبول والتقبل ومدى أثرها على المشكلة النفسية والاجتماعية.

(5) الأسس النفسية:

مراعاة الفروق الفردية بين الأمهات، كذلك مشاعر وآراء وأفكار الأمهات.

(6) الأسس الفسيولوجية:

مراعاة توظيف الاسترخاء للتغلب على مشاعر الاكتئاب والإحباط التي تسيطر على الأمهات عند مواجهة مواقف ضاغطة مع أطفالهن.

(7) الأسس الأخلاقية:

مراعاة أخلاقيات العمل بالتقبل والالتزام بأخلاقيات المهنة.

مراحل تطبيق البرنامج:

1-مرحلة ما قبل البرنامج: مقابلة الأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتوضيح الهدف العام من البرنامج وإجراءات تطبيقية من تقنين لمقياس البحث وتشخيص العينة وتهيئتهم، والإنفاق النهائي مع عينة البحث على الجدول الزمني لتطبيق البرنامج.

2-مرحلة البدء: يتم بناء علاقة بين الباحثة والأمهات (عينة البحث)، من خلال تعريفهن بالهدف من البرنامج، والاتفاق على شروط البرنامج والالتزام بقواعد السلوك الجيد.

3-مرحلة الانتقال: تعريف عينة البحث (الأمهات) بالوصمة الاجتماعية والحيوية الذاتية والعلاج بالتقبل والالتزام.

4-مرحلة البناء (العمل): يتم التعرف على المشكلات التي أدت إلى ضعف متغيرات البحث، وتقديم الجلسات من خلال الفنيات والتدريبات العلاجية.

5-مرحلة الإنهاء: يتم الانتهاء من البرنامج وإجراء القياس البعدي للتحقق من فاعلية البرنامج.

6-مرحلة ما بعد البرنامج: يتم إجراء القياس التتبعي للعينة وذلك بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج؛ للتحقق من استمرارية فعاليته.

مصادر اشتقاق البرنامج:

تم اشتقاق البرنامج بالرجوع إلى الدراسات السابقة والتصورات النظرية في مجال التربية الخاصة، وكذلك الأدبيات التي تناولت العلاج بالتقبل والالتزام والوصمة الاجتماعية والحيوية الذاتية.

خطوات إعداد البرنامج:

يمر البرنامج بعدة خطوات تتمثل في:

أ- الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات والبحوث السابقة ذات الصلة بالعلاج بالتقبل والالتزام؛ للاستفادة منه في اختيار الفنيات المستخدمة في البرنامج، كذلك معرفة كيفية توظيف وتطبيق فنيات العلاج بالتقبل والالتزام.

ب- التعرف على عينة البحث (أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد) يتمثل في المعلومات التي تقدم لعينة البحث عن البرنامج وبعض المعلومات، كذلك الجانب المهاري الذي يتضمن تدريب الأمهات على مهارات الوصمة الاجتماعية والحيوية الذاتية لاكتساب مهارات التحليل والتطبيق وطرح الأسئلة والتأمل، والتوسع في الأفكار وتعميمها، والجانب الوجداني الذي يتمثل في إتاحة الوصمة أمام الأمهات للتعبير عن آرائهن بحرية دون خوف من النقد، وزيادة الشعور بالمسئولية والثقة بالنفس والتحرر من الخوف والقلق وذلك من خلال حثهم على الانفتاح وجدانياً على الوصمات المختلفة.

ج- إعداد وتنظيم جلسات البرنامج والتي تكونت من (25) جلسة؛ بحيث تتضمن جلسة تعارف على قواعد العمل في البرنامج.

د- تقويم جلسات البرنامج: استخدمت الباحثة ثلاثة أنواع من التقويم في البرنامج، يتمثل في:

- **التقويم المبدئي:** الذي يتمثل في طرح الأسئلة في بداية كل جلسة؛ لمراجعة ما تمّ بالجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات المنزلية والآراء المقترحة لكل جلسة.
- **التقويم التكويني:** يتضمن طرح بعض الأسئلة على الأمهات (عينة البحث) بعد كل نشاط لتحديد نقاط الضعف والقوة لديهنّ؛ ممّا يساهم في تعزيز مواطن القوة وعلاج نواحي الضعف.
- **التقويم الختامي:** الذي يتمثل فيما يلي:
 - الواجبات المنزليّة: تتضمّن مجموعة من الأنشطة المرتبطة بطبيعة ومحتوى كل جلسة؛ لكي تقوم الأمهات بالممارسة الفعلية لما تمّ التدريب عليه أثناء الجلسات، بالإضافة لكتابة بعض النقاط التي أعجبتهنّ في الجلسة والتي لم تعجبهنّ ومقترحات للجلسة القادمة.
 - مقياس الوصمة الاجتماعية ومقياس الحيويّة الذاتيّة للأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد الذي يطبق بعد الانتهاء من البرنامج؛ للتحقق من فعاليته بشكل عام؛ حيث توجد أمام كل عبارة ثلاثة بدائل (موافق بدرجة كبيرة، موافق بدرجة متوسطة، موافق بدرجة ضعيفة) وعلى الأمهات (عينة البحث) وضع علامة (✓) أمام الاختيار الذي ينطبق عليه ويحصل على الدرجة (3) إذا اختار بدرجة كبيرة، والدرجة (2) إذا اختار بدرجة متوسطة، و(1) إذا اختار بدرجة ضعيفة وذلك بالنسبة للعبارات الموجبة والعكس إذا كانت العبارات سالبة.

تحكيم البرنامج:

من خلال عرضه على بعض الأساتذة المتخصصين في علم النفس الطفل؛ وذلك لإبداء آرائهم حول مدى ملائمة البرنامج للأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحّد وكفاية عدد جلساته، وتوافق الأنشطة والمحتوى مع أهداف الجلسات وملاءمة التقويم لأهداف كل جلسة، ووضوح التعليمات لمقياس الوصمة الاجتماعية والحيويّة الذاتيّة، وتمثيل العبارات لأهداف البرنامج ودقة صياغتها وعباراتها وكفاية عددها؛ حيث اتضح أن نسبة اتفاق السادة الأساتذة المحكمين تراوحت ما بين (96% - 100%) وهي نسبة اتفاق مرتفعة؛ ممّا يدعو إلى الثقة في صلاحية البرنامج بأهدافه وإجراءاته وطرق تقويمه، وقامت الباحثة بمراجعة التوجيهات التي اقترحتها السادة المحكمون.

ويوضح ملحق (1) البرنامج في صورته النهائية. ويوضح جدول (15) جلسات البرنامج العلاجي وما يتعلق به من أنشطة كما يلي:

جدول (15) جلسات البرنامج العلاجي وما يتعلق به من أنشطة

الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الأدوات	الفنيات	الزمن
1	تمهيد وتعارف	-التعارف وخلق جو من الألفة بين الباحثة والأمهات المشاركات في البرنامج. -التعرّف على التعليمات الخاصة بالجلسات. -الحث على الالتزام بالحضور في المواعيد المتفق عليها. -مساعدة الأمهات على التخلص من مشاعر الخجل والرهبة. -القياس القبلي للأمهات (عينة البحث) على مقياسي الوصمة الاجتماعية والحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد.	-الكروت -الأقلام -المقياسان	-المحاضرة -الألعاب الجماعية -الحوار والمناقشة -الواجب المنزلي	60 دقيقة
2	التعارف بمحتوى البرنامج	-أن تكسب اتجاهات إيجابية نحو البرنامج. -تعريف الأمهات بالبرنامج وأهميته. -التعرّف على توقعات الأمهات نحو البرنامج. -التعرّف على أهداف البرنامج وخطواته.	-لوح بيضاء -أقلام ألوان	-التغذية الراجعة -طرح أسئلة -المحاضرة -الحوار والمناقشة	60 دقيقة
3	القيم	-التقليل من مشاعر المعاناة. -خفض الصراعات. -توفير بيئة مفعمة بالسعادة والرضا بالواقع. -التخفيف من حدة الوصمة الأسرية. -التخلي عن الأفكار السلبية.	-أوراق بيضاء -ألوان	-طرح الأسئلة -الواجب المنزلي -التغذية الراجعة -الحوار والمناقشة	60 دقيقة
4	الوصمة النفسية	-التقليل من مشاعر الإحباط واليأس.	-داتا شو	-التغذية الراجعة -الواجب المنزلي	60 دقيقة

الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الأدوات	الفنيات	الزمن
		-التقليل من آثار الوصمة النفسية. -تغيير الأفكار السلبية لأفكار إيجابية -تنمية السعي نحو تحقيق الأهداف.	-ورق بيضاء أقلام	-الحوار والمناقشة -الاسترخاء -التغذية -طرح الأسئلة	
5	تجنب المشاعر السلبية	-تجنب ظهور أفكار غير مرغوبة. -زيادة تحمل التجارب السلبية. -التقليل من آثار الوصمة النفسية. -تنمية القدرة على الصبر والتحمل والحيوية.	-لوح بيضاء -ألوان	-طرح الأسئلة -الحوار والمناقشة -الواجب المنزلي -التغذية الراجعة	60 دقيقة
6	الحواس الخمسة	-التقليل من المشاعر المؤلمة. -تنمية وعي الأمهات بالأفكار العقلانية. -التقليل من آثار الوصمة النفسية.	-الداتا شو	-الحوار والمناقشة -التغذية الراجعة -الواجب المنزلي -طرح الأسئلة.	60 دقيقة
7	الاندماج المعرفي	-تنمية الإدراك بالمشاعر المؤلمة. -تنمية الإدراك المعرفي للأفكار المزعجة. -التقليل من آثار الوصمة الذاتية.	أرجوحة	-التغذية الراجعة، التصفيق، الواجب المنزلي، الحوار والمناقشة	60 دقيقة
8	القبول الذاتي والتوسع	-تجنب الآثار السلبية للوصمة الذاتية. -تقبل الواقع. -التعامل مع الأفكار السلبية غير المرغوبة بدلاً من الهروب منها.	-الداتا شو	-الحوار والمناقشة، تقبل الذات، التعزيز، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.	60 دقيقة
9	اكتشاف الذات الإيجابية وتنميتها	-أن تتمكن الأمهات من اكتشاف ذواتهن.	-داتا شو	-الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي،	60 دقيقة

الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الأدوات	الفنيات	الزمن
		-أن تكون قادرة على تحديد نقاط الضعف والقوة في ذاتهن. -استثارة الدافعية الذاتية للمهام.		المحاضرة، تعديل الاتجاهات.	
10	الكرة في المسبح	-التحكم في الأفكار السلبية. -خفض حدة الوصمة الذاتية. -تنمية القدرة على تكوين المشاعر الإيجابية.	-داتا شو	-الحوار والمناقشة، تغذية راجعة، اللعب، الواجب المنزلي، التخيل.	60 دقيقة
11	الالتزام والصعوبات	-تنمية القدرة للتفاعل مع الآخرين. -الوعي بأهداف الحياة. -تنمية قدرة الأم على وضع أهداف واضحة وملموسة. -زيادة الشعور بالرضا بالحياة. -التقليل من آثار الوصمة الاجتماعية.	-لوح ورقية	-استرخاء، حوار ومناقشة، التغذية الراجعة، طرح أسئلة، واجب منزلي.	60 دقيقة
12	التفكير الاجتماعي العقلاني	-تنمية المهارات الاجتماعية. -خفض حدة الوصمة الاجتماعية. -التقليل من المشاعر الاجتماعية السلبية -تنمية العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.	-داتا شو	-محاضرة، الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.	60 دقيقة
13	الحيوية الذاتية	-تعريف الأمهات الحيوية الذاتية. -تنمية الشعور بالحماس والسعادة. -تنمية الإحساس بالطاقة الإيجابية. -تنمية الإحساس بالرضا بالحياة	-لوحة مصورة تشمل مكونات الحيوية الذاتية.	-لعب الأدوار، التعزيز، التأمل المعرفي، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي، المحاضرة، الحوار والمناقشة.	60 دقيقة

الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الأدوات	الفنيات	الزمن
		-التعرُّف على مكونات الحيويَّة الذاتية.			
14	مصادر الطاقة الإيجابية	-التعرُّف على أهميَّة الحيويَّة الذاتية. -فهم العوامل التي تزيد أو تقلل من الحيويَّة الذاتية.	-صور. -أفلام. -لوح بيضاء.	-الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، التعاون، الواجب المنزلي، التعزيز.	60 دقيقة
15	أنا فخورة بنفسي	-تنمية قدرة الأمهات على المشاركة الاجتماعية. -تنمية قدرة الأمهات على أداء المهام بنجاح. -تنمية الثقة بالذات. -تنمية مصادر الحيويَّة الذاتية.	-أوراق. -ألوان.	-الحوار والمناقشة، الواجب المنزلي، التغذية الراجعة.	60 دقيقة
16	تحسين الحيويَّة الذاتية	-تنمية المشاعر الإيجابية كالحماس والطاقة. -تنمية السلوكيات الإيجابية المقبولة. -تنمية الثقة بالنفس. -تحسين كفاءة الأمهات نحو حل المشكلات.	-داتا شو	-الواجب المنزلي، التغذية الراجعة، الحوار والمناقشة، التعزيز.	60 دقيقة
17	الحيويَّة الانفعاليَّة	-كيف تؤثرين على حالتك الانفعاليَّة. -مساعدة الأم في التنفيس الانفعالي عند الضغوط والصعوبات التي تعيشها. -التعرُّف على بعض الإجراءات التي تحسن من حالتها الانفعاليَّة. -تنمية الجوانب الطاقة الانفعاليَّة الإيجابية.	-لوحة	-طرح الأسئلة، المحاضرة، الواجب المنزلي، الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة.	60 دقيقة
18	الانفعالات الإيجابية	-تنمية الانفعالات الإيجابية الذاتية. -تنمية القدرة على تجاوز المشاعر المؤلمة.	-بطاقات	-الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي،	60 دقيقة

الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الأدوات	الفنيات	الزمن
		-تنمية القدرة على مواجهة التجارب الانفعالية السلبية. -تنمية الحيوية الانفعالية. -رفع قدرة الأمهات على امتلاك الحماس والحيوية.		طرح الأسئلة، التعزيز.	
19	الانفعالات غير المرغوبة	-تنمية مهارة الحيوية الانفعالية. -فهم مهارة الحيوية الانفعالية. -التقليل من مشاعر القلق والاكتئاب والحزن.	-قصة. -كروت.	-التدعيم، العصف الذهني، الحوار والمناقشة، الإثابة بالتعليم التعاوني، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.	60 دقيقة
20	هيا نفكر	-السيطرة على الأفكار السلبية. -تنمية الحماس والحيوية العقلية. -تنمية القدرة على التفكير الإيجابي. -السيطرة على الأفكار غير المنطقية.	-داتا شو.	الحوار والمناقشة، الواجب المنزلي، التغذية الراجعة	60 دقيقة
21	النظر للأعلى والنظر للأسفل	-تنمية مهارات الحيوية البدنية. -تنمية قدرات الأمهات بالحماس والطاقة. -تزويد القدرة على قيام الأعمال بهمة ونشاط.	-داتا شو.	-التغذية الراجعة، التعزيز، الواجب المنزلي، الحوار والمناقشة، التعزيز.	60 دقيقة
22	الحيوية الاجتماعية	-تنمية الثقة بالذات. -تنمية قدرة الأمهات على أداء المهام الاجتماعية. -تنمية قدرة الأمهات على المشاركة الإيجابية. -الارتقاء بمستوى الحيوية الاجتماعية.	-أوراق بيضاء. -أقلام. -سبورة. -مقص.	-التعزيز، الحوار والمناقشة، طرح الأسئلة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.	60 دقيقة
23	العلاقات الاجتماعية الإيجابية	-تنمية علاقة الأمهات بالآخرين. -تنمية المهارات الاجتماعية.	-كروت بيضاء. -ألوان.	-الحوار والمناقشة، التعزيز، التغذية	60 دقيقة

الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الأدوات	الفنيات	الزمن
		-تنمية مهارة الحيويّة الاجتماعية. -دفع قدرة الأمهات على حل المشكلات الاجتماعية.		الراجعة، الواجب المنزلي.	
24	لعب الأدوار الاجتماعية	-تنمية المهارات الاجتماعية. -تنمية قدرة الأمهات بالطاقة الاجتماعية الإيجابية. -تنمية الحيويّة الاجتماعية. -تنمية القدرة على مواجهة الصدمات.	-ورق -لاصق. ألوان (أخضر، أحمر، أسود)	-التغذية الراجعة، الحوار والمناقشة، التعاون، الواجب المنزلي، طرح الأسئلة.	60 دقيقة
25	التقييم النهائي	-أن تذكر الأمهات النقاط الإيجابية والسلبية في البرنامج. -أن تذكر الأمهات أهمية مشاركتهن في البرنامج. -تطبيق القياس البعدي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.	-السبورة. -المقياسان.	-تغذية راجعة، الحوار والمناقشة، التعزيز، طرح الأسئلة.	60 دقيقة

فلسفة البرنامج:

تتمحور فلسفة البرنامج لأمهات الأطفال ذوي اضطرابات التوحد حول تزويد الأمهات بالمعلومات اللازمة حول الوصمة الاجتماعية وأسبابها وطرق الحد وكيفية التعامل معها، وكذلك الحيويّة الذاتية وأهميتها وكيفية تدعيمها للأمهات من خلال جلسات جماعية؛ وذلك من خلال مشاركتهن بتجاربهن ومشاعرهن من أجل زيادة الحيويّة الذاتية، كما يسعى إلى خفض الشعور بالوصمة الاجتماعية وتغيير التصورات السلبية حول الوصمة الاجتماعية.

إجراءات تطبيق البرنامج:

يشتمل البرنامج على (25) جلسة، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً لمدة شهرين، وذلك خلال الفترة من 2025/6/2 إلى 2025/8/4م. ثم تم اجراء القياس التتبعي بعد الانتهاء من جلسات البرنامج وذلك في شهر سبتمبر للتأكد من استمرار فاعليته.

تمّ توزيع البرنامج إلى ثلاثة أقسام كما يلي:

- القسم الأول: يتكوّن من جلستين، يتم فيها التعارف بين الباحثة وعينة البحث (الأمهات).
- القسم الثاني: يتكوّن من (22) جلسة، يتم في الجلسات من الجلسة الثالثة وحتى الجلسة الرابعة والعشرين توحيتهن بالآثار السلبية للوصمة الاجتماعية وكيفية التقليل منها، ومن الجلسة الثانية عشرة إلى الجلسة الرابعة والعشرين بتوحيتهن بأهمية الحيويّة الذاتية وآثارها في حل المشكلات.

- القسم الثالث: يتكوّن من (1) جلسة يتم فيها شكر الباحثة للمشاركات في البحث على تعاونهنّ معها وحضورهنّ جلسات البرنامج.

الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في البرنامج:

يتم الاستعانة ببعض الفنيات من أجل تحسين الحيويّة الذاتيّة وخفض حدة الوصمة الاجتماعيّة والتي تلائم مشكلة البحث، المتمثلة فيما يلي:

- المحاضرة: تتمثل في تقديم المعلومات اللازمة لعينة البحث في عدّة محاور احتواها البرنامج (الحيويّة الذاتيّة – الوصمة الاجتماعيّة – أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد).
- الحوار والمناقشة: تشمل جميع الاتجاهات، كذلك تفكير عينة البحث السلبي وتحويله إلى إيجابي من العصف الذهني معهنّ وتدقيق الأفكار.
- النمذجة: تشمل ملاحظة سلوك الآخرين واكتسابه لنمط سلوكي كتوكيد الذات في المهارات الاجتماعيّة والانفعاليّة والنفسية، أو التدريب على التعبير عن الانفعالات الإيجابية والمشاعر المرغوبة، وتقديم الدعم والتعزيز للأمهات.
- الاسترخاء: الاسترخاء على تحقيق الراحة النفسية، كما أنها وسيلة للتغلب على الانفعالات السلبية كالقلق والإحباط والاكتئاب.
- التقبّل غير المشروط: يشمل المحتوى التطبيقي لهذه العينة التي تعمل على تنمية العلاقة مع الآخرين من خلال التقبّل المتبادل، وتقبّل كل منهم تقبلاً غير مشروط؛ بمعنى أن تتقبله كما هو وليس كما ينبغي أن يكون، فهي عملية تقبل الشخصية وليس للمعتقدات.
- التعزيز: تتمثل في تعزيز ما اكتسب من سلوكيات إيجابية من أجل تحسين الحيويّة الذاتيّة، أو خفض حدة الوصمة لأفراد عينة البحث.
- الواجب المنزلي: تكليف عينة البحث (الأمهات) بمهام وتدريبات أدائية وعلاجية.

فنيات العلاج بالتقبّل والالتزام:

- القيم: هي تصرفات مختارة لأفعال هادفة وليس لشيء مادي ويُمكن تفعيلها لحظة بلحظة، فالأم تبني اختياراتها بناءً على القيم والالتزام بتحقيقها.
- الذات كسياق: يتم التدريب على كيفية التغلب على التصورات والاعتقادات السلبية، وأن اتخاذ السلوكيات التي تقرب له لتحقيق أهداف العينة.
- الالتزام: يقوم العلاج بالتقبّل والالتزام بالسلوكيات الاجتماعيّة المرتبطة بالقيم التي تتبناها الأم في حياتها وتوجهها بشكل إيجابي.

النظريات التي يقوم عليها البرنامج:

اعتمدت الباحثة نظرية الذات لكارول روجز لعلاج المرتكز على العميل، واشتق روجز نظريته تحقيق الذات من خلال دراسته على الأسوياء وعلى المرضى، وهذه التنمية تُعد جزءاً من

رأيه في الشخصية الإنسانية حتى يضع مسؤولية التغيير على المسترشد أكثر من وضعها على المعالج ويفترض أن الإنسان يستطيع التفكير عقلياً، وأنه قادر على التحكم في نفسه وقادر على تحويل الأساليب غير المرغوبة في السلوك والأفكار إلى سلوكيات وأفكار مرغوبة؛ وبذلك فهو يعتقد أن الأفراد محكومون بقوى لا شعورية وبخبرات الطفولة المبكرة.

● الأساليب الإحصائية المستخدمة

للتحليل الإحصائي لبيانات البحث استخدمت الباحثة الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية

المعروفة باسم SPSS: Statistical Package for the Social Sciences v.25

- استخدمت الباحثة التحليل الإحصائي الوصفي المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري.
- استخدمت الباحثة التمثيل البياني بالأعمدة المزدوجة.
- استخدمت الباحثة معاملات الارتباط لدراسة الصدق والثبات للأدوات.
- استخدمت الباحثة ألفا كرونباخ للثبات.
- استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفرق بين درجات مجموعتين مترابطتين (لا تتوافر بهن شروط المقياس البارامترى)
- استخدمت الباحثة اختبار التحليل البعدي لقياس حجم الأثر.

[1]- اختبار صحة الفرض الأول:

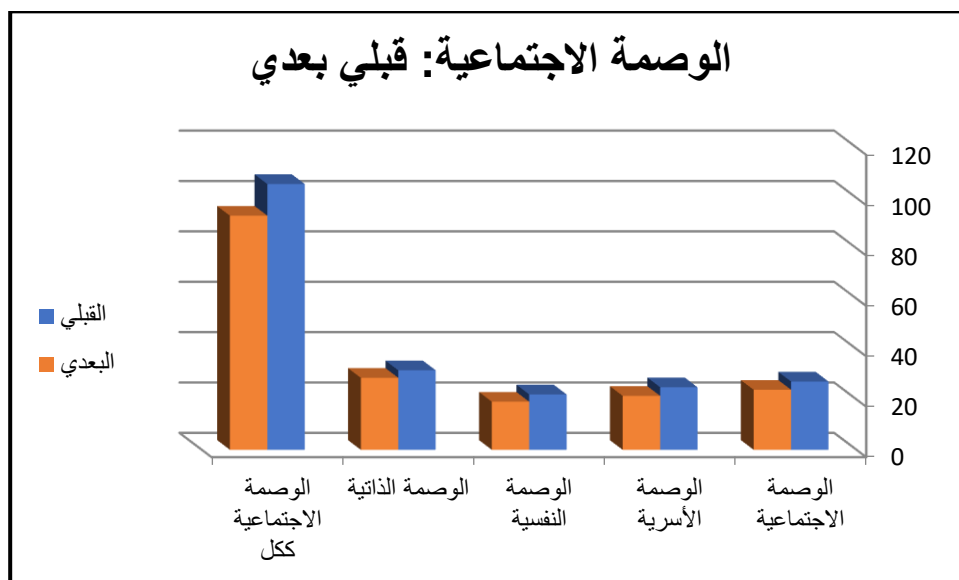
ينصُّ الفرض الأول على "تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الوصمة الاجتماعية".

ولاختبار صحة هذا الفرض تم وصف وتلخيص البيانات بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لمقياس الوصمة الاجتماعية كما يوضحها جدول (16) كما يلي:

جدول (16) نتائج الإحصاءات الوصفية لدرجات التطبيقين

التطبيق القبلي ن=19		التطبيق البعدي ن=19		المتغير
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
27.11	3.57	23.84	3.53	الوصمة الاجتماعية
24.84	5.64	21.42	5.35	الوصمة الأسرية
22.00	2.31	19.11	2.38	الوصمة النفسية
31.58	4.51	28.58	4.51	الوصمة الذاتية
105.53	9.71	92.95	9.00	الوصمة الاجتماعية ككل

ويتضح من الجدول السابق انخفاض قيم المتوسطات الحسابية لدرجات التطبيق البعدي عن درجات القبلي؛ مما يعكس خفض حدة الوصمة الاجتماعية، ويتمثل درجات التطبيقين باستخدام شكل الأعمدة البيانية اتضح ما يلي:



شكل (1) الأعمدة البيانية لمتوسطات درجات التطبيقين

والتمثيل البياني يُوضح انخفاض مستوى الوصمة الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام، وللتحقق من وجود فرق بين التطبيقين تم استخدام اختبار ويلكوسون (z) للمجموعتين المترابطتين (حيث تم استخدام أساليب الإحصاء الاستدلالي للابارامتري؛ وذلك لعدم تحقق شروط تطبيق اختبار (t) نتيجة صغر حجم العينة) وكانت النتائج كما يلي:

جدول (17) نتائج اختبار (z: ويلكوسون) لدرجات التطبيقين لمقياس الوصمة الاجتماعية

البعد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة d	الآثار والفاعلية
الوصمة الاجتماعية	السالبة	0	0	0	4.264	دال عند مستوى 0,01	0,98	قوي جداً
	الموجبة	19	10	190				
	متعادلة	0						
الوصمة الأسرية	السالبة	0	0	0	4.184		0,96	قوي جداً
	الموجبة	19	10	190				

		دال عند مستوى 0,01				0	متعادلة	
قوي جداً	0,96	دال عند مستوى 0,01	4.185	0	0	0	السالبة	الوصمة النفسية
				190	10	19	الموجبة	
						0	متعادلة	
قوي جداً	0,99	دال عند مستوى 0,01	4.359	0	0	0	السالبة	الوصمة الذاتية
				190	10	19	الموجبة	
						0	متعادلة	
قوي جداً	0,96	دال عند مستوى 0,01	4.184	0	0	0	السالبة	مقياس الوصمة الاجتماعية ككل
				190	10	19	الموجبة	
						0	متعادلة	

يتضح من جدول (17) أن مجموع الرتب سالبة الإشارة للفرق بين التطبيقين البعدي والقبلي = 0، في حين مجموع الرتب موجبة الإشارة = 190؛ ممّا يعني وجود فروق بين درجات التطبيقين وأن هذه الفروق تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية المطلوب؛ ممّا يعني أن قيمة z دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 بالنسبة للأبعاد الفرعية لمقياس الوصمة الاجتماعية ولمقياس الوصمة الاجتماعية ككل؛ ممّا يعني وجود فروق جوهرية بين التطبيقين لصالح درجات التطبيق البعدي (الأقل في مستوى الوصمة الاجتماعية).

أي أنه يتم قبول الفرض الذي ينصّ على "وجود فرق ذي دلالة إحصائية (عند مستوى 0,01) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الوصمة الاجتماعية لصالح التطبيق البعدي (الأقل في مستوى الوصمة الاجتماعية).

أي أن البرنامج القائم على العلاج بالتقبّل والالتزام أسهم في خفض حدة الوصمة الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحّد. وللتحقّق من الأثر التربوي وفاعلية برنامج قائم على العلاج بالتقبّل والالتزام، تمّ دراسة الدلالة العملية والأهمية التربوية للنتيجة التي ثبت وجودها إحصائياً بحساب حجم التأثير المناسب لاختبار ويلكوكسون اللابارامتري، ومن هذه الأساليب المناسبة للبحث الحالي اختبار حجم الأثر (d).

وتكون قيمة d (أقل من 0,3 ضعيفة) (أكبر من 0,3 حتى 0,5 متوسط) (أكبر من 0,5 حتى 0,7 قوي) (أكبر من 0,7 قوي جداً).

$$d = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

ويوضح الجدول السابق أن قيمة حجم التأثير = 0,96؛ أي أن لاستخدام برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزان تأثيراً قوياً جداً، وأن هناك فعالية مرتفعة في خفض حدة الوصمة الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد. أي أن برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام له فاعلية مرتفعة وتأثير قوي جداً في خفض حدة الوصمة الاجتماعية ككل وأبعاده الفرعية. وهذا يتفق مع نتائج دراسة كل من سيد (2018)؛ عبد العال (2021)؛ متولي (2020)؛ Hallberg (2013)؛ Mitter el al. (2018)؛ Wong et al. (2019) إلى فعالية البرنامج في تخفيف حدة الوصمة الاجتماعية؛ حيث إن توفير البرامج والدعم يسهم في فهم الأمهات بكيفية التعامل مع أطفالهن المعاقين والتخلص من المشاعر والأفكار السلبية، ويقبلون على الحياة والانفتاح على من حولهم.

[2]- اختبار صحة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في مقياس الوصمة الاجتماعية".

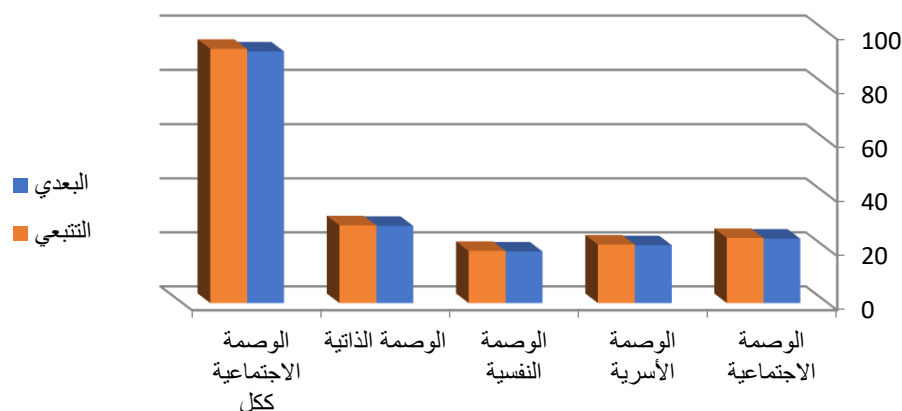
ولاختبار صحة هذا الفرض تم وصف وتلخيص البيانات بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات التطبيقين التتبعي والبعدي للمجموعة التجريبية لمقياس الوصمة الاجتماعية كما يوضحها جدول (18) كما يلي:

جدول (18) نتائج الإحصاءات الوصفية لدرجات التطبيقين

المتغير	التطبيق التتبعي ن= 19		التطبيق البعدي ن= 19	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الوصمة الاجتماعية	24.11	4.07	23.84	3.53
الوصمة الأسرية	21.68	5.89	21.42	5.35
الوصمة النفسية	19.32	2.63	19.11	2.38
الوصمة الذاتية	28.79	4.17	28.58	4.51
الوصمة الاجتماعية ككل	93.89	10.80	92.95	9.00

ويتضح من الجدول السابق تقارب قيم المتوسطات الحسابية لدرجات التطبيقين البعدي والتتبعي؛ مما يعكس استمرارية خفض حدة الوصمة الاجتماعية، ويتمثل درجات التطبيقين باستخدام شكل الأعمدة البيانية اتضح ما يلي:

الوصمة الاجتماعية: بعدي تتبعي



شكل (2) الأعمدة البيانية لمتوسطات درجات التطبيقين

والتمثيل البياني يُوضح تقارب قيم المتوسطات الحسابية، وللتحقق من وجود فرق بين التطبيقين تم استخدام اختبار ويلكوكسون (z) للمجموعتين المترابطتين (حيث تم استخدام أساليب الإحصاء الاستدلالي اللابارامترية؛ وذلك لعدم تحقق شروط تطبيق اختبار (t) نتيجة صغر حجم العينة) وكانت النتائج كما يلي:

جدول (19) نتائج اختبار (z : ويلكوكسون) لدرجات التطبيقين لمقياس الوصمة الاجتماعية

البُعد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
الوصمة الاجتماعية	السالبة	1	1	1	1.089	غير دال إحصائياً
	الموجبة	2	2.5	5		
	متعادلة	16				
الوصمة الأسرية	السالبة	1	1	1	1.089	غير دال إحصائياً
	الموجبة	2	2.5	5		
	متعادلة	16				
الوصمة النفسية	السالبة	2	1.5	3	0.743	غير دال إحصائياً
	الموجبة	2	3.5	7		
	متعادلة	15				
الوصمة الذاتية	السالبة	2	1.5	3	0.743	غير دال إحصائياً
	الموجبة	2	3.5	7		

البُعد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
	متعادلة	15				
مقياس الوصمة الاجتماعية ككل	السالبة	2	1.5	3	0.736	غير دال إحصائياً
	الموجبة	2	3.5	7		
	متعادلة	15				

يتضح من جدول (19) أن مجموع الرتب سالبة الإشارة للفرق بين التطبيقين البعدي والتتبعي $= 3$ ، في حين مجموع الرتب موجبة الإشارة $= 7$ ؛ ممّا يعني عدم وجود فروق بين درجات التطبيقين وأن هذه الفروق لا تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية المطلوب؛ ممّا يعني أن قيمة z غير دالة إحصائياً عند مستوى 0,05 بالنسبة للأبعاد الفرعية لمقياس الوصمة الاجتماعية ولمقياس الوصمة الاجتماعية ككل؛ ممّا يعني عدم وجود فروق جوهرية أي أن هناك استمرارية في تأثير البرنامج وهناك بقاء لأثر التعلم.

أي أنه يتم قبول الفرض الذي ينصّ على "لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية (عند مستوى 0,05) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي والبعدي لمقياس الوصمة الاجتماعية.

أي أن البرنامج القائم على العلاج بالتقبّل والالتزام أسهم في خفض حدة الوصمة الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد. واستمر هذا التأثير بعد فترة من البرنامج. وهذا يتفق مع دراسة كل من سيد (2023)؛ عطية (2011)؛ الفقي (2016)؛ (2015) Oluremi؛ Zhou et al. (2018)، على أهمية البرنامج القائم على التقبّل والالتزام ودوره الفعّال والمستمر حتى بعد انتهاء البرنامج؛ وهذا يساعد الأمهات على خفض حدة الوصمة الاجتماعية وتنمية القدرة على مواجهة الأحداث الخطرة، والتعامل مع كافة المشكلات الاجتماعية بكفاءة.

[3]- اختبار صحة الفرض الثالث:

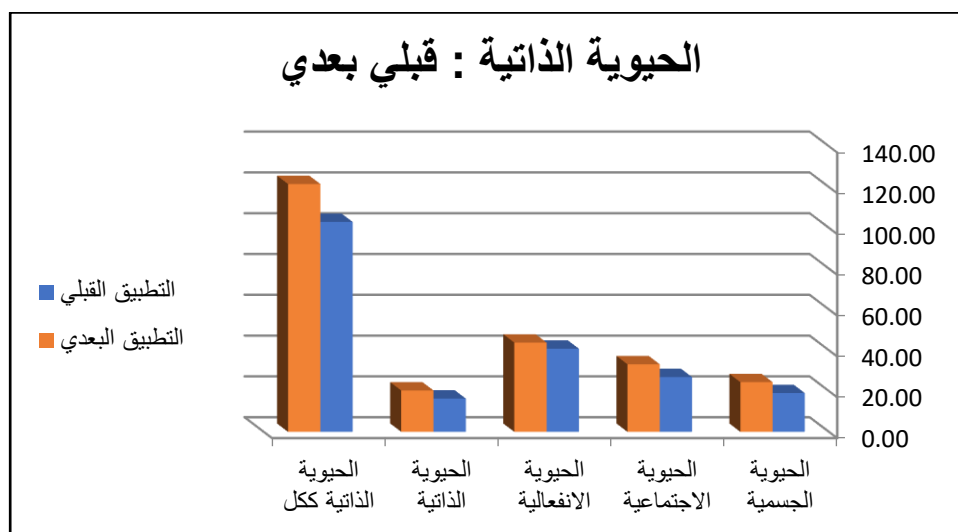
ينصّ الفرض الثالث على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الحيوية الذاتية".

ولاختبار صحة هذا الفرض تمّ وصف وتلخيص البيانات بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لمقياس الحيوية الذاتية كما يوضحها جدول (20) كما يلي:

جدول (20) نتائج الإحصاءات الوصفية لدرجات التطبيقين

المتغير	التطبيق القبلي ن=19		التطبيق البعدي ن=19	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الحيوية الجسمية	19	2.65	24.37	2.69
الحيوية الاجتماعية	26.84	5.25	33.11	3.11
الحيوية الانفعالية	40.74	4.08	43.74	4.42
الحيوية العقلية	16.32	2.87	20.26	6.24
الحيوية الذاتية ككل	102.89	9.41	121.47	12.16

ويتضح من الجدول السابق ارتفاع قيم المتوسطات الحسابية لدرجات التطبيق البعدي عن درجات القبلي؛ مما يعكس تنمية الحيوية الذاتية، ويتمثل درجات التطبيقين باستخدام شكل الأعمدة البيانية اتضح ما يلي:



شكل (3) الأعمدة البيانية لمتوسطات درجات التطبيقين

والتمثيل البياني يُوضح ارتفاع مستوى الحيوية الذاتية لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام، وللتحقق من وجود فرق بين التطبيقين تم استخدام اختبار ويلكوكسون (z) للمجموعتين المترابطتين (حيث تم استخدام أساليب الإحصاء الاستدلالي البارامترية؛ وذلك لعدم تحقق شروط تطبيق اختبار (t) نتيجة صغر حجم العينة) وكانت النتائج كما يلي:

جدول (21) نتائج اختبار (z: ويلكوكسون) لدرجات التطبيقين لمقياس الحيوة الذاتية

البُعد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة d	الأثر والفاعلية
الحيوة الجسميّة	السالبة	17	10.41	177	3.308	دال عند مستوى 0,01	0.76	قوي جداً
	الموجبة	2	6.5	13				
	متعادلة	0						
الحيوة الاجتماعية	السالبة	16	8.5	136	3.527	دال عند مستوى 0,01	0.81	قوي جداً
	الموجبة	0	0	0				
	متعادلة	3						
الحيوة الانفعاليّة	السالبة	11	6	66	2.938	دال عند مستوى 0,01	0.67	قوي جداً
	الموجبة	0	0	0				
	متعادلة	8						
الحيوة العقلية	السالبة	15	8	120	3.468	دال عند مستوى 0,01	0.80	قوي جداً
	الموجبة	0	0	0				
	متعادلة	4						
مقياس الحيوة الذاتية ككل	السالبة	18	10.5	189	3.786	دال عند مستوى 0,01	0.87	قوي جداً
	الموجبة	1	1	1				
	متعادلة	0						

يتضح من جدول (21) أن مجموع الرتب سالبة الإشارة للفرق بين التطبيقين البعدي والقبلي =189، في حين مجموع الرتب موجبة الإشارة = 1؛ ممّا يعني وجود فروق بين درجات التطبيقين، وأن هذه الفروق تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية المطلوب؛ ممّا يعني أن قيمة z دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 بالنسبة للأبعاد الفرعية لمقياس الحيوة الذاتية ولمقياس الحيوة الذاتية ككل؛ ممّا يعني وجود فروق جوهرية بين التطبيقين لصالح درجات التطبيق البعدي (الأعلى في مستوى الحيوة الذاتية).

أي أنه يتم قبول الفرض الذي ينصُّ على: "وجود فرق ذي دلالة إحصائية (عند مستوى 0,01) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الحيوة الذاتية لصالح التطبيق البعدي (الأعلى في مستوى الحيوة الذاتية).

أي أن البرنامج القائم على العلاج بالتقبُّل والالتزام أسهم في تنمية الحيوة الذاتية لدى أمهات أطفال التوحّد. وللتحقق من الأثر التربوي وفاعلية برنامج قائم على العلاج بالتقبُّل والالتزام، تمّ دراسة

$$d = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

الدلالة العملية والأهمية التربوية للنتيجة التي ثبت وجودها إحصائياً بحساب حجم التأثير المناسب لاختبار ويلكوكسون اللابارامتري، ومن هذه الأساليب المناسبة للبحث الحالي اختبار حجم الأثر (d). وتكون قيمة d (أقل من 0,3 ضعيفة) (أكبر من 0,3 حتى 0,5 متوسط) (أكبر من 0,5 حتى 0,7 قوي) (أكبر من 0,7 قوي جداً).

ويوضح الجدول السابق أن قيمة حجم التأثير = 0,87؛ أي أن لاستخدام برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام تأثيراً قوياً جداً، وأن هناك فعالية مرتفعة في تنمية الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال التوحد. أي أن البرنامج القائم على العلاج بالتقبل والالتزام له فاعلية مرتفعة وتأثير قوي جداً في تنمية الحيوية الذاتية ككل وأبعاده الفرعية. وهذا يتفق مع دراسة كل من ارنوط (2019)؛ حسن (2018)؛ خلاف وخليف (2019)؛ العبيدي (2020)؛ الفيل (2018)؛ مصطفى (2018)؛ واكلى وصحراوي (2019)؛ Deniz & Satıcı (2020)، على أهمية البرنامج القائم على التقبل والالتزام في تنمية الحيوية الذاتية وتقبل الأفكار السلبية واستبدالها بإيجابية، وخلق توجه إيجابي نحو الحياة.

[4]- اختبار صحة الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الحيوية الذاتية".

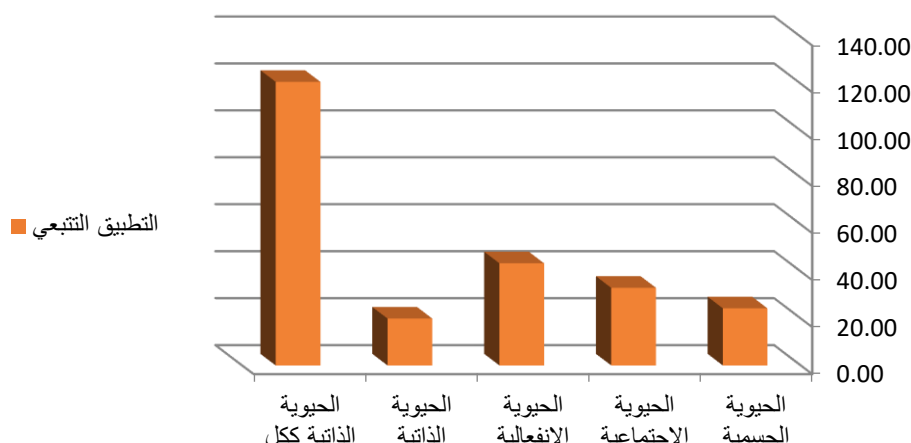
ولاختبار صحة هذا الفرض تم وصف وتلخيص البيانات بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات التطبيقين التتبعي والبعدي للمجموعة التجريبية لمقياس الحيوية الذاتية كما يوضحها جدول (22) كما يلي:

جدول (22) نتائج الإحصاءات الوصفية لدرجات التطبيقين

المتغير	التطبيق البعدي ن=19		التطبيق التتبعي ن=19	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الحيوية الذاتية	24.37	2.69	24.32	2.56
الوصمة الأسرية	33.11	3.11	33.05	2.93
الوصمة النفسية	43.74	4.42	43.47	4.27
الوصمة العقلية	20.26	6.24	19.95	5.88
الحيوية الذاتية ككل	121.47	12.16	120.79	10.76

ويتضح من الجدول السابق تقارب قيم المتوسطات الحسابية لدرجات التطبيقين البعدي والتتبعي؛ مما يعكس استمرارية تنمية الحيوية الذاتية، وبتمثيل درجات التطبيقين باستخدام شكل الأعمدة البيانية اتضح ما يلي:

الحيوية الذاتية : البعدي - التتبعي



شكل (4) الأعمدة البيانية لمتوسطات درجات التطبيقات

والتمثيل البياني يُوضح تقارب قيم المتوسطات الحسابية، وللتحقق من وجود فرق بين التطبيقين تم استخدام اختبار ويلكوكسون (z) للمجموعتين المترابطتين (حيث تم استخدام أساليب الإحصاء الاستدلالي البارامترية؛ وذلك لعدم تحقق شروط تطبيق اختبار (t) نتيجة صغر حجم العينة) وكانت النتائج كما يلي:

جدول (23) نتائج اختبار (z: ويلكوكسون) لدرجات التطبيقين لمقياس الحيوية الذاتية

البعد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
الحيوية الذاتية	السالبة	1	2	2	0.447	غير دال إحصائياً
	الموجبة	1	1	1		
	متعادلة	17				
الوصمة الأسرية	السالبة	1	2	2	0.447	غير دال إحصائياً
	الموجبة	1	1	1		
	متعادلة	17				
الوصمة النفسية	السالبة	2	2.5	5	1.069	غير دال إحصائياً
	الموجبة	1	1	1		
	متعادلة	16				

البُعد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
الوصمة العقلية	السالبة	3	2.83	8.5	1.289	غير دال إحصائياً
	الموجبة	1	1.5	1.5		
	متعادلة	15				
مقياس الحيوية الذاتية ككل	السالبة	3	3.33	10	0.680	غير دال إحصائياً
	الموجبة	2	2.5	5		
	متعادلة	14				

يتضح من جدول (23) أن مجموع الرتب سالبة الإشارة للفرق بين التطبيقين البعدي والتتبعي $= 10$ ، في حين مجموع الرتب موجبة الإشارة $= 5$ ؛ ممّا يعني عدم وجود فروق بين درجات التطبيقين، وأن هذه الفروق لا تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية المطلوب؛ ممّا يعني أن قيمة z غير دالة إحصائياً عند مستوى 0,05 بالنسبة للأبعاد الفرعية لمقياس الحيوية الذاتية ولمقياس الحيوية الذاتية ككل؛ ممّا يعني عدم وجود فروق جوهرية أي أن هناك استمرارية في تأثير البرنامج وهناك بقاء لأثر التعلم.

أي أنه يتم قبول الفرض الذي ينصّ على "لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية (عند مستوى 0,05) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي والبعدي لمقياس الحيوية الذاتية".

أي أن البرنامج القائم على العلاج بالتقبّل والالتزام أسهم في تنمية الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال التوحد. واستمر هذا التأثير بعد فترة من البرنامج. وهذا ما يتفق مع دراسة كل من فرحات (2023)، مصطفى (2018) على أهمية البرنامج القائم على التقبّل والالتزام ودوره الفعّال والمستمر حتى بعد انتهاء البرنامج؛ وهذا يساعد الأمهات على مواجهة الأحداث الخطرة والمواقف السلبية بكفاءة وفاعلية وحيوية، كما تزيد من طاقتهم الإيجابية والتعامل مع المشكلات بمرونة، كذلك تقبل الحياة والرضا بالواقع، وتجنّب المشاعر السلبية كالقلق والحزن، والاكتئاب والتعاسة.

مناقشة النتائج وتفسيرها:

ترجع الباحثة بأنّ نتائج البحث تشير إلى فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالتقبّل والالتزام في خفض حدة الوصمة الاجتماعية ورفع مستوى الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (عينة البحث) إلى الفنيات المستخدمة، مثل (التعزيز وكلمات الحث والتشجيع والتصفيق، والحوار والمناقشة والتغذية الراجعة، والنمذجة والواجب المنزلي والتقويم المستمر) أثناء تنفيذ جلسات البرنامج لضمان استمرار فاعليته في إتمام الجلسات وتحفيز الأمهات وإثارة حواسهنّ من أجل تحسين الأداء والمثابرة للوصول لحل المشكلات والتصدي لها، كذلك الاستمرار في العمل وإثارة انتباههنّ وعقولهنّ؛ حيث كلما شعرت الأم بالثقة بالنفس والسعادة والحيوية والطاقة الإيجابية كانت قادرة على التعامل مع الأحداث الضاغطة والرضا بالواقع وأدى ذلك إلى خفض حدة الوصمة

الاجتماعية والشعور بالرفاهية الذاتية، والتقليل من مشاعر الذنب والحزن واليأس والقلق الاجتماعي التي كانت تسيطر على أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد.

وبالتالي فإن مشاركة الأمهات جعلتهن أقل عزلة، كما ساهم البرنامج في تعزيز الذات وعزز شعورهن بالفخر؛ مما قلل من الوصمة الذاتية ورفع من مستوى تقبل الذات، كذلك ساعد على تغيير نظرة الأمهات السلبية والتغلب على المشكلات الاجتماعية، ويتفق ذلك مع دراسة متولي (2020) التي أسفرت نتائجها على تحسين درجة تقبل الحياة والشعور بالرضا نحو الواقع، وخفض حدة الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى الأمهات. كذلك دراسة سليمان وآخرين (2021) على فاعلية البرنامج التي توصلت نتائجها على خفض الوصمة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً. كما يتفق البحث مع دراسة العرعر (2021) التي أظهرت نتائجها فاعلية البرنامج في خفض مستوى الوصمة المدركة أبعادها المختلفة. ودراسة (Kacan, et al (2023) التي أكدت أهمية الدعم النفسي والرعاية الأساسية للأطفال المصابين بالتوحد وأهمية البرنامج في التقليل من آثار الوصمة للأطفال التوحد الذي ينعكس أثره على الأسرة.

وقد قدم البرنامج عديداً من الأنشطة كنشاط الاسترخاء والتأمل وتمارين والاستمارات الخاصة بالتقبل والالتزام كالقيم المرتبطة بتحقيق الأهداف وتنمية مهارات الوعي التام، وتوضيح الفرق بين القيم والهدف وتحويل قيمهن إلى أهداف ملموسة وتنمية الحواس الجسميّة من أجل تنمية وعي الأمهات بالأفكار العقلانية لتقليل من آثار الوصمة النفسيّة وتنمية اليقظة العقلية، كما احتوى البرنامج على فنيات القبول فهو عمل مواقف إيجابية، كذلك التفكيك المعرفي بإحداث تغييرات في الوظائف السلبية للمواقف والأفكار ومساعدتهن على ملاحظتها، كذلك سمحت الباحثة بطرح الأسئلة والمناقشات المفتوحة وتقديم المعلومات والمشورة، كما قدم القبول من خلال بعض التدريبات العلاجية في كيفية إدراك الذات وتنظيمها والسيطرة عليها، كذلك الاندماج المعرفي وضبط انفعالاتهن المؤلمة وزيادة التقبل والمرونة والحيوية الذاتية وإدارة أنفسهن.

كما استخدمت الذات كسياق لتغيير من المفاهيم السلبية المرتبطة بالذات كوسيلة لمختلف المواقف والاهتمام بما يحدث هنا والآن بدلاً من الماضي بخبراته السلبية أو المستقبل، وتعلم تجربة الحاضر، كذلك تعزيز قدراتهن على قبول الأحداث الضاغطة السلبية وتجاوز تجارب الفشل والإحباط؛ وبالتالي فإن العلاج بالتقبل والالتزام فعال ومهم في جعل الأمهات أكثر تكيفاً مع الواقع الاجتماعي وجعلهن أكثر تكيفاً مع بيئتهن، والتخلص من المشاعر السلبية والأفكار غير المرغوبة واستبدالها بأخرى إيجابية، كذلك مواجهة الذكريات السلبية. وتعلم مهارات الحيوية الذاتية حيث إنها أحد مؤشرات الصحة النفسية والرفاهية وتحسينها يعزز من الصحة النفسية كما يمكن من اتخاذ القرارات التي تتناسب مع القيم؛ وذلك لأن الشعور بالخبرات المؤلمة والأفكار السلبية يؤدي إلى اليأس والحنية والتعاسة والحزن؛ لأن الأمهات تتجنب المواقف الإيجابية خوفاً من أن تتعرض لآلم آخر ومن خلال تدريبهن على التقبل وجعلهن أكثر مروناً وطاقة واستعداداً لتقبل الواقع؛ مما ساهم في زيادة الرغبة في الحياة كذلك واستخدام الباحثة لأسلوب الإنصات للأمهات وتعبير الأمهات عن أنفسهن لإخراج حديثها الذاتي وتوحيدها للتأمل في آرائها ساعد ذلك الأمهات على التعبير عن المشاعر السلبية التي يمرون بها أثناء تواجدهن مع أطفالهن في المواقف الاجتماعية في حفز ذلك

الأمهات على تقليل من مشاعرهن السلبية وتحفيزهن على اختيار التغييرات الإيجابية وتنفيذها وذلك بإدارة واعية لديهن. واستكشاف الأمور كالتعرف على الكثير من المشكلات والمخاطر التي تتعرضن لها؛ وبذلك بدأت الأمهات تقول إنها قوية وتستطيع التغيير.

وتنوعت التمارين العلاجية والأنشطة وأوراق العمل وتدريبهن على فصل أنفسهن عن الأفكار والانفعالات السلبية؛ ممّا ساهم في التركيز على الواقع وإدراكهن المعرفي والتحرر من التجارب السلبية المؤلمة وتغيير أسلوبهن في الحياة وتدريبهن على التعامل بشكل إيجابي في المواقف وتدريبهن على فصل أنفسهن من الأفكار والانفعالات السلبية المؤلمة، كما ساعد البرنامج على تنمية الوعي لهنّ على الاعتراف بالمشكلة وحاجتهنّ للمشاعر واستكشاف دورهنّ في العلاج، كما حقق البرنامج اتساقاً بين القيم والسلوك وهذا اتضح عند تدريبهنّ على القيم الموجهة وتأثيرهنّ على سلوكياتهنّ والتصرف بمسؤولية وفقاً للقيم الأخلاقية وتعزيز الشعور بالكفاءة، وزيادة الأمل بالتفاؤل وإدراكهنّ لتصرفاتهنّ وانفعالاتهنّ، كذلك الالتزام بالتغيير الإيجابي المرن الذي يساعد على تحسين الحيوية الذاتية التي تعمل بدورها في خلق وبناء الطاقة الإيجابية والشعور بالتفاؤل الإيجابي وخلق توجه إيجابي نحو الحياة، ومراقبة المواقف والأحداث والمشاعر وتغييرها للأفضل.

كما قدّم البرنامج عدداً من التدريبات المهمة، مثل: وضع الأهداف وتحديدها، وتنمية الوعي بالذات وضبطه، وتقويم الذات واتباع التعليمات؛ ممّا ساعد على رفع قدرتهنّ على التعرف على أنفسهنّ وحسن إدارة ذواتهنّ وخلق حياة ذات معنى، كما اعتمد البرنامج عديداً من الفنيات للتقبل والالتزام كاستخدام القبول والفصل المعرفي، وتقبل المشاعر والأفكار غير المقبولة بدلاً من تجنبها، والفصل المعرفي للأفكار السلبية من الهوائيات والأحداث الشخصية من أجل تنمية ثقتهنّ بذاتهنّ وخلق توجهات لهنّ في الحياة بشكل إيجابي وفعال، كذلك تدريبهنّ على إدارة ذاتهنّ وضبط انفعالاتهنّ والتركيز على اللحظة الراهنة بدلاً من الماضي والمستقبل؛ ممّا ساهم في زيادة الوعي الذهني للموقف.

كما تعزى الباحثة أيضاً فاعلية البرنامج إلى ما يلي:

- اعتمدت الباحثة التنوع في الأنشطة وتبسيطها وربطها بالمشكلات اليومية للأمهات.
- وضوح الأهداف لكل جلسة بالبرنامج؛ ممّا ساهم في التركيز على تحقيق أهداف البرنامج.
- حرصت الباحثة على التنوع في الأدوات والوسائل؛ ممّا يتيح الفرصة للأمهات في المشاركة والتعبير عن آرائهنّ، كذلك إتاحة الفرصة لهنّ بطرح الأسئلة.
- عملت الباحثة على توفير المناخ غير التقليدي الذي يسوده الحب والمرح والسعادة والمتعة.
- حرصت الباحثة على إثارة دافعية الأمهات وتشجيعهنّ على المشاركة الفعالة من خلال التعزيز المستمر؛ لما يناسب مع أدائهنّ ومشاركتهنّ من أجل تشجيعهنّ باستمرار؛ للوصول إلى تحقيق أهداف البرنامج.

وبذلك ترى الباحثة بأنّ أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد تمكّن من تخفيف حدة الوصمة الاجتماعية ورفع مستوى الحيوية الذاتية من خلال البرنامج القائم على العلاج بالتقبل والالتزام.

توصيات البحث:

في ضوء إجراءات البحث الحالي وما توصل إليه من نتائج فتقترح الباحثة عدّة من التوصيات التالية:

- عقد دورات توعية لأفراد المجتمع في كيفية التعامل مع أطفال ذوي اضطراب التوحّد ومع أمهاتهم وتقديم المساعدة المجتمعية اللازمة لهم وتقدير المجتمع لهم.
- تقديم الدعم الفني والاجتماعي لأمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد والعمل على دمجهم في الأنشطة المختلفة؛ ممّا ترفع من الحيوية الذاتية لديهم.
- عقد ورش عمل لتوعية الأمهات بخصائص أبنائهنّ ذوي اضطراب التوحّد.
- زيادة مؤسسات المجتمع المهتمة بمشكلات أطفال التوحّد، والعمل على توفير أماكن متخصصة لتقديم الدعم الاجتماعي لهؤلاء الأطفال.
- محاولة دمج الأطفال ذوي اضطراب التوحّد داخل المجتمع.
- العمل على زيادة وعي المجتمع بالأطفال ذوي اضطراب التوحّد وأمهاتهم؛ بما يسهم في تقليل الضغوط التي تتعرّض لها الأمهات وأطفالهنّ.
- تحمل برامج إرشادية للأمهات بهدف رفع مستوى الحيوية الذاتية من أجل تحقيق الصحة النفسية لديهنّ.

بحوث مقترحة:

- دراسة فعالية برنامج معرفي سلوكي في تحسين الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحّد.
- برنامج تدريبي قائم على العلاج بالتقبّل بالالتزام للمتخصصين المساعدين الذين يخدمون أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحّد.
- برنامج تدريبي لتعزيز الثقة بالنفس لدى أمهات أطفال التوحّد.
- دراسة أثر العلاج بالتقبّل والالتزام بعلاج مساعد في علاج المشكلات السلوكية والنمائية الأخرى.
- تنمية الحيوية الذاتية لدى أمهات أطفال التوحّد لخفض المشكلات الاجتماعية لأبنائهنّ.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- إبراهيم، عبد العزيز (2016). الحيوية الذاتية وعلاقتها بسمات الشخصية الاجتماعية الإيجابية: التفكير المفعم بالأمل لدى معلمي التربية الخاصة. *مجلة الإرشاد النفسي*، (47)، 171-262.
- إبراهيم، أمّنة حسن خليل (2021). المداخل النظرية لدراسة مرض الجذام والوصم الاجتماعي. *حولية كلية الآداب*، 10 (1)، 384-361.
- إبراهيم، منى عزيز جبران (2023). فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد في تحسين مفهوم الذات لدى المعاقين حركياً. *مجلة الخدمة الاجتماعية*، 75 (2)، 64-27.
- أبو الليمون، نانسي (2022). *نمذجة العلاقات السببية بين الحيوية الذاتية واليقظة العقلية والكفاءة الذاتية الأكاديمية لدى طلبة جامعة اليرموك* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كلية التربية، جامعة اليرموك.
- أبو الوفاء، نجلاء، وعبد القادر، وليد فتحي (2024). فاعلية برنامج علاجي قائم على التقبل والالتزام ومقارنة الدافعية وتحسين الحيوية النفسية وأثره في مهارات فعاليات الحياة والتمكين النفسي لدى الموهوبات رياضياً. *مجلة جامعة جنوب الوادي الدولية للعلوم التربوية*، 7 (13)، 614-548.
- أبو بكر، أحمد سمير (2017). *فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض التسويف الأكاديمي لنوي صعوبات التعلم الاجتماعية والانفعالية* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كلية التربية، جامعة المنيا.
- أبو جربوع، علاء الدين (2005). *مدي فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي* [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية، غزة.
- أبو حلاوة، محمد السعيد، والشربيني، عاطف مسعد (2016). *علم النفس الإيجابي*. عالم الكتب.
- أبو حلاوة، محمد السعيد، والشربيني، عاطف مسعد (2016). *علم النفس الإيجابي: نشأته وتطوره ونماذج من قضاياها*. عالم الكتب.
- أبو حلاوة، محمد السعيد (2018). *نموذج العلاج النفسي القائم على التقبل والالتزام*. مؤسسة العلوم النفسية العربية، 58 (1)، 42-1.
- أبو ليفة، مروة ناهض (2017). *الوصمة وعلاقتها بالمشكلات النفسية والاجتماعية لمهات أطفال التوحد في قطاع غزة* [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية بغزة، الجامعة الإسلامية.
- أبو منديل، وسام يوسف سليمان (2022). *الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإصابة بكوفيد 19: دراسة حالة على عينة من الخاضعين للحجر الصحي بالمنطقة الوسطى من قطاع غزة*. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية بالجامعة الإسلامية بغزة*، 34 (30)، 610-578.

أبو سبيتان، نرمين محمد سليمان (2014). الدعم الاجتماعي وعلاقتها بالصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى المطلقات في محافظات غزة [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية بغزة.

أحمد، محمد شعبان، وجوهر، إيناس سيد (2021). النموذج البنائي للعلاقة بين التحيزات المعرفية والوصمة الاجتماعية وجودة الحياة الأسرية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات النمائية. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية بجامعة الفيوم لكلية التربية، 15 (14)، 762-845.

أحمد، حسام الدين مصطفى إبراهيم (2016). الشعور بالوصمة ومجهولي النسب. مجلة الخدمة الاجتماعية، 8 (56)، 239-260.

أحمد، عمر عبد الحميد عطية (2023). الفروق في الوصمة المدركة وفقاً للنوع ومستوى التعليم لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً. مجلة كلية التربية بجامعة الأزهر، 4 (197)، 67-96.
أحمد، محمد عبد العظيم (2018). فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى المراهقين المعاقين بصرياً [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كلية التربية، جامعة أسيوط.

إسماعيل، نبيل نعمان (2005). تفسير ظاهرة العود إلى الجريمة بموجب نظرية الوصم الاجتماعي. مجلة كلية الآداب، 69 (70)، 390.

الأعرج، جهاد محمد عبد الرحمن (2021). الوصمة الاجتماعية وعلاقتها بقلق المستقبل والعزلة الاجتماعية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة رام الله والبيرة [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة القدس المفتوحة بفلسطين.

أكبر وفاتن علي، الشوملي ونانسي، بسام محمود (2021). بناء مقياس الحيوية الذاتية لدى طلبة كلية التربية الرياضية في جامعة كرميان. المجلة الدولية للعلوم النفسية والرياضية، 8 (8)، 134-153.

آل رشود وسعد بن محمد (2017). العوامل النفسية المرتبطة بالوصم الاجتماعي "دراسة ميدانية في مؤسسات الرعاية الاجتماعية". مجلة كلية آداب بجامعة دمنهور، 49 (1)، 46-1.
البدانية، السيد ذياب (2010). تطوير مقياس للوصم الاجتماعي المصابين بالإيدز في المجتمع العربي. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية بالأردن، 9 (2)، 43-70.

البدرماني، محمد عاطف محمد (2024). نمذجة العلاقة السببية بين أبعاد الحيوية الذاتية والاندماج الأكاديمي والطفو الأكاديمي لدى طلاب كلية التربية. المجلة التربوية لكلية التربية بجامعة سوهاج، 2 (1284)، 288-359.

البلاح، خالد عوض (2018). الوصمة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية وتقبل الأقران لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. مجلة كلية التربية بجامعة بنها، 29 (113)، 485-536.

البناء، عادل السعيد، والحفناوي، طارق محمد (2022). الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بالحيوية الذاتية لدى التلاميذ ضعاف السمع، مجلة الدراسات التربوية والإنسانية لكلية التربية بجامعة دمنهور، 14 (2)، 103-153.

- بنيت، ريتشارد، وأوليفر، جوزيف (2021). *العلاج بالتقبل والالتزام (100 نقطة رئيسية وأسلوب) مصر. مكتبة الأنجلو المصرية.*
- البهشاوي، أحمد كمال، غنيم، وائل ماهر (2025). *فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الضغوط النفسية وتحسين الرفاهية النفسية لدى أمهات الأطفال أصحاب الهمم. مجلة الدراسات والبحوث التربوية بالكويت، 5(13)، 82-121.*
- بوسعيد، سعاد (2020). *فعالية برنامج تدريبي يستند على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام لرفع القدرة على المجابهة الإيجابية لدى أمهات الأطفال المعاقين – دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيدناموجي للإعاقة الذهنية رقم 20 [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي، بورقلة بالجزائر.*
- بوسعيد، سعاد، وبلحسين، ورد رشيد (2020). *فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام لرفع القدرة على المجابهة الإيجابية لدى أمهات الأطفال المعاقين: دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيدناموجي للإعاقة الذهنية [رسالة دكتوراه غير منشورة]. بورقلة، الجزائر.*
- بوقفة، إيمان (2020). *فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة بالجزائر.*
- توفيق، علاء الدين محمد صديق (2024). *فعالية برنامج إرشادي في تحسين الوعي بمخاطر الإعاقة وخفض حدة الوصمة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية. مجلة كلية التربية بجامعة طنطا، 90(4)، 1080-1144.*
- جابر، جابر عبد الحميد، كفاي، علاء الدين (1995). *معجم علم النفسي والطب النفسي (ج.7). دار النهضة العربية.*
- جاسم، وضياء نمر، والسباب، أزهار محمد مجيد (2021). *الحيوية الذاتية لدى طلبة السادس الإعدادي. مجلة الآداب بجامعة بغداد، 2(138)، 203-228.*
- جلجل، نصرة محمد، هنداي، إحسان نصر (2023). *الحيوية الذاتية وعلاقتها بالعزم الأكاديمي وفاعلية الذات البحثية لدى طلبة الدراسات العليا بكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، المجلة التربوية لكلية التربية بجامعة سوهاج، 2(110)، 444-493.*
- جلودي، أسمهان، مواس، جميلة سعد الله (2017). *دور العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الوعي بالذات لدى المجرم العصابي العائد [عرض ورقة]. المؤتمر الدولي المحكم، الجريمة والمجتمع، جامعة عين شمس، القاهرة.*
- حامد، نهال لطفي، وهشام، سامي محمد، وعامر، عبد الناصر السيد، وحسانين، اعتدال عباس (2013). *أثر برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تنمية التجهيز الانفعالي لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية بالإسماعيلية بجامعة قناة السويس، 25(25)، 167-204.*
- الحديبي، مصطفى عبد المحسن، وعلي، حنان أحمد (2021). *فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد. مجلة علوم ذوي الاحتياجات الخاصة، 3(6)، 2868-2934.*

حسان، هند عيد، وعبد الباقي، سلوى محمد، والمصري، فاطمة الزهراء محمد (2021). الحيوية الذاتية لدى عينة من الطلاب ذوي الإعاقة الحركية بجامعة حلوان في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. دراسات تربوية واجتماعية لكلية التربية بجامعة حلوان، 27(عدد نوفمبر)، 136-174.

حسن، ممتاز عبد الكريم مدبولي (2020). الوصمة الاجتماعية لأمهات ذوي الإعاقة. المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية: دراسات وبحوث تطبيقية بجامعة أسيوط، 2(12)، 324-341.
حسن، ممتاز عبد الكريم مدبولي (2020). الوصمة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة. المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية، 2(12)، 326-341.

الحسون، سميرة، الشناوي، رعد (2020). أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب. المجلة العربية للنشر العلمي بعمان، (20)، 327-350.
الحسون، سميرة جميل (2013). أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي والاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة اليرموك، الأردن.
الحسينان، إبراهيم بن عبد الله (2015). جودة حياة الطالب الجامعية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية: دراسة على عينة من طلاب جامعة المجمعة. المجلة التربوية، (41)، 178-233.

الحميتي، سعد السيد (2011). الضغوط الأسرية كما يدركها آباء وأمهات الأطفال والمراهقين التوحيدين. مجلة كلية التربية بجامعة المنصورة، 1(76)، 1-42.
دنا، مريم إبراهيم، ومحمد، صفاء عبد العظيم (2006). الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ومجال رعاية المعاقين. كلية الخدمة الاجتماعية لجامعة حلوان.
حنور، قطب عبده خليل، العطار، محمود مغازي (2022). الرضا عن الحياة وعلاقته بالحيوية الذاتية والكفاءة الاجتماعية لدى طلاب كلية التربية. المجلة التربوية لكلية التربية بجامعة سوهاج، 2(103)، 603-673.

الحو، فرج عودة (2015). الوصمة وعلاقتها بأعراض الاضطراب النفسي لدى زوجات عملاء الاحتلال في قطاع غزة [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية بغزة.
الخشت، هيام حسن عبد الرحمن (2018). فاعلية برنامج علاجي قائم على نظرية القبول والالتزام لهايز في خفض الاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية التربية بجامعة أسيوط [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية، جامعة أسيوط.

الخطيب، جمال محمد سعيد (2010). مقدمة في الإعاقة العقلية. دار وائل للنشر.
خليل، معن العمر (2006). التخصص المهني في مجال الرعاية اللاحقة. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية بالرياض: المملكة العربية السعودية، جزء (1)، 1-142.
الخواجة، محمد ياسر (2005). الانحراف والمجتمع: دراسات في علم الاجتماع الجنائي. دار المصطفى للطباعة والنشر.

الدرأوشة، عبد الله سالم، والبدانية، ذياب موسى (2010). المعرفة والوصم الاجتماعي واتجاهات طلبة الجامعة الأردنية نحو المصابين بمرض الإيدز [رسالة دكتوراه غير منشورة]. عمادة الدراسات العليا بجامعة مؤتة، الأردن.

- الديدي، رشا عبد الفتاح (2015). العلاقة بين الوصمة الذاتية وتأخر طلب العلاج والتحسين العلاجي والمتغيرات الديموجرافية لدى عينة من الذكور المتعاطين المواد المؤثرة نفسياً بالمؤسسات العلاجية. *مجلة كلية الآداب بجامعة الزقازيق*، (72)، 1-46.
- الرخاوي، يحيى (2008). الفروق الثقافية والعلاج النفسي، يومياً الإنسان والتطور (إصدار إلكتروني). *مجلة شبكة العلوم الإنسانية*. <https://rakhawy.net/2008/02> / متاح على
- رشوان، بهجت محمد محمد (2019). استخدام العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد في الحد من المشكلات النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي، *مجلة الخدمة الاجتماعية*، 62 (3)، 31-81.
- الرشيد، ناصر جمعة سيد، وشعبان، منى أحمد محمد (2019). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض ممارسة الألعاب الإلكترونية لدى المراهقين. *دراسات تربوية ونفسية: الزقازيق*، (105)، 293-388.
- الرمادي، نور أحمد محمد، والصايم، رانيا شعبان (2022). الخصائص السيكومترية لمقياس الوصمة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة. *مجلة جامعة الفيوم: العلوم التربوية النفسية*، 16 (9)، 2701-2734.
- رمضان، ندى السيد (2023). الشعور بخبرة الوصمة وعلاقتها بالقلق الإكلينيكي لدى أمهات الأطفال مضطربي اللغة. *مجلة كلية التربية بجامعة المنصورة*، 121 (4)، 1899-1922.
- الرويلي، سعد بن محمد (2008). الوصم الاجتماعي وعلاقته بالعودة للجريمة [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية بالرياض، المملكة العربية السعودية.
- الرياحنة، أيوب عاطف (2015). الوصمة الاجتماعية والتوافق الأسري لدى أسر الأطفال متلازمة داون [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة اليرموك بالأردن، كلية التربية.
- زهدي، سمير، وعبد العزيز، انتصار (2005). احتياجات المعاقين حركياً بقطاع غزة [دراسة ميدانية لجمعية المعاقين حركياً]. غزة، فلسطين.
- زوريق، غنية، وبلميهور، كلثوم (2022). الموجة الثالثة للعلاج السلوكي المعرفي "العلاج بالتقبل والالتزام". *مجلة الدراسات الإنسانية والاجتماعية بجامعة وهران: الجزائر*، 11 (3)، 677-690.
- زيد، زهراء عامر، وعبيد، سارة عبد الزهرة (2025). الحيوية الذاتية وعلاقتها بالتكيف الأكاديمي لدى طلبة الجامعة. *مجلة العلوم الإنسانية بجامعة بابل، كلية التربية للعلوم الإنسانية*، 1 (32)، 1712-1730.
- زيدان، وعلي حسين حلمي (2013). نماذج ونظريات في ممارسة خدمة الفرد. دار النور للطباعة.
- سليم، عبد العزيز إبراهيم (2011). الحيوية الذاتية وعلاقتها بسمات الشخصية الاجتماعية الإيجابية والتفكير المفعم بالأمل لدى معلمي التربية الخاصة. *مجلة الإرشاد النفسي*، 47 (1)، 171-262.
- سليم، عبد العزيز (2016). الحيوية الذاتية وعلاقتها بسمات الشخصية الاجتماعية الإيجابية والتفكير المفعم بالأمل لدى معلمي التربية الخاصة. *مجلة الإرشاد النفسي: مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس*، (47)، 171-262.

- سليمان، قسامي عطية (2021). برنامج إرشاد سلوكي لخفض الوصمة الاجتماعية لأسر المعاقين عقلياً بليبيا. *مجلة كلية التربية بجامعة المنصورة*، 116(2)، 749-824.
- سليمان، قسامي عطية، وسالم، محمد مندره محمد، ومعوذ، دينا صلاح (2021). برنامج إرشادي سلوكي لخفض الوصمة الاجتماعية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً بليبيا. *مجلة كلية التربية بجامعة المنصورة*، 116(1)، 795-824.
- السويهي، سعود ساطي (2023). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام لذوي المرض المزمن: مرض السكر أنموذجاً. *مجلة القراءة والمعرفة بالإسكندرية*، 255(2)، 323-360.
- السيد، سيد جارجي (2018). الوصمة المدركة في علاقتها بالاكنتاب والمساندة الاجتماعية لمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة. *مجلة دراسات نفسية*، 28(3)، 499-556.
- سيد، محمد عبد العظيم (2018). فاعلية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في خفض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المعاقين بصرياً: دراسة سيكومترية اكلينيكية [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كلية التربية، جامعة أسيوط.
- شاهين، سارة محمد سيد محمد (2024). الحيوية الذاتية كمبنى للصلابة المهنية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعات. *مجلة البحث العلمي في التربية لكلية البنات للآداب والعلوم والتربية بجامعة عين شمس*، 4(25)، 46-82.
- شاهين، هيام صابر صادق (2014). النموذج البنائي لعلاقة الرفاهية الذاتية بالوصمة المدركة والحس الفكاهي لدى أمهات الأطفال الذاتيين. *مجلة كلية التربية بجامعة الأزهر*، 158(23)، 11-54.
- الشواشرة، عمر مصطفى (2019). العلاقة بين الوصمة الاجتماعية والتوافق الأسري لدى أسر أطفال متلازمة داون. *المجلة الدولية للبحث في التربية وعلم النفس بجامعة البحرين: مركز النشر العلمي*، 1(7)، 9-29.
- الصبوة، محمد نجيب (2019). دليل علمي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطراب كرب ما بعد الصدمة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- صديق، أحمد سمير (2017). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض التسويف الأكاديمي لذوي صعوبات التعلم الاجتماعية والانفعالية بالمرحلة الجامعية [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كلية التربية، جامعة المنيا.
- الضبع، فتحي عبد الرحمن (2016). اليقظة العقلية وعلاقتها بالسعادة الدراسية لدى عينة من الأطفال المرحلة الابتدائية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 92(9)، 325-366.
- طه، منة الله عماد عبد الرؤوف، وشاهين، إيمان فوزي، وإمام، أميرة محمد (2024). الخصائص السيكمترية لمقياس الحيوية الذاتية لدى طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية في العلوم النفسية بجامعة عين شمس*، 48(2)، 259-282.
- طه، منال عبد المنعم محمد (2022). برنامج إرشادي قائم على التقبل والالتزام وأثره في خفض المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى طالبات الجامعة ذوات اضطراب تشوه صورة الجسم. *العلوم التربوية*، 3(30)، 1-95.

عبد البر، أزهار محمد (2020). النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الخبرات التعليمية والمرونة المعرفية والحيوية الذاتية لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية. *مجلة كلية التربية، 31*(121)، 228-279.

عبد الحفيظ، مصطفى جمال (2023). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من شعور المعاقين حركياً بالوصمة الذاتية. *المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية بجامعة أسيوط، 3*(24)، 222-241.

عبد الرحمن، أحمد شاه، وعبد الباقي، سلوى محمد، وعويس، مروة سعيد (2022). الحيوية الذاتية كأحدى قوة الشخصية لدى طلاب الجامعة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. *دراسات تربوية واجتماعية لكلية التربية بجامعة حلوان، 28*(3)، 86-130.

عبد الرحمن، عبد الله محمد (1999). سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية. دار المعرفة الجامعية.

عبد الرحيم، محمود، وبدوي، أحمد (2023). المرونة المعرفية وعلاقتها بالحيوية الذاتية لدى طلاب الجامعة. *مجلة القراءة والمعرفة: الجمعية المصرية للقراءة والمعرفة، 23*(255)، 171-216.

عبد الصمد، فضل إبراهيم، وأحمد، أسماء فتحي، عبد الله، فاطمة عبد الفتاح (2020). *مقياس الحيوية. دار الكتاب الحديث.*

عبد الفتاح، أسماء فتحي (2020). الامتنان وجودة النوم كمنبئ بالحيوية الذاتية لدى طلاب كلية التربية بجامعة المنيا. *مجلة البحث في التربية وعلم النفس، 35*(1)، 257-316.

عبد الفتاح، أسماء فتحي (2020). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين الصمود النفسي لدى الطلاب ذوي الإعاقة الجسمية والصحية "الإصابة بمرض السكري" في مرحلة التعليم الأساسي. *المجلة التربوية لكلية التربية بسوهاج، 74*(74)، 10-40.

عبد الفتاح، أسماء لطفي (2020). الامتنان وجودة الحياة كمنبئ بالحيوية الذاتية لدى طلاب كلية التربية جامعة المنيا، دراسة سيكومترية – اكلينيكية. *مجلة البحث في التربية وعلم النفس بجامعة المنيا، 35*(1)، 257-316.

عبد ميهوب، سهير إبراهيم (2022). اليقظة العقلية وعلاقتها بالوصمة الاجتماعية المدركة كمنبئات بالصمود النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. *مجلة دراسات في الطفولة والتربية بجامعة أسيوط، 2*(21)، 119-208.

عبد الحميد، عبد اللاه صابر (2013). التحديات التي تواجه الطالب ذوي الإعاقة بالجامعة وتصور مقترح للتفاعل معها من منظور الخدمة الاجتماعية. *مجلة دراسات في الخدمات الاجتماعية والعلوم الإنسانية لكلية الخدمات الاجتماعية بجامعة حلوان، 9*(34)، 2901-2998.

عبد العال، غادة (2021). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من الوصمة الاجتماعية لدى أمهات أطفال متلازمة داون "دراسة مطبقة على الجمعية النسائية بمحافظة أسيوط". *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية بجامعة حلوان، 55*(3)، 719-758.

عبد العظيم، هبة السيد، وياسين، حمدي محمد (2018). محددات الوصمة العائلية كما تدركها أمهات الأطفال ومتلازمة داون. مجلة البحث العلمي في التربية لكلية التربية بجامعة عين شمس، 6(19)، 439-467.

العبيدي، عفراء إبراهيم خليل (2020). الحيوية الذاتية لدى طلبة الجامعة في ضوء بعض المتغيرات. المجلة العلمية للعلوم التربوية والصحة النفسية، 2(1)، 20-44.
العثامين، سحر فارس عبد الله، والشمايلة، زيد محمود محمد (2022). اختبار نظريات الوصم الاجتماعي في تفسير النظرة المجتمعية لفريقي السند الأسري في المجتمع الأردني [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة مؤتة، الأردن.

عرفة، نورا محمد (2021). الحيوية الذاتية واليقظة العقلية وعلاقتها بتقدير الجسم لدى عينة من المراهقين بالمرحلة الثانوية. مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، 6(84)، 145-248.

عطية، أشرف محمد (2011). فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 10(3)، 429-484.
على، نهلة فرج (2018). وصمة الذات كمنبئ العفو عن الآخرين لدى المراهقين الصم. مجلة التربية الخاصة لكلية علوم الإعاقة والتأهيل بالقازيق، 25(2)، 296-345.

علي، هند عيد (2022). الحيوية الذاتية وعلاقتها بالاندماج الاجتماعي لدى الطلاب ذوي الإعاقة الحركية وأقرانهم العاديين بجامعة حلوان "دراسة مقارنة في ضوء نظرية رأس المال الاجتماعي" [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية، جامعة حلوان.

عليوة، سهام علي (2019). فعالية برنامج علاجي بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الإجهاد المدرك للضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال مرضى الصرع. مجلة التربية الخاصة بكلية علوم ذوي الإعاقة والتأهيل، 8(26)، 136-238.

غنيم، وائل ماهر (2015). الضغوط وأساليب مواجهتها وعلاقتها بالصلافة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، 44(4)، 301-361.

فرج، محمود إبراهيم عبد العزيز (2023). الحيوية الذاتية وعلاقتها ببعض أبعاد مهارات فعالية الحياة لدى طلاب المرحلة الثانوية. المجلة العلمية لكلية التربية بجامعة الوادي الجديد، 45(4)، 130-153.

فرج، محمود إبراهيم، ووافي، سميرة محمد، وصالح، منى أحمد (2023). الحيوية الذاتية وعلاقتها ببعض أبعاد مهارات فعالية الحياة لدى طلاب المرحلة الثانوية. المجلة العلمية لكلية التربية بجامعة الوادي الجديد، 45(4)، 130-153.

فرحات، رمضان السيد (2023). فاعلية برنامج تدريبي قائم على نظرية التعلم التوسعي في الحيوية الذاتية والتحفيز المعرفية لدى طلاب برنامج التأهيل التربوي بجامعة الأزهر. مجلة كلية التربية بجامعة الأزهر، 1(199)، 323-415.

فرغلي، سارة حفطي (2021). التخفيف من الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى مرضى الاضطرابات النفسية. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، 25(2)، 241-260.

الفتحي، آمال إبراهيم (2016). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم. مجلة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 2(47)، 93-136.

الفتحي، عبد العاطي، والورقلي، أحمد (2022). الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي وانعكاساتها على الفرد والأسرة: دراسة نظرية في سيكولوجيا الوصم الاجتماعي. مجلة الشروط الأوساط للعلوم التربوية والنفسية، 2(4)، 36-51.

الفنجري، حسن عبد الفتاح، وأحمد، محمد شعبان، وعراقي، الزهراء مهني (2020). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض الشعور بقلق الموت لتحسين مؤشرات جودة الحياة لدى أمهات أطفال الأوتيزم. المجلة العلمية للدراسات والبحوث التربوية والنوعية، 1(11)، 175-196.

فهيم، أحمد السيد (2021). خبرة الشعور بالوصمة وتأثيرها وعلاقتها بالتغيرات الوالدية الإيجابية لدى مقدمات الرعاية للأطفال ذوي الاضطرابات النمائية: دراسة تنبؤية. مجلة دراسات الطفولة بجامعة عين شمس، (24)، 2-15.

قرني، سعاد كامل (2019). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض قلق المستقبل المهني لدى طلاب شعبة التربية الخاصة. مجلة كلية التربية بجامعة أسيوط، 23(2)، 281-234.

القصير، بندر بن سالم بن علي (2011). مظاهر الوصم الاجتماعي من منظور الملتحقين بدار الرعاية الاجتماعية [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية بالرياض، المملكة العربية السعودية.

كريرة، هادي بن ظافر حسن، ومفتاح، باسمة بنت عمر عبد الله (2022). الحيوية الذاتية وعلاقتها بالصلافة المهنية لدى موظفات جامعة جازان. مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، (724)، 1-41.

لينك، بروس، وفيلان، جوك (2020). مفهوم الوصمة (ثائر ديب، مُترجم). مجلة عمران بسوريا.

متولي، فكري لطيف (2020). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تحسين التوجه نحو الحياة وأثره في خفض الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون. مجلة التربية الخاصة بجامعة الزقازيق، كلية علوم الإعاقة والتأهيل، (3) 172-224.

محمد، آية إسماعيل محمد (2020). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصرياً [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية الآداب، جامعة أسيوط.

محمد، أشرف محمد (2011). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم. مجلة الإرشاد النفسي، (47)، 93-136.

- محمد، رأفت عبد الرحمن (2010). برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 28(1)، 35-86.
- محمد، محمد شعبان (2020). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الشعور بالتماسك وأثره في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة العلوم التربوية، الدراسات العليا للتربية بجامعة القاهرة، 1(28)، 323-469.
- محمد، ياسمين حمدي، وإبراهيم، حسام صدقي (2023). الحيوية الذاتية وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي صعوبات التعلم: دراسة وصفية. مجلة كلية الآداب بجامعة جنوب الوادي بقنا، 32(61)، 226-273.
- محمود، أماني عبد المنعم (2022). فعالية إرشاد بالقبول والالتزام لخفض حدة الاحتراق الأكاديمي لدى طلبة الدراسات العليا. مجلة جامعة مطروح للعلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، 2(3)، 80-108.
- مراد، مروة مراد (2023). برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية التعاطف مع الذات لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأثره في خفض الإجهاد النفسي المدرك لديهن. مجلة دراسات في الطفولة والتربية، كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة أسيوط، 1(27)، 457-551.
- مرسي، أماني جلال (2018). التحقق من استراتيجيات التقليد في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأثره في الوصمة الاجتماعية والنفسية لدى أمهاتهم. مجلة العلوم التربوية لكلية الدراسات العليا للتربية بجامعة القاهرة، 6(4)، 321-360.
- المصري، فاطمة الزهراء محمد (2020). الحيوية الذاتية لدى طلاب الدراسات العليا بكلية التربية جامعة حلوان في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 30(106)، 237-286.
- مصطفى، سارة حسام الدين (2018). فاعلية برنامج إرشادي انتقائي لتنمية الحيوية الذاتية لدى عينة من الشباب الجامعي. مجلة الإرشاد النفسي لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، 56(56)، 33-112.
- معوض، وليد محمد زكي علي، والرمادي، نور أحمد محمد، والصايم، رانيا شعبان (2022). الخصائص السيكومترية لمقياس الوصمة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية النفسية، 16(9)، 2701-2734.
- مغازي، سهير عبد الله (2018). الذكاء العاطفي وعلاقته بالوصمة الاجتماعية وحل المشكلات لدى الأطفال ذوي الإعاقة الحركية في قطاع غزة [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية بغزة.
- ملمان، شيفر (2006). سيكولوجيا الطفولة والمراهقة "مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها". مكتبة دار الثقافة.
- ملياني، عبد الكريم، ومجادي، مصطفى (2022). الوصمة الاجتماعية لأسر الأطفال المصابين بطيف التوحد "دراسة ميدانية". مجلة العلوم الاجتماعية، 16(3)، 145-157.

- النجار، فاطمة الزهراء محمد، والصفتي، مرفت عبد الحميد (2023). فعالية برنامج إرشادي تكاملي في تخفيف حدة الشعور بالوصمة المدركة للإعاقة وتحسين الحيوية الذاتية لدى أخوة المعاقين عقلياً. *مجلة التربية لكلية التربية بجامعة الأزهر*، 3(197)، 498-562.
- همام، هند علي ثابت (2022). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة المشكلات الأسرية للسيدات العقيمات. *المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية، دراسات وبحوث تطبيقية بجامعة أسيوط*، 18(1)، 216-249.
- واكلي، بديعة، وصحراوي، نسرين حاج (2016). مساهمة العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من الأعراض الاكتئابية. *دراسات*، (114)، 41-131.
- ياسين، حمدي محمد، إسماعيل، زهرة العلا عثمان (2015). وصمة الذات والاكسيثيميا النفسية لدى عينة من المعاقين سمعياً. *مجلة البحث العلمي في الآداب، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية بجامعة عين شمس*، 2(15)، 223-252.
- ياسين، حمدي محمد، والسيد، هبة السيد (2018). محددات الوصمة العائلية كما تدركها أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون. *مجلة البحث العلمي في التربية، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية بجامعة عين شمس*، 2(6)، 439-468.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Abdul Kalam. (2017). Impact of acceptance and commitment on Therapy Valuing behavior of Parents of children with neuron developmental disorders psychology and behavioral. *Science International Journal ISSN*, 3(3), 2474-7088.
- Abolghasemine Jad, P., Khan Jani, N., Saber. M., & Alizadeh, S. (2022). Investigation, of the relationship between a healthy life style, Self-esteem. And subjective vitality of the elderly in Sirjan in 8020. *Research square*, 1-13.
- Al-Jiboori, S. (2010). The frequency of self- stigma among patients with psychiatric disorders. *Tikrit Medical Journal*, 16(2), 124-128
- Alex, To Meyer, B., Asbrock, F., Mostert, M. P. (2021). Stigma and chronic fatigue Syndrome in families of children with disabilities. *I of psychology*, (9), 2251-2259.
- Allberg, U. (2013). Situation and psychosocial well-being of older sisters to children with disabilities or chronic illnesses the forgotten children. *In t J of Qualitative studies on Health and well-being*, 2(8), 1-8.
- Allen, T. Dod Kiburz, K. M. (2012). Trait mindfulness and work - family balance among warring Parents: The mediating effects of vitality and sleep quality. *Journal of Vocational behavior*, 80 (2), 372- 379.

- Ambrose, S. & Eisenberg, L. (2020). The effect of mothers' Self-vitality to develop oral language for their Learning difficulties. *Journal of Applid sport Psychology*, 14 (1), 22-42.
- Amin Yazdi, S. A., & Afrooz, G. (2020). Comparison of transformational family functioning, Personality Traits, and Parental stress in mothers with autism spectrum disorder and peers with normal counterparts. *Journal of Pediatric Nursing*, 6 (3) 14-21.
- Arslan, G. (2021). Lone Liness: College belongingness, Subjective vitality and Psychological adjustment during Coronavirus. Pandemic: Development of the College Belongingness questionnaire. *Journal of Positive School Psychology*, 5(1), 17-31
- Bareisyte, L. (2021). *Using virtual Reality to improve subjective vitality: Design and pilot study for a virtual Nature Environment* [Unpublished Master's thesis]. University of Twente.
- Bazley, R. & Pakenham K., (2019). Suicide Prevention training for Christian faith-based organizations using acceptance an -Commitment Therapy: a pilot-controlled trial of the Holly Program. *Journal of contextual Behavioral science*, (11), 6-14.
- Becker & Howard, S. (1963). *Outsider: studies in the sociology of Deviance*. NY: free.
- Belinda M. Keenan, L. K. (2016). Parents of children with ASD experience more psychological distress, parenting stress, and attachment related anxiety. *Autism and developmental disorders*, 46(9), 2979-2991.
- Bennett, R., & Oliver, J. E. (2019). *Acceptance and commitment therapy: Lookey points and techniques*. Routledge.
- Berbette, B. (2015). *An Acceptance and commitment Therapy Group workshop Intervention for Emotional Eating* [Unpublished doctoral dissertation]. Saint Louis Université.
- Bergman, T. H. (2010). *The influence of acceptance and Commitment therapy (ACT) or the Psychological well-being of mothers rising a child diagnosed with an autism spectrum disorder* [Unpublished doctoral dissertation]. university of Jyvaskyla.
- Blacher, J & Baker, B. (2007) Positive impact of intellectual disability on Families. *American Journal on Mental Retardation*, 112(5), 330-48.

- Boone, M.S. (Ed.). (2014). *Mindfulness and Acceptance in Social work: Evidence-Based Interventions and Emerging Applications*. New Harbinger Publications.
- Bos, A., Pryor, J. B., Reader, G. D & Stutterrieims, E. (2013). Stigma Advances in Theory and research Basic. *APP Soc Psychol*, (35), 1-9.
- Bostic, T. J., Rubio, D. M., Hood, M. (2000). A validation of the Subjective vitality, Scale using structural equation modeling. *Social Indicators Research*, (52), 313-324.
- Busch, N, Corrigan, P., Jodd, A. & Boden hausen, G. (2010). Implicit Self-Stigma in people with mental illness. *The Journal of nervous and mental Disease*, 2 (198), 150-153.
- Chu, T. L., Zhang, T., & Hung, T. M. (2018). Motivational profiles in table Tennis Players: Relations with performance anxiety and Subjective vitality. *Journal of Sports Sciences*, 36(23), 2736-2750.
- Clark, E., Zhou, Z., Du, L. (2019). Autism in China: progress and challenges in addressing the needs of children and families. *Systems & Heath*, 32 (1), 122.
- Corrigan, W. P., Kosy luk, A, K. (2013). Reducing, Rush Self stigma by coming out proud. *American Journal of public health*, 103 (5), 794-800.
- Corrigan, W. P, Larson, E, J., Rush, & sell stigma. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8 (2), 75-81.
- Coto - Lesmes, R., fernandez Rodriguez, C., & Gonzalez fernandez, S. (2020). Acceptance and commitment therapy in-group format for anxiety and depression. *A Systematic review Journal of Affective Disorders*, (263), 107-120.
- Couto, N., Antunes, R., Monteiro, D., Moutao, J., Marinha, D & cid, L. (2017). Impact of the Basic Psychological needs in subjective Happiness, subjective vitality and Physical Activity in an Elderly Portuguesa Population. *Universities Psychological*, 13(2), 58-77
- Couto, N., Antunes, R., Monteiro, D., Moutao, J., Marinho, D & Cid. L. (2020). Validation of the self-vitality Scale and study of the Vitality of elderly People to their physical activity. *Groups Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 2(2), 145-155.

- Crandalles & Eshlema. A. (2003). *A Just if lieation-suppression model of the expression, and experience of Prejudice psy*. Chol-bull.
- Darley. J. M & Fazi, R. H. (1998). *Expectancy confirmation process a rising in the social interactions sequence*. AM Psychol.
- David, F. (2009). *Exploring stigma medical knowledge and the stigmatization of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder youth*. The University of Meibum.
- Deci, E & Ryan, R. (2008). Self- determination theory: A macro Theory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologies Comedienne*, (49/3), 182-185.
- Deci, E. L., & Rayan, R. M., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Conceptualizations of intrinsic motivation and self-determination Intrinsic Motivation and self-determination in human behavior*. Springer New York.
- Dehravi, R. S., Monhtarr, M., & Faramarzi, S. H. (2011), The Share of Internalized stigma and Autism Quotient in predicting The Mental Health of Mothers with Autism children in Iran. *International Journal of Business and Social sciences*. 2(20), 251-259.
- Deniz, E & Satici, S. (2017). The Relationships between Big five Personality Traita and subjective vitality. *Analesdes psychologies*, 33(2), 218-224
- Dodge, T., Vaylay, S., & Krack. Bock, J. (2022). Subjective vitality: A Benefit of Self- Directed, Leisure Time Physical Activity. *Journal of Happiness studies*, 23 (2), 1-20.
- Edward, S., Mumtaj, K., prasad, J. H., Kuruvilla, A., & Jacob, K.S (2010). Perceptions about intellectual disability: A qualitative study from Vellore, South India. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 736-748.
- Erving-Goffman. (1964). *Essays on the social situation, Mental patients & other inmates*. U. K. pelican books, Asylums.
- Fanaj, N., Melonashi, E. & Mustafa, S. (2016) Stigma, Parenting stress, and depression in one Kosovo Sample of parents of children with intellectual disabilities (Kosovo). *International society on Early Intervention conference children's Rights*, and Early Intervention help in conjunction with Stockholm University At: Stockholm Sweden

Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/305950695>.

- Fatima, N., Chinnakali, P., Rajaa S., Menon, V., Mondal, N., L & drasekaran, V. (2021). Prevalence of depression and anxiety among Puducherry. *Clinical Centre, Epidemiology and Global Health*, (11), 1-5.
- Fini, A., Kavousian, J., Beigy, & Emami, M. (2012). Subjective vitality and its anticipating variables on students. *Social and Behavioral Sciences*, (5), 150-156.
- Fini, A., Kavoustan, J., Beigy , A., d Emami, M. (2010). Subjective vitality and Its anticipating variables on Students *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 150-156.
- Floyd, f., Purcell, S., Richardson, s., & Kupersmidt, J. (2009). Sibling relationship quality and social functioning of children and adolescents with intellectual disability. *Am J Intellect Dev Disabil*, 114(2), 110-27.
- Fulk, K. (2014). *Examining Courtesy Stigma in siblings of people with Down syndrome* [Unpublished Master Thesis]. University of California., Irvine.
- Gailliot, M., Baumeister, R., Dewall, C., Maner, J., Plant, E., Tice, D., Brewer, L., & Schmeichel, B. (2007). Self- Control relies on glucose as a limited energy source: will Power is more than a Metaphor. *Journal of Personality and social Psychology*, 92 (2), 325-336
- Garzon, L. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as an Alternative for Reducing Psychological Distress Experienced by latino Parents of children with Autism* [Unpublished a pilot study Ph. D]. Chicago school.
- Gillian, K. (2018). Parent views of the Positive Contributions of elementary and high school - aged children with autism spectrum disorders and Down syndrome. *Journal of child, care, health and developments* 31(8), 31-45
- Gloster, A.; Hummel, K.; lyudmirskaya, I.; Hanke, C & Sonntag, R. (2012). *Aspects of Exposure Therapy in Acceptance and Commitment therapy. In Neudeck, Pob wittchen, H. Exposure therapy: Rethinking the Model - Refining the Method.* Springer Science.

- Gocet-Tekin, E., & Satıcı, B. (2014). An investigation of the predictive role of authenticity Subjective vitality. *Educational Sciences Theory and practice*, 14 (6), 2063-2070.
- Goffman, E. (1963). *Stigma Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs Nd: Prentice Hall.
- Goldberg, S. E. (2018). *Connectedness in Mothers of children with Autism Spectrum Disorder: Associations with Maternal stress, Self-Efficacy", and Empathy* [Unpublished Master's thesis of Infant Mental Health]. Mills College.
- Gove, W. (1982). The current status of The labeling theory of mental illness. in W. R. G. (Ed). *Deviance - and mental illness. Deviant Behavior*, 3 (4):307-327.
- Greenglass, E. R. (2006). *Vitality and vigor: Implications for healthy functioning: In P. Buchwald (Ed.), Stress and anxiety: Application to health, work place, community, and education*. Cambridge Scholars Publishing.
- Guse, T., & Harvey, C. (2010). Growing up with a sibling with dwarfism: Perceptions of adult non-dwarf siblings. *Disability & Society*, (25), 387-401.
- Hailemariam, K. W. (2015). The psychological distress subjective burden and of foliate stigma among caregivers of people with mental illness in Emanuel specialized mental hospital. *Am J Appl Psycho*, 4(2), 35- 49.
- Hallberg, U. (2013). Situation and Psychosocial well-being of older sisters to children with. Disabilities of chronic illnesses the forgo Hen Children, *Int. J of Qualitative Studies on Health and well-being*, 2(8), 1-8.
- Hayes S. & Smith S. (2005). *Get out of Your Mins and Into Your Life: The New acceptance and commitment Therapy*, U. S. A, Oakland. New Harbinger Publications
- Hayes, S. C., Barnes – Holmes, D., & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press.
- Hayes, S., Strosah I, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment therapy: The Process and Practice of Mindful change (zed)*. Guilford Press.

- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment therapy: An experiential approach to behavior. Change*. Gulliford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Heffner, M. & Eifert, G. H. (2004). *The anorexia workbook: How to accept yourself, heal suffering, and reclaim your life*, Oakland, CA. New Harbinger.
- Hematic, S., Solemn, F., Seyednour, R., & Dedham, A. (2010). Stigma in Iranian down syndrome. *Iranian Réhabilitation Journal*, 8(11), 13-18.
- Hinshaw, S. (2007). *The Marr of shame: stigma of mental illness*. In W. R, Gove (Ed). *Deviance and mental illness*. Beverly Hills. Sage Publications.
- Huang, Chang, M., Chi, Y., & Lai, F. (2013). Health-related quality of life in fathers of children with or without development al disability: The mediating effect of children with or without developmental disability: The mediating effect of Parental stress. *Quality of life Research*, 23(1) 175-183
- Hulbert-Williams, N. J., & Storey, L. (2016). Psychological flexibility Correlates with Patient-reported outcomes independent of clinical or sociodemographic characteristics. *Supportive care in Cancer*, 24 (6), 2513-2521.
- JuhI, J., & Routledge, C. (2015). The awareness of death reduces subjective vitality and self-regulatory energy for individuals with low inter dependent at self-construal. *Motivation and Emotion*, 39(4), 531-540.
- Kark, R. & Carmeli, A. (2009). A live and creating: The mediating role of Vitality and aliveness in the relationship between Psychological Safety and creative work involvement. *Journal of organizational Behavior: The International Journal of Industrial, occupational and organizational J Behavior*, 6(30), 785-804.
- Kasser, V. G., Richard M., & Ryan. (1999). The relation of Psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality in a nursing home I. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935-954.

- Klin, A, S. (2000). *Asperger syndrome*. Guilford press.
- Kowalkowski, J. (2012). *The impact of group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder* [Unpublished ph. D, dissertation]. Michigan University.
- Kubzansky, L. D., & Thurston, R. C. (2007). Kubzansality Emotional Vitality and incident Coronary health disease: benefits of healthy Psychological functioning. *Archives of general Psychiatry*, 64(12), 1393-1401.
- Kubzansky, L., L., de Thurston R. (2007). Emotional vitality and incident coronary heart disease Benefits of healthy psychological Functioning. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1393-1401.
- Kulbus, S. (2021). Effectiveness, of Counselling of developing Compassion and subjective Vitality in disable & Mothers. *J of Psychological Counselling*, 32(4) 34-29
- Kurtus, R. (2012). What is vitality? Available at: <http://www.school-for-champions.Com/vitality/what is vitality.htm#.VZZGCZVG7IU>
- Kurtus, R. (2022). What is the vitality? Available at: www.school-for-champions.Com/Vitality/what is Vitality.htm.
- Larmar, S., Wia, T. & Lewis, D. (2014). Acceptance and commitment Therapy: An over view of techniques and applications. *Journal of service Science and management*, (7), 216-221.
- Lavrusheva, G. (2020). The Concept of vitality. Review of the vitality-related research domain. *New Ideas in Psychology*, (56), <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100752>
- Levin, M. E., Krafft, J., Hicks, E.T., Pierce, B., & Twohig, M. P. (2020). A randomized dismantling trial of the open and engaged Components of acceptance and Commitment Therapy in an online intervention for distressed College students. *Behaviour research and therapy*, 126, 103557.
- Macculough, J. R., & Jamesp. (2006). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis System Psycho Therapy (Basp)*. Guilford Press: Published in wikmedia, foundation .
- Mak, W., & Cheung, R. (2008). Affiliate stigma among caregivers of People with intellectual disability of mental illness. *Journal of Applied*

Research in Intellectual Disabilities, 21, 532-545. Doi:/0.till/j.1468-3148.2008.00426.x.

- Marris, T., Moore, M., & Morris, F. (2011). Stress and chronic illness: The case of diabetes. *Journal of Adult Development*, 18 (2) 70-80.
- Martin S, R., Bonito, I., Andrade, A., Albuquerque, C., & Chaves, C. (2015). The Impact of the diagnosis of autism in parents of children. *Procedia-Social and Behavioral sciences*, (171), 121-125.
- Maslach, C., & Leiter, M., (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for Psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 2-9.
- Maslash, C., Schaufeli, W. B., & Michael P. Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.
- Mitter, N; Ali, A& Katrina. (2018). Stigma experienced by family members of people with intellectual and developmental disabilities: mu Iti dimensional Construct Natasha. *BJP sych open* 4, 332-338.
- Mohtasham, S. S., Pooragha Roodbardeh, F., & Kafi, S. M. (2023). Comparison of academic self-regulation, subjective vitality, and academic vitality in students with and without learning disorder. *Quarterly Journal of child Mental Health*, 9(4), 15-30.
- Monnapula-Mazabana, P. & Petersen, I. (2023). Mental health Stigma experiences among caregivers and service users in South Africa. *A qualitative investigation current Psychology*, 42 (11), 9427-9439.
- Montgomery, D. (2015). *Effects of Acceptance and commitment Therapy for Parents of children with Autism* [Unpublished doctoral dissertation]. Walden University.
- Moran, D. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. Workshops Shafallah Center: Doha.
- Mourya, R. K., Single, R. N., & Rai, A. (2018). Stigma in the social life among mothers having children with intellectual disabilities: challenges and suggestions. *The international Journal of Indian psychology*, 3(3), 11-81.
- Muto, T., Hayes S., & Jeffcoat, T. (2011). The Effectiveness of acceptance and commitment therapy bibliotherapy for enhancing the

- psychological health of Japanese college students living abroad. *Behavior Therapy*, 42 (2), 323-335.
- Neoh, M. J. Y., Airoidi, L., Arshat - Z., Bin Eid, W., Esposito, G., & Dimitriou, D. (2022). Mental health of Mothers of children with neurodevelopmental and genetic disorders in Pakistan. *Behavioral Sciences*, 12 (6), 181.
- Nix, G. A, Ryan, R. M., Manl, d. B., & Deci, E. l. (1999). Revitalization Through self-Regulation: The Effects of Autonomous and controlled Motivation on Happiness and Vitality. *Journal of Experimental social psychology*, 35, 266-284.
- Oluremi, D. (2015). Counselling Intervention and support programmes for families of children with special Educational Needs. *Journal of Education and practice*, 6(10) 103-109.
- Ozkara, A. B., Kalkavan, A., Alemdag , S., Alemdag, C., J Cavdar, S. (2017). The role of Physical activity in pre- service teacher's subjective vitality. *Physical education of students*, 21(3), 134-139.
- Padhy, M, Hariharan, M, Mutnury, S. L., & Mukherjee, O. (2021). Flourishing: Role of Perseverance and Passion for long-Term Goals in Relation to subjective vitality. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100752>
- Pahnke, J., Hirvikoski, T. BJureberg, I., Bolte, S., Jokinen, J., Bohman, B., & Lundgren, J. (2019). Acceptance and commitment therapy for autistic adults: An open pilot study in a psychiatric on patient context. *Journal of contextual Behavioral Science*, (13), 34-41.
- Parle, S. (2012). How does discrimination affect people with mental illness. *Nursing Times*, 108 (28), 12-18.
- Patricia, A., Bach, Daniel. J., & Moran. (2008). *Act in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment Therapy*. New Harbinger Publication, USA, Inc.
- Paul, E., Flaxman, j. T., Blackledge., Frank, W. & Blond. (2011). *Acceptance and commitment Therapy Distinctive features*. Routledge Taylor & Francis group, USA.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.

- Peterson, C., & Seligman, M. (2019): *Character strengths and virtues: A Hand book and classification*. Oxford University press.
- Poddar, S., Sinha. V. X., & Urbis, M. (2015). Acceptance and Commitment therapy on Parents of children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *International Journal of education and psychological, researches*. 1, (13), 221-225.
- Pozo, P., Sarria, E., Brioso, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in Parents of children with autism spectrum disorders: a double ABC X model. *Journal dis of Intellectual Disability Research*, 58 (5), 442-458.
- Quinlan, E., Deane, F. P., & Crowe, T. (2018). Pilot of an acceptance and commitment Therapy and Schema group intervention for mental health carer's interpersonal Problems. *Journal of contextual Behavioral Science*, (9), 53-62.
- Ragan, R. M., & Decis, E. L. (2000). Self-determination theory an & The facilitation of intrinsic Motivation, Social development, and well being *Journal of I American Psychologist*, 55(1), 68.
- Reeves, M. B. (2005). An in vitro model for the regulation of human cytomegalovirus latency and reactivation in dendritic cells by chromatin remodeling. *Journal of general virology*, 86 (11), 2949-2954.
- Reeves, W. C., Wagner, D., Nisen baum, R., Jones, G. f., Gurbaxani, P., Solomon L., Papanicolaou, D, Unger, E. Vernon, S., & Heim, C. (2005). Chronic fatigue syndrome-A clinically Empirical Approach to Its Definition and study. *BMC Medicine*, (15), 3-19.
- Robin, S., Mathew, A., Brew-star, & Melanies. (2016). Understanding affiliate, stigma faced by measurement development study. *Journal of family Psychology*, 30, 353.
- Rohwerder, B. (2018). *Disability stigma in developing Countries*. K4D Helpdesk Report. Institute of Development studies.
- Rozanski, A., Blumenthal J., Davids, K., Saab, P., Kubzansky, L. (2005). The Epidemiology, Pathophysiology and Management of Psycho social risk factor in cardiac practice. The emerging field it of behavioral cardiology. *Journal of the American college of cardiology*, 45(5), 637-651.

- Ruiz, J. (2010). A review of Acceptance and commitment therapy (Act) empirical evidence: correlational experimental Psychopathology, Component outcome studies. *International Journal of psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125- 162.
- Ryan, R. & Frederick, C. (1997). On energy, Personality, and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65 (3), 529-565.
- Sar Kar, A. (2010). Stigma experienced by parents of adults with intellectual disabilities, Master Thesis, Queen's University, on Tario, Canada. Retrieved from <https://qspace.library.queensu.ca/bitstream/handle/1974/5681/sarkar-Ahana-201005-MSe.Pdf?sequence=1>
- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda Florez. (2010). Wpa guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World psychiatry*, (3), 131-144.
- Scheff, T. (1966). *Being mentally ill: A Sociological Theory*. Aldine.
- Schlebusch, L., Dada, S., & Samuel S, A. F. (2017). Family quality of life of South African families raising children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(7), 1966-1977.
- Sener, G., & Gunduzalp, S. (2020). A Qualitative research on the perception of subject vitality of teacher candidates. *International Journal of Eurasian Education and Culture*, 5(9), 930-961.
- Seydi, A., Ahmed, K., Recep, U & Begum, S. (2014). Subjective Vitality as mediator and Moderator of the Relationship between life satisfaction and subjective Happiness. *Educational Sciences; Theory & practice*. 14(2), 489-497.
- Sharpe, M., Goldsmith, K. A., Johson, A. L., Chalder, T., Walker, J., & White, P. D. (2015). Rehabilitative treatments for chronic fatigue syndrome: long-term follow-up from the PACE trial. *The Lancet psychiatry*, 2(12), 1067-1074.
- Sherrill, S. (2012). *Stigma and attribution toward children with autism and their parents* [Unpublished Master thesis]. Southeastern Louisiana University, Hammond, Louisiana.

- Shi, Y., Shao, Y., Li, H., Wang, S., Ying, J., Zhang, M., & Sun, J. (2019). Correlates of affiliate stigma among family care givers of People with mental Illness: A Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 26 (1-2), 40-61.
- Sood, S., & Bakhshi, A. (2015). Psychological Capital as predictor of subjective vitality in bank employees. *Journal of Indian*, 56.
- Steven, C., Hayes & Kirk, D., Strosahi. (2013). *A practical Guid to Acceptance and commitment therapy*. Russ Harris New Har finger Publications.
- Tajer, C. (2012). Joy of the heart: Positive emotions and cardiovascular health, Revista Argentina. *De cardiologic*, 80(4), 325-331.
- Teh, J. L., King, D., Waston, B., & Liu, S. (2014). Self- stigma anticipated stigma and help seeking communication in people with mental illness. *PORTAL: Journal of Multidisciplinary International studies*, 11(1), 1-18
- The American Heritage. (2000). *Dictionary of the English Language*. Fourth Edition
- The, J., King, D., Waston, B. & Liu, S. (2014). Self-Stigma, Anticipated stigma, and help - seeking communication in people with Mental Illness. *Portal of Multidisciplinary International Studies*, 11(1), 1-8.
- Thieler, I. (2017). *Basic Psychological needs; determinants or correlates of Subjective vitality and fatigue? A systematic review of the literature* [Unpublished Master's Thesis]. University of Twente.
- Ugur, E., Kaya, C., & Ozcelix, B. (2019). Subjective vitality mediates the relationship between Respect to war partner and subjective Happiness on teachers. *Universal Journal of Educational Research*, 7(1), 126-132.
- Uysal, Satıcı, S., Satıcı, B., & Akin, A. (2014). Subjective vitality as mediator and moderator of the Relationship between Life Satisfaction and subjective educational sciences. *Theory & practice*, 14(2), 489-497.
- Van den Bos, G. R. (2013). *APA dictionary of clinical Psychology*. American Psychological Association
- Vanden Boss. (Eds), (2007). *APA Dictionary of Psychology*. APA Press.

- Venkatesh, B. T., Andrews, T., S. S., Singh, M. M., & Menon, N. (2016). Stigma and mental health- caregivers. *Perspective A qualitative analysis clinical Epidemiology and Global Health*, 4 (1), 23- 27.
- Verhaeghe, M & Bruynooghe, K. (2007). Stigmatization in Different Mental Health Services: A Comparison of Psychiatric. *J of Behavioral Health Services Research*, 34(2), 186-197.
- Vieira, D. C& Aquino, T, A. (2016). Subjective vitality, Meaning in life and Religiosity in older people: A Correlation study. *Trends in psychology*, 24(2), 495-506.
- Wadany, Jamaan bin Hassan. (2020). Social stigma from The Perspective of Islamic education. *J of Young Researchers in Educational Sciences for Postgraduate studies*, 4(4), 401 – 424.
- Waltz, T& Hayes, S. (2010). *Acceptance and Commitment Therapy. Cognitive and behavioral theories in clinical practice*. Gullford press.
- Welch, V., Hatton C., Emerson, E., Robertson, J., Collins, M., Langer, S., & Wells, E. (2012). *Do short break and respite services for families with ill a disabled child in England Make a difference to siblings? A qualitative analysis of sibling and Parent responses*. Children and Youth.
- Werner, S & Shulman, C. (2015). Does type of disability make a difference in affiliate stigma among family caregivers of individuals with autism, intellectual disability or physical disability. *Journal of Intellectual Disability*, 59(3), 272 -83. doi: 10. 1111 /Vir. 12136.
- Williams, J. (2005). *Applied spot psychology: Personal growth to peak Performance*. (5ed) Mountain View. CA: McGraw- Hill Humanities.
- Wizior, K. (2020). *Exploring the Influence of Social Interactions on subjective vitality: A Daily Diary Study* [Unpublished Doctoral dissertation]. Pace University.
- Wynne, B., Mc Hugh, L., Gao, W., Keegan, D., & Mulcah, H. E. (2019). Acceptance-and Commitment Therapy Psychological stress in patients. With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*, 156(4) 935-945.
- Yadavaia, J., Hayes, S., & Vilard-age, R. (2014). Using acceptance and Commitment therapy to increase Self-Compassion: A randomized Controlled

trial. *Journal of contextual Behavioral Science*, 3, 248-257.
<http://dx.doi.org/1016/jobs.2014.09.002>.

Zettle, R. D. (2016). *The self in acceptance and Commitment therapy. The self in understanding and treating psychological disorders*.

Cambridge University Press.

Zhou, L. A., Baer, R. A., & Smith. G. T. (2018). Assassin mindfulness in Children AN adolescents: Development and validation of the child and adolescent mindfulness Measure (GAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606-614.

Zhou, T., Wang, N., & Yi, C. (2018). Affiliate Stigma and depression in caregivers of children with Autism Spectrum disorders In China: Effects of self -esteem Shame and family functioning. *Psychiatry Research*, (264), 260 -265.