



مجلة علوم

ذوى الاحتياجات الخاصة

فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد

إعداد

د/حنان أحمد محمد علي
مدرس الإرشاد النفسي
كلية الآداب - جامعة أسيوط

د/مصطفى عبد المحسن الحديبي
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة أسيوط

المستخلص :

هدفت الدراسة الحالية التعرف على فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، واستمرارية تلك الفعالية في أثناء فترة المتابعة، وبلغ عدد المشاركات بالدراسة ٧ أمهات خضعن لتطبيق البرنامج، تراوحت أعمارهن بين ٢٤ - ٤٧ سنة، بمتوسط حسابي للعمر ٣٤.١ شهراً، وانحراف معياري ٣.٦، وتمثلت أدوات الدراسة في: مقياس جيليام التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب التوحد - الإصدار الثالث GARS-3 إعداد عادل عبد الله محمد، وعبير أبو المجد محمد (٢٠٢٠)، ومقياس حالة ما وراء المزاج (علاء كفاي، فؤاد الدواش، ٢٠١٧)، وبرنامج العلاج بالقبول والالتزام في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد إعداد: الباحثين، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد قبل تطبيق البرنامج وبعده على مقياس حالة ما وراء المزاج وأبعاده لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس حالة ما وراء المزاج وأبعاده، وفي ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة تم صياغة عدداً من التوصيات.

الكلمات المفتاحية: أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، حالة ما وراء المزاج، العلاج

بالقبول والالتزام.

مقدمة الدراسة:

للأسرة دور أساسي في تنشئة الأفراد بصفة عامة، وذوي الاحتياجات الخاصة بصفة خاصة، ويعمل الوالدان على تكوين البنية الأولية في تربية أبنائهم، وتعد الأسرة وحدة واحدة متكاملة ونظاماً مترابطاً ذا تأثير متبادل بين أفرادها، وعند تعرض الأسرة لأزمة أو حدث ما، يتوقع أن يمتد تأثير هذا الحدث إلى جميع أفرادها سواء بدرجة كبيرة مباشرة أو بدرجة بسيطة غير مباشرة، ومن المؤكد أن وجود طفل ذي إعاقة في الأسرة يعرضها للمزيد من أعباء التربية، حيث إن والدي ذوي الإعاقة يتعرضون للضغط النفسي الناجم عن شعورهم بالصدمة عند تشخيص حالة ابنهم أو ابنتهم، وقد يشعرون بتحطم آمالهم، وأحلامهم وتوقعاتهم، فضلاً عن الرعاية الخاصة لابنهم المعوق التي قد ينوء بها كاهلهم؛ ونتيجة لذلك يتعرضون لردود فعل عضوية وعقلية وانفعالية ضاغطة.

ويؤكد ذلك ما أشارت إليه نتائج عدد من الدراسات أن للإعاقة آثار سلبية على الوالدين، حيث أوضحت نتائج دراسة (Blacher & Baker (2007) (*) أن للإعاقة آثار سلبية على أسرهم، وبشكل خاص على أمهاتهم، وما أوضحه بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٧) بأن وجود طفل ذي إعاقة يفرض على والديه وأسرته حاجات خاصة لمواجهة متطلبات رعايته، حيث يمثل وجود طفل معاق بالأسرة مصدر من مصادر الضغوط المزمنة والتي قد تتحول إلى أزمات عند نقاط زمنية معينة، وهذا يفرض على الوالدين مجموعة من المهام ويولد لهما مجموعة من الحاجات الإرشادية النفسية والتي يصبح من الضروري تليبيتها لإعادة توازن الأسرة ومنحها القوة اللازمة لتحمل أعباء تربية الابن ذي الإعاقة.

وتواجه أسر أطفال اضطراب طيف التوحد العديد من الأزمات، والتي لا تقع عند ميلاد الطفل فحسب، وإنما تحدث وتتحدد في أوقات ومراحل عدة من حياته، وهناك عدداً من المراحل التي تمر بها تلك الأسر، حيث يسيطر نمط انفعالي معين على كل مرحلة منها، تتفاوت هذه المراحل ما بين الشعور بالصدمة والتشكيك في التشخيص إلى الشعور بالإحباط ومشاعر الذنب وتكرر هذه الأزمات مع نمو طفل اضطراب طيف التوحد، وتنتج عنها الكثير من الضغوط التي

(*) يتم التوثيق في هذه الدراسة كالتالي: (اسم الباحث أو الكاتب، السنة، رقم الصفحة أو الصفحات)، طبقاً لدليل الجمعية الأمريكية لعلم النفس - الطبعة السادسة APA Style of the Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed) المرجع. المراجع.

تتعرض لها أسرته (السيد سعد الخميسي، ٢٠١١)، وهذا يعني أن اكتشاف وتشخيص الطفل بأنه طفل توحيدي يعد موقفاً وحدتاً ضاعطاً يؤدي إلى تغيير الأدوار والتوقعات الأسرية، وما يصاحب ذلك من ردود أفعال انفعالية، جراء فقدان الوالدين لآمالهم وطموحاتهم المرتبطة بميلاد الطفل (خالد سعد سيد القاضي، ٢٠١٠).

ويعاني كثير من آباء أطفال اضطراب طيف التوحد عدد من المشكلات النفسية التي تؤثر سلباً على مجرى حياتهم، مما يجعلهم في حلقة مفرغة، بدايتها المطالب الملحة لأطفالهم، والتي يجدون من الصعب تلبيةها في ظل فهم ضعيف لطبيعة هذا الاضطراب من جانبهم، وقلة خدمات الرعاية المقدمة لهؤلاء الأطفال من جانب مؤسسات المجتمع، ونهايتها المطالب الملحة لذواتهم، حيث يجدون من الصعب تلبية هذه المطالب في ظل وجود طفل ذي احتياجات خاصة في الأسرة من ناحية، مما يثقل كاهل الأسرة بأعباء ترتبط بالإنفاق على هذا الطفل، ومن ناحية أخرى يرتبط وجود هذا الطفل في الأسرة بصعوبة تحقيق الوالدين لذواتهم، خاصة في ظل عدم تقبل الوالدين لهذا الطفل، أو اعتباره مصيبة حلت عليهم، وذلك نتيجة فهم قاصر ناتج عن نظرة المجتمع للطفل ذي احتياجات خاصة (أشرف محمد محمد عطية، ٢٠١١، ٤٣١).

وتعاني أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد - بصفة خاصة - أوقاتاً عصيبة نتيجة المحاولات المستمرة لتجنب، أو تغيير، أو إنهاء الأفكار، أو المشاعر، أو الذكريات غير المرغوبة، والمرتبطة بوجود طفل اضطراب طيف التوحد داخل الأسرة، وما يستلزمه ذلك من تحمل الأم المسؤولية الأولى لرعاية هذا الطفل، وتلبية احتياجاته، ويؤدي ذلك إلى وقوع الأم فريسة سهلة لكثير من الاضطرابات النفسية، لا سيما القلق، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية والفقدان (أشرف محمد محمد عطية، ٢٠١١، ٤٣١).

كما أن وجود طفل توحيدي قد يسبب في تصدع الأسرة وتفككها؛ حيث يلقي كل من الوالدين المسؤولية على الآخر؛ مما يؤثر في العلاقة بينهما، وقد تظهر المشادات الحامية بينهما؛ مما يتسبب في ارتباكات معيشة مختلفة، واختلالات في إدارة الذات، ويؤكد ذلك ما أشار إليه Hamilton (2009) بأن ولادة طفل طبيعي بالأسرة يقوم الوالدان برعايته بصورة عادية دون قلق، في حين اكتشاف الوالدين لحالة فلهما على أنه ذو احتياجات خاصة تُعد البداية لسلسلة من الضغوط والشعور بالصدمة المصحوبة بمشاعر القلق، والشعور بالذنب، والارتباك، والعجز، والغضب، والإنكار.

فطفل اضطراب طيف التوحد يُمثل حالة فريد من نوعها، فله مشكلاته المختلفة عن مشكلات الإعاقات الأخرى، وهذا الاختلاف يخلق ضغوطاً متنوعة لدى أسرته فقد تكون أشد وأقوى عن مشكلات أسر هؤلاء الأطفال (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦)، وهذا ما يجعله قضية التي لم تجد الحلول التي تساعد على التقليل من حالة الفزع والخوف والإحباط التي يعيشها الآباء الذين يوجد لديهم طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد، فبمجرد التشخيص واعتبار الطفل طفل اضطراب طيف التوحد تكون المفاجأة والصدمة (هشام الخولي، ٢٠١٥، ١٠٦)، ويُظهر الكثير من آباء وأمّهات أطفال اضطراب طيف التوحد أعراض ضغوط ما بعد الصدمة؛ نتيجة هذا التشخيص (Kelly , 2015).

فأسر أطفال اضطراب طيف التوحد تعيش جواً من الضغوط والاكنتاب مقارنة بأسر الأطفال العاديين؛ بسبب أن حياة الأسرة تدور حول التعامل مع الاضطراب الذي أصيب به الطفل وسلوكياته المختلفة عن أقرانه من العاديين، ويشعر الولدان بالحرَج لأنهما لا يستطيعان هما وأطفالهما أن يحيوا حياة طبيعية، ويؤثر هذا الوضع بقوة في الأسرة لذا فإنها تحتاج إلى التدريب على مهارات التعامل والدعم الرسمي وغير الرسمي (أشرف محمد عطية، ٢٠١١، ٤٣٠).

ويُعزى اختيار الأمهات بالدراسة الحالية إلى ما دعمته الأطر التنظيرية والأدبيات البحثية حول أنه لوحظ أن الآباء أقل شعوراً بالضغط وأكثر مرونة من الأمهات؛ كون الأمهات أكثر التصاقاً واحتكاكاً بالطفل، ولديهن استعداد لقراءة مشاعر الطفل (سالي دقة، ٢٠١٣؛ محمد كمال، ٢٠١٣)، بالإضافة إلى معاناتهن من قصور في التفاعل مع الطفل " التجنب الخبراتي" فالأم التي تعاني من اندماج معرفي لأفكار سلبية - أنها فاشلة ولا تستطيع إشباع متطلبات طفلها- تستشعر في سلوكها مردود لأفكارها، مما يجعلها أكثر معاناة وألماً، فهي تجاهد من أجل السيطرة على أفكارها ومشاعرها لتستمتع بحياتها كأبي أم وفي نفس الوقت تريد تلبية احتياجات طفلها التي تتمنى سعادته (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦).

هذا بالإضافة إلى أن التعرض لمحاولات مستمرة لتجنب التغيير أو إنهاء الأفكار أو المشاعر أو الذكريات غير المرغوبة المرتبطة بوجود طفل اضطراب طيف التوحد داخل الأسرة يجعلها تشعر بالإرهاك النفسي والإحباط والتشاؤم، والافتقار للقدرة على تحقيق الأهداف الشخصية في الإطار الأسري، والشكوى المستمرة من التعرض لأوقات عصيبة، والافتقار لقبول الطفل

(Poddar et al., 2015)، هذا بالإضافة إلى أهمية دور الأمهات في تعليم أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد؛ فإنه يتعين تدريبهن على كيفية التعامل مع أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد؛ حيث يؤدي تطبيقهن تلك المهارات إلى خفض المشكلات السلوكية التي تواجه أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، وتنمية مهارات السلوك التكيفي من جهة، وتخفيف الضغوط الوالدية Parental Stress التي يواجهها الوالدين من جهة أخرى (Harris,2007؛ Sandra,2007).

وما يبرز دينامية العلاقة بين حالة ما وراء المزاج والضغوط الأسرية لذوي اضطراب طيف التوحد، ما أشارت إليه نتائج دراسة (Extremera et al., 2019) عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين خبرة ما وراء المزاج والرضا عن الحياة؛ مما يجسد أهمية خبره ما وراء المزاج في فهم وتشخيص الكثير من الضغوط النفسية، حيث أوضح (Extremera et al., 2009) بأن الأمزجة تتضمن معلومات صادقة ومفيدة للفرد، ويختلف الأفراد في استخدام أو إساءه استخدام هذه الأمزجة، لذا كان لهذه الخبرة أهمية كبرى في تعديل سلوك الفرد ورفاهيته الانفعالية بافتراض أن المزاج يوصل معلومات مهمة عن الفرد مما يؤثر في معارفنا وأفعالنا، حيث يشير علاء الدين كفاي، وفؤاد الدواش (٢٠٠٦) بأن الوعي والانتباه للحالة المزاجية والتحكم فيها والعمل على اصلاحها والسيطرة عليها للأحسن (سمه ما وراء المزاج) من أبرز مقومات الصحة النفسية.

ويتسق ذلك مع ما أوضحه (Daniel 2010) بأن تحسين المزاج من خلال ممارسة بعض الأفكار السريعة الجيدة له أثر جيد على التوافق النفسي، وما أشار إليه (Rostami et al., 2014)، وسالي صلاح عنتر (٢٠١٧) بأن التدريب على مهارات التفكير الايجابي يعمل على تحقيق التوافق وتحسين سمة ما وراء المزاج، وما أوضحه (Erber & Erber 2000) بأن تحقيق السعادة والتوافق النفسي يتأثر بطريقة الفرد في التفكير وقدرته على التنظيم الذاتي للمزاج، وما أشارت إليه نتائج دراسة (Detweiler & Salovey 2003) بأن إصلاح الحالة المزاجية والاحتفاظ بالحالة المزاجية الإيجابية من خلال رسائل العقل يؤدي إلى الشعور بالسعادة والتوفيق. والمستقرى لما أوضحتها الأطر النظرية ونتائج الأدبيات البحثية يتضح له أن عملية تحسين سمه ما وراء المزاج والتحكم في مشاعر وانفعالات الفرد يعتمد على قدرته على التمكن من إدارة التفكير والتحكم فيما يفكر به من أفكار إيجابية أو سلبية، ويؤكد ذلك ما أشارت إليه سالي صلاح عنتر (٢٠١٥، ١٤٧) بأن الحالة المزاجية وسمة ما وراء المزاج التي تتضمن القدرة

على الانتباه للمشاعر والانفعالات ووضوح تلك المشاعر وهذه الانفعالات، والقدرة على اصلاحها والاحتفاظ بالمزاج الحسن أطول فترة ممكنة يؤثر في شعور الفرد بالتوافق والسعادة النفسية. وقد تم تطوير العلاج القبول والالتزام بالاقتران مع برنامج البحث الأساسي الخاص به في اللغة والإدراك (Harris , 2011, 2)، حيث يرى أن المعاناة البشرية جزءاً لا يتجزأ من الوجود البشري، مما يستوجب على الفرد الاندماج المعرفي مع الأفكار والعواطف التي تسبب له المعاناة، واعتبارها حقائق غير قابلة للتغيير هو سبب المشكلة وعليه يكون العلاج بتحديد هذا الاندماج وفصله عن الأفكار والمشاعر وهو هنا يستخدم عمليات اليقظة العقلية والقبول ويؤكد على أهمية العمل المستند على القيم (Dalrymple , 2005 , 10-11) ؛ هيام حسن عبد الرحمن الخشت، ٢٠١٨، ١١).

وتُظهر المراجعة المسحية للأطر التنظيرية والأدبيات البحثية عن فعالية التدخلات الإرشادية للقبول والالتزام مع الوالدين بصفة عامة، ووالدي أطفال اضطراب طيف التوحد بصفة خاصة، حيث ظهر له تحسين لنوعية الحياة لوالدي المراهقين ذوي الأمراض المزمنة؛ مما يفسر أهمية المرونة النفسية وأثارها الإيجابية للوالدين، حيث يعزز علاج القبول والالتزام ACT بشكل فعال وظائف ونوعية الحياة لوالدي المراهقين ذوي الأمراض المزمنة (Masuda et al., 2011)، وتعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل في أسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي (Whittingham et al., 2016)، وتحسين الوجود النفسي الأفضل " الرفاهية النفسية " Psychological well-Being والحد من الغضب بين أمهات ذوات الأطفال الصم في طهران (Tabrizi & Nameghi , 2017)، وتحسنات واضحة في القيم والمرونة لدى آباء الأطفال ذوي الاضطرابات العصبية النمائية (Poddar et al., 2017)، بالإضافة إلى إفادته لعينة صغيرة في دراسة تصميم العمليات لآباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Blackledge & Hayes, 2006)، ومساعدة أسر أطفال اضطراب طيف التوحد على التخلص من الشعور بالأزمة، حتى تكون أكثر مرونة وصموداً في مواجهة الواقع (Walsh, 1998).

ومن جانب آخر فإن العلاج بالقبول والالتزام ذو فعالية في علاج كثير من الاضطرابات النفسية كاضطرابات القلق، واضطرابات المزاج، واضطرابات التحكم بالانفعالات، واضطرابات الشخصية، فضلاً عن قضايا أخرى في الطب السلوكي، وكما تم استخدامه بنجاح مع الأطفال، كما يتم تطبيقه على الأفراد ذوي العاهات الخلقية أو إصابة الدماغ، وقد تبين أن العلاج المعرفي

السلوكي يمكن أن يكون مفيداً مع مجموعة متنوعة من القضايا التي لا يمكن تشخيصها كالضغوط الأبوية المرتبطة بتربية الأطفال ذوي اضطرابات النمو، واضطراب الخجل، والضغوط الناجمة عن العقم والضغوط الزوجية (أشرف محمد محمد عطية، ٢٠١١، ٤٥٢).

ويتسق ذلك مع ما أوضحته الأطر النظرية والأدبيات البحثية التي نادى بها الاتجاهات الحديثة من أهمية مشاركة الوالدين في رعاية وتأهيل اضطراب طيف التوحد، حيث يجب الاهتمام بأسر أطفال اضطراب طيف التوحد، ومساعدتهم على التخلص من الشعور بالأزمة، حتى تكون أكثر مرونة وصموداً في مواجهة الواقع (Walsh, 1998)، وللعلاج بالقبول والالتزام ACT دوراً مهماً في تحسين الصحة النفسية لدى والدي أطفال اضطراب طيف التوحد بتدريبهم على التعبير عن مشاعرهم وتقبلها، مما يجعلهم يتمتعون بقدرة مرتفعة على التعامل مع اللحظة الراهنة بما تحتويه من مشكلات وصعوبات، وتنمية مستوى الرضا والمرونة لديهم (Hayes & Blackledge, 2006؛ Bush, 2007؛ Hahs, 2013؛ Montgomery, 2015).

والمستقرى لما سبق يتضح له مدى معاناة أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد من مشكلات ناتجة عن تشخيص طفلهن باضطراب طيف التوحد، مما يؤثر على حالتهم المزاجية، وأن لفيئات العلاج بالقبول والالتزام ACT دوراً مهماً في تحسين الصحة النفسية لدى الأسر التي تعاني من ضعف في المرونة النفسية بصفة عامة؛ والأسر التي شخص أحد أطفالها باضطراب طيف التوحد؛ حيث يمكنهم من التعامل مع المواقف الحياتية، والأحداث اليومية الضاغطة بمرونة وتعایش مع الأحداث الضاغطة بفعالية واقتدار؛ كون تقبل الأسرة لطفلها ذي اضطراب طيف التوحد، وهذا ما حدا بالباحثين لمحاولة الكشف عن فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، وهذا ما قد يتضح ويتبلور في مشكلة الدراسة.

مشكلة الدراسة:

نبع شعور الباحثين بالمشكلة من خلال ما تم ملاحظته من افتقار أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد للوعي بمشاعرهن وتوجيه تلك المشاعر وتعديل هذه المشاعر من وقت لآخر؛ نتيجة الضغوط الحياتية أحداث الحياة اليومية الضاغطة من جهة، والوصمة الذاتية والاجتماعية التي يشعرون بها نتيجة تشخيص طفلهن على أنه ذو اضطراب طيف التوحد من جهة أخرى؛ مما ينعكس على درجة التأقلم والانسجام مع المحيطين، ويؤثر سلباً على مواصلة جهدهن في رعاية وتأهيل أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، ويتسق ذلك مع أوضحته الأطر النظرية

والأدبيات البحثية، حيث أشار سعد محمد سعد المقبل (٢٠١٢، ١٠)، وأحمد محمد شبيب (٢٠١٩، ٣٥٠) أن افتقار الشخص للتمتع لخبرات ما وراء المزاج المناسبة التي تساعده على مواجهة المواقف التي تجعله أكثر عرضة من غيره للمعاناة من الاضطرابات المزاجية والنفسية؛ مما ينعكس سلباً على مهاراتهم المهنية والحياتية.

وتساعد خبرة ما وراء المزاج على إعطاء إشارات تعين الأشخاص على فهم وتفسير وعلاج سلوكهم، ولذا يُعدّ تغيير المزاج هو الحالة التشخيصية الجوهرية لبعض المشكلات النفسية كالإكتئاب (قاسم حسن صالح، ٢٠٠٨، ١٨٥؛ ميمي السيد أحمد، إيناس محمد صفوت خريبة، ٢٠١٦، ٧٢)، وينقسم الأشخاص على مستوى المفهوم لخبرة ما وراء المزاج إلى قسمين " أشخاص ينزعون بشكل شبه مستمر لما وراء مزاجهم " وهؤلاء هم من يمتلكون سمة ما وراء المزاج trait Meta Mood، وأما القسم الثاني فهم "أشخاص يمتلكون حالة ما وراء المزاج State Meta Mood، أما على المستوى الاجرائي فهناك المرتفعون وهناك المنخفضين سواء كان ذلك على مستوى النزوع شبه المستمر لما وراء المزاج "السمة" أو على مستوى النزوع المؤقت "الحالة" وأن البحث في خبرة ما وراء المزاج ينتمي لمجالات عدة منها إدارة الذات - Self Mangement، والإفصاح عن الذات Self - Disclosure (فؤاد محمد الدواش، ٢٠١٠، ٣؛ زياد بن أحمد بن عبد الله بالحرر، ٢٠١٤، ٣).

ولا يخفى على أحد من تأثر الحالة المزاجية للأمهات نتيجة تشخيص طفلهن باضطراب طيف التوحد، حيث أوضحت غدى عمر محمود عصفور (٢٠١٢) بأن الحالة المزاجية للأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد تعتمد على مدى الضغط النفسي، وتزداد هذه الضغوط كلما رأت طفلها ذا اضطراب طيف التوحد يكبر أمام عينها ويزيد من إحساسها بالعجز أمام مسؤولياته ومتطلباته، خاصة وأنها لا تجد من حولها من يساعدها، ويسهل عليها ويعلمها الطريقة الأفضل في تأهيله ورعايته، وما أوضحت نادية أبو السعود (٢٠٠٠) بأن بعض الأمهات تُعزي المشكلات الأسرية إلى وجود طفل شخص باضطراب طيف التوحد؛ مما يؤثر على حياتهم، ويُحدث للأسرة ضغوطاً نفسية كبيرة، ويُصبح هناك تركيز على المشكلة بشكل يستنفذ طاقاتهم، وتتنخفض قدرتهم على التحمل والمثابرة، مما يجعل الأمهات غير قادرات على إدارة خبراتهن الإيجابية بكفاءة مما يؤثر على حالة ما وراء المزاج لديهن.

ويتمشى ذلك مع ما أسفرت عنه نتائج عدد من الدراسات ذات الصلة وتوصياتها، حيث توصلت نتائج دراسة فؤاد الدواش (٢٠١٠) إلى وجود ارتباط سالب بين حالة ما وراء المزاج والغضب الاكلينيكي، وكان من أهم التوصيات بالبحث أنه لرفع قدرة الفرد لمقاومة الغضب وتحسين الصحة النفسية يجب الاهتمام برفع كفاءة ما وراء المزاج لدية، وما أوصت به دراسة سعد محمد سعد المقبل (٢٠١٢) من ضرورة تدريب الطلاب على التعامل المناسب مع مثيرات ومسببات السلوك العدواني وفقاً لمبادئ خبره ما وراء المزاج، أي العمل على تنمية خبرة ما وراء المزاج.

ويتسق ذلك مع ما جاء بالأطر التنظيرية، حيث أوضح أحمد العلوان (٢٠١١) أن إدارة الانفعالات تتضمن القدرة على إدارة المشاعر الذاتية ومشاعر الآخرين، وضبط الانفعالات والمشاعر السالبة وزيادة المشاعر السارة منها، وتتضمن القدرة على الانفتاح على المشاعر ومراقبتها وتنظيمها بشكل كامل لتشجيع النمو الانفعالي والعقلي، أي أن ما يخبره الفرد من مشاعر وانفعالات تؤثر على حالته المزاجية ويمكن التحكم فيها وإدارتها من خلال المراقبة والتنظيم والتقويم، وتلك المهارات لهي من أهم مكونات سمه ما وراء المزاج، فإذا استطعنا تعليم المعلمة كيف تدير انفعالاتها من خلال إدارتها لأفكارها فإن من المنطقي أن تنمو لديها درجة سمه ما وراء المزاج، وما أشارت إليه سالي صلاح عنتر (٢٠١٥) بإمكانية التحكم في الانفعالات والحالات المزاجية التي يخبرها الفرد، وأنه إذا ما أراد الفرد أن يتحكم في حالته المزاجية وما يخبره من انفعالات فعلية أولاً أن يتعلم كيف يتحكم ويسيطر على أفكاره، أي أن إدارة الأفكار تسبق إدارة الانفعالات أو إدارة الحالات المزاجية التي يمر بها الفرد، إضافة إلى ما أكد عليه عماد حمزه العتاوي (٢٠١٦، ٣٣٥) من أهمية مساهمة المؤسسات المختلفة في معالجتها، وأن يهتم المتخصصون في الإرشاد والعلاج النفسي بتلك المشكلة من خلال استخدام أساليب إرشادية فعالة في تحقيق التوافق الانفعالي والصحة النفسية وتحسين حياه المعلمة وتحقيق طموحاتها القريبة والبعيدة.

ولما كان للإرشاد النفسي بصفة عامة دوراً مهماً في التأثير الإيجابي على الأفراد بقصد إحداث تغييرات جوهرية تساعدهم على التخلص من معاناتهم أو تخفف منها، بل ويزيد من كفاءته شخصيتهم وزيادة فعاليتهم الاجتماعية (نهلة الشافعي، ٢٠١٨، ١٧١)، فإن العلاج بالقبول والالتزام يعد أحد التوجهات العلاجية الحديثة التي تم استخدامها مع أسر أطفال اضطراب طيف التوحد للحد من مشكلات عدة، منها: الضغوط النفسية، والاكتئاب، والقلق، والكدر، وتنمية

المرونة النفسية، وجودة الحياة (BlackLedge,2004؛ Hayes & BlackLedge , 2006؛ أشرف محمد عطية، ٢٠١١؛ Canon,2012؛ Poddar et al., 2015، أمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦)؛ لما يتضمنه العلاج بالقبول والالتزام ACT من مجموعة علميات كالقبول، والتفكك المعرفي، والذات كسياق، والتواصل باللحظة الحالية، والقيم، وبناء أنماط من الفعل الملتمزم (أمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦).

وقد دعم اختيار الباحثان اختيار العلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد ما أوصت به دراسة Montgomery (2015) باستخدام العلاج بالقبول والالتزام ACT لتمكين أولياء أمور الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب طيف التوحد لتحسين التفاعل بشكل أكثر كمالاً مع أطفالهم، إضافة إلى تزويد أولياء الأمور بموقف يمكنهم من التصدي للتحديات التي يواجهونها والمتعلقة بإعاقة طفلهم، وما أوصت دراسة عبد الناصر القرالة وآخرون (٢٠١٨) بالاستعانة بالبرنامج الإرشادي الأسري في تحسين إدارة الذات وتقديرها لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

وهذا ما أكدت عليه الأطر التنظيرية والأدبيات البحثية بأنه كلما زاد التقبل لدى الآباء والأطفال ارتفع مستوى الصحة النفسية لأفراد الأسرة، وانخفضت نسبة المشكلات بداخلها (Canon,2012)، حيث تتوسط وظائف التقبل العلاقة بين المشكلات السلوكية للأطفال وجودة الحياة للوالدين (Beer et al., 2013)، فقبول الطفل والسعي وراء مساعدته، وتقديم أشكال الدعم له يُعد من مصادر القوة الانفعالية والجسدية، ويتيح له فرصة ليكون أفضل مما عليه (Gomes et al., 2015)، وتؤسس المرونة النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد من خلال التقبل والتقليل من الخطر المعرفي، فوجود الفرد داخل الموقف الراهن، والاهتمام بما يُمثل قيمة بالنسبة له، والتصرف الالتزامي بما قام به بتحقيقه وإنجازه (أمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦).

وفي ضوء ما أشارت إليه الأطر التنظيرية والأدبيات البحثية حول مدى فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين المرونة النفسية، وخفض عدد من الاضطرابات الانفعالية كالقلق والاكتئاب، وما يعانيه أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد من الافتقار للوعي بانفعالاتهن

ومشاعرهن نحو التفاعل مع أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، فإنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في السؤالين التاليين:

١- ما فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد؟

٢- ما استمرارية فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد؟

هدفا الدراسة:

يمثل هدفا الدراسة الحالية في:

١- التحقق من فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

٢- الكشف عن استمرارية فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

أهمية الدراسة:

تظهر أهمية الدراسة الحالية مما يلي:

١- تناولت الدراسة الحالية سمة من السمات المحورية تمس بشكل مباشر قطاعاً محورياً من القوى البشرية، لا يمكن إغفال دوره في رعاية وتأهيل أطفالهن العاديين بصفة عامة، وأطفالهن ذوي الاحتياجات الخاصة ومن بينهم أطفالهن ذوو اضطراب طيف التوحد بصفة خاصة، ألا وهو أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد خصوصاً، اللاتي تتحملن مسئولية النشأ وتربية الأجيال، والتي تتعرض إلى ضغوط من خصائص اضطراب طيف التوحد وسماته وأعراضه، فهي في حاجة إلى مد يد العون والمساعدة، والتي لم تنل حظها في تحسين حالة ما وراء المزاج لديهن من خلال برنامج للعلاج بالقبول والالتزام، لإكسابهن بعض المهارات التي تساعدن على التخفيف من حدة ضغوط أحداث الحياة اليومية، وضغوط خصائص وسمات طفلها ذي اضطراب طيف التوحد؛ مما يجعلهن قادرات على الاعتماد على ذواتهن في رعاية أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد

٢- الجدة التي تتطوي عليها هذه الدراسة؛ لكونها تتناول خبرة ما وراء المزاج لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد لأول مرة - في ضوء ما تم اطلاع الباحثين عليه - في القطر العربي بصفة عامة وبجمهورية مصر العربية بصفة خاصة، وما تناولته الدراسات ذات الصلة لخبرة ما وراء المزاج وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى طلاب الجامعة والمراهقين والراشدين، ولم تقدم لها تدخلات إرشادية لتحسينها كما في التراث النفسي، إضافة إلى الندرة التي تناولت خبرة ما وراء المزاج لم تقدم أطراً نظرية وافية عنه لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، ولأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بصفة خاصة.

٣- تسعى الدراسة للتحقق من فعالية برنامج للإرشاد بالقبول والالتزام في تحسين خبرة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، ويمكن الاستفادة من تلك النتائج في تقديم يد العون والمساعدة لهن في الوعي بمشاعرهن وكيفية توجيهها والتحكم فيها، مما ينعكس على أدوارهن المختلفة المهنية والأسرية والاجتماعية للتعايش مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة، مما يشعرهن بالاتزان الانفعالي، وقد يمتد تأثير تعديل أساليب معاملتهن لأطفالهن، مما يجعلهن أكثر سواءً؛ لتغلبها على كافة مشكلاتهن السلوكية والاجتماعية والتعليمية.

٤- فضلاً عن ذلك ندرة الدراسات والبحوث التي تتناول خبرة ما وراء المزاج لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة في البيئة العربية وأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بجمهورية مصر العربية، وفعالية برنامج قائم على الإرشاد النفسي بالقبول والالتزام في تحسينها لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد؛ الأمر الذي يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية وتفعيلها للعمل على زيادة فعالية أداء الأمهات وتحفيزهن للأداء الأفضل مع أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد.

الإطار النظري والمفاهيم الأساسية للدراسة:

١- حالة ما وراء المزاج State Meta-Mood:

حظى مفهوم ما وراء المزاج Meta-Mood باهتمام عدد من الباحثين منذ القرن الثامن عشر، فقد أشار علماء النفس إلى وجود مكونين في الخبرة الإنسانية أحدهما المعرفة والآخر الوجدان، وتطورت دراسات الوجدان إلى دراسة الأمزجة، واهتم Mayer & Stevense (1995)

بدراسة ما وراء المزاج Meta-Mood، فالخبرة المزاجية تتركب على الأقل من عنصرين هما: الخبرة المباشرة للمزاج، ومستوى ما وراء الخبرة لمزاجية التي تتكون من المشاعر والأفكار عن المزاج، والفرد إما أن يكون منخفض أو مرتفع الوعي بمزاجه (Tolegenova et al., 2014)؛ زينب محمد أمين محمد، ٢٠١٨).

ويُعرف مصطلح ما وراء المزاج أو خبرة ما وراء المزاج Meta-Experience of Mood على أنه عملية تأمل ومراقبة وتقييم وتنظيم الفرد لمشاعره (Mayer & Gaschke, 1988)، ويشمل هذا المصطلح عملية التفكير حول المزاج، واستقصاء العلاقة بين المزاج والأفكار، والمحافظة على الحالة المزاجية الجيدة، بل تحسين المزاج السيئ، فبمجرد بدء الفرد في التفكير في مزاجه الخاص، تبدأ عملية ما وراء المزاج، بمعنى حينما يكون الفرد واعياً بحالته المزاجية، وقادراً على التمييز بين عدة أمزجة متباينة، وتطلب الأمر منه تعديل المزاج الحالي إلى آخر أفضل، فإن هذا كله يطلق عليه عملية ما وراء المزاج (Mayer, 1986).

وقد ظهرت فكرة حالة ما وراء المزاج والسمة في أعمال كل من Beck، و Ellis، و Meichenbaum فيما يتعلق بحديث الذات Self-Talk، والميزة الرئيسية لهذا المنحى أنه قد أتى من آفاق تنظيرية قوية ومدعومة في الوقت نفسه بممارسات عيادية، وقد ظهرت حالة ما وراء المزاج لدى Mayer & Stevens في ورقة علمية عام ١٩٩٤ (علاء الدين كفاي، فؤاد الدواش، ٢٠٠٧، ٦؛ خضر مخيمر أبو زيد، مصطفى عبد المحسن الحديبي، ٢٠١٣، ٢)، وتنشأ حالة ما وراء المزاج كرد فعل مصاحب للحالات المزاجية المختلفة، وتشير إلى نزوع الفرد إلى تقييم ما وراء مزاجه، ويتضمن التقييم ووضوح الخبرة وتقبلها ومطابقة ما وراء المزاج بالخبرة المباشرة (Bayani, 2009).

وتُعزى أهمية ما وراء المزاج في فهم الكثير من مظاهر سلوك الإنسان؛ إلى كونه يجعل الشخص يسعى لتقييم وتنظيم الأفكار والمشاعر التي تقف وراء حالاته واخفاقاته المزاجية التي تضعه في مواقف معقدة وتسبب له أحداث ضاغطة ولذلك يتطلب من الفرد اتخاذ مواقف حاسمة لمواجهتها والتخلص منها لهذا فإن تقييم وتنظيم المزاج يؤهلان الشخص إلى الانتباه لأفكاره ومشاعره ومن ثم تعديل الأفكار السلبية التي تتسبب في الأمزجة والحالات السلبية (سعد محمد سعد المقبل، ٢٠١٢، ١٠)، وهذا ما يؤكد على أهمية خبرة ما وراء المزاج في تعديل سلوك الفرد ورفاهيته الانفعالية (17, Extremera & Fernandez, 2008).

ويمثل الوعي الصفحة الأمامية للعقل، فهو يحتوي على المعلومات التي ينتقيها الفرد، وتعتبر عن اهتماماته، فالوعي حرفياً يمثل مجموعة المكونات المعرفية التي يكون الفرد واعياً بها، إذ أن وعينا يتضمن خبرات من المعرفة والوجدان وبالتالي فإن هناك فعاليات متبادلة بينهما " المعرفة والوجدان" تنبثق في الدافعية، والفرد اما أن يكون لديه وعي مرتفع أو منخفض بمزاجه وخبرة ما وراء المزاج (أحمد محمد شبيب، ٢٠١٩، ٣٤٣).

وتشير خبرة ما وراء المزاج إلى أنها ميل الفرد المستمر والنسبي للتأمل في مشاعره وأفكاره التي تقف وراء حالته المزاجية، وذلك في ضوء انتباه الشخص لمشاعره ووضوحها بالنسبة له، وما تتضمنه من معتقدات الشخص حول حالته المزاجية السلبية، ومحاولته لإصلاحها (Salvoey , 12 , 1995 , et al ؛ صفاء بهاء مكي، علي محمود كاظم، ٢٠١٦، ٩٢؛ أمل كاظم مير، ميسون حامد ظاهر، ٢٠١٨، ٢٤٨).

تنقسم خبرة ما وراء المزاج الى: (١) سمة ما وراء المزاج Trait Meta - Mood ، (٢) حالة ما وراء المزاج State Meta - Mood ، وتتكون سمة ما وراء المزاج من ثلاث مكونات، هي: الانتباه للمشاعر، ووضوح المشاعر، تعديل المزاج (Salovey et al., 1995)؛ علاء الدين كفاقي، فؤاد الدواش، ٢٠٠٦).

وتعرف حالة ما وراء المزاج State Meta - Mood بأنها رد فعل مصاحب للحالات المزاجية المختلفة، وهي تمثل نزوع لدي الفرد الى تقييم ما وراء حالاته المزاجية، ويتضمن التقييم وضوح الخبرة وتقلبها ومطابقتها ما وراء المزاج بالخبرة المباشرة للمزاج ومدى تأثير خبرة ما وراء المزاج على المشاعر ومنظور الرؤية، ويحدو ما وراء التنظيم بالشخص إلى محاولة إصلاح حالته المزاجية والتقليل من الحالات شديدة الإيجابية ومد فترة المزاج الإيجابي (Mayer & Stevens, 1994؛ فؤاد محمد الدواش ٢٠١٠؛ خضر مخيمر أبو زيد، مصطفى عبد المحسن الحديبي، ٢٠١٣).

ويعد مفهوم سمة ما وراء المزاج Meta Mood Trait أحد المفاهيم الحديثة نسبياً في التراث النفسي حيث يمثل مركزاً مهماً في فهم الكثير من مظاهر السلوك الإنساني، فسمه ما وراء المزاج تجعل الشخص يسعى لتقييم وتنظيم الأفكار والمشاعر التي تقف وراء حالاته وإخفاقاته المزاجية التي تصفه في مواقف معقدة وتسبب له أحداث ضاغطة ولذلك يتطلب من الفرد اتخاذ موقف حاسم لمواجهةها والتخلص منها. لهذا فإن تقييم وتنظيم المزاج يؤهلان الشخص الى الانتباه

لأفكاره ومشاعره ومن ثم تعديل الأفكار السلبية التي تتسبب في الأمزجة والحالات السلبية (سعد محمد سعد المقبل، ٢٠١٢، ١٠).

ويتبنى الباحثان تعريف (Mayer & Stevens 1994) لخبرة ما وراء المزاج؛ لملاءمته لطبيعة الدراسة الحالية وهدفها، وتوافر مقياس مقنن بالبيئة العربية لتحديد خبرة ما وراء المزاج.

٢- العلاج بالقبول والالتزام: (ACT) Acceptance and Commitment Therapy

أسس العلاج بالقبول والالتزام (Hayes 1980-2003)، ويعتمد هذا الاتجاه في العلاج على السياقية بمعنى الكشف عن مقارنات السياق كالتمييز بين الأفكار والانفعال، وفصل الكلمات والأفعال والسلوك للحالات، والبحث عن مدلول اللغة والمعرفة الإنسانية (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦، ١٠٧).

ويُعد العلاج بالقبول والالتزام (ACT) Acceptance and Commitment Therapy من أحدث تطورات العلاج المعرفي السلوكي، وأسلوب طوره Steven Hayes كتدخل إمبريقي يستعمل المبادئ الواقعية والإمبريقية في مدخلاته التي تعتمد على البدء بقبول وإثراء العقل جنباً إلى جنب مع الالتزام؛ بهدف تدعيم المرونة النفسية أساساً، وهو يوصى بأنه بدلاً من التحكم في أفكارك عليك أن تبدأ بأن تلاحظ وترصد الأحداث، فتكون في علاقة مباشرة مع الذات كسياق؛ مما يساعد على اتخاذ توجهاً يتفق مع توجيهات القيم للفرد، وأن تفعل وتبادر ولا تستغرق في التفكير التجريدي أو بتعبير آخر لا تفكر في أفكارك (Hayes et al., 2006, 8).

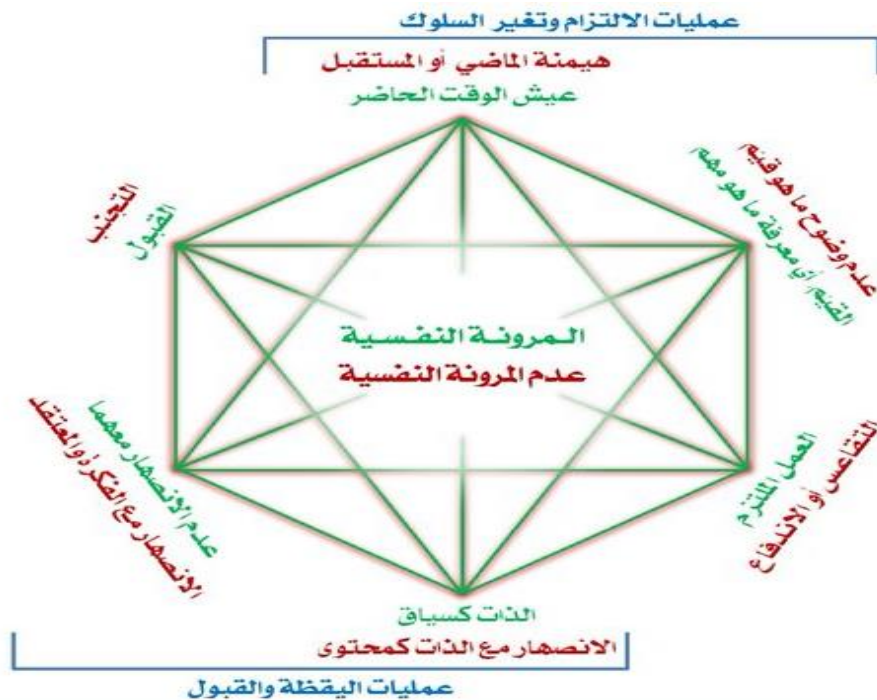
ويعرف العلاج بالقبول والالتزام بأنها كلمة تدل على القبول والموافقة ومرحلة من الحزن وقبول الأمر الواقع (لطفى الشريبي، ٢٠٠١، ١٥)، أو تدخل علاجي تجريبي يهدف إلى زيادة المرونة السيكلوجية لدى الفرد باستخدام طريقة الوعي العقلي واستراتيجيات التغيير السلوكي (Moran, 2012, 25)، كما يعرفه (Hayes et al., 2006, 6) بأنه مدخل للعلاج الوظيفي السياقي، ينظر لمشكلات الإنسان على أنها ناتجة من عدم المرونة النفسية، التي يسببها الاندماج المعرفي، وتجنب الخبرات، والهدف الرئيس للعلاج بالقبول والالتزام هو زيادة المرونة النفسية، والقدرة على التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل واعى، وأن تداوم على السلوك أو تغييره إذا كان ذلك يحقق أهدافك كفرد.

ويعرفه (Hulbert-Williams et al., 2015, 15) بأنه عملية الاتصال باللحظة الحالية بشكل كامل وتجريبي هو عملية تستخدم لمساعدة الناس تبدأ من أين هم للحصول على

اهتمامهم للتركيز علناً على ما يحدث حولهم في هنا والآن. وغالباً ما يتم ذلك من خلال استخدام العديد من تقنيات العقل. ويتم ذلك دون تقييم أو حكم، ويتيح للأفراد الانفصال عن تجاربهم، كذلك يعرفه (Harris, 2007, 2) بأنه أحد نماذج الموجه الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي الحديث، والذي يقوم على زيادة المرونة النفسية التي تنتجها، وكنسان واعياً تماماً، وتعتمد على الموقف للاستمرار في أو تغيير السلوك من أجل أعراض ذات قيمة، ويعتمد على ست فنيات أساسية هي: القبول، الفصل المعرفي، التواصل مع الحاضر، الذات كسياق، القيم، الالتزام.

ويُعزى العلاج بالقبول والالتزام نشأة الاضطرابات النفسية إلى عدد من الأسباب، منها: (١) رفض العملاء الإفصاح عن أعراض القلق الطبيعي، أو الخبرات الخاصة التي أدت لحدوث القلق الطبيعي، (٢) اعتبار العملاء أن الأحداث المرتبطة بالقلق الطبيعي مصدرًا يهدد الصحة يجب إزالته أو التحكم فيه، (٣) قد تزداد حدة القلق إلى مستويات غير مقبولة نتيجة محاولة العميل التحكم في الأحداث المرتبطة بالقلق، (٤) تكرار استخدام التجنب والهروب الانفعالي للحصول على راحة قصيرة المدى من القلق، قد يؤدي إلى ضيق نفسى سلوكي شديد وفقدان جودة الحياة (أشرف محمد عطية، ٢٠١١، ٤٥٧).

وقدم Hayes et al., (1999) نموذجاً للعلاج بالقبول والالتزام ACT للمرونة النفسية والافتقار للمرونة النفسية وهي المسئولة عن المعاناة والاضطراب النفسي، ويوضح شكل (١) نموذج تفسير العلاج بالقبول والالتزام للسواء والمرضى النفسي.



شكل (١)

نموذج تفسير العلاج بالقبول والالتزام للسواء والمرضى النفسي (*)

(Hayes et al., 1999)

ولهذا يتبلور الهدف الرئيس للعلاج بالقبول والالتزام كأحد أحدث العلاجات النفسية، ووفقاً لنتائج الأبحاث التي ثبتت فعاليتها مع عدد من الاضطرابات كالقلق، الاكتئاب، الألم المزمن، في تحقيق المرونة النفسية، لتنمية قدرة الفرد على الاختيار العملي لاستجابة بين بدائل متاحة ومناسبة، ولكن ليس مجرد تجنب الأفكار والمشاعر المضطربة، الذكريات التي هي في الواقع مفروضة على الفرد (Waltz & Hayes, 2010, 182)، حيث يؤكد العلاج بالقبول والالتزام على القدرة على العمل وإمكانية كنتيجة لتحقيق المعيار، والقيم لتقييم القدرة على العمل، لأن القيم تحدد معايير تطبيق القدرة على العمل. والتحليلات السببية في العلاج بالقبول والالتزام قاصرة على الأحداث التي يتم التعامل معها مباشرة، ويتضمن التركيز على الإدراك بصورة شعورية ادراكية (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦، ١١٠).

ولذا يتبلور الهدف من العلاج بالقبول والالتزام في إيجاد حياة غنية ذات هدف وقبول الألم الذي يأتي حتماً معها، ولا يمكن أن نخلق حياة ذات هدف إلا من خلال اتخاذ إجراءات مدروسة. وبطبيعة الحال فإن محاولة خلق مثل هذه الحياة. سوف تواجه جميع أنواع الحواجز في شكل أحداث خاصة غير سارة ومرغوب فيها (الأفكار والمشاعر والأحاسيس والذكريات). والعلاج بالقبول والالتزام يستخدم مهارات الذهن كوسيلة فعالة للتعامل مع هذه التجارب الخاصة، كما يهدف العلاج بالقبول والالتزام إلى مساعدة العملاء أن يدركوا أن لديهم أفكار، ولكن لا يجب أن يقعوا تحت سيطرة هذه الأفكار، ثم الاستمرار في تطوير القبول كطرق بديلة للتعامل مع الأحداث الشخصية، ثم الالتزام أنماط السلوكية المتماشية مع القيم الشخصية، للعلاج بالقبول والالتزام دور قوى في التوافق والأداء ضد الضغوط النفسية من الممكن اعتباره منبئاً قوياً بمخرجات الصحة النفسية (محمد عبد العظيم أحمد سيد، ٢٠١٨، ٢٣).

كما يشير (Larmer et al., 2014, 217) أن العلاج بالقبول والالتزام يهدف إلى استبدال حروف كلمة (FEAR) بحروف كلمة (ACT)، حيث تشير كلمة (FEAR)، إلى الاختصارات الآتية: (F) اندماج الأفكار، (E) تقييم الخبرة، (A) تجنب الخبرة، (R) أسباب

(*) يشير اللون الأخضر إلى المرونة، بينما يشير اللون الأحمر إلى الافتقار للمرونة، والافتقار للمرونة هي المسئولة عن المعاناة والاضطراب النفسي للفرد.

السلوك، في حين تشير كلمة (ACT) إلى الاختصارات الآتية: (A) قبول الأفكار والمشاعر كوسيلة تعديل أو لتقليل مخاطر التأثيرات المعرفية أو العاطفية، (C) اختيار الاتجاهات التي تتماشى مع أهداف الفرد وقيمه، (T) الالتزام باتخاذ إجراءات فعالة التي تخدم القيم. وتؤدي ممارسة العلاج بالقبول والالتزام إلى مساعدة العميل لاستخدام المهارات والعمليات العقلية بشكل إيجابي يساعد العميل على التعامل مع المشاعر المؤلمة التي تصاحب الموقف الإشكالي، والبعد عن المخاوف، وبناء العديد من العلاقات الاجتماعية الجيدة، والوصول إلى أهداف قصيرة وطويلة المدى لحياة العميل، ويستخدم في العلاج بالقبول والالتزام التدريبات والاستعارات لتجاوز قيود الكلمات ويتم تدريب العملاء على زيادة الوعي باللحظة الحاضرة عن طريق مواجهة الأحداث الخاصة التي تجنبها سابقاً (Hayes & Fletcher, 2005, 327).

كما يسعى العلاج بالقبول والالتزام إلى مساعدة المرضى على ممارسة استراتيجيات التقبل (BOSE)، فال (B) الحرف الأول من تمرين التنفس على نحو فيه استرخاء، و (O) ملاحظة النشاط الذهني، و (S) استثارة النشاط الذهني والمعرفي لسحب أحد الأفكار، و (E) تمسك واعتناق المريض بتجربته الخاصة (رأفت عبد الرحمن محمد، ٢٠١٠، ٧٢). ويستند العلاج بالقبول والالتزام ACT على عدد من الأسس في الممارسة العلاجية، منها:

أ- نظرية الأطر الاتصالية العلائقية (RFT) Relational Frame Theory :

تعتمد نظرية الأطر الاتصالية العلائقية على اللغة والمعرفة الإنسانية، التي تقدم أدلة على أنه حتى نستطيع فهم اللغة والمعرفة علينا أولاً الانتباه للعلاقة بين اللغة ووظيفتها والأحداث اللفظية في ضوء السياق العام الذي يتم فيه الحدث، ومن خلالها يمكن توضيح الطريقة التي يمكن للأفراد أن يستجيبوا بها للإشارات السياقية أيضاً، نظرية الأطر الاتصالية العلائقية تستند على القوانين التي نشأت ضمن تحليل الوظيفي للسلوك، ولكنها تمثل نقله نوعية تجمع بين مجالات مختلفة من البحوث السلوكية المتباينة للقيام بالتحليل التجريبي للسلوك الإنساني المعقد (آية إسماعيل محمد محمد، ٢٠٢٠)، وتفترض نظرية الأطر الاتصالية العلائقية أن العلاقات بين المثيرات والأحداث مشتقة نتيجة التعلم غير مباشر، وقد أظهرت الأبحاث في نظرية الأطر الاتصالية العلائقية أن البشر المؤهلين شفهياً من الممكن أن يستمدوا العلاقات بين المثيرات والأحداث دون أن يتم تدريسهم مباشرة للقيام بذلك (Hayes et al., 2006, 4).

وتشمل نظرية الأطر الاتصالية العلائقية ثلاثة خصائص تتم في وقت متزامن حتى يُطلق عليه علائقي، وهي: (١) ثنائية الاتجاه: العلاقة التي تم تعلمها في اتجاه واحد تنطوي في الاتجاه

المعاكس، (٣) الالتزام التوافقي: إذا علم شخص ما إن يرتبط بطريقة معينة مع يرتبط. فإن الشخص يدرك أن يرتبط كذلك ب بطريقة معينة، (٣) النقل: ويعنى نقل وظيفة أحد المتغيرات إلى متغيرات أخرى ذات علاقة (Hayes, 2004, 26).

ويشير Ruiz (2010, 127) التطبيقات الأولية لنظرية الأطر الاتصالية العلائقية في ميدان علم الأمراض النفسية والعلاج النفسي، في: (١) إن الشبكات المعرفية تتوسع وتوضح عبر الوقت. الكثير من هذه الشبكات يحدث لها انطفاء ويتم كفه، ولكن لا يزال الاستجابة المتعلمة، (٢) إن المحاولات المباشرة للتغير في محتوى الشبكات المعرفية ليست سليمة، تميل إلى توسيع الشبكة في هذا الموضوع، (٣) إن محتوى الشبكات المعرفية يتم ضبطها بواسطة الملامح السياقية التمييزية.

كما يشير هيام حسن عبد الرحمن الخشت (٢٠١٨) أن نظرية الأطر الاتصالية العلائقية RFT، والعلاج بالقبول والالتزام ACT على أن سيطرة النظام اللفظي داخل المريض يعمل على إصدار رسالة ذات محتوى نفسى غير مرغوب فيه، مما يؤدي بدوره إلى عرقلة الحياة الفعالة للمريض، وطبقاً للعلاج بالقبول والالتزام هناك إستراتيجيتان يتم تطبيقها بشكل تقليدي لكي يتم تغيير هذا النظام اللغوي المقلق للمريض، وهما: (١) تغيير الموقف من أجل تغيير المحتوى، (٢) تغيير المحتوى مباشرة من خلال تجنبها، أو التشكيك فيها، أو تحديدها، أو إنكارها، أو تجاهلها، أو التسامح معها.

وينظر العلاج بالقبول والالتزام ونظرية الأطر الاتصالية العلائقية إلى المشكلات النفسية على أنها تنبثق من الغياب العام للقدرات الاتصالية، ويكون بذلك المصدر الأول للمرض النفسي هو الأسلوب تتفاعل به اللغة والمعرفة مع احتمالية وقوع الأحداث الطارئة بصورة مباشرة، كما ينتج منه عدم التصميم أو التغيير من أجل خدمة النهايات القيمة على المدى الطويل، وهذا النوع من المرونة النفسية ينجم من التحكم السياقي الضعيف وغير المجدي (Hayes & smith , 56 , 2005).

ب-السياقية الوظيفية Functional Contextualism:

ويقصد بالسياق الوظيفي التعلق بالهدف والسعي إلى التنبؤ والتأثير بدقة وعمق، حيث يهتم العلاج بالقبول والالتزام بالأحداث النفسية التي تشمل الإدراك والاستجابات الوجدانية والسلوكية، ويرى أنها مجموعة من الأفعال الدائمة للفرد التي تتأثر بالسياقات التي يمر بها، وتظهر المكونات الأساسية للسياق الوظيفي، في: (١) التركيز على الحدث بكامله، (٢) الحساسية لدور السياق في فهم طبيعة الحدث ووظيفته، (٣) التركيز على معيار الحقيقة العملي،

(٤) الأهداف العملية المحددة التي يمكن من خلالها تطبيق معيار الحقيقة (Hayes, 2004,) (655).

في حين أوضح (Hayes et al., 2006, 18) أن السياقات الوظيفية تتضمن تأثيرات ضارة التي تتمسك بالمعنى الحرفي للكلمة، ومعاملة الرموز وإعطاء أسباب محددة خاصة بالسلوك، خاصة عندما تشير هذه العمليات إلى الأسباب غير المتعامل معها كالأحداث الخاصة الشرطية والضبط الانفعالي.

ج- القبول Acceptance:

يُميز العلاج بالقبول والالتزام ACT بين الألم والمعاناة. بسبب طبيعة اللغة البشرية، ويستند التقبل في العلاج بالقبول والالتزام على فكرة أن محاولة التخلص من الألم فقط يضخم ويجعله متشابك أكثر ويحوّله إلى شيء مؤلم. وفي الوقت نفسه يتم دفع حياتك إلى الجانب البديل ألا وهو قبوله (Kowalkowski, 2012, 12)، والتقبل هنا يقوم على التعريض للخبرات بشكل كامل في الوقت الحالي، ويعنى عدم إصدار أحكام مسبقه على الأحداث حتى تضمن الموضوعية للانفعالات، وينبغي مراعاة عدة أمور عند ممارسة القبول، ومنها: (١) إدراك الأنماط التي يستخدمها العقل في أثناء تقبله الحدث، (٢) الوعي بما يدور على المستوى الفسيولوجي، (٣) تنمية الإحساس بالتعاطف والشفقة بالذات تجاه ما يدور حول الفرد من تفاصيل، (٤) توافر خبرات سابقة لدى الفرد حتى يستطيع تحويل مواقف التجنب لمواقف موجهه (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦، ١٠٩).

د- التجنب التجريبي Experiential Avoidance:

أوضح (Harris 2007, 8) أن التجنب التجريبي محاولة لتجنب أو تغيير شكل، تردد، حساسية الظرفية من الأحداث الداخلية الغير مرغوب فيها حتى عند القيام بذلك فهو يتعارض مع واحدة من القيم، وقد يؤدي إلى ضغوط النفسية التي لا تملك البشر القدرة على تجنب الضغوط والألم النفسي لأن أي مكروه يمكن أن يحدث عن طريق العمليات العلائقية داخل هذا الإطار. كما هو الحال في الاندماج المعرفي، فإن العلاقة الطبيعية بين اللغة والمعرفة الإنسانية ليست مشكلة بل هو محاولة تكرار تجنب بعض الأحداث والسياقات الداخلية التي تعزز وتحافظ على الضغوط. ليس كل أشكال التجنب التجريبي غير صحية، كثير منها يتكيف بشكل إيجابي،

والبعض الآخر لا يحدث على المدى الطويل فرقاً يذكر في نوعية الحياة. لا يستهدف العلاج بالقبول والالتزام سوى التجنب التجريبي الذي يستمر يكون مكلفاً أو مشوه للحياة. والتجنب التجريبي ليس بالضرورة شيئاً سيئاً، لكنه يُعد مشكلة من وجهة نظر العلاج بالقبول والالتزام ACT عندما يتعارض مع تحقيق القيم والأهداف التي يحتفظ بها الفرد أو عندما تتضمن السلوك الضار كإدمان الخمر، واستخدام المخدرات، أو السلوكيات الأخرى العالية في الخطورة، بالإضافة إلى إيذاء الفرد بصورة مباشرة، وتقليل جودة الحياة عن طريق منع تحقيق القيم، فإن التجنب التجريبي من الممكن أن يزيد من حدة الانفعالات والخبرات المكدره (Hayes et al., 1999,654).

ويرتكز العلاج بالقبول والالتزام ACT في تحقيق المرونة النفسية على ست عمليات أساسية، هي: القبول، عدم الاندماج المعرفي، الذات كسياق، التواصل مع الحاضر، القيم، الالتزام.

أ- القبول: **Acceptance**

يعد القبول كبديل للتجنب التجريبي، يتضمن القبول الاعتناق الفعال والواعي للأحداث الداخلية المؤلمة وغير المرغوب فيها. على سبيل المثال مرضى القلق يتم تعليمهم أن يشعروا بالقلق كشعور بشكل كامل دون الدفاع، الاحباط يكون محاولة لصنع تغيير في تردد أو شكل الأحداث الداخلية غير المرغوب فيها (Kowalkowski, 2012,12).

ب- إزالة الاندماج المعرفي: **Cognitive Defusion**

إن فنيات الإزالة أو التقليل من الخطر المعرفي تحاول أن تغير وتبدل في الوظائف غير المرغوبة فيها للأفكار والأحداث الأخرى الخاصة، بدلاً من محاولة تغير شكلها، أو تكرارها أو تغير حساسيتها الموقفية. وبأسلوب آخر يحاول العلاج بالقبول والالتزام أن يغير الأسلوب الذي يتفاعل به الفرد مع الأفكار أو أسلوب تعلقه بهذه الأفكار من خلال إنشاء سياقات يتم تقليل الوظائف غير المفيدة، وفي الإدراك المعرفي الأفكار هي الواقع، يبدو الأمر كما لو أن ما نفكر فيه موجود بالفعل، هنا والآن، الأفكار هي الحقيقة، نحن نعتقد حرفياً لهم، الأفكار هي مهمة. نحن نأخذها على محمل الجد ونمنحهم اهتمامنا الكامل، الأفكار هي أوامر نحن نطيعهم تلقائياً، الأفكار حكيمة نفترض أنهم يعرفون أفضل ونحن نتبع مشورتهم (Harris, 2007, 2).

ويذكر أشرف محمد عطية (٢٠١١، ٤٥٥) أن الأفكار في عدم الاندماج المعرفي هي مجرد أصوات، كلمات، قصص، أجزاء من اللغة، تمر عبر رؤوسنا، الأفكار قد تكون أو لا تكون صحيحة. نحن لا نصدقهم تلقائياً، قد تكون الأفكار أو لا تكون مهمة. نحن نولي الاهتمام فقط

إذا كانت مفيدة، والأفكار ليست أوامر، ليس علينا أن نطيعهم، قد تكون الأفكار أو لا تكون حكيمة. لا نتبع نصائحهم تلقائياً، إن الهدف من عدم الاندماج المعرفي هو إدراك الفرد للعملية الفعلية لتفكيره حتى يتمكن من التفكير بشكل موضوعي وحل المشكلة بشكل فعال قبل أخذ القرار.

ج- التواصل مع اللحظة الراهنة: Being Present

تستخدم عملية التواصل مع اللحظة الراهنة لمساعدة الناس تبدأ من أين هم، للحصول على اهتمامهم للتركيز علنا على ما يحدث من حولهم في هنا والآن. وغالباً ما يتم ذلك من خلال استخدام العديد من تقنيات الذهن، ويتم ذلك دون تقييم أو حكم، ويتيح للأفراد الانفصال عن التجارب الداخلية، مثل القلق بشأن مستقبل أو مسكن في الماضي، إن الاهتمام بالاتصال باللحظة الحالية يستوجب حساسية لمستويات متعددة من تحليل لدى تعامل مع أي جزئية بسيطة من سلوكيات العميل وبمحتوى ما يقوله العميل أو يفعله، ويتم الاتصال باللحظة الراهنة من خلال مجموعة من الاستراتيجيات، منها: تمرين الملاحظة، تمرينات الوعي واليقظة، البحث عن التجربة، التسجيل لردود فعل مستمرة)، ويهدف المعالج من هذه العملية التواصل مع الحاضر وخبراته الحالية، وأن تكون سلوكيات الفرد أكثر مرونة (آية إسماعيل محمد محمد، ٢٠٢٠)

د- الذات كسياق: Self as Context

تُعد الذات كسياق شكل من أشكال تعبير أنا - أنت، الآن - آنذاك وغيرها هو الذي يؤدي لفكرة المنظور، وقد نشأت عن هذه الفكرة مفاهيم عديدة مثل التعاطف، نظرية العقل، الإحساس بالذات وغيرها، الذات كسياق مهم لأن الفرد يستطيع أن يعي أوجه القصور في الخبرات دون أن يربطها بذاته. وهكذا تتم عملية التفريغ المعرفي والقبول في ذات الوقت وذلك من خلال تدريبات العقلانية والتشبيهاة والعمليات الخيرية (نهال لطفي حامد وآخرون، ٢٠١٣، ١٨١-١٨٢).

ويهدف المعالج من هذه العملية مساعدة العميل على إدراك الفروق بين محتوى التجارب الخاصة الإنسانية، والسياق الذي تحدث فيه هذه التجارب، ويستخدم المعالج مهام سلوكية وسائل علاجية متعددة لمساعدة العميل على الوعي بهذه الفروق، ويمارس المعالج في هذه العملية العديد من الاستراتيجيات، منها: تمرين المراقبة، والعلاقة العلاجية، والثقة في الشعور مقابل الثقة في الفعل، وتمرين المركزية التجريبية، وممارسة التقبل غير المشروط، والذات كموضوع للتحليل (رأفت عبد الرحمن محمد، ٢٠١٠، ٤٦).

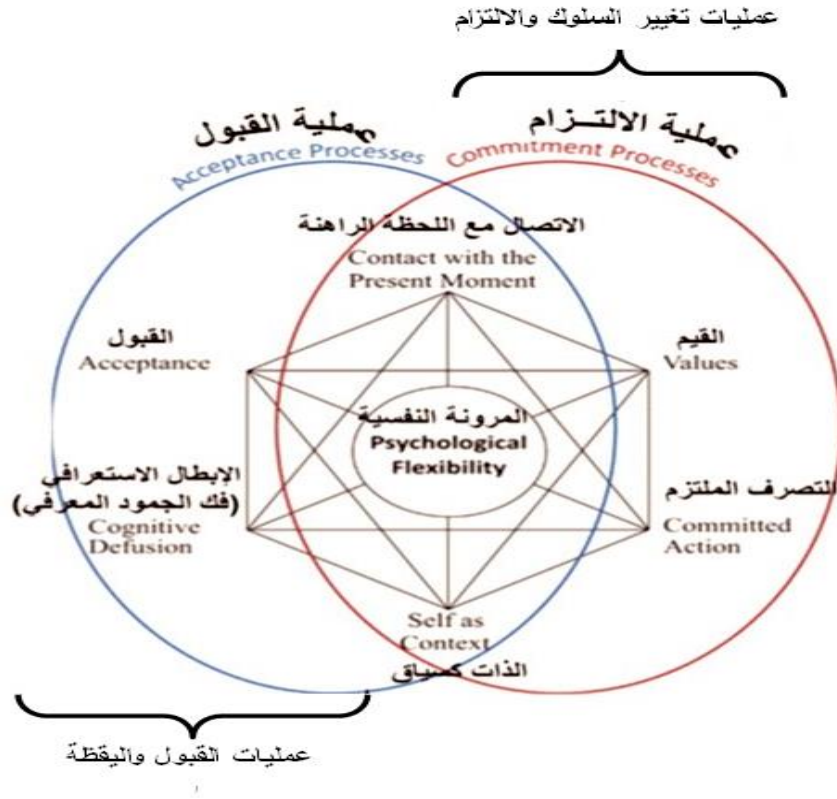
هـ - القيم Values:

تشير القيم إلى عدد من الصفات المختارة لتصرفات هادفة، والتي لا يمكن الحصول عليها كشيء، ولكن يمكن إنشاء مثال لها لحظة بلحظة. ويقوم العقل بتدريبات عديدة لمساعدة الأفراد على اختيار اتجاهاتهم في الحياة، ويستخدم العلاج بالقبول والالتزام ACT مجموعة متنوعة من التمارين لمساعدة العميل على اختيار اتجاهات الحياة في مختلف المجالات الأسرية والمهنية، في حين تحد من العمليات اللفظية التي قد تؤدي إلى الخيارات المؤدية للتجنب أو الامتنال الاجتماعي أو الإذعان (Hayes et al., 2006,8).

و- التصرف الإلتزامي: Committed Action:

يتضمن التصرف الإلتزامي على اختيار أنماط من السلوكيات الفعالة والمرتبطة بالقيم المختارة للفرد، ولهذا يشبه العلاج بالقبول والالتزام ACT في هذه العملية " التصرف الإلتزامي " العلاج السلوكي التقليدي، حيث يتم دمج إجراءات تغيير السلوك التقليدية كوضع الأهداف بالإجراءات العلاجية والصعوبات في شكل أفكار صعبة، وردود الفعل العاطفية، وغيرها من الصعوبات، ويتم الإعداد والعمل من خلالها، حيث يمكن إدراج أي تدخل سلوكي بما في ذلك تمارين التعرض واكتساب المهارة في هذه المرحلة طالما إنها تتفق مع عمليات ومبادئ العلاج بالقبول والالتزام ACT، ما يميز عنصر التصرف الإلتزامي في العلاج بالقبول والالتزام إلى جوانب السلوكية من العلاجات الأخرى هو دافعية وراء الانخراط في السلوك، على سبيل المثال هو يستخدم لمساعدة العميل لقبول المشاعر والأفكار غير مريحة حتى يتمكنوا من العيش أفضل مع القيم التي اختاروها (Slevison, 2013, 35).

والمستقرى لما سبق ينضح له أن عمليات العلاج بالقبول والالتزام يمكن تقسيمها إلى عمليات تغيير السلوك والالتزام، وعمليات اليقظة والوعي، وهذا ما أشار إليه Hayes et al., (2006, 25) من خلال عمليات كل منهما، ويوضح شكل (٢) المكونات الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام ACT.



شكل (٢)

المكونات الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام ACT

(Hayes et al., 2006, 25)

يتضح من شكل (٢) أن العمليات الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام تنقسم إلى: (١) مجموعة عمليات القبول واليقظة وتشمل: التواصل مع اللحظة الراهنة، القبول، إزالة الاندماج المعرفي، الذات كسياق، (٢) مجموعة عمليات تغيير السلوك والالتزام: التواصل مع اللحظة الراهنة، القيم، التصرف الالتزامي، الذات كسياق.

وقد حدد Wilson & Murrell (2004, 125) عددا من المبادئ المهمة والاعتبارات التي يلتزم بها المعالج في أثناء ممارسته العمليات العلاجية الست من منظور العلاج بالقبول والالتزام، وهي: (١) إنه لا يوجد ترتيب صحيح لهذه العمليات العلاجية الست، (٢) ليس جميع العملاء في حاجة إلى هذه العمليات العلاجية الست، (٣) تحتاج لممارسة العلاج بالتقبل والالتزام

ممارسة بعض العمليات المهنية، (٤) العديد من أساليب واستراتيجيات التدخل المهني يمكن ممارستها لتحقيق عملية واحدة فقط من عمليات العلاجية الست.

وتُعد العلاقة العلاجية The Therapeutic Relationship بالعلاج بالقبول والالتزام جهد مشترك بين المعالج والعميل؛ كون العلاج بالقبول والالتزام علاج تعاوني نشط وعملي وموجه نحو الهدف ومبنى على الأدلة ويؤكد العلاج بالقبول والالتزام على ضرورة أن يتحدث المعالج إلى العميل من وجهة نظر متساوية، ويتقاسم الرأي. بمعنى أنه يكون المعالج النفسي على استعداد للكشف الذاتي عن القضايا الشخصية عندما يجعلها نقطة علاجية يكون المعالج على استعداد لاستيعاب الأفكار المتناقضة، والمشاعر، والذكريات (Waltz & Hayes, 2010, 150).

ويسعى العلاج بالقبول والالتزام إلى تغيير وظيفة الأحداث النفسية المزعجة والمؤلمة والطريقة التي يرتبط بها الفرد، دور المعالج النفسي أن يعطي ثقة للعميل بحيث يتحمل القلق الناتج والمصاحب لأحداث المكبوتة عندما تظهر إلى شعور، المعالج يأخذ موقف رافة والإنسانية تجاه معاناة العميل ويتجنب النقد أو الحكم أو اتخاذ موقف واحد، العلاقة العلاجية في العلاج بالقبول والالتزام تتم على ثلاثة جوانب (١) العمليات النفسية للعميل، (٢) العمليات النفسية للمعالج، (٣) نوعية لحظة تفاعلات بين المعالج والعميل (Hayes, 2004, 643).

ويتمثل دور المعالج النفسي في العلاج بالقبول والالتزام في إطار العلاقة التشاركية الهدف منها تحقيق الهدف الأساسي للعلاج بالقبول والالتزام، من خلال استخدام مجموعة من العمليات من شأنها أن تقلل من شعور العميل بالعجز، في البداية يساعد المعالج الفرد على توضيح التحديات في عالم الفرد التي يمكن التغلب عليها وتلك التي يحتاج إلى قبولها كجزء مستمر من تجربتهم الحية، ولهذا تكمن مسؤولية المعالج في مساعدة العملاء على أن يدركوا أنفسهم باعتبارهم سياق خاص بالتجارب والخبرات مستمرة التي تشمل كل الأشياء التي تحدث داخل الإنسان بما في ذلك الانفعالات، الأفكار، الأحاسيس، الذكريات، المشاعر، ويصبح الهدف تجنب الخبرات السلبية وتوجه قدمًا نحو مسارات حياتية ذات هدف، ومساعدة العملاء الذين تتصف أفكارهم بالجمود لكي يكونوا أكثر مرونة من ناحية النفسية والسلوكية (Hayes, 2004, 642).

ولهذا تتطلب الممارسة المهنية للعلاج بالقبول والالتزام ممارسة المعالج لمجموعة من خطوات تساعد على تحليل الموقف المُشكل للعميل، ومنها: (١) تحليل طبيعة مشكلة العميل،

(٢) تقييم العوامل التي تؤثر على مستوى الدافعية للتغير لدى العميل، (٣) تحليل العوامل التي تنتقص من المرونة النفسية للعميل، (٤) تقييم العوامل التي تزيد من المرونة النفسية، (٥) التوصل إلى الهدف العلاجي (رأفت عبد الرحمن محمد، ٢٠١٠، ٧٣-٧٤).

في حين يتجلى دور العميل في العلاج بالقبول والالتزام ACT في عرض الأحداث الخاصة كمجرد خبرة وليس كشيء مضطرب، واستيضاح القيم التي يتبناها العميل، والأهداف التي يحاول تحقيقها بصورة شخصية، وتحديد إجراءات زيادة وإثراء فعالية العميل في التحرك تجاه هذه القيم والأهداف، ومساعدة العميل في الاندماج وتحرك في اتجاه القيم، ثم يقوم بمساعدتهم كي يغيروا علاقاتهم بأفكارهم، من المهم للمعالج في العلاج بالقبول والالتزام أن تفعل كما يقال لك من أن أقول ما يجب عليك القيام بها (Harris, 2006, 3).

٣- أمهات أطفال طيف التوحد : Mathers of Autistic Children

شهد مصطلح طيف التوحد (ASDs) خلال العقود الماضية تطوراً سريعاً، ووجد اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين والمهتمين، مما أدى إلى ظهور كم كبير من المفاهيم والموضوعات المرتبطة بهذا المصطلح، وكان أول من استخدم مصطلح توحد طفولي مبكر Early Infantile Autism الطبيب النفسي الأمريكي Leo Kanner عام ١٩٤٣ (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٢)، وقد لاقى قبولاً واسع المدى لمعظم الخبراء المختصين، والمنظمات المهنية، بل والآباء أنفسهم على حد سواء (Matson et al., 2008)، حيث يعد اضطراب طيف التوحد (ASDs) أبرز الاضطرابات النمائية للأطفال التي تزايد الاهتمام بها في الآونة الأخيرة؛ كونه يؤثر على ارتقائهم، وأكثر الاضطرابات صعوبة وشدة، من حيث تأثيره على سلوك الطفل الذي يعاني منه، إضافة إلى إعاقة قدراته بصورة حادة وبخاصة في مجال العلاقات الاجتماعية، الأمر الذي يجعل الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في حاجة إلى رعاية لمهاراته، واستثمار هذه المهارات في عملية تعليمه وتعلمه (محمد السيد عبد الرحمن وآخرون، ٢٠٠٥، ٢٣-٢٥).

ويُعدُّ طَيْفُ التَّوْحُدِ Autism Spectrum من أكثر الإعاقات النَّمائيَّة Developmental Disabilities غموضاً؛ لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد - حيث يُطلق عليه الاضطراب المعلوم المجهول - من ناحية، وكذلك شدة غرابة أنماط سلوكه غير التَّكْيُفِي من ناحية أخرى، فهو حالة تتميز بمجموعة أعراض يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وانسحابه الشديد، إضافة إلى عجز مهاراته الاجتماعيَّة، وقصور تواصله اللفظي وغير

اللفظي، الذي يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعيّ البنّاء مع المحيطين به (عبد الرقيب البحيري وأخرون، ٢٠٢٠، ٦).

فاضطراب طيف التَّوْحُد اضطرابٌ معقّد؛ حيث يُنظر إليه على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر على العديد من جوانب شخصية الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التوقع حول ذاته، كما يتم النظر إليه أيضًا على أنه إعاقة عقلية، وإعاقة اجتماعية، وعلى أنه إعاقة عقلية واجتماعية متزامنة أي تحدث في الوقت نفسه؛ وكذلك على أنه نمط من أنماط اضطرابات طيف التَّوْحُد Autism Spectrum Disorders (ASDs) يتسم بقصور في السُّلوكيَّات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي، فضلاً عن وجود سُلوكيَّات واهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة (عادل عبدالله محمد، ٢٠٠٤).

ولقد ازداد في الآونة الأخيرة الاهتمام بالاضطرابات النَّمائيَّة للأطفال؛ لكونها تؤثر على ارتقائهم ومن ثمَّ على مستقبلهم في الحياة، ويُعدُّ اضطراب طيف التَّوْحُد Autism Disorder أبرز هذه الاضطرابات النَّمائيَّة، ويحتاج الطفل المصاب باضطراب طيف التَّوْحُد إلى رعاية وتعليم وتنمية قدراته ومهاراته لكونه من أكثر الاضطرابات صعوبةً وشدةً، من حيث تأثيره على سلوك الطفل الذي يعاني منه، بالإضافة إلى عوق قدراته بصفة حادة؛ خاصة في مجالات اللغة والعلاقات الاجتماعية والتواصل، ويُعدُّ نقص الانتباه المشترك من أهم مجالات القصور عند الأطفال التَّوْحُدِيِّين.

ويُعيق السلوك المُشكّل لطفل اضطراب طيف التوحد النمو السليم لهم، ومصدر قلق لأسرهم والقائمين برعايتهم؛ نتيجة ما يحدثونه من إرباك في بيئتهم للمحيطين (محسن محمود أحمد الكيكي، ٢٠١١، ٧٨)، حيث إن ٧٢% من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد يعانون من القلق الناشئ من بعض مظاهر السلوك المُشكّل لأبنائهم، وأن ٢٨% منهم يعانون من القلق الشديد؛ بسبب تلك السلوكيات (عبد العزيز السرطاوي وأخرون، ٢٠٠٩)، وأن أي تأثيرات سلبية على أسرة طفل ذي اضطراب طيف التوحد ينعكس سلباً على العملية التعليمية، ويظهر هذا التأثير في انخفاض الأداء، والإجهاد، والضغط النفسي لدى الأمهات، خاصة أن طفلها يحتاج إلى الكثير من الجهد والمتابعة (عبد الناصر القرالة وأخرون، ٢٠١٨)، وهذا ما يؤثر سلباً على حالتهم المزاجية، ووعيهم بهذه الحالة المزاجية، أو ما يطلق عليها حالة ما وراء المزاج.

ويُقصد بأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إجرائياً بأنهم: أمهات الأطفال المدمجين بمدارس التعليم العام بمدينة أسيوط الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٦ - ١١) عاماً،

ومن كن لديهن رغبة في مشاركته ببرنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج لديهن ."

الدراسات ذات الصلة وفروض الدراسة:

من خلال المراجعة المسحية للدراسات ذات الصلة للعلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين سمة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد؛ اتضح أنه لا توجد دراسات سابقة في البيئة العربية - في حدود ما تم اطلاع الباحثان عليه - في هذا الموضوع؛ لذلك تم عرض بعض الدراسات ذات الصلة بهذا الميدان في محورين، وهما: دراسات تناولت التدخلات العلاجية / الإرشادية بالقبول والالتزام لأمهات ذوي اضطراب طيف التوحد، ودراسات تناولت سمة ما وراء المزاج وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والتدخلات العلاجية/ الإرشادية لذوي الاحتياجات الخاصة، يمكن الاستفادة منها في صياغة افتراضات الدراسة الحالية ومناقشة نتائجها عن أثر برنامج للعلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين سمة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

١- دراسات تناولت التدخلات العلاجية / الإرشادية بالقبول والالتزام لأمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

هدفت دراسة (Salimi et al., (2019) التحقق من فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وطبقت عليهم أدوات الدراسة المتمثلة في: مقياس التنظيم المعرفي الانفعالي، وذلك قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج الجماعي بالقبول والالتزام، وتم استخدام التصميم شبه التجريبي ذي المجموعة الضابطة، حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (ن=١٥)، ومجموعة ضابطة (ن=١٥)، وتلقت المجموعة التجريبية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام مكون من (٨) جلسات بمعدل جلستين أسبوعياً، وساعتين لكل جلسة، بينما لم تتلقى المجموعة الضابطة أي علاج، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام في تنمية استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

هدفت دراسة (Bidaki & Jahangiri (2019) التحقق من فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت

عينة الدراسة من (٣٠) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وطبقت عليهم أدوات الدراسة المتمثلة في: مقياس قبول الوالدين للأبناء والالتزام بالعمل، ومقياس المرونة النفسية، وتم استخدام التصميم شبه التجريبي ذي المجموعة الضابطة، حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (ن=١٥)، ومجموعة ضابطة (ن=١٥)، وتلقت المجموعة التجريبية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام مكون من (٨) جلسات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير دال إحصائيًا لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وهدفت دراسة آمال إبراهيم الفقي (٢٠١٦) التعرف على فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، والتعرف على استمرارية فعالية البرنامج، واشتملت العينة على ١٠ أمهات خضعن لتطبيق البرنامج، وكانت أعمارهن من ٢٥ - ٤٠ سنة بمتوسط ٣٢.١ سنة وانحراف معياري ٣.٢، وتم التطبيق بإحدى مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بينها، وأعدت الباحثة أدوات الدراسة، واشتملت على مقياس المرونة النفسية لأمهات أطفال الأوتيزم، وبرنامج العلاج بالتقبل والالتزام، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال الأوتيزم قبل تطبيق البرنامج وبعده على مقياس المرونة النفسية وأبعاده لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فرق دال إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أمهات أطفال الأوتيزم في القياسين البعدي والتبعي على مقياس المرونة النفسية وأبعاده. هدفت دراسة (Montgomery 2015) الى التحقق من مدى فاعلية علاج القبول والالتزام مع أولياء أمور الاطفال المصابين بالتوحد مقارنة بمجموعة تشارك في مجموعة علاجية سلوكية وأخرى لا تشارك في أي برامج علاجية وتم استخدام المنهج شبه التجريبي الغير متكافئ لعينة قوامها ٥٧ من آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم بالتوحد واستخدمت أدوات استبيان ديموجرافي إعداد الباحث، واستبيان تقييم المتدرب إعداد الباحث، ومقياس جودة الحياة إعداد Frisch, 1994، ومقياس الاكتئاب Beck Depression Inventory-II، ومؤشر إجهاد الأبوين النسخة الثالثة القصيرة Parenting Stress Index, Third Edition – Short (PSI-SF, Abidin, 1995) Form، وتوصلت الدراسة إلى أن علاج القبول والالتزام كان له تأثير كبير على تغيير نوعية الحياة عبر مستويات العلاج، وأوصت الدراسة باستخدام العلاج بالقبول والالتزام لتمكين أولياء أمور الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم بالتوحد لتحسين التفاعل

بشكل أكثر كمالاً مع أطفالهم، إضافة إلى تزويد أولياء الأمور بموقف يمكنهم من التصدي للتحديات التي يواجهونها والمتعلقة بإعاقة طفلهم.

هدفت دراسة تجريبية لـ (Burke et al., 2014) تحديد فاعلية علاج القبول والالتزام في المساعدة على تكيف آباء الأطفال الذين يعانون من مرض يهدد الحياة، لعينة مكونة من ١١ من آباء الأطفال الذين لديهم تشخيص للسرطان، أو الذين خضعوا لجراحة قلبية منقذة للحياة قبل ٤ أشهر على الأقل، أكمل أولياء الأمور الاستبيانات في مرحلة ما قبل وبعد المتابعة لمدة ٦ شهور لتقييم أعراض الإجهاد ما بعد الصدمة (PTSS)، والتأثير العاطفي لطفلة LTI (على سبيل المثال، مشاعر عدم اليقين، والشعور بالذنب والحزن، والموارد العاطفية)، والعناصر النفسية المستهدفة من خلال التدخل (المرونة النفسية الأبوية واليقظة العقلية)، أبلغ الآباء عن تخفيضات كبيرة في الإجهاد ما بعد الصدمة، وتحسينات كبيرة في المرونة النفسية واليقظة العقلية للوالدين، وتم الحفاظ على التحسينات في متابعة لمدة ٦ أشهر، كما تشير النتائج إلى إمكانية اعتماد هذا النهج عبر مختلف تشخيصات الأطفال في بيئة الأطفال الحادة.

وهدفت دراسة أشرف محمد محمد عطية (٢٠١١) معرفة مدى فعالية استخدام برنامج العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم، على عينة قوامها عشرون من أمهات أطفال الأوتيزم، تتراوح أعمارهن بين ٣٢ إلى ٤١ عاماً، قسموا إلى مجموعتين متساويتين في العدد تضم كل منها عشر أمهات، إحداها تجريبية تم تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام عليها، والأخرى ضابطة، وقد تمت المكافئة بين مجموعتي الدراسة في العمر الزمني ومستوى الاكتئاب، وقد تم تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب Beck Depression Inventory DDI-II تعريب غريب عبد الفتاح ٢٠٠٠ على مجموعتي الدراسة، وتطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام لتخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم أفراد المجموعة التجريبية، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم لدى المجموعة التجريبية، واتضح ذلك من القياسين البعدي والتتبعي.

هدفت دراسة آية إسماعيل محمد محمد (٢٠٢٠) التعرف على فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصرياً، واستمرارية تلك الفعالية في أثناء فترة المتابعة، وانقسم المشاركون بالدراسة إلى: المشاركون بالدراسة

الاستطلاعية، تكونت من ٤٤ مراهقاً معاقاً بصرياً للتحقق من كفاءة أداة الدراسة السيكو مترية، والمشاركين بالدراسة الأساسية، شملت ١٠٠ مراهقاً معاقاً بصرياً، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٢- ٢١ عاماً، بمتوسط عمري قدره ١٧.٣٨ عاماً وانحراف معياري ٢.٩٨ عاماً، طبق عليهم: مقياس الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصرياً، والمشاركين بالدراسة العلاجية، تكونت من ٢٠ مراهقاً معاقاً بصرياً (١٠ مجموعة تجريبية، ١٠ مجموعة ضابطة) منهم (١٠ طالبات، ١٠ طالباً)، بمتوسط عمري قدره ١٦.٣٥ عاماً وانحراف معياري ١.٤٧ عاماً، انقسمت إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة، وأخرى تجريبية طبق عليهم برنامج العلاج بالقبول والالتزام لتخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصرياً، وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المعاقين بصرياً المشاركين بالدراسة في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة الضابطة على الشعور بالوحدة النفسية، ووجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المعاقين بصرياً المشاركين بالدراسة في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية، ووجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المعاقين بصرياً المشاركين بالدراسة في القياس البعدي والتبعي لدى المجموعة التجريبية على الشعور بالوحدة النفسية.

٢- دراسات تناولت سمة ما وراء المزاج وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والتدخلات العلاجية/ الإرشادية لذوي الاحتياجات الخاصة:

هدفت دراسة أحمد محمد شبيب (٢٠١٩) تعرف فعالية برنامج تدريبي في رفع مستوى ما وراء المزاج وأثره على الكفاءة الذاتية الاكاديمية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وبلغ قوام المشاركون بالدراسة ١٦ تلميذاً من ذوي صعوبات التعلم وبلغت أعمارهم ١١- ١٢ سنة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس ما وراء المزاج، ومقياس الكفاءة الذاتية الاكاديمية (إعداد الباحث)، البرنامج التدريبي، وتوصلت نتائج الدراسة على فاعلية ما وراء المزاج في تحسين الكفاءة الذاتية الاكاديمية لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

وهدفت دراسة زينب محمد أمين محمد (٢٠١٨) الكشف عن العلاقة الارتباطية بين أبعاد ما وراء المزاج وابعاد الذكاء الاجتماعي والكشف عن الفروق في أبعاد ما وراء المزاج الاجتماعي بين أعضاء هيئة التدريس من حيث النوع (ذكور - إناث) والتخصص (كليات علمية - كليات نظرية) وكان عدد المشاركين في الدراسة (٢١٥) عضو وعضوة، وتمثلت أدوات الدراسة الحالة

من مقياس ما وراء المزاج ومقياس الذكاء الاجتماعي وأشارت النتائج لوجود علاقة ارتباطية بين ابعاد ما وراء المزاج وابعاد الذكاء الاجتماعي، وعدم وجود فروق بين أعضاء هيئة التدريس من حيث (ذكور، إناث) في أبعاد ما وراء المزاج، وكذلك يمكن التنبؤ بالذكاء الاجتماعي لدى أعضاء هيئة التدريس بمعلومية ما وراء المزاج.

وهدفت دراسة ميمي السيد أحمد، إيناس محمد صفوت خريبة (٢٠١٦) التعرف على مستوى سمة ما وراء المزاج لدى العاديين وذوي صعوبات التعلم في طلبة المرحلة الثانوية، والتعرف على الفروق بين العاديين وذوي صعوبات التعلم من طلبة المرحلة الثانوية في سمة ما وراء المزاج بأبعادها الثلاثة: الانتباه لمشاعر، وضوح المشاعر، تعديل المزاج، والكشف عن مدى اختلاف الأبعاد العالمية لسمة ما وراء المزاج باختلاف نوع العينة والنوع (ذكور، إناث)، وتم تطبيق مقياس سمة ما وراء المزاج على عينة مكونة من (١٠٤) طالباً من طلاب المرحلة الثانوية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العاديين وذوي صعوبات التعلم من طلبة المرحلة الثانوية في سمة ما وراء المزاج وأبعادها الثلاثة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث في سمة ما وراء المزاج وأبعادها الثلاثة.

وهدفت دراسة أبو زيد سعيد الشويقي (٢٠٠٨) الكشف عن تأثير كل من سنوات الخبرة (خمس سنوات فأقل، وأكثر من خمس سنوات) لمرحلة التعليمية (ابتدائي - ثانوي) والتفاعل بينهما على درجات مديري المدارس في ما وراء المزاج، وكذلك الكشف عن طبيعة العلاقة بين ما وراء المزاج وكل من مركز التحكم واتخاذ القرار، وكان عدد المشاركين في البحث ١٤٤ مدير مدرسة بالمملكة العربية السعودية وتم استخدام مقياس ما وراء المزاج، ومقياس مركز التحكم لمديري المدارس (إعداد الباحث)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مديري المدارس في مقياس ما وراء المزاج ترجع لسنوات خبرة لصالح سنوات الخبرة خمس سنوات فأكثر، وتأثير سنوات الخبرة على درجات مديري المدارس في مقياس ما وراء المزاج (المقاييس الفرعية والدرجة الكلية) لا يختلف جوهرياً باختلاف المرحلة التعليمية (الابتدائية والثانوية)، وكذلك وجود معاملات ارتباط موجبة ودالة إحصائية بين درجات مديري المدارس في مقياس اتخاذ القرار ودرجاتهم في مقياس ما وراء المزاج.

تعقيب على الدراسات ذات الصلة:

إن المستقرو للدراسات ذات الصلة يتضح له مدى إفادتها في صياغة أهداف الدراسة الحالية، وبناء أدواتها، وصياغة فروضها، وذلك كما يلي:

- أفادت الدراسة الحالية من تنوع أهداف الدراسات ذات الصلة، حيث هدفت هذه الدراسات إلى التحقق من فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين بعض المتغيرات لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كاستراتيجيات التنظيم الانفعالي (Salimi et al., 2019)، وتنمية المرونة النفسية (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦؛ Bidaki & Jahangiri 2019)، وتخفيف حدة الاكتئاب (أشرف محمد محمد عطية، ٢٠١١؛ Montgomery, 2019)، كما هدفت بعض الدراسات الكشف عن أثر فعالية العلاج بالقبول والالتزام في مساعدة آباء الأطفال الذين يعانون من مرض يهدد الحياة على التكيف (Burke et al., 2014)، وخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى المعاقين بصرياً (آية إسماعيل محمد محمد، ٢٠٢٠)، وأغفلت الدراسات ذات الصلة الكشف حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد؛ إضافة إلى أنه لم تتطرق أي الدراسات ذات الصلة في البيئتين العربية والأجنبية - في ضوء ما تم اطلاع الباحثين عليه - للكشف عن أثر برنامج للعلاج بالقبول والالتزام المباشر في تحسين حالة ما وراء المزاج بصفة عامة ولدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بصفة خاصة، وهذا ما سعت الدراسة الحالية لمعرفته، وهو ما تنفرد به عن الدراسات السابقة.

- دعمت أدوات الدراسات ذات الصلة الباحثين في اختيار أدوات الدراسة الحالية للكشف عن فعالية برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، والتي تمثلت في: مقياس حالة ما وراء المزاج State Meta Mood Scale إعداد Mayer & Stevens تعريب علاء الدين كفاقي، فؤاد الدواش (٢٠٠٧)، والتخطيط لبناء وتنفيذ برنامج للعلاج بالقبول والالتزام لتحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد إعداد الباحثين.

- أسهمت نتائج الدراسات ذات الصلة في صياغة فرضا الدراسة الحالية في تعرف فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Salimi et al., 2019)، وتنمية المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦؛ Bidaki & Jahangiri 2019)، وتخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (أشرف

محمد محمد عطية، (٢٠١١؛ Montgomery, 2015)، هذا بالإضافة إلى فعالية العلاج بالقبول والالتزام في مساعدة آباء الأطفال الذين يعانون من مرض يهدد الحياة على التكيف (Burke et al., 2014)، و فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الشعور بالوحدة النفسية لدى المعاقين بصرياً (آية إسماعيل محمد محمد، ٢٠٢٠)،، وتتفرد الدراسة الحالية - إضافة إلى ذلك - بمحاولتها الكشف عن فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، إضافة إلى استمرارية هذه الفعالية في أثناء فترة المتابعة.

فرضا الدراسة:

صاغ فرضا الدراسة الحالية كإجابات محتملة لما قام به الباحثان بإثارته في مشكلة الدراسة من تساؤلات؛ استقراءً لأدبيات البحث ونتائج الدراسات ذات الصلة، وهي:

- ١- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT على مقياس خبرة ما وراء المزاج (الحالة - السمة) لدى معلمات الروضة بم العلاج بالقبول والالتزام ACT لصالح القياس البعدي.
- ٢- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد التجريبية على مقياس خبرة ما وراء المزاج (الحالة - السمة) لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في التطبيق البعدي، ودرجاتهم في التطبيق التتبعي على المقياس نفسه بعد مضي شهر من إنهاء برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT.

إجراءات الدراسة:

أولاً - منهج الدراسة:

استخدم الباحثان المنهج شبه التجريبي؛ لملائمته متغيرات الدراسة متمثلة في: المتغير التجريبي وهو برنامج للعلاج بالقبول والالتزام، والمتغير التابع وهو حالة ما وراء المزاج، باستخدام التصميم شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة (مجموعة تمر بحالتين تضبط إحداها الأخرى)، وقد تمت المقارنة بين رتب متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي؛ لمعرفة فعالية برنامج العلاج بالقبول والالتزام في تحسين حالة ما وراء المزاج لدي أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

ثانياً: المشاركات بالدراسة

انقسمت المشاركات بالدراسة الحالية إلى: المشاركات بالدراسة الاستطلاعية، والمشاركات بالدراسة الأساسية، المشاركات بالدراسة العلاجية اللاتي تم تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT عليهن.

١- المشاركات بالدراسة الاستطلاعية:

اختار الباحثان المشاركات بالدراسة الاستطلاعية؛ بهدف التحقق من كفاءة أداة الدراسة، وقد اشتملت هذه العينة على (٤٠) من أمهات الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد في مدارس التعليم العام بمحافظة أسيوط، وقد تتراوح أعمار أمهات الأطفال ذوي طيف التوحد (٢٥-٤٥) سنة، وقد تراوحت أعمار أطفالهن ذوي طيف التوحد بين (٦-١١) عام، ويوضح جدول (١) الخصائص الديموجرافية للمشاركات بالدراسة الاستطلاعية.

جدول (١)

الخصائص الديموجرافية للمشاركات بالدراسة الاستطلاعية (ن = ٤٠)

| إجمالي المشاركات | أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد (٩-١١ سنوات) | | أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد (٦-٨ سنوات) | | مدارس التعليم العام الدامجة لأطفال اضطراب طيف التوحد بمدينة أسيوط | م |
|------------------|--|--------|---|--------|---|---|
| | الإناث | الذكور | الإناث | الذكور | | |
| ١٨ | ٣ | ٦ | ٣ | ٦ | مدرسة الزهراء | ١ |
| ٤ | -- | -- | ١ | ٣ | مدرسة الايمان | ٢ |
| ٧ | ١ | ١ | ٢ | ٣ | مدرسة المستقبل | ٣ |
| ٥ | -- | ١ | ١ | ٣ | الإمام علي بن ابي طالب | ٤ |
| ٣ | ١ | ١ | -- | ١ | الرعاية المتكاملة | ٥ |
| ٣ | -- | ١ | -- | ٢ | طارق بن زياد | ٦ |
| ٤٠ | ٥ | ١٠ | ٧ | ١٨ | إجمالي المشاركات بالدراسة الاستطلاعية | |

٢- المشاركات بالدراسة الاساسية:

بعد التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة: مقياس حالة ما وراء المزاج State Meta Mood Scal إعداد Mayer & Stevens تعريب علاء الدين كفاقي، فؤاد الدواش (٢٠٠٧)، قام الباحثان بتطبيقه علي أمهات أطفال طيف التوحد المدمجين في مدارس التعليم العام بأسيوط، بهدف اختيار المشاركات بالدراسة العلاجية؛ مما يعانين انخفاض في حالة

ما وراء المزاج، واشتملت هذه العينة علي (٦٠) من أمهات أطفال طيف التوحد والتي تتراوح أعمارهم من (٢٥-٤٥) سنة، وتتراوح أعمار أطفالهن من (٦-١١) سنة، ويوضح جدول (٢) الخصائص الديموجرافية للمشاركات في الدراسة الأساسية.

جدول (٢)

الخصائص الديموجرافية للمشاركات بالدراسة الأساسية

| إجمالي المشاركات | أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد | | | | مدارس التعليم العام الدامجة لأطفال اضطراب طيف التوحد | م |
|------------------|-------------------------------|--------|-------------|--------|---|----|
| | (٩-١١ سنوات) | | (٦-٨ سنوات) | | | |
| | الإناث | الذكور | الإناث | الذكور | | |
| ١٨ | ٣ | ٦ | ٣ | ٦ | مدرسة الزهراء | ١ |
| ٤ | -- | -- | ١ | ٣ | مدرسة الايمان | ٢ |
| ٧ | ١ | ١ | ٢ | ٣ | مدرسة المستقبل | ٣ |
| ٥ | -- | ١ | ١ | ٣ | مدرسة الإمام علي بن أبي طالب | ٤ |
| ٣ | ١ | ١ | -- | ١ | مدرسة الرعاية المتكاملة | ٥ |
| ٣ | -- | ١ | -- | ٢ | مدرسة طارق بن زياد | ٦ |
| ٤ | -- | ١ | ١ | ٢ | مدرسة السلام الخاصة المتطورة | ٧ |
| ٤ | -- | ١ | -- | ٣ | مدرسة السلام الحديثة المشتركة | ٨ |
| ٢ | -- | ١ | -- | ١ | مدرسة الجامعة | ٩ |
| ٢ | -- | -- | ١ | ١ | مدرسة الوحدة العربية | ١٠ |
| ٢ | -- | -- | ٢ | -- | مدرسة الجلاء الابتدائية المشتركة | ١١ |
| ٦ | -- | ٤ | -- | ٢ | مدرسة شهداء الثورة | ١٢ |
| ٦٠ | ٥ | ١٧ | ١١ | ٢٧ | إجمالي المشاركات بالدراسة الأساسية | |

٣. المشاركات بالدراسة العلاجية:

بلغ عدد المشاركات بالدراسة العلاجية (٧) أمهات لأطفال ممن تم تشخيصهم على أنهم ذوو اضطراب طيف التوحد المدمجين في مدارس التعليم العام، وتتراوح أعمارهم من (٦-١١) سنة، وتم اختيار المشاركات بالدراسة العلاجية لتحسين حالة ما وراء المزاج لديهن باستخدام برنامج للعلاج بالقبول والالتزام ACT، وقد مر اختيار المشاركات بالدراسة العلاجية الحالية عبر مجموعة من الخطوات المتتابعة، وهي:

الخطوة الاولى:

تم تطبيق أداة الدراسة الحالية " مقياس حالة ما وراء المزاج " على (٦٠) من أمهات الأطفال ذوي طيف التوحد المدمجين في مدارس التعليم العام؛ بهدف تحديد المشاركات بالدراسة العلاجية الحالية، وهن الأمهات اللاتي ينخفض درجاتهن على مقياس حالة ما وراء المزاج المستخدم بالدراسة.

الخطوة الثانية:

بعد تطبيق مقياس حالة ما وراء المزاج على أمهات الأطفال المدمجين في مدارس التعليم العام، وتحليل البيانات أصبح العدد النهائي للمشاركات بالدراسة العلاجية (٧) أمهات لأطفال ممن تم تشخيصهم على أنهم ذوو اضطراب طيف التوحد، وقد تم اختيارهن بناءً على انخفاض درجاتهن عن درجة القطع لمقياس حالة ما وراء المزاج، يوضح جدول (٣) المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات المشاركات بالدراسة الأساسية على مقياس حالة ما وراء المزاج.

جدول (٣)

المتوسط والانحراف المعياري لدرجات المشاركات ب الدراسة الأساسية لمقياس حالة ما وراء المزاج لدي أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد وأبعاده (ن = ٦٠)

| درجة القطع | الوصف الاحصائي | | مقياس حالة ما وراء المزاج وأبعاده | | |
|------------|-----------------------|-------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| | الانحراف المعياري (ع) | المتوسط (م) | المقاييس الفرعية | م | |
| ١٥.٧٨ | ٣.٨٤ | ١٩.٦٢ | الوضوح | ١ | ما وراء التقييم Meta Evaluation |
| ١١.٠٣ | ٤.٢٥ | ١٥.٢٨ | التقبل | ٢ | |
| ١٤.٦٤ | ٣.١٣ | ١٧.٧٧ | المطابقة | ٣ | |

| | | | | | |
|-------|------|-------|-----------------|---|-----------------|
| ١٥.٥٨ | ٣.٣١ | ١٨.٨٩ | التأثير | ٤ | |
| ٦٣.٨٤ | ٧.٧١ | ٧١.٥٥ | Meta Evaluation | | ما وراء التقييم |
| ١٠.٦٧ | ٢.٩١ | ١٣.٥٨ | التعديل | ١ | ما وراء التنظيم |
| ١١.٤٦ | ٣.٩٢ | ١٥.٣٨ | الصيانة | ٢ | Meta |
| ١١.٠٣ | ٤.٢٥ | ١٥.٢٨ | التقليل | ٣ | Regulation |
| ٣٧.٤٢ | ٦.٨٣ | ٤٤.٢٥ | Meta Regulation | | ما وراء التنظيم |

الخطوة الثالثة:

وفى هذه المرحلة تم اختيار أمهات الأطفال ذوي طيف التوحد بناء على:

- ١- درجات أم الطفل ذي طيف التوحد المنخفضة عن درجة القطع على مقياس الأمل.
- ٢- انخفاض درجات أم الطفل ذي اضطراب طيف التوحد عن درجة القطع على مقياس حالة ما وراء المزاج.
- ٣- أن يكون الطفل ذو اضطراب طيف التوحد من التلاميذ المدمجين بمدارس التعليم العام بمدينة أسيوط.
- ٤- أن تكون الأم قادرة وعلى أتم الاستعداد للمشاركة في البرنامج، وقد بلغ عدد العينة الإرشادية (٧) أمهات لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المدمجين في مدارس التعليم العام بمدينة أسيوط (٤ أمهات لأطفال ذكور، ٣ أمهات لأطفال إناث)

ثالثاً - أدوات الدراسة:

- ١- مقياس جيليام التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب التوحد - الإصدار الثالث يعد مقياس جيليام التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب التوحد - الإصدار الثالث "GARS-3" Gilliam Autism Rating Scale إعداد James Gilliam تعريب عادل عبد الله محمد، وعبير أبو المجد محمد (٢٠٢٠) اختبار مرجعي المعيار يستخدم كأداة للفرز والتصنيف؛ لتشخيص اضطراب التوحد وتقدير مستوى شدته بين الأفراد في المدى العمري ٣ - ٢٢ سنة، وقد تم إعداد وفقاً لمرجعين أساسيين، هما تعريف اضطراب طيف التوحد وفقاً ما أوردته الجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد Autism Society of American، والدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات DSM-5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA,2013) American Psychiatric Association.

ويتألف المقياس من ٥٨ عبارة ، يجب عليها من جانب الإخصائيين والمعلمين وأولياء الأمور، أو أحد الأفراد وثيقي الصلة بالطفل، موزعة على ستة مقاييس فرعية، هي : السلوكيات المقيدة أو التكرارية، التفاعل الاجتماعي، التواصل الاجتماعي، الاستجابات الانفعالية، ، يوجد أمام كل عبارة أربعة بدائل، هي: (نعم، أحياناً، نادراً، لا) تحصل على الدرجات (٣ ، ٢ ، ١ ، صفر) بالترتيب .

يتضمن هذا المقياس ثلاثة أنماط من الدرجات المعيارية تتمثل في الرتب المئينية Percentile Ranks، والدرجات الموزونة Scaled Scores، والمؤشرات المركبة لاضطراب التوحد Autism Indexes "مؤشر الأفراد غير اللفظيين، ومؤشر الأفراد اللفظيين"، حيث يتم تحديد مدى احتمال أن يكون الفرد من ذوي اضطراب طيف التوحد، ويُعد مؤشر اضطراب طيف التوحد أفضل تقدير كلي لسلوكيات التوحد التي تصدر عن الفرد؛ كونها تعبر عن أعراض اضطراب التوحد، وكلما ارتفع مؤشر اضطراب التوحد كان من الأكثر احتمالاً بالنسبة للفرد أن يعاني منه، وكانت سلوكياته التوحدية أكثر شدة، ووفقاً لدرجة مؤشر الاضطراب ($101 \leq - 55$) فإن كل من تصل درجة مؤشر الاضطراب لديه التي تعكس سلوكياته واستجابته على المقياس ٥٥ فأكثر يُعد من ذوي اضطراب، وتتوزع احتمالية التعرض للاضطراب وفقاً لدرجة مؤشر الاضطراب على ثلاثة مستويات هي من غير المحتمل ($54 \geq$)، ومن المحتمل ($55-70$)، ومن الأكثر احتمالاً ($71 - 101$)، بحيث ينفي الأول تعرض الفرد للاضطراب، ويؤكد الثاني والثالث أنه من ذوي اضطراب التوحد، كما يعرض لثلاثة مستويات لشدة الاضطراب توازي ثلاثة مستويات لتقديم الدعم والمساندة للفرد يعكس أولها مستوى بسيط من الشدة، وحاجة الفرد إلى درجة قليلة من الدعم ($55 - 77$) ، ويعكس الثاني مستوى متوسطاً من الشدة، ودرجة كبيرة من الدعم ($71-100$)، بينما يعكس الثالث المستوى الشديد للحدة، والحاجة إلى درجة كبيرة من الدعم ($101 \leq$).

ولحساب صدق المقياس ، قام معد المقياس الأجنبي باستخدام صدق المحتوى، حيث أكد تحليل العبارات على مناسبه حيث تم اشتقاقه من مجالي الاضطراب في DSM-5 بمجالي قصور التواصل والتفاعل الاجتماعي، والسلوكيات المقيدة التكرارية، وبعد ترجمة المقياس وإعداده باللغة العربية تم حساب صدقة من خلال صدق المحكمين، وصدق المحك، وذلك باستخدام مقياس جيليام لتشخيص أعراض اضطراب التوحد- الإصدار الثاني كمحك خارجي، كما تم استخدام طريقة التجزئة النصفية بطريقتي سبيرمان/ براون، وجتمان، وأن المقياس يتمتع

بخصائص سيكومترية تتعلق بجميع مفرداته وأبعاده فضلاً عن المقياس ككل، مما يؤكد على إمكانية الوثوق فيها والاعتداد بها .

٢- مقياس حالة ما وراء المزاج:

يتكون مقياس حالة ما وراء المزاج State Meta Mood Scal إعداد Mayer &

Stevens تعريب علاء الدين كفاي، فؤاد الدواش (٢٠٠٧) من ٣٨ مفردة، ضمن بعدين أساسيين، هما: ما وراء التقييم Meta Evaluation، وما وراء التنظيم Meta Regulation، يتم تقدير درجة المفحوص من خلال متصل خماسي: بالتأكيد لا تصف مزاجي، تصف مزاجي قليلاً، غير متأكد، تصف مزاجي كثيراً، بالتأكيد تصف مزاجي، وتعطى الدرجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥) في حالة العبارات الموجبة والعكس في حالة العبارات السالبة، وإن الحد الأعلى للدرجة ١٩٠ يعبر عن ارتفاع حالة ما وراء المزاج، في حين أن الحد الأدنى من الدرجة ٣٨ يعبر عن انخفاض حالة ما وراء المزاج، ويوضح جدول (٤) توزيع مفردات مقياس حالة ما وراء المزاج الإيجابية والسلبية لكل بعد ومقاييسه الفرعية لكل بعد.

جدول (٤)

توزيع مفردات مقياس حالة ما وراء المزاج الإيجابية والسلبية

لكل بعد ومقاييسه الفرعية

| المفردات | | | | | | | | المقاييس الفرعية | م | الأبعاد | |
|-----------|----|----|----|---------|----|----|----|------------------|---------|------------------------------------|---------------------------|
| الإيجابية | | | | السلبية | | | | | | | |
| ٣٥ | ٢٩ | ٢٢ | -- | -- | ١٥ | ٨ | ١ | الوضوح | ١ | ما وراء التقييم Meta Evaluation | |
| ٣٦ | ٣٠ | ٢٣ | -- | -- | ١٦ | ٩ | ٢ | التقبل | ٢ | | |
| ٣٧ | ٣١ | ٢٤ | -- | -- | ١٧ | ١٠ | ٣ | المطابقة | ٣ | | |
| ٣٨ | ٣٢ | ٢٥ | -- | -- | ١٨ | ١١ | ٤ | التأثير | ٤ | | |
| ---- | | | | -- | ٢٦ | ١٩ | ١٢ | ٥ | التعديل | ١ | التنظيم Meta Regulatio |
| ٢٧ | ١٣ | ٦ | -- | -- | -- | ٣٣ | ٢٠ | الصيانة | ٢ | | |
| ---- | | | | ٣٤ | ٢٨ | ٢١ | ١٤ | ٧ | التقليل | ٣ | |

كفاءة مقياس حالة ما وراء المزاج:

(١) الصدق **Validity**:

تم التأكد من صدق مقياس حالة ما وراء المزاج بعد تطبيقه على المشاركات بالدراسة الاستطلاعية من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة المقياس الفرعي الذي تنتمي إليه هذه المفردة، ويوضح جدول (٥) معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة المقياس الذي تنتمي إليه.

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس حالة ما وراء المزاج ودرجة المقياس الذي تنتمي إليه هذه المفردة (ن = ٤٥)

| ما وراء التنظيم Meta Regulation | | | | | | ما وراء التقييم Meta Evaluation | | | | | | | |
|--|--------|----------------|--------|----------------|--------|--|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| التقليل | | الصيانة | | التعديل | | التأثير | | المطابقة | | التقبل | | الوضوح | |
| معامل الارتباط | الفقرة | معامل الارتباط | الفقرة | معامل الارتباط | الفقرة | معامل الارتباط | الفقرة | معامل الارتباط | الفقرة | معامل الارتباط | الفقرة | معامل الارتباط | الفقرة |
| **٠.٧٦ | ٧ | **٠.٦٣ | ٦ | **٠.٧١ | ٥ | **٠.٥٤ | ٤ | **٠.٦٩ | ٣ | **٠.٧٢ | ٢ | **٠.٦٣ | ١ |
| **٠.٥٧ | ١٤ | **٠.٦١ | ١٣ | **٠.٧٧ | ١٢ | **٠.٥١ | ١١ | **٠.٨٢ | ١٠ | **٠.٦٩ | ٩ | **٠.٥٤ | ٨ |
| **٠.٦٣ | ٢١ | **٠.٥٩ | ٢٠ | **٠.٦٣ | ١٩ | **٠.٤٨ | ١٨ | **٠.٧٦ | ١٧ | **٠.٨٥ | ١٦ | **٠.٧٦ | ١٥ |
| **٠.٥٧ | ٢٨ | **٠.٤٥ | ٢٧ | **٠.٥٧ | ٢٦ | **٠.٥٧ | ٢٥ | **٠.٧٣ | ٢٤ | **٠.٧٨ | ٢٣ | **٠.٦٢ | ٢٢ |
| **٠.٧٩ | ٣٤ | | | | | **٠.٦١ | ٣٢ | **٠.٨١ | ٣١ | **٠.٨٢ | ٣٠ | **٠.٧١ | ٢٩ |
| | | | | | | **٠.٦٨ | ٣٨ | **٠.٨٧ | ٣٧ | **٠.٧٦ | ٣٦ | **٠.٨٤ | ٣٥ |

** دال عند مستوى ٠.٠١

(٢) الثبات **Reliability**:

تم التأكد من ثبات مقياس حالة ما وراء المزاج بعد تطبيقه على المشاركات بالدراسة الاستطلاعية من خلال حساب معاملات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لسبيرمان - براون وجتمان، ويوضح جدول (٦) معامل الثبات لمقياس حالة ما وراء المزاج.

جدول (٦)

معاملات الثبات لمقياس حالة ما وراء المزاج باستخدام ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لسبيرمان - براون وجتمان (ن = ٤٥)

| معاملات الثبات | | ألفا كرونباخ | المقاييس الفرعية | م | الأبعاد |
|-----------------|-----------------|--------------|-------------------------------|---|------------------------------------|
| التجزئة النصفية | | | | | |
| جتمان | سبيرمان - براون | | | | |
| ٠.٥٧ | ٠.٤٨ | ٠.٤٧ | الوضوح | ١ | ما وراء التقييم Meta Evaluation |
| ٠.٦٨ | ٠.٦١ | ٠.٥٩ | التقبل | ٢ | |
| ٠.٧٤ | ٠.٦٣ | ٠.٦٢ | المطابقة | ٣ | |
| ٠.٦٩ | ٠.٥٨ | ٠.٥٦ | التأثير | ٤ | |
| ٠.٤٤ | ٠.٤٥ | ٠.٣٧ | التعديل | ١ | ما وراء التنظيم Meta Regulation |
| ٠.٥٦ | ٠.٤٦ | ٠.٤٥ | الصيانة | ٢ | |
| ٠.٦٤ | ٠.٥٣ | ٠.٥٢ | التقليل | ٣ | |
| ٠.٨٩ | ٠.٨٨ | ٠.٧٩ | مقياس حالة ما وراء المزاج ككل | | |

٣- برنامج للعلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج لأمهات أطفالهن ذوو اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحثين)
أ- مصادر إعداد برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج لأمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

اعتمد الباحثان في إعداد برنامج للعلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج لأمهات أطفالهن ذوو اضطراب طيف التوحد، عدداً من المصادر، وهي:
- الاطلاع على معظم كتابات (Hayes et (1999, 2004, 2006, 2008, 2012)
al., مؤسس العلاج بالقبول والالتزام، وكتابات مجموعة من زملائه ك Harris, 2007، وRuiz, 2010، و Moran, 2012 حيث أكدوا على فعالية العلاج بالقبول والالتزام كأحد التدخلات العلاجية الحديثة.

- الاطلاع على الدراسات والبحوث ذات صلة في مجال للعلاج بالقبول والالتزام للأفراد العاديين (Zettle, 2003؛ Perterson et al., 2009؛ Bohlmeijer et al., 2011؛ إيمان أحمد راشد، ٢٠١٣؛ نهال لطفي حامد وآخرون، ٢٠١٣؛ Livheim et al., 2015؛ Parsa et al., 2015؛ Fard et al., 2016)، وذوى الاحتياجات الخاصة (أشرف محمد عطية، ٢٠١١؛ Kowalkowski, 2012؛ Poddar et al., 2015؛ أمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦؛ هيام حسن عبد الرحمن الخشت، ٢٠١٨)، وللمراهقين المعاقين بصرياً (محمد عبد العظيم أحمد سيد، ٢٠١٨؛ آية إسماعيل محمد محمد، ٢٠٢٠)، وآباء الأطفال الذين يعانون من مرض يهدد الحياة على التكيف (Burke et al., 2014)، وأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد (أشرف محمد محمد عطية، ٢٠١١؛ Montgomery, 2015؛ أمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦؛ Bidaki & Jahangiri, 2019؛ Salimi et al., 2019).
- مراحل وأسس ومبادئ وافتراضات وفنيات العلاج بالقبول والالتزام، وآثار خصائص وسمات ذوي اضطراب طيف التوحد على الجوانب الأسرية بصفة عامة، وعلى أمهاتهم بصفة خاصة، كما جاء في الإطار النظري والمفاهيم الأساسية للدراسة الحالية.
- ب- أهداف برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج
لأمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد
(١) الهدف العام لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام:
يتمثل الهدف العام الدراسة الحالية في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، باستخدام العلاج بالقبول والالتزام، وباستخدام فنياته إزالة الاندماج المعرفي، الذات كسياق، التواصل مع اللحظة الراهنة، القبول، القيم، التصرف الالتمام.
- (٢) الأهداف الفرعية لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام:
 - تعريف أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " بمفهوم العلاج بالقبول والالتزام ACT، وذكر أهميته وأهدافه، ومكوناته وأسس، وسبب اختياره.
 - مساعدة أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " على فهم طبيعة ومعنى حالة ما وراء المزاج وأبعادها، مع بيان أسباب انخفاضها، وأبرز سمات خبرة ما وراء المزاج.
 - تمكين أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " استخدام أساليب علاجية لتحسين حالة ما وراء المزاج باستخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام ACT.

- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " على زيادة المرونة النفسية لديهم من خلال فنيات العلاج بالقبول والالتزام **ACT** .
- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " على الملاحظة الذاتية للأفكار والمشاعر .
- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " في تحسين حالة ما وراء المزاج في وجود طفلهن ذي اضطراب طيف التوحد .
- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " على تبني قيم في حياتهم، على أن تكون أفعالهم متفقة مع تلك القيم .
- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " على تحديد أهدافهم في الحياة .

(٣) الهدف الإجرائي لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام:

تحسين درجات المشاركات ببرنامج العلاج بالقبول والالتزام **ACT** على مقياس حالة ما وراء المزاج المستخدم بالدراسة الحالية.

ج- مخطط جلسات برنامج العلاج بالقبول والالتزام **ACT** في تحسين حالة ما وراء المزاج لأمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

اشتمل البرنامج العلاجي بالقبول والالتزام **ACT** لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد لتحسين حالة ما وراء المزاج على (١٦) ست عشرة جلسة علاجية، طبقت بصورة جماعية، استغرقت كل جلسة ما بين (٦٠ - ٩٠ دقيقة)، تخللها فترة راحة، يبدأ فيها أفراد المجموعة العلاجية تنفيذ بعض الأنشطة الخاصة بالجلسة كالتفكير في أساليب إبداعية؛ لإدارة ذواتهن إدارة فعالة، تجعلهن تتجنبن الضغوط التي تسبب لهن تغييراً في حالتهم المزاجية، وجعلهن أكثر وعياً بحالتهم المزاجية، أو أساليب إبداعية؛ لتنفيذ بعض أنشطة الجلسة قبل العودة مرة أخرى إلى إجراءات الجلسة، بواقع جلستين أسبوعياً، يومي: الثلاثاء، والأربعاء من كل أسبوع، ويوضح جدول (٧) جلسات برنامج العلاج بالقبول والالتزام **ACT**، ومراطه، وعنوان كل جلسة في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

جدول (٧)

جلسات برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT، ومراحله، وعنوان وفتيات كل جلسة في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد

| المرحلة | عنوانها | الجلسات الإرشادية | الفتيات المستخدمة | رقم الجلّسة | | |
|---------|---|-----------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------|----|
| الأولى | وضع خط الأساس والتهيئة للتدخل الإرشادي لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد | تعريف وتعريف | المناقشة والحوار، الإلتزام السلوكي، التعزيز الاجتماعي . | ١ | | |
| | | التعريف باضطراب طيف التوحد | | ٢ | | |
| | | التعريف بحالة ما وراء المزاج | | ٣ | | |
| | | التعريف بالعلاج بالقبول والالتزام | | ٤ | | |
| الثانية | التدخل العلاجي بالقبول والالتزام ACT | التدريب على مراقبة افكارك | المناقشة والحوار، تغذية راجعة، إزالة الاندماج المعرفي، حمل البطاقة، طرفي النقيض، تمرين التكرار . | ٥ | | |
| | | مرونة رؤية الذات | المناقشة والحوار، الذات كسياق، إذا لم أكن ذلك، تمرين ملاحظة الأفكار والمشاعر، استعارة رقعة الشطرنج . | ٦-٧ | | |
| | | القبول كبديل للتجنب الخبراتي | الحوار، تغذية راجعة، القبول، فنية الاستعداد، فنية متناقضة السيطرة، تمرين اللوم، استعارة ضيف يقف على الباب | ٨-٩ | | |
| | | الاستبصار بالقيم | المناقشة والحوار، إيضاح القيم، ماذا لو لم يعرف أحد | ١٠ | | |
| | | التدريب على الهنا والآن | المناقشة والحوار، فنية اليقظة العقلية، التغذية الراجعة | ١١-١٢ | | |
| | | اتخاذ اجراءات فعالة | المناقشة والحوار، التصرف الإلتزامي، ربط القيم بالأهداف، تجاوز العوائق . | ١٣-١٤ | | |
| | | الثالثة | إنهاء التدخل العلاجي بالقبول والالتزام ACT | تقويم برنامج العلاج بالقبول والالتزام | المحاضرة، والمناقشة والحوار | ١٥ |
| | | | | متابعة أثر برنامج العلاج بالقبول | | ١٦ |

| | | | | |
|--|--|-----------|--|--|
| | | والالتزام | | |
|--|--|-----------|--|--|

د - فنيات برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT:

يقصد بإزالة الاندماج المعرفي فصل الأفكار والمشاعر السلبية عن الأحداث الشخصية، وبالتالي يصبح الشخص أكثر مرونة، ويتحقق ذلك من خلال: حمل بطاقة، طرفي النقيض، تمرين التكرار.

(١) فنيات العلاج بالقبول والالتزام:

(أ) إزالة الاندماج المعرفي:

يقصد بإزالة الاندماج المعرفي فصل الأفكار والمشاعر السلبية عن الأحداث الشخصية، وبالتالي يصبح الشخص أكثر مرونة، ويتحقق ذلك من خلال: حمل بطاقة، طرفي النقيض، تمرين التكرار.

(ب) الذات كسياق:

تهدف الذات كسياق إلى تنمية وعي الافراد بالذات دون التعلق بالأفكار، ويتحقق ذلك من خلال: تمرين ملاحظة الأفكار والمشاعر، استعارة لعبة الشطرنج، إذا لم أكن ذلك.

(ج) التواصل مع اللحظة الراهنة:

تهدف عملية التواصل مع اللحظة الراهنة أن يكون الشخص أكثر مرونة، والتواصل مع اللحظة الحاضرة ويتحقق ذلك من خلال: اليقظة العقلية (تمرين التنفس).

(د) القبول:

وتعنى بقبول المشاعر والأحاسيس والأفكار غير مقبولة بدلاً من تجنبها ويتحقق ذلك من خلال: الاستعداد، تمرين لعبة اللوم، استعارة ضيف يقف على الباب، فنية متناقضة السيطرة.

(هـ) القيم:

تُعد القيم الغاية التي يسعى الفرد لتحقيقها، للاستمتاع بحياته في مجال من مجالات الحياة، ويتحقق ذلك: إيضاح القيم، ماذا لو لم يعرف أحد.

(و) التصرف الالزامي:

هو التزام الفرد بما يتناسب مع ما يخدم قيمه، ويتحقق ذلك من خلال أساليب تعديل السلوك ويتحقق ذلك من خلال: ربط القيم بالأهداف، تجاوز العوائق.

(٢) الفنيات المساعدة " المساندة " "

(أ) المحاضرة:

استخدم الباحثان أسلوب المحاضرة لتعريف المشاركات ببرنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT باضطراب طيف التوحد، وخصائصه، وسماته، والعلاج بالقبول والالتزام، ومبادئه، وأسس وفنياته، ومواعيد الجلسات، وأدوارهن بالجلسات، وحالة ما وراء، ومكوناتها.

(ب) المناقشة والحوار:

استخدم الباحثان أسلوب المناقشة والحوار؛ للتعرف على أبرز الضغوط التي تواجهها أمهات أطفال اضطراب التوحد بعد تشخيص أطفالهن باضطراب طيف التوحد، ومدى تأثير ذلك على حالتهم المزاجية، وكيفية تغلبهن أو التعايش مع تلك الضغوط بشكل تقليدي.

نتائج الدراسة ومناقشتها

١- نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

ينص الفرض الأول على أنه: " يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " في القياسين القبلي والبعدي لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT على مقياس حالة ما وراء المزاج لصالح القياس البعدي " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بتطبيق مقياس حالة ما وراء المزاج على أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " قبل تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT (التطبيق القبلي)، ثم أعيد تطبيق المقياس مرة أخرى على أفراد المجموعة أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " أنفسهم بعد انتهاء تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT (التطبيق البعدي)، ويوضح جدول (٨) دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " على مقياس حالة ما وراء المزاج بأبعاده في التطبيقين القبلي والبعدي باستخدام اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks " للأزواج المرتبطة.

جدول (٨)

دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد على مقياس حالة ما وراء المزاج وأبعاده قبل تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT وبعده (ن = ٧)

| قيمة " Z " | الرتب المتعادلة | الرتبة الموجبة | | | الرتب السالبة | | | المقاييس الفرعية | أبعاد حالة ما وراء المزاج |
|------------|-----------------|----------------|-------------|---|---------------|-------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | مجموع الرتب | متوسط الرتب | ن | مجموع الرتب | متوسط الرتب | ن | | |
| ٢.٤٢ ** | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | ٠ | ٠ | ٠ | الوضوح | ما وراء التقييم Meta Evaluation |
| ٢.٤٢ ** | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | ٠ | ٠ | ٠ | التقبل | |
| ٢.٣٩ ** | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | ٠ | ٠ | ٠ | المطابقة | |
| ٢.٤٠ ** | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | ٠ | ٠ | ٠ | التأثير | |
| ٢.٣٨ ** | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | ٠ | ٠ | ٠ | ما وراء التقييم Meta Evaluation | |
| ٢.٤٦ ** | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | ٠ | ٠ | ٠ | التعديل | ما وراء التنظيم Meta Regulation |
| ٢.٤٢ ** | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | ٠ | ٠ | ٠ | الصيانة | |
| ٢.٤٢ ** | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | ٠ | ٠ | ٠ | التقليل | |
| ٢.٣٩ ** | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | ٠ | ٠ | ٠ | ما وراء التنظيم Meta Regulation | |

** دال عند مستوى دلالة ٠.٠١

يتضح من جدول (٨) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد" في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي؛ مما يعني تحسن درجاتهن على مقياس حالة ما وراء المزاج بعد تعرضهن لبرنامج العلاج

بالقبول والالتزام ACT نتيجة استخدام بعض الفنيات المنتقاة للبرنامج التي أدت إلى تعديل وصيانة حالة ما وراء المزاج لديهن.

وتتسق نتائج هذا الفرض مع ما أسفرت عنه نتائج عديد من الدراسات ذات الصلة بفعالية برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT في تنمية استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Salimi et al., 2019)، و تنمية المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠١٦؛ Bidaki & Jahangiri, 2019)، وتغيير نوعية الحياة عبر مستويات العلاج، وخفض الاكتئاب ولأولياء أمور الاطفال المصابين بالتوحد (Montgomery, 2015)، تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم لدى المجموعة التجريبية (أشرف محمد محمد عطية، ٢٠١١)، وخفض إجهاد ما بعد الصدمة PTSS وتحسين المرونة النفسية واليقظة العقلية لأباء الأطفال الذين يعانون من مرض يهدد الحياة؛ مما ساعدهم على التوافق (Burke et al., 2014).

كما تتفق هذه النتائج مع ما أظهرته الأدبيات البحثية والأطر التنظيرية، حي أوضحت Goldman et al., (1996) أن اعتدال المزاج والتخلص من أعراض المرض يرتبط ارتباطاً دالاً إحصائياً بالميل إلى تقييم وتقويم المزاج، وما أشار إليه زياد بن أحمد بن عبد الله بالحر (٢٠١٤) بأن العمل على تعديل المزاج بصورة إيجابية يأتي في سياق تنظيم المزاج مما يساعد على تفادي المخاطر والمؤثرات على الفرد، وخصوصاً عندما يكلف الفرد بإدارة مهمة أو التزام عليه، وبناءً على ذلك فإن جميع الأفكار السلبية التي يتبناها والتي اضطراب طيف التوحد ويعتقدونها عن ذواتهم أو عن الآخرين ما هي إلا خبران مزاجية سيئة حدثت في السابق وما زال لها أثر قوي على حالته الوجدانية في الحاضر، وهذا مما يعوقه عن إمكانية التبصر الانفعالي، وإيجاد صور إيجابية ومعتدلة عن نفسه والآخرين، وبالتالي الاستمرار في حمل تلك الأفكار السلبية والبقاء في دائرة الاضطراب النفسي، وعلية يمكن القول أن تقييم وتقويم المزاج وسيلة تساعد ذوي المشكلات على تعديل مزاجه إيجابياً، ومع ما ذكره Hayes & Fletcher (2005, 327) بأن العلاج بالقبول والالتزام يهدف إلى مساعدة الأفراد لاستخدام المهارات والعمليات العقلية بشكل إيجابي على التعامل مع المشاعر المؤلمة التي تصاحب الموقف الإشكالي، والبعد عن المخاوف، وبناء العديد من العلاقات الاجتماعية الجيدة، والوصول إلى أهداف قصيرة وطويلة المدى لحياة العميل، ويستخدم في العلاج بالقبول والالتزام التدريبات

والاستعارات لتجاوز قيود الكلمات ويتم تدريب العملاء على زيادة الوعي باللحظة الحاضرة عن طريق مواجهة الأحداث الخاصة التي تجنّبها سابقاً.

كما تتفق نتائج هذا الفرض مع ما جاء في أدبيات البحث النفسي، والإطار النظري بأن مشاركة الوالدين بصفة عامة، والأمهات بصفة خاصة، وإكسابهم أبرز أساليب ومبادئ رعاية أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد، وإستراتيجيات تعليمهم وتأهيلهم، يزيد من التفاعل الاجتماعي لأطفالهم الذاتيين مع الآخرين، ولذلك تُعزى فعالية العلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد لما يلي:

١- تركيز برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT على مناقشة أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد" بطبيعة اضطراب طيف الذاتوية، وأبرز أعراضه، ومحاكات تشخيصه، وأبرز استراتيجيات تأهيل ورعاية أطفال طيف الذاتوية، ومبادئ وفنيات برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT، وبيان أدوار الوالدين ومساهماتهم في التدخلات التأهيلية بصفة عامة، أدوار الأمهات ومساهمتهن في التدخلات التأهيلية بصفة خاصة؛ مما ينعكس على تحسين حالة ما وراء المزاج لديهن، حيث أصبحت نتيجة لذلك، كل أم من أمهات أفراد المجموعة العلاجية قادرة على أن تحدد أدوارها في تأهيل طفلها ذي اضطراب طيف التوحد، والتي تؤدي إلى تحسن حالة ما وراء المزاج لديها بشكل مباشر أو غير مباشر والانسجام والتأقلم بالمحيطين " المطابقة"، وتغيير مزاجهن " التعديل"، والتخفيف من آثار الوصمة الذاتية والاجتماعية بعد تشخيص طفلها باضطراب طيف التوحد " التقليل" كأحد أبعاد ما وراء التقييم والتنظيم لحالة ما وراء المزاج.

٢- أسهم برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT من خلال جلساته في تدريب أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد" على أسس وفنيات العلاج بالقبول والالتزام التي استمدت من نظرية إطار العلاقات (RFT) Relational Frame Theory؛ لبيان التفاعل المتداخل والمعقد لعلميات التفكير في علاقتها بالسلوك، لتوفير إطار مفاهيمي للقدرة على ربط الأحداث على نحو فردي ومجتمعي متبادل، لاعتمادها على عمليات الاهتمام والقبول، وعمليات الالتزام وتغيير السلوك؛ وذلك من أجل تحقيق المرونة النفسية، والتي تمثل القدرة على الاتصال باللحظة الحالية تماماً كوجود إنساني مدرك وشعوري للتغيير لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، ومن أمثلة الأنماط الاستجابية للمرونة النفسية ما يلي:

أ- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية للاستجابة وفقاً لنمط الاستجابة المفتوحة، والتي تظهر في مكوني القبول والتحرر من الاندماج المعرفي، ويدعمان الانفتاح على اللحظة الراهنة، والتحرر من الماضي والمستقبل؛ لمعايشة اللحظة الراهنة؛ كأساس لنموذج المرونة النفسية، والتي تمكن الباحثان من تدريب أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد استناداً للحديث الداخلي للذات -Self Inner Speech بوجه عام والتمسك بحديث الذات الإيجابي Positive self-talk، والبعد عن حديث الذات السلبي Negative self-talk للتخلص من الوصمة الذاتية والاجتماعية حول تشخيص أطفالهن باضطراب طيف التوحد.

ب- تدريب أفراد المجموعة العلاجية على نمط الاستجابة المركزي، والذي يظهر في مكوني الذات كسياق والحضور اللحظي وهما مكونين حاسمين في بنية المرونة النفسية، حيث ساعد الباحثان أفراد المجموعة العلاجية للوصول إلى حالة الذات كسياق؛ مما مكّنهن من مراقبة النشاط الذهني كال تفكير والنشاط اللفظي، مما يجعله قادر على توفير مساحة نفسية تولد لديه شعوراً بالتحرر من سيطرة الذات السلبية بوصف أطفالهن ذوي اضطراب طيف توحّد، مما يجعلهن أكثر هدوءاً وشعوراً باللحظة الراهنة " أن أبذل أقصى ما في وسعي وجهدي لرعاية وتأهيل طفلي ذي اضطراب طيف التوحد " مما يولد لديه شعوراً بالسلام الداخلي.

ج- إتاحة فرصة أكبر لأفراد المجموعة العلاجية عبر جلسات البرنامج لظهور نمط الاستجابة الملتزم، من خلال مكوني القيم والتصرف الالتزامي، فيؤدي الاستبصار بالقيم إلى إمكانية الذات الواعية من التحرر من سيطرة النشاط اللفظي والأفكار وتحقيق الغايات الكبرى للوجود الإنساني، وكذلك فإن التصرف الالتزامي يدعم القيم ويساعد على البناء النفسي ككل.

٣- نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

ينص الفرض الثاني على: " لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " على مقياس حالة ما وراء المزاج في التطبيق البعدي، ودرجاتهم في التطبيق التتبعي على المقياس نفسه بعد مضي شهر من إنهاء تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بتطبيق مقياس حالة ما وراء المزاج وأبعاده على أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " بعد انتهاء برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT (التطبيق البعدي)، ثم أعيد تطبيق المقياس مرة أخرى على أفراد المجموعة العلاجية أنفسهم بعد مضي شهر من انتهاء تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام



ACT (التطبيق التتبعي)، ويوضح جدول (٩) دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة العلاجية أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد " على مقياس حالة ما وراء المزاج بأبعاده في التطبيقين البعدي والتتبعي باستخدام اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks " للأزواج المرتبطة.

جدول (٩)

دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة العلاجية " أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد على مقياس حالة ما وراء المزاج وأبعاده في التطبيقين البعدي والتتبعي لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT وبعده (ن = ٧)

| قيمة " Z " | الرتب المتعادلة | الرتبة الموجبة | | | الرتب السالبة | | | المقاييس الفرعية | أبعاد حالة ما وراء المزاج |
|------------|-----------------|----------------|-------------|---|---------------|-------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | مجموع الرتب | متوسط الرتب | ن | مجموع الرتب | متوسط الرتب | ن | | |
| * ٢.٢١ | ١ | ٠ | ٠ | ٠ | ٢١ | ٣.٥٠ | ٦ | الوضوح | ما وراء التقييم Meta Evaluation |
| ** ٢.٣٩ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | التقبل | |
| ** ٢.٤٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٢٨ | ٤ | ٧ | المطابقة | |
| NS ١.٧١ | ٠ | ٤ | ٢ | ٢ | ٢٤ | ٤.٨٠ | ٥ | التأثير | |
| NS ٢.١٢ | ٠ | ٢٦.٥٠ | ٤.٤٢ | ٦ | ١.٥٠ | ١.٥٠ | ١ | ما وراء التقييم Meta Evaluation | |
| NS ٢.٠٨ | ٠ | ٢ | ٢ | ١ | ٢٦ | ٤.٣٣ | ٦ | التعديل | ما وراء التنظيم Meta Regulation |
| NS ١.٣٩ | ٠ | ٢٢ | ٥.٥٠ | ٤ | ٦ | ٢ | ٣ | الصيانة | |
| ٠.٦٩ NS | ٠ | ١٠ | ٥ | ٢ | ١٨ | ٣.٦٠ | ٥ | التقليل | |
| NS ١.٣٩ | ٠ | ٢٢ | ٥.٥٠ | ٤ | ٦ | ٢ | ٣ | ما وراء التنظيم Meta Regulation | |

* دال عند مستوى دلالة ٠.٠١

* دال عند مستوى دلالة ٠.٠٥

NS غير دال إحصائياً.

يتضح من جدول (٩) عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة العلاجية "أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد" على بعد ما وراء التقييم ومقياس التأثير، وبعد ما وراء التنظيم ومقاييسه الثلاثة، مما يعنى استمرارية فعالية برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT في تلك الأبعاد ومقاييسها، في حين وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة العلاجية "أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد" في مقاييس بعد ما وراء التقييم الثلاثة: الوضوح، والتقبل، والمطابقة في اتجاه القياس التتبعي؛ مما يعنى استمرارية فعالية برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT في مقاييس بعد ما وراء التقييم، ويُعزي الباحثان هذا إلى اكتساب أفراد المجموعة العلاجية مهارات تمكنهم من وضوح وتقبل حالتهم المزاجية، بل تعديل هذه الحالة نتيجة ما يواجهونه من أحداث الحياة اليومية الضاغطة ذات الصلة بخصائص وسمات اضطراب طيف التوحد.

وتتسق نتائج هذا الفرض وهي استمرارية أثر برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج وأبعاده لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بعد مضي شهر من انتهاء تطبيق البرنامج مع نتائج عديد من الدراسات ذات الصلة، حيث أوضحت نتائج دراسة آمال إبراهيم الفقي (٢٠١٦) عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أمهات أطفال الأوتيزم في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس المرونة النفسية وأبعاده لدى أمهات أطفال الأوتيزم، وما توصلت إليه نتائج دراسة أشرف محمد عطية (٢٠١١) من عدم وجود في القياسين البعدي والتتبعي لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT على مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم، وما أشارت إليه دراسة (Poddar et al., 2015) من تحسن الحالة المزاجية لآباء وأمهات الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، وذلك من خلال انخفاض مستوى القلق والاكتئاب لديهم.

ويُعزي الباحثان استمرارية أثر برنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أفراد المجموعة العلاجية "أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد" إلى ما تم التركيز عليه عبر جلسات البرنامج في إكسابهن عدد من إستراتيجيات تعديل حالتهم المزاجية، إضافة إلى عدد من العوامل، منها:

- رغبة أفراد المجموعة العلاجية في مواجهة الوضع الحالي وضوح ومطابقة الحالة المزاجية لديهم، ومعرفة أن ما يقومون به يحول حياتهم إلى الأسوأ على المدى الطويل، وتضيق وقتهم،

وتستنزف طاقتهم، وتؤثر سلبًا على صحتهم، مما يؤدي إلى زيادة ضغوط أحداث الحياة اليومية، وتقليل من فعالية إستراتيجيات مواجهتها.

• كان لاستخدام فنية القبول الأثر الفعال في تركيز أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد على قبول أفكارهم ومشاعرهم الكامنة وراء تشخيص أطفالهن باضطراب طيف التوحد، وتعريفهن بأن القبول يتضمن نوع من المواجهة والتقبل الواعي، كما ساعد القبول على الكشف عن الجمود الداخلي وتنظيم انفعالات بشكل أكبر وفاعلية، وبشكل يسمح بالتخفيف من مشاعر السلبية تجاه الوصمة أو الإنكار، وخلق مزيد من المرونة النفسية؛ تساعد على تعديل سلوكهن الراهن تجاه مشكلاتهن الحياتية؛ مما يزيد من وعيهم بحالتهم المزاجية، وتعديل هذه الحالة في ظل ما يواجهون من ضغوط وعقبات في رعاية أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد.

• ساهمت فنية الذات كسياق تنمية وعي أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بذواتهن والخبرات التي يمرن بها في رعاية وتأهيل وتعليم أطفالهن دون التعلق بالأفكار السلبية تجاه جهدهن في رعاية أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، وخلق نوع من إعادة الثقة بالنفس وتقبل سلوك أطفالهن المُشكل.

• استخدم الباحثان ببرنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT فنية التواصل مع اللحظة الراهنة، والتي كان لها تأثيرها في اعترافهن بما يعانين من مشاعر مؤلمة؛ كنتيجة نتيجة طبيعية لتشخيص أطفالهن باضطراب طيف التوحد، وما يفرضه ذلك عليهن من صعوبات في رعاية أطفالهن وتعليمهم، نتيجة سمات وخصائص هذا الاضطراب التي لا يتقبلها المحيطون من جهة، وما يسببه هذا التشخيص من ضغوط في ظل الافتقار للتدخلات العلاجية بإشراك الوالدين بمراكز التأهيل والرعاية من جهة أخرى، وأن عليهن قبول هذه المشاعر وعدم تغييرها لأن محاولة التخلص منها يزيد من حدتها ولتحقيق ذلك يمكن استخدام فنية هنا والآن أو التواصل مع اللحظة الراهنة.

• ساعد استخدام الباحثين لفنية القيم وإيضاحها واتفاقها مع أولويات كل أم من الأمهات المشاركات ببرنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT أن يدركن أن هناك فرق بين هدف لا يمكن تحقيقه أن يكونوا أفراد أسوياء وبين أولويات تجربهم أن يكونوا هنا والآن يتعاملوا معها وقدرات على القيام بها في (الحاضر والمستقبل المأمول)، ومساعدتهن على ترتيب وتوضيح

قيمهن كان له التأثير الإيجابي في خلق نوع من مرونة وتخلص من جمود الداخلي من خلال التفاعل مع الآخرين.

- كما كان لاستخدام الباحثين لفنية التصرف الملتزم الأثر الفعال على مساعدة كل أم من الأمهات المشاركات ببرنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT على الالتزام في تحديد القيم المناسبة لتغيير حالتهم المزاجية السلبية إلى حالة مزاجية إيجابية تتناسب مع تلك القيم.

ثانياً: توصيات ومقترحات الدراسة

بناء على ما أسفرت الدراسة عنه من نتائج عن أثر واستمرارية ذلك الأثر لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام ACT في تحسين حالة ما وراء المزاج لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، صيغت التوصيات كما يلي:

- 1- إجراء مزيد من الدراسات للتحقق من أثر استخدام مكونات برة ما وراء المزاج في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.
- 2- الاهتمام بمشاركة والدي أطفال اضطراب طيف التوحد بالتدخلات " البرامج العلاجية/ الإرشادية "؛ لتحسين الجوانب الانفعالية والاجتماعية، وتدريبهم على المهارات المراد إكسابها لأطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد.
- 3- إتاحة الفرصة لمشاركة والدي أطفال اضطراب طيف التوحد بالندوات وورش عمل التوعوية عن مستجدات إستراتيجيات وبرامج تأهيل أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد؛ لتبصيرهم بإجراءات تنفيذها مع أطفالهم بالمنزل.

قائمة المراجع

أبو زيد سعيد الشويقي (٢٠٠٨). ما وراء المزاج وعلاقته بمركز التحكم واتخاذ القرار وسنوات الخبرة لدى عينة من مديري المدارس، *مجلة كلية التربية بالزقازيق*، (٥٩)، ٣٢١ - ٣٦٥.

أحمد العلوان (٢٠١١). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية وأنماط التعلق لدى طلبة الجامعة في ضوء متغيري التخصص والنوع الاجتماعي للطلاب، *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، ٧ (٢)، ١٢٥ - ١٤٤.

أحمد محمد شبيب (٢٠١٩). فعالية برنامج تدريبي في رفع مستوى ما وراء المزاج وأثره في الكفاءة الذاتية الأكاديمية لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، *مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، ١٦ (١)، يونيو، ٣٤١ - ٣٧٦.

أشرف محمد عطية (٢٠١١). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم، *دراسات عربية في علم النفس*، ١٠ (٣)، يوليو، ٤٢٩ - ٤٨٤.

آمال إبراهيم الفقي (٢٠١٦). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، *مجلة الإرشاد النفسي*، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، (٤٧) ج ٢، أغسطس، ٩٣ - ١٣٦.

أمل كاظم ميرة، ميسون حامد طاهر. (٢٠١٨). سمة ما وراء المزاج وعلاقتها بتنظيم الذات لدى طلبة الجامعة، *حوليات آداب عين شمس*، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ٤٦، يوليو، ٢٤٦-٢٦٥.

آية إسماعيل محمد محمد (٢٠٢٠). *فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصرياً*، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة أسيوط.

إيمان أحمد راشد (٢٠١٣). *دراسة تدخلية مقارنة لمدى فعالية ثلاثة طرز من الموجة الثالثة للعلاج السلوكي: العلاج السلوكي الجدلي والعلاج بنسق التحليل المعرفي والعلاج بالقبول والالتزام في خفض حدة أعراض اضطراب التوافق الحاد المصحوب بالمزاج الاكتابي لدى الأطفال*، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.

بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٧). *إرشاد نوي الحاجات الخاصة وأسرههم*، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

خالد سعد سيد القاضي (٢٠١٠). فعالية برنامج إرشادي في خفض ضغوط الوالدية لدى والدي الأطفال التوحديين، *دراسات تربوية واجتماعية*، ١٦(٢)، أبريل، ٢٣٩-٢٧١.

خضر مخيمر أبو زيد، مصطفى عبد المحسن الحديبي (٢٠١٣). نمذجة العلاقات بين أساليب التفكير في ضوء نظرية التحكم العقلي الذاتي لستيرنبرج والعوامل الخمس الكبرى للشخصية لجولديبيرج وحالة ما وراء المزاج لدى طلاب الجامعة، *مجلة كلية التربية بالوادي الجديد*، (١٢) ج ١، نوفمبر، ١ - ٨٩.

رأفت عبد الرحمن محمد (٢٠١٠). برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة، *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية*، (١)٢٨، ٣٥ - ٨٦.

زياد بن أحمد بن عبد الله بالحر (٢٠١٤). *فعالية برنامج إرشادي جمعي لتحسين خبرة ما وراء المزاج لدى مرضى الاكتئاب*، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإدارية والاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

زينب محمد أمين محمد. (٢٠١٨). ما وراء المزاج لدى أعضاء هيئة التدريس وعلاقته بالذكاء الاجتماعي، *المجلة التربوية*، كلية التربية، جامعة سوهاج، (٥٣) يوليو، ١٧٦ - ٢٢٦.

سالي دقة (٢٠١٣). *الضغوط النفسية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى والدي الأطفال الأوتيزم*، رسالة ماجستير، جامعة غزة.

سالي صلاح عنتر (٢٠١٥). فعالية برنامج لتنمية مهارات إدارة التفكير في تطوير سمة ما وراء المزاج وتحسين مستوى الشعور الذاتي بالسعادة النفسية لتدعيم المعلمين قبل الخدمة، *مجلة الإرشاد النفسي*، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، (٤٤)، ديسمبر، ١٤٤-٢٤١.

سالي صلاح عنتر (٢٠١٧). التفكير فوق المعرفي والعوامل الشخصية الكبرى والتفاوت والتشاؤم كمنبئات بسمة ما وراء المزاج لدى طلبة الجامعة، *مجلة الدراسات التربوية والنفسية*، كلية التربية، جامعة الزقازيق، (٩٥)، أبريل، ٢٢٩-٣١٦.

سعد محمد سعد المقبل (٢٠١٢). *خبرة ما وراء المزاج " السمة - الحالة" وعلاقتها بالسلوك العدوانى لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض*، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

السيد سعد الخميسي (٢٠١١). *الضغوط الأسرية كما يدركها أباء وأمهات الأطفال والمراهقين التوحديين، مجلة كلية التربية بالمنصورة، (٧٦) ج ١، مايو، ١ - ٤٢.*

صفا بهاء مكي العطية، علي محمود كاظم الجبوري (٢٠١٦). *خبرة ما وراء المزاج وعلاقتها بالاغتراب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة، مجلة جامعة بابل، كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة بابل، ٢٤، (١)، ٩٠-١٠٥.*

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢). *سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة: (١) الأطفال التوحديون دراسات تشخيصية وبرامجيه، القاهرة: دار الرشاد.*

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢). *سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة: (٢) جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً، القاهرة: دار الرشاد.*

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤). *الإعاقات العقلية، القاهرة: دار الرشاد.*

عادل عبد الله محمد، وعبير أبو المجد محمد (٢٠٢٠). *مقياس جيليام التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب التوحد، الإصدار الثالث GARS-3 "كراسة التعليمات"، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.*

عبد الرقيب أحمد البحيري، مصطفى عبد المحسن الحديبي، دعاء محمد محمد سيد (٢٠٢٠). *الانتباه المشترك لأطفال طيف التوحد " دليل الآباء والإخصائيين والمعالجين النفسيين "*، القاهرة : الهيئة العامة المصرية للكتاب.

عبد العزيز مصطفى السرطاوي، سمير دقماق، ماهر أبو هلال (٢٠٠٩). *المشكلات السلوكية لدى الطلبة المرهلتين الإعدادية والثانوية في المدارس الحكومية بدولة الإمارات العربية المتحدة، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربي، (٢٦)، ٣٩ - ٧٥.*

عبد الناصر القرالة، وصهيب التхайنة، وأنس الضلاعين (٢٠١٨). *فعالية برنامج إرشاد أسري في تنمية إدارة الذات وتقديرها لدى أمهات الأطفال التوحديين في محافظة الكرك، مجلة جامعة النجاح للأبحاث " العلوم الإنسانية "، ٣٢(١)، ١ - ٣٠.*

- علاء الدين كفاي، فؤاد الدواش (٢٠٠٦). *مقياس سمة ما وراء المزاج للمراهقين والراشدين*، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.
- علاء الدين كفاي، فؤاد الدواش (٢٠٠٧). *مقياس حالة ما وراء المزاج للمراهقين والراشدين*، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.
- عماد حمزة العتاي (٢٠١٦). *الحساسية الانفعالية لدى طلبة الجامعة وفعالية الارشاد بفرض المفهوم الخاطئ ٠٠٠ في التقليل من فرط الحساسية السلبية، مجلة آداب ذي قار، كلية الآداب. جامعة ذي قار، العراق، (١٩)، ٣٣٤ - ٣٧١.*
- غدى عمر محمود عصفور (٢٠١٢). *الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين*، رسالة ماجستير، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية.
- فؤاد محمد الدواش (٢٠١٠) *خبرة ما وراء المزاج "السمة - الحالة" والغضب الإكلينيكي لدى عينة من المراهقين والراشدين، المجلة المصرية لعلم المراهقة، (٣)، يناير، ٢ - ٣١.*
- قاسم حسين صالح (٢٠٠٨). *الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية، أسبابها وأعراضها وطرق علاجها*، عمان: دار دجلة.
- لطفى الشربيني (٢٠٠١). *موسوعة شرح المصطلحات النفسية "إنجليزي - عربي"*، ط٤، بيروت: دار النهضة العربية.
- محسن محمود أحمد الكيكي (٢٠١١). *المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، (١)١١، ٧٦ - ٩٩.*
- محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة على حسن، على إبراهيم مسافر (٢٠٠٥). *رعاية الأطفال التوحديين " دليل الوالدين والمعلمين "*، القاهرة: دار السحاب.
- محمد عبد العظيم أحمد سيد (٢٠١٨). *فاعلية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في خفض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المعاقين بصرياً: دراسة سيكو مترية- إكلينيكية*. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أسيوط.
- محمد كمال (٢٠١٣). *فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المرونة الأسرية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، مجلة التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، (٣)، ١٢ - ٧٥.*

ميمي السيد أحمد، إيناس محمد صفوت خريبة (٢٠١٦). سمة ما وراء المزاج لدى العاديين وذوي صعوبات التعلم من طلبة المرحلة الثانوية، *مجلة كلية التربية، جامعة بنها*، ٢٧ (١٠٦)، أبريل، ٦٩ - ٩٨.

نادية أبو السعود (٢٠٠٠). *الطفل التوحدي في الأسرة*، الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

نهال لطفي حامد، عبد الناصر السيد عامر، اعتدال عباس حسانين، سامي محمد هاشم (٢٠١٣). أثر برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تنمية التجهيز الانفعالي لدى طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس*، ٢٥، ١٦٧ - ٢٠٤.

نهلة فرج الشافعي (٢٠١٨). فعالية الارشاد السلوكي الجدلي في خفض الحساسية الانفعالية السلبية لدى طلاب الجامعة، *دراسات عربية في التربية وعلم النفس ASEP*، (١٠٤) ١٦٧-٢١٠.

هشام الخولي (٢٠١٥). *الاضطرابات الانفعالية وسبرجر*، بنها: دار المصطفى.

هيام حسن عبد الرحمن الخشت (٢٠١٨). *فاعلية برنامج علاجي قائم على نظرية القبول والالتزام لهايز في خفض الاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية التربية جامعة أسيوط*، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أسيوط.

Bayani , A . (2009) . Psychometric Data for a Farsi Translation of the Trait Meta-Mood Scale , *Psychological Reports*, 105 (1) , 198-204.

Beer, M ., Ward, L & Moar , K . (2013) . The Relationship between Mindfull Parenting and Distress in Parents of Children with an Autism Spectrum Disorder , *Mindfulness*,4 , 102 – 112 .

Bidaki, Z & Jahangiri M. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy on Psychological Flexibility among Mothers with Autistic Children. *J Arak Uni Med Sci*,21(7): 39-47.

Blacher, J & Baker, B. (2007). Positive impact of intellectual disability on families, *American Journal of Mental Retardation*, 112, 330-348

- Blackledge , J & Hayes , S . (2006) . Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism , *Child & Family Behavior Therapy*,28 ,1-18
- BlackLedge, J . (2004) . *Using Acceptance and Commitment Therapy In The Support of Parents of Children Diagnosed with Autism* , Doctoral Dissertation, University of Nevada.
- Bohlmeijer, E., Fledderus, M ., Rokx, T & Pieterse, M. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a Randomized Controlled Trial, *Behavior Research and Therapy*, 49(1), 62-67.
- Burke, K., Muscara, F., McCarthy, M., Dimovski, A., Hearps, S., Anderson, V., & Walser, R. (2014). Adapting acceptance and commitment therapy for parents of children with life-threatening illness: Pilot study. *Families, Systems, & Health*, 32(1), 122-127.
- Bush, E . (2007) . *Using Acceptance and Commitment Therapy With Parents of Children With Autism : The Application of A theory* , Doctoral Dissertation, Faculty of Chicago School of Professional Psychology .
- Canon, L . (2012) . *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as an Alternative for Reducing Psychological Distress Experienced by Latino Parents of Children with Autism " A Pilot Study "* , Doctoral Dissertation, Faculty Chicago Professional Psychology .
- Dalrymple , K. (2005). *Acceptance And Commitment Therapy For Generalized Social Anxiety Disorder: A Pilot Study* , Thesis Submitted To The Faculty Of Drexel University
- Daniel, L . (2010) . HappinessAt The Speed of Thought , *Psychology Today* , 43(2), 24-29 .
- Detweiler, B. & Salovey, P. (2003) . Striving for Happiness of fleeing from sadness? motivating mood repair using differentially framed messages , *Journal of social & clinical psychology*, 22 (6), 627 – 664 .



- Erber, R & Erber, M . (2000) . The self - Regulation of mood: second thoughts on the importance of happiness in everyday life, *psychological inquiry*, 2(3), 142 - 148.
- Extremera , N ., Duran , A & Rey , L . (2009) . The Moderating Effect of Trait Meta-Mood and Perceived Stress on Life Satisfaction , *Personality and Individual Differences* , 47, 116-121.
- Extremera , P & Fernand ez , B . (2008) . Perceived Emotional Intelligence and Individual Differences in The Meta-Knowledge of Emotional States : Areview of The Studies with the Trait Meta-Mood Scale , *Ansiedady Estres* , 11 (213) , 101-121.
- Extremera ,N ., Duran , A & Rey, L. (2009) . The moderating effect of trait metamood and perceived stress on life satisfaction .*Personality and Individual Differences* , *Personality and Individual Differences* , 47 , 116 – 121.
- Goldman, L ., Kraemer , D & Salovey , P . (1996) . Beliefs about Mood Moderate the Relationship of Stress to Illness and Symptom Reporting , *Journal of Psychosomatic Research*,41 (2) , 115-128.
- Gomes , P ; Lima , L ; Buenos, M ; Araujo, L & Souza , N . (2015) . Autism in Brazil : A Systematic Review of Family Challenges and Coping Strategies, *Journal of Pediatric(RioJ)*, 91, 111-121.
- Hahs ,A .(2013) . *A Comparative Analysis of Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness-Based Therapy with Parents of Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorder*, Doctoral Dissertation, Southern Illinois University Carbondale .
- Hamilton, A . (2009) . Research Review : Goals Intentions and Mental States: Challenges for Theories of Autism , *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (8) ,881 – 892 .
- Harris , R . (2011) . Embracing Your Demons: An Overview Of Acceptance And Commitment Therapy , *Psychotherapy In Australia* ,12 , 2-8 ,
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy, *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70 – 89 .
- Harris, R. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy Introductory Workshop Handout*, 1 – 46 . www.actmindfully.com.au.

- Hayes , S & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and Commitment Therapy*. Canada: New Harbinger Publications .
- Hayes , S ., Masuda , A & De Mey , H . (2003) . Acceptance and Commitment Therapy and Third Wave of Behavior Therapy , *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)* 2, 69-97 .
- Hayes, S & Blackledge , J . (2006) . Using Acceptance and Commitment Training in the Support of Parents off Children Diagnosed with Autism , *Child and Family Behavior Therapy* , 28 (1) , 1-18 .
- Hayes, S & Fletcher, L. (2005). Relational Frame Theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness ,*Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, 23(4), 315-336.
- Hayes, S ., Strosahl , K & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change* , New York: Guilford Press .
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, Relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies , *Behavior therapy*, 35(4), 639- 665.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes, *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hulbert-Williams, N, Storey, L & Wilson, K. (2015). *Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy* , European journal of cancer care, 24(1), 15-27.
- Kelly , A . (2015) . *Perspective of Parents of Children with Autism Spectrum Disorder on a Community – Based Parent Education Program* , A.M. Dissertaton, Faculty of Education, Brock University .
- Kowalkowski, J. (2012). *The Impact of agroup Based Acceptance and commitment therapy Intervention on parents of children Diagnosed With an Autism Spectrum Disoder*. Doctoral Dissertation, Eastern Michigon University.
- Larmar, S ., Wiatrowski , S & Driver, S. (2014). Acceptance& Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications , *Journal of service Science and Management*, 7, 216 –221.



- Masuda,A ., Cohen , L ., Wicksell , R ., Kemani , M & Johnson ,J . (2011). A Case Study: Acceptance and Commitment Therapy for Pediatric Sickle Cell Disease , *Journal of Pediatric Psychology* , 36(4), 398–408.
- Matson, J., Dempsey,T., LoVullo, S & Wilkins,J.(2008). The Effects of Intellectual Functioning on the Range of Core Symptoms of Autism Spectrum Disorders , *Research in Developmental Disabilities* , 29 , 341–350 .
- Mayer , J. (1986). How mood influences cognition. In N. E. Sharkey (Ed.), *Advances in Cognitive Science* (290-314). Chichester, West Sussex: Ellis Harwood Limited.
- Mayer, J & Gaschke, Y. (1988) .The experience and meta - experience of mood , *Journal of personality and social psychology* , 55 (1) , 102 - 111
- Mayer, J & Stevenes , A.(1994):AN Emerging Understanding of Reflective (Meta) Experience of Mood , *journal of research of personality* , 28, 351-373
- Mayer, J & Stevense , A . (1995) . An merging Understanding of the Reflective Meta-Experience of Mood , *Journal of Research in Personality* , 28 , 351-373 .
- Montgomery, D . (2015) . *The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Parents of Children Diagnosed with Autism*, Dissertation of Doctor of Philosophy Psychology , Walden University
- Moran, D. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy* , Work shop, Shafallah Center: Doha.
- Peterson, B, Eifert, G, Feingold, T & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples , *Cognitive and Behavioral Practic* , 16(4), 430-442.
- Poddar, S, Sinba, k & Urbin, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of Children and Adolescents With of children and Autisum Spectrum Disorders , *International Journal of Educational and Psychological Researches* , 1(3), 221- 225.
- Poddar,S ., Sinha,V & Mukherjee,U . (2017). Impact of Acceptance and Commitment Therapy on Valuing Behavior of Parents of Children with Neurodevelopmental Disorders , *Psychology and Behavioral Science International Journal* , 3(3), 115-132 .

- Rahmani , M ; Omid , A ; Asemi, Z & Akbari , H . (2018). The effect of dialectical behavior therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge eating disorder: A randomized controlled trial , *Mental Health & Prevention*,9,13-18.
- Rostami , M ; Movallali , G ; farhood , D & Biglarian, A . (2014) . The effectiveness of mental Rehabilitation Based on positive thinking skills training on increasing happiness in hearing impaired adolescents, *audiology*, 23(3),39 - 45.
- Ruiz, J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies , *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Salimi, M., Mahdavi, A., Yeghaneh, S., Abedin, M. & Hajhosseini, M. (2019). The Effectiveness of Group Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotion Cognitive Regulation Strategies in Mothers of Children with Autism Spectrum, *Journal of Clinical Medicine*, 14(3), 240-246.
- Salvoy, P ; Mayer , J ; Goldman, S ; Turvey, C & Palfai, T. (1995) . *Emotional Attention , Clarity and repair : Exploring Emotional Intelligence using The trait Meta Mood scale from "Penne baker*, J. W: Emotion Disclosure and Health, Washington , D . C : Apa .
- Sandra, B . (2007) . Children with Autistic Disorder and Their Mothers, In : Mesmere , B , *New Autism Research Developments* , New York : Nova Science Publishers.
- Slevison, M. (2013). *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Worry and Rumination* , Doctoral dissertation, RMIT University.
- Tabrizi , F & Nameghi , A . (2017) . Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and anger reduction among mothers with deaf children in Tehran , *Aud Vest Res* , 26(3),151-156
- Tolegenova , A ; Kustubayeva , A ; Matthews, G . (2014). Trait Meta-Mood, Gender and EEG Response during Emotion- Regulation, *Personality and Individual Differences* ,65 , 75 – 80 .
- Walsh, F . (1998) . *Strengthening Family Resilience*, New York , NY : Guilford Press.



- Waltz , T & Hayes, S. (2010) . *Acceptance and Commitment Therapy. Cognitive and behavioral theories in Clinical practice*, New York : Guilford press, 148 -192.
- Whittingham , K ., Sheffield , J & Boyd , R .(2016). Parenting acceptance and commitment therapy : A Randomized controlled trial of an innovative online course for families of children with cerebral palsy , *BMJ Open*, 6(10): e012807.
- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy: Setting a Course for Behavioral Treatment. In Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.), *Mindfulness & Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York: Guilford Press.
- Zettle, R. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) versus systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety, *The Psychological Record*, 53(2), 197-215

The Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy on Developing State Meta-Mode for Mothers of Autistic Children

Abstract:

The current study aimed to identify the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on developing state meta-mode for mothers of autistic children. In addition, it aimed to identify the continuity of its effectiveness during follow-up. Besides, participants in the program included (7 mothers). Their age ranged between (24-47) years with an average of (34.1) months, and a standard deviation of (3.6). The study tools represented by: the Gilliam Autism Rating Scale " GARS-3", the State Meta-Mode Scale (Prepared by Alaa Kafafy & Fouad Eldawash ,2017), and a program based on Acceptance and commitment therapy for developing state meta-mode for mothers of autistic children (Prepared by the researchers). The results showed statistically significant differences between the mean scores of mothers of autistic children in the pre and post applications for State Meta-Mode Scale in favor of the post-application. On the other hand, there were no statistically significant differences between the post and follow- up applications of the State Meta-Mode Scale. The researchers interpreted the results based on the theoretical framework and related studies. Based on the results of the study, proposed a number of recommendations.

Keywords: Mothers of children with autism spectrum disorder, State Meta-Mode, Acceptance and Commitment Therapy.