



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران 2 محمد بن احمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علوم التربية

تخصص إرشاد و توجيه

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر 2 في الإرشاد و التوجيه

بناء برنامج إرشادي نفسي لتخفيف القلق لدى أولياء أطفال
التوحد

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بمسرغين

تحت إشراف الأستاذ:

- هامل منصور

من إعداد الطالبة:

دردار يمينة

أعضاء لجنة المناقشة

رئيس

مناقش

محمودي الهواري

لريب الله محمد

2019-2018

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى أمي الحنونة أطال الله في عمرها ، و إلى كل إخواني و
أخواني مع أبنائهم و بناتهم و أحفادهم حفظهم الله.

و إلى كل الأصدقاء و السديقات الذين شجعوني على دراستي منهم مديرات و
مدراء المؤسسات و وزارة التضامن ، و إلى كل عمال و عاملات المركز النفسي
البيداغوجي بمسرحين و خاصة عاملات الإدارة اللواتي قدمن لي كل المساعدة و
المساندة كل من السيدة: بوسيف خيرة ، السيدة: بن يعقوب فتيحة، الأنسة: معاشو
فاطمة والسيد: بن عامر محمود وابن أخي العزيز دالي محمد عبد الرحمن، و إلى
الأستاذ: بلعابد عبد القادر.

وفي الأخير أدمو الله عز وجل أن يوفقنا إلى ما فيه الصلاح و الرشاد و التوفيق .

دردار يمينة

كلمة شكر

أول ما أبدأ به هو شكرى لله الذى وفقني في إنجاز هذا العمل المتواضع الذى أدمو الله الله أن يعود بالفائدة الآخرين ، كما أتقدم بجزيل الشكر إلى أستاذي هامل منصور

الذى قام بإشرافه على هذا العمل و الذى لم يبخل علي بالتوجيهات .

كما أتقدم بالشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة على قبولها مناقشة مذكرتي.

SPSS وأتقدم بالشكر إلى أستاذ: محمودي هوارى الذى ساعدني في حساب النتائج و

وأولياء أطفال التوحد على تعاونهم معي لإتمام هذه الدراسة.

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الى بناء برنامج ارشادي لتخفيف درجة القلق لدى أولياء أطفال التوحد الذين يترددون على المركز النفسي البيداغوجي مسرعين وتكونت العينة من 48 أب وأم.

واستخدمت الباحثة منهج الوصفي التحليلي وإختبار نتائج فرضيات الدراسة تم الاعتماد على المقياس وتوصلت النتائج التالية:SPSSتاييلور القلق ولمعالجتها استعملت الباحثة برنامج الحزمة الاحصائية

- يوجد فروق دال احصائيا بين المتوسطات الحسابية بين الأباء والأمهات في القلق.

- لا يوجد فروق دال احصائيا بين الأباء والأمهات في القلق عند متغير السن والمستوى التعليمي.

- ارتفاع مستوى القلق عند الأولياء.

ومنها قامت الباحثة باقتراح برنامج ارشادي لتخفيف القلق للأولياء الذين يعانون من ارتفاع في درجات القلق.

قائمة المحتويات

العناوين

- الإهداء..... 1.
- كلمة شكر..... 2.
- ملخص الدراسة..... 3.
- قائمة المحتويات..... 4.
- المقدمة..... 1.

الفصل الأول: مدخل الدراسة

- 1- إشكالية الدراسة..... 5.
- 2- فرضيات الدراسة..... 7.
- 3- أهداف الدراسة..... 8.
- 4- أهمية الدراسة..... 9.
- 5- التعاريف الإجرائية..... 10.

الفصل الثاني: التوحد

- تمهيد..... 12.
- 1- مفهوم التوحد..... 12.
- 2- أعراض و خصائص التوحد..... 14.
- القصور في التفاعل الإجتماعي..... 15.
- القصور في التواصل..... 15.
- نقص و محدودية في الإهتمامات و الأنشطة..... 15.
- 3- الأسرة والطفل التوحدي..... 16.

الفصل الثالث: القلق

- تمهيد.....
- 1- تعريف القلق..... 20.
- 2- تصنيفات النفسي..... 22.
- القلق السوي..... 22.
- القلق العصابي..... 23.
- نوبات الذعر..... 23.
- اضطراب الذعر..... 23.
- 3- مستويات القلق..... 24.
- القلق لدى أولياء أطفال التوحد..... 24.

الفصل الرابع: البرنامج الإرشادي النفسي

- تمهيد.....

- 1- التعريف البرنامج الإرشادي النفسي.....27.....
- 2- أسس بناء البرنامج الإرشادي النفسي.....28.....
- 3- أهداف البرنامج الإرشادي النفسي.....30.....
- 4- خطوات بناء البرنامج الإرشادي النفسي.....33.....
- 5- أساليب تطبيق البرنامج الإرشادي النفسي.....34.....
- 6- التقييم35.....

الفصل الخامس: إجراءات المنهجية الدراسة الميدانية

- تمهيد.....
- أولاً: الدراسة الإستطلاعية41.....
- 1- أهداف الدراسة الإستطلاعية.41.....
- 2- المجال الجغرافي والزمني للدراسة الاستطلاعية.41.....
- 3- عينة الدراسة الإستطلاعية وخصائصها.43.....
- 4- أدوات الدراسة الإستطلاعية.47.....
- ثانياً : الدراسة الأساسية.47.....
- مقياس القلق -تاييلور-47.....
- 1- العينة الأساسية وخصائصها.48.....
- 2- اجراء الدراسة الأساسية.48.....
- 3- الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة.49.....
- 4- الأدوات الدراسة الأساسية.50.....

الفصل السادس: عرض و تفسير النتائج

- تمهيد.....
- أعراض و تفسير نتائج الفرضيات.....55.....
- أ- الفرضية الأولى.....56.....
- ب- الفرضية الثانية.....57.....
- ج- الفرضية الثالثة.....58.....
- الخاتمة.....59.....
- التوصيات.....60.....
- المراجع
- الملاحق

مقدمة:

يطمح الأباء الى تحقيق آمالهم وتطلعاتهم من خلال الأبناء، إلا أنه سرعان ما تتحطم تلك
الأمال حينما تصطدم الأسرة بمولد الطفل المعاق، وعندئذ تمر الأسرة بمراحل تبدأ بالرفض،
والصدمة والانكار لهذا الطفل وينتهي الأمر برضوخ الأسرة والقليل من التقبل للطفل المعاق
ثم الاستسلام لهذا الواقع المرير.

ويعد رد فعل الوالدان تجاه الاعاقة وتأزمها محصلة ثلاث هي: الحادث الضاغط ممثلا في
مولد الطفل المعاق ومدى قدرة الوالدين على تحمل مشكلة الطفل ومستوى العلاقة الزوجية
ومدى تماسكها وتدني الرضا الزوجي كذلك الاتجاهات الوالديه نحو الإعاقة ومعلومات
الأباء عنها. أمين (2010) -154.

كما أن وجود فرد ذو إعاقة داخل الأسرة يشكل ضغوطا على الوالدين وانخفاض لمستوى
أدائهما (2012) بوي boy اذا أكدت بعض الدراسات أن وجود طفل من ذوي اضطراب
التوحد يزيد من حدة التوتر والضغوط النفسية لدى الأمهات والأباء مقارنة من فئات

الإعاقة. (2011) wang michels et days (2007) Pisula

بيسولا (2007) وينق ميشال ودائس (2011)

إن تعرض الأسرة للضغوط يجعلها بحاجة الى تطوير استراتيجيات مناسبة لتلبية الحاجات
المرتبطة لإعاقة الطفل فضلا عن تلبية الحاجات الخاصة بها لمواجهة مثل هذه الضغوط
(2010) كوسبورن ريد cosbornee reed كذلك فإن وجود معاق داخل الأسرة هو أكبر

تحد للوالدين ويمتد الى الأسرة بأكملها، فبالنسبة للوالدين فإن حالة هذا الطفل هي حدث يؤدي لتغيير في حياة الأسرة كاملة، حيث تعمل على تغيير أهدافها وتوقعاتها بروس (2001) وقد يترتب على ذلك ظهور ردود فعل سلبية واستجابات انفعالية داخل الأسرة الى ظهور العديد من المشكلات وقد يترك آثارا وخيمة على الأمهات مما يجعلهن يعانين من المزيد من الضغط النفسي بسبب رعاية والعناية اليومية وقلة المساعدة المقدمة لهن دورك بوردين يازيجيت موني (2005)

duark bordin yazigiet mooney وتزداد لديهن مشاعر الذنب والقلق.

وهو ما تسعى الدراسة الحالية الى استقصائها من خلال محاولتها التعرف على مستويات درجات القلق لدى أولياء أطفال التوحد مع بناء البرنامج الارشادي النفسي لتخفيف من درجات القلق لديهم.

بحيث احتوت داراستنا الى جانبين أساسيين:

جانب نظري وجانب التطبيقي.

وقد تعرضت الدراسة في الفصل الأول الى: اشكالية الدراسة والتساؤلات المطروحة، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، التعاريف الاجرائية لمصطلحات الدراسة.

التوحد: تمهيد: مفهوم التوحد ، أعراض التوحد ، القصور في التفاعل الاجتماعي ،

القصور في التواصل ، نقص ومحدودية في الاهتمامات والأنشطة ، الأسرة والطفل

التوحد.

الفصل الثالث: القلق لدى أولياء أطفال التوحد

القلق: تعريف القلق لغة واصطلاحاً: **تمهيد:** مفهوم القلق ، تعريف الاجرائي للقلق ، تصنيفات القلق النفسي ، القلق السوي ، القلق العصابي ، نوبات الذعر ، اضطراب الذعر ، اضطراب الحصر العام ، مستويات القلق لدى أولياء أطفال التوحد .

الفصل الرابع: بناء البرنامج الارشادي النفسي

تمهيد: تعريف البرنامج الارشادي النفسي، أسس بناء البرنامج الارشادي النفسي، أهداف البرنامج الارشادي النفسي، خطوات بناء البرنامج الارشادي النفسي، الأساليب تطبيق البرنامج الارشادي، التقييم .

الفصل الخامس: اجراءات الدراسة

الدراسة الاستطلاعية: أهداف الدراسة الاستطلاعية، عينة الدراسة الاستطلاعية، خصائص العينة الاستطلاعية، أدوات الدراسة الاستطلاعية، مقياس القلق تايلور، البرنامج الارشادي النفسي .

الدراسة الأساسية: العينة الأساسية، خصائص العينة الأساسية، أدوات الدراسة الأساسية، مقياس القلق، الهدف من تطبيق المقياس، مفتاح التصحيح المقياس، طريقة تطبيق المقياس .

البرنامج الارشادي: تعريف البرنامج ،هدف البرنامج، تنفيذ البرنامج ، وسائل المستخدمة، تقييم البرنامج .

الفصل الأول: مدخل الدراسة

الفصل الأول: مدخل الدراسة

الاشكالية الدراسة

الفرضية الدراسة

أهمية الدراسة

أهداف الدراسة

التعاريف الاجرائية لمصطلحات الدراسة

اشكالية البحث:

تعد اعاقة التوحد من الاعاقات التي يكتنفها الكثير من الغموض والتساؤلات حيث سميت بالإعاقة الغامضة ولم يتوصل بعد الى تفسير أو سبب معين يؤدي الى حدوثها مما أدى الى تضافر الجهود القانونية والتربوية والطبية والنفسية والاجتماعية للسعي لتقديم الخدمات في شتى المجالات لفئة الأطفال التوحدين ولم تتوقف الجهود عند هذا الحد بل تحدثه الى تقديم الخدمات الاجتماعية الى أسر الأطفال التوحديين لتخفيف الضغوط النفسية والاجتماعية عنهم وتهيئتهم وتدريبهم على تقبل اعاقة أبنائهم التوحديين والتعامل معهم .

ويساهم في تصاعد الضغط النفسي على العائلة هي نظرات الأقارب والجيران والأصدقاء، وقد بينت الدراسة التي قام بها hart (2004) التي هدفت الى التعرف على مستوى الضغوط النفسية والاكتئاب والقلق لدى والدي أطفال التوحد وتكونت العينة في صورتها النهائية من (71) أب وأم لأطفال التوحد و(40) أب وأم كعينة مقارنة مع العاديين، وتوصلت الدراسة الى أن آباء وأمهات أطفال التوحد اظهروا درجة عالية من الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب وذلك بسبب ضعف الدعم الاجتماعي وبعض العوامل الشخصية وتأثير الطفل على باقي أفراد الأسرة.

كما أكدت دراسة كيدي keddiye (2007) التي هدفت للكشف عن عوامل الضغوط والرعاية التربوية على عينة من أمهات أطفال التوحد بلغت (10) تراوحت أعمارهم ما بين (32-42) حيث أثارت النتائج الى أن العوامل المرتبطة بالضغوط لدى أمهات التوحد هي :
القلق حول نمو مهارات الطفل ، اللغة ،النقص في مصادر المعلومات والجوانب المادية.

ويعود الاهتمام باضطراب التوحد لتزايد انتشار الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المجتمعات العربية والأجنبية على حد سواء، إذ يشير مركز الوقاية والسيطرة على الأمراض أن النسبة قد وصلت في وقتنا الحاضر الى واحد من كل 50 طفلا

centers for disease control and prevention 2011-2012

كما أن وجود فرد ذو إعاقة داخل الأسرة يشكل ضغوطا على الوالدين وانخفاضا لمستوى أدائهما (boyd 2002 بويد)، إذ أكدت بعض الدراسات أن وجود طفل من ذوي اضطراب التوحد يزيد من حدة التوتر والضغوط النفسية لدى الأمهات والآباء مقارنة مع فئات الإعاقة الأخرى (pisula 2007,wang,michaels et day2011)

ولقد تناولت دراسة (keen,D et al 2010 كين والآخريين) مدى فعالية التدخل المبكر المرتكز على مستويات الضغوط الوالدية لعينة (10) من آباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد تراوح أعمارهم من (4-2) سنوات وبعد 6 أشهر من حصولهم على التشخيص وكان هذا الأسلوب من التدخل يهدف الى تقليل من توتر وقلق الوالدين وزيادة كفاءة الوالدين.

وتعرضت عينة أخرى من الوالدين (22) الى نمط غير مباشر من التدخل قائم على التدريب الذاتي من خلال مشاهدة شريط فيديو الى أن ارتقاء التواصل الاجتماعي والسلوك التكيفي لدى الأطفال المصابين بالأوتيزم كان أكبر لدى الأسر الذين تلقوا مساندة متخصصة وتدريب مباشر.

ومن هنا جاءت فكرة البحث لتسليط الضوء على هذه الفئة من الأولياء الذين يعانون مستويات مختلفة من القلق جراء إصابة إبنهما بالتوحد التي تجعلهما يلجآن الى البحث عن استراتيجيات وسبل لتخفيف من قلقهما وكيفية التكفل بهما حيث أن خوفهما يجعلهما دائما في قلق دائم .

ومن هنا نطرح السؤال الرئيسي للبحث:

ما مدى فاعلية برنامج ارشادي لتخفيض درجة القلق لدى أولياء أطفال التوحد الموضوعين بالمركز النفسي البيداغوجي - مسرغين؟

الأسئلة الفرعية:

- 1- هل توجد مستويات مرتفعة في درجة القلق لدى أولياء أطفال التوحد؟
- 2- هل يوجد فرق بين الآباء والأمهات في مستويات القلق؟
- 3- هل هناك فروق في مستويات القلق تبعا لمتغير السن؟
- 4- هل هناك فروق في مستويات القلق تبعا لمتغير المستوى التعليمي؟

فرضيات البحث

- 1- توجد مستويات مرتفعة في درجات القلق لدى أولياء أطفال التوحد.
- 2- يوجد فرق بين الآباء والأمهات في مستويات درجات القلق.
- 3- يوجد فرق بين الأولياء في مستويات القلق تبعا لمتغير السن.
- 4- يوجد فرق بين الأولياء في مستويات القلق تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

5- يوجد فرق دال احصائيا في مستويات درجات القلق لدى أولياء أطفال التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج الارشادي النفسي.

أهمية البحث

1- يعد موضوع الدراسة من الموضوعات المهمة التي تمس فئة مهمة من أبناء المجتمع وهم الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد والذي يعتبر من الموضوعات الحديثة نسبيا ،وما ترتب على وجودهم من تبعات اجتماعية وانفعالية واقتصادية ونفسية ، تلحق بأسرهم مما يتطلب الوقوف على معرفة احتياجات أوليائهم.

2- تقديم اطار نظري وعملي يستفيد منه العاملون والباحثون في مجال الارشاد النفسي بشكل خاص والوالدين والأسرة بشكل عام.

3- تبرز أهمية الدراسة في محاولة التعرف على حاجات أولياء أطفال التوحد، وعلاقتهم ببعض المتغيرات مثل القلق.

4- التمهيد لإجراء دراسات لاحقة تركز على الوالدين واتجاهاتهم وتوفر معلومات شاملة للوالدين والمهتمين بهذه الفئة.

5- تتجلى أهمية هذه الدراسة في ضوء نتائجها في تطوير برامج ارشادية للأباء والأمهات في كيفية التعامل مع أطفالهم من ذوي اضطراب التوحد.

أهداف البحث

- 1- التعرف على درجات القلق لدى أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد قبل تطبيق البرنامج الإرشادي النفسي.
- 2- الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في ايجاد أساليب وطرق جديدة لتخفيض درجات القلق لدى أولياء أطفال التوحد.
- 3- اقتراح برنامج إرشادي نفسي من أجل مساعدة الأولياء على تخفيض القلق لديهم.
- 4- التعرف على طبيعة الفروق الفردية في مستويات درجات القلق ما بين الآباء والأمهات.

التعريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

1- القلق لدى أولياء أطفال التوحدين:

تعرف الباحثة القلق لدى أولياء أطفال التوحدين على أنه سيطرة التوقعات السالبة والنظرة التشاؤمية تجاه أبنائهم المتوحدين مما يؤدي الى سيطرة مشاعر التوثر والقلق لديهم، ويتم تشخيص القلق لدى الأولياء من خلال درجاتهم المرتفعة على مقياس تايلور للقلق.

2- تعريف التوحد:

هو كل ما يعانيه الطفل من اضطرابات السلوكية الحادة وعدم القدرة على التواصل الاجتماعي مما يؤثر على الأسرة ويعكس العديد من الضغوطات النفسية على الأولياء.

3- البرنامج الإرشادي النفسي:

هو اجراء منظم ومخطط مقترح من طرف الباحثة لمساعدة أولياء الأطفال التوحد لتخفيض درجات القلق لديهم من أجل تحسين طريقة تعاملهم مع ابنائهم وهذا باكتسابهم للمهارات بعد تطبيق البرنامج الإرشادي النفسي.

الفصل الثاني: التوحد

-تمهيد

-مفهوم التوحد

-أعراض وخصائص التوحد

- قصور في التفاعل الاجتماعي

- قصور في التواصل

- نقص ومحدودية في الاهتمامات الأنشطة

- استجابة غير عادية للمثيرات الحسية المختلفة

الأسرة والطفل التوحدي

تمهيد:

إن اضطراب طيف التوحد من أكثر الإضطرابات تعقيدا لكونه يؤثر بشكل كبير على حياة الطفل خاصة في مظاهر النمو المختلفة التي تكون على المستوى الارتقائي اللغوي والاجتماعي والحركي وأيضا في عمليات الإنتباه والإدراك وإختيار الوقائع، كما أن هذا الإضطراب لا يؤثر فقط على الطفل وعلى جوانب حياته المختلفة بل يمتد الى الأولياء الذين يحاولون التأقلم و التقبل على وضعية طفلهم وألى المجتمع الذي يحاول القيام بتوفير كل الوسائل والامكانيات التي يحتاجها الطفل التوحدي ، ومن خلال هذا الفصل سنحاول التطرق الى مفهوم التوحد ، أعراض وخصائص التوحد ، الأسرة والطفل التوحدي.

مفهوم التوحد:

تشمل الإضطرابات النمائية على ضعف تسديد في التفاعلات الاجتماعية، والتواصل مع الآخرين والسلوكيات اليومية، وأكثر هذه الاضطرابات هو التوحد، حيث يظهر العديد من الأطفال المصابين بالتوحد على الأقل مستوى متوسطا من التخلف العقلي عند بعض الأخصائيين وهذا بسبب أدائهم الضعيف على مقاييس القدرات العقلية ويظهر لدى (50% - 70%) منهم خلل عقلي شديد ومتوسط : د.أبو أسعد (2009ص 340) وتشترك كلمة "autism" من الكلمة الاغريقية "aut" وتعني النفس والذات وكلمة "ism" تعني الانغلاق والمصطلح تحلل يمكن ترجمته على أنه الانغلاق على الذات ،وهؤلاء الأطفال غالبا يندرجون أو يتوحدون مع أنفسهم ويبدون قليلا من الاهتمام بالعالم الخارجي وتصف الطفل

التوحيدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين ولديه رغبة ملحة للاستمرارية في القيام بنفس السلوك ، ومغرم بالأشياء ولديه إمكانيات معرفية جيدة ، كما أن الأفراد التوحيديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهرا من عمر الطفل: فاروق

و الشربيني 2010 (ص26) وترى كريستين مايلز (1994) أن التوحد autism حالة غير عادية، لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين ، ولا يتصل بهم إلا قليلا جدا (د. خطاب 2009).

وحدد مصطلح التوحد autistic في معجم علم النفس بأنه المتجه نحو الذات ،أما في موسوعة علم النفس فحدد autistic بأنه المتوحد أو الاجتراري أو الذاتوي أما الدكتور علي كمال فقد عرفه في كتابه النفس وانفعالاتها و أمراضها وعلاجها للتوحد autism بالانكفاء سوسن (2008 ص22)

ويعرفه أحمد بدوي (1982) التوحد على أنه نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق. فاروق ، الشربيني 2011 (ص27)

وحدد ولف wolf (1988) التوحيديين بأنهم يبدون قصورا في التفاعل الاجتماعي، وقصورا واضحا في التواصل اللغوي وترديد آليا لما يسمعون ،وقصورا في القدرة على اللعب

الاجتماعي والتحصيل، الاصرار على أداء الروتين الذي اعتاد التوحدي عليه ورفضاً شديداً للتغيرات التي تطرأ على هذا الروتين. فاروق، الشرييني 2010 (ص 27).

والتوحد إعاقه نمائية تستمر طوال العمر، وتظهر هذه الاعاقه عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من حياة الفرد وتؤثر على الطريقة التي يتواصل من خلالها الشخص مع الناس. وفي ضوء هذه التعاريف نرى أن التوحد هو اضطراب انفعالي يؤدي الى عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.

أعراض اضطراب التوحد: أشارت ألين وآخرون (Allen et al 2013) الى خصائص

الطفل ذي اضطراب التوحد كالتالي:

- قصور في الكلام.
- قصور في التفاعل الاجتماعي.
- قصور في الوعي المعرفي.
- قصور في الإدراك الحسي.
- السلوكيات التكرارية المحددة.

كما ذكرت أن هذه الخصائص هي المسؤولة عن الضغط لدى والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

كما أوردت ألين (2013) Allen et al بعض الخصائص السلوكية للطفل التي ترتبط

بالضغط الوالدي منها:

- استجابة الطفل.
- حالته المزاجية.
- السلوكيات المتكررة.
- احتياجات العناية الاضافية.

وذكر الخميسي (2012) أن من خصائص سمات اضطراب التوحد التالي:

1- القصور في التفاعل الاجتماعي: ويتضمن القصور في عمليات التفاعل الاجتماعي

والتي تشمل التواصل الاجتماعي والمبادرة والمشاركة الاجتماعية.

2- القصور في التواصل: ويشمل القصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

أ- قصور شديد في المجال التواصل غير اللفظي : قصور في استخدام الايماءات

والاشارات ولغة الجسم.

ب- قصور في مجال التواصل اللفظي : فمعظم الأفراد ذوي التوحد إما غير ناطقون

لايستطيعون الكلام أو يتكلمون مع حصيلة لغوية ضعيفة لا تتناسب مع عمرهم، بحيث

يكونون غير قادرين على استخدام الضمائر وأدوات الربط بشكل صحيح، ويعانون من

المصاداة وتكرار المقطع الأخير في كلام المتحدث.

3- نقص ومحدودية في الاهتمامات والأنشطة: ويتضمن السلوك النمطي والروتيني والتعلق

بالأشياء.

4- استجابة غير عادية للمثيرات الحسية المختلفة: ويتضمن حساسية مفرطة أو منخفضة

للمثيرات الحسية المختلفة (بصرية، سمعية، شمعية، تذوقية، لمسية، توازنية).

ومما سبق يتضح أن اضطراب التوحد يعتبر من أكثر الاضطرابات صعوبة وشدة حيث يؤثر تأثيرا شديدا على سلوك الفرد، وعلى قابليته للتعلم، وعلى تنشئتهاجاماعيا وتدريبه على المهارات الاستقلالية والاجتماعية والاقتصادية أو حماية لذاته إلا بدرجة محدودة ولعدد محدود من الأطفال (سليمان 2000).

وهذا ما يزيد في الضغوط النفسية على الأسرة خاصة والذي الطفل التوحدي مما يتعوضون الى الشعور بالاكتئاب والتوتر والقلق.

الأسرة والطفل التوحدي:

التوحد واحد من الاضطرابات التي تجعل حياة الأسرة أكثر صعوبة وبالرغم من وجود أنواع متعددة من اضطرابات التوحد إلا أن الطفل التوحدي بوجه عام يحتاج الى عناية على مدار الأربع والعشرين ساعة.

كما أن عائلات أطفال التوحد لديها كثير من الصعوبات كالعناية اليومية بالطفل ومتطلباته وصعوبات أخرى مرتبطة باحتياجات باقي أفراد الأسرة وامكانياتهم والتي قد تسبب ضغوط شديدة على والدي أطفال التوحد، كما أنهم قد يتعرضون الشعور بالاكتئاب والقلق أو التفكير بالانتحار أكثر من والدي الأطفال العاديين (فلاسير، ريس 2007, glaser, reiss 2003, sevin) والعديد من المشكلات الاجتماعية والعاطفية والاضطرابات النفسية. وفي هذا الصدد تشير العديد من الدراسات الى أن آباء وأمهات الأطفال المصابين

باضطراب التوحد تظهر لديهم درجة عالية من الضغوط مقارنة بأباء وأمهات الأطفال المعاقين أو غير المعاقين. (2007 كيدي kediye, 2005 مونيش et mcconache هاستيك hastiqs ،هوني honey)

وتواجه أسرة الأطفال المصابين بالتوحد العديد من الأزمات تتجدد وتحدث في أوقات ومراحل عدة من حياة الطفل ،وهناك عدد من المراحل تمر بها تلك الأسر بحيث يسيطر نمط انفعالي معين على كل مرحلة من هذه المراحل وتتفاوت هذه المراحل ما بين الشعور بالصدمة والتشكيك في التشخيص الى الشعور بالاحباط ومشاعر الذنب ،وتتكرر هذه الأزمات مع نمو الطفل التوحدي ينتج عنها العديد من الضغوط التي تتعرض لها أسرته

(الخميسي 2001)

وهذا يعني إن اكتشاف وتشخيص الطفل بأنه توحدي يعد موقفا وحدثا ضاغطا يؤدي الى تغيير في الأدوار والتوقعات الأسرية، وما يصاحب ذلك من ردود فعل انفعالية لفقدان الوالدين لأمالهم وطموحاتهم المرتبطة بميلاد طفل **(القاضي 2010)**.

ان التعرض المتكرر لهذه المواقف الضاغطة التي تتمثل في المثيرات الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الوالدين بصورة مستمرة وبدرجة من الشدة تفوق مصادرهم وامكانياتهم الخاصة وقدرتهم التوافقية يترتب عنها تأثيرات سلبية في حياتهم قد تجعلهم عاجزين عن اتخاذ القرارات وعن التفاعل مع الآخرين كذلك يؤثر في العلاقات بين أفراد الأسرة.

ولقد أشار هامر، hammer الى الأحداث المحرجة والضاغطة التي تؤثر على أسرة الطفل

المعاق هي:

- ميلاد الطفل وتوقع الاعاقة.
- تشخيص الاعاقة وخضوع الطفل للعلاج.
- استعداد الطفل للبرنامج المدرسي.
- وصول الطفل مرحلة البلوغ.
- وصول الطفل مرحلة التخطيط المهني والخوف على مستقبل الطفل المهني.
- تقدم الالباء بالعمر والتزايد القلق على حالة الطفل.

الفصل الثالث: القلق لدى أولياء أطفال التوحد

تمهيد

مفهوم القلق

تعريف القلق لغة واصطلاحاً

تعريف الاجرائي للقلق

تصنيفات القلق

- القلق السوي

- القلق العصابي

- نوبات القلق

- اضطراب الدعر

- اضطراب الحصر العام

- مستويات القلق

- القلق لدى أولياء أطفال التوحد

تعريف القلق لغة:

القاف واللام والقاف كلمة تدل على الانزعاج يقال : قلق - يقلق.

وقال بن منظور : "القلق الانزعاج يقال بات قلقا غير فقلق وأقلق الشيء من مكانه وقلقه"

القلق اصطلاحا:

لم تذكر كتب المصطلحات القديمة مما يعني أن المعنى واحد في اللغة والاصطلاح، ولكن القلق قد اكتسب في العصر الحديث أبعادا نفسية واجتماعية جديدة مما جعل المحدثين يذكرون له تعريفات الآتية:

- القلق حالة انفعالية مصحوبة بالخوف أو الفزع تحدث كرد فعل لتوقع خطر حقيقي خارجي.

تعريف مصطلح القلق من المعجم عربي عربي:

القلق، الاضطراب، الانزعاج، عدم الاستقرار، احساس بالضيق والحرج وقد يصاحبه بعض الألم.

القلق:

لم يكن مفهوم القلق مألوف عند علماء علم النفس حتى الثلاثينيات من القرن العشرين فقد بدأ بالظهور في كتابات "FREUD" الى أن أصبح من الموضوعات ذات أهمية في ميدان علم النفس عامة، والصحة النفسية خاصة، ولقد ارتفع عدد الدراسات النفسية الخاصة بالقلق بزيادة الضغوط البيئية التي يتعرض لها الانسان مما قد يؤدي في كثير من الأحيان بالفرد الى الاحساس بالضيق والتوتر.

ويعتبر القلق ظاهرة قائمة فالإنسان قدر عليه أن يعيش القلق الذي ارتبط بحياته ولأن وجوده غير ذاته، فإنه يفكر دائماً في القلق.

وهكذا يتضح أن الصحة النفسية للإنسان ترتبط بدرجة عالية مما يعانيه من مشاعر القلق وفي هذا الفصل نستطرق الى مفهوم القلق و تصنيفات القلق، مستويات القلق، القلق لدى أولياء أطفال التوحديين.

مفهوم القلق:

القلق كما يراه فرويد Freud هو نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد ويكونه من خلال المواقف التي يصادفها فهو يختلف عن بقية الانفعالات غير السارة مما يسبب من تغيرات جسمية داخلية وأخرى خارجية. د. خالدى (2009) ص125.

وتطرح هوني Honney وجهة نظرها عن القلق اذ ترى أنه عبارة عن خبرات مهددة لأمن الفرد ناشئة عن مواقف وأحداث مؤلمة د.خالدى (2009) ص126.

وعرفه سليمان (2001) بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد أو خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية د.سليمان (2001).

وينظر الى القلق على أنه مشكلة، ليس لأنه بطبيعته على الضيق والتوتر والشدة فحسب، بل لأنه قد يؤثر في قدرة الشخص على القيام بوظائفه وقد ترهقه من الشدة الانفعالية وتستوف طاقاته.

وهو اضطراب شديد غير واقعي لايمكن التحكم به تجاه الأمور الحياتية اليومية مثل الصحة والعائلة وغيرها ويقلق بشكل دائم وغير عقلاني بشأن إصابتهم أو إصابة أحد أفراد

العائلة بضرر ويرافق هذا القلق من الخوف والتوتر وهذا ما نريد أن نتعرف عليه عند أولياء أطفال التوحد من هذه الدراسة عن القلق الذين يعانون منه.

تصنيفات القلق النفسي:

هناك نوعان من القلق :

أ- القلق السوي: وهو الذي يشعر به الأسوياء والذي يكون مصدره معروف للفرد وأسبابه واضحة وهو الخوف نشعر به جميعا من أشياء موضوعية، وهذا الخوف مفيد للإنسان يدفعه الى حماية نفسه وحفظ حياته ويحركه الى التقدم والارتباط بالآخرين فالقلق السوي في حدوده الطبيعية علامة ايجابية على الصحة النفسية حيث أنه رده فعل محفز لموقف تهديدي. عثمان . 2001 .

ب- القلق العصبي: هو القلق من موضوع غير معروف بحيث يأتي على شخصية تتميز بما يلي: قلق دائم، حركة كثيرة، دافعية كبيرة، برودة انفعالية والبحث عن الأمان. وهذا حسب التصنيف القديم لعصاب القلق أما حاليا فيسمى هذا المرض بالإضطرابات الحصر في التصنيف الجديد ب dsm4 به ثلاثة أنواع هما:

1- نوبات الذعر *Attaque de panique* : تأتي نوبات القلق بطريقة حادة وهي فترة محصورة من الخوف والضيق الشديد، نشأت فيها الأعراض التالية بشكل مفاجيء وبلغت ذروتها خلال عشر دقائق مثل قوة ضربات القلب، الاحساس بضيق التنفس، الشعور بالدوخة وكذلك الاحساس بتغير الواقع.

2- اضطراب الذعر **Trouble de panique**: أهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والارتجاف مع ظهور عرق بارد غزير وهنا لا يستطيع المريض اعطاء معلومات وافية عن حالته وأحيانا لا يعرف المكان والزمان وكثيرا ما يتعرض هذا السكون الحركي اندفاعي مفاجيء أثناءه دون هدى.

3- اضطراب الحصر العام **Trouble anxieux généralisé**: هو قلق عام ومزمن ومستمر وغير مرتبط بظرف أو موقف محدد، فالحالة تخشى من خطر مبهم *anxiété* و*anticipation* ولذلك يسمى القلق العام وترتبط أحيانا كثير بضغوط نفسية بيئية مزمنة يصاحبه شعور بعدم الأمان، الصداع، الانقباض، عدم القدرة على الاسترخاء، حالة يقظة مفرطة، اضطرابات عصبية هضمية.

مستويات القلق:

تشير الدراسات الى وجود القلق في حياة الانسان بدرجات متفاوتة، تمتد ما بين القلق البسيط الذي يظهر على شكل الخشية وانشغال البال، والقلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب والفرع، إذ نستطيع تمييز ثلاث مستويات على الأقل للقلق هي:

أ- المستوى المنخفض: يشار الى هذا المستوى من القلق بأنه إشارة انذار لخطر وشيك الوقوع، وهو يحدث تنبيه العام للفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية، أين تزداد درجة استعدادة وتأهيله لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها.

فاروق السيد عثمان (28-2001)

ب- المستوى المتوسط: يصبح فيه الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته ويتولى الجهود بشكل عام على استجابات الفرد في مختلف المرافق، فيحتاج الى بذل المزيد من الجهد للمحافظة على السلوك المناسب لمواقف الحياة المتعددة.

ج- المستوى العالي: يتأثر فيه التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية، فيقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة تجاه مختلف المواقف، ولا يستطيع التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة نتيجة لعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي .

الشادلي (1999) ص 115. وكل هذا يظهر من خلال الصورة الكئيبة للمصاب بالقلق العصابي وذهول وتشتت فكره ووحدته وسرعة تهيجه، وكأن أجهزة الضبط المركزية لديه قد اختلت عثمان (2001 ص28)

القلق لدى أولياء أطفال التوحد:

تعتبر تربية ورعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أمر صعب وضاعطة على الأسرة ككل وخاصة الوالدين، لأنهما يتكبدا عناء التربية وضغوطها النفسية العادية مثل أي أسرة بالإضافة الى الضغوط الناتجة عن إعاقة هذا الطفل العثمان والبيلاوي (2012).

ولقد أشارت دراسة (جيبتا وسنغال) أن نسبة 70% من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتعرض للضغوط النفسية بالمقارنة بـ 40% فقط من أباء الأطفال غير ذوي اضطراب التوحد.

كما أكدت دراسة كوسيكو، جوفن وآخرون (2013) أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد يظهرن مستوى عال من القلق والرهاب الاجتماعي والذي يظهر في صورة أعراض جسدية ومعرفية ومخاوفية.

ولقد أجرى كريك وسوان krick دراسة تأثير وجود طفل معاق في الأسرة في مستوى التوثرات النفسية الوالدين على 22 أب ليس لديهم معاق و11 أب لديهم أطفال معاقون، أشارت النتائج الى أن الوالدين الذين لديهم أطفال معاقون يعانون من مستوى عال من الضغوط النفسية مقارنة بالوالدين الذين ليس لديهم أطفال معاقون وذلك من حيث زيادة الضغوط النفسية بسبب عدم توافر وقت للعلاقات الاجتماعية والمصادر المالية، ومتطلبات الوظيفة وتدني القدرة على تلبية احتياجاتهم الخاصة.

وأشارت نتائج دراسة زعارير (2009) المطبقة على عينة من 200 أب وأم بإبراز مصادر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيوعا على الترتيب القلق على مستقبل الطفل ،عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل ومشكلات الأداء الاستقلالي والمشكلات المعرفية والنفسية للطفل والمشكلات الأسرية.

كما أشارت النتائج الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الآباء والأمهات لأطفال التوحديين .

ولقد أكدت دراسة عطية (2011) الى وجود مستويات عالية من الاكتئاب والقلق والشعور بالوحدة وفقدان وتدني الذات لدى أمهات لأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة وجد أن الضغوط النفسية والاجتماعية ملازمة لكل أسرة لديهما طفل توحيدي حيث أكدت أغلب هذه النتائج أنه يمر أولياء الأطفال التوحيديين بحالة من التوتّر النفسي والضغط الانفعالية والكآبة النفسية والعبء المادي والعزلة الاجتماعية مما يزيد في ارتفاع القلق لديهم وهذا ما يترتب عليه حاجاتهم الماسة الى الارشاد النفسي.

الفصل الرابع: البرنامج الإرشادي النفسي

تمهيد

- تعريف البرنامج الارشادي النفسي
- أهداف البرنامج الارشادي النفسي
 - الأهداف العامة
 - الأهداف الخاصة
 - الأهداف الفرعية
- الأسس التي يقوم عليها البرنامج الارشادي
 - الاسس العامة
 - الأسس الفلسفية
 - الأسس النفسية و التربوية
 - الاسس العصبية و الفسيولوجية
- خطوات بناء البرنامج الارشادي
- الوسائل المستخدمة لتحقيق اهداف البرنامج
- تقييم البرنامج الارشادي

تمهيد:

البرنامج الارشادي هو مجموعة من الانشطة التي تندرج تحت كل نظرية من النظريات الارشادية التي تهدف الى مساعدة المسترشد على مواجهة مشكلته و التغلب عليها و التخفيف من اثارها السلبية , اذ يرى بعض العلماء ان الاستفادة من اتجاه نظري في استخدام الفنيات الخاصة بها أكثر فاعلية في البرنامج الارشادي من أجل مواجهة القصور الموجود في كل نظرية وفي فنياتها الارشادية.

تعريف البرنامج الارشادي:

يعرفه حامد زهران أنه برنامج مخطط في ضوء أسس عملية تقديم الخدمات الارشادية المباشرة وغير المباشرة فرديا أو جماعيا ،لجميع من تضمهم المؤسسة أو الجماعة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعلق لتحقيق التوافق النفسي داخل الجماعة وخارجها. زهران (499-2005)

كذلك يعرفه ستون Stone على أنه عملية تسهيل التفاعل بين الفرد وبيئته المحيطة بغرض الوصول الى الأهداف المألوفة وجعلها جزءا من سلوك ذلك الفرد، وهذا يتم من خلال خطة عمل مصممة بشكل منظم، وتتضمن أهداف ووسائل لتحقيقها

الشرفين (66-2011)

كما عرفته عزة حسين بأنه الخطة التي تتضمن عدة أنشطة تهدف الى مساعدة الفرد الى الاستبصار والوعي لمشكلاته وتدريبه على حلها وعلى اتخاذ الاجراءات اللازمة بشأنها ولهذا الجانب أهمية توظيف طاقات الفرد وتنمية قدراته ومهارته. قاسم (65-2008)

كما يعرف بأنه برنامج علمي مخطط ومنظم لتقديم مجموعة من الخدمات الارشادية المباشرة وغير المباشرة، فرديا أو جماعيا للمسترشدين بهدف مساعدتهم في تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والتربوي والاجتماعي بشكل سليم، بحيث يقوم بإعداده وتخطيطه وتنفيذه فريق من المختصين في العمل الارشادي القاسمي (94-2012)

ومن خلال هذه التعريفات فإن البرنامج الارشادي النفسي هو عبارة عن برنامج مخطط ومنظم على أسس عملية يتم من خلاله إقامة علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والمسترشد. والمرشد القادر بحكم خبرته الفنية على تقديم المساعدة للمسترشد ليفهم ذاته والعالم من حوله واتخاذ القرارات لتحقيق التوافق النفسي وامتلاك أكبر قدر من المرونة.

أهداف البرنامج الارشادي النفسي:

بما أن الارشاد النفسي يهدف الى مساعدة الفرد على مواجهة مشكلاته والاستفادة من قدراته وامكانياته في التغلب عليها، فذلك يعني أن الارشاد لا يقتصر اهتمامه على جانب واحد من حياة الفرد بل يشمل جميع جوانب حياته سواء كان ذلك الجانب الأسري أو المهني أو التربوي.

كما يسعى الارشاد الى تحقيق أهداف مستويات ثلاثة:

أ- مستوى معرفي Cognitive: حيث يتناول التفكير والمدرجات والتصورات والمعارف والخبرات والمعتقدات.

ب- مستوى عملي (سلوكي) Doing: حيث يتناول عملية تعديل السلوك واكتساب مهارات سلوكية زهران (40-2005)

ج- مستوى وجداني Affetive: حيث يتناول الوجدان والانفعالات والاتجاهات والقيم. وقد ذكر سشميدت Schmidt 1993 أن للإرشاد مجموعة من الأهداف يمكن تلخيصها كما يلي:

- المساعدة في أحداث تغيير في سلوك المسترشد وتحسين العلاقات الاجتماعية له.
- تعليم المسترشد كيفية اتخاذ قراراته والتفكير بطريقة عقلانية.
- رفع مستوى النمو النفسي لدى المسترشد وتدعيم طاقاته الكامنة.
- الاستبصار الذي له أهمية كبيرة في الإرشاد النفسي.
- مساعدة المسترشد كي يصبح واعيا بذاته مما يجعله أكثر تقبلا لتحمل مسؤوليته القذافي (1996- 49)

- تحقيق الصحة النفسية وتحسين العملية التربوية أبو أسعد (16-2009)
- أحداث تغيير ايجابي في سلوك المسترشد عن طريق فهمه لذاته وادراكه لمدى قدراته ، ومهارته واستعداداته وميولة مما يجعله قادرا على التكيف مع ظروف بيئته الخطيب (2009- 39)

و يمكن تصنيف مستويات الاهداف في الارشاد كما يلي:

1 - الأهداف العامة:

تتحقق الأهداف العامة بطريقة غير مباشرة و أهمها للإرشاد هي تحقيق الذات و تحقيق التوافق النفسي و الاجتماعي و المهني و تحسين العملية التعليمية و تحقيق الصحة النفسية

2 - الأهداف الخاصة:

تحدد في ضوء طبيعة المشكلة و تتحقق هذه الأهداف بطريقة مباشرة من خلال برامج الإرشاد الموجهة و تكون هذه الأهداف معرفية او سلوكية.

3 - الأهداف الفرعية:

تشتق الأهداف الفرعية من الأهداف الخاصة و تتحقق الأهداف الفرعية بطريقة مباشرة من خلال البرنامج الإرشادي كما يتم تحقيق هدف واحد او اكثر من الجلسة الإرشادية و قد تكون هذه الأهداف معرفية او سلوكية

الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي:

تقوم البرامج الإرشادية على مجموعة من الأسس النفسية و الاجتماعية و الطبية التي لا يمكن الاستغناء عنها عند عملية تصميم البرامج , لأنها تعد في نظر المرشد المحددات الأساسية لعملية التدخل الإرشادي و اهم هذه الأسس:

1 - الأسس العامة:

هي مجموعة من الأسس التي لابد ان يلم بها المرشد النفسي ان كان طالبا او مهنيا او

خبيرا اسماعيل (2013 - 45)

2 - الأسس الفلسفية:

في الواقع ان لدى كل منا تصور او نظرة عن الانسان , طبيعته و خصائصه المميزة له و هذه النظرة قد تكون واضحة لدى الافراد و لعل اكثر هذه التصورات هي قبولاً للطبيعة البشرية (الانسان) ذو امكانيات متعددة قابلة للتفتح و النمو اذا ما توفرت الظروف البيئية الملائمة و هنا ينبغي على المرشد الالتفاف اليها و اكتشاف هذه الامكانيات اولاً ثم ترميمها ثانياً. اسماعيل (19-2013)

3 - الأسس النفسية و التربوية:

هناك مجموعة من الحقائق حول النمو الانساني لابد ان يعرفها المرشد النفسي . هناك عادات و مهارات نمائية على الفرد ان يتعلمها في مراحل نمائية معينة دون الاخرى، و هي متطلبات النمو النفسي و تحقيق الصحة النفسية, و يعيق تحقيق هذا المطلب الاساسي الخبرات المؤلمة سواء المبكرة او الحديثة كتعرض الفرد لاحد اشكال الاساءة و العيوب الجسدية و نقص الخبرة و التدريب في مواجهة ضغوط الحياة .

4 - الأسس العصبية و الفسيولوجية:

تؤثر الحالة النفسية على النواحي الفسيولوجية و العصبية لدى الفرد و العكس صحيحاً تماماً. و من هنا لابد للمرشد النفسي ان يلم ببعض المعلومات الفسيولوجية الاساسية المرتبطة باجهزة الجسم لاسيما الجهاز العصبي و جهاز الغدد الصماء و الحواس الخمسة و التي تؤثر بدورها على العمليات المعرفية و الانفعالية .

* خطوات بناء البرنامج الارشادي النفسي:

1 - تحديد الاهداف العامة و الفرعية:

هي التغييرات السلوكية المرغوب احداثها عند المسترشدين و يجب ان تكون محددة و تصاغ في عبارات تصف التغير السلوكي مع تحديد الاهداف الفرعية مع المسترشد.

2 - تحديد المحتوى:

هناك مجموعة من النقاط يجب مراعاتها عند اختيار محتوى البرنامج و هي:

أ - ان يراعي اختيار الموضوعات اقربها تحقيقا لأهدافهم و الاكثرعونا لهم لحل مشكلاتهم و تلبية احتياجاتهم.

ب - تنظيم المحتوى تنظيما سليما يتناسب مع المسترشدين و قدراتهم و اهتماماتهم و احتياجاتهم.

ج - الاستفادة من الاطار المرجعي للدراسة للتعرف على مدى مناسبة محتوى البرنامج مع المسترشدين .

د - عرض ما تم التوصل اليه مع بعض الخبراء في مجال الدراسة .

3 - اختيار و تخطيط الانشطة و الوسائل التعليمية :

التي تتضمن المعلومات و المهارات و الاتجاهات و القيم المرغوب فيها لتعديل نمط السلوك.

* الوسائل المستخدمة لتحقيق أهداف البرنامج:

حتى ينجح البرنامج الإرشادي في تحقيق أهدافه يحتاج الى استخدام بعض الوسائل و الفنيات التي تساعد في تنفيذ هذا البرنامج منها:

المحاضرات و المناقشات , الصور , النمذجة و لعب الادوار , الواجبات المنزلية و اجهزة العرض المختلفة

كما يتم تحديد واعداد الاختبارات والمقاييس والسجلات العمل في البرنامج الإرشادي مع مراعاة الخصائص الاجتماعية والثقافية والتعليمية وأيضاً سن المسترشدين في البرنامج الإرشادي.

1- المحاضرة والمناقشة:

أسلوب من الأساليب الإرشاد يعتمد على إلقاء المحاضرات على المسترشدين تتخللها أو تليها مناقشات جماعية ويهدف هذا الأسلوب الى تغيير الاتجاهات لدى المسترشدين زهران (2005-330)331

حيث يتعلم المسترشدون من المعارف والأفكار فيما يتصل بحياتهم العملية في اطار المشكلة التي يعانونها أبو سعد (133-2009)

2- الاستبصار:

هو معرفة دوافع المسترشد والعوامل المؤثرة فيه، ويمثل المرشد في عملية الاستبصار المرأة التي يرى فيها المسترشد نفسه. ويتضمن الاستبصار أيضاً تقبل المسترشد لذاته وفهمها

وإعادة تنظيمها ، وإدراكه لسلوكه المضطرب وقدرته على التحكم فيه وفهم الواقع وتقبله والتوافق معه بطريقة بناءة القاسمي (2012-244)

3- التعزيز:

هو من أهم المفاهيم السلوكية التي قدمها سكينز ، ويعرف بأنه الاجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك الى توابع ايجابية أو إزالة توابع سلبية.

ويسمى المثير الذي يحدث بعد السلوك ويؤدي الى تقويته بالمعزز الخواجة (2010-14)

وهناك دراسات عديدة أوضحت فاعلية التعزيز في تشكيل وتعديل السلوك البشري ،منها دراسة كل من دايلو Dilo ،و ساند فورد، ووينتل بيك، ايلون وبارنز Arclon Barnes ومفيد حواشيين 1985، حيث أكدت النتائج فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في تعديل سوكلات الأفراد الخواجة (2010 -34)

4- النمذجة:

تعرف كذلك بالتعلم بالملاحظة تستند الى نظرية التعلم الاجتماعي وهي أسلوب ارشادي سلوكي معرفي، يرجع هذا الأسلوب الى ألبرت باندورا Albert Bandura الذي يفترض أن الفرد يمكن أن يتعلم من خلال ملاحظة سلوك الآخرين، ويتم استخدام من هذا الأسلوب من أجل مساعدة المسترشدين على اكتساب سلوكات جديدة أو إطفائها ويكون ذلك عن طريق عرض نماذج سلوكية معينة سواء كان ذلك بصورة مباشرة أو غير مباشرة، وهو ما يعرف بالنماذج الرمزية حيث يتم عرض السلوك عن طريق الآلام والأشرطة السمعية البصرية والكتب. جمل الليل (2009 -206)

5- التغذية الراجعة:

كما أشار إليها كورسين وأوزاكي Corsini et Ozaki الى أن التغذية الراجعة تقدم في شكل ثناء على الأداء تكون بهدف تقويته ويؤكد "روبسون" أن التغذية الراجعة تساعد في تطوير التصور الذاتي الايجابي سغان (2010-250)

6- الواجبات المنزلية:

تعد من الأساليب الارشادية الهامة في معظم النظريات النفسية فقد حظيت لإهتمام كبير في النظريات السلوكية والمعرفية كما تعد من المكونات الرئيسية للبرامج الارشادية ولها دورا فعالا في زيادة فاعلية الارشاد المعرفي السلوكي. ويتم تحديدها عقب كل جلسة في ضوء أهدافها إذ يكلف المسترشد بتنفيذها في المنزل بعد التدريب عليها في الجلسة الارشادية ،حيث تعمل على تحقيق الأهداف الارشادية ونقل الأثر الايجابي الذي تعلمه وتدريب عليه.

7- لعب الأدوار:

هو أحد أساليب التعلم الاجتماعي حيث يتيح للمشاركين فيه فرصة التنفيس الانفعالي والاستبصار الذاتي بمشكلاتهم للكشف عن اتجاهاتهم وصراعاتهم واحباطاتهم، مما يؤدي في النهاية الى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الاجتماعية أبو أسعد (2009-132)

8- الضبط الذاتي:

يستخدم هذا الأسلوب في مواجهة العديد من المشكلات مثل الصراعات الاجتماعية والاندفاع والخوف وعدم أداء المهام الأكاديمية والافراط الحركي والقلق والتوتر.

* تقييم البرنامج الإرشادي :

للتحقق من مدى فعالية البرامج الإرشادية التي تستخدم للتخفيف من المشاكل النفسية المختلفة لابد من اتباع طرق تقييمية منظمة للوصول الى نتائج سليمة, و يمكن الاستفادة منها في الحياة العملية , لابد من التطرق بشيء من الإيجاز و التوضيح عن مفهوم عملية التقييم في الإرشاد و التركيز على الطريقة التي ستستخدم في الدراسة الحالية.

التقييم:

هو عملية تحديد كفاءة و فعالية برنامج ما بالمقارنة ببرامج مماثلة و بالرجوع للاهداف المحددة له, و تتناول هذه العملية المدخلات Emputs و العمليات Processes و

المخرجات (out comes)، الشناوي (1996-467)

و عرفه خضر بأنه تحديد مدى بلوغنا للاهداف التي تسعى الى تحقيقها و هو وسيلتنا للحكم على ما يقدم من أنشطة و خدمات .

و عرفه في سياق اخر ايضا بأنه معرفة مدى صلاحية البرامج المقدمة و كشف نواحي القوة و الضعف فيما يقصد تطويرها و تحسينها. خضر (1996-442)

أهمية التقييم في الإرشاد:

تتلخص أهمية التقييم للإرشاد فيما يلي:

- الكشف عن مدى فعالية و نجاح العملية العلاجية في تحقيق اهدافها .
- تقرير مدى فعالية طريقة العلاج المستخدمة او افضلية طريقة معينة من طرف العلاج على الطرق الاخرى. الشناوي (1996) - ملحم (366/2001)
- دراسة مدى نمو شخصية المسترشد و مدى التغيير الذي يطرأ على حالته و مدى توافقه النفسي و تمتعه بالصحة النفسية خضر (1996) - ملحم (368-2001)

ابعاد التقييم في الارشاد:

أ - تقييم العملية:

يصف و يقيم مواد التقييم و نشاطاته و يزودنا بمعلومات عن الوسائل التي تستخدم لتحقيق النتائج بمعنى اخر :يزودنا بمعلومات عن كل الجوانب التي تؤدي الى نتائج الارشاد سواء كانت عوامل علاجية او غير علاجية. الشناوي (1996-477)

ب - تقييم النتائج:

يعتمد على تقييم انجازات البرنامج و تأثيره و يركز تقييم النتائج على الآثار الأنية و المباشرة للبرنامج على المشاركين , و تفيد البيانات التي تجمع في تقييم نتائج الارشاد كل من المرشد و المسترشد , فيما تعمل كوصلة معلومات تساعد على تثبيت او إعادة تثبيت او إعادة تحديد مجال المشكلة الذي تم اختياره , و كذلك الاهداف المحددة كما انها تساعد المرشد على اختيار و استخدام الاستراتيجيات التي من المتوقع ان تساعد المسترشد و الفائدة الاولى

التي تحققها من تقييم النتائج هو الحصول على معلومات حول الدرجة التي تحققت فيها

اهداف المسترشد . الشناوي (1996 - 477)

ج - تقييم اثار البرنامج:

تتخطى اثار البرنامج النتائج الانية للسياسات المرسومة و التدريب و الخدمات التي يقدمها

البرنامج فيحدد الاثار بعيدة المدى و الاثار غير المقصودة للبرنامج . الدوسري (2004 -

190)

خلاصة:

يعرف البرنامج بانه تخطيط لمجموعة من الخبرات المرتبطة و المتكاملة لتحقيق مجموعة من

الاهداف من خلال انشطة تعليمية متنوعة , و يسعى البرنامج الى تنمية الفرد الذي اعد من

اجله البرنامج الارشادي في جميع جوانب النمو العقلي و النفسي و الجسمي و الروحي و

يتضمن هذا اسلوب العمل و اسلوب التقييم.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

يعالج هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي تم اتباعها في الدراسة الميدانية بدءاً بالدراسة الاستطلاعية حيث تم تحديد الأدوات المستعملة فيها، وبعدها تم التطرق إلى الدراسة الأساسية بدءاً بإختيار العينة وإنهاء بتحديد الوسائل الإحصائية التي سيتم الإعتماد عليها في معالجة نتائج فرضيات الدراسة.

أولاً الدراسة الاستطلاعية:

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى في دراستنا، إذ كانت الغاية منها تحقيق أهداف التالية:

- التعرف على ميدان الدراسة وعلى الصعوبات التي تواجه الباحثة واكتساب مهارات التعامل الميداني مع أفراد عينة الدراسة واستغلالها في الدراسة الأساسية.
- التعرف على أفراد عينة الدراسة ، والتأكد من فهم فقرات أدوات الدراسة.
- التأكد من صلاحية أداة الدراسة.

2- عينة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها:

أجريت هذه الدراسة على عينة من الآباء والأمهات لأطفال التوحد المتواجدين بالمركز حيث أختيرت بطريقة عشوائية والتي تكونت من (20) أب وأم مقسمة إلى (8) أب و(12) أم تتراوح أعمارهم ما بين (30-50) ومستواهم التعليمي ما بين ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي.

يوضح الجداول التاليين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.

أ- حسب الجنس:

يمثل الجدول رقم (1) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس.

الجنس	الآباء	الأمهات	المجموع
العدد	8	12	20
النسبة المئوية %	40 %	60 %	100%

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة الأمهات التي بلغت (60%) أكبر من نسبة الآباء والتي بلغت (40%).

ب- حسب السن:

يمثل الجدول رقم (2) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن.

السن	39-30	49-40	50 ما فوق	المجموع
العدد	6	10	4	20
النسبة المئوية %	30 %	50 %	20 %	100%

يتضح من الجدول أعلاه أن أغلبية عينة الدراسة الاستطلاعية يتراوح سنهم ما بين (40-49) سنة حيث بلغت نسبة كل منهما (50%).

ج- حسب المستوى التعليمي:

يمثل الجدول رقم (3) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي.

المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	المستوى التعليمي
20	4	7	3	6	العدد
100%	20 %	35 %	15 %	30 %	النسبة المئوية %

يتضح من الجدول أعلاه أن أغلبية عينة الدراسة الاستطلاعية مستواهم ما بين ثانوي الذي

بلغت نسبته (35 %) وابتدائي حيث بلغت النسبة المئوية 30 %.

4- أدوات الدراسة:

1- مقياس تايلور للقلق:

الهدف من تطبيق مقياس القلق: التعرف على مستويات القلق .

وصف المقياس: صمم هذا المقياس من طرف عالمة النفسانية J.Taylor وهو قياس مشهور من التراث السكولوجي وترجم للعديد من اللغات ،كما كيف على الكثير من المجتمعات العربية، حيث تم تكييفه بما يتناسب والبيئة المصرية من قبل مصطفى فهمي، ولهذا القياس درجة عالية من الموضوعية في قياس مستوى القلق عن طريق الأعراض الظاهرة والصريحة، التي يعاني منها الشخص، كما يناسب هذا المقياس جميع الأعمار ويتكون المقياس من (50) عبارة.

طريقة التطبيق:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من (10) سنوات فأكثر.

- من بين الـ (50) عبارة هناك (10) عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي:
(3، 20، 17، 13، 22، 29، 32، 38، 48، 50)

- كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا) يتم إختيار من بينها الإجابة المناسبة.

طريقة التصحيح:

(نعم) تأخذ درجة واحدة (لا) تأخذ صفر.

والعبارات العكسية (نعم) تأخذ صفر، (لا) تأخذ درجة واحدة ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفق الجدول التالي:

قلق منخفض جدا	16-0
قلق منخفض طبيعي	19-17
قلق متوسط	24-20
قلق فوق المتوسط	29-25
قلق مرتفع	30 فما فوق

القياس السيكومتري لأداة المقياس:

الثبات : بلغت قيمة ألف كرونباخ بطريقة التناسق الداخلي 0,87 وهذه النتيجة تدل على أن المقياس يتميز بدرجة كبيرة من الثبات وبذلك فهو صالح للتطبيق في الدراسة الأساسية.

الصدق:

استخدمت الباحثة الصدق الذاتي لقياس الصدق وهو الجذر التربيعي لنتيجة الثبات ويساوي 0,93 وذلك فإن هذه النتيجة تؤهله لتطبيق في الدراسة الأساسية.

معاملات ألف كرونباخ لفقرات المقياس

الدرجة الكلية للمقياس	عدد الفقرات	معامل ألف كرونباخ
	50	0.87

و مما سبق تأكدت الباحثة أن مقياس القلق تايلور يتسم بدرجة عالية من الصدق و الثبات مما يعزز ذلك مصداقية النتائج النهائية التي ستحصل عليها جراء تطبيقهما للدراسة الأساسية.

2- البرنامج الإرشادي:

تعريف البرنامج الإرشادي:

هو اجراء مخطط ومنظم ضمن أسس عملية وفق النظريات الارشادية لتقديم مساعدات وتوجيهات ارشادية لعينة هذه الدراسة والتي هي مجموعة من الأولياء لأطفال التوحد الذين يعانون من القلق حسب مقياس تايلور من خلال الدراسة وأهدافه.

أهداف البرنامج الإرشادي:

1- تخفيف القلق لدى عينة الدراسة.

2- بنية البرنامج الإرشادي.

جدول رقم 03 يمثل البرنامج الإرشادي النفسي

الجلسة	الأهداف	تقنيات المستخدمة	الأدوات	التوقيت
1	التعارف	حوار مفتوح	قاعة	35
2	تعريف باضطراب التوحد أعراضه وخصائصه	محاضرة ومناقشة جماعية	قاعة	35
3	الصدمة تعريف الرفض القبول	محاضرة ومناقشة جماعية، حوار	قاعة	45
4	القلق أعراضه وخصائصه تأثير القلق على السلوك	محاضرة ومناقشة جماعية، حوار	قاعة	45
5	البعد الديني	تقوية مع مشاركة، أئمة أو مرشدين.	قاعة	45
6	التنفيس انفعالي واستبصار بالمشكلة	لعب الأدوار	قاعة	45
7	التواصل الأسري	محاضرة ومناقشة جماعية، الحوار، النمذجة	قاعة	45
8	التقويم	نبدأ التقويم ابتداء من الجلسة، الرابعة حتى تتأكد من صلاحية البرنامج الإرشادي.	قاعة	35

الدراسة الأساسية :

أ-المجال الجغرافي للدراسة:

أجريت الدراسة بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بمسرغين الذي يضم و يتكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا و الأطفال التوحديين حيث يشرف عليهم الفرقة النفسية البيداغوجية

ب-المجال البشري:

تتمثل في أفراد مجتمع عينة البحث و هم أولياء لأطفال ذوي اضطراب التوحد البالغ عددهم (48) أب و أم .

ج-المجال الزمني:

وأجريت الدراسة في شهر أفريل و ماي من السنة الدراسية 2018-2019.

عينة الدراسة وخصائصها :

تم إختيار عينة البحث الأساسية بطريقة مقصودة أي أن كل أفراد العينة هم أولياء لأطفال التوحد المترددين على المركز النفسي البيداغوجي.

و كان عدد أفراد العينة 48 من الأولياء المقسمين إلى (23) أب و (25) أم .

خصائص العينة الأساسية :

أ-حسب الجنس :

جدول رقم 04 توزيع أفراد العينة الأساسية حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
الأباء	23	48 %
الأمهات	25	52 %
المجموع	48	100 %

يتضح من الجدول أعلاه أن النسبة المئوية % 52 للأمهات هي أكبر من نسبة الأباء التي قدرت % 48 من أفراد العينة الأساسية.

ب- حسب السن:

جدول رقم 05 يمثل توزيع أفراد العينة الأساسية حسب السن

السن	الآباء	الأمهات	المجموع	النسبة المئوية
39 – 30	5	13	18	37,5 %
49 – 40	11	7	18	37,5 %
50 ما فوق	7	5	12	25%
المجموع	23	25	48	100%

يتضح من الجدول أعلاه أن أغلبية عينة الدراسة الأساسية يتراوح سنهم ما بين (30-39) سنة (49-40) حيث كانت نسبة كل منهما (37,5%) أي كانت متساوية ونسبة (25%) بالنسبة لسن 50 ما فوق.

ج- حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم 06 يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	الآباء	الأمهات	المجموع	النسبة المئوية
ابتدائي	10	7	17	35,42 %
متوسط	0	7	7	14,58 %
ثانوي	8	7	15	31,25 %
جامعي	5	4	9	18,75 %
المجموع	23	25	48	100%

يتضح من الجدول أن المستوى الابتدائي هو أعلى نسبة 35,42% بالنسبة لأفراد العينة الأساسية في حين قدرت نسبة المستوى الثانوي ب 31,25% و قدرت نسبة المستوى الجامعي ب 18,75% في حين أن النسبة الضعيفة هي للمتوسط الذي قدر ب 14,58%.

أدوات الدراسة:

1- مقياس القلق تاييلور:

الهدف من تطبيق المقياس هو الكشف عن درجات القلق لدى أولياء أطفال التوحد.

طريقة تصحيح المقياس:

بعد جمع بيانات الدراسة ومراجعتها وفرزها، تمهيدا لإدخالها للحاسوب، وقد تم ادخالها للحاسوب بإعطائها أرقاما معينة حيث كانت كالتالي:

- اجابة نعم: 2

- اجابة لا: 1

والعكس بالنسبة للعبارات المعاكسة:

- اجابة نعم: 1 / - اجابة لا: 2

طريقة تطبيق المقياس:

بعد التأكد من الصدق ومعامل ثبات الدراسة، قامت الباحثة بتوزيع المقياس على مجتمع البحث جماعيا على عدة مرات أي مجموعات صغيرة.

أساليب معالجة الاحصائيات للبيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل النتائج، فقد تم استخدام العديد من الأساليب الاحصائية المناسبة باستخدام الحزمة الاحصائية Stastic Package For Social Sciences والتي ترمز اختصار بالرمز (SPSS) وهي كما يلي:

1- تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ثم استخدام اختبار ف تحليل التباين

الأحادي One way anova للتعرف على ما اذا كانت هناك فروق فردية بين الأباء

والأمهات في القلق حسب متغير السن والمستوى التعليمي.

2- أداة البرنامج الارشادي:

الهدف: هو اقتراح برنامج ارشادي نفسي لتخفيف القلق لدى أولياء أطفال التوحد.

أ- وصف البرنامج الإرشادي:

هو اجراء مخطط ومنظم ضمن أسس عملية وقف النظريات الارشادية لتقديم مساعدات وتوجيهات ارشادية لعينة هذه الدراسة وهي مجموعة من الأولياء الذين يعانون من مستوى ارتفاع درجة القلق حسب قياس مقياس تايلور.

ب- وسائل البرنامج الإرشادي المستخدمة:

- اللغة تكون سهلة وبسيطة حتى يفهمها أفراد العينة.
- تقنيات البرنامج، المحاضرة والمناقشة جماعيا والحوار الجماعي، النمذجة، لعب الأدوار، الواجبات المنزلية، التعزيز المعنوي.
- اختيار الجلسات في ظروف زمنية تتفق عليها الأكثر.

ج- تنفيذ البرنامج الإرشادي:

يشتمل البرنامج على 8 جلسات بهدف التخفيف درجات القلق لدى أولياء الأطفال التوحد ويستغرق زمن الجلسة ما بين 35 و 45 دقيقة ويتم عقد البرنامج خلال 4 أسابيع بمعدل جلستين كل أسبوع وابتداءا من الجلسة الرابعة تبدأ الباحثة بالتقويم المبدئي حتى تتأكد من فعالية البرنامج الإرشادي وفي نهاية الجلسة الأخيرة سيتم تقييم البرنامج بعد تطبيق البعدي بالمقياس تايلور للقلق.

الجدول رقم 07 يوضح ملخص جلسات البرنامج الإرشادي

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	التوقيت	التقنيات	الوسائل
الأولى	التعارف وبناء العلاقة الإرشادية	<ul style="list-style-type: none"> - التعارف بين الباحث وأعضاء فيما بينهم. - العمل على بناء علاقة إرشادية إيجابية. - توضيح مفهوم البرنامج الإرشادي وأهدافه. - تحضير أعضاء المجموعة على الالتزام بالسلوك الجيد والمشاركة انفعاله أثناء الجلسات الإرشادية. - اتفاق على مواعيد الجلسات 	35	حوار مفتوح	القاعة
الثانية	مفهوم التوحد	<ul style="list-style-type: none"> - توضيح مفهوم التوحد أعراضه وخصائصه - توضيح التغيرات التي تطرأ على سلوك الطفل التوحيدي - مناقشة أهم المشاكل التي تواجههم في التكفل بالطفل. 	35	المحاضرة والمناقشة الجماعية، التنفس، الانفعالي، الحوار الجماعي، التعزيز المعنوي.	القاعة
الثالثة	الصدمة	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف الرفض والقبول - مناقشة أعضاء المجموعة حول الصدمة وكيفية تقبلهم للتشخيص 	45	محاضرة ومناقشة جماعية، حوار التعزيز المعنو الواجب المنزلي، النمذجة	قاعة جهاز العرض
الرابعة	مفهوم القلق	<ul style="list-style-type: none"> - توضيح مفهوم القلق اعراضه وخصائصه - تأثير القلق على السلوك. 	45	المحاضرة والمناقشة الجماعية، التنفس، الانفعالي، النمذجة، الواجب المنزلي.	قاعة جهاز العرض
الخامسة	البعد الديني	<ul style="list-style-type: none"> - تقوية الثقة بالنفس - تقوية الجانب الروحي من خلال الأحاديث النبوية 	45	محاضرة والمناقشة	قاعة مشاركة

مرشد ديني في الجلسة	الجماعية، التنفس الانفعالي، التعزيز المعنوي، الواجب المنزلي		والآيات القرآنية. - الرضى بعباء الله وتقبله.		
قاعة	لعب الأدوار	45	- تنفيس انفعالي وتبصير بالمشكلة والبحث على المشاركة وتقوية الثقة بالنفس.	تنفيس انفعالي استبصار بالمشكلة	السادسة
قاعة	النمذجة.	45	- عكس صورة الشخص عن نفسه والعمل على تحديد الأفكار بداخلهم عن أنفسهم وعن علاقتهم مع الآخرين. - تحسين العلاقة بين أنساق الأسري.	التواصل الأسري	السابعة
قاعة	اعادة تطبيق المقياس للقلق	45	- تهيئة المرشدين بإنهاء العملية الارشادية. - تقديم الواجب المنزلي. - التأكيد على المسترشدين بالإنزام بتطبيق ما تم تعلمه في الجلسات الماضية. - تطبيق بعدي للمقياس القلق تايلور.	التقويم	الثامنة

د- تقييم البرنامج:

تلعب عملية التقييم دورا مهما في تخطيط وتطبيق البرنامج، وللتأكد من مستوى التقدم الذي أحرزته عينة الدراسة من تحقيق أهداف البرنامج تناولت الباحثة عدة طرق لتقييم البرنامج منها:

- 1- التقييم المبدئي: استخدمت الباحثة اختبار قياس لخفض مستوى القلق، كما تضمن أسلوب الحوار والمناقشة وذلك للكشف عن مستوى القلق الذي تملكه عينة الدراسة.
- 2- التقييم البنائي: وذلك في أثناء انعقاد الجلسات لتطبيق البرنامج الارشادي النفسي من خلال الأنشطة المتنوعة لبتث روح الألفة والود والاستمتاع بالجلسات، والتي استخدمتها الباحثة لخفض درجات القلق لديهم.

الفصل السادس

عرض وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

تمهيد:

بعد تطبيق مقياس القلق لتايلور على أفراد العينة، قامت الباحثة بفرز المعطيات وتجميعها في جداول إحصائية لتحليلها بالأساليب الاحصائية المناسبة، وذلك بغرض التحقق من صدق فرضيات الدراسة، اذ تمثلت نتائج المعالجة التجريبية فيما يلي:

1- عرض وتفسير نتائج فرضيات الدراسة.

1-1- عرض وتفسير الفرضية الأولى:

تنص الفرضية على أنه توجد مستويات مرتفعة في درجات القلق لدى أولياء أطفال التوحد حيث كانت النتائج بعد تطبيق مقياس القلق على أفراد العينة حسب الجدول التالي:

**جدول رقم 08: ترتيب مستويات القلق حسب المتوسطات الحسابية
عند الآباء والأمهات لأطفال التوحديين**

المستويات	الآباء	المتوسط الحسابي	الأمهات	المتوسط الحسابي
قلق مرتفع	10	32,7	14	33,35
قلق فوق المتوسط	6	26	5	25,75
قلق متوسط	3	21	1	24
قلق منخفض طبيعي	2	18	2	18,5
قلق منخفض جدا	2	11,5	4	10,75

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة المتوسط الحسابي الخاص بالأمهات الذي قدر بـ 33,35 أكبر من المتوسط الحسابي لدى الآباء الذي قدر بـ 32,7 وهذا يدل على أن الأمهات يعانين من ارتفاع في مستوى درجة القلق وهذا ما أكدت عليه دراسة كوسيكو جوفن وآخر Kuusikko gaufin et al (2013) أن أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد يظهرن مستوى عالي من القلق والرهاب الاجتماعي والذي يظهر في صورة أعراض جسمية ومعرفية ومخاوفية.

كما أشارت دراسة عطية (2011) الى وجود مستويات عالية من الاكتئاب، والقلق والشعور بالوحدة وفقدان وتدني تقدير الذات لدى أمهات ذوي اضطراب التوحد.

وترى الباحثة أنه قد تبدو مظاهر القلق على ملامح الأم من خلال تصرفاتها العصبية ووسائل الدفاع التي تستعملها وتستخدمها حيث تتفاوت من أم الى أخرى.

وللتأكد من وجود فروق بين الآباء والأمهات في درجة القلق قامت الباحثة بإستخدام اختبار ت للتعرف على الدلالة الاحصائية بين المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة.

جدول رقم : يبين نتائج اختبار ت بين الآباء والأمهات من حيث القلق

العينة	متوسط حسابي	الانحراف	اختبار ت	الدلالة الاحصائية
الآباء	26,13	7,47	0,34	0,73
الأمهات	26,96	8,97		

يتضح من الجدول أعلاه أنه لا يوجد فرق بين الآباء و الأمهات في القلق لأن نتيجة اختبار ت تساوي 0,34 وهي دال احصائيا بأن الدلالة الاحصائية 0,73 أكبر من 0,05 وبذلك لأن الفرضية لم تتحقق.

وهذا ما أكدته دراسة Hart (2004) التي هدفت الى التعرف على مستوى الضغوط النفسية والاكنتاب والقلق لدى والدي أطفال التوحد والتي توصلت الى أن آباء وأمهات أطفال التوحد أظهروا درجة عالية من الضغوط النفسية والاكنتاب والقلق وذلك بسبب ضعف الدعم الاجتماعي وبعض العوامل الشخصية وتأثير الطفل على باقي أفراد الأسرة.

الفرضية 2: يوجد فرق بين الآباء والأمهات في القلق من حيث متغير المستوى التعليمي.

جدول رقم 09: يمثل الفروق بين الآباء والأمهات في القلق من حيث متغير المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	التحليل التباين الأحادي F	مستوى الدلالة
الابتدائي	0,81	0,49
المتوسط		
الثانوي		
الجامعي		

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة (0,49) هي أكبر من (0,05) وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد مجموعة الدراسة في القياس القبلي للقلق حسب متغير المستوى التعليمي والتالي الفرضية لم تتحقق.

الفرضية 4: يوجد فرق بين الآباء والأمهات في القلق من حيث السن .

جدول رقم 10 : يمثل الفروق بين الآباء والأمهات في القلق من حيث متغير السن

السن	التحليل التباين الأحادي F	مستوى الدلالة
39-30	1,79	0,17
49-40		
50 فما فوق		

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة (0,17) هي أكبر من (0,05) وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد مجموعة الدراسة في القياس القبلي للقلق حسب متغير السن وبالتالي الفرضية لم تتحقق.

خلاصة: و بعد هذه النتائج التي توصلت لها الباحثة في دراستها الحالية حيث أن إرتفاع درجات القلق يعود إلى مصادر أخرى و هذا ماأسفرت عليه الدراسات السابقة التي تناولت الضغوط النفسية -الإكتئاب-القلق -التوتر- لدى الأباء و الأمهات عن مجموعة من العوامل التي إرتبطت إرتباط مباشرًا بإرتفاع مستوى الضغوط النفسية و القلق و التوتر عند الوالدين منها نقص المعلومات ،خصائص الطفل -السلوك التكيفي ،درجة الإعاقة، الضغوط الشخصية ، القلق حول نمو الطفل و مدى رضا الوالدين و تأثير وجود الطفل على العلاقات المتبادلة بيت أفراد الأسرة و غيرها.

توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت اليه الدراسة من نتائج توصي الباحثة مايلي:

- توصي الباحثة بضرورة الاهتمام بالأمهات اللواتي لديهن أطفال من ذوي الاضطرابات التوحد من خلال تقديم الخدمات الارشادية والبرامج الارشادية.
- تطبيق البرنامج الارشادي على الأولياء الذين لديهم أطفال التوحيدين.
- تطبيق البرنامج الارشادي على المجموعة التجريبية.
- الحرص على الاستمرار في تقديم الرعاية النفسية لمن بحاجة لها حتى بعد إنتهاء الجلسات الارشادية.
- الاهتمام بالتوجيه الجمعي للأباء والأمهات حول اضطراب التوحد وكيفية التكفل بهؤلاء الأطفال داخل الأسرة.

المراجع:

- 1- الجلامدة فوزية عبد الله ،حسن، نجوى (2013)، اضطرابات التواصل لدى التوحديين ط1 دارالزهراء الرياض.
- 2- صالح عبدالرحمن، اسماعيل (2013) فنيات وأساليب العملية الارشادية دار النشر والتوزيع عمان-الأردن.
- 3- القاسمي رياض نابل (2012) المباديء العامة لعلم النفسي الارشادي عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 4- السيد كمال الشرييني (2011) التوحد ، الأسباب، التشخيص، العلاج، ط1 دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة -عمان.
- 5- عبد الله محمود سليمان (2001) دراسات في علم النفس دار الفكر والنشر والتوزيع عمان -الأردن.
- 6- أمين سمير محمود (2010) الارشاد النفسي ذوي الاحتياجات الخاصة - مكتبة أنجلو- القاهرة.
- 7- الخواجة (2010) اساليب الارشاد النفسي ط1 ، عمان ، دار البداية والنشر والتوزيع.
- 8- سعفان (2010) محمد أحمد الارشاد النفسي للأطفال القاهرة ، دار الكتاب الحديث.
- 9- الخطيب صالح أحمد (2009) الارشاد النفسي في المدرسة أسسه ونظرياته وتطبيقاته ط3 الامارات العربية المتحدة دار الكتاب الجامعي للناشر.
- 10- جمل الليل محمد جعفر (2009) أساسيات في الارشاد النفسي ط1 جوارزم للنشر والتوزيع جدة.

- 11- أديب محمد الخالدي (2009) المرجع في الصحة النفسية نظرية جديدة ط3 دار وائل للنشر عمان - الأردن.
- 12- قاسم جميل محمد (2008) فعالية برنامج ارشادي لتنمية المسؤولية الاجتماعية لدى طلاب المرحلة الثانوية رسالة ماجستير منشورة جامعة غزة - فلسطين.
- 13- سوسن شاكر مجيد (2008) التوحد أسبابه، خصائصه، تشخيصه وعلاجه عمان - الأردن دونيبو للنشر.
- 14- ماجدة بهاء الدين، السيد عبيد (2008) الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية دار الصفاء ط1 عمان.
- 15- زهران حامد عبد السلام (2005) التوجيه الارشادي النفسي ط4 القاهرة، عالم الكتب.
- 16- الدوسري راشد حامد (2004) القياس والتقييم التربوي الحديث دار الفكر ط1.
- 17- ابراهيم عبد الستار (2002) القلق قيود من الوهم، مكتبة لأنجلو المصرية- القاهرة.
- 18- ملحم سامي محمد (2001) الارشاد العلاجي النفسي الأسس النظرية والتطبيقية دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان - الأردن.
- 19- فاروق السيد عثمان (2011) القلق وادارة الضغوط النفسية دار الثقافة مصر.
- 20- الشناوي محمد محروس (1996) العملة الارشادية والعلاجية دار غريب للطباعة والنشر مصر ط1.
- 21- القدافي رمضان محمد (1997) التوجيه والارشاد النفسي دار الجيل ،بيروت ط1.

22- راف الله بوشعراوية، فتحي الداخ الطاهر (2017) الضغوط النفسية بالتوافق الأسري لدى آباء وأمهات أطفال التوحد كلية التربية المرج ، المجلة الليبية العالمية، العدد 14 فبراير.

23- جمعية فاروق حلمي فرغلي، ولاء بدوي محمد بدوي (2016) فاعلية برنامج قائم على المناعة النفسية لخفض قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين مجلة بحوث كلية الآداب العدد 2016 ، جامعة الملك خالد.

24- الخميسي (2011) الضغوط الأسرية كما يدركها آباء وأمهات الأطفال والمراهقين التوحديين، مجلة كلية التربية جامعة المنصورة العدد 27 الجزء 1 ماي.

الملاحق