

## فعالية برنامج علاج معرفى سلوكى فى خفض أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية

ا.م.د/ سحر حسن إبراهيم

أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد

كلية الأداب - جامعة بني سويف

د/ زينب ماضى محمود السيد

مدرس الإعاقة العقلية

كلية علوم ذوى الاحتياجات الخاصة - جامعة بني سويف

### ملخص البحث

يهدف البحث الحالى إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاج معرفى - سلوكى فى خفض أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقات عصبية حركية، ومدى استمرار فعالية البرنامج العلاجي بعد شهرين من انتهاء تطبيق الجلسات العلاجية. وتكونت عينة البحث من عشرة أمهات لأطفال مصابين بإعاقات عصبية حركية، حيث شملت الإعاقات العصبية الحركية المتضمنة فى البحث (الشلل الدماغى، والاستسقاء الدماغى، والضمور العضلى)، وتراوح المدى العمرى للأمهات بين (36: 52) عاماً بمتوسط عمر قدره (39,7) عاماً، وانحراف معيارى قدره (4,62) عاماً. وتحقيقاً لأهداف البحث تم استخدام مقياس الاكتئاب لأمهات الأطفال المصابين بإعاقات عصبية حركية (إعداد الباحثان)، والبرنامج العلاجي المقترح. وتم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي والتي استمرت ستة أشهر بواقع جلسة أو جلستان أسبوعياً ليصبح العدد النهائى للجلسات (37) جلسة، وتراوح زمن الجلسة بين (60: 120) دقيقة. وتم إجراء القياس التتبعى بعد شهرين من تطبيق البرنامج. وكشفت نتائج البحث عن فعالية البرنامج فى خفض حدة أعراض الاكتئاب؛ حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب القياس القبلي والبعدي، بالإضافة إلى استمرار أثر البرنامج بعد فترة المتابعة.

**الكلمات المفتاحية:** برنامج علاج معرفى - سلوكى، الاكتئاب، أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية.

## **The Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Therapy Program in reducing Depression Symptoms among Mothers of Children with Neuromotor Disabilities**

**Dr. Sahar Hassan Ibrahim**

Associate Professor of Clinical Psychology

**Dr. Zainab Madi**

Lecturer of Mental Disabilities

### **Abstract:**

The current research aims to identify the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program in reducing depressive symptoms among mothers of children with neuromotor disabilities, and the extent to which the effectiveness of the treatment program continues after two months of the application of the treatment sessions. The research sample consisted of ten mothers of children with neuromotor disabilities, where the neuromotor disabilities included in the research (cerebral palsy, hydrocephalus, and muscular atrophy). The age of the mothers ranged between (36: 52) years with an average age of (7.39) years, and a standard deviation of (4.62) years. To achieve the objectives of the research, the depression scale was used for mothers of children with neuromotor disabilities (prepared by the two researchers), and the proposed treatment program. The sessions of the treatment program, which continued for six months, were applied with one or two sessions per week, the final number of sessions was (37) sessions, and the session time ranged between (60: 120) minutes. The follow-up measurement was conducted two months after the application of the program. The results of the research revealed the effectiveness of the program in reducing the severity of depression symptoms, as there were statistically significant differences between the mean ranks of the pre and post measurements, in addition to the continuation of the impact of the program after the follow-up period.

**Keywords:** Cognitive-behavioral treatment program, Depression, Mothers of children with neuromotor disabilities.

## مقدمة البحث

توجه الاهتمام العالمي نحو ذوى الإعاقة وأسرهم، وذلك من خلال سن القوانين والتشريعات التى تعنى بتنظيم العمل مع المعاقين من خلال توفير سبل الرعاية والوقاية والتأهيل، وتمكينهم في المجتمع، وذلك لتخفيف العبء عن هؤلاء المعاقين وأسرهم والقائمين على رعايتهم. وتمثل الإعاقات العصبية الحركية أحد الإعاقات التى تشكل تحدياً كبيراً سواء للأطفال المصابين بها أو للقائمين على رعايتهم، وتتمثل هذه التحديات فى تدنى القدرات الحركية بفعل الإعاقة وما يترتب على ذلك من تأثر الجوانب المعرفية والاجتماعية والانفعالية والأكاديمية والسلوكية الأخرى، كما أن هناك تحديات طبية تتمثل فى توفير العلاجات الملائمة وتفادى الآثار الجانبية لها، كما أن هناك تحديات غذائية تتمثل فى توفير النظام الغذائى الملائم لهؤلاء الأطفال، بالإضافة إلى التحديات التى تتعلق بمهارات الحياة اليومية لتوفير الرعاية الذاتية الملائمة، هذا إلى جانب التحديات الاجتماعية التى تتعلق بمواجهة المجتمع بطفل معاق.

وتجدر الإشارة إلى أنه عندما يتم تشخيص طفل بالإعاقات العصبية الحركية فإن جميع أفراد الأسرة يواجهون أحداثاً ضاغطة تستوجب التكيف معها. حيث تواجه هذه الأسر بعض الضغوط التى تحدث أثناء التشخيص والتى ترتبط باحتياجات الطفل الطبية، وتفاقم المرض، وتلك التى تحدث بعد التحولات التطورية. وقد تستمر هذه الضغوط لأشهر أو لسنوات تتسم مشاعرهم فيها بالحزن والخوف والضياع (Melnik et al., 2001). كما يعانى القائمين على رعاية هذا الطفل من تفاقم احتياجات العناية به، والتعامل مع تنوع ردود فعل وقلق الأشقاء وتلك الخاصة بطفلهم المريض ذاته حول المرض والموت؛ حيث تختلف هذه المفاهيم والتصورات باختلاف العمر ومستويات التطور.

وهناك اعتبارات عدة يجب أخذها بعين الاعتبار فيما يتعلق بالطبيعة المعقدة للاستجابة لمرض عضال حيث يكون القائمين بالرعاية أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية التى تنجم من زيادة عبء المرض (ياسر فارس يوسف، 2012/ 2014). وفى هذا الصدد يحتاج الأطفال الذين يعانون من إعاقات جسمية وصحية لاسيما العصبية الحركية منها والقائمين على رعايتهم إلى تقديم الدعم اللازم للوعى بإعاقتهم وبرامجهم العلاجية وتلبية احتياجاتهم، كما أنهم بحاجة إلى استجابة انفعالية داعمة من قبل زملائهم وأشقائهم وأبائهم ومعلميهم. ويشار إلى القائمين برعاية الأطفال ذوى الإعاقات الشديدة باسم "المرضى

المختبئين<sup>1</sup>، حيث أنهم أنفسهم بحاجة إلى الدعم والمساعدة المهنية، على الرغم من قيامهم بتقديم الرعاية إلى أبنائهم (Sawatzky & Fowler-Kerry, 2003; Kobos & Imiela, 2015).

وباستقراء التراث السابق عن مظاهر العبء المفرط لمقدمي الرعاية للأطفال المصابين بالإعاقات الحركية ذات المنشأ العصبي وجد أن هذه المشكلة هي مشكلة متعددة الأبعاد تتضمن عديد من الخصائص الذاتية والموضوعية. وتتضمن هذه التحديات القضايا المادية المرتبطة بشكل أساسي بوظائف الطفل المعاق، بالإضافة إلى الجوانب الذهنية المرتبطة بقدرة الوالدين على التعامل مع المواقف العصبية التي تواجه الطفل المصاب، هذا إلى جانب المشكلات الاجتماعية التي تنعكس في علاقات الوالدين مع الآخرين، وأخيراً الصعوبات المالية المرتبطة بوظيفة الوالدين المتوقفة، وكذلك تكاليف علاج الطفل وإعادة تأهيله. ويرتبط العبء الشخصي بالتجارب والمشاعر والمواقف المتصلة بتقديم الرعاية (Jaracz et al., 2015; Bastawrous, 2019).

وتؤدي الضغوط المستمرة التي يتعرض إليها القائمين على رعاية ذوي الإعاقة إلى ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب (Mugno et al., 2007) ويرجع السبب في ذلك إلى شعور والدي الطفل بالإجهاد نتيجة كثرة الأعباء طوال اليوم وقلة الدعم الاجتماعي، وفي هذا الصدد يذكر أن الأمهات يتحملن أعباء أكثر من الآباء في رعاية الأطفال المصابون بهذه الإعاقات؛ مما يعرضها للإصابة بالضغوط والاضطرابات النفسية (Picardi et al., 2018).

ومن بين الآثار النفسية التي حظيت باهتمام الباحثين في أوضاع أسر ذوي الإعاقات الحركية مسألة معاناة الوالدين - وخاصة الأمهات - من الضغط النفسي نظراً للمتطلبات الزائدة التي تفرضها الإعاقة ودور الأم في تليبيتها، حيث تتطلب إعاقة الإبن من الأم قضاء معظم وقتها معه، مما يحتم عليها تقليص تفاعلاتها، مما يترك أثراً سلبياً على نوعية الحياة الاجتماعية والانفعالية لها ولأفراد أسرتها (سعاد منصور غيث، 2011).

ومن بين الإعاقات العصبية الحركية التي سنغنى بها في بحثنا الراهن الشلل الدماغي والاستسقاء الدماغي والضمور العضلي؛ حيث يواجه المصابون بالشلل الدماغي مستويات مرتفعة من الإعياء الجسدي، كما أن الأطفال المصابون بالضمور العضلي يواجهون زيادة مستمرة في مستوى الإعياء مما يؤثر في مستوى الأداء العام؛ لذا ينصح

<sup>1</sup> hidden patients

بالمراقبة الدقيقة للإعياء وقت حدوثه لتوفير أوجه الرعاية الملائمة، مما يشكل عبئاً إضافياً على كاهل الأم والقائمين بالرعاية. كما يعاني الأطفال المصابين بهذه الإعاقات من الألم وعدم الراحة مما يؤثر في أداء الطفل والأم على حد سواء (Jansen et al., 2003; Houlihan et al., 2004). كما أن الآثار الجانبية للدواء تشكل تحدياً آخر يؤثر على أداء الطفل ويستوجب مزيد من الاهتمام من قبل القائمين على رعايته (Engelberts et al., 2002).

ويعد إنجاب طفل مصاب بالشلل الدماغي في أي أسرة تجربة مؤلمة، ويؤدي إلى ردود أفعال مختلفة، فقد يكون بداية لنشوء أزمة نفسية لدى الأهل، تؤدي لتفكك الأسرة واختلال في النسق الأسري في بعض الأحيان، حيث يتم تحميل المسؤولية للأم، وهذا ما قد يحتم عليها التعامل بمفردها مع الطفل العاجز لإيجاد الحلول التي يمكن أن تحسن حالة ابنها المعاق، وقد تتبنى بعض الأمهات أفكاراً سلبية عن أبنائهن أو إعاقتهن؛ مما يؤثر على الأم أو الطفل المعاق ذاته؛ حيث يؤدي اختلال التفكير لأم الطفل المعاق إلى تراكمات نفسية داخل اللاشعور تؤدي فيما بعد للاضطراب النفسي، وأحياناً تطفو تلك التراكمات على الشعور وتظهر في شكل ضغوط نفسية، قد يصاحبها شعور بالخجل والاكنتاب والإحساس بالذنب ولوم الذات، والقلق على مستقبل الطفل وقلة التنبؤ بالنجاح في المهمات الموكلة إليها (شيخة سالم العريص، د.س). كذلك يؤدي شعور الأم بالاكنتاب إلى آثار ضارة على حالتها المزاجية العامة، وعدم الشعور بجودة الحياة (Zablotsky et al., 2013).

وعلى الجانب الآخر فإنه باستكشاف تجارب الوالدين في العيش مع طفل مصاب باستسقاء الدماغ تم استنتاج كثير من المخاوف التي تنتاب الآباء نحو أبنائهم ومستقبل إعاقتهم تتطلب الاهتمام بها وتقديم الدعم اللازم للقضاء عليها (Zimmerman, 2021) كما أنه من المهم استكشاف تجارب القائمين على رعاية المصابين بالضمور العضلي والتي تتعلق بالخسارة المتوقعة للمساعدة في تكييف العائلات مع ظروفهم الراهنة المرتبطة بإعاقة أبنائهم (Farrar et al., 2013).

### مشكلة البحث

تتمثل مشكلة البحث في وجود بعض المشكلات النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين وبخاصة المعاقين بإعاقات شديدة كالإعاقات العصبية الحركية؛ حيث أن وجود طفل بالأسرة يعاني من الإعاقة من العوامل التي تؤثر بشكل سلبي على الجوانب النفسية للأسر

وخاصة الأمهات؛ نظرًا لتعدد أدوارهن كأمهات وزوجات وربات بيوت، مما يضع عليهن عديد من الضغوط التي تؤثر على علاقتهم بالآخرين وقدرتهن على تقديم الخدمات لباقي أفراد الأسرة، وتصاب الكثيرات منهن بالاكتئاب بسبب المعاناة من المشكلات والضغوط، وقد تؤدي رغبتهم في تحسين مستوى أداء أطفالهن إلى بذل مزيد من الجهد لتمكين الأطفال من الاعتماد على أنفسهم ومجابهة الإعاقة، ولكن هذه المحاولات قد تبوء بالفشل في كثير من الأحيان، مما يؤدي إلى شعور الأمهات بالحزن والاكتئاب؛ لذا كان من المهم محاولة البحث عن أساليب علاجية واستراتيجيات تساعد الأمهات على تقبل وجود طفل معاق بالأسرة، وفهم كيفية التعامل مع هذه الفئة، ومحاولة التغلب على الضغوط النفسية التي يتعرضن إليها سواء من ناحية رعاية أبنائهن، أو مواجهة متطلبات باقي أفراد الأسرة أو التعامل مع المجتمع اللاتي يعشن فيه.

وقد لاحظت الباحثتان من خلال التردد على مراكز رعاية الأطفال ذوي الإعاقة، تعدد شكوى أمهاتهن من الأعباء الاقتصادية والنفسية، والعناية المجهدة لأطفالهن طوال الوقت، والشعور بوصمة العار من وجود طفل معاق بالأسرة، بالإضافة إلى الشعور بالحرج جراء قيام أطفالهن بتصرفات غير لائقة ومزعجة أمام الغرباء، وبالتوتر والانفعال بسبب معاناة أبنائهن لفترات طويلة دون انقطاع، كما أنهم يعانون من مشاعر الحزن والضيق والاكتئاب جراء نظرات الآخرين المليئة بالشفقة والعطف عليهم.

ومن خلال إطلاع الباحثتان على الأطر النظرية ونتائج بعض البحوث والدراسات السابقة تم ملاحظة إشارة بعض الباحثين إلى أن إنجاب طفل ذو احتياجات خاصة يخلق شعورًا بخيبة الأمل واليأس والضغط المفرط على الأسرة، ويولد لدى أفراد الأسرة شعورًا بالاكتئاب (رضوان، 2007). كما وجد أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة يعانون من الاكتئاب أكثر من آباء الأطفال الأسوياء لما يتلقونه من معلومات حول إعاقة أطفالهم (Singer, 2006). كما وجدت ارتباطات بين مستوى إعاقة الأطفال واكتئاب الأبوين (Al-Gamal & Long, 2013).

ويحتاج الأطفال ذوي الإعاقات الحركية الناشئة عن مشكلات عصبية إلى مجموعة واسعة من التدخلات الطبية وإعادة التأهيل. وفي هذا الصدد يواجه مقدمو الرعاية الأولية من الوالدين كثير من التحديات منها إدارة مشاكل صحة الطفل في الامتثال لمتطلبات

الرعاية القياسية. ويتجاوز عبء الرعاية بكثير المتطلبات العادية المرتبطة بمراحل نمو الطفل (Bottcher, 2010).

ومما دعانا للاهتمام بالأمهات كأحد القائمين بالرعاية دونما الآباء أن الأمهات تعاني من مستويات ضغوط أعلى بكثير من الآباء، وأن هذه الضغوط تعد مؤشراً مهماً للشعور بالحزن والاكتئاب، وأن الدعم الاجتماعي يعدل العلاقة بين التوتر وحدوث الاكتئاب لدى الوالدين (Ang & Loh, 2019).

كما أن الاهتمام ببحث متغير الاكتئاب تحديداً لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة له ما يبرره؛ حيث يرتبط الاضطراب الاكتئابي بزيادة معدلات الوفيات، والتي يُعزى معظمها إلى الانتحار. كما يعاني الأفراد المصابون بالاكتئاب والتهيج، والوساوس، والرهاب، والقلق المفرط على الصحة البدنية، والشكوى من الألم (Truschel, 2020). كما أن الاكتئاب هو ثاني الاضطرابات التي تسبب العجز، ويشبه الاكتئاب في عدد الأيام التي يقضيها المريض في السرير حالات هبوط القلب، ويفوق عجز الاكتئاب الروماتيزم وأمراض الكلى والرئة (Hyman et al., 2006).

ولا تقتصر خطورة الاكتئاب فقط في زيادة معدلات انتشاره بل في زيادة معدلات الانتحار المترتبة عليه؛ وقد قدرت منظمة الصحة العالمية أن ما يقرب من مليون شخص يقدمون على الانتحار كل عام من أنحاء العالم (American Psychiatric Association, 2013). وقد بلغت الوفيات بسبب الانتحار (45) ألفاً عام (2016)، وبذلك ارتفع معدل الانتحار من (31%: 58%) في المئة بين عامي (1990-2017) (Ventura, 2018). ويعد الانتحار هو السبب الرئيس الثاني للوفاة (American Psychiatric Association, 2020).

وتجدر الإشارة إلى أن المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب يركز على فكرة الفقد؛ فيحس المريض أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته، وهو دائم التوقع للنتائج السلبية، ويرى نفسه مفقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن. وتؤدي التوقعات السلبية إلى الانفعالات المميزة للاكتئاب (الحزن، والإحباط، وفقد الاهتمام ... الخ) فضلاً عن أن الاكتئاب حين يقوى فيه الإحساس بالتورط في موقف بغض ومشاكل عصبية تتبدد دافعيته التلقائية البناءة، وربما غلبه ميل قاهر إلى الهرب من هذه الحالة غير المحتملة عن طريق الانتحار (Scott & Beck, 2008). وترتكز فكرة الفقد في البحث الراهن على توجس

الأمهات من فكرة فقد أبنائهن ذوى الإعاقات العصبية الحركية وهو أمر متوقع فى حالات كثيرة وخاصة الحالات التى تعاني من الضمور العضلى، لذا تركز الاهتمام الحالى على تقديم برنامج علاج معرفى- سلوكى للتغلب على مشاعر الفقد والحزن واليأس التى تنتاب هؤلاء الأمهات، وذلك بالعمل على تعديل أفكارهن حول إعاقة أبنائهن أو مستقبلهن... الخ.

وقد تم اختيار برنامج العلاج المعرفى- السلوكى باعتباره من النماذج المستندة على الأدلة والمتفق عليها فى التغلب على الاكتئاب والتوتر؛ حيث يعتقد أن من يتعرض للضغوط الشديدة- وهى فى حالتنا ضغوط رعاية طفل مصاب بإعاقة شديدة- يكون غير قادر على التكيف مع الأفكار المتركمة والمعتقدات غير المنطقية أو المختلة؛ لذا يتميز هذا النهج بقدرته الواسعة على الوصول لنتائج جيدة فى التغلب على هذه الأفكار السلبية وإدارتها. وقد شهدت السنوات الأخيرة نجاحات واضحة فى إدارة الضغوط والتغلب على الاكتئاب؛ حيث اقتربت هذه النماذج من مشكلة الإفراط فى التعميم التى يقوم بها الشخص المكتئب كاستجابة للظروف البيغيزة (Wilde & Dozois, 2019; Farrington, 2019).

### وانطلاقاً من الطرح السابق تتحدد المشكلة الرئيسة للبحث الحالى فى:

ما مدى فعالية برنامج العلاج المعرفى- السلوكى فى خفض حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقات عصبية حركية؟  
وينبثق من ذلك الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- إلى أى مدى توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد العينة فى القياس القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية؟
- 2- إلى أى مدى توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد العينة فى القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية؟

### مبررات إجراء البحث

- 1- تسهم نتائج الدراسة فى سد جانب من النقص الموجود- على حد علم الباحثان- حول برامج خفض حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالإعاقات العصبية الحركية.



- 2- الحاجة الشديدة للاهتمام بالقائمين على رعاية الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة لاسيما الإعاقات الحركية ذات المنشأ العصبى، لتواكب الاهتمام المماثل بالقائمين على رعاية ذوي الإعاقات النمائية الأخرى.
- 3- الحاجة لتقديم الخدمات لأهم عنصر فى النسق الأسرى وهم الأمهات؛ لما يتحملنه من ضغوط شديدة فى رعاية أبنائهن المعاقين، ولما لهذا الاهتمام من أثر بارز على تماسك النسق الأسرى بأكمله؛ فالأم هى نواة الأسرة والعنصر الأساسى فى استقرارها وتماسكها.
- 4- الحد من الآثار السلبية والضغوط النفسية التى يعانى منها أمهات الأطفال ذوي الإعاقه حالياً وفى المستقبل، وإن لم يتم مساعدة هؤلاء الأمهات فإنهن قد يعانين فى المستقبل من درجات من الاكتئاب أكثر حدة.
- 5- الأمهات أداة فاعلة فى نشر الوعى المجتمعى بوجود الإعاقات وأساليب التعامل مع الأطفال ذوي الاعاقه، لذا فإنه فى حال تدريبهن وتعليمهن يمكنهن من توعية المجتمع المحيط بهن.
- 6- إبراز دور العلاج المعرفى- السلوكى فى مساعدة هؤلاء الأمهات على تخطى أزمت كبرى قد تؤثر على أسر بأكملها.

### أهمية البحث

- 1- يستمد البحث أهميته من الشريحة التى يتناولها وهن أمهات الأطفال ذوي الإعاقات الحركية العصبية اللائى يعانين من الاكتئاب ويشعرن بالإحباط، مما يعوقهن عن تولي مهمة رعاية أطفالهن.
- 2- يقدم البحث الحالي تأصيلاً نظرياً لفعالية البرامج العلاجية المقدمة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية الحركية فى خفض مستوى الاكتئاب لديهن.
- 3- المساهمة فى تقديم الدعم والمساندة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية لاسيما الإعاقات الحركية عصبية المنشأ والإعاقات التدهورية أو المؤدية للوفاة فى تخفيف حدة الاكتئاب اللائى يعانين منه، وما يترتب على ذلك من تعديل أفكارهن السلبية واستبدالها بأخرى إيجابية وخفض حدة المشاعر السلبية لديهن؛ مما قد يكون له أثر واضح على سلوكهن مع أطفالهم الذين يعانين من هذه الإعاقات.
- 4- المساهمة فى توفير برامج علاجية فعالة تساعد المتخصصين فى تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالإعاقات العصبية الحركية، وإعطاء أهمية كبيرة لدور العلاج النفسى فى التخفيف من حدة تأثير الإعاقه على أسر المعاقين.

3- نتائج البحث الحالي ترشد القائمين على الجمعيات التي تهتم بالأطفال ذوي الإعاقة وأسرههم إلى إعداد دورات للاختصاصيين النفسيين للتدريب على كيفية خفض الضغوط والاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة.

### **المفاهيم والأطر النظرية المفسرة والبحوث والدراسات السابقة**

#### **1- الإعاقات العصبية الحركية**

الإعاقات العصبية الحركية هي أحد الإعاقات الصحية الجسمية التي تنجم من أسباب متعددة أو تكون غير معروفة السبب في بعض الأحيان، وتؤثر تلك الإعاقات في النبضات العصبية الموجهة للعضلات، وهي من الإعاقات المعقدة التي تؤثر على جوانب وظيفية عدة مثل (الحركة، والوظائف المعرفية واللغوية) (ياسر فارس يوسف، 2012/2014). ومن بين الإعاقات العصبية الحركية موضع اهتمام البحث الراهن الشلل الدماغي، والاستسقاء الدماغي، وضمور العضلات. وسنعرض فيما يلي لكل اضطراب من هذه الاضطرابات الثلاث والأطر النظرية والدراسات السابقة التي تتعلق بكل منها.

#### **الشلل الدماغي Cerebral palsy**

يعرف الشلل الدماغي بأنه مجموعة من الإعاقات غير التقدمية التي تتسم بخلل في الحركة الإرادية الناجمة عن خلل أو إصابة في الدماغ، وتحدث هذه الإعاقة قبل الولادة أو أثنائها أو في السنوات الأولى من العمر (Beers et al., 2006). ويضيف باكس وآخرون Bax et al (2005) إلى هذا التعريف أن الشلل الدماغي غالباً ما يكون مصحوباً باضطرابات في الإحساس والإدراك والتواصل والاستيعاب.

كما يشير الشلل الدماغي إلى مجموعة من الاضطرابات غير التقدمية التي تسببها آفات أو تلف في الدماغ غير الناضج، مما يؤدي إلى حركة غير طبيعية للعضلات. يمكن أن تصاحب هذه الاضطرابات الحسية اضطرابات معرفية وتواصلية وإعاقات ذهنية (O'Shea, 2008).

ويعرف أيضاً بأنه اضطراب مزمن يتسم بمجموعة من القيود الوظيفية الناتجة عن التشوهات في تطور الجهاز العصبي المركزي (Rethlefsen et al., 2010).

#### **أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي**

يرتبط الشلل الدماغي بكثير من جوانب العجز العصبي والحسي والسلوكي، كما أنه يرتبط بقيود كبيرة في الأداء العام ليس فقط للطفل ولكن أيضاً لعائلته المقربة، ويشكل الشلل

الدماغى تحدياً كبيراً لمقدمي الرعاية الذين هم حجر الزاوية في ضمان توازن تطور وارتقاء الطفل (Basińska & Wędzińska, 2014)؛ لذا فإن مستوى الدعم المطلوب من أجل إرضاء احتياجات الطفل البيولوجية والنفسية والاجتماعية فضلاً عن القيود في نشاط الطفل وأدائه اليومي تمثل تحدياً كبيراً. وعلى المدى البعيد تمثل رعاية طفل مصاب بالشلل الدماغى عبئاً كبيراً بالنسبة لمقدمي الرعاية وبخاصة الأمهات؛ نظراً للتعامل مع المشكلات والشدائد ذات الصلة بالاضطراب، مما يؤدي للصعوبات في الحفاظ على التوازن الانفعالي، وكثيراً ما تصبح هذه الخبرة واحدة من أصعب تجارب الحياة. وتؤثر هذه الرعاية المفرطة والمسؤوليات الضخمة سلباً على صحة الوالدين الجسدية والعقلية، فضلاً عن حياتهم الاجتماعية والثقافية والمهنية (Mausbach et al., 2013; Grootenhuis & Bronner, 2009).

ويزداد التوتر والعزلة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الشلل الدماغى كلما زاد عمر الطفل ومدة الاضطراب، مما يؤدي بمرور الوقت إلى انخفاض في الحيوية وزيادة المشاكل الصحية لمقدم الرعاية، والمعاناة، والأفكار الانتحارية واليأس (Abedi et al., 2020) كما يزداد لديهم الشعور بخيبة الأمل (Rubira et al., 2012) كما تؤدي الرعاية طويلة المدى من قبل الوالدين إلى أعراض أكثر حدة للاكتئاب (Ones et al., 2005) بالإضافة إلى الضغط العام والعزلة الاجتماعية وخيبة الأمل وانخفاض الدخل المنتظم من العمل، ومحدودية فرص الترفيه (Raina et al., 2005).

وقد وجد أن الاكتئاب هو عامل النذير المهم<sup>1</sup> لعبء مقدم الرعاية (Unsal- Delialioglu et al., 2009). وتزداد درجة الاكتئاب والقلق والتوتر الإجهاد وانخفاض جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغى مقارنة بأمهات الأطفال ذوي الإعاقات الأخرى (Carona et al., 2013; Manuel et al., 2003) حيث وجد أن (30%) من أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغى لديهن أعراض الاكتئاب؛ كما وجد أن أكثر من (60%) منهم معرضون لإجهاد الأبوة والأمومة (Al-Gamal & Long, 2013). وتؤثر الظروف الصحية الشديدة للأطفال المصابين بالشلل الدماغى سلباً على الحياة اليومية للأطفال ووالديهم (Ketelaar et al., 2008; Michelsen et al., 2005).

<sup>1</sup> Important Prognostic Factor

وفى إطار الدراسات التي اهتمت ببحث العلاقة بين عبء مقدم الرعاية وشدة أعراض القلق والاكتئاب لدى والدي الأطفال المصابين بالشلل الدماغي بهدف إنشاء مراكز تأهيل لتقديم الدعم النفسي للقائمين على رعاية هؤلاء الأطفال، تم اختيار (190) من آباء وأمهات أطفال الشلل الدماغي (138) من الأمهات و (52) من الآباء. وتم تقييم العبء باستخدام مقياس عبء مقدمي الرعاية<sup>1</sup>، ومقياس أعراض القلق والاكتئاب. وكشفت النتائج عن وجود علاقة موجبة بين مقاييس عبء مقدم الرعاية وشدة القلق والاكتئاب. ويستخلص من ذلك أهمية بذل الجهود للتخفيف من عبء الرعاية على آباء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي (Gugala, 2021).

كما هدفت دراسة بارك Park (2021) إلى تحديد العلاقة بين الوظائف الحركية الكبرى، وضغوط الأبوة، وضبط النفس، والاكتئاب لدى (247) طفل مصاب بالشلل الدماغي وأمهاتهم. وكشفت النتائج عن أن البرامج المصممة لتعزيز ضبط النفس فعالة في تقليل الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي. كما أن التخفيف من ضغوط الأبوة والأمومة ارتبط بانخفاض حدة الاكتئاب. واقترحت نتائج الدراسة أنه من المهم تطوير السياسات والخدمات التي من شأنها المساهمة في تحسين التكيف النفسي والاجتماعي لإعادة تأهيل الأطفال وزيادة ضبط النفس لأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي. في العقود الأخيرة، تم إيلاء اهتمام واسع النطاق لاستخدام التدخلات المعرفية للحد من المشاكل النفسية لأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي؛ لذلك تم تحديد فعالية تدريب العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي لأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي؛ حيث تم اختيار (30) أمماً من بطريقة العينات المتاحة، وتم توزيعهم عشوائياً على المجموعتين التجريبية والضابطة (15 فرداً لكل مجموعة)، وتم تقديم ثماني جلسات لمدة (90) دقيقة من العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي على المجموعة التجريبية، بينما لم تتلق المجموعة الضابطة أي تدخل. وكشفت النتائج عن أن العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي كان له تأثير معنوي على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي الإيجابي والسلبي لدى الأمهات اللاتي لديهن طفل مصاب بالشلل الدماغي (Poursadeg & Babapour, 2019).

<sup>1</sup> Caregiver Burden Scale (CBS)

وفى دراسة هدفت إلى تحديد فعالية العلاج المعرفى السلوكى على أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغى وتحديد أكثر استراتيجيات المواجهة فعالية وإفادة في إدارة الضغوط التى تتعلق برعاية طفل مصاب بالشلل الدماغى باستخدام المنهج شبه التجريبي بتصميم المجموعتين التجريبية والضابطة. كشفت النتائج عن أن أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغى في المجموعة التجريبية قد كسفن عن أداء أفضل من أولئك الموجودين في المجموعة الضابطة، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية قبل وبعد التعرض للبرنامج (Al-Smadi & Bakar, 2019).

### الاستسقاء الدماغى Hydrocephalus

يُعرّف الاستسقاء الدماغى بأنه انتفاخ نشط للجهاز البطني بسبب عدم التوافق بينهما فى إنتاج السائل النخاعي وامتصاصه (Jouibari et al., 2011). كما يعرف استسقاء الدماغ بأنه حالة طويلة الأمد، يتم تحديدها عادةً في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث يوجد سائل مفرط في الجهاز البطني داخل الدماغ (Smith et al., 2015).

ويعرف أيضاً بأنه اضطراب في ديناميات السائل الدماغى الشوكي (Zimmerman, 2021).

ويؤدى استسقاء الدماغ إذا ترك دون علاج إلى إصابات الدماغ المنتشرة، والتأخر العقلي وإعاقات النمو. ويمثل تطور استسقاء الدماغ تحديات كبيرة في وقت لاحق في حياة الأطفال وأولياء أمورهم أو القائمين على رعايتهم. وفى هذا الإطار تواجه الأمهات كثير من المشكلات منها المشكلات المادية خلال فترة العلاج بدءاً من عملية التشخيص، كما أنهم يعانون من مشكلات صحية لكونهم أكثر اهتماماً بمشكلات أبنائهم ومستقبلهم، بالإضافة إلى الرعاية المنزلية والاحتياجات التعليمية التى يحتاجونها (Smith et al., 2015).

ومن بين الدراسات التى سعت للكشف عن المشكلات الخاصة بأمهات الأطفال ذوى استسقاء الدماغ تلك التى هدفت لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصابين باستسقاء الدماغ والقائمين على رعايتهم. حيث أكمل واحد وتسعون مقدم رعاية قائمة مراجعة اضطرابات الإجهاد اللاحق للصدمة وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية. وتم إجراء المقابلات مع الأمهات وتم جمع البيانات باستخدام استبيان شبه منظم أعده الباحثون. وكشفت نتائج الدراسة إلى أن الإجهاد اللاحق للصدمة يؤثر على الأمهات اللاتى يعانى أبنائهن من استسقاء الدماغ، وقد أفاد أكثر من نصف

مقدمي الرعاية (52%) بأن إعاقة أبنائهن (الاستسقاء الدماغي) هو أهم مصدر لمتلازمة ما بعد الصدمة (Zimmerman, 2021). وقد واجهت الباحثتان ندرة شديدة في الدراسات التي تعنى ببحث أعراض الاكتئاب لدى القائمين على رعاية الأطفال المصابين بالاستسقاء الدماغي، وتلك التي تهتم بالبرامج العلاجية والإرشادية للقائمين على رعايتهم.

### ضمور العضلات الشوكي (SMA) Spinal Muscular Atrophy

يعرف ضمور العضلات الشوكي بأنه اضطراب عصبي عضلي جسدي متتحي نادر ناجم عن طفرة جينية في بقاء الجين (5q13) للخلايا العصبية الحركية (D'Amico et al., 2011) تؤدي هذه الطفرة إلى انخفاض مستويات بروتين بقاء الخلايا العصبية الحركية<sup>1</sup>، مما يتسبب في ضعف العضلات وضمورها (Ahmad et al., 2016). كما يعرف بأنه اضطراب وراثي يتسم بفقدان العضلات (Pacione et al., 2019).

وهو اضطراب وراثي عصبي عضلي نادر يتميز بتكسب الخلايا العصبية الحركية في النخاع الشوكي وجذع المخ؛ مما يؤدي إلى ضعف عضلي وضمور تدريجي (Carey et al., 2022).

كما يعرف الضمور العضلي الشوكي (SMA) بأنه مرض عصبي وراثي نادر ينطوي على خلل في عديد من أجهزة الجسم مثل الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز الحركي (Yao et al., 2021).

واضطراب ضمور العضلات الشوكي هو اضطراب نادر يسبب الوفاة؛ حيث يموت الأطفال في وقت مبكر إما بسبب ضمور تدريجي أو التهاب في الرئتين. وقد تحدث الوفاة المبكرة قبل بلوغ عامين من العمر؛ لذلك يعاني أفراد الأسرة من توقع الخسارة، مما يسبب الحزن قبل الخسارة الفعلية (Farrar et al., 2013). وتشير الخسارة المتوقعة إلى المواقف التي يبدأ فيها أفراد الأسرة في الشعور بالضيق بسبب اقتراب وفاة أحد أفراد أسرته (Rolland, 1994). وتساعد الخسارة الاستباقية المتوقعة أفراد الأسرة على تقبل الموت الوشيك ببطء والاستعداد للانفصال عن أبنائهم؛ مما يسمح لهم بالتكيف مع حياتهم المستقبلية (Sutherland, 2009; Gross et al., 2012). وعلى الجانب الآخر قد تؤدي الخسارة المتوقعة طويلة الأمد إلى الإرهاق الجسدي والعقلي لأفراد الأسرة لاسيما الأمهات؛

<sup>1</sup> Survival of Motor Neuron (SMN)

مما يؤدي لشعورهن بالحزن والاكتئاب جراء هذه الخسارة المتوقعة (Tan et al. 2012, .Al-Gamal, 2013).

وفى دراسة عن استكشاف الخسارة المتوقعة لأولياء الأمور للأطفال في سن المدرسة المصابين بالضمور العضلي الشوكي تم اختيار (19) من والدي الأطفال المصابين بضمور العضلات متوسط أعمارهم (32: 49) عاماً، وتم استخدام المقابلات المتعمقة، حيث تضمنت المقابلات أربعة محاور اشتملت على تحمل العجز وضغط الرعاية، والمعاناة بسبب حالة الطفل النادرة والمجهولة، وفقدان الأمل، وتعزيز الارتباط بين الوالدين والطفل، وتجنب ضغوط الموت وإثراء حياة الطفل. وتساعد نتائج البحث على تحديد الخسارة المتوقعة بين أولياء أمور الأطفال في سن المدرسة المصابين بضمور العضلات الشوكي. ومن ثم تعزيز فهم المتخصصين للخوف الذي يحدث في المجتمع المحيط بالعائلات، ومتطلبات الأسر للرعاية. في محاولة لتوفير التعاطف والدعم للأسر التي لديها طفل مصاب بضمور العضلات وتعزيز الأمل والتعلق بين الوالدين والطفل. وتشجيع أفراد الأسرة والأطفال على تجاوز ضغط الموت وإنشاء خطط رعاية مخصصة تلبي الاحتياجات العاطفية والطبية للعائلات (Yang et al., 2016).

وقد سعى بعض الباحثين لبحث إجهاد الوالدين المصاب بأبنائهم بإعاقات شديدة؛ حيث وجد أنه عندما يصاب الأطفال بإعاقة شديدة مثل الضمور العضلي يشعر الآباء بالعجز والاكتئاب ومع اقتراب وفاة الطفل الوشيكة، يلاحظ الآباء فقدان الموارد والدعم الاجتماعي وانخفاض جودة الحياة؛ مما دعا لسعى هؤلاء الآباء للحصول على الدعم النفسي، والوثام الأسري، والرعاية المؤقتة للتخفيف من ضغوطهم الشديدة (Gontard et al. 2012).

ويؤثر ضمور العضلات الشوكي تأثيراً كبيراً على حياة الوالدين. لذا تم تقييم عبء مقدم الرعاية باستخدام مؤشر إجهاد مقدم الرعاية، والمشقة الانفعالية والقلق والاكتئاب للآباء الذين يعيشون مع أطفالهم المصابين بضمور العضلات الشوكي. وقد وجد أن نسبة كبيرة من الأمهات (76%) يرون عبئاً ثقيلاً على مقدمي الرعاية. كان العبء والضيق العاطفي متشابهين بين أمهات الأطفال وأمهات البالغين الذين يعانون من ضمور العضلات الشوكي. كما انخفضت نسبة مشاركة مقدمي الرعاية في الأنشطة الترفيهية إلا أن الأمهات اللاتي ينخرطن في أنشطة اجتماعية وترفيهية قد أبلغن عن انخفاض الضغط العاطفي وعبء مقدم

الرعاية؛ لذا يجب الانتباه إلى الرفاهية الذهنية لمقدمي الرعاية الأساسيين لمن يعانون من ضمور العضلات الشوكي، بحيث يتم تحفيزهم لمواصلة المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية (Cremers, et al., 2019).

وقد سعى ياو وآخرون Yao et al (2021) إلى البحث في انتشار القلق والاكتئاب لدى المصابين بالضمور العضلي والقائمين على رعايتهم، ولتحقيق هذا الهدف تم الإجابة على استبيان يتكون من أسئلة اجتماعية وديموغرافية وسريرية، كما تم تطبيق مقياس لتقييم الاكتئاب والقلق، كما قدمت أسئلة أخرى لتقييم القلق والاكتئاب لمقدمي الرعاية للمرضى وتوقعاتهم لمستقبل أطفالهم. وقد شارك في الدراسة (155) من المصابين بالضمور العضلي والقائمين على رعايتهم. وشملت العينة (45.8%) من الذكور و (54.2%) من الإناث. وكشفت نتائج الدراسة عن انتشار القلق والاكتئاب لدى مرضى ضمور العضلات الشوكي، كما ارتفع معدل الاكتئاب والقلق الشخصي لمقدمي الرعاية. ويوصى باحثوا الدراسة بتضمين الرعاية النفسية المهنية لتعزيز قدرة مقدمي الرعاية وتحسين الصحة النفسية لهم.

## 2- الاكتئاب الرئيسي

### تعريف الاكتئاب

لم يتفق الباحثون على وضع تعريف محدد للاكتئاب؛ وذلك للتداخل الواضح بين التعريف والأعراض فغالباً لا يستدل على المرض إلا من خلال الأعراض الواسمة له؛ لذا فعند محاولتنا وضع تعريف شامل للاكتئاب سنجد أنفسنا نسرده أعراضه، والسبب الثاني الذي يصعب معه وضع تعريف للاكتئاب هو وجود أكثر من نوع للاكتئاب ومن ثم قد تتداخل الأعراض الخاصة بكل نوع مع النوع الآخر (محمود عيد مصطفى ، 2009). وتصنف الاضطرابات الاكتئابية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5, 2013) إلى سبعة أنواع إلا أننا سنعنى في بحثنا الراهن بالاكتئاب الرئيسي أو الجسيم.

وقد قدم عبد الستار إبراهيم (1998) تعريفاً للاكتئاب بوصف أعراضه مفاده أنه الشعور بالانهباط والكدر، وضعف مستوى النشاط والخمول، والشعور بنتأقل الأعباء، والشكاوى الجسدية والآلام العضوية، وتوتر العلاقات الاجتماعية، ومشاعر الذنب واللوم المرضى للنفس، والإدراك السلبي للبيئة، والتفكير الانهزامي.



ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس يعرف الاكتئاب بأنه انخفاض شديد في المزاج k وفقدان الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة تقريباً، مع وجود عدد كبير من المشاكل المرتبطة ببعض الاضطرابات الأخرى كالقلق والتفكير في الانتحار (DSM-5, 2013). ويعرف الاكتئاب الرئيسي أو الأساسي أو السريري بأنه اضطراب مزاجي شائع يعاني أصحابه من مشاعر الحزن واليأس المستمرة ويفقدون الاهتمام بالأنشطة التي كانوا يتمتعون بها من قبل بصرف النظر عن المشاكل العاطفية التي يسببها الاكتئاب، كما يمكن للأفراد أيضاً أن يصابوا بأعراض جسدية مثل الألم المزمن أو مشاكل في الجهاز الهضمي. ولتشخيص الإصابة بالاكتئاب، يجب أن تستمر الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل (Truschel, 2020).

### معايير تشخيص الاكتئاب وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5

- يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعيار التالي لتشخيص الاكتئاب.
- يجب أن يعاني الفرد من خمسة أعراض أو أكثر خلال نفس فترة الأسبوعين، ويجب أن يكون أحد الأعراض على الأقل إما (1) مزاج مكتئب أو (2) فقدان الاهتمام أو المتعة.
- أ- يجب أن يعاني الفرد من خمسة أعراض أو أكثر لمدة أسبوعين تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق ويجب أن يكون أحد الأعراض على الأقل إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقدان الاهتمام أو المتعة، ويتضمن هذا المعيار ما يلي:
- 1- مزاج منخفض معظم اليوم، يتكرر كل يوم تقريباً.
  - 7- قلة الاهتمام بشكل ملحوظ أو المتعة في كل الأنشطة أو معظمها تقريباً معظم اليوم، يتكرر كل يوم تقريباً.
  - 8- فقدان الوزن بشكل ملحوظ عند عدم اتباع نظام غذائي أو زيادة الوزن، أو انخفاض أو زيادة الشهية كل يوم تقريباً.
  - 9- أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.
  - 10- هياج نفسي حركي أو خمول كل يوم تقريباً (يمكن ملاحظته من قبل الآخرين، وليس مجرد مشاعر ذاتية من القلق).
  - 11- التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.
  - 12- الشعور بانعدام القيمة أو الشعور بالذنب المفرط أو غير المناسب كل يوم تقريباً.
  - 13- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد، كل يوم تقريباً.

14- أفكار متكررة عن الموت، وأفكار انتحارية متكررة بدون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ج- لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة مثل (سوء استخدام عقار، أو تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى (DSM-5, 2013).

### العلاج المعرفي - السلوكي

يعرف بيك Beck (1993) العلاج المعرفي السلوكي على أنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن ذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية كالقلق، والإكتئاب، والغضب...إلخ.

وهو أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية، من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته (عبد الستار ابراهيم، 1993، 342).

كما عرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه كف نشاط الأفكار السلبية النشطة، وفي نفس الوقت تدعيم وتعزيز الأفكار الملائمة في الواقع من خلال العمل الفعلي والتشجيع على القيام باختيار مدى الأفكار الإيجابية والأنشطة الفعالة، وتعديل المشاعر الداخلية المتعلقة بالمرض النفسي؛ بهدف كشف النقاب عن المعاني التي توصف بها الأحداث غير المستحبة (ألفت كحلة، ٢٠٠٩).

### البرنامج العلاجي المعرفي - السلوكي

هو برنامج مخطط منظم يستند على مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الفرد، ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية، بقصد التخلص مما يشعر به الفرد من كرب وضيق يرجع في الواقع إلى الاضطراب الذي يعاني منه (محمد الدسوقي، 2008).

وتعرف الباحثتان العلاج المعرفي - السلوكي لأمهات ذوى الإعاقة بأنه خطة علاجية تعتمد على استراتيجيات معرفية وسلوكية، تهدف إلى مساعدة الأمهات على تطوير مهاراتهم السلوكية والمعرفية وتعديل أفكارهن المختلفة، وتعلم سلوكيات إيجابية جديدة تساعدن في

التخفيف من حدة الحزن والاكتئاب، مما ينتج عنه تغير في كيفية رؤيتهن للذات وللإبن المعاق.

ويعد العلاج المعرفي- السلوكي أحد الأساليب العلاجية الناجحة في التعامل مع الاكتئاب النفسي، حيث تمكن مختلف تقنيات العلاج المعرفي- السلوكي العميل من التوافق مع ذاته ومع محيطه، ليصبح قادراً على ضبط أفكاره وفرزها. ويركز هذا النوع من العلاج على المشاكل الآنية التي يعاني منها المريض، ويهتم بعلاج الأعراض، والتركيز على خفض حدتها واستمرارية المكاسب العلاجية.

وباعتبار الإنسان كائناً اجتماعياً برزت أهمية العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي الذي يتضمن علاج مجموعة من الأفراد تتشابه اضطراباتهم من خلال مناقشة مواضيع مهمة للجماعة، مما يؤدي إلى التنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم، وتعديل أفكارهم الخاطئة، وذلك من خلال إعداد برامج علاجية تعد خصيصاً لذلك (رزيقة بن شيخ، 2018). وقد تم الاعتماد على الجلسات الفردية والجمعية عند إعداد برنامج البحث الراهن.

تم تطبيق برنامج العلاج المعرفي- السلوكي على أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية لمدة ستة أشهر بواقع جلسة إلى جلستين أسبوعياً، تراوحت مدة الجلسة بين (60 : 120) دقيقة، وقد مر البرنامج العلاجي في بحثنا الراهن بثلاث مراحل هي: المرحلة الأولى: وهي المرحلة التمهيديّة أو قبل العلاجية أو مرحلة تحديد خط الأساس، وتتضمن ثلاث جلسات، يتمثل الهدف من هذه المرحلة تحديد خط الأساس في القياس القبلي باستخدام مقياس الاكتئاب لأمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية وتحديد مشكلاتهم.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة التدخلات العلاجية الفعلية (معرفية وسلوكية)، وهي المرحلة التي يتم فيها تقديم التدخلات العلاجية المعرفية والسلوكية للمشكلات الانفعالية والاجتماعية والسلوكية والجسمية للأمهات.

المرحلة الثالثة: وهي مرحلة إنهاء العلاج والوقاية من الانتكاس، وهي المرحلة الختامية التي يتم فيها إنهاء العلاج، وعمل القياسات البعدية، وإجراء جلسة المتابعة بعد مرور شهرين.

## فروض البحث

- 1- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية وأبعاده الفرعية لصالح القياس البعدي.
- 2- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية وأبعاده الفرعية.

## منهج البحث:

تم اتباع المنهج شبه التجريبي؛ حيث تم فيه معالجة المتغير المستقل والتحكم فيه بشكل عمدي وهو هنا البرنامج العلاجي ودوره في تحسين أعراض الاكتئاب كمتغير تابع.

## التصميم البحثي

تم استخدام تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي/بعدي؛ حيث تم القياس على أربعة مراحل كما يلي:

- 1- القياس القبلي وتحديد خط الأساس: ويشير إلى تقدير أعراض الاكتئاب لدى مجموعة من أمهات الأطفال ذوى الإعاقة، وتم اختيار المرتفعات منهن في أعراض الاكتئاب.
- 2- القياس البعدي: ويشير إلى تقدير مدى التحسن في أعراض الاكتئاب عقب انتهاء البرنامج مباشرة.
- 3- القياس التتبعي الأول: ويشير إلى مدى استمرار التحسن في أعراض الاكتئاب بعد مرور فترة تساوى فترة العلاج الفعلية والتي استغرقت ستة أشهر؛ حيث كان من المقرر إجراء القياس التتبعي الأول بعد مرور فترة تقدر بنفس مدة العلاج أى بعد ستة أشهر، إلا أن الباحثان قد عجلتا بإجراء المتابعة بعد شهرين من القياس البعدي تحسباً لأى تدهور قد يحدث في إعاقة الأطفال وخاصة الشديدة منها.
- 4- القياس التتبعي الثانى: تجدر الإشارة إلى أنه كان من المخطط له إجراء المتابعة الثانية بعد مرور فترة تساوى ضعفى مدة العلاج الفعلية أى بعد اثنى عشر شهراً، إلا أن ذلك قد تعذر إجراؤه لتدخل بعض المتغيرات التي تعذر معها إجراء القياس البعدي الثانى؛ حيث تعرض عدد من الأمهات المشاركات في البرنامج وخاصة أمهات الأطفال ذوى الإعاقات التدهورية المؤدية للوفاة لوفاة أبنائهن بعد انتهاء البرنامج وفترة المتابعة الأولى. وتسبب هذا الحدث

الصدمة في ظهور أعراض الحزن والكآبة مما سيؤثر حتماً على أداء الأمهات على نتائج المقياس، لذا لم يتم إجراء القياس البعدي الثانى.

### عينة البحث الاستطلاعية

تم اختيار مجموعة من أمهات الأطفال ذوى الإعاقة بمحافظة القاهرة مقدارها (100) أمماً، حيث تراوح المدى العمرى للأمهات بين (36: 54) عاماً، وذلك للتحقق من الخصائص القياسية لأدوات البحث.

### عينة البحث الأساسية

تكونت عينة البحث من عشرة أمهات لأطفال مصابين بإعاقات عصبية حركية بمحافظة القاهرة، حيث شملت الإعاقات العصبية الحركية المتضمنة فى البحث (الشلل الدماغى، والاستسقاء الدماغى، والضمور العضىلى)، وتراوح المدى العمرى للأمهات بين (36: 52) بمتوسط عمر قدره (39,7) عاماً، وانحراف معيارى قدره (4,62) عاماً لا توجد أمهات مطلقات أو أرامل بين أفراد العينة.

### أدوات البحث

أولاً: مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية.

قامت الباحثتان بإعداد مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية وفقاً لمحكات ومعايير التشخيص الواردة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الخامس، وسنعرض فيما يلى لوصف المقياس وطريقة تطبيقه وتصحيحه والتحقق من كفاءته السيكومترية.

### وصف المقياس

يتكون المقياس من (64) بنداً موزعة على الأبعاد التالية:

- 1- المزاج الاكتئابى: وتمثله البنود من (1: 10).
- 2- فقدان الطاقة والاهتمام أو المتعة: وتمثله البنود من (11: 14).
- 3- أعراض نفسية وجسمية: وتمثله البنود من (15: 25).
- 4- الشعور بالعجز: وتمثله البنود من (26: 29).
- 5- الفشل فى حل المشكلات واتخاذ القرارات: وتمثله البنود من (30: 34).
- 6- لوم الذات: وتمثله البنود من (35: 40).

- 7- الانسحاب الاجتماعي: وتمثله البنود من (41: 49).
- 8- القلق النفسى: وتمثله البنود من (50: 52).
- 9- الأرق: وتمثله البنود من (53: 57).
- 10- قلق الموت: وتمثله البنود من (58: 64).

### طريقة التصحيح

يجاب عن المقياس باختيار بديل من بين ثلاثة بدائل توضح مستوى شدة الاكتئاب (وفق مقياس ليكرت ثلاثي متدرج) (دائماً، وتقدر بثلاث درجات) أو (أحياناً، وتقدر بدرجتان) أو (أبداً، وتقدر بدرجة واحدة)، تعبر الدرجة المنخفضة عن انخفاض مستوى شدة الاكتئاب، بينما تعبر الدرجة المرتفعة عن ارتفاع مستوى شدة الاكتئاب، وتقدر الدرجة القصوى بـ (192) درجة، والدرجة الدنيا بـ (64) درجة.

تتمثل البنود المعكوسة على مدار المقياس فى البنود التالية (5- 9- 30- 43).

### ثانياً: برنامج العلاج المعرفى- السلوكى

#### تعريف البرنامج Program

مجموعة من الأنشطة والممارسات العملية والخطوات العلاجية التى تطبق من خلال مجموعة من الجلسات الفردية والجماعية من منظور العلاج السلوكى المعرفى والتي تهدف الى تغيير مفاهيم أمهات الأطفال ذوى الإعاقة العصبية والحركية وإعادة تشكيل مدركاتهن من خلال مساعدة الامهات على تحديد الافكار اللاعقلانية ومحاولة ضحدها لخفض حدة الاكتئاب الناتج عنها .

وقد تم تحديد محتوى البرنامج العلاجى من خلال الاطلاع على الإطار النظري والبحوث والدراسات السابقة التي تناولت إعداد وتنفيذ برامج العلاج السلوكى المعرفى ، كما تم مراعاة التنوع و المرونة في استخدام الانشطة والفنيات التي يقدمها البرنامج كذلك أن يستطيع البرنامج تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها البرنامج .

#### أهمية البرنامج .

تتبلور أهمية البرنامج الحالي في خفض حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية، حيث يسعى البرنامج إلى مساعدتهم في التغلب على أعراض الاكتئاب .

## أهداف البرنامج .

يهدف البرنامج الحالي إلى خفض حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية الحركية.  
الأهداف الفرعية :

- تقوية مشاعر الكفاية الذاتية والقدرة على التحكم في المواقف الضاغطة.
- التدريب على مواجهة المواقف الضاغطة من مساعدة الأمهات على فهم طبيعة المواقف الضاغطة وما يترتب عليها
- أن تستطيع الأمهات مواجهه الأفكار المقاومة والمضادة للاستمتاع بالحياة ورفضها.
- تعديل أفكار الأمهات تجاه الإعاقة بصورة عامة وإعاقة الطفل بصورة خاصة.
- التعرف على ماهية الحزن والاكتئاب وأنواعه وآثاره النفسية والجسمية على الأمهات.
- تدريب الامهات على مراقبة الأفكار الآلية والمشاعر السلبية.
- التمييز بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وأداء الواجبات المنزلية بطرح أمثلة من واقع المواقف التي يتعرضن لها.
- توعية الأمهات بالعوامل المحفزة لمشاعر الحزن والاكتئاب الداخلية والخارجية.
- فهم أساليب تقييم العوامل الخارجية المحفزة لمشاعر الحزن والاكتئاب والتي تساعد على استثارة المشاعر السلبية.
- التفريغ الانفعالي للانفعالات والمشاعر السلبية المختلفة.
- التعبير عما يدور بالنفس فيما يتعلق بالطفل أو الأم.
- تنفيذ الجمل والعبارات التي تتعلق بأفكار ومشاعر الأم .
- مواجهة الأفكار والمشاعر بمناقشتها ونقدها وتحديد مدى مقبوليتها.
- التعرف على مفهوم لوم الذات والفرق بينه وبين محاسبة الذات.
- التعرف عن أخطار اللوم المستمر للذات وكونه فكرة تؤثر على المشاعر والسلوك وآثار هذا التأثير .
- مساعدة الأمهات على وقف أفكار لوم الذات.

- إعادة البناء المعرفي لكل مجموعة من الأفكار الآلية السلبية للأمهات وتتبنى رؤية جديدة.
  - محاولة الحد من الرؤية التشاؤمية لدى الأمهات.
  - استخدام وتطبيق الآليات التي تم التدريب عليها كوقف الافكار بصورة عملية.
  - التدريب على ممارسة الاسترخاء لتخفيف من القلق والتوتر الناجم عن الضغوط التي تتعرض لها الأمهات.
  - تعديل التشوهات المعرفية حول قدرات الطفل وامكانياته من خلال شرح التقرير النفسي لتقييم قدرات الاطفال.
  - إعادة بناء تصور معرفي جديد حول القدرات والامكانيات المتاحة ونقاط القوة للطفل وكيفية استغلالها .
  - التمكن من الإتساق بين قدرات الطفل ونظرة الآخرين والإعتراف بنقاط الضعف والقوة لدى الطفل.
  - إعادة بناء تصور معرفي جديد حول الذات .
  - تدريب الأمهات على إعداد وتنفيذ الأنشطة السارة بأساليب ووسائل بسيطة.
- مكونات البرنامج التدريبي .**
- يتكون برنامج العلاج السلوكي المعرفي للإكتئاب لأمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية الحركية من (37) جلسة تم تطبيق البرنامج العلاج المعرفي- السلوكي على أمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية الحركية لمدة ستة أشهر بواقع جلسة إلى جلستين أسبوعياً، تراوحت مدة الجلسة بين (60 : 120) دقيقة، وقد استخدم البرنامج الخالي عدد من الفنيات العلاجية منها:
- **فنية الاسترخاء:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "التدريب على شد العضلات وإرخائها بهدف خفض مستوى الإثارة البيولوجية الناتجة عن مثيرات القلق لتهدئة الصراعات الداخلية، ويتم من خلال التدريب على كل مجموعة عضلية على حدة".
  - **جداول النشاطات:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "وضع مخطط لنشاطات الأمهات اليومية لرفع دافعيتهم وجعلهم أكثر نشاطاً من خلال تحديد السلوكيات التي تعود بالنفع والمتعة على الأم"



- **ممارسة النشاطات السارة:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على وضع أحداث بسيطة تكون سارة بالنسبة لهم للقضاء على المزاج السلبي والملل وتجديد النشاط والحيوية".
- **واجبات التعرض المقدر:** وتعرف في البرنامج الحالي "بأنها تدريب الأمهات على الاقتراب من الأشياء التي يخشون منها بشكل منهجي؛ والتغلب على الخوف ومحاولات التجنب المتكررة التي تمنع الأمهات من الدخول في مواقف معينة مثل الخجل من الخروج بأطفالهن لمواجهة المجتمع".
- **التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على المهارات السلوكية والاجتماعية مثل المهارات الاجتماعية من خلال استخدام بعض الاستراتيجيات النوعية مثل النمذجة والتعزيز وآداء الأدوار"
- **التدريب على التحكم الذاتي:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على التحكم في سلوكها وانفعالاتها من خلال التدريب على المراقبة الذاتية للسلوك غير المرغوب فيه والعوامل التي تسببه، ومن ثم تصبح الأمهات أكثر استبصاراً بالعوامل التي تفجر قيامها بهذا السلوك".
- **التدريب على التحصين ضد الضغوط:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على تكوين المعلومات عن ماهية الضغوط وأنواعها وطرق التغلب عليها وكيفية مواجهة المنبثرات الداخلية والخارجية المسببة للضغوط".
- **التدريب على مهارات حل المشكلات:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على الأسلوب العلمي في مواجهة المشكلات. ومواجهة المواقف الاستفزازية وتعلم الاستجابات التوافقية من خلال المحاضرات والمناقشات الاجتماعية"
- **ضبط الذات:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على مراقبة ذاتهم والتحكم في سلوكهم وانفعالاتهم عند التعرض لمواقف تستثير القلق بالإعتماد على المعززات الداخلية، وعدم الاعتماد على المعززات الخارجية، كأن تعزز الأم نفسها بنفسها".
- **وقف الأفكار أو تحويل الانتباه:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على خفض الانفعالات السلبية، من خلال تدريبها على إغماض عينيها والإنخراط في أفكارها السلبية، ثم تقول الباحثتان بصوت مرتفع قف".

- **أساليب الدحض والتفنيد:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على دحض الأفكار الخاطئة مع الإقناع مما يؤدي لإستنتاج أن الطرق السابقة لم تعد تجدى بل إن الاستمرار فيها قد يؤدي لاستمرار الاضطراب وزيادة شدته"
- **تعديل الأفكار ذات الدلالة:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على زيادة الأفكار المنطقية الملائمة لتوافقها وصحتها النفسية وإعطاء قدر من الواقعية للأهداف التي تضعها لنفسها".
- **التقليل من التنافر المعرفي:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على التقليل من التنافر المعرفي اعتماداً على فكرة أنها لا تستطيع ان تعتقد فكرتين متنافرتين عن شئ واحد لأن كل فكرة ستؤدي إلى تصرفات متعارضة مع ما تؤدي إليه الفكرة الأخرى وذلك عن طريق دعم إحدى الفكرتين دعماً إيجابياً".
- **اعادة البناء المعرفي:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على تتبع الأفكار المختلة وظيفياً، وتسجيل هذه الأفكار في سجل الأفكار، ويتم استبدال هذه الأفكار المختلة بأنماط تفكير أخرى أكثر إيجابية ومرونة".
- **استخدام التعليمات الذاتية:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تقديم التعليمات للذات وتعليم الأمهات كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة، وتعليمهم ضرورة التوقف والنظر والاستماع جيداً قبل صدور أي استجابة ومساعدتهم على الحوار الداخلي وتقديم التعليمات للذات قبل البكاء او الحزن او الاندفاع والإسراع في الاستجابة بعنف".
- **الملاحظة:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على الملاحظة الذاتية لمشاعرهم وانفعالاتهم وافكارهم".
- **التعزيز الايجابي:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تقديم كل اشكال التدعيم المعنوية والاجتماعية والترفيهية لمكافأة الأمهات على إنجاز أهداف البرنامج والالتزام بأداء الواجبات المنزلية".
- **عكس العادة:** وتعرف في البرنامج الحالي بأنها "تدريب الأمهات على استبدال العادات غير المرغوبة بعادات اخري كالتعود على تجنب الزيارات الاجتماعية".
- وفيما يلي عرض موجز لبعض جلسات البرنامج العلاج الاكثاب لدى أمهات الاطفال ذوى الاعاقات العصبية الحركية.

## جدول (1) جلسات البرنامج

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	فنيات الجلسة	مدة الجلسة	نوع التطبيق
الجلسة الأولى	التطبيق القبلي	- إقامة العلاقة العلاجية مع الأمهات وعمل التحالف العلاجي والاتفاق على آلية الاستمرار في العلاج. - إجراء القياسات المبدئية لتقدير شدة الأعراض المرضية على مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية. (الحكمة للعداد الباحثان)	- المناقشة والحوار	85 دقيقة	جماعي
الجلسة الثانية	تابع التطبيق القبلي	- تطبيق استمارة دراسة الحالة. - تحديد المشكلات وصياغتها صياغة دقيقة اعتماداً على نتائج المقياس.	- المناقشة والحوار - الاستقصاء	85 دقيقة	فردى
الثالثة والرابعة	التعريف بالبرنامج	- الاستمرار في إقامة العلاقة العلاجية مع الأمهات وعمل التحالف العلاجي والاتفاق على آلية الاستمرار في البرنامج. - التعريف بالبرنامج العلاجي. - التعريف بأهداف البرنامج وآليات التنفيذ. - التعريف بنظام الجلسات وخطة العمل التي يتتبعها البرنامج	- المناقشة والحوار - الاستقصاء	85 دقيقة	جماعي

الجماعي	60 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المحاضرة</li> <li>- المناقشة</li> <li>والحوار</li> <li>- العصف</li> <li>الذهني</li> <li>- وقف الأفكار</li> <li>أو تحويل الانتباه</li> <li>- التقليل من</li> <li>التنافر المعرفي</li> </ul>	<p>توطيد علاقة تفاعلية ودية بين الأمهات بعضهم البعض.</p> <p>رصد مشكلات الأمهات وعمل الصياغة المعرفية السلوكية لهذه المشكلات.</p> <p>معرفة طبيعة العلاج المعرفي السلوكي وإجراءاته وكيف يعمل على تحسن أعراض الاكتئاب.</p> <p>زيادة وعي المريض واستبصاره وعلاقته بما يعانيه من أعراض معرفية ومزاجية وسلبية.</p> <p>تدريب المريض على مراقبة الأفكار الآلية والمشاعر السلبية.</p> <p>التمييز بين الأفكار والمشاعر والسلوك.</p> <p>إتاحة الفرصة للمناقشة والحوار حول المشاعر المصاحبة للإعاقة.</p> <p>عرض تجارب وخبرات الأمهات ووصف المشاعر المصاحبة للخبرة الموقفية.</p> <p>توعية الأمهات بالعوامل المحفزة لمشاعر الحزن والاكتئاب الداخلية والخارجية.</p> <p>فهم أساليب تقييم العوامل الخارجية المحفزة</p>	أفهم ما أشعر	الخامسة والسادسة
فردى	60 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المناقشة</li> <li>والحوار</li> <li>- تقييم الأفكار</li> <li>- العصف</li> <li>الذهني</li> </ul>	<p>التفريغ الانفعالي للانفعالات والمشاعر السلبية المختلفة.</p> <p>التعبير عما يدور بالنفس فيما يتعلق بالطفل أو الأم.</p> <p>التعرف على الأفكار والتشويبات المعرفية والتي تم تدوينها بجدول الواجب المنزلي للجلسة السابقة.</p> <p>تفنيد الجمل والعبارات التي تتعلق بأفكار</p>	رصد الأفكار	السابعة

الثامنة والناتعة	أخطاء التفكير والتشويها ت المعرفية	التفريغ الانفعالي للانفعالات والمشاعر السلبية المختلة. التعبير عما يدرو بالنفس فيما يتعلق بالطفل أو الأم. التعرف على أخطاء التفكير والتشويها المعرفية. مواجهة الأفكار والمشاعر بمناقشتها ونقدها وتحديد مدى مقبوليتها.	- المناقشة والحوار - تقييم الأفكار - العصف الذهني - تعديل الأفكار ذات الدلالة	90 دقيقة	جماعي (خمس أمهات)
العاشرة	التوقف عن لوم الذات	التعرف على مفهوم لوم الذات والفرق بينه وبين محاسبة الذات. التعرف عن أخطار اللوم المستمر للذات وكونه فكرة تؤثر على المشاعر والسلوك. مساعدة الأمهات على وقف أفكار لوم الذات.	- المناقشة والحوار - وقف الأفكار أو تحويل الانتباه - الحقيقة والرأي - تعديل الأفكار ذات الدلالة	60 دقيقة	جماعي
الحادية عشر	إعادة البناء المعرفي	استكمال مناقشة أخطاء التفكير التي يقع فيها المريض وعلاقتها بالمشاعر السلبية. إعادة البناء المعرفي لآخر مجموعة من الأفكار الآلية السلبية للأمهات وتبني رؤية جديدة. تدريب الأمهات على وضع بدائل للمشكلات الحياتية. محاولة الحد من الرؤية التشاؤمية لدى الأمهات.	- المناقشة والحوار المحاضرة - العصف الذهني - النداعى الحر - التدريب على التحكم الذاتي - التقليل من التنافر المعرفي	90 دقيقة	جماعي

جماعى	90 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المناقشة والحوار</li> <li>- المحاضرة</li> <li>- العصف الذهني -</li> <li>التداعى الحر</li> <li>- ممارسة</li> <li>النشاطات السارة</li> <li>- وقف الأفكار</li> <li>أو تحويل الانتباه</li> </ul>	<p>التعرف على ماهية الحزن والاكتئاب وأنواعه وآثاره النفسية والجسمية على الأمهات. مساعدة الأمهات على الكشف عن أكثر المواقف الضاغطة الى عايشوها عقب اكتشاف الإعاقة أو مآل الإعاقة. استخدام وتطبيق الآليات التي تم التدريب عليها كوقف الأفكار بصورة عملية. نقل الخبرات بين الأمهات فى تطبيق خطوات حل المشكلات.</p>	تابع إعادة البناء المعرفي	الثانية عشر
فردى / جماعى	120 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المعاشية</li> <li>- تبادل الأدوار</li> </ul>	<p>تنمية شعور الأمهات بمدى المعاناة التي تعانيتها أمهات أخريات لأطفال ذوى إعاقة أشد من إعاقة أبنائهن. المضاهاة بين الظروف المعاشية والظروف التي يعيشها الآخريين. تفعيل الدور الاجتماعى وتشجيع الأمهات على الدعم والمساندة للآخريين. استخدام استراتيجيات حل المشكلات التي تم التدريب عليها بالجلسات السابقة. اكتساب مهارات التعلم بالمعاشية والمحاكاة.</p>	معاشية خبرات الآخريين	الثالثة عشر والرابعة عشر
جماعى	120 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المعاشية</li> <li>- تبادل الأدوار</li> <li>- التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية</li> </ul>	<p>تنمية شعور الأمهات بمدى المعاناة التي تعانيتها أمهات أخريات لأطفال ذوى إعاقة أشد من إعاقة أبنائهم تفعيل الدور الاجتماعى من خلال إسعاد طفل آخر. تدريب الأمهات على مواجهه الآخريين ونظرات المجتمع أثناء التواجد بالأماكن العامة مع طفل آخر. اكتساب الأمهات القوة من خلال دعم الآخر والرد فى مواقف مشابهة. إكساب الأمهات مهارات التعلم بالمعاشية</p>	تابع معاشية خبرات الآخريين	الخامسة عشر

جماعى	4 ساعات	- المعاشية - الإحساس بالأم الآخرين - المشاركة الوجدانية	تنمية شعور الأمهات بمدى المعاناة التى تعانيها أمهات أخريات لأطفال ذوى الأمراض المزمنة. المضاهاة بين الظروف المعاشية والظروف التى تعيشها الأمهات الاخريات داخل المستشفى. تفعيل الدور الاجتماعى وتشجيع الأمهات على الدعم والمساندة للآخرين. اكتساب مهارات التعلم بالمعاشية والمحاكاة. توليد أفكار إيجابية جديدة عن الواقع المعاش وذلك من واقع معاشية آلام الآخرين.	تابع معاشية خبرات الآخرين	السادسة عشر والسابعة عشر
فردى	60 دقيقة	- تنفيذ الافكار - المناقشة والحوار	أن تستطيع الأم التعرف على المشاعر والانفعالات المختلفة والتى مرت بها خلال البرنامج. أن تلاحظ الأم التعبيرات البسيطة التى ظهرت فى الأفكار والمشاعر والانفعالات وتحدث عنها. أن تتعرف على الفائدة الصحية للبكاء. أن تتعرف على أن البكاء والحزن ظاهرة صحية وإنسانية تتوقف على المدة والمدى التى تستغرقه. أن تميز بين البكاء الصحى والمرضى.	تنفيذ الأفكار المكتسبة من خبرات المعاشية	الثامنة عشر
فردى - جماعى	ثلاث جلسات 60 دقيقة	- المحاضرة - تقليد النموذج	التدريب على فنيات الاسترخاء. التعرف على أهمية الاسترخاء فى خفض حدة التوتر والشعور بالضغط.	الاسترخاء العضلي	التاسعة عشر : الحادية والعشرون

الثانية والعشرون : الرابعة والعشرون	استراتيجيات المواجهة	أن تستطيع الأم تطبيق الحقائق المتعلمة من محاضرة حقوق ابني. أن تطالب بحق الإبن في الذهاب للمدرسة. أن تطالب بإجراء تعديلات إن أمكن لتتناسب الطفل. أن تزور الأم المدرسة مع الباحثتان وتقييم وضعها لإمكانات طفلها المعاق. أن تستطيع الأم نقل التجربة لباقي أفراد العينة ومساعدتهم على اتخاذ نفس الإجراءات لدمج الطفل بالمدرسة.	- المناقشة والحوار - واجبات التعرض المقدر - تخطيط البيئة	ثلاث أيام ساعتين يوماً	فردى - جماعي
الخامسة والعشرون والسادسة والعشرون	تابع استراتيجيات المواجهة	تعديل التشوهات المعرفية حول قدرات الطفل وإمكاناته من خلال شرح التقرير النفسي لتقييم قدرات الاطفال. إعادة بناء تصور معرفي جديد حول القدرات والإمكانات المتاحة ونقاط القوة للطفل وكيفية استغلالها وتبني وجهه النظر حول التركيز على الإيجابيات بدلاً من السلبيات. الاتساق بين قدرات الطفل ونظرة الآخرين والاعتراف بنقاط الضعف والقوة لدى الطفل.	- المناقشة والحوار - إعادة البناء المعرفي - الواجبات المنزلية - التقبل والانتباه - أساليب الدحض والتفنيد	60 دقيقة	فردى - جماعي
السابعة والعشرون والثامنة والعشرون	تابع استراتيجيات المواجهة	الاطلاع على التجارب الواقعية لتطبيق استراتيجيات المواجهة. توفير القدوة والنموذج ومثل يحتذى به سواء للام او للطفل. إعادة بناء تصور معرفي جديد حول الذات.	- تقليد النموذج - المناقشة والحوار - إعادة البناء المعرفي - الواجبات المنزلية - التقبل والانتباه	60 دقيقة	فردى - جماعي
التاسعة والعشرون	دعم دائرة المحيطين	تحسين القدرة على التعبير عن المشاعر السلبية في بيئة آمنة ومتفهمة. فهم مشاعر الآخرين. توفير بيئة استماع وتفهم لمشاعر الأم.	- التعزيز - المناقشة والحوار - التفريغ	60 دقيقة	جماعي



الثلاثون والحادية والثلاثون	تحسين التواصل الاسرى	إمداد الأمهات بمعلومات عن مفهوم التواصل الأسري أنواعه وعناصره وأهميته. تبصير الأم بأثر الاتساق فى الأداء والتعامل بين الآباء والأمهات وأثره على إدارة وتحسين حاله الطفل. تشجيع الأمهات على الإفصاح عن المشكلات التى تتعلق باضطراب العلاقة الزوجية.	- المناقشة والحوار - التفريغ الانفعالي - عكس العادة	60 دقيقة	فردى - جماعى
الثانية والثلاثون: الخامسة والثلاثون	النشاطات السارة	توفير جو ممتع وازدادة روح البهجة والسعادة على الأمهات. تدريب الأمهات على تعلم فنيات الاستمتاع بالوقت. تدريب الأمهات على اعداد وتنفيذ الأنشطة السارة بأساليب ووسائل بسيطة التعبير عن المشاعر الإيجابية بصوت عالى وكلمات مسموعة.	- العمل الجماعى والتعاونى - المشاركة الاجتماعية - أداء وتبادل الأدوار - جداول النشاطات - التدريب على	3: 4 ساعات	جماعى
السادسة والثلاثون	جلسة الصمود ضد الانتكاسة	التغذية الراجعة من الأمهات حول مكتسبات البرنامج. تحديد الآثار الإيجابية للبرنامج والتأكيد عليها وتحفيز عوامل استمرار أثر البرنامج. التأكيد على القدرة النفسية للأمهات وانهن أصحاب التغيير والقائمين عليه. التوعية بأثر التغيير على المستوى الشخصى والاجتماعى. مناقشة أهم الاستراتيجيات المتبعة والتي تم التدريب عليها خلال جلسات البرنامج.	- التعزيز الايجابى - الإقناع المنطقى - العصف الذهنى - ممارسة النشاطات السارة - المناقشة والحوار - الاستقصاء	85 دقيقة	جماعى

جماعى	60 دقيقة	- المناقشة والحوار - الاستقصاء	إجراء القياسات البعدية لتقييم أثر البرنامج الحالى. تطبيق مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية (إعداد الباحثان). التأكيد على أهمية المتابعة وموعد التقييم التتبعى لمتابعة استمرار أثر البرنامج.	جلسة التقييم البعدى	السابعة والثلاثون
<b>جلسات تحسين الجانب المعرفى (التدريبات وورش العمل)</b>					
التربية الجنسية	ألعاب مع ابنى	وضعيات إطعام وتغذية الأطفال شديدى الاعاقة	إعادة التدوير وتصنيع الألعاب البسيطة	الأمراض الوراثية	

### الكفاءة القياسية لأدوات البحث

تم تحديد الكفاءة القياسية لمقياس الاكتئاب من خلال التطبيق على عينة استطلاعية قوامها (100) أمماً من أمهات ذوى الإعاقة، وسنعرض فيما يلى للكفاءة القياسية لمقياس الاكتئاب وأبعاده الفرعية.

#### أولاً: الصدق

##### 1- صدق التحليل العاملي:

من خلال التحليل العاملي للمقياس تم معرفة تشبعات العوامل المشتركة على مقياس الاكتئاب. وقد أسفر التحليل العاملي لأبعاد المقياس عن تشبعها على عامل واحد، وقد اعتمدت المحكات الآتية من أجل تحديد العوامل.

1- محك كايزر: لتحديد عدد العوامل المستخلصة، وهو محك يحدد استخلاص العوامل التي يقل جذرها الكامن عن الواحد الصحيح.

2- محك كاتل: وهو طريقة بيانية ويطلق عليها اسم (Scree Plot).

3- الاحتفاظ بالعوامل التي تشبع عليها ثلاث أبعاد على الأقل.

وقد روعي في انتقاء الفقرات وفي تصنيفها على العوامل المحكات الآتية:

أ- أن يكون تشبع البعد على العامل الذي ينتمي له (0,30) أو أكثر كما اقترح جيلفورد.

ب- إذا كان البعد يتمتع بتشبع أكثر من (0,30) على أكثر من عامل، فتعد منتمية للعامل الذي يكون تشبعها عليه أعلى ويفارق (0,10) على الأقل عن أي عامل آخر.

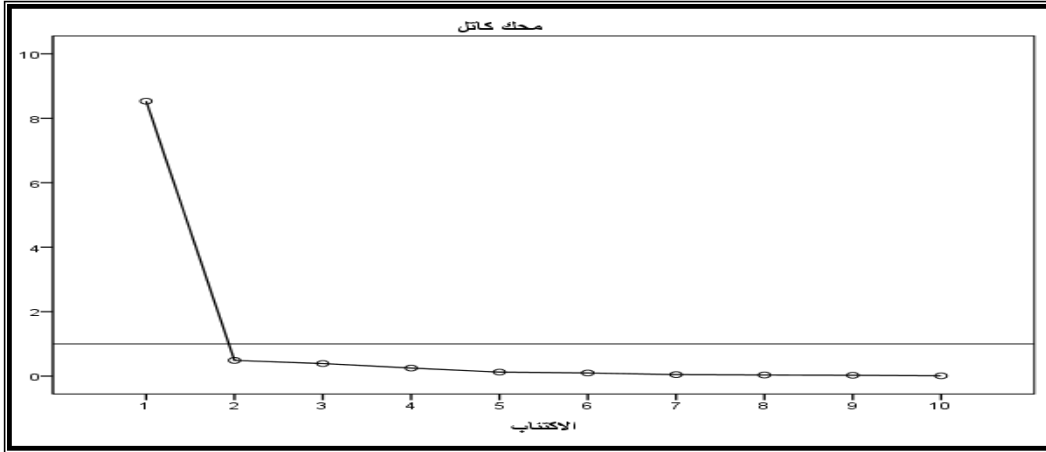
وقد تم حساب درجة تشبع كل بعد من أبعاد المقياس على العوامل الأساسية، ونسبة التباين لكل عامل، والنسبة التراكمية لتباين المصفوفة العاملية، ونتيجة لذلك تم استخلاص عامل واحد وتم تقسيم التشبعات على العوامل كالتالي: تشبعات صفرية (أقل من  $0.30 \pm$ )، تشبعات متوسطة ( $0.30 \pm - 0.40 \pm$  أقل من  $0.40 \pm$ )، تشبعات عالية ( $0.40 \pm - 0.50 \pm$  أقل من  $0.50 \pm$ )، تشبعات كبرى ( $0.50 \pm$  فأعلى) كما يتضح من جدول (2).

## جدول (2)

العامل المستخرج من المصفوفة الارتباطية ( $10 \times 10$ ) لمقياس الاكتئاب

الأبعاد	قيم التشبع بالعامل	نسب الشيع
المزاج الاكتئابي	0,947	0,897
فقدان الطاقة والاهتمام	0,883	0,779
اعراض نفسية وجسمية	0,884	0,781
الشعور بالعجز	0,930	0,866
الفشل في حل المشكلات	0,938	0,879
لوم الذات	0,940	0,884
الانسحاب الاجتماعي	0,888	0,788
القلق النفسي	0,940	0,883
الأرق	0,921	0,849
قلق الموت	0,962	0,925
الجذر الكامن	8,531	
نسبة التباين	85,310	

تستخلص الباحثان من جدول (1) تشبع أبعاد مقياس الاكتئاب على عامل واحد، وبلغت نسبة التباين (85,310)، والجذر الكامن (8,531) وقيمة الجذر الكامن أكبر من الواحد الصحيح وفقاً لمحك كايزر؛ مما يعني أنّ هذه المجموعات التي تكون هذا العامل تعبر تعبيراً جيداً عن عامل واحد هو عامل الاكتئاب الذي وضع المقياس لقياسه بالفعل، مما يؤكد تمتع المقياس بدرجة صدق مرتفعة وشكل (1) يوضح محك كاتل:



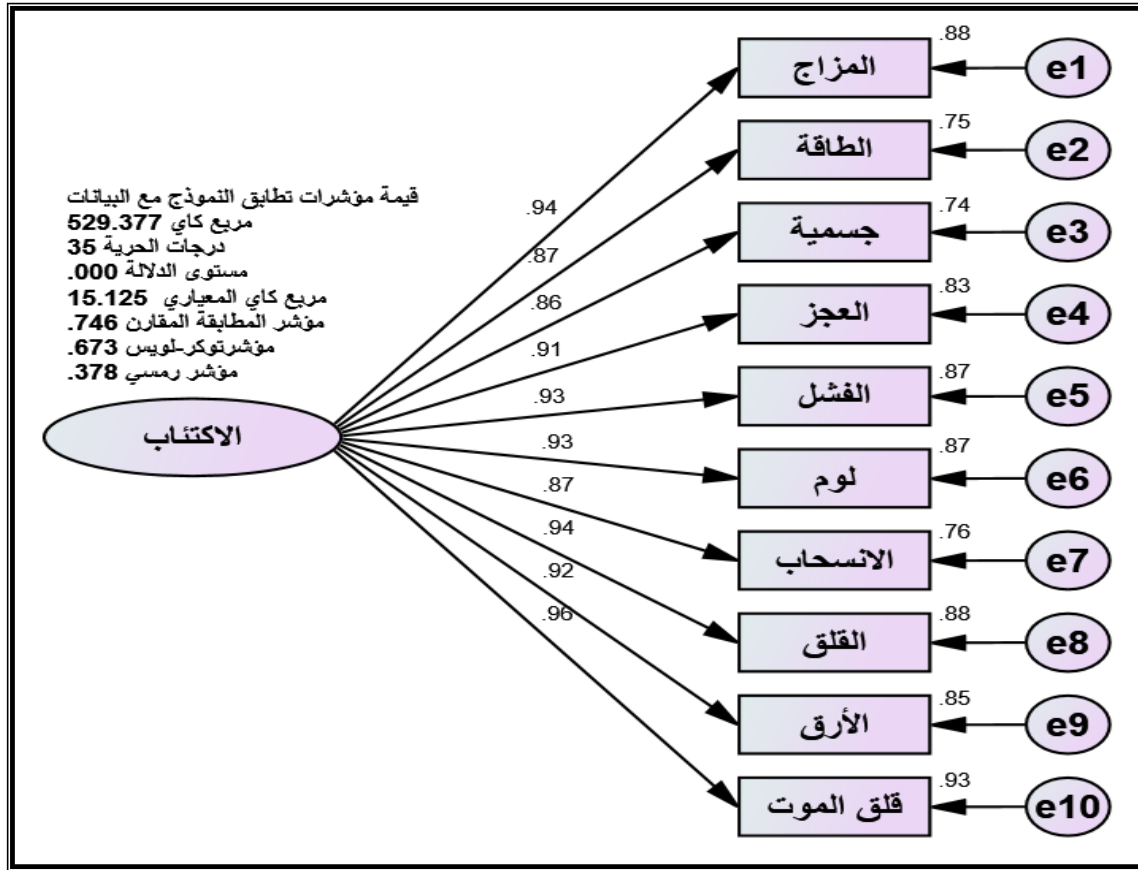
شكل (1)

### التمثيل البياني للجذر الكامن للعوامل المكونة لمقياس الاكتئاب

يتضح من الرسم البياني Scree Plot أن هناك عامل واحد يزيد جذره الكامن عن الواحد الصحيح، وهذا يعتبر معياراً آخر يمكن استخدامه بالإضافة إلى معيار الإبقاء على العوامل التي يزيد جذرها الكامن عن الواحد الصحيح.

### 2- صدق التحليل العاملي (التوكيدي):

وهو حساب الصدق العاملي للمقياس عن طريق استخدام التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis باستخدام البرنامج الإحصائي (AMOS 26)، وذلك للتأكد من صدق البناء الكامن (أو التحتي) للمقياس عن طريق اختبار نموذج العامل الكامن العام، حيث تم افتراض أن جميع العوامل المشاهدة لمقياس الاكتئاب تنتظم حول عامل كامن واحد كما هو موضح بالشكل (2):



شكل (2)

### نموذج العامل الكامن الواحد لمقياس الاكتئاب

وقد حظي نموذج العامل الكامن الواحد لمقياس الاكتئاب على مؤشرات حسن مطابقة جيدة، حيث كانت قيمة (مربع كاي = 529,377) ودرجة حرية = (35) ومؤشر رمسي  $RMSEA = 0,378$  وهذا يدل إن نموذج يتمتع بمؤشرات مطابقة جيدة وجدول (3) يوضح معاملات المسار المعيارية وقيمة (ت) للمتغيرات ويوضح الجدول التالي: نتائج التحليل العائلي التوكيدي لأبعاد المقياس:

جدول (3)

### ملخص نتائج التحليل العائلي التوكيدي لأبعاد مقياس الاكتئاب

العامل الكامن	العوامل المشاهدة	التشبع بالعامل الكامن الواحد	الخطأ المعياري لتقدير التشبع	قيم "ت" ودالاتها الإحصائية
الاكتئاب	المزاج الاكتئاب	0,94	0,88	5,848**

العام الكامن	العوامل المشاهدة	التشبع بالعامل الكامن الواحد	الخطأ المعياري لتقدير التشبع	قيم "ت" ودالاتها الإحصائية
	فقدان الطاقة	0,87	0,75	**6,472
	اعراض نفسية وجسمية	0,86	0,74	**6,619
	الشعور بالعجز	0,91	0,83	**6,372
	الفشل في حل المشكلات	0,93	0,87	**5,462
	لوم الذات	0,93	0,87	**5,550
	الانسحاب الاجتماعي	0,87	0,76	**6,640
	القلق النفسي	0,94	0,88	**5,572
	الأرق	0,92	0,85	**5,686
	قلق الموت	0,96	0,93	**4,962

(\*\*\*) دال عند مستوى (0,01)

يتضح من الجدول (3) أن نموذج العامل الكامن الواحد قد حظي على قيم جيدة لمؤشرات حسن المطابقة، وأن معاملات الصدق العشرة (التشعبات بالعامل الكامن الواحد) دالة إحصائياً عند مستوى (0,01)؛ مما يدل على صدق جميع الأبعاد المشاهدة لمقياس الاكتئاب، ومن هنا يمكن القول بأن نتائج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية قدم دليلاً قوياً على صدق البناء التحتي لهذا المقياس، وأن الاكتئاب عبارة عن عامل كامن عام واحد تنتظم حولها العوامل الفرعية العشرة المشاهدة لها.

### 3- القدرة التمييزية:

تم استخدام القدرة التمييزية لمعرفة قدرة المقياس على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في السمة التي يقيسها (الاكتئاب)، وذلك بترتيب درجات عينة التحقق من الكفاءة القياسية في الدرجة الكلية للمقياس تنازلياً، وتم حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات الإرباعي الأعلى وهو الطرف الأعلى، والإرباعي الأدنى والجدول (4) يوضح ذلك:

## جدول (4)

## القدرة التمييزية لمقياس الاكتئاب (ن = 100)

مستوى الدلالة	قيمة ت	الإرباعى الأدنى ن=25		الإرباعى الأعلى ن=25		الأبعاد
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0,01	9,621	0,76	10,60	3,66	17,80	المزاج الاكتئابي
0,01	6,607	0,63	4,32	1,83	6,88	فقدان الطاقة والاهتمام
0,01	10,910	1,85	12,92	2,93	20,48	أعراض نفسية وجسمية
0,01	4,541	1,00	4,92	2,11	7,04	الشعور بالعجز
0,01	5,404	1,13	5,88	2,49	8,84	الفشل فى حل المشكلات
0,01	5,448	1,70	7,72	2,62	11,12	لوم الذات
0,01	11,922	0,63	9,32	2,85	16,28	الانسحاب الاجتماعى
0,01	9,827	0,00	3,00	1,18	5,32	القلق النفسى
0,01	9,678	0,28	5,08	1,86	8,72	الأرق
0,01	8,274	0,60	7,24	2,81	12,00	قلق الموت
0,01	14,453	3,19	71,00	14,70	114,48	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (4) أن الفرق بين المرتفعين والمنخفضين دال إحصائياً عند مستوى (0,01)؛ مما يعني تمتع المقياس بقدرة تمييزية عالية.

**ثانياً: الثبات**

تم تقدير ثبات مقياس الاكتئاب لأمهات الأطفال ذوى الإعاقات العصبية الحركية من خلال:

**الاتساق الداخلى:****1- الاتساق الداخلى للمفردات:**

وذلك من خلال درجات عينة التحقق من الكفاءة السيكمترية بإيجاد معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد والجدول (5) يوضح ذلك:

## جدول (5)

معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد على مقياس  
الاكتئاب (ن = 100)

معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
المزاج الاكتئابى	3	**0,669	5	**0,484	1	القلق النفسى	
**0,829	1	**0,598	4	لوم الذات	1	**0,854	
**0,904	2	**0,341	5	**0,621	1	**0,934	2
**0,700	3	**0,509	6	**0,551	2	**0,876	3
**0,676	4	**0,564	7	**0,586	3	الأرق	
**0,747	5	**0,516	8	**0,652	4	**0,874	1
**0,854	6	**0,829	9	**0,605	5	**0,820	2
**0,807	7	**0,598	10	**0,532	6	**0,868	3
**0,807	8	**0,312	11	الانسحاب الاجتماعى	4	**0,842	4
**0,738	9	الشعور بالعجز	1	**0,791	1	**0,762	5
**0,700	10	**0,691	1	قلق الموت	2	**0,751	
فقدان الطاقة والاهتمام	2	**0,718	2	**0,840	3	**0,796	1
**0,807	1	**0,653	3	**0,733	4	**0,815	2
**0,835	2	**0,656	4	**0,741	5	**0,784	3
**0,917	3	الفشل فى حل المشكلات	6	**0,672	6	**0,751	4
**0,849	4	**0,602	1	**0,717	7	**0,837	5
أعراض نفسية وجسمية	2	**0,508	2	**0,743	8	**0,900	6
**0,694	1	**0,614	3	**0,760	9	**0,882	7
**0,685	2	**0,694	4				

\*\* دالة عند مستوى دلالة 0,01

يتضح من جدول (5) أنَّ كل مفردة مقياس الاكتئاب معاملات ارتباطه موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0,01)، أى أنَّها تتمتع بالاتساق الداخلى.  
2- الاتساق الداخلى للأبعاد مع الدرجة الكلية:



تم حساب معاملات الارتباط باستخدام معامل بيرسون (Pearson) بين أبعاد مقياس الاكتئاب بالدرجة الكلية، والجدول (6) يوضح ذلك:

### جدول (6)

#### معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية

م	الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	المزاج الاكتئابي	**0,891	0,01
2	فقدان الطاقة والاهتمام	**0,785	0,01
3	أعراض نفسية وجسدية	**0,868	0,01
4	الشعور بالعجز	**0,782	0,01
5	الفشل في حل المشكلات	**0,541	0,01
6	نوم الذات	**0,603	0,01
7	الانسحاب الاجتماعي	**0,930	0,01
8	القلق النفسي	**0,807	0,01
9	الأرق	**0,779	0,01
10	قلق الموت	**0,803	0,01

يتضح من جدول (6) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (0,01) مما يدل على تمتع المقياس بالاتساق الداخلي.

#### طريقة معامل ألفا-كرونباخ:

تمّ حساب معامل الثبات لمقياس الاكتئاب باستخدام معامل ألفا-كرونباخ وكانت كل القيم مقبولة، ويتمتع بدرجة مناسبة من الثبات، وبيان ذلك في الجدول (7):

## جدول (7)

## معاملات ثبات مقياس الاكتئاب باستخدام معامل ألفا- كرونباخ

م	الأبعاد	معامل ألفا - كرونباخ
1	المزاج الاكتئابى	0,779
2	فقدان الطاقة والاهتمام	0,830
3	أعراض نفسية وجسدية	0,729
4	الشعور بالعجز	0,768
5	الفشل فى حل المشكلات	0,723
6	لوم الذات	0,735
7	الانسحاب الاجتماعى	0,779
8	القلق النفسى	0,859
9	الأرق	0,814
10	قلق الموت	0,797
	الدرجة الكلية	0,747

يتضح من خلال جدول (7) أنّ معاملات الثبات مقبولة، مما يعطى مؤشرًا جيدًا لثبات المقياس، وبناء عليه يمكن العمل به.

**طريقة التجزئة النصفية:**

تم تطبيق مقياس الاكتئاب على عينة التحقق من الكفاءة السيكومترية، وتم تصحيح المقياس، ثم تجزئته إلى قسمين، القسم الأول اشتمل على المفردات الفردية، والثاني على المفردات الزوجية، وذلك لكل فرد على حدة، وتم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون (Pearson) بين درجات المفحوصين فى المفردات الفردية، والمفردات الزوجية، فكانت قيمة معامل سبيرمان - براون، ومعامل جتمان العامة للتجزئة النصفية مرتفعة، حيث تدل على أنّ المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، وبيان ذلك فى الجدول (8):

## جدول (8)

## معاملات ثبات مقياس الاكتئاب بطريقة التجزئة النصفية

م	الأبعاد	سبيرمان - براون	جتمان
1	المزاج الاكتئابي	0,976	0,826
2	فقدان الطاقة والاهتمام	0,975	0,922
3	أعراض نفسية وجسمية	0,868	0,661
4	الشعور بالعجز	0,912	0,862
5	الفشل في حل المشكلات	0,853	0,726
6	لوم الذات	0,879	0,797
7	الانسحاب الاجتماعي	0,962	0,791
8	القلق النفسي	0,959	0,859
9	الأرق	0,957	0,822
10	قلق الموت	0,977	0,785
	الدرجة الكلية		0,733

يتضح من جدول (8) أنَّ معاملات ثبات المقياس الخاصة بكل بعد من أبعاده بطريقة التجزئة النصفية سبيرمان - براون متقاربة مع مثيلتها طريقة جتمان، مما يدل على أن مقياس الاكتئاب يتمتع بدرجة عالية من الثبات. ويتضح إجمالاً من العرض السابق أن معاملات الثبات جاءت في مجملها مرتفعة.

## إجراءات البحث

- 1- تم إعداد مقياس الاكتئاب وفق محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس.
- 2- تم التحقق من الخصائص القياسية لأداتي البحث على عينة حساب الخصائص السيكومترية.
- 3- تم إجراء التطبيق القبلي على (30) أمماً من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية الحركية، وتم اختيار أعلى عشر أمهات في مستوى الاكتئاب، وقد روعي التكافؤ بين هؤلاء الأمهات في المستوى الاجتماعي والاقتصادي، المرحلة العمرية، الا تكون الامهات من المطلقات او الارامل.
- 4- تم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي وعددها (37) جلسة على الأمهات اللاتي تم تحديدهن من خلال القياس القبلي.

- 5- عقب انتهاء الجلسات العلاجية تم إجراء القياس البعدي بتطبيق مقياس الاكتئاب.
- 6- تم إجراء القياس التتبعي بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج.
- 7- تم إجراء التحليلات الإحصائية وتفسير النتائج وصياغة التوصيات والبحوث المقترحة في ضوء الأطر النظرية ونتائج البحوث السابقة.

### المعالجة الإحصائية

تم استخدام اختبار ويلكوسون للكشف عن الفروق بين القياس القبلي والبعدي والقياس البعدي والتتبعي؛ وذلك للكشف عن كفاءة البرنامج في تحسين أعراض الاكتئاب واستمرار فعاليته.

### نتائج البحث ومناقشتها

#### نتائج الفرض الأول

تم التحقق من صحة الفرض الأول الذي ينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية الحركية وأبعاده الفرعية لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثتان اختبار ويلكوسون للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أمهات الأطفال ذوي الإعاقة كما يلي:

#### جدول (9) نتائج اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب

#### درجات الأمهات في القياس القبلي والبعدي لمقياس الاكتئاب وأبعاده الفرعية

المتغيرات	الرتب	عدد الأمهات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة
الاكتئاب (الدرجة الكلية)	السالبة	10	5,50	55,00	- 2,80	0,05
	الموجبة	0	0,00	0,00		
المزاج الاكتئابى	السالبة	10	5,50	55,00	- 2,84	0,05
	الموجبة	0	0,00	0,00		
فقدان الطاقة والاهتمام	السالبة	10	5,50	55,00	- 2,87	0,04
	الموجبة	0	0,00	0,00		
أعراض نفسية وجسمية	السالبة	10	5,50	55,00	- 2,87	0,04
	الموجبة	0	0,00	0,00		
الشعور بالعجز	السالبة	10	5,50	55,00	- 2,83	0,05

		0,00	0,00	0	الموجبة	
0,04	2,85 -	55,00	5,50	10	السالبة	الفشل في حل المشكلات
		0,00	0,00	0	الموجبة	
0,05	2,83 -	55,00	5,50	10	السالبة	لوم الذات
		0,00	0,00	0	الموجبة	
0,04	2,85 -	55,00	5,50	10	السالبة	الانسحاب الاجتماعي
		0,00	0,00	0	الموجبة	
0,04	2,91 -	55,00	5,50	10	السالبة	القلق النفسي
		0,00	0,00	0	الموجبة	
0,04	2,91 -	55,00	5,50	10	السالبة	الأرق
		0,00	0,00	0	الموجبة	
0,03	2,97 -	55,00	5,50	10	السالبة	قلق الموت
		0,00	0,00	0	الموجبة	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0,05) بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية الحركية وأبعاده الفرعية لصالح القياس البعدي.

### نتائج الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني على أنه توجد "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتبعي على مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية الحركية وأبعاده الفرعية". وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثتان اختبار ويلكوكسون للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أمهات الأطفال ذوي الإعاقة كما يلي:

## جدول (10)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات  
الأمهات في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس الاكتئاب وأبعاده الفرعية

المتغيرات	الرتب	عدد الأمهات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	الدالة
الاكتئاب (الدرجة الكلية)	السالبة	5	6,00	30,00	- 0,25	غير دالة
	الموجبة	5	5,00	25,00		
المزاج الاكتئابى	السالبة	5	6,00	30,00	- 0,27	غير دالة
	الموجبة	5	5,00	25,00		
فقدان الطاقة والاهتمام	السالبة	6	5,50	33,00	- 0,63	غير دالة
	الموجبة	4	5,50	22,00		
أعراض نفسية وجسمية	السالبة	5	6,00	30,00	- 0,27	غير دالة
	الموجبة	5	5,00	25,00		
الشعور بالعجز	السالبة	2	5,50	11,00	- 1,89	غير دالة
	الموجبة	8	5,50	44,00		
الفشل في حل المشكلات	السالبة	6	5,50	33,00	- 0,63	غير دالة
	الموجبة	4	0,50	22,00		
لوم الذات	السالبة	5	6,00	30,00	- 0,27	غير دالة
	الموجبة	5	5,00	25,00		
الانسحاب الاجتماعى	السالبة	5	6,50	32,00	- 0,54	غير دالة
	الموجبة	5	4,50	22,00		
القلق النفسى	السالبة	4	5,50	22,00	- 0,63	غير دالة
	الموجبة	6	5,50	33,00		
الأرق	السالبة	5	5,00	25,00	- 0,27	غير دالة
	الموجبة	5	6,00	30,00		
قلق الموت	السالبة	5	6,00	30,00	- 0,27	غير دالة
	الموجبة	5	5,00	25,00		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0,05) بين  
متوسطى رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاكتئاب لدى

أمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية الحركية وأبعاده الفرعية؛ مما يدل على استمرارية فعالية البرنامج العلاجي في تحسين مستوى الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة.

## مجل النتائج

يتضح من مجمل نتائج البحث وجود فروق دالة بين متوسطى رتب درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي، وعدم وجود فروق بينهما في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات العصبية الحركية وأبعاده الفرعية؛ مما يدل على كفاءة البرنامج العلاجي في تحسين مستوى الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة، واستمرار فعاليته.

## مناقشة النتائج

تشير مجمل نتائج البحث إلى كفاءة البرنامج المعرفي - السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب واستمرار فعاليته في مرحلة المتابعة. وقد اتفقت نتائج البحث الراهن مع ما تمت الإشارة إليه في الأدبيات والدراسات السابقة التي أجريت على أمهات ذوي الإعاقات العصبية الحركية مثل الشلل الدماغي والتي كشفت عن فعالية وسائل العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغوط التي تمر بها الأمهات اللاتي يقمن برعاية أطفالهن المصابين بالشلل الدماغي (Al-Smadi & Bakar, 2019; Roman, 2021).

ومن الجدير بالذكر أن الأمهات اللاتي لديهن طفل مصاب بالإعاقات العصبية الحركية لديهن استراتيجيات تنظيم معرفي - انفعالي غير فعالة نمت خلال الفترة التي يقضونها مع طفلهم المعاق. وفي هذا الصدد يؤثر العلاج المعرفي - السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على استراتيجيات التنظيم الإدراكي والانفعالي التكيفية وغير التكيفية للأمهات اللاتي لديهن طفل معاق؛ لذا يوصى بتعليم هذا النهج كطريقة تدخلية فعالة لزيادة استخدام الاستراتيجيات الفعالة لدى الأمهات اللاتي يعانين من الإعاقة (Poursadeg & Babapour, 2019).

وفي هذا الصدد تتمثل أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة في فقدان التركيز، وصعوبة التفكير أو اتخاذ القرار، وضعف الذاكرة، والشعور بالتعب والوهن، والحزن، والإحباط والتوتر، والبكاء بدون سبب محدد، واليأس، واستئثار الانفعالات لأقل سبب، وفقدان الاهتمام والاستمتاع بأنشطة الحياة العادية، واضطرابات النوم مثل الأرق أو النوم لفترات طويلة، وفقدان الطاقة الجسدية لأداء المهام، وفقدان الشهية للطعام أو زيادة الرغبة الشديدة في

تناول الطعام، وبطء الحديث أو التفكير أو حركات الجسم، والشعور بعدم التقدير من المجتمع، أو الشعور بالذنب، ولوم الذات، والتفكير باستمرار في الموت أو الأفكار الانتحارية، وتكرار محاولات الانتحار لأسباب غير مبررة. وهي مؤشرات لتعرض الأمهات للخطر مما استوجب مساعدتهم بتقديم الدعم النفسي لهم (Mei et al., 2021; Jara et al., 2021; Aqeel et al., 2021).

وتجدر الإشارة هنا إلى أن الباحثتان قد لاحظتا إضافة لما سبق من أعراض أن الأمهات في البحث الراهن كن يعانين من فكرة ترقب الموت لأبنائهن لشدة هذه الإعاقات ولاارتفاع احتمالية تعرضهم للموت وخاصة بالنسبة للأطفال المصابين بالضمور العضلي. وفي هذا الصدد أشارت كوبلر روس إحدى الرواد في مجال دراسة ردود الفعل تجاه الموت لأولئك الذين يعانون من أمراض تطورية مؤدية للوفاة حيث قدمت علاج لمراحل التكيف مع الموت يتألف من خمس مراحل هي الإنكار والغضب والمساومة والاكنتاب والقبول؛ حيث تتسم المرحلة الأولى بالعزلة والإنكار للتشخيص المرضي، ثم يهيئ الإنكار للمرحلة الثانية التي تتسم بكثير من الردود الانفعالية مثل القلق والخوف والغضب، ثم يأتي دور المساومة التي تعبر عن محاولة نفسية لتأجيل النتائج النهائية والتحكم بوضع المرض، وعندما يصل الفرد للوعي الحقيقي بحتمية الموت تسيطر عليه أعراض الاكنتاب الذي يأتي متزامناً مع الانتكاس المصاحب لأعراض المرضية وزيادة عدد مرات دخول المستشفى والحاجة للعلاج، وأخيراً يتم استبدال الاكنتاب بالقبول حيث تنخفض المشاعر ويزداد السكون بحيث ينسحب الفرد من اللقاءات الاجتماعية. ويواجه آباء الأطفال المصابين بأمراض تطورية أو مؤدية للوفاة من ردود فعل عاطفية شديدة ينتقل فيها من مرحلة إلى أخرى دون شرط الترتيب مما يتطلب تقديم الدعم اللازم لهم (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

وترجع الباحثتان انخفاض مستوى الشعور بالاكنتاب خلال القياس البعدي واستمرار فعاليته خلال القياس التتبعي لدى أمهات الأطفال المشاركات لاستفادة الأمهات من البرنامج العلاجي لما تضمنه من فنيات مثل المحاضرة التي أسهمت في توعيتهن بالعديد من المعلومات عن كيفية التعامل مع الضغوط النفسية التي تقابلهن عند التعامل مع أطفالهن، وفنية المناقشة التي أسهمت في اقناعهن منطقياً بجدوى تقبل الأمر الواقع، وعدم الشعور بالذنب أو أن ذلك عقاب من الله، فأصبحن أكثر قدرة على التخطيط لكيفية التعامل مع أطفالهن، وفنية الاسترخاء العضلي العميق التي أسهمت بشكل فعال في تفرغ معدلات القلق والتوتر المتراكمة نتيجة الضغوط النفسية والاجتماعية التي تم التعرض لها خلال التعامل مع أطفالهن، كما أن



استخدام فنية إعادة البناء المعرفي جعلتهن قادرات على تغيير المعلومات الخاطئة عن إعاقة أبنائهن، وجعلهن أكثر وعياً بكيفية التغلب على الأفكار السلبية واللاعقلانية التي كانت تملكهن خلال التعامل مع أطفالهن ومع المحيطين بهن، وتتسبب في اعتلال الحالة المزاجية، وعدم الاستمتاع أو الاهتمام بأية أمور في حياتهن، فأصبحن أكثر استفادة من تلك المعلومات عند التعامل مع أطفالهن، وأمتد أثر ذلك حيث حاولن جعل المعلومات المتضمنة بالجلسات العلاجية نهجاً يساعدهن على التصدي للمشكلات التي تقابلهن بعد انتهاء الجلسات العلاجية، وأصبح لديهن قناعة بضرورة الاستمرار في ممارسة تلك الإجراءات التي تم الإشارة إليها بالجلسات، وهو ما ساهم في خفض مستوى الاكتئاب خلال القياس التتبعي بعد مرور شهرين من القياس البعدي.

ويمكننا تفسير النتائج الراهنة في ضوء النموذج المعرفي كما صاغه بيك، حيث أن المبدأ المحوري في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب هو أن الأفكار والانفعالات والسلوكيات ووظائف الأعضاء هي كل متكامل وأن أي تغيير في أي منها يؤدي إلى التغيير في الجوانب الأخرى. ووفقاً لهذا المنظور فإن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات والسلوك، وأن الاضطراب الانفعالي ينشأ من التفكير المنحرف السلبي، وهذا الاضطراب الانفعالي يمكن علاجه بسهولة بمجرد تغيير التفكير الذي يفترض أنه متعلم (Scott & Beck, 2008). لذا سعينا في البحث الراهن إلى تغيير الأفكار التي تدور حول الذات (أنا أم مقصرة مع ابني المعاق ومع باقي أفراد الأسرة، أنا السبب في إعاقة ابني... الخ) أو الآخرين (لا يتحمل زوجي أعباء ابني المعاق ويتركني أواجه به العالم، ينظر إلى الآخرون بعين الشفقة... الخ) أو المستقبل (سيموت ابني يوماً ما، المستقبل مظلم... الخ) تمهيداً لعلاج الاضطراب الانفعالي الذي يترتب على هذه الأفكار من خلال تدريب الأمهات على التمييز بين الأفكار والانفعالات والسلوك، ثم التدريب على استبدال الأفكار السلبية التي يترتب عليها انفعالات سلبية بأخرى إيجابية مع ملاحظة التغيير في الانفعالات المترتبة عليها.

كما يمكننا تفسير النتائج في ضوء نماذج التعلم الاجتماعي، فوفقاً لوجهة نظر باندورا فإن أغلب سلوكيات الإنسان متعلمة من خلال الملاحظة والتقليد والاقتداء بسلوكيات الآخرين، كما أن محور هذه الاستجابات يكون بالطريقة ذاتها؛ لذا اعتمدنا في البحث الراهن على تدريب الأمهات على التعلم بالاقتداء والعبرة من خلال معايشة الأمهات لخبرات أمهات أخريات يعانى أبنائهن من إعاقة أشد، وذلك من خلال قيام أحد الأمهات بدور الأم البديلة

لمدة جلستين متتاليتين تقوم فيها الأم بزيارة منزل أم أخرى لطفل ذو إعاقة، وقد روعي أن تكون الإعاقة أشد بحيث تظهر خلالها معاناة الأم الأخرى، وفي هذه الجلسة تكون الأم مسؤولة عن رعاية الطفل لمدة ساعتين تقوم فيها بعدد من المهام مثل (إطعام الطفل والنظافة الشخصية.. الخ). كما تم الاعتماد في البرنامج الراهن على حصول الأمهات على الدعم الاجتماعي والمساندة من قبل المحيطين مثل الدعم الذي تم تدريب الأباء على تقديمه للأمهات ، حيث تم إجراء جلسة للأباء وذلك لتحسين وخلق بيئة واطار اجتماعي آمن للأب تتيح لها فرصة التعبير عن مشاعرها في بيئة آمنة ومتفهمه، وقد تم الاهتمام بالدعم المقدم للأب من باقى أفراد الأسرة وبصفة الخاصة الزوج؛ حيث يعتبر النهج المرتكز على الأسرة أمرًا حاسمًا للتدخلات من أجل علاج المشكلات الانفعالية مثل القلق والاكتئاب؛ وذلك لتحسين التكيف النفسي والاجتماعي لهؤلاء الأطفال وعائلاتهم حتى أثناء العيش مع الأعباء الكبيرة المرتبطة بأشد الإعاقات العصبية الحركية وهي ضمور العضلات (Gocheva et al., 2019).

كما يمكن تفسير النتائج في ضوء منحنى العوامل الكيميائية الحيوية؛ حيث تؤثر كيمياء المخ علي حالة الاتزان النفسي، وما تم التوصل إليه في هذا الشأن وهو أن مزاج الإنسان وسلوكه يرتبط بكيمياء الجهاز العصبي، ومن ثم حدوث الاكتئاب عقب التعرض لضغوط الحياة وأحداثها المثيرة للمشقة (لطفى الشربيني، 2019). وقد تعرضت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة لضغوط شديدة تتعلق بالإعاقة ومرتباتها مما قد يؤثر في العوامل الكيميائية الحيوية لديهم.

## توصيات البحث

- في ضوء ما توصل إليه البحث من نتائج وتفسيرات توصى الباحثان بما يلي:
- 1- عقد ندوات ولقاءات توعوية في مراكز ومؤسسات رعاية الأطفال ذوي الإعاقة لأسر الأطفال لتدريبهم على كيفية تقديم الدعم والمساندة وخاصة للأمهات القائمات على رعاية هؤلاء الأطفال.
  - 2- عقد دورات تدريبية وورش عمل للاختصاصيين والمعالجين النفسيين واختصاصي التربية الخاصة لكيفية تقديم البرامج التدريبية المستندة إلى أدلة لمساعدة المعاقين أنفسهم واسرهم على مواجهة تحديات الإعاقة.
  - 3- توفير الكوادر البشرية المدربة والمؤهلة علمياً لتقديم الدعم النفسي والاجتماعي للأمهات الأطفال ذوي الإعاقة.

- 4- توفير الدعم المادي والبشري للجمعيات الحكومية والأهلية التي تقدم الخدمات الإرشادية والعلاجية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة.
- 5- توفير خدمات الاكتشاف المبكر للأطفال ذوي الإعاقة؛ مما يتيح تقديم خدمات التدخل المبكر وتقليل المشكلات التي تنجم عن الإعاقة، وتخفيف الأعباء التي تقع على كاهل الأمهات.

### البحوث المقترحة:

- من خلال نتائج البحث الحالي ونتائج البحوث السابقة تم عرض بعض المقترحات لبحوث مستقبلية كما يلي:
- 1- دور المساندة الاجتماعية المقدمة من الأزواج في خفض معدلات القلق والاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة.
- 2- فعالية برنامج إرشادي في خفض مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة.
- 3- فعالية برنامج قائم على تنمية مهارات التفكير الإيجابي لمواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة.
- 4- فعالية برنامج إرشادي أسرى في خفض حدة الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي ذوي الإعاقة .
- 5- دور استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية في التنبؤ بالاحتراق النفسي والاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة.

## قائمة المراجع

### أولاً: المراجع العربية

- ألفت كحلة (٢٠٠٩). *العلاج المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي عن طريق التحكم الذاتي*. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.
- شيخة سالم العريض (د.س). *نحو حياة أفضل لأطفال متلازمة داون*. مركز دراسات وبحوث المعوقين.
- محمود عيد مصطفى (2009). *العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب: برنامج علاج تفصيلي*. إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- لطفى الشربيني (2019). *الوصمة ومعانات المريض النفسي*. العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- عبد الستار إبراهيم (1998). *الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه*.
- كاثرين هيلر، وباولا فورني، وباولا ألبريتو، وشيروود بيست، ومورتون شوارتزمان (2014). *الإعاقات الجسمية والصحية والإعاقات المتعددة*. (ياسر فارس يوسف، ترجمة)؛ عمان: دار الفكر. (2012).
- رزيقة بن شيخ (2018). *مدى فعالية الإرشاد الجماعي في تخفيف الضغط النفسي لدى المرأة العاملة* (رسالة دكتوراه غير منشورة). الجزائر: جامعة سطيف.
- محمد مجدي الدسوقي (2008). *دراسات في الصحة النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية*.
- ثانياً: المراجع الأجنبية

- Abedi, H., Abbaszadeh, A., Kazemi, M., & Pouraboli, B. (2020). Silent screams: experiences of caregiver suffering by parents of children with thalassemia: a qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 3(3), 281–291.
- Ahmad, S., Bhatia, K., Kannan, A., & Gangwani, L. (2016). Molecular mechanisms of neurodegeneration in spinal muscular atrophy. *Journal of experimental neuroscience*, 10, JEN-S33122.

- Al-Gamal E (2013) Quality of life and anticipatory grieving among parents living with a child with cerebral palsy. *International Journal of Nursing Studies* 19, 288– 294.
- Al-Gamal, E., & Long, T. (2013). Psychological distress and perceived support among Jordanian parents living with a child with cerebral palsy: A cross-sectional study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(3), 624–631.
- Al-Smadi, M. S., & Bakar, N. A. (2019). An Empirical Analysis of the Effectiveness of Behavioral Cognitive Mentoring: A Case Study of the Mothers of Children with Cerebral Palsy. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 8(3), 182–200.
- American psychiatric association (2020). Mental health 2020: presidential initiative for Mental health.
- American Psychiatric Association. (2013). *Anxiety disorders. In DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 189–233). Washington DC: Author.
- Ang, K. & Loh, P. (2019). Mental Health and Coping in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Singapore: An Examination of Gender Role in Caring. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(1), 2129–2145.
- Aqeel, M., Rehna, T. & Sarfraz, R. (2021). The association among perception of osteoarthritis with adverse pain anxiety, symptoms of depression, positive and negative effects in patients with knee osteoarthritis: A cross sectional study. *Research Article*, 71(2–8), 645–650.

- Basińska, M., & Wędzińska, M. (2014). Fatigue with everyday life and satisfaction with life of parents of children with cerebral palsy. *In search of the quality of life: an interdisciplinary study: a jubilee book dedicated to Romuald Derbis. Częstochowa, Akademia im: Jana Długosza, 245–58.*
- Bastawrous, M. (2019). Caregiver burden– a critical discussion. *Int J Nurs Stud;50:431–41.*
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., ... & Damiano, D. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental medicine and child neurology, 47(8), 571–576.*
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology, 61(2), 194.*
- Beers, M. H., Porter, R. S., Jones, T. V., Kaplan, J. L., & Berkwits, M. (2006). *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy.* 18th. Whitehouse Station, NJ: Merk Research Laboratories.
- Bottcher, L. (2010). Children with spastic cerebral palsy, their cognitive functioning, and social participation: a review. *Child Neuropsychology, 16(3), 209–228.*
- Carey, K. A., Farrar, M. A., Kasparian, N. A., Street, D. J., & De Abreu Lourenco, R. (2022). Family, healthcare professional, and societal preferences for the treatment of infantile spinal muscular atrophy: a discrete choice experiment. *Developmental Medicine & Child Neurology, 64(6), 753–761.*
- Carona, C., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2013). Similarities amid the difference: Caregiving burden and adaptation outcomes in dyads of parents and their children with and

- without cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 34(3), 882–893.
- Cottraux, J. (1998). Les thérapies comportementales et cognitives. *Collection médecine et psychothérapie*.
- Cremers, C. H., Fischer, M. J., Kruitwagen–van Reenen, E. T., Wadman, R. I., Vervoordeldonk, J. J., Verhoef, M., ... & Schröder, C. D. (2019). Participation and mental well–being of mothers of home–living patients with spinal muscular atrophy. *Neuromuscular Disorders*, 29(4), 321–329.
- D'Amico, A., Mercuri, E., Tiziano, F. D., & Bertini, E. (2011). Spinal muscular atrophy. *Orphanet journal of rare diseases*, 6(1), 1–10.
- Engelberts, N. H., Klein, M., Van der Ploeg, H. M., Heimans, J. J., Adèer, H. J., Van Boxtel, M. P., ... & Trenité, D. G. K. N. (2002). Cognition and health–related quality of life in a well–defined subgroup of patients with partial epilepsy. *Journal of neurology*, 249(3), 294–299.
- Farrar, M. A., Vucic, S., Johnston, H. M., du Sart, D., & Kiernan, M. C. (2013). Pathophysiological insights derived by natural history and motor function of spinal muscular atrophy. *The Journal of pediatrics*, 162(1), 155–159.
- Farrington, D. P. (2019). The Integrated Cognitive Antisocial Potential (ICAP) Theory: Past, Present, and Future. *Journal of Developmental and Life–Course Criminology*, 1–16.
- Gérain, P. and Zech, E. (2008). Does informal caregiving lead to parental burnout? Comparing parents having (or not) children

- with mental and physical issues. *Frontiers in Psychology*, 9, 884
- Gocheva, V., Schmidt, S., Orsini, A. L., Hafner, P., Schaedelin, S., Weber, P., & Fischer, D. (2019). Psychosocial adjustment and parental stress in Duchenne Muscular Dystrophy. *European Journal of Paediatric Neurology*, 23(6), 832–841.
- Gontard, A., Rudnik–Schöneborn, S., & Zerres, K. (2012). Stress and coping in parents of children and adolescents with spinal muscular atrophy. *Klinische Pädiatrie*, 224(04), 247–251.
- Grootenhuis, M.A., & Bronner, M.B. (2009). Paediatric illness! family matters. *Acta Paediatr*; 98: 940–1.
- Gross J, Jantzer V, Stute F, Parzer P, Brunner R, Willig K, Schuller–Roma B, Keller M, Herzog W, Romer G & Resch F (2012) Anticipatory grief in adolescents and young adults coping with parental cancer. *Practice of child psychology and child psychiatry*, 61, 414– 431.
- Gugała, B. (2021). Caregiver burden versus intensity of anxiety and depression symptoms in parents of children with cerebral palsy as well as factors potentially differentiating the level of burden: a cross–sectional study (Poland). *BMJ open*, 11(6), e036494.
- Gürol, A., Erdem, Y., & Tasbasi, F. Y. (2015). The experienced problems of mothers having children with hydrocephalus: a qualitative study. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 435–442.
- Houlihan, C. M., O'Donnell, M., Conaway, M., & Stevenson, R. D. (2004). Bodily pain and health–related quality of life in



- children with cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 46(5), 305–310.
- Hyman, S., Chisholm, D., Kessler, R., Patel, V., Whiteford, H., (2006). Mental Disorders. In Jamison DT, Breman JG, Measham AR. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank; New York: Oxford University Press.
- Jahnsen, R., Villien, L., Stanghelle, J. K., & Holm, I. (2003). Fatigue in adults with cerebral palsy in Norway compared with the general population. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45(5), 296–303.
- Jara, M., Aitziber, P., Susana, C. & Sonia, M. (2021). The Relationship Between Body and Appearance–Related Self-conscious Emotions and Disordered Eating: The Mediating Role of Symptoms of Depression and Anxiety. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 21(1), 93–105.
- Jaracz, K., Grabowska–Fudala, B., Górna, K., Jaracz, J., Moczko, J., & Kozubski, W. (2015). Burden in caregivers of long-term stroke survivors: Prevalence and determinants at 6 months and 5 years after stroke. *Patient education and counseling*, 98(8), 1011–1016
- Truschel, J. (2020) Depression Definition and DSM–5 Diagnostic Criteria. *Psycom. net–Mental Health Treatment Resource Since 1996*.

- Jouibari, M. F., Baradaran, N., Amiri, R. S., Nejat, F., & El Khashab, M. (2011). Huge hydrocephalus: definition, management, and complications. *Child's nervous system, 27*(1).
- Ketelaar, M., Volman, M. J. M., Gorter, J. W., & Vermeer, A. (2008). Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources of stress are we talking about? *Child: care, health and development, 34*(6), 825–829.
- Kobos, E., & Imiela, J. (2015). Factors affecting the level of burden of caregivers of children with type 1 diabetes. *Applied Nursing Research, 28*(2), 142–149.
- Kübler–Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Simon and Schuster.
- Manuel, J., Naughton, M. J., Balkrishnan, R., Paterson Smith, B., & Koman, L. A. (2003). Stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Psychology, 28*(3), 197–201.
- Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., Patterson, T. L., & Grant, I. (2013). A comparison of psychosocial outcomes in elderly Alzheimer caregivers and noncaregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(1), 5–13
- Mei, S., Hu, Y., Sun, M., Fei, J., Li, C., Liang, L. & Hu, Y. (2021). Association between bullying victimization and symptoms of depression among adolescents: a moderated mediation analysis. *International journal of environmental research and public health, 18*(6), 1–12.

- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Moldenhouer, Z., & Small, L. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. *Pediatric nursing*, 27(6), 548.
- Michelsen, S. I., Uldall, P., Kejs, A. M. T., & Madsen, M. (2005). Education and employment prospects in cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 47(8), 511–517.
- Naftel, R. P., Safiano, N. A., Falola, M. I., Shannon, C. N., Wellons, J. C., & Johnston, J. M. (2013). Technology preferences among caregivers of children with hydrocephalus. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 11(1), 26–36.
- O’Shea, T. M. (2008). Diagnosis, treatment, and prevention of cerebral palsy in near-term/term infants. *Clinical obstetrics and gynecology*, 51(4), 816.
- Oliveira, D., Sousa, L., & Orrell, M. (2019). Improving health-promoting self-care in family carers of people with dementia: a review of interventions. *Clinical interventions in aging*, 14, 515–23.
- Ones, K., Yilmaz, E., Cetinkaya, B., & Caglar, N. (2005). Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers). *Neurorehabilitation and neural repair*, 19(3), 232–237.
- Pacione, M., Siskind, C. E., Day, J. W., & Tabor, H. K. (2019). Perspectives on Spinraza (Nusinersen) treatment study: views of individuals and parents of children diagnosed with

- spinal muscular atrophy. *Journal of Neuromuscular Diseases*, 6(1), 119-131.
- Park, E. Y. (2021). Relationship among Gross Motor Function, Parenting Stress, Sense of Control, and Depression in Mothers of Children with Cerebral Palsy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9285.
- Poursadeg, Z., & Babapour, J. (2019). The Effect of Rational-Emotional Behavior Therapy Training on Cognitive-Emotional Regulation Strategies of Mothers with Cerebral Palsy Children in the City of Tabriz in 2014. *Community Health Journal*, 13(1), 64-73.
- Raina, P., O'donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., ... & Wood, E. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115(6), 626-636.
- Rethlefsen, S. A., Ryan, D. D., & Kay, R. M. (2010). Classification systems in cerebral palsy. *Orthopedic clinics*, 41(4), 457-467.
- Rolland JS (1994) *Families, illness, and disability: an integrative treatment model*. Basic Books, New York, NY.
- Roman, O. T. (2021). The effectiveness of REBT in relieving stress and anger on mothers of children with cerebral palsy. *EDUCAȚIA OMULUI DE AZI PENTRU LUMEA DE MAINE*, 18(4), 29-33.
- Rubira, E. A., Marcon, S. R., Belasco, A. G. S., Gaíva, M. A. M., & Espinosa, M. M. (2012). Burden and quality of life of caregivers of children and adolescents with chemotherapy

- treatment for cancer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 567–573.
- Sankar, C., & Mundkur, N. (2005). Cerebral palsy—definition, classification, etiology and early diagnosis. *The Indian Journal of Pediatrics*, 72(10), 865–868.
- Sawatzky, J. E., & Fowler-Kerry, S. (2003). Impact of caregiving: Listening to the voice of informal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(3), 277–286.
- Scott, J., & Beck, A. T. (2008). *Cognitive behavioural therapy*. This page intentionally left blank, 636.
- Singer, G.H. (2006). Meta– analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *Am. J. Ment, Retard.*, 111, 155–169.
- Smith, J., Cheater, F., & Bekker, H. (2015). Parents' experiences of living with a child with hydrocephalus: a cross-sectional interview-based study. *Health Expectations*, 18(5), 1709–1720.
- Sutherland N (2009) The meaning of being in transition to end-of-life care for female partners of spouses with cancer. *Palliative & Supportive Care* 7, 423– 433.
- Tan JS, Docherty SL, Barfield R & Brandon DH (2012) Addressing parental bereavement support needs at the end of life for infants with complex chronic conditions. *Journal of Palliative Medicine* 15, 579– 584.
- Unsal-Delialioglu, S., Kaya, K., Ozel, S., & Gorgulu, G. (2009). Depression in mothers of children with cerebral palsy and

- related factors in Turkey: a controlled study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(3), 199–204.
- Ventura, S. J. (2018). *The use national vital statistics system: Transitioning into the 21st century, 1990–2017*.
- Wilde, J. L., & Dozois, D. J. (2019). A dyadic partner–schema model of relationship distress and depression: Conceptual integration of interpersonal theory and cognitive–behavioral models. *Clinical psychology review*, 70, 13–25.
- Yang, B. H., Mu, P. F., & Wang, W. S. (2016). The experiences of families living with the anticipatory loss of a school-age child with spinal muscular atrophy—the parents’ perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17–18), 2648–2657.
- Yao, M., Ma, Y., Qian, R., Xia, Y., Yuan, C., Bai, G., & Mao, S. (2021). Quality of life of children with spinal muscular atrophy and their caregivers from the perspective of caregivers: a Chinese cross–sectional study. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 16(1), 1–13.
- Zhu, W., & Jiang, Y. (2018). A meta–analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(12), 3636–3646.
- Zimmerman, K., May, B., Barnes, K., Arynchyna, A., Chagoya, G., Alford, E. N., ... & Rocque, B. G. (2021). Post–Traumatic Stress Symptoms in Caregivers and Children with Hydrocephalus. *World Neurosurgery*, 148, 66–73.