

أثر برنامج معرفي / سلوكي لخفض القلق لدى الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا*

د. تامر فرح سهيل**

* تاريخ التسليم: ٢٠١١/١٠/٢٩ م ، تاريخ القبول: ٢٠١١/١٢/٤ م.
** أستاذ التربية الخاصة المساعد/ مساعد نائب الرئيس للشؤون الإدارية/ جامعة القدس المفتوحة/ رام الله/ فلسطين.

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى تقصي أثر برنامج معرفي/ سلوكي لخفض القلق لدى عينة من الأطفال المصابين بمرض الثلاثسيميا وذلك في محافظة رام الله والبيرة بفلسطين.

وتكونت العينة النهائية للدراسة من (٣٠) طفلاً وطفلة يعانون من مرض الثلاثسيميا، وتتراوح أعمارهم ما بين (٨ - ١٢) سنة، طُبّق عليهم مقياس القلق، وقسموا إلى مجموعتين عشوائياً: مجموعة تجريبية وقوامها (١٥) طفلاً وطفلة ومجموعة ضابطة وتضم (١٥) طفلاً وطفلة، وطبق برنامج علاجي سلوكي/ معرفي لخفض القلق على أفراد المجموعة التجريبية فقط، وذلك لمدة شهر ونصف، وبواقع (١٦) جلسة تدريبية.

وأُسفر التحليل الإحصائي للبيانات عن النتائج الآتية:

١. توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha = ٠,٠٥$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق ولصالح المجموعة التجريبية تعزى للبرنامج المعرفي/ السلوكي.

٢. لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة القلق لدى الذكور والإناث في المجموعة التجريبية تعزى للبرنامج المعرفي/ السلوكي.

٣. لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha = ٠,٠٥$) بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياسين البعدي والتتبعي تعزى للبرنامج المعرفي/ السلوكي.

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة قُدمت مجموعة من التوصيات التربوية للجهات المعنية بهدف خفض القلق لدى الاطفال المصابين بأمراض صحية وتحسين مستواهم.

Abstract:

The study aimed at exploring the impact of the Cognitive/ Behavioral Program to reduce anxiety among a sample of children with Thalassemia in Ramallah and Al- Bireh Province in Palestine.

The final sample of the study consisted of (30) children, who suffer from Thalassemia. These selected from students infected with Thalassemia in Ramallah and Al- Bireh Province. Their ages were between (8- 12) years and the total number of people with Thalassemia was (56) children, the anxiety measure was applied on them, and they were divided into two groups randomly: the experimental group of (15) children, and the control group consisted of (15) children. The Cognitive/ Behavioral Program was applied to reduce the anxiety on the experimental group only, for a month and a half of (16) training sessions.

The statistical analysis of data indicates the following results:

- 1. There are statistically significant differences at level ($\alpha = 0.05$) between the average ranks of the experimental and the control groups on the anxiety scale in favor of the experimental group referred to the Cognitive/ Behavioral Program.*
- 2. No statistically significant differences were found at the anxiety scale for the experimental group between males and females referred to the Cognitive/ Behavioral Program.*
- 3. No statistically significant differences were found at level ($\alpha = 0.05$) between the average degrees of the experimental group of children on the anxiety scale at the follow – up and distance measures referred to the Program.*

In the light of the study results, a number of educational recommendations were provided and presented to the concerned authorities, in order to reduce the anxiety among children with Thalassemia and to improve their standards.

مقدمة:

من المسلم به وجود ما يعرف بوحدة الجسم والنفس في الإنسان، وتأثرهما ببعضهما تأثيراً بالغاً؛ فالأمراض الصحية المزمنة قد يكون لها ردود فعل نفسية عديدة. فإذا ما أقر فرد معين بأنه مريض فهناك تغييرات سلوكية لا بد وأن تكون قد طرأت عليه.

وقد يؤدي ذلك إلى حدوث اضطرابات نفسية كاضطراب القلق، فالقلق حقيقة من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي في بناء الشخصية ومتغير من متغيرات السلوك البشري (الرشيدي، ٢٠٠١) إلا أنه كذلك يعد القاعدة الأساسية والمحور الدينامي في جميع الاضطرابات العصابية والعقلية والانحرافات السلوكية والقاسم المشترك فيما بينها جميعاً ومن أكثر فئات العصاب انتشاراً (عبد الخالق، ١٩٩٠).

ويمثل القلق حوالي (٣٠٪ - ٤٠٪) من الاضطرابات الإنفعالية وأكثرها شيوعاً في مراحل نمو الإنسان المختلفة، ومن أكثر الاضطرابات العصابية شيوعاً لدى الأطفال في مرحلة الطفولة. (زهران، ١٩٩٧)

ويكون تأثير القلق أكبر بكثير في حالة الأفراد المصابين بأمراض مزمنة ويمس العديد من جوانب الحياة النفسية للمريض، فيؤثر على علاقاته وتفاعلاته مع الآخرين فيبدو عليه الانطواء والانسحاب، والنشاط الزائد، وتشتت الانتباه، وسرعة الاستثارة الانفعالية، وبعض الأعراض النفسجسمية، مما يؤثر على توافقه النفسي (شعلان، ١٩٧٩، عبد الخالق، ١٩٩٠)

ويعد العلاج المعرفي السلوكي منهجاً تفسيرياً، علاجياً للاضطرابات الانفعالية، كالقلق لأنه يقوم على فكرة وهي: أن التصورات المعتقدات، والأفكار السلبية، تسهم في نشأة الاضطرابات الانفعالية النفسية، بمعنى أن الإنسان يضطرب انفعالياً، ونفسياً، وجسدياً، واجتماعياً، ليس بسبب الأشياء، والأحداث الخارجية في حد ذاتها، بل بسبب نظرتة، وتفسيره لها تفسيراً سلبياً.

كما يعدّ العلاج المعرفي منحي علاجياً يندرج ضمن مجموعة من المناحي العلاجية، إذ يؤكد هذا المنحى العلاجي على أهمية العمليات المعرفية في تحديد، وتشكيل السلوك الإنساني، فالمعالجون المعرفيون يجمعون على أن السلوك، والانفعال هما إلى حد كبير نتاج تقويم المرء للأحداث، وللمواقف، وللعالم، ولذاته، وهذا التقويم يتأثر بمعتقداته، وافتراضاته، والصور المتخيلة لديه، وهذه العمليات المعرفية وفقاً لهذا الاتجاه تصبح هي المستهدفة في العملية العلاجية.

أما العلاج السلوكي فينظر لعلاج الاضطرابات النفسية والتكيف النفسي من زاوية قدرة الفرد على اكتساب العادات الفعالة الجيدة، والتي تساعد على التعامل مع الآخرين والتصدي للمواقف والقدرة على اتخاذ القرارات المناسبة، فالإنسان من وجهة نظر العلاج السلوكي يقوم بسلوك معين، لأنه تعلم عبر خبرات سابقة أن يربط بين السلوك والمكافآت، في حين يتوقف الإنسان عن ممارسة سلوك معين لعدم حصوله على المكافأة أو لمعاقبته عن هذا السلوك، لذلك فكل أنواع السلوك متعلمة، والذين لديهم تكيف حسن هم أولئك الذين تعلموا سلوكيات تساعد على التعامل بنجاح مع مطالب الحياة، ومن الفنيات التي تستخدم في العلاج السلوكي، القصص والواجبات المنزلية، والتمثيل، والاشراط الإجرائي كالتعزيز والعقاب، واشراط التخفيف من القلق والتحصين التدريجي والتعريض ومنح الاستجابة.... الخ (شقيير، ٢٠٠٢).

وبناء على ما سبق كانت فكرة الدراسة الحالية كمحاولة للتعرف إلى أثر برنامج معرفي/ سلوكي لخفض القلق لدى عينة من الأطفال المصابين بمرض الثلاثيميا في المجتمع الفلسطيني، حيث يعد اضطراب القلق من الاضطرابات الإنفعالية التي تهدد كيان الشخصية الإنسانية، فهي تشعر الفرد الذي يصاب بها بأنه غير قادر على القيام بأي عمل يحقق به ذاته بين أفراد المجتمع الذي يعيش فيه.

مشكلة الدراسة:

إن الغرض من هذه الدراسة التعرف إلى أثر برنامج معرفي/ سلوكي لخفض القلق لدى عينة من الأطفال المصابين بمرض الثلاثيميا.

عناصر المشكلة:

تحدد مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيس الآتي:

ما أثر برنامج معرفي/ سلوكي لخفض القلق لدى عينة من الاطفال المصابين بمرض الثلاثيميا؟ .

وتتفرع عن هذا السؤال مجموعة من الأسئلة الفرعية، وهي:

• هل يوجد أثر دال إحصائيا للبرنامج المعرفي/ السلوكي في خفض القلق لدى الأطفال المصابين بإعاقات صحية؟ .

- هل يختلف أثر البرنامج المعرفي / السلوكي في خفض القلق لدى الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا باختلاف جنس الطفل؟ .
- هل يستمر أثر البرنامج المعرفي / السلوكي في خفض القلق لدى الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا بعد مضي شهر على الانتهاء من تطبيق البرنامج؟

فرضيات الدراسة:

تسعى الدراسة لاختبار صحة الفرضيات الصفرية الآتية:

- ♦ الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$) بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق، تعزى إلى البرنامج المعرفي / السلوكي.
- ♦ الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$) بين متوسطات درجات الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس القلق، تعزى إلى البرنامج المعرفي / السلوكي.
- ♦ الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$) بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا في المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياسين البعدي والمتابعة تعزى للبرنامج المعرفي / السلوكي.

أهمية الدراسة ومبرراتها:

تكمن أهمية الدراسة من ناحيتين هما.

١. اولا- الناحية النظرية:

تفيد دراسة أثر برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق لدى عينة من المصابين بمرض التلاسيميا في التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات الإنفعالية الشائعة لدى الأطفال، وخاصة الذين يعانون منهم من أمراض صحية مزمنة (التلاسيميا)، تؤثر على تفاعلهم مع الأفراد الآخرين ودافعيتهم للإنجاز.

ولعل دراسة اضطراب القلق لدى الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا واختيار العلاج المعرفي السلوكي لخفضه يؤكد على أهمية هذا النوع من العلاج في التعامل مع القلق النفسي وخفضه، علماً بأن هذه الدراسة تعدّ أول دراسة على الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا وتطبق في البيئة الفلسطينية خاصة والبيئة العربية عامة- على حد علم الباحث- .

٢. ثانياً- الناحية التطبيقية:

أما من الناحية التطبيقية فتركز هذه الدراسة على تطبيق برنامج معرفي / سلوكي حيث يطبق البرنامج من خلال جلسات علاجية عدة مبنية على أهداف معينة، حيث تختص كل جلسة علاجية بهدف معين يساعد على خفض درجة القلق لدى عينة من المرضى المصابين بمرض الثلاثيميا، كما تنبع أهمية هذا البحث في حال نجاح برنامج العلاج المعرفي / السلوكي في خفض درجة القلق لدى المرضى المصابين بمرض الثلاثيميا، فإن ذلك سيفتح مجالاً لتطبيق هذا البرنامج العلاجي ضمن البرامج العلاجية بالطريقة العلمية، كما يتيح للباحثين استخدامه في علاج شرائح وفئات أخرى في المجتمع تعاني من اضطرابات نفسية أخرى ناتجة عن الإصابة بأمراض وإعاقات صحية مزمنة.

حدود ومحددات الدراسة:

تحدد الدراسة بالحدود و المحددات الآتية:

- اقتصرت الدراسة على عينة من الأطفال المصابين بمرض الثلاثيميا في الفئة العمرية (٨-١٢) في محافظة رام الله والبيرة/ فلسطين، وذلك خلال العام ٢٠١١م.
- كما تحدد الدراسة بمدى صدق مقياس القلق وثباته لدى الأطفال وملاءمته لأفراد العينة وتحدد الدراسة أيضاً بالجلسات التدريبية والإرشادية التي يتضمنها البرنامج المعرفي / السلوكي المستخدم في الدراسة.

التعريفات النظرية والإجرائية:

◀ العلاج المعرفي / السلوكي Cognitive – Behavioral Therapy:

هو منهج علاجي يعتمد على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي بفنيائهما المتعددة، ويركز على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد: معرفياً، وانفعالياً، وسلوكياً وذلك من خلال التأثير في عمليات التفكير المشوهة لدى العميل وتعليمه طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير المنطقي المقبول للصحة النفسية، كما يستخدم فنيات أخرى سلوكية كالاسترخاء أو لعب الدور، والتدريب على مهارات المواجهة والواجبات المنزلية اليومية من أجل تعديل السلوك المضطرب أو تخفيفه على الأقل (متولى، ١٩٩٣).

ويعرف العلاج المعرفي السلوكي إجرائياً في هذا البحث على أنه مجموعة الإجراءات والسلوكيات التي حددها الباحث، والتي اتبعتها في جلسات البرنامج المعد لهذا الغرض بهدف علاج الأفراد الذين يعانون من القلق، حيث سيستخدم الباحث تقنيات وفنيات أعدت

وفقاً للنظرية المعرفية- السلوكية مثل: إعادة البناء المعرفي، الاسترخاء، الواجب المنزلي، لعب الدور أو تبادله، التعرض، والتعزيز)، والتي تهتم بعلاج أعراض الاضطراب في وقت زمني محدد وقصير نسبياً.

◀ مرض التلاسيميا:

ويعرف مرض التلاسيميا على أنه اضطراب وراثي ينتقل كصفة جينية متنحية يعاني فيه الشخص من فقر الدم (انيميا) بسبب نقص إنتاج الهيموجلوبين، مما ينتج عنه عدم كفاية كميات الأكسجين التي تصل إلى أنسجة الجسم، وينتشر هذا المرض في دول حوض البحر الأبيض المتوسط، ولذا يطلق عليه اسم أنيميا البحر الأبيض المتوسط، وتعالج التلاسيميا بنقل الدم بشكل دوري، فذاك يساعد المريض بشكل ملحوظ، لكنه ينطوي على بعض المضاعفات الصحية على المدى الطويل، كما يؤثر فقر الدم على الإنسان كثيراً فيبدو شاحباً ويتعب بسهولة، ولذلك فهو يحتاج إلى رعاية طبية خاصة بشكل دوري. (الخطيب، ٢٠٠٦).

ويعرف المصابون بمرض التلاسيميا إجرائياً في الدراسة الحالية بأنهم الأطفال الذين شُخصوا على أنهم يعانون من مرض التلاسيميا، شُخصوا وفق دليل وزارة الصحة الفلسطينية، وتتراوح أعمارهم ما بين (٨-١٢) سنة.

◀ القلق:

عرف القلق على أنه حالة إنفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة والحذر والرعب والتحفيز، موجّهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، ويعد القلق من المشاعر الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسان وهناك قلق طبيعي وقلق مرضي (سرحان، ٢٠١٠)

ويعرف القلق إجرائياً في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها الطفل الذي يعاني من مرض التلاسيميا على مقياس القلق لدى الأطفال والمستخدم في هذا البحث.

الدراسات السابقة:

استعرض الباحث العديد من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، والتي أمكن الاستفادة منها في إعداد أدوات الدراسة ومناقشة النتائج التي تم التوصل إليها وتفسيرها، وقد عُرِضت الدراسات السابقة من خلال محورين

أساسين على النحو الآتي:

◀ أولاً- دراسات تناولت العلاج المعرفي/ السلوكي في خفض الاضطرابات الانفعالية:

في دراسة شمسان (٢٠٠٤) والتي هدفت إلى معرفة أثر برنامج معرفي سلوكي في مرضى الرهاب الاجتماعي حيث طبقت الدراسة على عينة من طلبة المستوى الأول في كلية الآداب في جامعة صنعاء، حيث طبقت الباحثة البرنامج العلاجي على عينة تكونت من ٢٠ طالبة اخترن من بين ٤٤ طالبة من ذوات الدرجات المرتفعة على مقياس الرهاب الاجتماعي، وقد تم وزّعن على مجموعتين إحداها ضابطة و الأخرى تجريبية، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الآتية:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متوسط درجات الرهاب الاجتماعي (الدرجة الكلية) في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج).

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متوسط درجات الرهاب الاجتماعي (الدرجة الكلية) في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في متوسط درجات الرهاب الاجتماعي (الدرجة الكلية) في القياس البعدي والقياس التتبعي.

ودراسة ويلسون وتشامبلس (Wilson & Chambless, 2005) التي هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطراب الوسواسي القهري. وتكونت عينة الدراسة من «١٠» أفراد ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري. وتراوح عدد جلسات العلاج المعرفي السلوكي من «١٠:١٨» وقد أسفرت النتائج عن تأكيد فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في التقليل من أعراض الوسواس القهري، والتي تمثلت في: طقوس قهرية، ومخاوف، ووساوس عن النظافة وغلق الأبواب والإصابة بالأمراض، وأوصت الدراسة بضرورة فهم العلاج المعرفي السلوكي للقلق والاكتئاب إضافة إلى الوسواس القهري.

ودراسة ويلنر وودي (Willner & Goody, 2006) التي هدفت إلى تبين فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع المخاوف المرضية لدى حالة ذات صعوبات تعلم. كما هدفت الدراسة إلى مناقشة وتعديل وتصحيح التشوهات المعرفية المسببة للمخاوف المرضية

والناتجة عنه. وتكونت عينة الدراسة من امرأة واحدة فقط من فئة الراشدين ذوات صعوبات التعلم المتوسطة Woman with a mild learning disability تعاني من اضطراب المخاوف المرضية، وتبلغ من العمر "٢٩" عاماً، متزوجة ولديها أطفال، وتعيش مع والديها، ولديها تاريخ مرضي منذ كانت بالمدرسة، إضافة إلى علاقات اجتماعية محدودة، واندفاعية، وأفكار لاعقلانية، وتشوه معرفي، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، من خلال "٣٠" جلسة، تضمنت الاسترخاء والتعريض، ومنع الاستجابة والحوار مع الذات في علاج المخاوف المرضية لدى الحالة.

ففي دراسة تولين وهانن ومالتبي وديفنباخ وورهانسكاى وبرادى (Tolin, Han-nan, Maltby, Diefenbach, Worhunsky, & Brady, 2007) التي هدفت إلى الموازنة بين العلاج المعرفي السلوكي الذاتي والعلاج المعرفي السلوكي بوساطة معالج، في علاج اضطراب الوسواس القهري. تكونت عينة الدراسة من «٤١» راشداً ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري (١٥ أنثى و «٢٦» ذكراً)، في عمر «١٣» سنة فأكثر حتى «٣٨» سنة. وتمثلت أدوات الدراسة في: المقابلة الشخصية، ومقياس يل- براون للوسواس القهري، وقائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory- II، وبروتوكول العلاج الذاتي القائم على منع الاستجابة، وبرنامج العلاج القائم على توجيه المعالج، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الموجه بوساطة المعالج عن العلاج المعرفي السلوكي الذاتي، وضرورة اللجوء إلى المعالج في حالة الاضطرابات الشديدة؛ بينما يمكن الاعتماد على التدخل المبكر والعلاج الذاتي في الحالات البسيطة، ومع ذلك فقد ثبتت فاعلية كلا العلاجين في التقليل من الأعراض القهرية والأفكار الوسواسية.

◀ ثانياً: دراسات تناولت برامج علاجية مع ذوي الأمراض والإعاقات الصحية المزمنة:

دراسة كريستين وآخرين (Kirsten, et al., 1994) والتي هدفت إلى معرفة علاقة المرض العضوي بالإقدام على الانتحار، حيث تكونت العينة من (١٦٨٢) حالة من المصابين بمرض السكر، وقد أوضحت نتائجها أن وجود المرض العضوي يرتبط دائماً بزيادة درجة الأقدام على الانتحار مثل مرض الصرع، وتصلب الشرايين، ومرض السكر، المعتمد على الأنسولين، ومن خلال دراستهم لـ ١٦٨٢ مريضاً بالسكر وجد منهم بعد فترة المتابعة (١٦٨) رجلاً توفي منهم (١٢) حالة انتحار. ثلاثة مرضى استخدموا الأنسولين كوسيلة للانتحار، وأربعة مرضى استخدموا الوسائل العنيفة، وخمسة مرضى استخدموا السموم وقبل انتحارهم، فإن كثيراً منهم عبروا عن رغبتهم في الانتحار وظهرت عليهم علامات القلق النفسي الشديد.

وفي دراسة روى و روى (Roy & Roy, 1994) ، والتي هدفت إلى مقارنة مجموعة من مرضى السكر المعتمد على الأنسولين مع مجموعة أصحاء من خلال درجاتهم على مقياس الاكتئاب، ومن خلال خبرتهم عن أحداث الحياة المثيرة للألم، حيث طبقت الدراسة على ٤٠٠ مبحوث منهم ٢٠٠ من مرضى السكر المعتمد على الأنسولين، وقد توصلت الدراسة أن درجة مرضى السكر مرتفعة على مقياس الاكتئاب عن درجة الأصحاء، وأن خبرتهم عن أحداث الحياة المثيرة للألم أكثر خلال الشهور الستة السابقة للدراسة، وهذه النتيجة تحقق الفرض القائل بأن الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية تظهر أكثر بين مرضى السكر المعتمد على الأنسولين.

ودراسة الحداد (٢٠٠٨) التي هدفت إلى معرفة مدى فاعلية أسلوب العلاج الجماعي القائم على التدريب التوكيدي في تخفيض الاكتئاب النفسي لمرضى السكر المترددين على المراكز الصحية في مدينة مصراتة - ليبيا، وتكونت عينة الدراسة من ٦٠ مبحوثاً، وُزِعوا على مجموعتي الدراسة الضابطة والتجريبية، واستخدم الباحث كأدوات للدراسة برنامجاً علاجياً نفسياً يهدف إلى تخفيض الاكتئاب النفسي للمجموعة التجريبية من مرضى السكر في إطار جماعي ومقياس الاكتئاب النفسي، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية، فقد ثبتت فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجماعي في تخفيض الاكتئاب النفسي، والذي أخضع للمجموعة التجريبية موازنة بالمجموعة الضابطة من مرضى السكر، إذ اتضحت الفروق الإحصائية الدالة للمجموعتين التجريبية والضابطة، وكذلك بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية. وبآلآتي يمكن توضيح إن العلاج النفسي الجماعي (كمتغير مستقل) باستخدام البرنامج المصمم ذو تأثير فعال في تخفيض الاكتئاب النفسي (المتغير التابع) لدى عينة البحث (المجموعة التجريبية) ، وانتهى البحث إلى أن العلاج النفسي الجماعي يمكن الإفادة منه في المجتمع الليبي، خاصة لما يعانيه مثل هؤلاء المرضى من اضطرابات نفسية وانفعالية.

تعقيب على الدراسات السابقة:

أشارت دراسات المحور الأول إلى أهمية وفعالية العلاج المعرفي/ السلوكي في خفض الاضطرابات الانفعالية كالقلق والرهاب الاجتماعي والوسواس القهري والمخاوف المرضية والقلق الاجتماعي والاكتئاب، وذلك لدى عينات مختلفة من المضطربين انفعالياً من الأطفال والمراهقين، من الذكور والإناث، وأكدت نتائج الدراسات ومن بينها (العطية، ٢٠٠٢، شمسان، ٢٠٠٤، المقطرى، ٢٠٠٥، وتولين وآخرون 2007 ، Tolin et al.) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أدى إلى خفض الاضطرابات الانفعالية لدى العينات التي قدم لها.

وفعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات الانفعالية يؤكد على أهمية استخدامه في الدراسة الحالية لخفض القلق لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من أمراض صحية مزمنة (مرض التلاسيميا) نظراً لندرة الدراسات السابقة التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات والأمراض النفسية لدى المصابين بمرض التلاسيميا.

بينما ركزت دراسات المحور الثاني على أن الأطفال الذين يعانون من مرض السكر يعانون من اضطرابات انفعالية، وأنهم أكثر عرضة إلى الانتحار، كما أشارت دراسة كريستين وآخرين (Kirsten, et al., 1994)، كما أكدت دراسة الحداد على فعالية العلاج للاجتماعي في خفض الاكتئاب النفسي لمرضى السكر، كما أشارت دراسة دانج لي (Dan- glei, 2002) إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الطبي في علاج الهلع وتوهم المرض والاكتئاب لدى مرضى السكر، وأشارت دراسة روى و روى (Roy & Roy, 1994) إلى ارتفاع درجة القلق لدى مرضى السكر الذين يعالجون باستخدام الأنسولين فقط.

والنتائج السابقة تشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي مطلوب استخدامه لخفض الاضطرابات التي يعاني منها مرضى التلاسيميا، وأن الاعتماد فقط على العلاج الطبي قد يفيد في علاج المرض الصحي، ولكن لا يفيد في خفض الاضطرابات الانفعالية كالمخاوف والقلق وغيرها من الاضطرابات الأخرى.

وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في الاعتماد على العلاج المعرفي السلوكي والإفادة منه في خفض القلق لدى عينة الدراسة، لما للعلاج السلوكي من أهمية وفعالية مؤكدة في العديد من الدراسات السابقة.

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في اعتمادها على العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى عينة من مرضى التلاسيميا، وهو ما لم تتناوله الدراسات السابقة، وقد أفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في إعداد مقياس القلق لدى الأطفال، وإعداد البرنامج المعرفي السلوكي وتنفيذه لخفض القلق لدى مرضى التلاسيميا، ومناقشة النتائج التي تم التوصل إليها وتفسيرها.

إجراءات الدراسة:

اتبعت الدراسة المنهج شبه التجريبي للكشف عن مدى فاعلية برنامج معرفي/سلوكي لخفض القلق لدى عينة من المصابين بمرض التلاسيميا في فلسطين، وذلك من خلال معرفة أثر المتغير المستقل (البرنامج المعرفي/ السلوكي لخفض القلق) على المتغير التابع (أداء أفراد العينة على مقياس القلق)، وقسم الباحث وفق هذا المنهج أفراد العينة

إلى مجموعتين تجريبية وضابطة طبق عليهم مقياس القلق (تطبيق قبلي). طبق البرنامج المعرفي/ السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية فقط، وأعيد تطبيق مقياس القلق على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (تطبيق بعدي) من أجل عقد المقارنات البعدية للتعرف إلى أثر البرنامج المعرفي السلوكي في خفض درجة القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية، ثم أعيد تطبيق مقياس القلق على أفراد المجموعة التجريبية لمقياس القلق بعد مضي شهر من الانتهاء من تطبيق البرنامج (تطبيق المتابعة)

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الأطفال في الفئة العمرية (٨-١٢) سنة والمصابين بمرض الثلاثيميا في محافظة رام الله والبيرة، وقد بلغ عددهم (٥٦) طفلاً مريضاً بمرض الثلاثيميا في، وذلك في وفق إحصائية وزارة الصحة الفلسطينية.

عينة الدراسة وكيفية اختيارها:

اختيرت عينة الدراسة عشوائياً من الأطفال المصابين بمرض الثلاثيميا من الأطفال (٥٦) وتتراوح أعمارهم ما بين (٨-١٢) سنة بلغ قوامها (٣٠) طفلاً وطفلة، وهم الذين سجلوا درجات مرتفعة على مقياس القلق الذي استخدمه الباحث في هذه الدراسة. وقد قُسم أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها (١٥) طفلاً وطفلة والأخرى ضابطة قوامها (١٥) طفلاً وطفلة. وقد وزّع أفراد المجموعتين بطريقة طبقية عشوائية باستخدام برنامج (SPSS) وبتطبيق الأوامر (Select Cases) و (Random sample of cases) على العينة الكلية التي طبق عليها مقياس القلق. والجدول (١) يوضح توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس.

الجدول (١)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

المجموع	إناث	ذكور
٣٠	١٢	١٨

شروط اختيار أفراد العينة:

- ◆ أن يكون الطفل مشخصاً على أنه يعاني من مرض الثلاثيميا.
- ◆ موافقة ولي الأمر على تطبيق أدوات الدراسة على الطفل، وذلك بالنسبة لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

♦ أن يتراوح العمر الزمني للطفل ما بين (٨ - ١٢) سنة.

وقد تمت مجانسة أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة القلق، وذلك من خلال إيجاد دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق، وذلك باستخدام اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات الحسابية لنتائج المجموعتين التجريبية والضابطة ويبين الجدول (٢) نتائج هذا الاختبار.

الجدول (٢)

نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق (المقياس القبلي)

المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(ت) المحسوبة	مستوى الدلالة المحسوب
الضابطة	١٥	٢,٥٦١٧	٠,١١٦٢٩	٠,٥١	٠,٦٠
التجريبية	١٥	٢,٥٤٥٠	٠,١٣٣٦٥		

* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = ٠,٠٥$) د.ح (٥٨)

يتضح من الجدول (٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = ٠,٠٥$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق في القياس القبلي، مما يدل على تجانس أفراد المجموعتين في درجة القلق قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي/ السلوكي.

أدوات البحث:

أولاً- مقياس القلق النفسي:

هدف المقياس:

يهدف المقياس إلى التعرف إلى درجة القلق النفسي لدى الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (٨ - ١٢) سنة. إعداد الصورة الأولية للمقياس:

أعدت الصورة الأولية للمقياس بعد الرجوع إلى الأدب النظري المرتبط بموضوع الدراسة والبحوث والدراسات السابقة، والتي اهتمت بدراسة القلق النفسي لدى فئة الأطفال والمراهقين، وتضمنت مقاييس للقلق لهذه الفئات العمرية، ومن هذه الدراسات (حجازي، ٢٠٠٦)، و(عبد الخالق، ٢٠٠٤) وفي ضوء ذلك أعد مقياس القلق في صورته الأولية مكونا من (٤٠) فقرة.

صدق المقياس:

للتحقق من صدق المقياس أستخدمت طريقة صدق المحتوى بأسلوب صدق المحكمين حيث وزع المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين بلغ قوامها (١٠) من المتخصصين في مجالات التربية وعلم النفس والصحة النفسية والقياس والتقويم ومناهج البحث العلمي من جامعة القدس المفتوحة وجامعة النجاح وجامعة بيرزيت وجامعة القدس، بهدف التأكد من مناسبة المقياس لما أعد له، وسلامة صياغة الفقرات، وقد بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين على جميع فقرات المقياس (٨٠٪) فأكثر، وهو ما يشير إلى أن المقياس يتمتع بصدق مقبول، أجريت بعض التعديلات على الصياغة اللغوية للفقرات في ضوء آراء المحكمين.

ثبات المقياس:

يعني الثبات الاتساق في نتائج الاختبار، وهذا يعني أن درجة الفرد سوف تكون ذاتها في ظل ظروف مختلفة تماما، وهو مدى التطابق الذي تقدمه النتائج التي يحصل عليها نتيجة لتطبيق الاختبار مرات عديدة على ذات الأفراد بمعنى آخر أن الاختبار يعد ثابتاً إذا كان يؤدي إلى النتائج نفسها في حالة التكرار، وهو ما يشير إلى أن الاختبار يمكن الاعتماد عليه، وأنه مستقر ومتسق وله القابلية على التنبؤ ودقيق في قياسه، وبالاتي فهو عبارة عن غياب نسبي لأخطاء المقياس.

وقد قام الباحث باحتساب ثبات المقياس بطرق عدة على النحو الآتي:

◆ طريقة التطبيق وإعادة التطبيق Test- Retest: طُبِّقَ المقياس للمرة الأولى على عينة استطلاعية قوامها (٢٠) طفلاً وطفلة يعانون من مرض التلاسيميا، من مجتمع الدراسة ومن خارج أفراد العينة وعلى نفس المرحلة العمرية، ثم أعيد تطبيق المقياس على نفس الأفراد بعد مضي أسبوعين على التطبيق الأول، وحسب معامل الثبات فيما بين التطبيقين، وقد بلغت قيمة معامل الثبات على الدرجة الكلية للقلق بين مرتي التطبيق (٠,٨٨)، وهو معامل ثبات مرتفع و مناسب لأغراض البحث.

◆ طريقة الاتساق الداخلي (Consistency): حُسِبَ ثبات المقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين الفقرات في أداة الدراسة، وذلك من خلال حساب معامل ألفا للثبات على أفراد العينة الاستطلاعية (٢٠) طفلاً يعانون من مرض التلاسيميا، وقد بلغ معامل الثبات الكلي للمقياس (٠,٩١)، ويعدّ معدل ثبات مناسباً لأغراض البحث.

تطبيق المقياس وتصحيحه:

يقوم بالاستجابة على فقرات المقياس الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا، وقد وضع تقدير لكل فقرة من فقرات المقياس وفقاً لتقدير ليكرت الثلاثي (دائماً، أحياناً، نادراً) ، وعلى الطفل تحديد استجابته لكل فقرة من فقرات المقياس أسفل الخيار الملائم الذي ينطبق عليه، وفي ضوء تعليمات المقياس، ويحصل الخيار دائماً على (٣) درجات، وأحياناً (درجتين)، ونادراً (درجة واحدة)، وذلك بالنسبة لجميع الفقرات حيث إنها تشير إلى الاتجاه الموجب (وجود القلق). وبذلك تكون الدرجة العليا لفقرات المقياس ككل ($3 \times 40 = 120$) درجة، والدرجة الدنيا لفقرات المقياس ($1 \times 40 = 40$) درجة، وكلما كانت الدرجة مرتفعة على المقياس، كلما كان ذلك مؤشراً على ارتفاع مستوى القلق، وكلما انخفضت الدرجة عن (٦٠) درجة على المقياس ككل دل ذلك على انخفاض مستوى القلق.

وبالنسبة لمتوسط الأداء على فقرات المقياس فكان: ($1 + 2 + 3 = 6 \div 3 = 2$) ، وذلك يشير إلى أنه كلما ارتفعت الدرجة على الفقرات عن (٢) ، كلما دل على ارتفاع درجة القلق، وكلما قلت درجة الفقرة عن (٢) ، كلما دل ذلك على انخفاض درجة القلق لدى الأطفال المصابين بمرض.

متابعة لمدة شهر.

الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج بصورة عامة إلى خفض درجة القلق لدى الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا، وذلك من خلال إقناع الطفل المريض بأن أفكاره السلبية المشوهة قد تؤثر سلبياً على الجانب العضوي للمرض، وأن التمادي في هذه الأفكار يؤدي إلى مزيد من المضاعفات ومن القلق، والهدف هو تحقيق نوع من التعايش مع المرضى، وحل المشكلات الناتجة عن المرض بطرق تفكير إيجابية منطقية.

وقد راعى الباحث في إعداد البرنامج التدريبي ملاءمته لأفراد العينة في الفئة العمرية (٨-١٢) سنة.

صدق البرنامج:

من أجل التأكد من صدق البرنامج عُرض على مجموعة من المحكمين بلغ قوامها (١٠) من المتخصصين في مجالات التربية وعلم النفس والصحة النفسية والقياس والتقويم ومناهج البحث العلمي من جامعة القدس المفتوحة، وجامعة النجاح، وجامعة بيرزيت، وجامعة القدس لمعرفة مدى مناسبة البرنامج من حيث الأهداف، والأنشطة والزمن الذي

يحتاجه لتحقيق الأهداف، وأية تعديلات أخرى، وقد أخذ الباحث بالملاحظات الجوهرية التي وردت من المحكمين كلها. وفي ضوء آراء المحكمين على البرنامج أجريت بعض التعديلات اللغوية.

محتوى جلسات البرنامج المعرفي السلوكي:

الجدول (٣)

محتوى جلسات البرنامج المعرفي السلوكي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	جلسة تمهيدية وتعارف	٤٠ دقيقة
الجلسة الثانية	شرح مفهوم القلق النفسي والعوامل المؤثرة فيه	٤٠ دقيقة
الجلسة الثالثة	التعرف إلى المعتقدات اللاعقلية بوصفها بواعث للقلق والخاوف والتدريب على مهارة الضبط والتحكم بالذات وقد أُستخدم الوسائط التعليمية وبرنامج اليوربوينت	٤٠ دقيقة
الجلسة الرابعة	التمييز بين المعتقدات العقلانية واللاعقلية، والتدريب على استخدام مهارة المراقبة الذاتية وتدريب الطلبة عليها	٤٠ دقيقة
الجلسة الخامسة	التعريف بمهارة حل المشكلات واستخدامها في التعامل مع القلق النفسي وتوضيح الخطوات الخاصة بتحديد المشكلة وتعريفها	٤٠ دقيقة
الجلسة السادسة	التدريب على استخدام مهارة حل المشكلات واستخدامها في التعامل مع القلق النفسي	٤٠ دقيقة
الجلسة السابعة:	تعريف الاطفال المرضى المزمنين بعملية جمع المعلومات وأهميتها	٤٠ دقيقة
الجلسة الثامنة:	التدريب على عملية توليد البدائل.	٤٠ دقيقة
الجلسة التاسعة:	التدريب على عملية موازنة إيجابيات البدائل وسلبياتها، وعلى مهارة اتخاذ القرار. وتوضيح عملية وضع الأهداف وتدريب الأطفال عليها وتنفيذ استراتيجية حل المشكلات في مواجهة القلق النفسي	٤٠ دقيقة
الجلسة العاشرة	تنفيذ إستراتيجية حل المشكلة	٤٠ دقيقة
الجلسة الحادية عشرة	زيادة قدرة الأطفال على تقويم خطوات أسلوب حل المشكلات، وزيادة قدرة الأطفال على اختيار صحة البدائل.	٤٠ دقيقة
الجلسة الثانية عشرة	التعريف بالتدريب التوكيدي	٤٠ دقيقة
الجلسة الثالثة عشرة	تنفيذ مهارات توكيد الذات	٤٠ دقيقة
الجلسة الرابعة عشرة	مهارات توكيد الذات لتقوية الذات	٤٠ دقيقة
الجلسة الخامسة عشرة	التدريب على الاسترخاء العضلي	٤٠ دقيقة
الجلسة السادسة عشرة	جلسة ختامية وتقويم للبرنامج	٤٠ دقيقة

فنيات البرنامج:

الفنيات المعرفية:

١. المحاضرة باستخدام الوسائل السمعية والبصرية الحديثة:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات مبسطة عن القلق، والإعاقات الصحية المزمنة أسبابها أعراضها، والأفكار الخطأ والمشوهة، وكيفية تأثيرها على النمو السليم والتكيف النفسي والاجتماعي.

٢. المناقشة الجماعية والحوار:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرأي حول موضوع الجلسة بين الباحث وأفراد العينة التجريبية، ومن ناحية أخرى بين الأطفال بعضهم بعضاً، وبهذا فإن المادة العلمية للمحاضرة تصبح موضوع نقاش وحوار، والهدف من استخدام هذه الفنية هو إعادة البناء المعرفي للطلبة وتعديل الأفكار الخطأ لديهم، وتعزيز التواصل بين أعضاء الجماعة، والتدريب على إستراتيجية حل المشكلات، وخفض التوتر من خلال إستراتيجية الاسترخاء.

٣. إعادة البناء المعرفي تدريجياً:

تعمل فنية إعادة البناء العقلاني على إعادة تقويم رؤية المسترشد غير الواقعية لمواقف الحياة المختلفة، مما يساعده على التمييز بين التهديد الحقيقي في البيئة، والتهديد المحسوس بشكل خطأ على أنه خطر، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة المسترشد على اكتشاف أن أفكاره غير الواقعية هي السبب في إحساسه بشدة الضغط وليست المواقف والأحداث التي تعد بمثابة مادة شك في إقرار المسترشد بعدم واقعية أفكاره، وهذا ينمي قدرة المسترشد على التفكير العقلاني المنطقي، وسوف تطبق هذه العلمية من خلال ما يسمى نظام التعلم الذاتي التدريبي حيث يتدرب المسترشد من خلال هذا النظام على أن يصبح أكثر وعياً بأفكاره الداخلية.

٤. مهارة حل المشكلات:

وتشمل هذه المهارة تدريب المسترشدين على حل المشكلات وممارستها بشكل منطقي وتتابعي كلما واجهتهم مشكلة، سواء أكانت معرفية أم أكاديمية أم شخصية أم نفسية، وعندما يتقن المسترشد المهارة يصبح قادراً على حل المشكلة بفاعلية ويتسم بالمرونة في سلوكه وأدائه.

الفنيات السلوكية:

١. التعزيز الإيجابي:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم مدعّمات (ثناء - مدح) إضافة إلى المعززات المادية للطلبة والاستجابات الملائمة أثناء النقاش. والهدف من استخدام هذه الفنية حث الأطفال على التفكير السليم والسلوك المرغوب بحيث يصبح جزءاً من حياتهم.

٢. لعب الدور: Role Playing:

وهذا الأسلوب يستخدمه الأخصائي من أجل إكساب الأعضاء مهارات الاتصال والقيادة وحل المشكلة، ويتم ذلك عن طريق تمثيل الأعضاء لأدوار معينة ترتبط بمواقف مهارية، تهدف إلى تزويدهم بالمعارف والخبرات الضرورية.

ويهدف استخدام هذا الأسلوب إلى تحقيق العديد من الجوانب الإنمائية، مثل توضيح المشكلات وتنمية المهارات المتعلقة بالحياة الاجتماعية للجماعة، كتعليم الأعضاء كيف ينظمون اجتماعاً أو يديرون مناقشة، ويعملون معاً بوصفهم أعضاء فريق متعاون. (منشورات جامعة القدس المفتوحة، ٢٠٠٤).

٣. التغذية المرتدة والتدعيم: (Feed Back an Reinforcement):

وفيها تعدّل الأخطاء التي تظهر خلال أداء الدور؛ أي نقاط القوة والضعف في الأداء، ويركز الباحث على الجوانب غير اللفظية مثل: نبرة الصوت، والاتصال البصري ووضع الجسم وغيرها، ثم يقوم الباحث بتدريب أفراد العينة على تقويم أنفسهم على المهارة محل التدريب قبل الجلسة وبعدها، كما يقوم الباحث بتعليم الأفراد كيف يدعمون أنفسهم.

٤. الواجب المنزلي:

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف الأطفال ببعض الواجبات في ختام كل جلسة، والهدف من استخدام هذه الفنية نقل أثر ما أفاده الأطفال من حضور الجلسات الإرشادية في حياتهم الخاصة والأسرية.

٥. الاسترخاء العضلي:

أثبتت العديد من الدراسات في مجال العلاج السلوكي كفاءة هذه الفنية في تقدم العلاج، وتتفاوت إجراءات الاسترخاء العضلي، فبعض التدريبات قد يستغرق نصف ساعة في البداية وبعضها الآخر قد يستغرق بضع دقائق بحسب خبرة الشخص، وبخاصة في ممارسة التدريبات، وكان الباحث يؤكد للأطفال على المداومة على إجراء تمارين

الاسترخاء، ضمن الواجب المنزلي، إضافة إلى ممارسة الباحث مع بداية كل جلسة بعد أن يدرّب الأعضاء عليها في الجلسة الأولى.

الوسائل التعليمية: البوربوينت والشفافيات

إجراءات الدراسة:

اتبع الباحث الخطوات الآتية في تطبيق الدراسة:

- ◆ إعداد الاطار النظري والدراسات والأبحاث السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة.
- ◆ إعداد أداة الدراسة والمتمثلة في مقياس القلق والتحقق من معاملات صدقه وثباته.
- ◆ اختيار عينة الدراسة عشوائياً من الأطفال الذين يعانون من مرض وتقسيم التلاسيميا العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.
- ◆ إعداد البرنامج المعرفي/ السلوكي لخفض القلق لدى الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا، والتحقق من صدقه وملاءمته للهدف الذى وضع من أجله.
- ◆ التطبيق القبلي لمقياس القلق على أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة.
- ◆ تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي الهادف إلى خفض القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية.
- ◆ التطبيق البعدي لمقياس القلق على أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية.
- ◆ تطبيق مقياس القلق على أطفال المجموعة التجريبية بعد مضى شهر على الانتهاء من تطبيق البرنامج المعرفي/ السلوكي (تطبيق المتابعة).
- ◆ تحليل البيانات ومعالجتها إحصائياً، والوصول إلى نتائج الدراسة فى ضوء التحقق من صحة الفرضيات.
- ◆ مناقشة وتفسير النتائج فى ضوء الإطار النظري والبحوث والدراسات السابقة وتقديم بعض التوصيات والبحوث المقترحة فى المجال.

تصميم الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على استخدام التصميم شبه التجريبي حيث وزّع أفراد العينة عشوائياً على مجموعتين: ضابطة وتجريبية، قوام كل منها (١٥) فرداً، ويمكن التعبير عن تصميم الدراسة بما يأتي: مجموعة تجريبية: O3 O1 X O2

مجموعة ضابطة: - O1 - O2

حيث إن:

O1: مقياس القلق (تطبيق القبلي).

O2: مقياس القلق (تطبيق بعدي).

O3: مقياس القلق (تطبيق المتابعة).

X: المعالجة (البرنامج المعرفي / السلوكي).

_: لا توجد معالجة.

متغيرات الدراسة:

◆ المتغير المستقل: البرنامج المعرفي / السلوكي لخفض القلق لدى الأطفال المصابين بمرض الثلاثيميا.

◆ المتغير التابع: مستوى أداء الأطفال على مقياس القلق.

الأساليب الإحصائية:

بعد أن جُمعت البيانات أُدخلت في الحاسوب، وعُولجت إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) وباستخدام المعالجات الإحصائية الآتية: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي One Way ANOVA، واختبار-ت T-test واختبار شيفيه للمقارنات البعدية، وذلك للتحقق من صحة فرضيات الدراسة.

نتائج الدراسة:

يتضمن هذا الفصل النتائج المتعلقة بالتحقق من صحة فرضيات الدراسة وذلك بهدف التعرف إلى أثر برنامج معرفي / سلوكي لخفض القلق لدى الأطفال المصابين بمرض الثلاثيميا، وبعد عملية جمع البيانات عُولجت إحصائياً باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد سار عرض النتائج على النحو الآتي:

◀ أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى، والتي تنص على:

«لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بمرض الثلاثيميا في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق تعزى إلى البرنامج المعرفي / السلوكي».

ومن أجل فحص الفرضية أستخرجت المتوسطات الحسابية للأطفال المصابين بمرض التلاسيميا في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق بعد البرنامج ومن ثم استخدم اختبار «ت» للعينات المستقلة (Independent Samples Test) للتعرف إلى دلالة الفروق بين متوسط درجات الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج المعرفي/ السلوكي. والجدول (٤) يوضح ذلك.

الجدول (٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار «ت» لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق في القياس البعدي.

مستوى الدلالة	قيمة (ت) المحسوبة	التجريبية ن=١٥		الضابطة ن=١٥		المجموعة
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
**٠,٠٠	١٩,٤٣-	٠,١٣٥٢٥	١,٨٣٠٠	٠,١٤٦٤٧	٢,٥٣٧٥	الدرجة الكلية للقلق

* دال إحصائيا عند مستوى $(\alpha = ٠,٠٥)$ ** دال إحصائيا عند مستوى $(\alpha = ٠,٠١)$

يتضح من الجدول (٤) أن قيمة المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق بعد البرنامج كان (٢,٥٣٧٥)، بينما كان المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية (١,٨٣٠٠) والدرجة المرتفعة تشير إلى وجود القلق، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض القلق، وقد كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوب على الدرجة الكلية للقلق (٠,٠٠) وهذه القيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة $(\alpha = ٠,٠٥)$ ، وذلك يشير إلى وجود فرق دال إحصائيا في انخفاض مستوى القلق بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد البرنامج، وقد كان الفرق لصالح أفراد المجموعة الضابطة، أي أننا نرفض الفرضية الصفرية التي تنص على أنه «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = ٠,٠٥)$ بين متوسطات درجات الأفراد المصابين بمرض التلاسيميا في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق تعزى إلى البرنامج المعرفي/ السلوكي» وبالتالي يمكن قبول الفرضية البديلة.

والنتيجة السابقة تشير إلى وجود أثر للبرنامج المعرفي/ السلوكي في خفض مستوى القلق لدى الأفراد المصابين بمرض التلاسيميا في المجموعة التجريبية مقارنة بنظرائهم في المجموعة الضابطة، وهذا ما هدفت الدراسة الحالية إليه.

◀ ثانياً- النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية والتي تنص على:

«لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) بين متوسط درجات الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس القلق تعزى إلى البرنامج المعرفي/ السلوكي».

للتحقق من صحة الفرضية أُستخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واستخدم اختبار- ت لإيجاد الفروق بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس القلق بعد البرنامج، والجدول (٥) يوضح ذلك.

الجدول (٥)

نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج المعرفي/ السلوكي

مستوى الدلالة	(ت) المحسوبة	إناث ن=١٢		ذكور ن=١٨	
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
٠,٤٦	٠,٧٦	٠,١٠٨٩٧	١,٨٢٥٠	٠,١٥٢٧٥	١,٩٠٠٠

* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0,05$)

يتضح من الجدول (٥) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب للفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق ($0,46$)، وهذه القيم أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha = 0,05$) ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية، أي عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس القلق.

◀ ثالثاً- النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة ، والتي تنص على:

«لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) بين متوسط درجات الاطفال المصابين بمرض الثلاثيميا في المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق».

للتحقق من صحة الفرضية أُستخدم اختبار - ت للعينات المرتبطة (Paired Samples T -Test) للتعرف إلى دلالة الفروق بين متوسط درجات الأفراد المصابين بمرض الثلاثيميا في المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق. والجدول (٦) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار «ت» لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق.

الجدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار "ت" لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياسين البعدي والتتبعي.

مستوى الدلالة	(ت) المحسوبة	القياس التتبعي ن=١٥		القياس البعدي ن=١٥		المجموعة التجريبية
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٠,٢٣	١,٢١ -	٠,١٣٠٧٧	١,٨٧١٧	٠,١٣٥٢٥	١,٨٣٠٠	الدرجة الكلية للقلق

* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = ٠,٠٥$) ** دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = ٠,٠١$)

يتضح من الجدول (٦) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب نتيجة للفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياسين البعدي والتتبعي باستخدام اختبار- ت قد بلغت على الدرجة الكلية للمقياس (٠,٢٣) وهذه القيمة أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha = ٠,٠٥$) أي أننا نقبل الفرضية والتي تنص على أنه «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد المصابين بمرض التلاسيميا لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق».

وعلى الرغم من ارتفاع درجة القلق قليلاً في القياس التتبعي وبعد مرور شهر على تطبيق البرنامج إلا أن هذا الارتفاع لم يكن جوهرياً وبقي أثر البرنامج واضحاً في خفض مستوى القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج حتى بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج موازنة بما كان عليه الحال قبل تطبيق البرنامج، وهذا ما يثبت فعالية البرنامج وأثره الواضح في خفض درجة القلق.

خلاصة النتائج والتوصيات:

أيدت النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال التحليل الإحصائي، فاعلية برنامج العلاج المعرفي/ السلوكي في خفض درجة القلق لدى عينة الدراسة من أفراد المجموعة التجريبية، من الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا.

أشارت نتائج الفرضية الأولى في الجدول (٤) إلى فاعلية البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة القلق بعد تطبيق البرنامج العلاجي، ولصالح المجموعة التجريبية، حيث كلما انخفضت الدرجة على مقياس القلق، فإن ذلك يشير إلى انخفاض مستوى القلق.

أما النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية كما ورد في الجدول (٥) فقد أوضحت عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس القلق.

وقد أكدت نتائج الفرضية الثالثة في الجدول (٦) على استمرارية فاعلية البرنامج في خفض درجة القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي، حيث كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد المصابين بمرض التلاسيميا لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق.

وبناءً على ما توصلت إليه نتائج الدراسة، فقد كان هناك أثر فعال للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجة القلق لدى الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا. وتتفق النتائج التي توصل إليها الباحث مع نتائج دراسات كل من: دراسة شمسان (٢٠٠٤) و المقطري (٢٠٠٥)، والعطية (٢٠٠٢)، والمصيبي (٢٠٠٦).

ويعزو الباحث النتائج السابقة إلى ما يوليه العلاج المعرفي السلوكي من أهمية تعليم الأفراد النظر إلى أفكارهم باعتبارها فروضاً قابلة للاختبار والاستبدال أكثر منها حقائق لا تقبل الجدل، وذلك عندما ساعد الباحث المجموعات على مناقشة الأفكار واختبارها بشكل إجرائي، والتحقق من عدم ملاءمتها، فأدى ذلك إلى تغيير انفعالات وسلوكات المجموعات التجريبية تجاه المواقف.

كما يعزو الباحث هذه النتائج أيضاً إلى كون العلاج المعرفي السلوكي أسلوباً علاجياً يحاول تعديل سلوك المريض من خلال التأثير في الأفكار، فمن المعروف أن المعارف لها تأثيرها في السلوك فيلجأ كثيرون إلى التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة، والمعلومة، وطبقاً لنظرية (بك) يحدث تغيير السلوك نتيجة لمجموعة من التحريفات المعرفية في شكل إساءة تأويلات وتجريدات إنتقائية وتعميمات زائدة.

وقد استخدم الباحث الفنيات المعرفية والسلوكية ليساعد المرضى على تعلم ومعرفة الترابط بين المعرفة والوجدان والسلوك، وأن يراقب الأفكار السلبية ويصل مع المريض إلى بدائل وحلول واقعية، والهدف من ذلك كله هو تغيير البنية المعرفية للمريض بتغيير الأخطاء الموجودة بها.

وعن النظرة إلى المستقبل يرى الأفراد الذين يعانون من القلق أنفسهم والمستقبل والعالم بشكل سلبي، وأن هذا المستقبل مظلم لا أمل فيه، ويشعرون بأن طموحاتهم قد توقفت، فقد عبر الطلبة الذين سجلوا درجات مرتفعة على مقياس القلق بأنهم يشعرون بالقلق والتوتر

من المستقبل، ومن خلال قيام الباحث باختبار واقع أفراد المجموعة التجريبية بتسجيل هذه الأفكار السلبية ومناقشتها ومساعدتهم في إيجاد البدائل لكل جزئية من جزئيات الفكرة السلبية العامة، وتعلم المجموعات في النهاية كيف تحدد الفكرة؟ وإلى أي مدى هي فكرة سلبية؟ الأمر الذي دفعهم إلى محاولة تصحيحها، وبالأتي حدوث بعض التحسن في مشاعرهم مما يؤدي إلى تخفيض درجة القلق.

وتبين أيضاً من خلال فحص الأفكار السلبية لأعضاء المجموعات وجود أعراض اليأس التي تظهر من خلال الفكرة التي جاءت (أشعر بالإحباط وعدم الرغبة في الحياة) فناقش الباحث أسباب اليأس من الحياة مع المجموعات، والتوصل في النهاية إلى أنه لا أحد يستطيع أن يحدد أجله، وأن هذا الأمر بيد الله وحده، ثم مناقشة البدائل المتاحة مع مجموعات الطلبة بضرورة الاستمتاع بالحياة من خلال دفع المجموعات للقيام بأنشطة سارة، وممارسة تمارين الاسترخاء، وعندما يشعر الطالب بنجاح في أداء هذه الأنشطة فإن رغبته في الحياة كانت تزداد، وتتغير هذه النظرة التشاؤمية، لأن الحلول البديلة تركز على جعل الفرد واعياً بالتعارض في افتراضاته واعتقاداته.

أما الانتقادات الذاتية وروية بعض الأعضاء لأنفسهم بأنهم عبء على الآخرين وشعورهم بأنهم عديمو الأهمية، وشعورهم بالضيق عند تذكرهم لمرضهم، فمن خلال التدريب على إعادة العزو وإقناع الأعضاء بأنه لا يمكن اختزال كل المشكلات حول ذواتهم فقط؛ وقد أدى ذلك في النهاية إلى تخفيف حدة الانتقادات الذاتية، الأمر الذي أظهر تحسناً في وجدان المفحوصين.

كما حاول الباحث زيادة تقبل الأعضاء لذواتهم، وتقليل الكراهية الذاتية باستخدام التدريب المعرفي، وتخيل المواقف التي يصل فيها الكره الذاتي إلى درجات مرتفعة، واستخدام لعب الدور، وماذا سيكون موقفه لو أن صديقه الحميم في مكانه (أي هو الطالب) ، وكيف سيتعامل معه، هل سيحبه أم سيتجنبه؟ ، كذلك مقارنة الأعضاء بمجموعة أصدقاء من حيث الصفات الحسنة والسيئة، الأمر الذي خفف من شدة هذا الاعتقاد، وزيادة شعور الفرد ببعض الرضا عن الذات.

ومن الأسباب التي تفسر فعالية البرنامج في خفض درجة القلق استخدام الباحث لفنية الواجب المنزلي الذي يحتوي على عنصر مهم، وهو المراقبة الذاتية، فقد كان يطلب من الطلبة تسجيل الألفاظ والعبارات الذاتية التي يرددونها قبل تعرضهم إلى المواقف التي يمرون بها وفي أثنائها وبعدها، والتي قد تؤدي إلى حدوث أو عدم حدوث حالة من القلق لديهم.

وهناك عناصر إضافية ساعدت على تحقيق التحسن وانخفاض مستوى القلق النفسي، وهي تمارين الاسترخاء لما لها من فوائد كثيرة ذكرتها دراسات عديدة كتطبيق الثبات الانفعالي للفرد وتجنبه المواقف الحرجة، فقد أثبتت دراسة جون ستيوارت Jhon Stuart (1986) أن التدريب باستخدام أسلوب الاسترخاء ساعد على التعامل مع المواقف العصبية، وأثر على مستوى القلق العام بالانخفاض.

ويرى الباحث أن الاسترخاء أصبح ضرورة من ضرورات الحياة لابد من تعلمه لمواجهة القلق النفسي والتغلب عليه.

كما أن عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة القلق بين الذكور والإناث بعد تطبيق البرنامج يرجع إلى أن البرنامج لم يفرق في أنشطته وتدريباته بين كل من الذكر والأنثى، وأن الذكور والإناث أفادوا من البرنامج على حد سواء.

كما أن أنشطة وتدريبات البرنامج كانت ملائمة لجميع أفراد المجموعة التجريبية من الجنسين، وكانت لدى كل منهما الرغبة في حضور جلسات البرنامج، والإفادة في كل جلسة من الجلسات.

وأخيراً فإنه يمكن القول بأن البرنامج المعرفي/ السلوكي كان له كثير من الإيجابيات التي برزت من خلال التطبيق، ومنها:

١. تحسن قدرة أفراد المجموعة التجريبية على التعامل مع القلق النفسي باستخدام الفنيات والوسائل التي طرحت في البرنامج، حيث كانت قبل المشاركة في البرنامج تفتقر إلى المعرفة بهذه الفنيات والوسائل وكيفية استخدامها.

٢. التفاعل الإيجابي بين أفراد المجموعة والباحث، وقد بدا ذلك واضحاً بعد الجلسة الثانية.

٣. انخفاض درجة القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، واستمرار انخفاضها بعد فترة المتابعة قياساً لما كانت عليه قبل تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي.

٤. تضمن البرنامج أساليب وأدوات وفنيات إرشادية بطريقة تكاملية، حيث أخذ بعين الاعتبار البيئة المحلية التي طبق فيها البرنامج من حيث الثقافة والعادات والتقاليد.

٥. استخدام تقنيات الوسائط التعليمية الحديثة في الإرشاد النفسي والتربوي حيث كان لها أثر بالغ في نجاح البرنامج الإرشادي ونجاعته.

كما لا بد من الإشارة إلى بعض الصعوبات والمعوقات التي واجهت الباحث عند تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي وهي:

١. سيطرة النظرة التشاؤمية على أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.

٢. تأخر انعقاد بعض الجلسات الإرشادية بسبب تأخر بعض أفراد المجموعة على الحواجز العسكرية الإسرائيلية.

٣. الحساسية المفرطة لبعض أفراد المجموعة التجريبية في الجلسات الأولى نتيجة لمشاعر الخجل والقلق التي سيطرت عليهم، لكن الباحث تحاور مع هؤلاء بما يشعرون به حتى وصلوا إلى حد التكيف والاندماج في البرنامج بعد الجلسة الثالثة.

التوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج ومناقشتها يمكن اقتراح عدد من التوصيات التطبيقية والأبحاث المستقبلية على النحو الآتي:

١. توصى الدراسة بضرورة الاهتمام بالتلاميذ ذوي الإعاقات الصحية المزمنة، وخاصة مرضى التلاسيميا والهيموفيليا والفشل الكلوي المزمن والسكري والقلب، والا يقتصر الأمر على ذوي الإعاقات الظاهرة.

٢. ضرورة أن يزود المرشد النفسي في المدارس ببرامج العلاج والإرشاد النفسي لهذه الفئة.

٣. إعداد برامج تليفزيونية لتوجيه الأسر التي يوجد بها أطفال مصابون بإعاقات صحية مزمنة ولجذب أنظار المجتمع لهذه الفئة.

٤. عمل دورات تدريبية لمعلمي المواد المختلفة في كيفية التعامل النفسي والعلمي مع الأطفال المصابين بإعاقات صحية مزمنة.

٥. إجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية على عينات من الاطفال المصابين بأمراض صحية مزمنة في مراحل عمرية مختلفة.

٦. إجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية على عينات من الاطفال يعانون من أمراض صحية مزمنة غير التي تمت درُست.

المصادر والمراجع:

أولاً- المراجع العربية:

١. أبو النصر، مدحت (٢٠٠٥). الإعاقة الجسمية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية. القاهرة، مجموعة النيل.
٢. أشرف، أحمد و إبراهيم، إسماعيل (٢٠٠١). فعالية استراتيجية دراسية للتغلب على قلق التحصيل لدى طلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد ١٤، ص ص ١ - ٤٦.
٣. الأعظمي، سعيد رشيد (٢٠٠٧). أساسيات علم نفس الطفولة والمراهقة. عمان، دار جهينة للنشر والتوزيع.
٤. تونسي، عديله (٢٠٠٢)، القلق والاكتئاب ادى عينه من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.
٥. نعمة، حسن (١٩٩٣). الأمراض اسبابها- وعلاجها. الكويت، دار الكتاب الحديث.
٦. حجازي، عائشة (٢٠٠٦) فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية عند الأطفال من سن ٦ - ٢ سنة العاديين والمصابين ببعض الاضطرابات النفسجسمية، موقع المنشاوي للدارسات والبحوث [http \: www.minshawi.com](http://www.minshawi.com)
٧. جابر، مهران (١٩٩٠). نظريات الشخصية. القاهرة، دار النهضة العربية
٨. جبالى، نور الدين (١٩٧٩). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية. رسالة ماجستير. غير منشورة. كلية الآداب. جامعة عين شمس، مصر
٩. حبيب، مجدي (١٩٩٥). دراسات فى أساليب التفكير. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
١٠. الحداد، خليفة (٢٠٠٨). مدى فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجماعي في تخفيض الاكتئاب النفس لدى المصابين بمرض السكر. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ٧ أكتوبر- كلية الآداب/ مصراتة (قسم علم النفس)، ليبيا.
١١. حمدي، نزيه وداوود، نسيمة و جبريل، موسى و أبو طالب، صابر (١٩٩٢). التكيف ورعاية الصحة النفسية. منشورات جامعة القدس المفتوحة.

١٢. الخطيب، جمال (٢٠٠١). تعديل السلوك الانساني. الكويت، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
١٣. الخطيب، جمال (٢٠٠٦). مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية. الطبعة الثالثة، عمان، دار الشروق.
١٤. الرشدي، بشير (٢٠٠١). اضطراب الضغوط الآتية للصدمة. مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت.
١٥. ريان، عبدالله حاتم (٢٠٠٨). أثر برنامج سلوكي في خفض اضطراب عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفال المرحلة الأساسية في منطقة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
١٦. الريحاني، سليمان والزيقات، إبراهيم و طنوس، عادل (٢٠١٠). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم. الطبعة الأولى، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.
١٧. زهران، حامد (١٩٩٧) الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة، عالم الكتب.
١٨. سرحان، وليد (٢٠١٠). الصحة النفسية، منشورات جامعة القدس المفتوحة.
١٩. السرطاوى، زيدان و عواد، أحمد (٢٠١١). مقدمة فى التربية الخاصة: سيكولوجية ذوي الإعاقة والموهبة. الرياض، الناشر الدولي للنشر والتوزيع.
٢٠. شمسان، محمد (٢٠٠٤). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج مرضى الرهاب الاجتماعي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة صنعاء، اليمن.
٢١. شقير، زينب (٢٠٠٢). مدى فعالية بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض حالات الشره العصبي. مجلة دراسات نفسية، العدد الرابع -المجلد التاسع، رابط رانم، القاهرة
٢٢. عبد الأمير، عبد الصمد (١٩٩٢). الصحة العامة. العراق: دار الكتاب للطباعة والنشر.
٢٣. عبد الحميد، جابر و كفافى علاء الدين (١٩٩٥). معجم على النفس والطب النفسي. الجزء السابع، القاهرة: دار النهضة العربية.
٢٤. عبد الخالق، أحمد (١٩٩٠). مقدمة لدراسة الشخصية (مترجم). الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

٢٥. عبد الخالق، أحمد و الصبوة، نجيب (١٩٩٦) . الانشطة والأحداث السارة لدى عينة من طلاب الجامعة فى مصر. مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد الرابع والعشرون. العدد التاسع ص ص ١٤٧ - ١٨٥ تصدر عن مجلس النشر العلمى. جامعة الكويت
٢٦. عبد الخالق، أحمد و إبراهيم، هبة (٢٠٠٣) . القلق و الاتجاه نحو الموت لدى المراهقين و الراشدين و المسنين، المؤتمر الدولي للعلوم الاجتماعية و الصحية و دورها فى تنمية المجتمع (٦ - ٨ ديسمبر) ، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.
٢٧. عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠) . علم الأمراض النفسية و العقلية: الأسباب و الأعراض و التشخيص و العلاج. القاهرة، دار قباء للطباعة و النشر.
٢٨. عبد الستار، إبراهيم (١٩٩٤) العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث. القاهرة، دار الفجر للنشر و التوزيع.
٢٩. عبد الستار، إبراهيم و آخرون (١٩٩٣) . العلاج السلوكى متعدد المحاور و مشكلات الطفل. القاهرة، مجلة علم النفس، العدد ٢٦، ص ص ٦ - ١٣.
٣٠. عراقى، صلاح الدين (١٩٩١) . العلاج المعرفى السلوكى ومدى فاعليته فى علاج مرضى الاكتئاب العصابى. رسالة دكتوراه، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق، مصر.
٣١. العرايضة، عماد (٢٠١٠) . أثر برنامج تدريبي سلوكى معرفى فى تنمية المهارات الاجتماعية و الأكاديمية لدى الطلبة المعاقين عقلياً فى المملكة العربية السعودية. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، الأردن.
٣٢. العطية، أسماء (٢٠٠٢) . فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى خفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة من أطفال دولة قطر. مجلة مركز البحوث التربوية جامعة قطر السنة الحادية عشر العدد ٢١ يناير ٢٠٠٢
٣٣. عكاشة، أحمد (١٩٩٨) . الطب النفسى المعاصر. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية
٣٤. القوصى، عبد العزيز و الظاهر، محمد عبد الطيب (٢٠٠٥) ، مخاوف الأطفال. عمان، دار وائل للنشر.
٣٥. متولى، أحمد (١٩٩٣) . مدى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية و العلاج السلوكى المعرفى فى تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر.
٣٦. لازروس (١٩٩٣) . الشخصيه (مترجم) . بيروت، دار الشروق

٣٧. المصيغي، عائشة (٢٠٠٦). فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتغلب على القلق الاجتماعي لدى عينة من طالبات الجامعة السعودية. مجلة كلية التربية- جامعة عين شمس (القسم الأدبي) ج ٢، ع ٣٠، ص ٩-٥٢.

٣٨. المقطري، محمد (٢٠٠٥) فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق لدى الشباب الجامعي. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية: جامعة أسيوط، مصر.

٣٩. المرزوقي، جاسم محمد عبدالله (٢٠٠٧). علاقة القلق و الاكتئاب و الضغط النفسي والتفكير اللاعقلاني بمستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الاردنية، الأردن.

٤٠. الوقفي، راضي (٢٠٠٤). أساسيات التربية الخاصة. عمان، دار جهينة للنشر والتوزيع.

٤١. هالاهان، دانيال؛ وكوفمان، جيمس (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة (مترجم). عمان: دار الفكر.

ثانياً المراجع الأجنبية:

1. Ahlfield, J. , Norman, S. (1983) . *Adolescent diabetes. Mellitus: par/ child perspectives of the effect the disease on family and social interactions. Diabetes Care, vol. 9, No 4, pp 393- 398.*
2. Ardel, M. (2002). *Wisdom, Religiosity in life ,and Attitudes towards death. Paper presented at international conference on searching for meaning in the New Millennium Vancouver.*
3. Best,G, (1978) *Individuals with physical disabilities. St. Louis: C. V. Mosby.*
4. Belle, E. M. (1985) . *Learning and instruction: Theory into practice. New York, Macmillan Publishing Co.*
5. Berlin, L. (1995) . *Loneliness in young children and infant mother attachment: a longitudinal study, Meril- Palmer quarterly. 41, 91 – 103.*
6. Bigge, J. & Sirvis, B. (1982) *Physical and multiple. In N. G. haring (Ed) , Exceptional children and Youth (3rded.) Columbus, Ohio: Charles,E. (pp. 299- 334) .*
7. Christopher, M. Rayn; (2007) “*Neurobehavioural, complication of type I Diabetes. Cognitive and Behavioral Practice 14, p. p 1-17.*
8. Corey, G. (2005) *Theory and practice of counseling and psychotherapy. Thomson Brooks/ Cole: Belmont.*

9. Dang, lei (2002) . *Sertraline and cognitive behavior theraby. In treatment of panic disorder. Chinese Mental health journal. Vol 16 (5) may ,china, (pp: 356- 357)*
10. Delamater, M. Alan; Ranald, H. Boardway; and James Gutai; (1993) . *Stress Management traning for adolescent with, diabetes. Journal of pediatric psychology, vol 18, No1, pp 29- 45.*
11. Gerow, R. josh; (1991) . *Psychology: An introduction. New York. Scott, Foresman Co.*
12. Johnson, B. & Nelson, J. (1974) . *Practical Measurements or evaluation in physical education. Minnesota, Rrages publishing co*
13. M. ; Heimman, L. & Richard, S. (1983) . *Children with diabetes: Social skills traning and Hemoglobin A1C level. Behaviour Modifecation, vol 7 No2, pp 151 – 164.*
14. Horney, K. (1945) . *Our inner conflicts. New York, Norton Co.*
15. Johnson, B. & Nelson, J. (1974) . *Practical Measurements or evaluation in physical education. Minnesota, Rrages publishing co.*
16. Kirsten, O. Kyvik; Anders, Green; (1994) . *Suicide in Men with IDDM” Diabetes. Care, vol 17, No 3, pp 210- 212.*
17. Laster, C. E; Sdrow, B; (1990.) *Are the social relationships of young insulin dependent diabetic pations affected by their conditions? Diabetic Medicine, vol 10, No 5, pp 526.*
18. Roy, M; Roy, A; (1994) . *Excess of depression symptoms and life events among diabetics. Comprative Psychiatry vol 35, No 2, pp 129- 131.*
19. Seligman, A. (1983): *The presentation ofloneliness as a separate diagnostic category and its disengagement from depression. Psychotherapy in Private Practice. Vol. L, PP. 33 – 37.*
20. Tolin, D. F. , Hannan, Maltby, Diefenbach, Worhunsky, and Brady. (2007) . *A Randomized Controlled Trial of Self- Directed Versus*
21. Williams, J. Mark; (1992) . *The psychological treatment of depression. London: Rout ledge Co.*
22. Willner, P. and Goody, R. (2006) . *Interaction of cognitive Distortions andcognitive deficits in formulation and treatment of obsessivecompulsive behaviors in woman with an intellectual disability. Journal of applied research in intellectual disabilities, 19.*

23. Wilson, K. , and Chambless, D. (2005) . *Cognitive therapy for obsessive–compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy*, 43, p. p 1645–1654.
24. Young, J. (1979) . *Loneliness in college students: A cognitive approach. Dissertation Abstract International*, 40. 3- B 1392.