

The effectiveness of a proposed cognitive-behavioral treatment program to reduce depression among mothers of children with congenital anomalies

Asma Mahmoud Al- Saud

Faculty of Arts and Humanities || Hassan II University || Morocco

Abstract: The study aims to identify the effectiveness of the cognitive behavioral therapy in decreasing the depression of the mothers of the children who have birth defects and registered in the Future Palestine Association in the Gaza strip, in addition to know the extent of the continuing of this effectiveness after the follow- up period for one month after the end of the application of the therapeutic sessions. The sample of the study consists of (30) of the mothers of the children who have birth defects and registered in the Future Palestine Association in the Gaza strip. The sample is divided into two groups, the first one is the experimental group which consists of 15 mothers and the second is the control group which also consists of 15 mothers. The sample is selected from the children mothers' who are registered in the Future Palestine Association and they are selected in an intentional way. The study used the following measures to examine the hypotheses of the study: Bek depression measure, the proposed program which prepared by the researcher and the special forms of the cognitive-behavioral therapy. The study used the experimental method by using two equivalent groups which are the cognitive behavioral therapy. The study found the following results: There are statistical significant differences in the depression level between the experimental group and the control group in the medium measure during the application of the behavioral cognitive therapy program. There are statistical significant differences in the depression level between the experimental group and the control group in the post measure. There are statistical significant differences in the depression level of the experimental group in the medium and pre measures. There are statistical significant differences in the depression level of the experimental group in the pre and the post measures. There are no statistical significant differences in the depression level of the experimental group in the post and the iterative measures . Among the most important recommendations of the study: encouraging mothers and fathers to participate in counseling programs and to receive the necessary rehabilitation services for their children, given the positive impact of those programs on them and their children.

Keywords: the cognitive behavioral therapy, depression, the mothers of the children- birth defects.

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية

أسماء محمود السعود

كلية الآداب والعلوم الإنسانية || جامعة الحسن الثاني || المملكة المغربية

المستخلص: هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الاكتئاب للأمهات اللواتي لديهن طفل مصاب بتشوه خلقية ومسجل في جمعية فلسطين المستقبل بمحافظة غزة، وكذلك مدى استمرار الفاعلية بعد فترة المتابعة، مدة شهر بعد انتهاء تطبيق الجلسات العلاجية. وقد تكونت عينة الدراسة من (30) أمًا من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، والمسجلين

في جمعية فلسطين المستقبل بمحافظة غزة، وقد تمّ تقسيمهن إلى مجموعتين؛ الأولى تجريبية وقوامها (15) أمًا، والثانية ضابطة وقوامها (15) أمًا، حيث تمّ اختيارهن من بين (60) أمًا من أمهات الأطفال المسجلين في جمعية فلسطين المستقبل، وتمّ اختيارهن بطريقة قصديه. وللتحقق من صحة فروض الدراسة استخدمت الباحثة في دراستها الحالية الأدوات التالية: مقياس بيك للاكتئاب، والبرنامج المقترح الذي أعدته الباحثة، واستمارات خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، واستخدمت الباحثة في دراستها المنهج التجريبي باستخدام مجموعتين متكافئتين، مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس المتوسط أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والمتوسط). توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والبعدي). لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس (البعدي والتبقي)، وكانت من أهم توصيات الدراسة: تشجيع الأمهات والآباء على المشاركة في البرامج الإرشادية وتلقي خدمات التأهيل اللازمة لأطفالهن نظراً للانعكاس الإيجابي لتلك البرامج عليهن وعلى أولادهن.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي - الاكتئاب - أمهات الأطفال - تشوهات خلقية.

مقدمة.

الحمد لله ربّ العالمين والصلاة والسلام على سيد الخلق أجمعين، سيدنا محمد الهادي الأمين وعلى آله وصحبه أجمعين أفضل صلاة وأتمّ تسليم.

يعدُّ الأبناء زينة الحياة الدنيا ﴿المَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا﴾ (الكهف، 46)، وهبة من الله سبحانه وتعالى للأبوين، وكلُّ من أنعم الله عليه بكبد يمشي على الأرض، يعرف كيف قيمة هذه النعمة الكبرى، ويشعرُ بواجب العناية بها ووقايتها من كل سوء، حيث يرغب كلُّ زوجين في إنجاب الأطفال، ويرغبان كذلك في أن يكون هؤلاء الأطفال أصحاء، فأبي والدين يعتبران ابنتهما ملكًا لهما، فهما يريدان أن يفخرنا به وسط الأقارب والأصدقاء، وأن يكون طفلهما مميّزًا نظيفًا متفوقًا في دراسته، يتحلى بالعديد من الصفات الحميدة التي تلقي بظلال الثقة وتحقيق الذات على الوالدين، حيث يعتبران أنهما السبب في هذا النجاح والتألق الذي يتميز به الطفل، كما يحاول الوالدان تحقيق الآمال الضائعة والتي لم يستطع أيٌّ منهما تحقيقها في طفلهما، فيعدانه لأن يصبح ذا مكانة مرموقة في المجتمع، وبصفة عامة يصاحب عملية استقبال طفلٍ جديدٍ في الأسرة بعض الضغوط التي تلقى على عاتق الوالدين وخاصة الأم، مثل رعاية الطفل وإشباع حاجاته البيولوجية والمادية والنفسية، ولكن في بعض الأحيان يأتي الطفل وهو يعاني من إعاقة حسية أو حركية، أو عقلية تؤثر على نموه في سنوات حياته الأولى، مما ينعكس على آمال الوالدين وطموحاتهم، ويؤدي إلى الشعور بمزيدٍ من الضغوط النفسية والمادية والاجتماعية التي تؤثر على علاقة الوالدين بالطفل، وعلاقة الوالدين ببعضهما، وعلاقتهما بالمجتمع ككل.

ويرى الأشول أن والدي الطفل المعاق يعيشان تحت ضغوط متعددة، وجميعها مرتبطة بالاحتياجات الخاصة لهذا الطفل، وبالقلق على مستقبله وحياته القادمة، ومما يزيد من حدة تلك الضغوط على والدي الطفل اعتماده عليهما، وما يفرضه وجوده عليهما من أعباء سواء داخل المنزل أو خارجه، حيث تظلُّ الحاجات الخاصة لهذا العضو من أعضاء الأسرة تؤثر على الحياة الطبيعية داخل الأسرة وعلى العلاقات الأسرية بين أفراد العائلة وخاصة الأم (الأشول، 1993: 16)، وترى قوطة أن الأم تقل قدرتها على الاندماج مع الأبناء العاديين أو مع الزوج أو حتى خارج نطاق الأسرة، فالأم هي أكثر أعضاء الأسرة التصاقًا بالطفل، فإذا كانت الأم تتألم إذا أصيب ابنها ببعض الآلام العادية، فما بال الأم التي تعي أن ابنها قد أصيب بعجزٍ دائمٍ في جسده، ففي هذه الحالة كثيرًا ما يحدث تأثير وضغوط سلبية شديدة على الأم (قوطة، 2013: 4).

وبناءً على ما سبق فإن أم الطفل المعاق تعاني من سلسلة من الهموم النفسية التي لا تُحتمل، وتبادلاً للاتهامات واختلاف الأداء، ولوم الذات والآخرين، ويزيد من سيادة نزعات التشاؤم والانكسار النفسي، وتحطيم الثقة في الذات، وتعطيل الإرادة (قنديل، 1996: 625)، والنتيجة أن هؤلاء الأمهات أظهرن هذه الضغوط على شكل أعراض اكتئابية من خلال نتائج العينة الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة، والتي اقتصررت فقط على أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، وهذا ما أكدته دراسة عياد (2002) حيث أثبتت دراستها ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً، وأثبتت دراسة ملكوش ويحيى (1995) وجود مستوى مرتفع من الضغوط النفسية عند آباء وأمهات المعاقين، ودراسة بخش (2002) أظهرت أن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً يواجهن ضغوطاً نفسية وأسرية، ودراسة حجازي (2009) أكدت على أن أمهات التلاميذ المعاقين حركياً يعانون من مشكلات نفسية واجتماعية واقتصادية وصحية.

لذا رأت الباحثة أن الاهتمام بالصحة النفسية للأم التي لديها طفل معاق يعتبر من الدراسات التي قد تساهم في التغلب على الضغوط النفسية والانفعالات اللاسوية للأم، وهو ما يؤدي إلى رعاية وتأهيل أفضل للطفل المعاق، ومن هنا رأت الباحثة أن تدرس هذا الموضوع وخصوصاً أمهات مرّت بخبرة شخصية وهي ولادة طفل بعيب خلقي، وأيضاً أنه مرتبط بمجال عملها، وذلك من خلال تصميم برنامج علاجي للتخفيف من حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، ولهذه الأسباب رغبت الباحثة في تناول هذا الموضوع بالدراسة نظراً لأهميته.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

تبلورت مشكلة الدراسة من خلال خبرة الباحثة الميدانية، كونها تعمل كأخصائية نفسية في العديد من المؤسسات العاملة في قطاع غزة، إذ أدركت حجم المشاكل التي تتعرض لها أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، الأمر الذي يشير إلى أن ثمة مشكلة يتعين دراستها والبحث فيها، فجاءت هذه الدراسة لتحاول الكشف عن فاعلية برنامج علاجي في التخفيف من الاكتئاب لدى هذه الشريحة من المجتمع، وفي ظل ذلك تبلورت مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيسي: ما مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية؟

وينبثق عنه السؤالان لفرعيان الآتيان:

- 1- ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟
- 2- ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟

فرضيات الدراسة:

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة، بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس القبلي.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة، بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة)، في القياس المتوسط.

- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة، بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة، بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس البعدي).
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة، بالنسبة لنوع القياس (القياس البعدي، القياس التبعي).

أهداف الدراسة:

- 1- الكشف عن نجاح البرنامج العلاجي المقترح.
- 2- معرفة وتحديد فيما إذا كان هناك تفاوت بين الأمهات في الاستفادة من البرنامج.
- 3- التعرف إلى التفسيرات النظرية للاكتئاب وبشكل خاص النظرية المعرفية.
- 4- تقديم رؤيا واضحة عن اضطراب الاكتئاب.
- 5- تقديم خلفية نظرية وعملية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.

أهمية الدراسة:

● الناحية النظرية:

- تستهدف الدراسة أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في محافظة غزة، وهو ما يلقي الضوء على شريحة مهمشة من النساء في المجتمع الفلسطيني، ولكن مع إضافة معاناة جديدة تتعلق بمعاناة أطفالها، وهذا ما يضاعف حدة الأعراض لديهم ويزيد من حاجاتهم لخدمات نفسية متنوعة.
- تعتبر هذه الدراسة امتدادًا لمجموعة من الدراسات والأبحاث والجهود في مجال فهم الاكتئاب وأساليب التعامل معه باعتباره من أمراض العصر السائدة في كل المجتمعات.
- تعتبر هذه الدراسة حسب علم الباحثة من الدراسات النادرة في فلسطين، التي تدرس تأثير مرض الأبناء على الصحة النفسية للأم، وهذا ما تبين للباحثة من خلال اطلاعها على الكثير من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة.

● الأهمية التطبيقية:

- قد تساعد العاملين في برامج الصحة النفسية من خلال التعرف إلى الحالة النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، ومعرفة مدى تأثير عوامل أخرى في مستوى الاكتئاب لدى هذه الفئة.
- قد تساعد الباحثين والمهتمين بالصحة النفسية وبخاصة المهتمين بذوي التشوهات الخلقية.
- قد تساعد الدراسة أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في تعديل أفكارهم السوداوية، وزيادة مستوى العامل الديني لديهم مما يساعدهم في تخفيف حدة الاكتئاب لديهم.
- يمكن لهذه الدراسة أن تفتح المجال لاستحداث برامج ذات فاعلية في مجال خفض الاكتئاب النفسي، والتخفيف من المعاناة النفسية للعديد من الأمراض النفسية الأخرى.

حدود الدراسة:

تقتصر الدراسة على الحدود الآتية:

- الحد الموضوعي: الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، وفاعلية برنامج معرفي سلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب.
- الحد البشري: أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية الذين يتلقون خدمات التأهيل.
- الحد المكاني: جمعية فلسطين المستقبل للطفولة في محافظة غزة.
- الحد الزمني: تم إجراء الدراسة في المدة الواقعة بين سنة 2014-2015.

مصطلحات الدراسة:

- الفاعلية: هي القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً، وتزداد الكفاءة أو الفاعلية كلما أمكن تحقيق التنمية تحقيقاً كاملاً (بدوي، 1982: 12).
- البرنامج الإرشادي: يعرفه "عارف" بأنه برنامج يعمل وفق نظريات الإرشاد النفسي على مساعدة وتبصير الأفراد في فهم مشكلاتهم، والتي تؤدي إلى سوء التوافق، ويعمل البرنامج على تبصير الأفراد على حل هذه المشكلات بما يحقق سعادة الفرد مع الآخرين، بحيث يصل الفرد إلى أفضل مستوى من التوافق والرضا والصحة النفسية (عارف، 2003: 249)
- والتعريف الإجرائي للبرنامج هو عبارة عن مجموعة من الجلسات الإرشادية المترابطة القائمة على اتجاه أو نظرية، متضمنة مجموعة أنشطة تطبيق ضمن حدود زمنية ومكانية وبشرية، بهدف إحداث تغيير إيجابي في حياة الفئة المستهدفة.
- العلاج المعرفي السلوكي: هو برنامج مخطط ومنظم يستند إلى مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الفرد، ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية بقصد التخلص من مشاعر معينة، والتقليل من حدتها، وتدعيم مشاركتهم الفاعلة في المواقف الاجتماعية المختلفة، والعمل على منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي. (بلحسيني، 2011، 16)
- وتعرفه الباحثة إجرائياً: وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن استخدامها في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب النفسي، وهو نموذج تعليمي يكتسب الأفراد من خلاله المعرفة والمهارات الفنية، تجاه ما يؤثر على حياتهم ويساعدهم على التكيف مع ظروف الحياة الصعبة والمعقدة، من خلال استخدام فنيات وأساليب معرفية وسلوكية وانفعالية تتمثل في إعادة صياغة الأفكار معرفياً، والمراقبة الذاتية، وصرف الانتباه، والتخيل، وتمارين الاسترخاء، والواجبات المنزلية.
- الاكتئاب: اضطراب مزاجي أو وجداني، يتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات الأخرى. (فايد، 2004: 60)
- التشوهات الخلقية: هي تشوهات تصيب الجنين في فترة الحمل أو أثناء الولادة، وتصيب هذه التشوهات مختلف أعضاء الجسم مثل المخ أو القلب، أو الرئة، أو الكبد، أو العظام، أو حتى الجهاز الهضمي أو العصبي. (عبد الباري، 2012: 6)
- مؤسسة فلسطين المستقبل للطفولة: هي مؤسسة فلسطينية غير حكومية أنشئت في عام (1995م)، لسد الفراغ الكبير في الخدمات المقدمة لشريحة الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في قطاع غزة، وقد تم افتتاح مركز الشلل الدماغي في مؤسسة فلسطين المستقبل في يناير (1998م)، بهدف تقديم خدمات تأهيلية متنوعة

(علاجية، وتعليمية، ونفسية، واجتماعية، وترفيهية) لذوي الاحتياجات الخاصة مع التركيز على الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والإعاقات الحركية الأخرى. (مؤسسة فلسطين المستقبل، 2014)

2- الإطار النظري والدراسات السابقة.

أولاً- الإطار النظري:

لمحة تاريخية عن الاكتئاب:

يذكر (حمودة، 1990: 302) أن تاريخ الاكتئاب منذ القدم، حيث سجّل ما يشير إلى الاكتئاب في كتابات قدماء المصريين من حزن القلب والرغبة في الموت مع النوم والكسل، وكان ذلك قبل الميلاد بما يزيد عن الألف عام، كما وصفت أعراض الاكتئاب في قصة انتحار اجاكس في إلياذة (هوميروس) (Homer) في القرن الثامن قبل الميلاد، وفي عام (450) قبل الميلاد استخدم (هيبوقراط) (Hippocrates) مصطلحات الهوس والسوداء الارتدادي (الميانخوليا) لوصف الاضطرابات العقلية، وفي العصور الوسطى قسم ابن سينا (980-1037) الميانخوليا إلى أربعة أنواع طبقاً لمزاج الشخص المضطرب، ثم وصف أطباء النفس الفرنسيين عام 1854 تناوب الهوس والاكتئاب وضمنه أغلب الدلالات التشخيصية التي مازالت موجودة حالياً، وميزه عن الخرف المبكر (الفصام) بأنه ليس فيه تدهور عقلي، كما وصف (كريبلين) نوعاً من الاكتئاب يبدأ بعد سن اليأس لدى النساء أطلق عليه (Involutional melancholia)، ويشير بيتش (Beach, 1998: 91) أن الاكتئاب منتشر في جميع الطبقات الاجتماعية، والأجناس، وجماعات الأقليات، وهو منتشر لدرجة أنه يسمى بالبرد العام للأمراض العقلية The Common cold of Mental، ويعاني معظم الأفراد في الحياة المعاصرة من الاكتئاب بصورة أكبر مما كانوا يعانون منه في الماضي وفي المجتمعات السابقة، لدرجة أنه يفضل الكثير من الكتاب والأدباء أن يصفوا هذا العصر بأنه عصر الاكتئاب. (إبراهيم، 31: 1998)، وعرفه (الخطيب، 2000: 568) بأنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتقوقع حول الذات، كما عرفه (بيك، 1991: 29) أنه افتقاد لتعزيز إيجابي، حيث يرى أن السبب في الاكتئاب لا يعود إلى المعارف السلبية فقط، بل إلى الاضطراب المعرفي، إضافة إلى وجود عطب بيولوجي مع التاريخ الشخصي للفرد، ويعرف (ملحم، 2001: 234) الاكتئاب أنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم، وغالباً ما يشعر بالذنب أو العار، كما يقلل الشخص من ذاته، وترى الباحثة أن الاكتئاب "هو حالة مزاجية قد ترتبط على سبيل المثال بأحداث محزنة كالموت والمرض الذي لا يرجى الشفاء منه، أو بأحداث محبطة كالرسوب في الامتحانات في الجامعة أو عدم توفر الوظيفة، وهذا في حد ذاته شائع لدى كلّ شخص، ولكن تتفاوت حدّته وأعراضه من شخص لآخر.

أعراض الاكتئاب:

ترى كليرن (2003) أن أعراض الاكتئاب هي: فقدان الاهتمام والمتعة بالحياة، فقدان الدافع والحافز الذي يجعل القيام حتى بالمهام البسيطة واتخاذ القرارات صعباً أو مستحيلًا، فقدان الشهية أو اكتسابها، مع نقص الوزن أو زيادة، القلق أو النوم المفرط. فقدان الحب الجسدي، أي فقدان الاهتمام بالجنس. فقدان الثقة بالنفس، وتفادي لقاء الناس. الإحساس بعدم النفع، وعدم الكفاية، والسوء والعجز واليأس، (كليرن، 2003: 44)

العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر من التيارات العلاجية الحديثة والتي بصفة أساسية يهتم بالاتجاه المعرفي للاضطرابات النفسية. (التميحي، 22: 2013) ويهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الوجداني للمريض بالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية انفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث هذا التغيير المرغوب فيه، فكلمة معرفي Cognitive مشتقة من مصطلح Conation، ولقد استخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح ومنها على سبيل المثال "تعرف، ذهن". (المحارب، 1: 2000)، ويركز العلاج المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك، حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لحدث ما، ويسلم العلاج المعرفي بأن كثيرًا من الاستجابات الوظيفية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد إلى حدٍ بعيدٍ على معتقدات فكرية خاطئة يبنها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به، ومن ثم فيجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المسترشد، وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير من سلوكه. (أبو أسعد، 143: 2011)

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

- أ- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض التي يتم تطويرها وتقسيمها ضمن إطار المنظور المعرفي.
- ب- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض، تجعل المريض يثق في العلاج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض، وكذلك الاحترام.
- ج- يشدد المعالج على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات في إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.
- د- يسعى المعالج لتحقيق أهداف معينة لحلّ مشكلات معينة.
- هـ- يركز العلاج على الحاضر وعلى المواقف التي تثير القلق والاكتئاب لدى المريض، ومع ذلك يتطلب الأمر رجوعًا للماضي. (عبد الله، 6: 2000)
- و- يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الآثار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.
- ز- يستخدم فنيات ومهارات متعددة الأحداث تغيير في التفكير والمزاج والسلوك.
- ح- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحًا مع المريض، يناقش معه وجهة نظره حول المشكلة، ويتعرف إلى أخطائه ويسمح للمريض بمعارضته ومناقشته. (الخفش، 389: 2011 - 346)
- ط- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف لجعل المريض معالجًا نفسيًا.
- ي- تتم الجلسات وفق أجندة (جدول عمل معين) يحاول المعالج تنفيذه قدر المستطاع. (المحارب، 38: 2000 - 39)
- ك- الاعتبار غير المشروط للذات والآخرين: أي قبول الذات والآخرين دون شروط ويشمل قبول نقاط القوة والضعف.
- ل- الافتراض المستمر: بمعنى أن السلوك الخفي غير الظاهر يخضع لنفس قوانين التعلم التي يخضع لها السلوك الظاهر والملاحظ، فحتى المعارف يتم نقلها من خلال النمذجة ولعب الدور والتشكيل.
- م- المسؤولية الذاتية: فقبول الفرد المسؤولية الذاتية عند انفعالاته الخاصة بالسلوك غير التكيفي دلالة على الصحة النفسية. (أبو سعد، عربيات، 2012: 226)

أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

لا شك أن نظرية عميقة بأفكارها، واسعة بأدواتها وفنيتها كالنظرية المعرفية السلوكية لها أيضًا من الأهداف التي ترقى إلى مكانتها ودورها، وتتمثل هذه الأهداف في تدريب الفرد على الآتي:

1. أن يصبح الشخص واعيًا بأفكاره الآلية.
2. التعامل مع التفكير غير المنطقي.
3. استخدام استجابات سلوكية ومعرفية في نفس الوقت لمواجهة المثيرات المزعجة في الجانب السلوكي يوضع جدول واضح ومحدد من المهام نسعى من خلالها إلى تزويد العميل بخبرات ناجحة، أمّا الجانب المعرفي فيشتمل على عملية التفرقة ما بين "أنا أظن" وهي الفكرة التي تقبل التشكيك وبين أنا أعرف وهي حقائق لا تحمل الرفض.
4. كيفية حل المشكلة وذلك بإشراك المسترشد في حل المشكلة بمساعدة المرشد حيث يتعلم المسترشد بدوره كيف يحل المشكلات. (أبو أسعد، 2011: 146)
5. تحسين المهارات الاجتماعية من خلال تعليم أساليب التعامل مع الآخرين.
6. تدريب المريض على استراتيجيات وفنيات معرفية وسلوكية متباينة.
7. تدريب المريض على توجيه التعليمات لذاته ومن ثم تعديل سلوكه.
8. إبداء التحكم وتقوية السيطرة على الذات.
9. مقاومة المرض وتقوية الهوية الذاتية. (عبد الله، 2000: 53)

التشوهات الخلقية:

التصنيف الشائع بين العلماء ينقسم حسب مجال العجز، فإذا نظرنا إلى سبب العجز، نجد أن هناك مجموعة من المعاقين يرجع عجزهم إلى أسباب وراثية أو خلقية عن طريق انتقال بعض الأمراض أو العاهات من الآباء والأجداد إلى الأبناء، أو إصابة الجنين أثناء الحمل أو أثناء الوضع، ومجموعة أخرى من المعوقين يرجع عجزهم إلى أسباب مكتسبة غير وراثية أو خلقية مثل حوادث العمل، والطريق، وإصابات الحروب.... الخ، وللتشوهات الخلقية أنواع عدة منها:

- أ- هيكلية، وتقسم إلى:
- 1- تشوهات لها علاقة بالشكل الخارجي للمولود مثل فقدان أحد الأعضاء أو العظام أو عدم اكتمال نمو الأعضاء.
- 2- تشوهات داخلية بحيث تصيب أعضاء الجسم الداخلية، مثل تشوهات القلب وهي الأكثر شيوعاً بين المواليد.
- 3- تشوهات العمود الفقري والدماغ، مثل عدم اكتمال نمو الدماغ (صغر أو كبر حجمه) أو وجود فتحة في أسفل الظهر في العمود الفقري (Spina Bifida). (لجنة التعليم المستمر، 2006: 36 - 37).

ثانياً- الدراسات السابقة:

- أ- دراسات تناولت برامج ارشادية لتخفيف الإكتئاب:
- دراسة معالي (2011): هدفت الدراسة إلى معرفة مدة فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظرية بيك في خفض الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف، لدى طلبة كلية العلوم التربوية الذكور في الجامعة الأردنية، وتكونت عينة الدراسة من طلبة كلية العلوم التربوية والبالغ عددهم (30) طالباً، وقد تم توزيعهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد قام الباحث بتطبيق أدوات الدراسة، قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس التكيف النفسي على جميع

الطلبة، وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي وتم توزيعهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي فما خفض الاكتئاب للمجموعات التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، ويمكن عزو ذلك إلى أن البرنامج ركز على المهارات والتدريبات المتعلقة بكيفية تعديل أساليب التفكير عند الطلبة، وقد أوصت الدراسة ببناء برامج إرشاد جمعي للوالدين تتضمن الجوانب المعرفية والسلوكية وتستخدم أساليب معرفية لتعديل الأفكار الخاطئة.

- دراسة شرشير (2011) تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف إلى العلاقة بين نموذج حل المشكلة في خدمة الفرد والتخفيف من حدة المشكلات الأسرية لمرضى الاكتئاب من منظور أيكولوجي، وتكونت عينة الدراسة من (18) مريضاً بالاكتئاب النفسي، وتراوح أعمارهم ما بين (25 - 40) عاماً، وقد استخدم الباحث عدة مقاييس منها مقياس المشكلات الأسرية، ومقياس العوامل البيئية لمريضات القلق، واستمارة استبيان عن ضغوط الحياة أو درجة استجابة حالات الاكتئاب، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نموذج حل المشكلة في خدمة الفرد والتخفيف من حدة الاكتئاب النفسي من منظور أيكولوجي، وأيضاً أدى التدخل المهني لنموذج حل المشكلة في خدمة الفرد إلى التخفيف من حدة الاكتئاب النفسي.
- دراسة فايد (2010): هدفت الدراسة إلى فحص مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف درجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، وطبقت هذه الدراسة على عينة (30) سيدة يعانين من مرض الفشل الكلوي تم تقسيمهن إلى عينة تجريبية وعينة ضابطة، واستخدمت مقياس الاكتئاب، وأظهرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية في حدة الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح التطبيق البعدي، وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي التي اتسمت بالاستمرارية.

تعقيب الباحثة على الدراسات التي تناولت الاكتئاب:

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة لاحظت الباحثة ما يلي:

- 1- من حيث الهدف: لقد تعددت وتنوعت أهداف الدراسات التي تناولت الاكتئاب، فمنها من هدفت إلى دراسة العلاقة ما بين الاكتئاب وبعض المتغيرات المختلفة من أهمها المشكلات الأسرية، مثل دراسة شرشير (2011)، وهناك دراسات أيضاً هدفت إلى تأثير البرامج الإرشادية لتخفيف الاكتئاب مثل: دراسة معالي (2011)، ودراسة فايد (2010).
- 2- من حيث العينة: اختلفت عينة الدراسات السابقة من دراسة إلى أخرى وفق ما تقتضيه كل دراسة فدراسة معالي 2011 اهتمت بالطلبة ودراسة شرشير (2011) اهتمت بمرضى الاكتئاب، ودراسة فايد (2010) اهتمت بمرضى الفشل الكلوي.
- 3- من حيث الأداة: معظم الدراسات السابقة استخدمت أدوات معدة مسبقاً على حد علم الباحثة مثل دراسة معالي (2011) ودراسة شرشير (2011)، وهناك دراسات استخدمت مقياس بيك للاكتئاب مثل دراسة فايد (2010)، وهذه الدراسة تتفق مع الدراسة الحالية حيث إن الباحثة ستستخدم هذا المقياس في دراستها.
- 4- من حيث المنهج: معظم الدراسات السابقة استخدمت المنهج التجريبي ومنها دراسة معالي (2011)، ودراسة فايد (2010)، وهذه الدراسات أيضاً تتفق مع الدراسة الحالية: حيث إن الباحثة ستطبق المنهج التجريبي في دراستها الحالية.

5- من حيث النتائج: استفادت الباحثة من نتيجة دراسة كل من معالي (2011)، ودراسة فايد (2010)، الاهتمام ببناء البرامج الإرشادية التي تتسم بالفاعلية والاستمرارية في تخفيف الاكتئاب، كما أظهرت دراسة شرشير (2011) وجود ارتباط وثيق بين مهارات حل المشكلات والاكتئاب.

ب- دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي:

- دراسة أبو السعود (2015) هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتحسين الصلابة النفسية للنزلاء المراهقين بمعهد الأمل للأيتام، ومعرفة الفروق الجوهرية بين متوسطات درجات المراهقين في المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في مقياس الصلابة النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (20) مراهقاً يتيماً من نزلاء جمعية معهد الأمل للأيتام بغزة، مقسمين كالتالي: المجموعة الأولى التجريبية وتتكون من (10) مراهقين، والمجموعة الثانية الضابطة وتتكون من (10) مراهقين، واتبعت الدراسة المنهج التجريبي، واستخدم الباحث الأدوات التالية: (مقياس الصلابة النفسية، والبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي من إعداد الباحث، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الصلابة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية.

- الإسي (2014) هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب القلق العام لدى عينة من المرضى المتكررين على العيادة النفسية، وقد تكونت عينة الدراسة من (15) فرداً من المرضى المتكررين على عيادة الوسطى للصحة النفسية المجتمعية، وتم اختيارهم بطريقة قصدية، واستخدمت الباحثة لهذا الغرض عدة أدوات منها: مقياس تايلور الصريح وبرنامج علاجي معرفي سلوكي من إعداد الباحثة، كما استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي (ذو التصميم الواحد) الذي يتضمن عينة تجريبية واحدة بدون اللجوء إلى مجموعة ضابطة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات متوسطات التطبيق القبلي والنصفي والبعدي والتبقي في درجات اضطراب القلق العام وتشير نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض اضطراب القلق العام.

- الحمري (2002) هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج في علاج الاكتئاب المصاب للإعاقات، وتكونت عينة الدراسة من أربع ذكور موجودين في مركز إعادة التأهيل في مدينة جدة، وقد استخدم مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الأحكام التلقائية عن الذات، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إيجابية في نتيجة القياس النفسي القبلي والبعدي للذات.

- دراسة كيلرست جروين وتولين (Iaqeriste and tulen: 2010): هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج إرشادي للعلاج المعرفي السلوكي لخفض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب)، ولقد تكونت عينة الدراسة من الأطفال (91) طفلاً، وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تجريبية على الأطفال، والثانية تجريبية على الأطفال وأبائهم، والثالثة مجموعة ضابطة، وأسفرت نتائج الدراسة على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للآباء والأطفال في خفض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب).

تعقيب الباحثة على الدراسات التي تناولت برامج العلاج المعرفي السلوكي:

- من خلال العرض السابقة للدراسات السابقة التي تناولت مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية والاكئاب، وستقوم الباحثة بالتعليق على هذه الدراسات من نواحٍ عدة:
- 1- من حيث الهدف: تشابهت أهداف الدراسات من حيث العمل على إيجاد نفسية أو وسيلة إرشادية للتعامل مع الاضطرابات النفسية، وتشابهت معظم الدراسات في إحداث تغييرات معرفية وانفعالية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطراباً في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطراب في المستقبل منها: دراسة الحمري (2002)، ودراسة الزهراني (2013)، ودراسة الإسي (2014)، ودراسة أبو السعود (2015).
 - 2- من حيث مجتمع الدراسة: اختلفت معظم الدراسات بمجتمع الدراسة، فهناك دراسات ركزت على فئة المراهقين الأيتام مثل دراسة أبو السعود (2015)، بينما ركزت دراس كيلرست جروين (2010) على عينة من الأطفال، ودراسة الإسي (2014) ركزت على مرضى القلق، وهناك دراسات تعاملت مع المرضى الاكئاب المصاحب للإعاقات الحركية دراسة الحمري (2002).
 - 3- من حيث العينة: بعد الاطلاع على الدراسات السابقة تبين للباحثة أن معظم الدراسات السابقة استخدمت عينات صغيرة الحجم ومنها دراسة أبو السعود (2015) اشتملت على (20) مراهقاً، ودراسة الإسي (2014) تكونت من (15) مريضاً بالقلق، ودراسة الحمري (2002) أيضاً تكونت من (4) ذكور، واتفقت دراسة الباحثة مع الدراسات السابقة من حيث صغر حجم العينة. وهناك دراسات تتميز بكبر حجم العينة مثل دراسة كيلرست جروين (2010) حيث اشتملت على (91) طفلاً.
 - 4- من حيث المنهج: جميع الدراسات استخدمت المنهج التجريبي الذي يتضمن المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة إلا أن هناك دراسات استخدمت المنهج شبه التجريبي (ذو التصميم الواحد) ومنها دراسة الإسي (2014).
 - 5- من حيث الأساليب الإحصائية: تنوعت الأساليب الإحصائية في هذه الدراسات طبقاً لتنوع الهدف منها، ومن أكثر الأساليب شيوعاً في هذه الدراسات حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط وتحليل التباين واختبار "ت" لعينة واحدة أو عينتين، وبعضها استخدم التحليل العاملي.
 - 6- من حيث طريقة التدخل: جميع الدراسات استخدمت تقنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي وبالأخص منهج أرون بيك الذي ركز على إعادة البناء المعرفي والأطر التخطيطية لإكساب المريض البصيرة وكيفية التفكير وتغيير الأفكار السلبية، فالنموذج العلاجي المعرفي السلوكي لا يتعامل فقط مع الأعراض وإنما يتعامل مع الأفكار الأكثر عمومية، ومع المريض للحياة، وبذلك يعد المريض لتجنب الوقوع في الاضطراب الانفعالي بسبب أفكاره، وبالتالي يكون قادراً على التعامل مع الصعوبات التي تواجهه مستقبلاً نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية، ومعظم الدراسات السابقة استخدمت العلاج الجمعي، واتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث طريقة التدخل.
 - 7- من حيث أدوات الدراسة: جميع الدراسات استخدمت أدوات من إعداد باحثها وخصوصاً البرامج الإرشادية التي أعدت، أما الأداة التي تقيس الاضطراب فمعظم الدراسات - على حد علم الباحثة - اعتمدت على مقاييس معدة من قبل آخرون، وخصوصاً مقياس بيك للاكئاب، وهذا ما اتفقت فيه الدراسة الحالية مع الدراسة السابقة من حيث أدوات الدراسة.
 - 8- من حيث النتائج: فقد أظهرت جميع نتائج الدراسات مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في مساعدة الأفراد في خفض أو تخفيف أو التخلص من الاضطرابات النفسية والتي يعانون منها.

ج- دراسات تناولت التشوهات الخلقية وعلاقتها باكتئاب الأم:

- دراسة قوطة (2013) هدفت هذه الدراسة الى التعرف إلى مستوى قلق الحمل والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي، والكشف عن العلاقة بين قلق الحمل وكل من: المساندة الاجتماعية، الصلابة النفسية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس قلق الحمل (إعداد الباحثة)، ومقياس المساندة الاجتماعية من إعداد الباحثة ومقياس الصلابة النفسية من إعداد عماد محمد مخيمر، وتكونت العينة من (150) امرأة سبق لها ولادة طفل بعيب خلقي، تم اختيارهن بالطريقة العشوائية البسيطة، وكانت أهم النتائج: أن (29.30%) من عينة الدراسة من النساء ذوات المواليد بعيب خلقي يشعرون بقلق منخفض، بينما كان (41.30%) يشعرون بقلق متوسط، وكان (29.30%) يشعرون بنسبة مرتفعة من القلق.
- دراسة Abou Dagga (2013) هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد في قطاع غزة، ولتحقيق هذا الهدف استخدم الباحث المنهج الوصفي العلائقي، وتم اختبار عينة مكونة من (160) أباً وأماً لديهم اطفال مسجلين في مركز التأهيل النفسي المجتمعي، وقد تم تشخيص هؤلاء الأطفال حسب الدليل التشخيصي الرابع باضطراب طيف التوحد، حيث تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية داخل كل محافظة في قطاع غزة. ولتحقيق هدف الدراسة قامت الباحثة باستخدام أداتين هما مقياس الضغوط النفسية من تقنين الباحثة ومقياس المرونة، وأشارت النتائج إلى وجود مستوى من الضغوط النفسية والمرونة لدى الآباء والأمهات، وأشارت النتائج إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الضغوط لدى الآباء والأمهات تعزو لمتغير العمر والمستوى التعليمي لهم، ويوجد اختلاف في مستوى الضغوط النفسية بين الآباء والأمهات عند مستوى دلالة 0.05 لصالح الأمهات.
- دراسة سين ويورتسيفر ((Sen E Yurtsever: 2007) هدفت الدراسة التعرف إلى آراء والدي الأطفال المعاقين في تركيا، من بينهم أطفال معاقون عقلياً، للوقوف على الدعم الذي يحتاجه الوالدان من خلال المشاركة في الجمعيات ومراكز الإعاقة، ولتحقيق هدف الدراسة صممت استبانة خاصة، ومن خلال التحليلات الإحصائية للبيانات أظهرت النتائج أن معظم الآباء يفتقدون الى المعلومات الكافية عن طبيعة الحالة التي يعاني منها ابناؤهم، وكذلك بينت النتائج أثر الوضع العائلي والاقتصادي على مواكبة متطلبات الدعم الذي تحتاجه الأسرة، وأوصت الدراسة بوجوب تقديم الدعم للأسر بكافة أنواعها من خلال جمعيات رعاية الطفل المعاق ومراكزها.

تعليق الباحثة على الدراسات التي تناولت الأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية أو أحد أنواعها:

- 1- من حيث الهدف: من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة نلاحظ أنها تختلف من حيث الهدف الأساسي، حسب تقسيمها، حيث إن هناك دراسات تعلق بالقلق والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية مثل دراسة قوطة (2013)، وهناك دراسات تعلق بالضغوط النفسية مثل دراسة أبو دقة (2013).
- 2- من حيث العينة: اتفقت بعض الدراسات في الفئة فكانت آباء وأمهات كدراسة أبو دقة (2013)، ودراسة سين ويورتسيفر (2007)، وهناك دراسات توافقت مع الدراسة الحالية في اتخاذ الأمهات الأطفال كعينة للدراسة منها: دراسة قوطة (2013). ومعظم الدراسات السابقة ضمت عينات صغيرة الحجم نوعاً ما، ومنها، ودراسة أبو دقة (2013).

- 3- من حيث الأداة: منها ما قام الباحثون بإعدادها أو تعريبها مع البيئة التي أجريت فيها الدراسة، ومنهم من استخدم مقاييس وأدوات من إعداد باحثين آخرين لملاءمتها لطبيعة دراساتهم أو لكونها قننت في نفس بيئة الدراسة.
- 4- من حيث المنهج: معظم الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي التحليلي التي يعمل على ربط الظواهر ببعضها البعض مثل دراسة قوطة (2013).
- 5- من حيث النتائج: كشفت الدراسات، أن الأمهات اللواتي لديهن طفل معاق يعانين من الضغوط النفسية والقلق مثل دراسة قوطة (2013) ودراسة أبودقة (2013)، واثبتت دراسة سين (2007)، أن أسر الأطفال المعاقين يعانون من مشكلات نفسية واقتصادية وصحية واجتماعية.

3- منهجية الدراسة وإجراءاتها.

منهج الدراسة:

اقتضت طبيعة الدراسة استخدام المنهج التجريبي، الذي يعنى بإدخال تعديلات أو تغيرات معينة من أجل ملاحظة أثرها على شيء آخر، والغرض النهائي من التجربة هو التعلم، أي تعلم نتيجة أو أكثر، وقصد التجربة هو مقارنة طرف معين على مجموعة أخرى (أبوعلام، 1998: 197).

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: ويتمثل في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والذي تسعى الدراسة لمعرفة تأثيره على مرض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، والمتغير التابع: ويتمثل في الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية.

مجتمع الدراسة: اهتمت الدراسة الحالية بالأمهات المترددات على جمعية فلسطين المستقبل للطفولة، ولديهين أطفال يعانون من تشوهات خلقية في محافظة غزة، حيث بلغ عدد الأطفال المصابين بتشوهات خلقية وفقاً لآخر إحصائية داخل جمعية فلسطين المستقبل للطفولة حتى عام 2014 ما يقارب (87) طفلاً. (فلسطين المستقبل، 2014)

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من: عينة استطلاعية: حيث تم تطبيق المقياس على (60) امرأة من الأمهات اللواتي يعانين أطفالهن من تشوهات خلقية، بغرض التأكد من صلاحية أداة الدراسة واستخدامها لحساب الصدق والثبات، وإجراء الخصائص السيكومترية على العينة الاستطلاعية.

العينة الفعلية: بلغت عينة الدراسة (30) أمماً من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية المترددات على جمعية فلسطين المستقبل للطفولة بمحافظة غزة، تم اختيارهن من أصل (60) أمماً طبق عليهن أداة الاكتئاب، وقد تم أخذ أعلى درجات على مقياس بيك للاكتئاب، وكان عددهن (30) أمماً، وحيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين، وهما المجموعة الضابطة بلغ عددهن (15) أمماً، أما المجموعة التجريبية بلغ عددهن (15) أمماً تلقين العلاج المعرفي السلوكي، كما تم أيضاً مجانسة أو تكافؤ المجموعتين في المتغيرات التالية (عمر الأم، تعليم الأم، الدخل الشهري، عمر الابن، نوع الجنس، نوع الإعاقة) ويتضح ذلك من خلال التالي:

التكافؤ بين المجموعتين في المتغيرات الديمغرافية:

جدول (4) الخصائص الديمغرافية بين أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية حسب المتغيرات الديمغرافية لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية

X ²	المجموع		المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		الفئة	المتغير
	%	N	%	N	%	N		
//0.500	16.7%	5	20.0%	3	13.3%	2	من 25-30	عمر الأم
	83.3%	25	80.0%	12	86.7%	13	أكثر من 30	
60.0//	50.0%	15	73.3%	11	26.7%	4	ثانوية عامة فأقل	تعليم الأم
	46.7%	14	26.7%	4	66.7%	10	جامعي	
	3.3%	1	0.0%	0	6.7%	1	ماجستير	
//0.723	36.7%	11	40.0%	6	33.3%	5	أقل من 1000 شيكل	الدخل الشهري
	36.7%	11	40.0%	6	33.3%	5	من 1000-2000 شيكل	
	23.3%	7	20.0%	3	26.7%	4	من 2000-3500 شيكل	
	3.3%	1	0.0%	0	6.7%	1	أكثر من 3500 شيكل	
//0.395	33.3%	10	26.7%	4	40.0%	6	5-10 سنوات	عمر الابن
	30.0%	9	33.3%	5	26.7%	4	11-15 سنة	
	36.7%	11	40.0%	6	33.3%	5	16-18 سنة	
//0.500	50.0%	15	46.7%	7	53.3%	8	ذكر	نوع الجنس
	50.0%	15	53.3%	8	46.7%	7	أنثى	
//0.499	3.3%	1	0.0%	0	6.7%	1	إعاقة حركية	نوع الإعاقة
	83.3%	25	86.7%	13	80.0%	12	شلل دماغي	
	10.0%	3	13.3%	2	6.7%	1	تخلف عقلي	
	3.3%	1	0.0%	0	6.7%	1	شلل دماغي + تخلف عقلي	

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 \\ غير دالة إحصائية

أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية التالية (عمر الأم، تعليم الأم، الدخل الشهري، عمر الابن، نوع الجنس، نوع الإعاقة)، وهذا يدل على وجود تجانس وتكافؤ بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية.

أدوات الدراسة:

مقياس البيانات الشخصية: اشتملت الاستمارة على عدد من البيانات الديمغرافية، والاقتصادية، تمثلت في (عمر الأم - عمر الطفل - جنس الطفل - نوع الإعاقة - مستوى الدخل - المستوى التعليمي للأم) هذه الاستمارة احتوت على عدة أسئلة يتم الإجابة عليها بوضع إشارة صح في الخانة المناسبة، ومن خلال الاستمارة يتم التعرف إلى البيانات الأساسية المطلوبة والتي نحتاجها في هذه الدراسة كما ذكرت سابقاً بالترتيب.

مقياس بيك للاكتئاب: يتكون المقياس من واحد وعشرين فقرة، أمام كلمتها أربع عبارات فرعية، وعلى المفحوص أن يحدد مدى انطباق أي من العبارات الفرعية عليه، وذلك بوضع دائرة حول رقم العبارة التي تتفق مع رأيه، وتتراوح درجة كل عبارة فرعية من عبارات المقياس من (0-3) درجات، بحيث إذا وضع المفحوص دائرة حول العبارة الأولى فإنه لا يحصل على درجة وتكون درجته صفر، ويحصل على درجة واحدة إذا وضع الدائرة حول رقم العبارة الثانية، بينما إذا وضعها حول رقم العبارة الثالثة فإنه يحصل على درجتين، ويحصل على ثلاث درجات إذا وضع الدائرة حول رقم العبارة الرابعة، وتتراوح درجات المقياس بين (صفر- 63 درجة)، وتدلُّ الدرجة المنخفضة على أن المفحوص غير مكتئب، بينما تدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من الاكتئاب لدى المفحوص. وتم حساب مصداقية المقياس الداخلية وكان معامل ألفا = 0.81، ومعامل الثبات = (0.82) (Beck, 1988).

الخصائص السيكومترية للمقياس: للتعرف على الخصائص السيكومترية للمقياس، قامت الباحثة بحساب معاملات الثبات والصدق للمقياس، وستقوم الباحثة بعرض النتائج.

معاملات الصدق لمقياس بيك للاكتئاب: للتحقق من معاملات الصدق للمقياس قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقة صدق الاتساق الداخلي والصدق التمييزي، وسوف تعرضها بالتفصيل من خلال التالي: صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك بهدف التحقق من صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الحزن	**0.71	0.01 دالة إحصائياً	فقدان الاهتمام	**0.67	0.01 دالة إحصائياً
التشاؤم	**0.70	0.01 دالة إحصائياً	التردد	**0.78	0.01 دالة إحصائياً
الفشل	**0.72	0.01 دالة إحصائياً	القيمة	**0.71	0.01 دالة إحصائياً
فقدان الاستمتاع	**0.75	0.01 دالة إحصائياً	النوم	**0.72	0.01 دالة إحصائياً
مشاعر الإثم	*0.44	0.04 دالة إحصائياً	الطاقة	*0.45	0.04 دالة إحصائياً
مشاعر العقاب	*0.46	0.04 دالة إحصائياً	القابلية	**0.90	0.01 دالة إحصائياً
عدم حب الذات	**0.65	0.01 دالة إحصائياً	الشهية	**0.72	0.01 دالة إحصائياً
نقد الذات	*0.45	0.04 دالة إحصائياً	التركيز	**0.61	0.01 دالة إحصائياً
الأفكار أو الرغبات الانتحارية	**0.64	0.01 دالة إحصائياً	الارهاق	**0.70	0.01 دالة إحصائياً
البكاء	**0.71	0.01 دالة إحصائياً	الاهتمام بالجنس	**0.67	0.01 دالة إحصائياً
التهيج أو الاستثارة	**0.57	0.01 دالة إحصائياً			

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

تبين من الجدول السابق أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.44-0.90)، وهذا يدل على أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعامل صدق عالٍ، ومما سبق يظهر بأن فقرات المقياس تتمتع بمعاملات صدق عالي، وبهذا ينصح باستخدام المقياس في الإجابة على أهداف الدراسة.

الصدق التمييزي: تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين، ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (6) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية

مقياس بك للاكتئاب	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
منخفضي الدرجات	8	16.63	4.779	- 11.06	0.001 دالة
مرتفعي الدرجات	7	41.14	3.625		

تبين من الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية مرتفعات الدرجات، وأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية منخفضة الدرجات في درجات الاكتئاب النفسي، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية ذوى الدرجات العليا وأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية ذوى الدرجات الدنيا في درجات الاكتئاب، مما يعني أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ وهو يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات الدنيا.

معاملات الثبات للمقياس: للتحقق من معاملات الثبات للمقياس قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقتين وهما، طريقة الفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وسوف تعرضها بالتفصيل من خلال التالي: معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ: تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (30) أمًا من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي تساوي 0.83، وهذا يدل على أن مقياس الاكتئاب النفسي يتمتع بمعامل ثبات عالٍ.

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية: تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (30) أمًا من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لمقياس الاكتئاب النفسي بهذه الطريقة (0.63)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان- براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.77)، وهذا يدل على أن مقياس الاكتئاب النفسي يتمتع بمعاملات ثبات عالية، مما يشير إلى صلاحية المقياس، وبذلك تعتمد الباحثة هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

جدول (7) معاملات الثبات بطريقة الفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس بيك للاكتئاب النفسي

مقياس بيك للاكتئاب	عدد الفقرات	معامل الفا كرونباخ		طريقة التجزئة النصفية	
		معامل بيرسون	معامل سبيرمان براون	معامل بيرسون	معامل سبيرمان براون
مقياس بيك للاكتئاب	21	0.83	0.63	0.63	0.77

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: يعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة من الأدوات الأساسية التي تم استخدامها لتحقيق أهداف الدراسة، هو برنامج معد ومنظم حسب أسس علمية، ويعتمد هذا البرنامج على استخدام فنيات معرفية وسلوكية وانفعالية متمثلة في: إعادة البنية المعرفية، والحوار والنقاش، والمحاضرات المبسطة، والحوار الذاتي، والغوص في النفس لاكتشاف الأفكار الهدامة والسلبية، والدحض والإقناع المنطقي، وحل المشكلات، والحوار الذاتي وتقييمه، والواجبات المنزلية والتعزيز، بالإضافة للإرشاد الديني، وإعادة صياغة الأفكار.

أهداف البرنامج: الهدف العام من البرنامج العلاجي هو تخفيف أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية المتردات على جمعية فلسطين المستقبل للطفولة، عن طريق العلاج المعرفي السلوكي، واستخدام فنياته المختلفة التي قد تفيد الغرض الذي وضعت من أجله.

مراحل تطبيق البرنامج العلاجي:

❖ المرحلة الأولى: مرحلة البدء (مرحلة التحضير):

وهي التي سيتم من خلالها التعارف، والتمهيد، وتبادل المعلومات الشخصية بين الباحثة والأمهات، وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه، وفي هذه المرحلة تم إجراء القياس القبلي لمستوى حدة الاكتئاب عند الأمهات، والهدف من هذه المرحلة هو تحقيق الآتي:

- 1- خلق الثقة بين أفراد المجموعة التجريبية والباحثة، وتحقيق قدر مناسب من الألفة فيما بينهم، والتأكيد على أهمية التفاعل لنجاح البرنامج، والتأكيد على روح التعاون والمشاركة بينهم وبين الباحثة، والتأكيد على أهمية الثقة بالبرنامج العلاجي، فهو مهم جداً لنجاح أي برنامج.
- 2- التأكيد على سرية ما يدور خلال الجلسات بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية.
- 3- أن يتبين أفراد المجموعة التجريبية العلاج المعرفي السلوكي (مفهومه، أهميته، أهدافه، أساليبه وفنياته).
- 4- أن يعبر أفراد المجموعة التجريبية عن مشاعرهم السلبية، والتعرف إلى الأساليب التي تؤدي إلى الشعور بذلك.
- 5- التأكيد على مساعدة الذات بواسطة الأنشطة والواجبات المنزلية وعملها أولاً بأول.

❖ المرحلة الثانية: تحديد المشكلة والتدريب على بعض فنيات العلاج: وفي هذه المرحلة قام أفراد المجموعة التجريبية بتوظيف المعلومات التي تعلموها في المرحلة الأولى حول العلاج، وتم التركيز على الأفكار غير العقلانية وتصحيحها، وكيفية الكشف عن الأفكار والمعارف المؤدية إلى سوء التوافق ومعرفة الارتباط بينها وبين الانفعالات، والتعرف إلى دور الحوار السلبي مع الذات، والتفكير الانهزامي، والتعرف إلى بعض الفنيات مثل: الأفكار اللاعقلانية، والحوار السلبي مع الذات، والدحض والإقناع، والتعزيز الإيجابي... الخ، والهدف الأساسي في هذه المرحلة هو أن يعي أفراد المجموعة التجريبية أن تفكيرهم غير العقلاني المستمر معهم في الوقت الراهن هو المسؤول عن حالتهم، وفي هذه المرحلة تم عمل قياس وسطي لمقياس بيك للاكتئاب لمعرفة إذا كان البرنامج فعال وهل طرأ تحسن على أفراد المجموعة التجريبية.

❖ المرحلة الثالثة: التدريب على المهارات المعرفية السلوكية: خلال هذه المرحلة يتحقق أهداف العلاج المعرفي السلوكي، حيث تم تعريف أفراد المجموعة التجريبية على أهمية التفكير الجيد، وحل المشكلات، وطريقة التعايش مع بعضها، وأساليب التفكير العقلانية الشائعة، وقد سعت الباحثة خلال هذه المرحلة إلى خفض مستوى الاكتئاب من خلال:

- الاستفادة من الإرشاد المعرفي السلوكي في التخطيط السليم للمستقبل واستبعاد الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالتشوه الخلقى عند الطفل.
- تبني فلسفة جديدة في الحياة من أجل تحقيق النجاح والطمأنينة في المستقبل وتفادي الوقوع في أفكار أخرى غير عقلانية.
- التعرف إلى أخطاء التفكير الشائعة من أجل تجنبها.

- توجيه أفراد المجموعة التجريبية على الاستمرار في تطبيق المهارات السلوكية المعرفية، والمواجهة الفعلية للمواقف المسببة للاكتئاب.
- ❖ المرحلة الرابعة: التقييم للبرنامج والوقاية من الانتكاسة والإنهاء: وهذه المرحلة هدفها تلخيص أهداف البرنامج وتهيئة أمهات الأطفال لإنهاء البرنامج العلاجي، وتفعيل خطة جماعية للوقاية من الانتكاسة، وإجراء القياس البعدي والتبقي لمقياس بيك للاكتئاب.

الملخص العام للبرنامج:

جدول رقم (8) يوضح الملخص العام لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي

نوع البرنامج	علاجي معرفي سلوكي
المستفيدون من البرنامج	أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في محافظة غزة
الهدف العام	هو تخفيف أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية المتردات على جمعية فلسطين المستقبل للطفولة، عن طريق العلاج المعرفي السلوكي، واستخدام فنياته المختلفة التي قد تفيد الغرض الذي وضعت من أجله.
الأهداف الخاصة	<p>مساعدة الأمهات في التعرف إلى الاكتئاب، وأسبابه والآثار التي يتركها بداخلهن.</p> <p>تدريب الأمهات على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك ومراقبة ذواتهم.</p> <p>تدريب الأمهات على كيفية استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات ايجابية باستخدام وإعادة البناء المعرفي.</p> <p>تدريب الأمهات المجموعة التجريبية على كيفية حل المشكلات، وإكسابهم المعرفة الإيجابية حول التعايش الإيجابي مع الذات.</p> <p>أن ينمو الوازع الديني لدى أمهات المجموعة التجريبية بما ينعكس إيجابياً على خفض أعراض الاكتئاب وزيادة درجة الصحة النفسية للأمهات.</p> <p>الوصول بهؤلاء الأمهات إلى درجة من الصحة النفسية وخفض نسبة الاكتئاب التي تحول دون القيام بواجبها كأم تجاه أبنائها، وخصوصاً الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة وهم من يعانون من تشوهات خلقية والخروج بهم إلى بر الأمان.</p>
الأساليب والفنيات	<p>تحديد الأفكار السلبية وتصحيحها.</p> <p>أسلوب حل المشكلات.</p> <p>التخيل.</p> <p>الاسترخاء.</p> <p>فنية صرف الانتباه.</p> <p>الواجبات المنزلية.</p> <p>المراقبة الذاتية.</p> <p>فنية ABC.</p> <p>وقف الفكرة.</p> <p>الوقاية من الانتكاسة.</p>
الأدوات	أقلام فلوماستر، برشورات ونشرات، ورق A4، أقلام جاف، لوحة الورق القلاب، لاب توب، عرض بوربوينت عن طريق جهاز البروجكتور.
مدة البرنامج	ثلاثة شهور.
عدد الجلسات	14 جلسة.
مدة الجلسة	60-90 دقيقة.

علاجي معرفي سلوكي	نوع البرنامج
- الباحثة.	جهة التنفيذ
جمعية فلسطين المستقبل للطفولة	مكان التنفيذ
تطبيق مقياس بيك للاكتئاب خمس مرات (استطلاعية- قبلي- وسطي- بعدي- وتبجي)	أساليب التقويم
عقد الحلف العلاجي (الاتفاق على الخطة العلاجية ويكون شفهي، أو مكتوب). جدول المراقبة الذاتية وتسجيل الأفكار والمشاعر والسلوك. جدول تعديل الأفكار نموذج لأسلوب حل المشكلات.	النماذج المستخدمة

4- عرض النتائج ومناقشتها.

- نتيجة السؤال الأول ومناقشته وتفسيره "ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟

وللإجابة على هذا السؤال قامت الباحثة بحساب اختبار كاي سكوير، لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في مستويات الاكتئاب النفسي، قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (10) اختبار كأي سكوير لدراسة مستوى الاكتئاب النفسي في القياس القبلي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة.

مستوى الدالة	X ²	المجموعة			مستويات الاكتئاب النفسي	
		المجموع	تجريبية	ضابطة	N	%
0.18	7.80	17	8	9	N	أعراض خفيفة
		57.7%	53.4	60%	%	
		6	3	3	N	أعراض متوسطة
		20.0%	20.0%	20.0%	%	
		7	4	3	N	أعراض شديدة
		23.3%	26.7%	20.0%	%	
		30	15	15	N	المجموع
		100.0%	100.0%	100.0%	%	

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي: أفراد المجموعة الضابطة: قبل تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن 60% من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة الضابطة يعانون من أعراض خفيفة من الاكتئاب النفسي، و20.0% يعانون من أعراض متوسطة من الاكتئاب النفسي، و20.0% يعانون من أعراض شديدة من الاكتئاب النفسي وأفراد المجموعة التجريبية: قبل تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن 53.3% من أمهات أطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة التجريبية يعانون من أعراض خفيفة من الاكتئاب النفسي، و20.0% يعانون

من أعراض متوسطة من الاكتئاب النفسي، و26.7% من أفراد المجموعة التجريبية يعانون من أعراض شديدة من الاكتئاب النفسي، في حين 6.7% من أفراد المجموعة التجريبية لا يعانون من الاكتئاب على الإطلاق.

- نتيجة السؤال الثاني " ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟

للإجابة على هذا السؤال قامت الباحثة بحساب اختبار كاي سكوير لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في مستويات الاكتئاب النفسي، أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (11) يبين اختبار كأي سكوير لدراسة مستوى الاكتئاب النفسي في القياس المتوسط بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

مستوى الدلالة	χ^2	المجموعة			مستويات الاكتئاب النفسي	
		المجموع	تجريبية	ضابطة	N	%
//0.139	5.50	14	10	4	N	لا يوجد اكتئاب
		46.7%	66.7%	26.7%	%	
		13	4	9	N	أعراض خفيفة
		43.3%	26.7%	60.0%	%	
		2	1	1	N	أعراض متوسطة
		6.7%	6.7%	6.7%	%	
		1	0	1	N	أعراض شديدة
		3.3%	0.0%	6.7%	%	
		30	15	15	N	المجموع
100.0%	100.0%	100.0%	%			

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي: أفراد المجموعة الضابطة: أثناء تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن 60.0% من أمهات أطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة الضابطة يعانون من أعراض خفيفة من الاكتئاب النفسي، و26.7% لا يوجد لديهم اكتئاب نفسي، و6.7% يعانون من أعراض متوسطة من الاكتئاب النفسي، و6.7% يعانون من أعراض شديدة من الاكتئاب النفسي أما أفراد المجموعة التجريبية: أثناء تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن 66.7% من أمهات أطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة التجريبية أصبحوا لا يعانون من الاكتئاب النفسي، و26.7% من أفراد المجموعة التجريبية يعانون من أعراض خفيفة من الاكتئاب النفسي، و6.7% يعانون من أعراض متوسطة من الاكتئاب النفسي، في حين لا يوجد من أفراد المجموعة التجريبية من يعاني من أعراض شديدة من الاكتئاب النفسي.

- السؤال الثالث " ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟ قامت الباحثة بحساب اختبار كاي سكوير لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في مستويات الاكتئاب النفسي بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (12) اختبار كأي سكوير لدراسة مستوى الاكتئاب النفسي في القياس البعدي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

مستوى الدلالة	X ²	المجموعة			مستويات الاكتئاب النفسي	
		المجموع	تجريبية	ضابطة	N	%
**0.000	20.0	18	15	3	N	لا يوجد اكتئاب
		60.0%	100.0%	20.0%	%	
		8	0	8	N	أعراض خفيفة
		26.7%	0.0%	53.3%	%	
		3	0	3	N	أعراض متوسطة
		10.0%	0.0%	20.0%	%	
		1	0	1	N	أعراض شديدة
		3.3%	0.0%	6.7%	%	
		30	15	15	N	المجموع
		100.0%	100.0%	100.0%	%	

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي: أفراد المجموعة الضابطة: بعد تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن 53.3% من أمهات أطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة الضابطة يعانون من أعراض خفيفة من الاكتئاب النفسي، و20.0% لا يوجد لديهم اكتئاب نفسي، و20.0% يعانون من أعراض متوسطة من الاكتئاب النفسي، و6.7% يعانون من أعراض شديدة من الاكتئاب النفسي وأفراد المجموعة التجريبية: بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي على أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة التجريبية ظهر من النتائج بأن 100% أصبح لا يعانون من الاكتئاب النفسي، كذلك بالنسبة لنتيجة التبعي فقد تبين أن كافة المجموعة لا تعاني من أعراض الاكتئاب النفسي.

فرضيات الدراسة ومناقشتها:

الفرضية الأولى: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحاظفة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس القبلي. لاختبار هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس القبلي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (13) نتائج اختبارات لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس القبلي

نوع المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
المجموعة الضابطة	15	29.60	9.06	-0.608	54//0.
المجموعة التجريبية	15	31.40	7.02		

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب النفسي الكلي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس القبلي، وهذا يدل على وجود تكافؤ بين أفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة الضابطة في درجات الاكتئاب النفسي، وهو ما يعرف بالضبط الإحصائي لتجانس المجموعات.

الفرضية الثانية: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس المتوسط أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي. لاختبار هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس المتوسط أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (14) نتائج اختبار لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس المتوسط

نوع المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
المجموعة الضابطة	15	25.8	9.4	2.18	*0.038
المجموعة التجريبية	15	19.3	6.5		

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب النفسي الكلي ($t\text{-test} = 2.18, p\text{-value} = 0.038$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس المتوسط أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي. والفروق كانت لصالح أفراد المجموعة التجريبية، حيث بلغ متوسط الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة الضابطة 25.8 درجة، في حين بلغ متوسط الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية 19.3 درجة، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة (المجموعة التجريبية)، بعد تطبيق نصف جلسات البرنامج المعرفي السلوكي، وهذا يعطي مؤشراً على أن جلسات البرنامج لها دلالة واضحة في التخفيف من أعراض الاكتئاب.

والملاحظ أنه لا توجد ولا دراسة قامت بعمل تطبيق في منتصف البرنامج سوى دراسة الإسي (2014)، حيث تم عمل تطبيق وسطي لمقياس بيك للاكتئاب بعد مضي (7) جلسات من تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى استخدام جميع مراحل واستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي بطريقة منظمة ومضبوطة، وكذلك التمهيد الجيد الذي قامت به الباحثة قبل البدء بتطبيق البرنامج، حيث تجهيز المكان الذي سيتم فيه تطبيق الجلسات، والاستقبال الجيد، وكسر حاجز الجمود بين الباحثة والأمهات وبين الأمهات أنفسهن من خلال التعارف وتبادل بعض المعلومات الشخصية، وأيضاً التأكيد على مبدأ السرية، وهذا جعل الأمهات يشعرون بالراحة والأمان والثقة، بالإضافة إلى جلسات التنقيف النفسي عن ماهية المرض وأعراضه وأسبابه لم يكن على دراية بها، فمن خلال تعريفهن بالاكتئاب وأعراضه وأسباب حدوثه ساعد هذا في حدوث التحسن في منتصف البرنامج.

الفرضية الثالثة: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس البعدي بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي. لاختبار هذه الفرضية قام الباحث باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (15) نتائج اختبارات لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي

نوع المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
المجموعة الضابطة	15	27.8	8.9	9.2	**0.001
المجموعة التجريبية	15	4.9	2.7		

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب النفسي الكلي ($t\text{-test}=9.2, p\text{-value}=0.001$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي. والفروق كانت لصالح أفراد المجموعة التجريبية، حيث بلغ متوسط الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة الضابطة 27.8 درجة، في حين بلغ متوسط الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية 4.9 درجة، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير كبير في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة (المجموعة التجريبية)، وهذا يعطي مؤشراً على كفاءة جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وتفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء ما تم ممارسته من أساليب وفتيات تميزت بالدينامية والوظيفية أمكن بها مواجهة جوانب رئيسة لدى شخصية أفراد المجموعة التجريبية تغيرت معها النظرة إلى الكثير من الأحداث الحياة التي كان لها دور رئيسي في رفع درجة الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة، هذا وقد ساعد على إحداث هذه التغيرات لدى عينة الدراسة (المجموعة التجريبية) استخدام فنيات كانت بمثابة قوة دافعة إلى إحداث حالة من الراحة والاسترخاء ساعدت كثيراً على إعادة البنية المعرفية لدى الأمهات مثل المحاضرة والمناقشة، وفنية A B C، وأحداث الذات، والتخيل، والاسترخاء، والتدريب على المهارات والأنشطة المتعددة، ثم تلا ذلك استخدام الواجبات المنزلية مما ساعد على استمرار الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي.

الفرضية الرابعة: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس البعدي). للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار " وليكوكسن لدراسة الفروق بين وسطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (17) نتائج اختبار "ويلكوكسن" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على درجات الاكتئاب النفسي حسب نوع المجموعة

نوع المجموعة	العمليات الإحصائية	العدد	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	متوسط الفروق	قيمة إيتا ²	قيمة d	حجم التأثير	نسبة التحسن %
المجموعة الضابطة	الرتب السالبة	6	25.9	9.42	56.50	- //0.252	1.9	0.05	0.47	صغير	-7.3
	الرتب الموجبة	8	27.8	6.06	48.50						
	التعادل	1									
	المجموع	15									
المجموعة التجريبية	الرتب السالبة	15	31.4	7.50	105.00	-3.42**	26.5	0.67	2.88	كبير	84.4
	الرتب الموجبة	0	4.9	.00	.00						
	التعادل	0									
	المجموع	15									

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي: المجموعة الضابطة: عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب النفسي ($P\text{-value} > 0.05$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحاظفة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس البعدي)، وهذا يدل على أن العلاج بالطريقة الاعتيادية ليس له أثر في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحاظفة غزة، فقد بلغت نسبة التحسن -7.47% عند الأمهات في المجموعة الضابطة بين القياس القبلي والبعدي اما المجموعة التجريبية: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب النفسي ($z\text{-test} = -3.42, P\text{-value} < 0.01$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحاظفة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس البعدي). والفروق كانت لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له أثر في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحاظفة غزة، فقد بلغ متوسط الفرق 26.5 درجة، وتبين أن حجم التأثير كان كبيراً جداً لأن قيمة ($d = 2.88 > 1.1$)، وقد بلغت نسبة التحسن 84.4% لدى الأمهات في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي كبير في خفض مستوى أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحاظفة غزة، وتعزو الباحثة هذا الفرق بين القياس القبلي والبعدي لمقياس الاكتئاب إلى المهارات والأنشطة والمهارات والفنيات التي تم تعليمها لأفراد المجموعة التجريبية خلال المرحلة التدريبية، وترى الباحثة أن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على تغيير التشوهات المعرفية لدى الأم، وهذه التغيرات تساعد على الشعور بشكل أفضل، ومن خلال التركيز على الإيجابيات ودحض الأفكار السلبية المبالغ فيها، والعمل على إيجاد أفكار إيجابية أكثر نفعاً للعمل بها ومناقشتها كان له الأثر الأكبر في فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وأيضاً يمكن عزو ذلك إلى أن البرنامج ركز على المهارات والتدريبات المتعلقة بكيفية تعديل أساليب التفكير عند الأمهات، حيث تم تطبيق مهارات متعددة خلال جلسات البرنامج التدريبي، وإعطاء الأمهات واجبات منزلية، والطلب منهن تطبيق ما تم تعلمه على مواقف الحياة الواقعية، كذلك طبيعة البرنامج التدريبي يسمح للأمهات المجموعة التجريبية بالاستماع إلى بعضهم البعض، والتعلم

من بعضهم البعض، كل ذلك ساعد على أن تطور الأمهات أساليب أكثر منطقية في التفكير، ويصبحن أكثر استبصاراً بطريقة تفكيرهن، فالبرنامج ساعد على تعديل تفكيرهن وهذا أدى إلى انخفاض الاكتئاب في المجموعة التجريبية، الفرضية الخامسة: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha < 0.05)$ في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظه غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس البعدي، القياس التتبعي). للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار " وليكوكسن لدراسة الفروق بين وسيطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظه غزة حسب نوع المجموعة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (18) نتائج اختبار "وليكوكسن" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي على درجات الاكتئاب النفسي حسب نوع المجموعة

نوع المجموعة	العمليات الإحصائية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	الرتب السالبة	1	4.9	2.8	6.50	6.50	// -1.63	0.10
	الرتب الموجبة	7	5.9	2.0	4.21	29.50		
	التعادل	7						
	المجموع	15						

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي: المجموعة التجريبية: عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب النفسي ($P\text{-value} > 0.05$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظه غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس البعدي، القياس التتبعي)، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له أثر في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظه غزة على الأمد البعيد، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الفنيات والأساليب الإرشادية، والمهارات والتدريبات، والأنشطة والوسائل المستخدمة التي تم استخدامها خلال جلسات البرنامج العلاجي، وأن المجموعة التجريبية قد تلقت برنامجاً علاجياً له الأثر حتى بعد انقضاء مدة (شهر) من تطبيق البرنامج العلاجي، وتعزو الباحثة استمرار فاعلية البرنامج العلاجي للتدريبات التي تم استخدامها مع أفراد المجموعة التجريبية وذلك بتطبيق ما تم تعلمه في الحياة اليومية من قبل الباحثة، والتي لها أثر كبير في تغيير الحالة الانفعالية للأمهات بشكل كبير، مما أدى إلى الاستمرار في تنفيذ هذه الفعاليات بعد انتهاء البرنامج، وهذا ما تم الاتفاق عليه.

توصيات الدراسة ومقترحاتها:

1. إطلاق المزيد من البرامج والمشاريع الهادفة إلى تأهيل حماية المعاقين بصفة عامة، وخصوصاً في الأماكن التي تفتقر إلى مثل هذه الخدمات.
2. الاهتمام بتبصير الآباء والأمهات بأهمية وضرورة دمج أطفالهم في المناقشات الأسرية، وإتاحة الفرصة لهم للتعبير عن آرائهم، والتحلي بالصبر، والإيمان بالقضاء والقدر، وروح الوالدية الفاعلة، وتقبل أطفالهم وتواصلهم الدائم والفعال معهم.

3. تفعيل دور الإعلام المرئي والمسموع والمقروء في نشر الوعي حول التشوهات الخلقية التي تصيب الأطفال وكيفية الوقاية منها.
4. القيام بمزيد من الدراسات والأبحاث المعمقة في مجال مشكلات الأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية ومحاولة وضع الحلول المناسبة بناءً على تلك الدراسات.
5. دراسة مقارنة بين الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية وأمهات الأطفال المعاقين بإعاقة مكتسبة.

المصادر والمراجع

المصادر:

- القرآن الكريم.

المراجع العربية:

- ابراهيم، عبد الستار (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه. عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون: الكويت.
- ابراهيم، عبد الستار (1998). علم النفس الإكلينيكي مناهج التشخيص والعلاج النفسي. دار المريخ، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2011). تعديل السلوك الانساني النظرية والتطبيق. دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2011). علم النفس الإرشادي. دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- أبو السعود، أدهم خليل (2015). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتحسين مستوى الصلابة النفسية لدى عينة من النزلاء المراهقين بمعهد الأمل للأيتام، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.
- أبو سعد، أحمد عبد اللطيف؛ وعربيات، أحمد عبد الحليم (2012). نظريات الإرشاد النفسي والتربوي. دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط2، عمان: الأردن.
- أبوعلام، رجاء (1998). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. دار النشر للجامعات، القاهرة: مصر.
- الأشول، عادل عز الدين (1993). الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقلياً، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، القاهرة، العدد 1، ص 35- 15.
- بخش، أميرة طه (2002). الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية. دراسات العلوم التربوية، المجلد 29، العدد 2، ص 215- 237.
- بدوي، أحمد (1982). مشكلات الفتيات المراهقات بمحاظفة أسوان ومعالجتها باستخدام قراءة الكتب النفسية والمناقشة الجماعية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أسوان، مصر.
- بلحسيني، وردة، (2011) أثر برنامج معرفي- سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.

- التيمي، محمود كاظم (2013) " الصحة النفسية- مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية" دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- حجازي، سوسن عبد الويس (2008). دراسة لمشكلات أمهات التلاميذ المعاقين حركياً (تصور مقترح من منظور خدمة الفرد لمواجهتها). دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد 24، الجزء الثاني، ص839-887.
- الحمري، مها (2002). فاعلية أسلوب بيك للعلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للإعاقات الحركية (دراسة حالة). رسالة ماجستير، مستخلصات أطروحات الماجستير والدكتوراه، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، المجلد 14، العدد 1، ص245.
- حمودة، محمود عبد الرحمن (1990). النفس أسرارها وأمراضها. مكتبة الفجالة، القاهرة: مصر.
- الخطيب، جمال (1990). تعديل السلوك القوانين والاجراءات. مكتبة الصفحات الذهبية للنشر والتوزيع، ط2، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- الخطيب، محمد جواد (2000). التوجيه والإرشاد النفسي. مطبعة مقداد، ط2، غزة: فلسطين.
- الخفش، سامح وديع (2011). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي. دار الفكر للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الاردن.
- عارف، نجوى (2003). برنامج إرشادي مقترح لتنمية التواصل اللفظي بين الأزواج، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد 6، ص280-247.
- عبد الباري، مثال (2012) التشوهات الخلقية، دار المنارة للنشر والتوزيع، عمان.
- عبد الله، عادل (2000). العلاج المعرفي السلوكي- أسس وتطبيقات. دار الرشاد، القاهرة: مصر.
- عياد، فاطمة (2002). مقارنة بين عينة من آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً وأخرى من آباء وأمهات الأطفال العاديين في مستوى القلق والاكتئاب وتقدير الذات. دراسات نفسية، المجلد 12، العدد4، ص510-540.
- فايد، حسين على (2004). العدوان والاكتئاب. مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية: مصر.
- فايد، ريم (2010). فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي. رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- قوطة، إيمان عبد الرحمن (2013). قلق الحمل وعلاقته بالمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- لجنة التعليم المستمر في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (2006). التشوهات الخلقية "أنواعها وأسبابها وكيفية منعها"، القدس، مجلة بلسم، العدد371، ص38-36.
- ليزما، كليرن (2003). الاكتئاب، أعراضه، وأسبابه، وتشخيصه، والخلاص منه، ترجمة أحمد رمو، دار علاء الدين، ط1، دمشق: سوريا.
- المحارب، ناصر بن إبراهيم (2000). المرشد في العلاج الاستعراضي السلوكي. دار الزهراء، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- معالي، إبراهيم باجس (2011). فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظرية بيك Beck في خفض الاكتئاب وتحسين التكيف لدى طلبة الجامعة الأردنية. مجلة كلية التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة عين شمس، المجلد ج3، العدد 35، ص457-492.

- ملحم، سامي محمد (2001). الإرشاد والعلاج النفسي. دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.

ثانياً- المراجع بالإنجليزية:

- Abou Dagga, S. (2013). Psychological stress and resilience among parents of autistic children in Gaza Strip. Unpublished master, s thesis, Islamic university, Gaza.
- Beach, S. (1998). Depression, Theoretical explanations. Psychological basic. California: salem press, Vol. 1, 200.
- Beck, A (1991): Temperament, Social skills and the communications of emotions A developmental interachoin view, in D, Gelborti, commoly personality social skills and psychopathology. Anderw difference Approach new: plenum press.
- Beck, A. (1997). Cognitive Therapies. Essentialpapers psychoanalysis, Newyork: U.S.A university press.
- Leqerstee, Jerons & Tulen, (2010) program of treatment in reducing cognitive behavioral disorders, Journal of child psychology and psychiatry, 5 (2), 162- 172.
- Payne.M. (2002): Modern social work theory. London, MC Milan Educational TD.
- Sen, E Yurtsever, S. (2007). Difficulties Experienced by families with disabled children. Journal of specialists in pediatric Nursing. 12 (4), 238.