



مجلة الإرشاد النفسي

Journal of psychological Counseling

مجلة علمية دورية محكمة
تصدر عن مركز التوجيه والإرشاد النفسي
بكلية التربية – جامعة المنيا

Issn Print 2682-4566

Issn on-line 2735 - 301X

[/https://sjsm.journals.ekb.eg](https://sjsm.journals.ekb.eg)

٢٠١٥

العدد الأول

المجلد الأول

فعالية برنامج إرشاد والدى فى خفض الاكتئاب لدى أمهات المصابين باضطرابات الصوت

إعداد:

د. سويسى رمضان محمد الظابط (١)

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على فعالية الإرشاد الوالدى فى خفض الاكتئاب لدى أمهات المصابين باضطرابات الصوت، تمثلت عينة الدراسة فى (١٨) أمًا من أمهات المصابين باضطرابات الصوت تم تقسيمهم إلى مجموعتين: الأولى وهى المجموعه الضابطة ولم تتعرض لاي تدخل علاجى أو إرشادى، والثانية وهى المجموعه التجريبية وهى التى تعرضت لبرنامج للإرشاد الوالدى. وتم استخدام مقياس بيك لقياس الاكتئاب ومقياس المستوى الاقتصادى والاجتماعى كما تم تطبيق برنامج للإرشاد الوالدى على المجموعه التجريبية، وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج الإرشادى الوالدى فى خفض أعراض الإكتئاب لدى أمهات المرضى باضطرابات الصوت واستمرار فعالية البرنامج بعد فترة المتابعة.

The Effectiveness a Parental Guidance Program in Reducing Depression by Mothers of Children with Voice Disorders.

Prepared by: Dr. Suisy Ramadan Mohammed Elzayt

Absract:

The present study aimed to identify the effectiveness of a parental counseling program in reducing depression by mothers of children who infected by sound disorders. The study sample consisted of (18) mothers of children of children who infected by sound disorders were divided into two groups: the first, a control group was not exposed to any therapeutic intervention or heuristic, and second, the experimental group, which came under a program for parental guidance. The researcher used Beck questionnaire for depression and measure of economic and social level have also a program of parental guidance on the application of the experimental group. The study results indicated the effectiveness of the parental counseling program in reducing depression symptoms in mothers of patients with sound disorders and the continued effectiveness of the program after the follow-up period.

(١) إخصائى أمراض التخاطب - مركز الإرشاد النفسى - كلية التربية - جامعة المنيا.

مقدمة البحث:

رغم التقدم العلمى شديد السرعة فى العصر الحديث إلا أنه مازال هناك من الوالدين فى المجتمعات المعاصرة من يعتبر مرض أبنتهم بمثابة نهاية العالم ويجلب إليهم إحساساً شديداً بالحزن والأسى خاصةً إذا كان هذا المرض من الأمراض الحديثة والمسماة بأمراض الصوت.

فلقد وجد الباحث من خلال عمله فى مجال العلاجات النفسية والتخاطبية أن الوالدين وخاصةً الأم كثيراً ما تصاب بالإحباط عندما تعلم أن أبنتها مصاب بمرض صوتى أثر على ما ينطق به من كلام فأصبح كلامه غير مفهوم أو غير واضح ، وترك تأثيراً سلبياً على شخصيته. ولذلك يرى الباحث أنه لا بد من وجود برامج علاجية للوالدين تخفف عنهم حدة مرض أبنتهم بالتوازي للبرنامج العلاجي الموضوع من أجل علاج الابن المريض. حيث أشارت إليه داليا عزت مؤمن (٢٠٠٤، ص ٦٧) إلى أن هناك قناعة واضحة لدى المعالجين بأن أسرة المريض عامل وسيط هام جداً فى نجاح العلاج. ولعله من الملاحظات الشائعة لدى الإكلينيكين أن يجدوا مريضاً قد تحسن تحسناً ملحوظاً لا بسبب العلاج بل بسبب أسرته. وهو نفس ما أشارت له دراسة فولرتون وكوينى (Fullerton & Coyne, 1999) وأيضاً دراسة أمينة محمد مختار (١٩٩٣) حيث أكدوا على أن الآباء والأمهات كان لهم الدور الأكبر فى علاج أبنتهم المراهقين.

من ناحية أخرى وجد الباحث أنه رغم وجود جهود كبيرة من جانب الباحثين والدارسين فى أمراض التخاطب والصحة النفسية وعلم النفس من أجل توفير برامج علاجية لأمراض التخاطب بأنواعها ومنها أمراض الصوت إلا أن هذه البرامج العلاجية قاصرة وذلك لأنها لا تعتمد إلا على علاج المريض دون النظر إلى الأشخاص المحيطين بهذا المريض وخاصةً (الأم والأب) ولتعديل هذا القصور فلا بد من وجود برامج علاجية يمكن من خلالها إشراكهم فى العملية العلاجية ، وتسمى هذه البرامج ببرامج الإرشاد الوالدى أو الأسرى - وإن ذلك من أهم ما يسعى إليه هذا البحث الحالى.

ولقد أكدت دراسة ناصر سيد جمعه (٢٠١٢) على أن هناك ضرورة للاهتمام بالإرشاد الأسرى واستخدامه وذلك للتقليل من بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة لما له من دور كبير فى بناء وتنظيم النسق الأسرى.

وعلى ذلك فإن الباحث يرى أن انضمام الأسرة أو أحد أفرادها إلى برنامج إرشادى - خاصةً في مجتمعاتنا المعاصرة - والتدريب على كيفية المساهمة في علاج وتوفير صحة نفسية لفردٍ من الأسرة تعرض لمواقف طارئة أثرت على شخصيته يعد من أهم المتطلبات الضرورية في العصر الحديث ، بل ومن أهم العوامل التي توفر نوعاً من الصحة النفسية لكل أفراد الأسرة.

مشكلة البحث:

تعتبر الأم من أهم مكونات الأسرة قديماً وحديثاً ، خاصةً في ظل عالم متغير ، عالم مادي لا يعترف إلا بالمصالح المتبادلة ولا مكان فيه للمشاعر والعواطف وقلما تجدها إلا عند الأمهات.

فالأم قد وهبها الله رحمةً وحناناً وإحساساً مرهفاً بكل أفراد الأسرة ، ولذلك تجدها الأكثر تأثراً بكل طارئٍ يظهر في الأسرة ، بل الأكثر اهتماماً بكل ما قد يصيب أحد أفراد الأسرة من أمراض ، وهو ما يترك تأثيراً سلبياً عليها وعلى علاقتها وتعاملاتها مع الآخرين مع مرور الزمن ، خاصةً مع قلة الاهتمام من جانب الدارسين الباحثين بمثل هذه الأمور فتجد أغلب اهتماماتهم تنصب على المريض وكيفية وضع برامج علاجية من أجل شفاؤه دون الأخذ في الاعتبار الأشخاص المرافقين معه ليل نهار وخاصةً الأم ، وهي التي تدفع من وقتها واهتمامها ومشاعرها الكثير والكثير ، ولقد تمثلت مشكلة الدراسة أمام الباحث من خلال عدة مراحل هي كالتالي:

المرحلة الأولى: تبدأ عندما يصاب الأبْن بمرض معين وفي البحث الحالي هو مرض الصوت وهنا تصاب الأم بنوع من الأسى والحيرة على ما أصاب أبنها وتطلب له العلاج في كل مكان بل وقد تذهب به إلى المشعوذين.

المرحلة الثانية: تبدأ عندما تعرف الأم أن أبنها المريض بمرض صوتي يحتاج إلى علاج طبي تخاطبي وهنا تبدأ بعرض أبنها على عدد من المتخصصين في علاج الأنف والأذن والحنجرة وتأخذ معهم فترة في عملية العلاج ولكن دون جدوى أيضاً فتصاب بالإحباط والاكتئاب أكثر فأكثر نظراً لعدم وجود نوعاً من العلاج المتكامل (طبي وتخاطبي) لحالة أبنها المريض وقلة الأمانه العلمية عند بعض الأطباء.

المرحلة الثالثة: تبدأ عندما يتم اقتناع الأم بأن علاج أبنها المريض بمرض صوتي تخاطبي ويحتاج إلى علاج طبي وتخاطبي ، وذلك من خلال إخضاعه لما يسمى بجلسات العلاج

التخاطبية وفى هذه المرحلة يكون ظاهراً أن الأم قد تكون لديها نوعاً من الاكتتاب والحزن على حالة أبنها المريض والذى توفر من خلال مرورها بالمراحل السابقة ومن السعي غير الموفق للعلاج.

وهنا لا بد من أن يتم توفير برامج إرشادية للأسرة وخاصةً للأم من أجل خفض مستوى الاكتتاب لديها، وتكون هذه البرامج متوازية مع برامج العلاج التخاطبى حتى نصل إلى ما يطلق عليه الباحث (بالشفاء الثنائى) للأبن المريض بمرض الصوت والأم المصابة بالاكتتاب نتيجة لمرض أبنها، أو نتيجة لعدم توافر علاجات واضحة ومحدده لمرض أبنها. ومن خلال النظرة الفاحصة لهذه المراحل يرى الباحث أن إصابة الأبن بمرض تخاطبى أو حتى بإعاقة (بسيطة أو شديده) فإنها سوف تترك أثراً سلبية على كل أفراد الأسرة وخاصةً الأم وأهم هذه الآثار السلبية التعرض لأضطرابات نفسية أو إجتماعية والتي تؤثر بالتأكيد على العلاقات داخل الأسرة الواحدة وهو ما يفرض على المعالجين النفسين ضرورة العمل على تنفيذ برامج علاجية وإرشادية أسرية تضم الشخص المريض والأسرة أو أحد أفرادها وهو ما أكد عليه ناصر سيد جمعه (٢٠١٢، ص ١٢٧) من أن هناك ضرورة لاشراك والدى الطفل وأخوته بل والنظام الأسرى كله فى كل ما يخص الطفل المعاق من برامج تربية أو تعليمية أو إرشادية تقدم لأطفالهم لما لهم من دور مهم فى حياة الطفل.

ويضيف الباحث قائلاً: إن تعرض الأم لبرنامج للإرشاد الوالدى من أجل خفض الاكتتاب لديها لا يفيدها وحدها بل وسوف يفيد أسرتها ويؤثر عليها تأثيراً إيجابياً أيضاً، وأول المستفيدين فى الأسرة هو الأبن المريض.

وبذلك تتمحور مشكلة الدراسة الحالية فى عدداً من التساؤلات الآتية :-

١ - ما فعالية برنامج للإرشاد الوالدى فى خفض الأكتتاب لدى عينه من أمهات المصابين باضطرابات الصوت ؟

٢ - هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الأولى / المجموعة الضابطة) ومتوسطي درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الثانية / المجموعة التجريبية) فى الاكتتاب فى القياس البعدى؟

٣ - هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الثانية / المجموعة التجريبية) فى القياسين القبلي والبعدى فى الاكتتاب؟

٤ - هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الثانية / المجموعة التجريبية) فى القياسين البعدي أى بعد تطبيق البرنامج الإرشادى مباشرة والتتبعى أى بعد تطبيق البرنامج الإرشادى بشهر ونصف فى الاكتتاب ؟

أهداف البحث :

هدف البحث الحالى :

١ - الكشف عن فعالية برنامج إرشادى والدى فى خفض الأكتتاب لدى أمهات المصابين باضطرابات الصوت.

٢ - الكشف عن الفروق بين متوسطي درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الأولى / المجموعة الضابطة) ودرجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الثانية / المجموعة التجريبية) فى الاكتتاب فى القياس البعدي.

٣ - الكشف عن الفروق بين متوسطي درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الثانية / المجموعة التجريبية) فى القياسين القبلي والبعدي فى الاكتتاب.

٤ - الكشف عن الفروق بين متوسطي درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الثانية / المجموعة التجريبية) فى القياسين البعدي أى بعد تطبيق البرنامج الإرشادى مباشرة والتتبعى أى بعد تطبيق البرنامج الإرشادى بشهر ونصف فى الاكتتاب.

أهمية البحث :

١ - يستمد البحث الحالى أهميته من خلال تركيزه على فئة الأمهات اللاتي يتحملن الكثير دون الانتظار لكلمة شكر أو تقدير من ذويهم فيأتي البحث الحالى ليخفف عنهم بعضاً من الأعباء الشديدة التي تتحملها الأمهات خاصةً من لديهن ابن مريض بمرض جديد نوعاً ما ويسمى باضطراب الصوت، كما يبين أهمية وجود برامج علاجية أسرية تدعيمة مع العلاج التخاطبى .

٢ - كما تتمثل أهمية البحث الحالى فيما يتضمنه الإطار النظرى من المعلومات والمعارف عن أمراض الصوت وكيفية مواجهتها والتعامل معها خاصةً من جانب الأمهات اللاتي يقع عليهن العبء الأكبر من مرحلة الإصابة بالمرض وحتى الوصول للشفاء، كما يوفر برنامجاً للعلاج الأسرى يمكن استخدامه فى مراحل العلاج المختلفة.

٣ - يعتبر البحث الحالى مدخلاً جديداً نحو إمكانية تقديم خدمات علاجية ونفسية لفئة من أهم فئات المجتمع وهن الأمهات، تحتاج أن تعيش كأى فئة من فئات هذا المجتمع دون منغصات حياتية خاصة مع وجود ضغوط يومية تتحملها هذه الأم نيابة عن أسرتها، وهو ما يجعل تقديم برامج ارشادية لها ضرورة من ضروريات الحياة المعاصرة .

٤ - يبرز البحث الحالى أهمية الدور الإنسانى ومكانته فى علاج المرضى ومساعدة ذويهم (سواء كانوا مرضى نفسيين أو مرضى تخاطب) وبيان أن تقديم الخدمة النفسية لمثل هذه الحالات يعتبر ضرورة من ضروريات الحياة فى المجتمع الحديث خاصة مع وجود العديد من الضغوط والمنغصات فى حياتنا اليومية .

٥ - يعوض البحث الحالى ما يمكن أن يسميه الباحث بالنقص العلاجي فى الدراسات والأبحاث السابقة. فبعد اطلاع الباحث على العديد من الدراسات والأبحاث السابقة ، فضلاً عن ممارسته العملية العلاجية وجد أن هناك نقصاً كبيراً فى طريقة تقديم الخدمة العلاجية للأمهات وخاصة أمهات مرضى الصوت، حيث لا يوجد هناك ما يسمى بالإرشاد الوالدى وخاصةً للأم رغم أنها تقوم بدور هام فى توجيه الأبن المريض وتشكيل سلوكه، وهو ما دفع الباحث لإجراء هذا البحث حتى يمكن من خلال تعويض هذا النقص العلاجي.

مصطلحات البحث :

أولاً : الإرشاد الوالدى

يعتبر الإرشاد الوالدى أو العلاج الأسرى مفهومان متداخلان - إلى حد كبير - فهما يتناولان مجالاً واحداً وهو الأسرة، والتي أصبحت ذات تأثير كبير سواءً فى عملية الإصابة بالمرض، أو فى عملية الإرشاد والعلاج، ولقد أشار علاء الدين كفاي (١٩٩٩، ص ٢٠١) إلى أن الجهد الإرشادى والعلاجى ينبغى أن ينصب على الأسرة، وعلى تصحيح نمط العلاقات فيها. وإذا ما نجح المعالج أو المرشد فى ذلك فإن الأسرة ستعيش مناخاً من التفاعلات الصحية، وسوف يتحسن العضو المريض فى سياق تحسن الأسرة.

كما أن كلاً من ووترس وآخرون (Waters et al., 2001, P 373) أكدوا على أن التدخلات العلاجية المتمركزة حول الأسرة والتي تستهدف عوامل نفسية خاصة بزيادة فاعلية المشاركة الأسرية من المحتمل أن تكون أكثر ارتباطاً بالشفاء من التدخلات العلاجية المتمركزة حول الفرد بمفرده.

من ناحية أخرى فقد أشار ماهر محمود (١٩٨٨، ص ص ٤٠٦ - ٤٠٨) إلى إن أغلب المؤلفات التي تتناول الإرشاد النفسي في المجال الأسري تحمل عناوين تدل على أنها تميل لمفهوم العلاج النفسي الأسري بدرجة أكبر من كونها تدل على مجرد إرشاد لأطراف المعنية بالمشكلات الأسرية في نطاق الأسرة ككل باعتبارها وحدة مستقلة لها كيانها المنفصل عن الكيان الفردي.

ولقد ظهرت تعريفات كثيرة للإرشاد الأسري يعرض الباحث لبعضها فيما يلي :

بدايةً عرفت كوثر إبراهيم (١٩٩٦، ص ١٤٤) الإرشاد الخاص بالأسرة بأنه عملية مساعدة لأفراد الأسرة (الوالدين والأولاد وحتى الأقارب) فرادي أو كجماعة في فهم الحياة الأسرية، ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار، والتوافق الأسري، وحل المشكلات الأسرية.

كما عرف ولتون (Walton , 1983, P 4) الإرشاد الوالدى بأنه أحد أساليب العلاج النفسي وفيه يتعامل المعالج مع عدد من أفراد الأسرة في وقت واحد باعتبار أن اضطراب أو مرض أحد أفراد الأسرة هو مؤثر على اضطرابات العلاقات الشخصية بين أفرادها". في حين أشار حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٢، ص ١٢) إلى أن الإرشاد الأسري باعتباره إرشاد للوالدين، ويعرفه بأنه عملية مساعدة الوالدين فردياً أو جماعياً في فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها، لتحقيق الاستقرار، والتوافق الأسري، وحل المشاكل الأسرية.

وهذا يتفق مع رؤية باترسون (Patterson, 1971, P 20) عندما أشار إلى أن الإرشاد الوالدى هو عملية يتم إجراؤها من أجل تعليم الوالدين كيف تكون استجابتهما نحو الطفل، ولكي يحدثوا تأثيراً مرغوباً في أنماط السلوك التي يستجيب بها الطفل من المواقف المختلفة.

من جانب آخر يعرف الباحث الإرشاد الوالدى بأنه "عملية تدريبية تهدف الى مساعدة أحد أفراد الاسرة - أو كل أفراد الاسرة - من أجل تعديل مشاعره السلبيه وضبط انفعالاته نحو موضوع محدد، وتحسين مستوى الصحة النفسية لديه.

تعقيب :

١ - تؤكد أغلب التعريفات السابقة أن الإرشاد الوالدى لكى يتم يحتاج إلى نوع من المشاركة والتعاون بين أكثر من فرد في العملية العلاجية، وهو ما يتطلب يقظة واستبصار دائمين من المعالج القائم بهذا الإرشاد وذلك من أجل تحديد وإيضاح دور كل من هو مشارك في هذا النوع من الإرشاد والمسمى بالإرشاد الوالدى أو الأسري.

٢ - إنه على الرغم من التأكيد على أن الإرشاد الوالدى قادر على تنظيم انفعالات من يخضع له نحو الاخرين بما فيهم الأبناء والأزواج وغيرهم فإنه يجب التدريب على التدرج عند التعبير عن بعض هذه الانفعالات قبل انتهاء البرنامج العلاجي حيث أنها قد تكون مدفوعة في كثير من الأحيان بالعواطف والميول .

٣- يتضح من التعريفات السابقة أن الإرشاد الوالدى تتضمن عدة خصائص هامة هي: وجود مشكلة ينصب عليها الإرشاد الوالدى ويعمل على مواجهتها بالطرق العلمية والعملية الحديثة، الإرشاد الوالدى عادةً ما يحمل فى داخله مجموعة من القيم والمعارف تقدم لمن يخضع للبرنامج الإرشادى ليتمكن من مواجهة الواقع الخارجى بطريقة صحيحة، الإرشاد الوالدى لا يقدم للمرضى فقط بل قد يقدم لمن هم يتولون أمر هؤلاء المرضى من الأهل حتى يتمكنوا من مواجهة أعباء المرض وتأثيراته المختلفة.

ثانياً : الاكتئاب

لقد أشار عادل صادق (٢٠٠٥ ، ص ١١٨) إلى أن الاكتئاب مرض خادع وماكر يزحف تدريجياً على الشخصية دون أن يشعر به أحد ، وأن أهم ما يؤخذ فى الاعتبار أن الاكتئاب ينقسم إلى عدة أنواع هي : الاكتئاب التفاعلي (العصابي)، الاكتئاب العقلي (الذهاني)، اكتئاب سن اليأس، الاكتئاب العضوي.

من ناحية أخرى فقد عرف أحمد عكاشة (١٩٩٨، ص ١٥٥) الاكتئاب بأنه مرض يميز المريض به بمزاج سوداوي واكتابي ، ويحس المريض بعدم الرضا وعدم الإتيان بنشاطه السابق، وعجزه عن مواجهة المستقبل ، وفقد القدرة على النشاط، وصعوبة فى التركيز، والشعور بالإرهاق التام مع بعض أعراض القلق.

وقد عرف جولدنسون (Goldenson, 1984, P 212) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية من الغم والهم المستمر. والتي تتراوح بين تثبيط الهمة البسيط نسبياً والكآبة إلى مشاعر القنوط والجذع واليأس ، ويصاحب هذه المشاعر عادة الافتقار إلى المبادأة والكسل وفتور الهمة والأرق وفقدان الشهيةالخ.

وبصورة أكثر إجمالاً فقد عرف كليرمان (Klerman , 1983, P 16) الاكتئاب بأنه عرض أو حالة إكلينيكية، سلوك غير تكيفي، استجابة غير سوية للانعصاب Stress، مظهر من مظاهر الخلل فى الوظائف المعرفية. ويمكن أن نعهده انفعالاً إنسانياً سويًا ، كما قد يحدث مصاحباً لبعض من الأمراض العضوية.

كما عرفت ليون سون وآخرون (Lewinsohn et al ., 1986, P 32) الاكتئاب بأنه مرض يرتبط بالانخفاض فى معدل التفاعلات السارة، والارتفاع فى التفاعلات غير السارة بين الفرد والبيئة، وأن الاكتئاب والتعزيز ظاهرتان مرتبطتان حيث لا يتمخض عن سلوك الأفراد المكتئبين المستوى الكافي من التعزيز الإيجابي الذي يؤدي بهم إلى الاحتفاظ بالسلوك المرغوب، وبالتالي يجدون صعوبة فى بدء أو تدعيم سلوكهم، ومن ثم يتقلبون بين السلبية الشديدة ومما ينتج عنه الحالة المزاجية المسماة بالقلق، والشعور بعدم الارتياح، وهما اللذان يشكلان المظهر الأساسي للاكتئاب.

من ناحية أخرى يعرف الباحث الاكتئاب بأنه : تعبير عن الشعور الداخلى بعدم الرضا عن النفس فضلاً عن الشعور بالحزن وضعف القدرة على التفاعل أو التأثير بإيجابيه في الواقع الخارجي.

تعقيب:

١ - يعتبر الاكتئاب من أكثر المتغيرات الخارجية التي تؤثر تأثيراً - سلبياً - على التصرفات والأفعال الإنسانية بعامة وعلى الشخصية الفردية بخاصة.

٢ - لم تتناول هذه التعريفات الفروق بين الاكتئاب المرضى والاكتئاب غير المرضى أو ما يطلق عليه الباحث (الاكتئاب المرهلي) وهو الاكتئاب الذى يرتبط ظهوره بمرحلة معينه أو مواقف معينه يأتي لشخص طبيعى ثم بمساعدته نفسية وإرشادية يستطيع هذا الشخص تخطى هذا النوع من الاكتئاب.

٣ - يرى الباحث أن من أهم خصائص الشعور بالاكتئاب أو بمعنى آخر من أهم خصائص المشاعر الاكتئابية عند أمهات المرضى بصفة عامه ما يلي: عدم تقبل الذات أو الآخرين، الشعور بعدم بالاتزان الانفعالي، الشعور بعدم الرضا عن الحياة، الإحساس بضعف القدرة على مواجهة مشكلات الحياه، الشعور بالرغبة في البعد عن الأقران، وانخفاض المشاركة الايجابية معهم.

ثالثاً: اضطرابات الصوت:

أشار جمعة سيد يوسف (١٩٩٧، ص ١٥٩) إلى أن اضطرابات الصوت أقل شيوعاً من عيوب النطق، ورغم ذلك فإنها تظل تلقى الاهتمام لما لها أثر على أساليب تواصل الشخص مع من حوله من الأفراد من ناحية ، ولما يترتب عليها من مشكلات فى التوافق فى الاسرة نتيجة لما يشعر به الشخص المصاب من خجل من ناحية أخرى.

ويعرف أيمن الشربيني (٢٠٠٠ ، ص ٤٩) اضطرابات الصوت بأنها قد تكون عبارة عن بحة في الصوت، أو هي تغيرات في طبيعة الصوت، وتظهر في الذكور أكثر من الأنا، وقد تبدأ اضطرابات الصوت في الظهور عند سن ثلاثة سنوات، وغالباً ما تظهر عند سن ست سنوات فما أعلى.

من ناحية أخرى فان كريمان بدير وإميلي صادق (٢٠٠٠ ، ص ص ١٧٤-١٧٥) يعرفان اضطرابات الصوت بأنها عبارة عن كل ما يصيب وظيفة الصوت من علل ومتاعب. ولكي يسهل فهم هذا الموضوع فإننا نمثل إخراج الصوت كالغزف على الآلة الموسيقية، فهو نتيجة لأداء الآلة (الثنايا الصوتية) وأداء العازف (الشخص)، وعلى ذلك فإن أمراض الصوت قد تكون عضوية. نتيجة تأثر الثنايا الصوتية في الحنجرة أو وظيفية نتيجة لسوء استعمال المريض للثنايا الصوتية. ويقسم أمراض الصوت إلى نوعين أساسين يضمن تحتها العديد من الأنواع الأخرى ويتضح ذلك فيما يلي :-

النوع الأول: أمراض الصوت العضوية وتضم هذه الأمراض ما يلي: الأمراض ذات العيوب الخلقية، والإصابات (الميكانيكية، الكيماوية، الطبيعية) تؤدي إلى تورم ، وعدم نعومة في حافة الثنايا الصوتية، والالتهابات (الحادة والمزمنة الأمراض النوعية، مرض السل، مرض الزهري)، وكلها تؤدي إلى وهن في الصوت، والاضطرابات العصبية (قطع العصب، شلل العصب)، وهنا تظهر الاضطرابات في حركة الثنايا الصوتية، والصوت اللاحنجري وهو (صوت المرئ بعد استئصال الحنجرة).

النوع الثاني: أمراض الصوت الوظيفية وتضم هذه الأمراض مايلي: أمراض الصوت الوظيفية السلوكية مثل (بحة الأطفال السلوكية المزمنة، عيوب نطق الصوت عند المراهقة، الإرهاق الصوتي)، وأمراض الصوت النفسية مثل (احتباس الصوت الهستيرى ، البحة التشنجية ، اضطرابات الصوت المصاحبة للأمراض النفسية).

ولقد عرف طاهر سليمان (٢٠٠٠ ، ص ص ٨١ - ٨٣) أمراض الصوت بأنها كل ما يتعلق بتغير الصوت وهو ما يطلق عليه أعراض بحة الصوت، أو أعراض احتباس الصوت، أو أعراض وهن الصوت. ويقصد ببحة الصوت أي تغيير في إصدار الصوت عن المعتاد لنفس الشخص، وهذا الاضطراب يكون نتيجة لخلل في المقومات اللازمة لعملية إصدار الصوت في الشخص السليم، وقد قسم أمراض الصوت إلى نوعين رئيسيين هما :-

النوع الأول : أمراض الصوت الاعتيادية وتضم مايلي: اضطرابات الصوت عند الأطفال والبالغين، والوهن الصوتي أو الإرهاق الصوتي، وبحة الصوت فوق الوظيفية.

النوع الثاني : أمراض الصوت النفسية وهى على المدى الطويل تؤدي إلى: الحبيبات الصوتية وهى تصيب الإناث ، ونادراً ما تصيب الذكور، واللحمية الصوتية وهى غالباً ما تصيب الذكور، وتكون على ثنية صوتية واحدة، وأكياس الثنايا الصوتية وهى تصيب عادة الجنسين (الذكور والإناث) دون تخصص أيهما على الآخر، كما أنها عبارة عن تعرجات على ثنية صوتية واحدة.

أما سويسى رمضان الظابط (٢٠١٢ ، ص ص ٣١ - ٤١) فقد عرف أمراض الصوت بأنها كل خلل أو عطب يصيب وظيفة الصوت المتمثلة في توصيل الرسالة اللغوية إلى الآخر، ويظهر هذا الخلل أو العطب من خلال تغير في جودة الصوت أو حدته أو نبرته، وسببها قد يكون عضوي أو نفسي أو سلوكي. وقد صنف أمراض الصوت إلى ثلاثة أنواع رئيسية هى :-

النوع الأول : أمراض الصوت العضوية وتتمثل هذه الأمراض فيما يلي: الاضطرابات العصبية في الحنجرة، والتهاب الحنجرة الحاد أو المزمن، وأورام الحنجرة الحميدة والخبيثة، والعيوب الخلقية بالحنجرة، والاستئصال الحنجري.

النوع الثاني: أمراض الصوت الوظيفية وتتمثل هذه الأمراض فيما يلي: مشاكل الصوت عند البلوغ. وتظهر نتيجة لعدم قدرة البالغ على التحدث بالصوت الرجولي، واضطرابات الصوت الهستيرى ويحدث عند النساء نتيجة لإحداث محزنة جداً أو سارة جداً، والضعف الوظيفي فى الحنجرة. ويظهر نتيجة لإجهاد عضلات الحنجرة، وحبيبات الحنجرة في الطفولة . وتتكون غالباً من الصراخ المستمر، والاضطرابات المصاحبة لبعض الأمراض النفسية مثل الاكتئاب.

النوع الثالث : أمراض الصوت الوظيفية المؤدية لأمراض عضوية ، وهذه الأمراض الصوتية تبدأ كعرض وظيفي . ونتيجة لعدم العلاج أو الإهمال فإنها تتحول إلى عدد من الاعراض المرضية وتتمثل هذه الامراض فيما يلي: ارتشاح الثنايا الصوتية، ولحمية الحنجرة، وحبيبات الحنجرة.

تعقيب :

١ - تبين هذه التعريفات السابق عرضها مدى تشعب وتعدد أمراض الصوت وأنها رغم ذلك لم يتوفر لها الدراسة والبحث الشامل مثل غيرها من الأمراض الأخرى من أمراض التخاطب المختلفة.

٢ - على الرغم من أهمية الدور الطبي فى علاج أمراض الصوت فضلاً عن أهمية النشأة العضوية لها إلا أنه يجب الحذر من تعميم ذلك على كل أمراض الصوت حيث أن الإصابة بها قد تكون مدفوعة فى كثير من الأحيان بالعوامل النفسية والاجتماعية والتي قد لاينتبه لها كثير من أخصائى التخاطب.

٣ - اضطرابات الصوت تضم عدة خصائص هامة هي: عادةً ما تكون الإصابة بأمراض الصوت إصابة لعضو معين فى الجسم الإنسانى وهى الأحبال الصوتية أو الحنجرة أو هما معاً، وغالباً ما تكون أسباب الإصابة باضطرابات الصوت ثلاثة (أسباب عضوية وأسباب نفسية وأسباب اجتماعية)، كما أن اضطرابات الصوت من أكثر الأمراض تعرضاً للارتكاس العلاجي خاصةً اذا لم يصحبها علاج أسرى موازى للعلاج التخاطبى.

دراسات سابقة :

فيما يلى يعرض الباحث الدراسات والابحاث السابقة والمرتبطة بالبحث الحالى ارتباطاً واضحاً، وقد قسم الباحث الدراسات والابحاث السابقة إلى عدة محاور أساسية هي:
المحورالأول: الدراسات التى تناولت فعالية الإرشاد الوالدى فى خفض الاضطرابات النفسية بصفة عامة.

المحورالثاني: الأبحاث والدراسات التى تناولت فاعلية الارشاد الوالدى فى خفض الاضطرابات النفسية لدى أمهات المرضى باضطرابات التخاطب.

وسوف يتم تناول هذه المحاور بالتفصيل من خلال العرض التالى:

المحور الأول : الدراسات التى تناولت فعالية الإرشاد الوالدى فى خفض الاضطرابات النفسية بصفة عامة:

سوف يقوم الباحث من خلال هذا المحور بتناول الأبحاث والدراسات السابقة التى قامت بدراسة أثر الإرشاد الوالدى فى خفض الاضطرابات النفسية بصرف النظر عن نوع هذا الاضطراب، وبيان اختلاف نتائجها باختلاف السمات الشخصية للفرد المصاب والبيئة التى يعيش فيها ونوع العلاج والإرشاد المقدم ، وهو ما سوف يتضح فيما يلى:

هدفت دراسة قام بها لويس (Lewis, 1986) إلى التعرف على فاعلية التدريب الجماعي لأولياء أمور الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية، ولقد أجريت الدراسة على عينة من (٢٠) أما لديهن أطفال يعانون من اضطرابات سلوكية وقسمت هذه العينة إلى مجموعتين الأولى تجريبية وتضم (١٠) أمهات والأخرى ضابطة وتضم (١٠) أمهات أيضاً، ولقد استخدم الباحث فى هذه الدراسة برنامج إرشادى طبق على الأمهات فى المجموعة التجريبية بالإضافة إلى مقياس للتوافق الذاتى ، وتوصلت الدراسة إلى وجد اختلافات بين أمهات المجموعة التجريبية عن أمهات المجموعة الضابطة خاصة على متغير التوافق الذاتى وذلك لصالح المجموعة التجريبية، وأن الأمهات فى المجموعة التجريبية أكثر قدرة على ضبط سلوك الأطفال داخل المنزل من الأمهات فى المجموعة الضابطة.

كما قام كلاً من فولرتون وكواينى (Fullerton & Coyne,1999) بدراسة لمعرفة مدى فاعلية برنامج إرشادى والدى فى تنمية المهارات الاجتماعية لى عينة من المراهقين . ولقد أجريت هذه الدراسة على عينة من المراهقين قوامها (٢٣) مراهقاً وأسرههم ، وذلك للتعرف على دور الوالدين فى خفض الانسحاب لى ابنائهم وهل يسهم الوالدين فى حث أولادهم المراهقين على التفاعل الاجتماعى ؟ واستخدم فى هذه الدراسة برنامج للإرشاد الوالدى فضلاً عن مقياس لتحديد السلوك الانسحابى لى هؤلاء الأبناء. وتوصلت الدراسة إلى وجود انخفاض السلوك الانسحابى لى هؤلاء المراهقين بشكل جوهري وذى دلالة إحصائية ، بل وزادت استجابات المراهقين الاجتماعية مع الآخرين، خاصة بعد تلقى آباءهم برنامج للإرشادى الوالدى ، كما بدا واضحاً استخدام الأولاد المراهقين للعديد من المهارات والمفاهيم التعليمية فى المواقف المختلفة مع الآخرين ، وذلك نتيجة مباشرة لتلقى والديهم البرنامج الإرشادى.

من ناحية أخرى قامت أمينه محمد مختار (١٩٩٣) بدراسة لمعرفة مدى فاعلية طريقتين من الطرق السلوكية فى التغلب على الاكتتاب عند المراهقين . وأجريت هذه الدراسة على عينة تضم من (١٨) طالبا وطالبة فى المرحلة الثانوية تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات (مجموعه تجريبية يقدم فيها برنامج علاجى للبناء فقط، ومجموعه تجريبية ثانية يقدم لها البرنامج العلاجى (للبناء) ، بالإضافة إلى برنامج إرشادى يقدم للوالدين . ومجموعه ضابطة لا يقدم لها أى برامج علاجية سواء للبناء أو الآباء) واستخدمت الباحثة مقياس بيك للاكتتاب

ترجمة: رشاد موسى، وبرنامج إرشادى للوالدين، وبرنامج إرشادى للمراهقين من إعداد الباحثة .
وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج السلوكي المعرفي فى التغلب على الاكتتاب لى المراهقين
، مما يعنى تقدم المجموعتين التجريبيتين على المجموعة الضابطة، كما تفوق المجموعة
التجريبية الثانية على باقى المجموعات فى التغلب على الاكتتاب وهى المجموعة التى يقدم فيها
برنامجاً علاجياً للأبناء، بالإضافة إلى تلقى الوالدين برنامجاً إرشادياً، كما ظهر عامل الرغبة فى
الشفاء لى المجموعتين التجريبيتين أعلى من المجموعة الضابطة مع الأخذ فى الاعتبار تفوق
المجموعة الثانية التجريبية التى تلقى فيها الوالدين برنامجاً إرشادياً فى هذا العامل وهو ما يدل
على أهمية زيادة الفاعلية الوالدية طوال مرحلة العلاج وذلك من خلال إشراكهم فى البرامج
الإرشادية.

وفى دراسة قام بها أحمد أحمد متولى (٢٠٠٢) عن أثر الإرشاد الوالدى فى خفض
السلوك العدوانى ورفع درجة التوافق لى الأطفال المساء معاملتهم، وأجريت هذه الدراسة على
عينة مكونة من (٢٠) طفلاً من الأطفال العدوانيين بمدرسة الملك عبد العزيز بالسعودية، تتراوح
أعمارهم بين (١٠-١٣) سنة وقسمت العينة إلى مجموعتين (الأولى تجريبية وعددها (١٠)
أطفال والآخري ضابطة وعددها (١٠) أطفال أيضاً). ولقد استخدم الباحث فى الدراسة قائمة
تقدير التوافق للأطفال من إعداد عبد الوهاب كامل ، ومقياس السلوك العدوانى للأطفال من إعداد
الباحث ، وبرنامج الإرشاد الوالدى من إعداد الباحث. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق جوهرية
ودالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى الدرجة الكلية للعدوان، وبالذات
فى الفقرات الخاصة بالعدوان المادى واللفظى ، كما توصلت الدراسة إلى وجود تحسن فى
التوافق الذاتى والمنزلى والاجتماعى والمدرسى لى المجموعة التجريبية عن المجموعة
الضابطة ، وقد ظهر أن هناك نجاح كبير للبرنامج الإرشادى الوالدى فى خفض السلوك
العدوانى خاصةً (المادى واللفظى) لى المجموعة التجريبية، بينما لم يوفق البرنامج فى
خفض السلوك العدوانى غير المباشر.

وأما خلف أحمد مبارك (٢٠٠٣) فقد قام بدراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج
السلوكى الشمولى الأسرى فى خفض اضطراب الوسواس القهرى المصحوب باضطرابات انفعالية
أخرى فى الطفولة المتأخرة ، وأجريت هذه الدراسة على طفل عمرة (١١) سنة تعرض لسته
عشر جلسة علاجية خلال (٣٢) يوماً بواقع جلسة واحدة كل يومين ومتوسط زمنى قدرة
ساعتين للجلسة الواحدة . بالإضافة إلى إشراك والدى الطفل فى برنامج للإرشاد الوالدى.

واستخدم الباحث فى هذه الدراسة أدوات جمع البيانات كالملاحظة والمقابلة والتسجيل للوسواس القهري إعداد أحمد عبد الخالق ، ومقياس القلق الظاهر للأطفال إعداد رشاد موسى، وتوصلت الدراسة إلى حدوث انخفاض ملحوظ فى الأفكار الو سواسية بعد العلاج عنه قبل العلاج ، وحدثت إنخفاض ملحوظ فى القلق والاكتئاب بعد العلاج مقارنة بقبل العلاج . ولقد حدثت انتكاسة جزئية ومؤقتة ، إلا أنه أمكن التغلب عليها بفضل البرنامج العلاجي المقدم فى الدراسة والمساعدة الصادقة التى قدمتها الأم أمكن من خلالها التغلب على هذه الانتكاسة .

تعقيب على دراسات المحور الأول

يتضح من العرض السابق لدراسات المحور الأول ما يلى:

أولاً : بالنسبة للهدف

- ١ - هدفت معظم الدراسات والأبحاث السابقة إلى التعرف على فاعلية برامج إرشادية معده مسبقاً للتطبيق على عينات مختلفة ولقد حققت هذه الدراسات أهدافها بصورة كبيرة .
- ٢ - تبين أن هناك ندرة فى الابحاث والدراسات السابقة التى تناولت موضوع الإرشاد النفسى الوالدى ومدى مساهمته فى العلاجات التخاطبية نظراً لما يحتاجه من وقت وجهد.

ثانياً : بالنسبة للعينة

- ١ - تتفق أغلب الدراسات والأبحاث السابقة فى حجم العينة فهى تدور بين (١٥ إلى ٢٢) فرداً، إلا دراسة واحدة وهى دراسة خلف أحمد مبارك (٢٠٠٣) فقد قامت على طفل واحد وهو ما يسمى بدراسة الحالة ورغم أهمية مثل هذه الدراسات إلا أنها يشوبها الكثير من الذاتية وعدم الموضوعية.
- ٢ - من خلال النظرة الفاحصة لمعظم الدراسات والبحوث السابقة يجد الباحث أن أغلبها قامت على عينات أساسية هى الأبناء وعينة فرعية هى الأمهات مثل دراسة أحمد أحمد متولى (٢٠٠٢) ودراسة فولرتون وكواينى (Fullerton & Coyne, 1999)، ودراسة أمينه محمد مختار (١٩٩٣) وغيرها وهو ما حاول الباحث أن يتلاشاه بتناول الأمهات كعينات أساسية تعانى من اضطرابات نفسية نتيجة لمرض أبنها ، فعادةً ما يتم إهمال الأم ويتم وضع برامج علاجية وإرشادية للأبن المريض رغم أن الأم هى أكثر الأشخاص تحملاً لعبء المرض.

ثالثاً : بالنسبة للأدوات

- ١ - لم يقتصر الباحثون القائمون بالدراسات السابقة على اختيار أدوات ومقاييس محددة ومقننة ، بل لجأ بعضهم إلى استخدام تكتيكات معينة تساعد فى الحصول على عدداً

من البيانات والمعلومات من أفراد العينة، وذلك على الرغم من بعض المأخذ على هذه التقنيات من الناحية السيكومترية .

٢- لم تقم سوى دراسه واحدة باستخدام ما يسمى بدراسة الحالة وهى دراسة خلف أحمد مبارك (٢٠٠٣) وهو ما يدل على قلة الاعتماد أو الوثوق فى نتائج مثل هذه الدراسات المتخصصة نظراً لغلبة العملية الذاتية فيها .

٣- إن وضع برامج علاجية إرشادية للإرشاد الوالدى ليس بالأمر الهين ولا بد من وجود تقييم ومتابعة مستمرة من قبل القائم بالعملية الإرشادية ، وهو ما جعل هناك قلة فى استخدام مثل هذا البرامج فى الدراسات النفسية .

رابعاً : بالنسبة للنتائج

١- أكدت عدداً من الدراسات والبحوث السابقة فى نتائجها على أهمية وجود برامج للإرشاد الوالدى حتى يمكن أن يكون هناك تعاون مثمر بين الوالدين والمعالج للوصول بسرعه إلى مرحلة الشفاء المرغوبة.

٢- أغلب الدراسات والبحوث السابقة أكدت فى نتائجها على وجود صحة نفسية سليمة ونوعاً من التوافق النفسى لدى الابناء خاصة بعد تطبيق برنامج للإرشاد الوالدى على الامهات وهو ما يظهر أهمية مثل هذه البرامج على الحالة النفسية للامهات والابناء معاً .

٣- يمكن التأكيد على أنه لا توجد هناك فروق بين نتائج الدراسات والبحوث السابقة سواء العربية أو الأجنبية، وذلك فيما يتعلق ببرامج الإرشاد الوالدى ومدى فاعليتها فى مواجهة الأمراض أو الاضطرابات النفسية ، حيث أكدت نتائج أغلب هذه الدراسات والبحوث على أن البرامج الإرشادية تساهم فى إعادة تشكيل البنية المعرفية والسلوكية للمشاركين فيها على أساس علمي واضح ومحدد، وهو ما يساعد على الوصول إلى الأهداف المرجو تحقيقها .

المحور الثانى: الأبحاث والدراسات التى تناولت فعالية الإرشاد الوالدى فى خفض

الاضطرابات النفسية لدى الأمهات المرضى باضطرابات التخاطب

سوف يعرض الباحث من خلال هذا المحور الأبحاث والدراسات التى تناولت أثر الإرشاد الوالدى فى خفض الاضطرابات النفسية عند الأمهات ، وبيان مدى فاعلية هذا النوع من الإرشاد فى الإحتفاظ بشخصية سوية قادرة على التعامل بحيوية ومرونة مع الواقع الخارجى، فقد هدفت دراسة جرنبرج (Greenberg, 1983) إلى الكشف عن فاعلية برنامج للإرشاد

والتدريب المنزلى فى خفض الضغوط الواقعة على والدى الطفل الأصم. وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) أسرة ممن لديهم طفل أصم تتراوح أعمارهم بين (٣-٥) أعوام وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية تتعرض للبرنامج العلاجي والأخرى ضابطة ، ولقد استخدم فى هذه الدراسة برنامج إرشادى لتدريب الوالدين على التواصل مع الأبن الأصم وتتضمن البرنامج (محاضرات عن الصمم وكيفية التواصل مع الأصم) وأيضاً مقياس الضغوط النفسية وتوصلت الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادى الحالى له تأثير دال إحصائياً فى خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات عن الآباء ، وقد أظهر أطفال مجموعة الأسر التجريبية تحسناً فى التواصل - خاصةً مع الوالدين - عن أطفال المجموعة الضابطة ، كما أظهر أطفال مجموعة الأسر التجريبية شعوراً بالأمان وتوافقاً أفضل عن أطفال المجموعة الضابطة.

وفى دراسة عن فاعلية عدداً من العلاجات المختلفة لعلاج مرضى الاكتتاب قام بها كلاً من شتين وآخرون (Stein et al., 1983) وكان عنوان هذه الدراسة (التحليل العاملى لأنواع مختلفة من العلاجات النفسية والدوائية المستخدمة مع مرضى الاكتتاب) ، ولقد أجريت هذه الدراسة باستخدام أسلوب التحليل العاملى لنتائج (٥٦) دراسة عن العلاج النفسى والعلاج الدوائى للاكتتاب كانت هناك أنواع رئيسية من العلاجات النفسية وهى (العلاج السلوكى والعلاج المعرفى والعلاج بالتعلم الاجتماعى والإرشاد الوالدى) هذا بالإضافة إلى (٣٥٩) نوعاً من العلاجات الدوائية. وتوصلت الدراسة إلى أن العلاجات النفسية عموماً أكثر توفيقاً وإفادة من العلاجات الدوائية المستخدمة فى علاج مرضى الاكتتاب ، وكان هناك تفوقاً واضحاً وجوهرياً للعلاج والإرشاد الوالدى المستخدم مع المرضى المكتتبين ، ويظهر ذلك واضحاً عند مقارنته بالعلاجات الدوائية الأخرى، ولقد أكد القائمين بهذه الدراسة على ضرورة التوسع فى استخدام العلاجات النفسية بأنواعها المختلفة فى علاج الاكتتاب.

ولقد قام يوسف عبد الوهاب أبو حمدان (١٩٩٤) بدراسة لمعرفة أثر تدريب أسرة الطفل المعوق عقلياً على استعمال طرق وإجراءات تعديل السلوك على تعلم الطفل المعوق وطرق تعامل الام مع هذا الطفل المعوق، ولقد أجريت الدراسة الحالية على عينة تضم عدداً من الأسر لديها أطفال معاقين وذلك من أجل تدريبهم على كيفية المساهمة فى تعليم هؤلاء الأطفال ولقد اعتمد الباحث على عدداً من الأساليب الإرشادية هى: تدريب الوالدين على أساليب الملاحظة والتسجيل، وتعليم وتدريب الأسرة على مفاهيم تعديل السلوك، وتدريب الوالدين على كيفية لعب الأدوار وإعطاء التغذية الراجعة. وتوصلت الدراسة إلى حصول الأم المشاركة فى

عينة الدراسة على معلومات ومهارات تتعلق بتعديل السلوك ساهم كثيراً فى تغيير بل وتعديل تعاملها مع ابنها، كما حدث تغير واضح فى سلوك الابن - نحو الأفضل - وذلك نتيجةً للبرنامج التدريبي الذي حصلت عليه الأم من خلال المشاركة فى الدراسة الحالية.

من ناحية أخرى قام وجدي زيدان (١٩٩٨) بدراسة لمعرفة مدى فاعلية استخدام السيكويدراما فى العلاج الأسرى لتحسين عملية التعامل والتواصل بين الأبوين. وأجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من (٤٠) زوجاً منقسمين إلى (٢٠أباً، ٢٠ أما) تم تقسيمهم إلى: المجموعة الأولى ضابطة (قوامها عشرة أباء)، المجموعة الثانية ضابطة (قوامها عشرة أمهات)، المجموعة الثالثة تجريبية (قوامها عشرة أباء)، المجموعة الرابعة تجريبية (قوامها عشرة أمهات). ولقد استخدم فى هذه الدراسة عدداً من الأدوات هي: مقياس التواصل للوالدين وبرنامج للعلاج الأسرى من إعداد الباحث. وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك فاعلية للبرنامج العلاجي فى تحسين عملية التواصل لدى أفراد العينة التجريبية الثالثة والرابعة ، وكانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة التواصل للأباء بين مجموعات العينة عند مستوى (١%) وذلك لصالح المجموعتان التجريبيتان. كما أكدت النتائج على فاعلية السيكويدراما كأسلوب علاجي يستخدم فى العلاج الأسرى وينبغي أن يحظى بالاهتمام من جانب المعالجين النفسيين.

ولقد قام راشد السهل (١٩٩٩) بدراسة وكان عنوانها استخدام الإرشاد السلوكي الجمعي مع الأمهات اللاتي لديهن أطفال يعانون من مشكلات سلوكية فى مرحلة الروضة. ولقد أجريت الدراسة الحالية على عينة من (١٦) من الأمهات الاتى لديهن أطفال يعلنون من مشكلات سلوكية، وتم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وتضم (٨) أمهات وأخرى ضابطة وتضم (٨) أمهات، وأشار الباحث إلى أنه فى الجلسة الرابعة انخفض العدد إلى النصف فى كل مجموعة، بعد أن انسحب النصف الآخر. ولقد استخدم الباحث فى هذه الدراسة برنامج للإرشاد الجمعي للأمهات إعداد: الباحث. واستبانة مكونة من (٢٣) بنداً توجه للام لقياس التغير الحادث فى السلوك بعد تطبيق البرنامج العلاجي من إعداد : الباحث . وتوصلت الدراسة إلى أن برنامج الإرشاد الجمعي المقدم للأمهات المجموعة التجريبية قد ساهم بشكل مباشر فى ضبط الحالة الانفعالية للأم عند حدوث سلوك غير مرغوب فيه من الابن ، كما تحسن سلوك أطفال أمهات المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة نتيجة البرنامج العلاجي المقدم فى الدراسة الحالية ، وهو الذي أدى إلى انخفاض المشكلات التي تصدر عن الأمهات فى المجموعة التجريبية مما كان له الأثر الإيجابي على أطفالهن، كما توصلت الدراسة إلى أن التغير الإيجابي

فى سلوك الوالدين وبخاصة الأم يتبعه تغير إيجابى فى سلوك الأبن وخفض المشكلات السلوكية التي يعانى منها هذا الأبن.

أما دراسة مصطفى على رمضان مظلوم (٢٠٠٢) فكانت بعنوان فاعلية برنامج إرشادى لخفض الضغوط النفسية لدى الأمهات وأثره على توافق أولادهن ضعاف السمع. وتكونت عينة الدراسة من (١٠) أمهات وأطفالهن ضعاف السمع وعددهم (١٠) أطفال بمدرسة الأمل الابتدائية بالقليوبية وذو مستوى اجتماعي واقتصادي متوسط من واقع سجلات المدرسة وتتراوح أعمار الأمهات بين (٣٠ - ٤٥) سنة، واستخدم الباحث فى هذه الدراسة عدداً من الأدوات وهى مقياس الضغوط النفسية من إعداد عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوى، وقائمة تقدير التوافق للأطفال الصم ، ومقياس من مقياس الرتب لسلوك الطفل إعداد راسل ن-كاسل، وبرنامج إرشادى لخفض الضغوط لدى الأمهات من إعداد الباحث. وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج فاعلية واضحة فى خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات ، وزيادة توافق الأطفال ضعاف السمع بعد تطبيق البرنامج الإرشادى على الأمهات عنه قبل عملية التطبيق ، ولقد غير البرنامج الإرشادى فى أساليب المعاملة الوالدية غير السوية للأطفال ، وحولها إلى أساليب سوية فى التعامل، ولقد أثر كل ما سبق تأثيراً إيجابياً فى تواصل بل وتوافق أطفال الأمهات الخاضعين للبرنامج الإرشادى.

ومن الدراسات الهامة التي قامت لمعرفة دور الإرشاد الوالدى فى مواجهة الاكتئاب دراسة نادية رجب (٢٠٠٦) وهى بعنوان العلاقة بين التفكك الأسرى والاكتئاب العصابى عند المرأة وأهمية الدور الوقائى للإرشاد الأسرى. ولقد أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من (٢٥) مريضاً بالاكتئاب العصابى. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين التفكك الأسرى والاكتئاب العصابى، كما أكدت النتائج على أن تعرض غالبية المشاركين فى العينة ونسبتهم (٦٠ %) للاكتئاب بسبب بعدهن عن المشاعر الدينية ، ويرى غالبية الأفراد المشاركين فى العينة ونسبتهم (٧٢ %) أهمية وضرورة الإرشاد الأسرى كدور وقائى يؤدى إلى الحماية من الاكتئاب.

تعقيب على دراسات المحور الثانى

يتضح من العرض السابق لدراسات المحور الثانى ما يلى:

أولاً : بالنسبة للهدف :

- ١ - هدفت أغلب الدراسات السابقة إلى معرفة مدى أثر برامج الإرشاد الوالدى على مرض الأبناء وكيفية مساعدة هؤلاء الأبناء للوصول إلى مرحلة الشفاء المرغوبه وكان من أبرز هذه الدراسات دراسة جرنبرج (Greenberg,1983) ودراسة مصطفى على رمضان مظلوم (٢٠٠٢) ودراسة يوسف عبد الوهاب أبو حمدان (١٩٩٤).
- ٢ - إن معظم أهداف الدراسات السابقة كان منصباً بدرجة كبيرة على كيفية مساعدة الأبناء المصابين باضطراب معين دون النظر إلى الأمهات المرافقين لهم، مع أنهم يقع عليهم العبء الأكبر سواء فى مرحلة المرض أو مرحلة العلاج.
- ٣ - وجد الباحث ندرة فى الدراسات والأبحاث السابقة والتي تهدف إلى العلاج أو الإرشاد الوالدى الموجهة بصورة واضحة للأمهات، على أن يكون الهدف الرئيسى لها هو إرشاد ومساعدة الأمهات لتخطى مرحلة الاضطراب الذى أصابها نتيجة لمرض ابنها وهو ما يحاول الباحث أن يتلافيه خلال هذه الدراسة.

ثانياً : بالنسبة للعينة

- ١ - اختلفت العينات فى الدراسات والبحوث السابقة من حيث المستوى العمرى وهو ما يظهر مدى خصوصية البرامج الإرشادية التى تقدم فى الدراسات النفسية والاجتماعية.
- ٢ - يتضح من خلال النظر إلى حجم العينات فى الدراسات والبحوث السابقة أن هناك اتفاقاً ظاهراً نوعاً ما فى حجم العينات ، وأن المتوسط العددى الذى تدور فى حدوده هو (١٥) فرداً . ففي دراسة راشد السهل (١٩٩٩) كان عدد أفراد العينه (١٦) فرداً ، وأما دراسة جرنبرج (Greenberg ,1983) فقد كان عددهم (٢٤) فرداً، ودراسة مصطفى على رمضان مظلوم (٢٠٠٢) وكان عددهم (١٠) أفراد.
- ٣ - من خلال استعراض الدراسات والبحوث السابقة سواء العربية منها أو الأجنبية يتضح أنه لم تكن هناك دراسة واحدة من هذه الدراسات تناولت فئات البحث الحالى (عينة أمهات مرضى الصوت) بصورة واضحة، وذلك من أجل المقارنة بين هذه الفئات أو التركيز عليها باعتبارها فئات جديدة وجديدة بالبحث والدراسة.

ثالثاً : بالنسبة للأدوات

- ١ - استخدم معظم الباحثين فى الدراسات والبحوث السابقة عدداً من المقاييس والبرامج العلاجية والإرشادية وهى - فى أغلبها - من تصميم القائمين بهذه الدراسات والبحوث

وهو ما يمثل طفرة نحو الاهتمام بالأمهات ونحو مساعدتهن للقيام باعباء الأبن المريض دون ان تتأثر سلبياً بهذا المرض.

٢ - لم يقتصر الباحثون فى الدراسات والبحوث السابقة على تطبيق مقاييس واختبارات محددة بل لجأ بعضهم إلى تكتيكات معينة تساعد على تحسين آراء وتصورات واتجاهات الأفراد نحو الاعاقه رغم وجود بعض المآخذ على هذه التكتيكات من الناحية السيكومترية.

رابعاً : بالنسبة للنتائج

١ - أكدت معظم الدراسات والبحوث السابقة فى نتائجها على وجود فعالية للبرامج الإرشادية المقدمه للوالدين مما يمثل نوعاً من الدافعية للمضى قدماً فى البحث الحالى.

٢ - لم يلتفت أغلب القائمون بالدراسات والبحوث السابقة إلى تحديد دور مرض الأبن أو اعاقته فى التأثير على النتائج خاصةً اذا كانت هذه النتائج تعتبر نتاج مباشر لمرض الابن ورغم ذلك يتجاهل هذا الأمر كثير من الباحثين والدارسين .

٣- من خلال المراجعة الدقيقة لنتائج الدراسات والبحوث السابقة يتضح أن أغلب البرامج العلاجية ركزت على أهمية اختيار وانضمام الأم إلى برنامج علاجي دون الأب . وذلك لما لها من تأثير وارتباط واضح بالابناء خاصةً المريض منهم .

تعقيب عام على الدراسات والأبحاث السابقة :

من خلال العرض السابق للدراسات والبحوث السابقة يتضح ما يلى:

١- من خلال البحث والتنقيب للوصول إلى مختلف الدراسات والبحوث السابقة يؤكد الباحث على أن هناك إهمال من جانب الباحثين والدارسين لاستخدام برامج الإرشاد الوالدى خاصةً فى أقسام علم النفس بكليات التربية والآداب على الرغم من الفاعلية الكبيرة لمثل هذه البرامج فى التصدي للأمراض النفسية أو التخاطبية أو حتى العضوية ، وذلك لأن برامج الإرشاد الوالدى تعمل على مساعدة المريض على تخطى مرحلة المرض ، وتعطيه دافعاً قوياً وإحساساً داخلياً بأنه ليس وحده فى هذه المواجهة مع المرض الذي أصابه.

٢- إن أغلب الدراسات والبحوث السابقة أجنبية أو عربية لم تتناول فئات الدراسة الحالية وهن أمهات المرضى بمرض الصوت مما يشير إلى قصور نوعى فى تناول هذه الفئات.

٣- يتضح من الدراسات والبحوث السابقة أن سرعه انضمام أحد أفراد الأسرة خاصة المصاب بأعراض الاكتئاب لبرنامج للإرشاد والعلاج الوالدى يؤثر بالإيجاب على جوانب رئيسية فى حياة هذ الفرد.

٤- رغم قيام بعض الدراسات والبحوث السابقة بوضع برامج للإرشاد الوالدى لمرضى التخاطب أو للمعاقين إلا أنها تحمل داخلها العديد من نقاط النقد والتي أوضحها الباحث سابقاً . فضلاً عن عدم قيام هذه البرامج الأسرية بالتصدي للأمراض الصوت رغم أنه - من وجهة نظر الباحث - من أكثر الأمراض التخاطبية إهمالاً من جانب الباحثين ، بل وتأثيراً على حياة الإنسان - المريض - اليومية لما لهما من ظهور خارجي يبدو واضحاً من خلال تعاملات الإنسان الخارجية ، وبالتالي يترك تأثيرات سلبية على الوالدين وخاصة الام وقد يؤثر عليها نفسياً واجتماعياً.

فروض البحث :

- ١ - يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات كل من أمهات المصابين باضطرابات الصوت من المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية فى القياس البعدى على مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية.
- ٢ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الثانية /المجموعة التجريبية) فى القياسين القبلي والبعدى- على مقياس الاكتئاب لصالح القياس البعدى.
- ٣ - لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أمهات المصابين باضطرابات الصوت من المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى (بعد انتهاء البرنامج الإرشادى مباشرة) والنتبعي(بعد مرور شهر ونصف من انتهاء البرنامج الإرشادى) على مقياس الاكتئاب".

عينة البحث:

تكونت عينة البحث فى صورتها الاساسية من (٢٠) أما ، ولقد تم استبعاد عدداً منهم وذلك لظروف خاصة بالتطبيق فأصبحت العينة فى صورتها النهائية تتكون من (١٨) أما من محافظة المنيا ، ولقد قسم الباحث العينه إلى مجموعتين هما :

المجموعة الأولى: وتضم (٩) أمهات ويمثلن المجموعة الضابطة، وقد تراوحت الاعمار الزمنية لأفراد العينة بين (٥٠ إلى ٥٥) عاماً، بمتوسط عمري قدره (٥٢.٥) سنة، وانحراف معياري قدره(٠.٦٣).

المجموعة الثانية: وتضم (٩) أمهات ويمثلن المجموعه التجريبيه، وقد تراوحت الاعمار الزمنية لأفراد العينة بين (٥٠ إلى ٥٥) عاماً بمتوسط عمري قدره (٥٣.١) سنة ، وانحراف معياري قدره (٠.٨٧).

ولقد قام الباحث بالتطبيق على أفراد العينة وذلك وفقاً لعدد من الالتزامات والاجراءات وهى كالتالى: اتباع إجراءات محددة لتقنين أدوات الدراسة وهو ما يوضحه الباحث فيما بعد عند شرح عملية تقنين أدوات الدراسة، وقد قام الباحث باختيار عينة البحث من خلال (الأمهات المترددات على عيادات التخاطب بمستشفى المنيا الجامعى) ولقد راعى الباحث أن تتوافر فيها عدداً من الخصائص هى كالتالى: أن تشتمل على أمهات فى أعمار متقاربة، أن يكون أفراد العينة من مستوى اقتصادى واجتماعى متقارب، وأن يكون أفراد العينه فى مستوى تعليمى متقارب، وأن يوافق أفراد العينة على عملية التطبيق ، وذلك بعد شرح سبب هذا العمل علمياً وحاجة البحث العلمى والباحث لذلك، وأن يستبعد الأفراد الذين لم يكملوا مع الباحث التطبيق، أو لم يلتزمون بتعليمات الإجابة على أدوات الدراسة. ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :-

جدول (١) توزيع أفراد عينة البحث .

طبيعة العينة	العينة الأولية	المستبعدون	العينة النهائية
المجموعه الأولى من الأمهات (الضابطة)	١٠	١	٩
المجموعه الثانية من الأمهات (التجريبية)	١٠	١	٩
المجموع	٢٠	٢	١٨

ثم قام الباحث بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الأمهات المرشحات للأشتراك فى البحث وذلك ليتم اختيار أفراد العينة بناء على درجاتهم على القائمة. ولقد تم اختيار من يحصل منهم على (١٧) درجة فأعلي ، وذلك بناء على التعليمات والمعايير الواردة فى قائمة بيك للاكتئاب والتي توضح أن أقل من (١٦) درجة يعتبر فى قائمة المعتدلين نفسياً وغير المصابين بالاكنتاب. عند حدوث أى عملية تسرب من الأمهات أو عدم إكمالهن إجابتهن على أدوات الدراسة خلال عمليات التطبيق يتم استبعادهن من المشاركة فى البحث، وبالتالي فكان لابد من زيادة حجم العينة الأساسية عن الحجم المطلوب دراسته. وقد استبعد الباحث الحالات المتدهورة مرضياً سواء نفسياً أو تخاطبياً سواء كانوا (أمهات أو أبناهن) كما استبعد الباحث الحالات ذوى الوالدين المنفصلين، أو التي تعيش بمفردها لاي سبب من الأسباب.

كما تم تحديد عدد من الشروط الخاصة بجلسات العلاج والتي لا بد وان يلتزم بها الباحث طوال فترة البحث وهي كالتالى: ألا تقل نسبة حضور أفراد عينة الدراسة عن (٩٠ %) من إجمالي مرات حضور جلسات الارشاد الوالدى، وأن تتلقى أمهات المجموعه التجريبية من أفراد عينة الدراسة وهن امهات مرضى الصوت برنامج الإرشاد الوالدى، ألا تعاني إحدى أمهات أفراد عينة الدراسة من أى أعراض مرضية - تعوق عملها - سواء كانت أعراض نفسية أو جسمية. وفى النهاية يعرض الباحث لنوع من التوصيف لأفراد العينه وهو كالتالى:

المجموعة الأولى وهي المجموعه الضابطة وتضم أمهات المصابين باضطرابات الصوت فضلاً عن إصابتهم بالاكتئاب. وهن مجموعة من الامهات نوى تشخيصات محددة ، ولا تتلقى أى برامج إرشادية أو علاجية، المجموعه الثانية : وهي المجموعه التجريبية وتضم أمهات المصابين باضطرابات الصوت فضلاً عن إصابتهم بالاكتئاب. وهن مجموعة من الأمهات نوى تشخيصات محددة ، وتتلقى برنامجاً للإرشاد الوالدى - يقوم به الباحث - عن مرض أبنائهم وكيفية مساعدتهن فى الوصول إلى مستوى أفضل من الصحة النفسية ، وخفض مستوى الاكتئاب لديهن.

أدوات البحث (١) :

استخدم الباحث الأدوات التالية :

أ - مقياس بيك للاكتئاب : إعداد ارون بيك وروبرت ستير ترجمة أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٦).

١ - الهدف من المقياس :

يهدف مقياس بيك إلى قياس وتقدير شدة الاكتئاب لدى كل المرضى النفسيين والأسوياء من جميع الأعمار، بدءاً من سن المراهقة حتى كبار السن من الجنسين (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٧، ٥٥).

٢ - وصف المقياس :

يتكون المقياس من (٢١) بنداً يمثل كل منها عرضاً من أعراض الاكتئاب، ويتم فى كل بند اختيار بديل من بدائل أربعة متصاعدة فى الشدة تتراوح ما بين (صفر - ٣) لكل بند. وقد

(١) يشكر الباحث د. مصطفى خليل مدرس الصحة النفسية كلية التربية - جامعة المنيا لمساعدته للباحث فى إجراء العمليات الإحصائية الخاصة بالبحث.

روعي من جانب معدي المقياس عند وضع البنود أن تحدد هذه البنود أو بمعنى آخر أن تقدر مدى شدة الاكتتاب فقط ، مع الأخذ فى الاعتبار أنه لم يتم انتقائها - أى البنود - لتعكس أية نظرية خاصة بالاكتتاب. ويمكن تطبيق المقياس بطريقة جماعية أو فردية حسب نوع الدراسة ، ويستغرق وقتاً يتراوح بين (٥ - ١٠) دقائق عندما يطبقه المفحوص بنفسه، أما التطبيق الشفهي فيمكن أن يستغرق (١٥) دقيقة.

٣ - طريقة تصحيح المقياس :

يصحح مقياس بيك للاكتتاب بجمع التقديرات التي يعطيها الفرد لكل بند من بنوده الواحد والعشرين ، ويتكون كل بند من مجموعة من أربع عبارات تقدر من (صفر - ٣) ، وإذا اختار الفرد أكثر من عبارة واحدة داخل المجموعة استخدم العبارة ذات التقدير الأعلى لحساب الدرجة، وفى النهاية تجمع درجات الفرد على كل بند من البنود لتمثل الدرجة المجموعة النهائية درجة مقياس بيك لقياس الاكتتاب ، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (صفر إلى ٦٣) درجة.

٤ - تفسير الدرجة على المقياس :

تمثل الدرجة المرتفعة على مقياس بيك للاكتتاب ارتفاع معدل الاكتتاب لدى الشخص المطبق عليه هذا المقياس ، فى حين تمثل انخفاض معدل الاكتتاب لديه، إلا أن هناك توزيعاً معيناً يحدد الخطوط العامة للدرجات الفاصلة والتي يحصل عليها الأفراد من جراء تطبيق هذا المقياس، ويمكن تفسير ذلك من خلال العرض التالي :-

(أ) الدرجات من (صفر - ٩) تعد داخل المدى الأقل Minimal..

(ب) الدرجات من (١٠ - ١٦) تشير إلى اكتتاب معتدل Mild . .

(ج) الدرجات من (١٧ - ٢٩) تشير إلى اكتتاب متوسط . Moderate .

(د) الدرجات من (٣٠ - ٦٣) تشير إلى اكتتاب شديد . Severe .

٥ - الخصائص السيكومترية للمقياس

(أ) - صدق المقياس :

تميز مقياس بيك للاكتتاب بدرجة عالية من الصدق، وهذا يبين مدى كفاءته فى قياس ما وضعت لقياسه حيث قام عدد كبير من الباحثين بحساب صدق قائمة بيك للاكتتاب، ووصلت معامل الارتباط بينها وبين مقياس الاكتتاب المشتق من قائمة منيسوتا إلى (٠.٦١). من ناحية أخرى وصل متوسط الارتباط بين مقياس هاملتون للاكتتاب وقائمة بيك للاكتتاب إلى (٠.٧٣).

وهما معاملات مرتفعة ودالة إحصائياً. أما فى الصياغة العربية فقد قامت دراسات وأبحاث عديدة لحساب صدق مقياس بيك للاكتتاب، ووصل معامل الارتباط بينها وبين مقياس جيلفورد للاكتتاب فى إحدى الدراسات العربية إلى (٠.٦٦) وهو معامل مرتفع ودال ، وان ما سبق يشير إلى صدق لا بأس به قائمة بيك للاكتتاب .

أما فى البحث الحالي فقد قام الباحث بحساب الصدق لمقياس بيك للاكتتاب ويمكن توضيح ذلك من خلال ما يلى:

(١) - صدق المحك: حيث تم تطبيق المقياس الحالي- مقياس بيك للاكتتاب- إضافة إلى تطبيق مقياس تشخيص الاكتتاب من اعداد : زيرمان وأخرون وترجمة مجدى محمد الدسوقي (٢٠٠٤)، وذلك على أفراد العينة الاستطلاعية وكان قوامها (٢٢) وكان معامل الارتباط بين المقياسين (٠.٨٣) وهو معامل مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) مما يوفر نوع من الثقة فى صدق المقياس المستخدم فى الدراسة.

(٢) - الصدق الذاتى: وهو صدق الدرجات التجريبية بالنسبة للدرجات الحقيقية التى خلصت من شوائب أخطاء الصدق، وبحسب على أساس الجذر التربيعى للثبات وبما أن معامل الثبات لمقياس بيك للاكتتاب هو (٠.٨٦) فإن الصدق الذاتى لهذا المقياس يساوى (٠.٩٣). أى أن المقياس له درجة عالية من الصدق وهو ما يتفق مع ما أشار إليه الباحثين السابقين من تمتع المقياس الحالي بدرجة عالية من الصدق.

(ب) ثبات المقياس

يتميز مقياس بيك للاكتتاب بكفاءة سيكومترية عالية حيث تراوح ثبات المقياس فى العديد من الدراسات العلاجية ما بين (٠.٧٦ - ٠.٨٨). فى حين كان الثبات فى دراسات أخرى يتراوح ما بين (٠.٧٣ - ٠.٩٥). وذلك بالنسبة لمقياس بيك فى الصياغة الأجنبية. أما فى الصياغة العربية فلقد قام بترجمته وبالطبع حساب الثبات له العدد من الباحثين العرب وأجريت عليه دراسات عديدة أهمها دراسة أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٨)، غريب عبد الفتاح (٢٠٠٠) وذلك فى البيئة المصرية، ودراسة ويست والقيسى (١٩٨٥) وذلك فى البيئة السعودية. ولقد تراوحت معاملات الثبات لقائمة بيك للاكتتاب فى البيئة العربية عامة ما بين (٠.٨٣ - ٠.٨٥).

أما فى البحث الحالي فقد قام الباحث بحساب الثبات لمقياس بيك للاكتتاب من خلال إعادة التطبيق بفاصل زمني بفاصل زمني اسبوعين وذلك على عينة مكونة من (٢٢) فرداً وكان

معامل الارتباط بين التطبيقين يساوى (٠.٨٦) وهو معامل مرتفع ، مما يشير إلى تمتع هذا المقياس بدرجة عالية من الثبات.

ب - مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي إعداد سويسى رمضان الظابط (٢٠١٢)

إن هذا المقياس يعتبر مقياس جمعي ويصلح للتطبيق الفردي أيضاً ، كما يصلح للتطبيق على مختلف أفراد المجتمع بصرف النظر عن الفئة التي ينتمي إليها، ويمكن تناوله بالشرح والتحليل على النحو التالي :

١ - وصف المقياس :-

يشتمل مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي الحالي على خمسة أبعاد أساسية هي: البعد التعليمي ويشتمل على خمسة اختيارات مختلفة، البعد المالي ويشتمل على خمسة اختيارات مختلفة، البعد الحياتي المعاش ويشتمل على سبعة اختيارات مختلفة، البعد الثقافي ويشتمل على أربعة اختيارات مختلفة، البعد الخدمي "الخدمات الموجودة داخل الأسرة" ويشتمل على خمسة بنود مختلفة)، وكل بعد يشتمل على عدد من البنود المتعدده وهذه البنود لها درجات محدد وتتمثل هذه الأبعاد فيما يلي :

٢ - تصحيح المقياس :

يتم جمع الدرجات الخاصة بالأبعاد الخمسة لتمثل درجة واحدة، يتحدد بناء عليها المستوى الاقتصادي والاجتماعي للفرد المطبق عليه المقياس ، ويمكن تحديد ذلك بصورة إجمالية كما يلي:

- البعد الأول : البعد التعليمي :

يتم تحديد الدرجة على هذا البعد بجمع درجة الأم والأب والشخص نفسه، وذلك بعد إجابته على متصل معين يوضح درجة التعليم التي وصل إليها كل منهم وهو مقسم تصاعدياً، أي كلما زادت درجة التعليم كلما زادت الدرجة التي يحصل عليها الفرد ، وعلى ذلك تكون أعلى درجة يحصل عليها الفرد فى هذا البعد (١٥) درجة وأقل درجة (٣) درجات.

- البعد الثاني : البعد المالي (الدخل الشهري)

يتم تحديد الدرجة على هذا البعد من خلال توضيح الفرد لمدى كفاية الدخل الشهري أو عدم كفايته، وتكون أعلى درجة يحصل عليها الفرد فى البعد المالي هي (٥) درجات وأقلها درجة واحدة.

– البعد الثالث : البعد الحياتي المعاش

تحدد الدرجة على هذا البعد من خلال جمع الدرجتين على الفرعين الممثلين له وهما (نوع السكن، وعدد الأفراد فى الغرفة الواحدة)، وبذلك تكون أعلى درجة يحصل عليها الفرد فى البعد الحياتي المعاش هي (٧) درجات، وأقلها درجتان.

– البعد الرابع : البعد الثقافى

يتم تحديد الدرجة على هذا البعد من خلال جمع الدرجات الخاصة بالبنود الفرعية والممثلة لهذا البعد، وبذلك تكون أعلى درجة يحصل عليها الفرد فى البعد الثقافى وذلك بعد جمع درجات البنود هي (٤) درجات، وأقلها درجة واحدة.

– البعد الخامس : البعد الخدمي

تحدد درجة الفرد على هذا البعد بجمع الدرجات التي يحصل عليها من خلال إجابته على البنود الممثلة للبعد الخدمي ، وبذلك تكون أعلى درجة يحصل عليها الفرد فى البعد المالي هي (٥) درجات وأقلها درجة واحدة، مع الأخذ فى الاعتبار أن كل بند أجاب الفرد بأنه متوفر داخل الأسرة يأخذ عليه درجة واحدة.

٣ - تفسير الدرجة على المقياس :

تمثل الدرجة المرتفعة على مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي بالنسبة للفرد المطبق عليه المقياس ارتفاع مستواه الاقتصادي والاجتماعي ، فى حين تمثل الدرجة المنخفضة على نفس المقياس انخفاض معدل المستوى الاقتصادي والاجتماعي لهذا الفرد. ويمكن تفسير الدرجة التي يحصل عليها الفرد بما يلي: أقل من (١٨) يعتبر الفرد ذو مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض، من (١٩ – ٢٨) يعتبر الفرد ذو مستوى اقتصادي واجتماعي متوسط، ومن (٢٩ – ٣٦) يعتبر الفرد ذو مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع.

٤ – الخصائص السيكومترية للمقياس:

(أ) – صدق المقياس :-

قام معد المقياس بحساب صدق مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي من خلال طريقتين من الصدق هما:

(١) – صدق المحكمين: حيث تم عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين لإبداء الراى فى مدى علاقة كل بند من بنود المقياس بالسمة المراد قياسها، ولقد تم هذا الأمر فى حساب صدق مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي، حيث عرض على مجموعة

من المتخصصين في علم النفس وعلم الاجتماع ، ثم تم تفرغ بيانات السادة المحكمين وحساب نسبة الموافقة على كل بند على حدة فتراوحت هذه النسبة بين (٨٠ % - ١٠٠ %) ، وقد أجمعت آراء السادة المحكمين على مناسبة المقياس وصلاحيته لقياس ما وضع لقياسه وهو المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

(٢) صدق المحك: قام معد المقياس بحساب صدق المقياس الحالي وهو مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي عن طرق صدق المحك، حيث قام الباحث بتطبيق المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية والمكونة من (٢٠) فرداً ، وفي نفس الوقت تم تطبيق مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة من إعداد عبد العزيز الشخص (١٩٩٥) ، وكان معامل الارتباط بين متوسطي درجات أفراد العينة في التطبيقين يساوي (٠.٨٥) وهو معامل مرتفع، ومما سبق عرضه يتضح أن المقياس على درجة عالية من الصدق.

أما في البحث الحالي فقد تم حساب الصدق لمقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي بطريقة الصدق الذاتي وهي طريقة تعبر عن صدق الدرجات التجريبية بالنسبة للدرجات الحقيقية التي خلصت من شوائب أخطاء الصدق، وتحسب على أساس الجذر التربيعي للثبات وبما أن معامل الثبات لمقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي هو (٠.٨٣) فان الصدق الذاتي لهذا المقياس يساوي (٠.٩١). أي أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

(ب) - ثبات المقياس :-

قام معد المقياس بحساب معامل الثبات لمقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي من خلال طريقة إعادة التطبيق بفواصل زمني (٩) أيام وذلك على عينة مكونة من (٢٠) فرداً - العينة الاستطلاعية - وكان معامل الارتباط بين التطبيقين (٠.٩٥) وهو معامل مرتفع ، مما يشير إلى تمتع هذا المقياس بدرجة عالية من الثبات.

أما في البحث الحالي فقد قام الباحث بحساب درجة الثبات بطريقة إعادة الاختبار وذلك على عينة من (٢٢) فرداً وذلك بفارق زمني أسبوعين، ثم قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين الدرجات في التطبيقين الأول والثاني فحصل على معامل قدرة (٠.٨٣) وهو معامل ثبات مرتفع مما يطمئن الباحث إلى توافر شروط الثبات للمقياس.

ج - برنامج الإرشاد الوالدي لأمهات المرضى بمرض الصوت إعداد الباحث .

هذا البرنامج هو برنامج إرشادي يقدم للأمهات (المجموعة الثانية) وهي مجموعة أمهات المرضى بمرض الصوت وتسمى المجموعه التجريبية، وذلك للحد من مشاعر الاكتئاب

لديهن ولمواجهة الاحباطات ومشاعر الأسى والحزن المسيطره عليهن نظراً لمرض أبنائهن فضلاً عن ذلك زيادة مستوى الصحة النفسية عندهن. وسوف يعرض الباحث لعناصر هذا البرنامج الإرشادى فيما يلي:

١ - أهداف البرنامج الإرشادى:

يهدف البرنامج الحالي إلى تحقيق عدداً من الأهداف الهامة هي :-

(أ) - مساعدة الأم على أن تقوم بدور واضح ومحدد فى عملية العلاج، من أجل الوصول إلى درجة مقبولة من الصحة النفسية لها شخصياً ولأبنها المريض بمرض الصوت ولكي تصبح كباقي أفراد المجتمع.

(ب) - تنمية مهارات الأم على كيفية استخدام أساليب المواجهة والسلوكيات الفعالة (فنيات العلاج) فى خفض معدلات والاكتتاب لديها، وذلك بعد قيامها بدور العميل وتلقيها الخدمة الإرشادية أولاً.

(ج) - تقوية روح الجماعة بالمناقشة لدى الأمهات والتدريب على كيفية التنظيم والتفكير السليم والدخول فى علاقات سليمة مع الآخرين والتفاعل معهم خاصة (الأبن المريض) من أجل إزالة مسببات الاكتتاب والحزن، ومنع وصول هذه المسببات إلى مستوى يهدد فرص التمتع بنوع من الصحة النفسية العامة.

٢ - مصادر بناء البرنامج الإرشادى:

اعتمد الباحث أثناء إعداد البرنامج الإرشادى الحالي على الخطوات المتبعة فى الإرشاد الأسري - مع وجود انفتاح لدى الباحث للاستفادة من الدراسات السابقة - وعلى أساسيات العلاج المعرفى السلوكي كما قرره (أليس وميشنوم وغيرهم) لأنه يعتبر من أكثر أنواع العلاجات الملائمة لإيقاع العصر من حيث السرعة والتطور اليومي المستمر، مع الأخذ فى الاعتبار أن هذا النوع من الإرشاد يوفر كثيراً من الوقت والجهد والنفقات.

٣ - الطريقة المستخدمة فى البرنامج الإرشادى:

اعتمد البرنامج الحالي على طريقة الإرشاد الجماعي وذلك لعدة أسباب هي: يعمل على تقوية روح الجماعة، ويتيح الفرصة للدخول فى علاقات قوية وسلمية مع الآخرين ، والتفاعل معه، كما يحقق الأهداف العلاجية المرغوبة وذلك عن طريق الإتصال المباشر بين الأمهات المشاركات فى البرنامج العلاجي بعضهم البعض وبين المرشد، فضلاً عن تنمية القدرة على اكتساب أنماط السلوك الايجابية والناضجة، كما أنه يتيح الفرصة للأمهات المشاركات فى

البرنامج العلاجي لممارسة خبرات جماعية مع الآخرين، مما يوفر قدرة كبيرة على التنظيم والتفاعل البناء مع الجماعة.

٤ - مدة البرنامج الإرشادى :

عدد جلسات البرنامج الحالي (١٠) جلسة تستغرق (٥) أسابيع ، بواقع جلستين أسبوعياً، ومدة الجلسة (٦٠) دقيقة موزعة كالتالي: مناقشة الواجب المنزلي ويستغرق (١٥ : دقيقة)، ومحاضرة + إحدى الفنيات العلاجية وتستغرق (٢٥ : دقيقة)، والحوار والمناقشة ويستغرق (١٥ : دقيقة)، وإجراءات إنهاء الجلسة وتستغرق (٥ : دقائق).

٥ - المستفيدون من البرنامج الإرشادى :

أمهات المرضى بمرض الصوت من عينة الدراسة (المجموعه التجريبية) وهن أمهات ذات أعمار متقاربة ، ومستويات تعليمية واقتصادية متقاربة، ومهن مختلفة.

٦ - مكان تطبيق البرنامج الإرشادى :

تم تطبيق البرنامج الإرشادى الحالي فى مستشفى المنيا الجامعي بوحدة أمراض التخاطب ، ويتعاون وإشراف رئيس القسم وأعضاؤه .

٧ - الفنيات المستخدمة فى البرنامج الإرشادى :

اشتمل البرنامج الحالي على عدد من الفنيات الإرشادية تتمثل فيما يلي :-

(أ) - فنيتي المراقبة والواجبات المنزلية : - Monitoring & Homework

تعتبر فنية المراقبة من أهم الفنيات الإرشادية التي تم تدريب العميل عليها مبكراً وفي بداية البرنامج الإرشادى ، ولقد طلب فيها من العميل (الأم) ملاحظة السلوكيات غير المرغوبة والتي تصدر عنها شخصياً ، وتسجيلها لمناقشتها خلال جلسات البرنامج الإرشادى ، وليتمكن المعالج من وضع خطة علاجية محددة لمواجهة هذه السلوكيات السلبية وهي ما تجلب لها كل مواقف الاحباط والحزن فيعمل المعالج على استبدالها بمواقف تبث روح الإيجابية والطمأنينه الخارجية والداخلية وتحسن مستوى الصحة النفسية لدى الأمهات.

بالإضافة إلى ذلك هناك فنية هامة أيضاً وذات صلة بالفنية السابقة وهي (الواجبات المنزلية) ويتعلمها العميل (الأم) مبكراً، ويتم من خلالها تدريب العميل على ممارسة المهارات التي تعلمها خلال جلسات البرنامج الإرشادى فى حياته اليومية ، حيث أن العميل (الأم) فى البرنامج الإرشادى الحالي يكتسب عدداً من المهارات والخبرات الجديدة - وذلك فى كل جلسة - تساعد على التقدم فى عملية العلاج ، ويطلب من الأم وبصورة محددة وواضحة تطبيق ما

تدريبت عليه خلال الجلسة الإرشادية فى حياتها اليومية وعلى أبنها المريض ليتم مناقشتها قبل الجلسة التالية ، وهكذا طوال جلسات البرنامج الإرشادى. وتعتبر فنية الواجبات المنزلية من الفنيات الثابته والمستمرة طوال مدة البرنامج الإرشادى.

(ب) - فنية الحوار والمناقشة (التعليم النفسى) - Psycho Education

ويتم من خلالها زيادة معارف ومعلومات العميل (الأم) عن المرض الذي أصاب أبنها والمتمثل فى المرض التخاطبى المسمى بمرض الصوت، مع بيان العلاقة بين الأمراض النفسية والأمراض التخاطبية بصفة عامة ، فضلاً عن تواجد نوع من الحوار والمناقشة الايجابية أثناء الجلسات سواء بين العميل والمرشد (الباحث)، أو بين الأمهات بعضهم البعض، مع وجود توجيهات واضحة ومحددة من المرشد تتعلق بأن هذا المرض الصوتى من الأمراض التى لها علاج وأنه عند تعرض الأم للإحباط والحزن فإنها سوف تزيد مدة العلاج وتؤثر سلبياً على حالة الأبن المريض بمرض صوتى. هذا ويرغب الباحث من خلال هذه الفنية أن تزيد معلومات ومعارف العميل (الأم) عن عدة أمور هامة ويمكن شرح ذلك فيما يلى:

- يوضح الباحث العلاقة بين الإحساس الشديد بالحزن والأسى نتيجة لمرض الأبن بمرض صوتى وإصابه بالاكتئاب النفسى بالإضافة إلى أن الأم هى المسئولة عن ذلك فهى وحدها القادرة على استدعاء الخبرات المؤلمه والحزينه المصاحبة لمرض ابنها وهى فى نفس الوقت هى القادرة على نبذ مثل هذه الخبرات واستدعاء خبرات ايجابية بدلاً منها تتعلق بمرض الأبن وبحياتها اليومية.

- يشرح الباحث ويؤكد على أن المرض الذي أصاب الأبن وهو (مرض الصوت) والعوامل المسببة له وطريقة علاجه، والعوامل المساهمة فى العلاج كالتقبل والمحبة والتعزيز لكل سلوك إيجابى يأتي به المريض وهو ما يعمل على زيادة الصحة النفسية لديه وبالتالي التخفيف من حدة المرض.

- يقوم الباحث بتوضيح العلاقة بين الأمراض النفسية والأمراض التخاطبية بصفة عامة، مع بيان العلاقة بين مريض الأبن وهو (مرض الصوت) وكلاً من القلق والاكتئاب بصفة خاصة.

- يعمل الباحث على توضيح كيفية مساعدة الأبن المريض بمرض الصوت من أجل تخطى المرحلة الحالية (مرحلة المرض) وتخفيف حدة القلق والاكتئاب لديه، وفى نفس الوقت

يعلم الأم كيفية مواجهة ومجابهة عدداً من المواقف السلبية التى تواجهها خلال مرحلة العلاج.

(ج) - فنية التدريب على حل المشكلات - Problems Solve

وتم من خلال هذه الفنية الإرشادية إعادة البناء المعرفي لأفراد العينة، ولقد تم إتباع الأساليب التى حددها (ميشنبوم Meichenbaum) وتتمثل فى تلخيص فكرة المشكلة، ووضع المعطيات والمطلوب وتحديدتهما، ثم وضع تصور واضح لحل المشكلة، وكتابة الحل النهائى واضحاً، وعمل مراجعة الحل النهائى مع اقتراح حلول بديلة تستخدم فى وقت الحاجة إليها، وأخيراً التنفيذ وهو يعنى تطبيق تلك الحلول على المشكلات الفعلية، والتى تتمثل فى الأنماط السلوكية المرضية وغير المرغوبة.

ويرى الباحث أن تطبيق التعليم السابق على مشكلات فعلية تتمثل فى الأنماط السلوكية المرضية التى تصدر عن الأم يعد من صميم عمل البرنامج الإرشادى الحالى، وما يتبع ذلك من ضرورة التوصل لحل مناسب من قبل الأم للسلوكيات الاكتئابية ، ويأتى ذلك من خلال التدريبات التى تتلقها الأم أثناء البرنامج وهو ما يساعدها على زيادة التفاعل الاجتماعى مع من حولها وخاصة الابن المريض ، وبالتالي زيادة مستوى الصحة النفسية لديها ويقلل نسبة اللإحباط والاكتئاب التى بدأت تظهر عندها نتيجة لمرض أبنها المريض بمرض الصوت ، ومما يجعلها تسير فى طريق الشفاء المأمول.

(د) - فنية النمذجة : - Modeling

وهى فنية تستخدم كإستراتيجية لمواجهة الضغوط النفسية ذات الصلة بمرض الأبن ويتم ذلك من خلال التدريب على أداء المهارات المطلوبة من أجل مواجهة المشكلات المصاحبة للمرض، ولتحقيق أهداف البرنامج الإرشادى خاصة بعد عرض نماذج من السلوكيات المرضية التى يأتى بها المريض، وبيان كيفية مواجهتها، وبصورة أكثر تحديداً بيان كيفية علاجها مع توضيح دور الأم فى عملية العلاج وذلك بعد تدريبها عملياً - فى ظل وجود نماذج مرضية - على عملية العلاج الصحيح مع وجود نوع من الإرشادات النفسية الضرورية التى تزيد من فرص النجاح ، كما تزيد من مستوى الصحة النفسية لديها ولدى الأبن المريض بتقبله وتقبل مرضه، وتقبل طريقة العلاج المستخدمة.

(هـ) - فنية التحصين ضد الضغوط : - Stress Inoculation

وهى فنية تعتبر من أهم فنيات البرنامج الإرشادى الحالى وعن طريقها يتم تعويد العميل (الأم) على طريقة واضحة ومحددة لمواجهة الضغوط والإحباطات التي يسببها مرض الأبن، وإنها بكل بساطة كما يرى ميتشنيوم (Meichanbaum, 1983) تعتبر أسلوب من التعود التدريجي المنظم للضغوط الخارجية والداخلية، وفيه يتم التعرف على المثيرات والاستجابات الشاذة التي تستثيرها بعض المواقف المتعلقة بمرض الابن ، ثم يبدأ المعالج فى توعية العميل (الأم) بهذه المواقف، ويحدد معها عدد من السلوكيات الإيجابية لمواجهة هذه المواقف بالإضافة إلى تدريبها على نوع من الحوار الداخلي الإيجابي بدلاً من الحوار السلبي، فضلاً عن عدد من التعليمات يحددها المعالج ، وتأخذ صورة الإرشاد والحث على المواجهة الإيجابية والفعالة للمواقف الصعبة والضاغطة . ولا بد من التأكيد على أن أهم وأول الخطوات التي استخدمت فى هذه الفنية هي قبول الأبن المريض وقبول مرضه ، وأنه من خلال هذه الفنية تتمكن الأم من أن تتعامل مع المشكلات بشكل أفضل على ما اعتادت عليه فى الماضى ، بالإضافة إلى التعايش الايجابي مع المواقف الضاغطة - بل والتعامل معها - والتي قد يسببها مرض الأبن، وهو ما يجعلنا نسير فى الطريق المأمول والمؤدى إلى الشفاء.

(و) - فنية الاسترخاء:

وهى فنية يستخدمها أغلب المعالجين والمرشدين النفسيين لما لها من أثر بالغ فى تهدئته وضبط المجموعه العضلية لدى المسترشد فضلاً على قدرة فنية الاسترخاء على إعطاء المسترشد درجة من التحكم الداخلى والثبات الانفعالى فيعمل كل ذلك على تحسن كبير فى الصحة النفسية لديه. وفي البرنامج الحالى تم تدريب الأمهات على استخدام الاسترخاء من خلال التدريب على التحكم العضلى وعملية استرخاء كامل للعضلات بأوامر شخصية داخلية من الأم ويتعليمات من المعالج وتبدأ من أسفل عضلة فى الجسم (وهى عضلات صوابع القدم) إلى أعلى عضلة فى الجسم وهى عضله الرأس والرقبة وكل ذلك يتم بطريقة ثابتة وبنظام وتخطيط مسبق ، فضلاً عن شرح واضح وشافى للأمهات قبل بدء هذه الفنية.

٨ - تحكيم البرنامج الإرشادى :

قام الباحث بعرض البرنامج الإرشادى الحالى المصمم لأمهات المجموعه الثانية وهن أمهات المرضى بمرضى الصوت (المجموعه التجريبية) فى صورته الأولية على مجموعة من المحكمين فى علم النفس والصحة النفسية، وبعض المتخصصين فى أمراض التخاطب، وذلك بهدف التحقق من مدى ملائمة البرنامج الإرشادى لأفراد العينة، فضلاً عن مدى صحة

الإجراءات التطبيقية المستخدمة فى هذا البرنامج الإرشادى. ولقد أجريت التعديلات المطلوبة وفقاً لتعليمات عدداً من المحكمين ومن ثم فقد تم إعداد الصورة النهائية للبرنامج الإرشادى والذي تم تطبيقه على أمهات المجموعه الثانية من العينة وهن أمهات المرضى (بمرض الصوت)، وكان قد طلب منهم وضع تقدير يتراوح من (١ - ١٠) لكل جلسة من جلسات البرنامج، وكان متوسط نسبة اتفاق المحكمين على كل جلسات البرنامج الإرشادى (٨٥%).

٩ - البطاقات الإرشادية:

(أ) - بطاقة المتابعة المنزلية:

وهى بطاقة تم اعدادها وتتضمن عدداً من المعلومات والمعارف التى يكلف بها الباحث الامهات كواجب منزلى على أن يتم مناقشتها ومراجعتها في أول كل جلسة علاجية وقبل بداية الجلسة، مع التأكيد على تقديم هذه البطاقات في بداية البرنامج وشرح هدفها وما هو المطلوب من الام أن تسجله فيها.

(ب) - بطاقة الاسترخاء:

وهى بطاقة تضم طلبات محدد عند ممارسة فنية الاسترخاء وذلك وفقاً لما تحصل عليه الأم من جلسات إرشادية، حيث يتم تعليم الأمهات لكيفية الاسترخاء تدريجياً وفى نهاية كل جلسة يطلب المعالج من الأمهات ممارسة ما تعلمته من استرخاء وتسجيله داخل البطاقة المحددة لذلك وتسجيل كل البيانات المطلوبه في البطاقة والتى تضم (مكان الاسترخاء وساعته وكيفيته والمدة التى استغرقت في تطبيق الاسترخاء) وذلك كله حتى يتم مناقشته خلال الجلسة التالية وتصحيح الخطأ منه وتزويد الأم بمهام استرخائية جديدة.

(ج) - بطاقة التقييم :

وهى تتضمن نوعاً من التقييم المتصل من (١ إلى ١٠) لكل جلسه وهذا التقييم يمارسه المعالج وتمارسه الأم ، وكلاً منهما يضع تقيماً محدداً وبالدرجات لكل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادى ، وكلما كانت درجات التقييم مرتفعه كلما كان البرنامج الإرشادى يسير في الاتجاه الصحيح وعندما تنخفض هذه الدرجات يكون ذلك إشارة واضحة للمعالج بأن هناك خلل معين ولا بد من مواجهته وتصحيحه وبسرعه ويتم مراجعه بطاقة التقييم في بداية كل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادى.

نتائج البحث وتفسيرها (١) :

أولاً - نتائج الفرض الأول

وينص على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات كل من أمهات المصابين باضطرابات الصوت من المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس الاكتتاب فى القياس البعدى" لصالح المجموعة التجريبية. وللتحقق من هذا الفرض السابق قام الباحث باستخدام اختبار مان - ويتني (Mann - Whihtney test)، وذلك لحساب دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الأولى / المجموعة الضابطة) ومتوسطي درجات مجموعة أمهات المرضى بمرض الصوت (الفئة الثانية / المجموعة التجريبية) على مقياس الاكتتاب فى القياس البعدى، ثم الرجوع إلى متوسطات درجاتهن للتعرف على اتجاه تلك الفرق. ويتضح ذلك فيما يلي:

جدول (٢)

دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات كل من أمهات المصابين باضطرابات الصوت من المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس الاكتتاب فى القياس البعدى

مستوى الدلالة	قيمة " Z "	قيمة " W "	قيمة " U "	المجموعة التجريبية (ن=٩)		المجموعة الضابطة (ن=٩)		الأبعاد
				متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	
دالة	١,٦٥٧-	٦٧	٢٢	١٠٤	١١,٥٦	٦٧	٧,٤٤	المقياس ككل

القيم الحرجة الجدولية " $U'' = 21$ عند مستوى (٠.٠٥) فى حالة (ن=١ ن=٢ =٩).

يتضح لنا من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات كل من أمهات المصابين باضطرابات الصوت من المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس الاكتتاب فى القياس البعدى عن مستوى (٠.٠١) لصالح المجموعة التجريبية، وبذلك تحقق الفرض الأول.

(١) يشكر الباحث د./ مصطفى خليل - مدرس الصحة النفسية بكلية التربية - جامعة المنيا لمساعدته للباحث فى اجراء العمليات الاحصائية الخاصة بنتائج الدراسة.

ثانياً : نتائج الفرض الثانى

وينص على "أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الثانية / المجموعة التجريبية) فى القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتتاب لصالح القياس البعدي". وللتحقق من هذا الفرض السابق قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon - W) كأسلوب لابارامتري، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الثانية / المجموعه التجريبية) فى القياسين القبلي والبعدي فى الاكتتاب، ويتضح ذلك فيما يلي:

جدول (٣) دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أمهات المصابين باضطرابات الصوت فى القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتتاب (ن=٩)

الأفراد	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	الفروق مع مراعاة الإشارات	الفروق المطلقة	رتب الفروق دون مراعاة الإشارات	رتب الفروق السالبة	رتب الفروق الموجبة	القيمة الحرجة الجدولية (ن=٩)	الدلالة
١	٣٠	١٣	١٧	١٧	٨.٥	صفر	٨.٥		
٢	٢٧	١١	١٦	١٦	٧		٧	القيمة الحرجة الجدولية عند مستوى ٥ = ٠.٠٠٥	
٣	٢٩	١٩	١٠	١٠	١		١	القيمة الحرجة الجدولية عند مستوى ٢ = ٠.٠٠١	
٤	٣٣	١٨	١٥	١٥	٦		٦		
٥	٣٣	١٦	١٧	١٧	٨.٥		٨.٥		
٦	٢٩	١٥	١٤	١٤	٤.٥		٤.٥		
٧	٣١	٢٠	١١	١١	٢		٢		

الأفراد	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	الفروق مع مراعاة الإشارات	الفروق المطلقة	رتب الفروق دون مراعاة الإشارات	رتب الفروق السالبة	رتب الفروق الموجبة	القيمة الحرجة الجدولية (ن=٩)	الدلالة
٨	٣١	١٧	١٤	١٤	٤.٥		٤.٥		
٩	٣٠	١٧	١٣	١٣	٣		٣		
(ن) عدد الأزواج = ٩ مجموع رتب الفروق السالبة (ش ١)						صفر			
مجموع رتب الفروق الموجبة (ش ٢)							٤٥		

ش ١ (الصغرى) = صفر > القيمة الحرجة الجدولية عند مستوى (٠.٠١)

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات أمهات المصابين باضطرابات الصوت من المجموعة التجريبية على مقياس الاكتتاب قبل وبعد تطبيق البرنامج الأسري، حيث كانت الفروق لصالح القياس البعدي في الوضع الأفضل، وبذلك تحقق الفرض الثاني.

ثالثاً : نتائج الفرض الثالث

وينص على "أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أمهات المصابين باضطرابات الصوت من المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي (بعد انتهاء البرنامج مباشرة)، والتتبعي (بعد مرور شهر ونصف من انتهاء البرنامج) على مقياس الاكتتاب". وللتحقق من هذا الفرض السابق قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon - W) كأسلوب لابارامتري، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (الفئة الثانية /المجموعة التجريبية) فى القياسين البعدي والتتبعي فى الاكتتاب. ثم الرجوع إلى متوسطات درجاتهن للتعرف على اتجاه تلك الفروق، ويتضح ذلك فيما يلي :

جدول (٥) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أمهات المصابين باضطرابات الصوت فى القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاكتتاب الدرجة الكلية (ن=٩)

الأفراد	درجات القياس البعدي	درجات القياس التتبعي	الفروق مع مراعاة الإشارات	الفروق المطلقة	رتب الفروق دون مراعاة الإشارات	رتب الفروق السالبة	رتب الفروق الموجبة	القيمة الحرجة الجدولية (ن = ٩)	الدلالة
١	١٣	١٢	١	١	٢.٥	-	٢.٥	القيمة الحرجة الجدولية عند مستوى ٥ = ٠.٠٠٥ القيمة الحرجة الجدولية عند مستوى ٢ = ٠.٠٠١	غير دال
٢	١١	١٤	٣-	٣	٧	-	-		
٣	١٩	١٧	٢	٢	٥	-	٥		
٤	١٨	١٩	١-	١	٢.٥	٢.٥	-		
٥	١٦	١٣	٣	٣	٧	-	٧		
٦	١٥	١٥	صفر	صفر	صفر	-	-		
٧	٢٠	١٩	١	١	٢.٥	-	٢.٥		
٨	١٧	١٦	١	١	٢.٥	-	٢.٥		
٩	١٧	٢٠	٣-	٣	٧	٧	-		
				(ن) عدد الأزواج = ٩ مجموع رتب الفروق السالبة (ش ١) مجموع رتب الفروق الموجبة (ش ٢)		١٦.٥	١٩.٥		

ش ١ (الصغرى) = ١٦.٥ ، القيمة الحرجة الجدولية عند مستوى (٠.٠٠١)

يتضح من الجدول السابق وجود فروق غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٠٥) بين متوسطي رتب درجات أمهات المصابين باضطرابات الصوت من المجموعة التجريبية على مقياس الاكتاب فى القياسين البعدي والتتبعي ، وبذلك تحقق الفرض الثالث.

مناقشة نتائج البحث :-

تبين من نتائج الفرض الأول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٠١) بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) فى الاكتاب، وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية أي مجموعه أمهات المصابين باضطرابات الصوت والتي طبق عليها برنامج للإرشاد الوالدى. ويمكن تفسير ذلك بأن خضوع الأمهات لبرنامج إرشادى يعمل على زيادة كمية التعليم والمعارف النظرية، فضلاً عن زيادة كمية المهارات والتدريبات العملية ، كما يعمل على تغيير تعاملات هؤلاء الأمهات مع الآخرين نحو الأفضل، بل ويؤدى إلى تغيير سلوكياتهن السلبية ،

وتعديل نظرتهم إلى الحياة، فإن كل ذلك سوف يؤثر بالضرورة تأثيراً إيجابياً على حياتهم النفسية وتصرفاتهم الانفعالية مع كل أفراد المجتمع الخارجي، وبخاصة أفراد الأسرة التي ينتمين إليها، وبالتالي يحسن من مشاعر الاكتئاب لديهم.

ويرى الباحث أن خضوع الأم لبرنامج للإرشاد الوالدى يعمل على تقوية قدرات الأم لتجاوز مرحلة الإحباطات والأسى كما يزيد من معدل الثقة بالنفس، فالأم التي لديها ثقة بنفسها تكون لديها كفاءة في التعامل مع الآخرين خاصةً بأنها المريض بمرض الصوت، كما تستطيع أن تقيم علاقات اجتماعية جيدة مع العالم الخارجى بصرف النظر عن طول فترة مرض الأب أو قصرها، في الوقت الذي لا ترغب فيه الأمهات أصحاب مشاعر الاكتئاب والحزن على مرض ابنهن وأصحاب الثقة المحدودة بأنفسهن فى التعامل مع الآخرين، فهم يعتبرون أنفسهم وابنه المريض بمرض الصوت عالاه علي على هؤلاء الآخرين أو غير صالحين للتعامل معهم.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة نادية رجب (٢٠٠٦) ودراسة جرنبيرج (Greenberg, 1983) عن فاعلية برنامج للإرشاد والتدريب المنزلي في خفض كلاً من الاكتئاب أو الضغوط الواقعة على الوالدين نتيجة لمرض الأب، حيث ثبت من نتائج الدراسات أن البرنامج الإرشادى عادةً ما يكون له تأثير دال إحصائياً في خفض الاضطرابات النفسية لدى الأمهات المنتمين للمجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج الإرشادى ، وذلك عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة، كما أن هناك تحسناً في التواصل وزيادة في المعارف والمعلومات لدى الأمهات خاصةً بعد خضوعهن للبرنامج الإرشادى عن الأمهات الاتى لم يقدم لهن أي برامج علاجية أو إرشادية.

كما تبين من نتائج الفرض الثانى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين القياسين (القبلى والبعدى) فى الاكتئاب لدى مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (المجموعه الثانية/التجريبية) ، وهذه الفروق لصالح القياس البعدي أي بعد أن طبق على الأمهات برنامج للإرشادى الوالدى. ويمكن تفسير ذلك بأن أمهات المصابين باضطرابات الصوت (المجموعه التجريبية) بعد خضوعهن لبرنامج للإرشاد الوالدى تحسنت لديهن مشاعر الحزن والأسى بدرجة كبيرة كما قلل هذا البرنامج الإرشادى من المشاعر الاكتئابية لديهم ، والتي كانت تزداد يوماً بعد يوم وبالتالي تحسنت الصحة النفسية لدى معظم الأمهات المشاركات فى البرنامج الإرشادى ، وهو ما أثر بدرجة كبيرة وإيجابية على إجاباتهم

على مقياس الاكتتاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادى عند مقارنة إجاباتهم على نفس المقياس قبل تطبيق البرنامج الإرشادى عليهم.

تتفق هذه النتيجة مع ما أكدته دراسة يوسف عبد الوهاب (١٩٩٤) ودراسة مصطفى على رمضان مظلوم (٢٠٠٣) وقد أوضحا أن حصول الأم على تدعيم نفسى ومشاركتها فى برنامج للإرشاد الوالدى خفف من مشاعر الاكتتاب لديها وحسن من مستوى الصحة النفسية عندها وساهم كثيراً فى تغيير سلوكها إلى الأفضل والأحسن وأصبحت أكثر إيجابية وانفتاحاً على العالم الخارجى بل وتعديل أو تحسن تعاملها مع أبنها المريض بدرجة كبيرة.

ويؤكد الباحث على أنه عندما استخدم برنامج للإرشاد الوالدى من أجل خفض الضغوط ومشاعر الاكتتاب لدى أمهات المصابين باضطرابات الصوت كان مستوى الصحة النفسية لديهن يزداد إيجابية يوماً بعد يوم ، كما أن شعور هؤلاء الأمهات بالسعادة والرضا لما تعلمنه طوال جلسات البرنامج كانت فى ارتفاع متامى، وهو ما أثر بالإيجاب على سلوكهن ومشاعرهن بل وتعاملهن مع أبنائهم المرضى بمرض الصوت.

كما تبين من نتائج الفرض الثالث وجود فروق غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥) بين القياسين البعدي (بعد انتهاء البرنامج مباشرة) ، والتتبعي (بعد مرور شهر ونصف من انتهاء البرنامج) على مقياس الاكتتاب لدى مجموعة أمهات المصابين باضطرابات الصوت (المجموعة الثانية /التجريبية). ويمكن تفسير ذلك بأن أمهات المصابين باضطرابات الصوت (المجموعة التجريبية) بعد خضوعهن لبرنامج للإرشاد الوالدى زادت لديهن عوامل الإقبال على الحياه والرضا بما فيها من مواقف سواء كانت مواقف أفرح أو أحزان، من ناحية أخرى أتاح هذا البرنامج الإرشادى فرصة للأمهات للتنفيس الانفعالى والاستبصار الذاتى الذى مكنهن من فهم مشكلاتهن والتعامل معها على نحو أفضل.

ومن خلال نتائج هذا الفرض والتي أكدت على استمرار فاعلية البرنامج الإرشادى فى تحسين الصحة النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية ويرجع الباحث سبب ذلك إلى أن الامهات أصبحن أكثر إيجابية وانفتاحاً على العالم الخارجى بل وتعديل أو تحسن تعاملها مع أبنها المريض بدرجة كبيرة وبالتالي ظهرت النتائج العلاجية الجيدة والمؤدية للشفاء من مرضه الذى ألم به ، وكل هذا حدث بمساعدة الام التى تحسنت صحتها النفسية كثيراً .

وبناءً على النتائج السابقة والتي أكدت على أن أمهات المصابين باضطرابات الصوت (المجموعة التجريبية) لم تظهر فروقاً فى الاكتتاب فى القياسين (البعدي والتتبعي) فإن الباحث

يرى أن السبب الرئيسى لهذا الامر هو خضوعهن للبرنامج الإرشادى وهو ما ساهم بدرجة كبيرة فى انخراطهن فى إقامة علاقات اسرية جيدة كما حسن مستوى الصحة النفسية لديهن، ولقد أثر هذا بالإيجاب على سلوكهن ومشاعرهن بل وتعاملهن مع أبنائهم المرضى بمرض الصوت، بل وتعاملهن مع الآخرين كما تحسنت نظرتهم للمستقبل والحياء والواقع الخارجى.

توصيات الدراسة :

وفى النهاية يرى الباحث أن الأمهات فى كل المجتمعات المعاصرة تعتبر الركن الأساسى فى الأسرة كما أنها تتحمل كل هموم وطلبات الاسرة ولذلك فيجب على الباحثين والدارسين فى العلوم النفسية تركيز الاهتمام بصورة أكبر على مجتمع الأمهات خاصة وأن الاهتمام بالأم وتوفير صحة نفسية لها ينعكس بالإيجاب على كل أفراد الأسرة فالأم كما قال الشاعر العربى :

الأم مدرسة إن أعدتها ----- أعدت شعباً طيب الأعراق

من ناحية أخرى يرى الباحث أن الأم عادةً عندما تقع فى برائين الاكتتاب يكون ذلك ناتجاً لتعرضها لضغوط شديده من ثلاثة جهات وهى: الضغوط الأسريه الممتلئة فى الأب والأبناء، والضغوط المجتمعية المتمثلة فى أفراد هذا المجتمع، والضغوط الداخلية المتمثلة فى الاستعداد الشخصي أو الداخلى للأم. ولكى يتم تخفيف هذه الضغوط وتحسين الصحة النفسية للأمهات فلا بد من تعاون كلاً من الأسرة والمجتمع خاصة (المجتمع العلمى والبحثى) من أجل الحفاظ عليهن ومساعدتهن على عدم الوقوع فريسة فى برائين الاكتتاب خاصة الأمهات اللاتى لديهن نوعاً من الاستعداد الداخلى لذلك.

ولذلك فإن الباحث يعرض لعددًا من التوصيات الهامه وهى:

١ - ضرورة العمل على توفير خدمات الإرشاد والعلاج الوالدى من خلال الأقسام المتخصصة فى علاج أمراض التخاطب والأمراض النفسية - على أن تكون منخفضة التكاليف - كما يجب توفير هذه الخدمات الإرشادية من خلال المراكز البحثية والإرشادية بالجامعات والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة.

٢ - ضرورة توفير برامج تثقيفية وتعليمية لزيادة المعارف والمعلومات الصحيحة للأمهات عن أى مرض يصيب الأبناء وتقدم هذه البرامج عند تعرض أحد أفراد الأسرة بمرض معين ويتم ذلك من خلال المراكز البحثية والاعلامية المختلفة.

٣ - يجب العمل على إيجاد قنوات اتصال حقيقية وفعالة بين أصحاب التخصصات المختلفة والتي لها علاقة بتشخيص وعلاج المرضى المصابين بأمراض الصوت. وخاصةً

- أطباء الأنف والأذن والحنجرة والمتخصصون فى أمراض التخاطب والسمعيات فضلاً عن المتخصصون فى الإرشاد الوالدى والأسرى ... إلخ.
- ٤ - الدعوة إلى توفير نوع من البرامج الأسرية والإعلامية الدائمة والاصدرات والنشرات العلمية الدورية داخل مراكز الأبحاث والوحدات الصحية والمستشفيات، على أن تحتوى هذه البرامج والإصدارات على ما يلى :-
- أ - التعريف بالأمراض النفسية وخاصة الاكتتاب وكيفية مواجهة المشاعر الاكتئابية بصورة فعالة وإيجابية وليس بصورة هروبية وسلبية.
- ب - التعريف بأمراض التخاطب وخاصة أمراض الصوت، وكيفية الوقاية منها.
- ج - الدعوة إلى اشتراك أحد أفراد الأسرة وخاصة الأمهات فى برامج التثقيف الإعلامى وبرامج الإرشاد الوالدى لمواجهة كل ما هو يعترض استقرار كيان الأسرة.

المراجع

- أحمد أحمد متولى (٢٠٠٢). أثر الإرشاد الوالدى فى خفض السلوك العدوانى ورفع درجة التوافق لدى الأطفال المساء معاملتهم. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، ١(٣١)، ص ص ١٥٩ - ١٩٠ .
- أحمد عكاشة (١٩٩٨) . الطب النفسى المعاصر. القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩١). قياس الاكتتاب: مقارنة بين أربعة مقاييس. مجلة دراسات نفسية، المجلد ١، ص ص ٧٩ - ٩٦ .
- ارون بيك وروبرت ستير (١٩٩٦). دليل تعليمات قائمة بيك للاكتتاب. ترجمة: أحمد محمد عبد الخالق، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

أمينة محمد مختار (١٩٩٣). مدى فاعلية طريقتين من الطرق السلوكية فى التغلب على الاكتتاب عند المراهقين، مجلة كلية التربية ببها، جامعة الزقازيق، شهر يوليو، ص ص ٤٥ - ٨٥.

-أيمن الشربيني (٢٠٠٠). مشكلات تعلم الكلام والقراءة والكتابة عند الأطفال. القاهرة: مكتبة أبن سينا للنشر.

جمعة سيد يوسف (١٩٩٧). سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. القاهرة: دار غريب للنشر.

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٢). التوجيه والإرشاد النفسى، ط ٣. القاهرة: عالم الكتب. خلف أحمد مبارك (٢٠٠٣). العلاج السلوكي الشمولي الأسرى المكثف لاضطراب الوسواس القهري المصحوب باضطرابات انفعالية أخرى فى الطفولة المبكرة - دراسة حالة. مجلة البحث فى التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة المنيا، ١٧(٢)، شهر أكتوبر، ص ص ١٠٤ - ١٥٣.

داليا عزت مؤمن (٢٠٠٤١). الأسرة والعلاج الأسرى. القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.

راشد السهل (١٩٩٩). استخدام الإرشاد السلوكي الجمعي مع الأمهات اللاتي لديهن أطفال يعانون من مشكلات سلوكية فى مرحلة الروضة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، تصدرها الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٢٢، شهر أبريل، ص ص ٦ - ٨٤.

زيزى السيد (٢٠٠٣). تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالاكتتاب. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب - جامعة المنيا.

سويسى رمضان الظايط (٢٠١٢). أمراض التخاطب وطرق علاجها. المنيا: دار المعرفة للنشر.

سويسى رمضان الظايط (٢٠١٢). مقياس المستوى الاقتصادى والاجتماعى. المنيا: دار المعرفة للنشر.

ظاهر سليمان (٢٠٠٠). اسمع وتكلم. كتاب اليوم الطبي الصادر عن مؤسسة دار أخبار اليوم بالقاهرة. مؤسسة أخبار اليوم للنشر، العدد (٢١٤).

- عادل صادق (٢٠٠٥). *فى بيتنا مريض نفسى*، ط٣. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر.
- عدنان الفرح (٢٠٠١). *عصر المعلومات والصحة النفسية للأبناء. المؤتمر الثامن لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس ، بتاريخ (٤-٦ / ١١/ ٢٠٠١) ، ص ص ٧١ - ١١٥.*
- علاء الدين كفاى (١٩٩٩). *الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى*. القاهرة: دار الفكر العربى.
- كريمان بدير واميلى صادق (٢٠٠٠). *تنمية المهارات اللغوية للطفل*. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- كوثر إبراهيم رزق (١٩٩٦). *الإرشاد الأسرى لحالات تعاطي الأدوية غير الطبية من طلاب الجامعة. المجلة المصرية للدراسات النفسية*. تصدرها الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالقاهرة ، ٦ (١٥) ص ص (١٣٣-١٧٥).
- ماهر محمود عمر (١٩٨٨). *سيكولوجية العلاقات الاجتماعية*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٣). *دورة العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب*. من منشورات ندوة انعقدت بمركز البحوث والدراسات النفسية، جامعة القاهرة.
- مصطفى على رمضان مظلوم (٢٠٠٢). *فاعلية برنامج ارشادى لخفض الضغوط النفسية لى الأمهات وأثره على توافق أطفالهن ضعاف السمع*. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، ٢١ (٣١) ، ص ص ١٠٠ - ١٥٥.
- نادية رجب (٢٠٠٦). *العلاقة بين التفكك الأسرى والاكتئاب العصابى عند المرأة وأهمية الدور الوقائى للإرشاد الأسرى*. مجلة الخدمة الاجتماعية ، تصدرها المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، ١٧ (٢) ، ص ص ٤٠٧ - ٤٤١.
- ناصر سيد جمعه (٢٠١٢). *فاعلية برنامج إرشادى أسرى فى خفض السلوك النمطى لى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم*. مجلة دراسات عربية فى التربية وعلم النفس، تصدرها رابطة التربويين العرب، ٢ (٢٨) ، أغسطس ، ص ص ٨٩ - ١٣٤.

وجدى زىدان (١٩٩٨). فاعلية استخدام السيكدوراما فى العلاج الأسرى لتحسين التواصل لى الأبوين المسيئين. *مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، العدد (٢٥)، ص ص ١-٨٠.*

يوسف عبد الوهاب أبو حمدان (١٩٩٤). أثر تدريب أسرة الطفل المعوق عقليا على استعمال طرق وإجراءات تعديل السلوك على تعلم الطفل المعوق - دراسة حالة. *مجلة التربية، قطر، العدد (١٥٨)، السنة (٢٣) ص ص (٧٥ - ١٢٥).*

Fullerton, A. & Coyne, P. (1999). Depression Skills and Concepts for Self Determination young Adults with Autism Focus on Autism and Other. *Developmental Dies Abilities, 14 (1), PP 122 - 166.*

Goldenson, R. (1984). *Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry*. New York: Longman.

Greenberg, M. (1983). Family Stress and Child Competence: The Effects of Early Intervention for Families with Deaf Infants. *American Annals of the Deaf, 128 (3), PP 407 - 417.*

Klerman, G. (1983). The Scop OF Depression. In A. Ingest (Eds.) *The origins of Depression: Current Concepts and Approaches*. Berlin: Springer Verlag, PP 5 - 25.

Lewinsohn, P. M. , Munoz, R. F. ,Youngren, M. A. & Zeiss, A. M. (1986). *Control Your Depression*. New York: Prentice Hell Press, U. S . A .

Lewis, A. (1986). *Group Training For Parents Of Children With Behavior Problems, For Specialists in Group Work*. New York: Prentice-Hall.

Patterson, K. (1971). Behavioral Intervention Procedures in the Class Room and Home. In A. Bergen, S. Garfield (Eds.) *Handbook Of Psychotherapy And Behavior Chang, An Empirical Analysis*. New York: Wiley.

Steinbruech, S. & Maxwell, S. & Haward, G. (1983). A meta - Analysis of Psychotherapy and Drug Therapy Int The Treatment Of Disorders With Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, PP 856 - 863.*

Walton, H. (1983). *Dictionary of Psychology Bald Scientific Publications, Oxford, London: Edinburgh.*

Waters, T. & Barrett, P. & March, J. (2001). Cognitive Behavioral Family of Childhood Obsessive Compulsive Disorder: Preliminary Findings, American Journal of Psychotherapy, 55 (3), PP.372-387.