

**فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض التعب العصبي لدى أمهات الاطفال ذوي الشلل الدماغي**

أ.م.د. رنا عبد المنعم كريم العباسي

الجامعة المستنصرية/ كلية التربية / قسم العلوم التربوية والنفسية / العراق

[ranaabd.dr@gmail.com](mailto:ranaabd.dr@gmail.com)

النشر: 2023/6/15

القبول: 2022/10/31

التقديم: 2022/8/26

Doi: <https://doi.org/10.36473/ujhss.v6i2.2041>This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)**الملخص**

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أهم البرامج العلاجية الحديثة نسبياً والتي تحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير الفرد وإدراكه لنفسه وبيئته، وإعادة البناء المعرفي من خلال استبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية. هدفت الدراسة الحالية الى التعرف فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض التعب العصبي لدى أمهات الاطفال ذوي الشلل الدماغي، تكونت العينة التي طبق عليها مقياس التعب العصبي من (30) أم يعاني ابنها الشلل الدماغي وأشارت النتائج الى ان (24) أم تعاني التعب العصبي. تم تقسيم هذه العينة الى مجموعتين المجموعة الأولى التي طبق عليها البرنامج العلاجي وهي العينة التجريبية وكان عدد افرادها (12) أم والمجموعة الثانية وهي المجموعة الضابطة والتي تكونت من (12) أم. وأشارت النتائج الى فاعلية البرنامج العلاجي معرفي السلوكي لخفض التعب العصبي لدى أمهات الاطفال ذوي الشلل الدماغي، وكانت هنالك مجموعة من التوصيات التي تساعد الأمهات. الكلمات المفتاحية: فاعلية برنامج علاجي، العلاج المعرفي السلوكي، التعب العصبي، الشلل الدماغي.

**The Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Treatment Program to Reduce Nervous Fatigue for Mothers of Children with Cerebral Palsy**

Assist. Prof. Dr. Rana Abd Almonem Kareem AL abasi

Al-Mustansiriya University/College of Education/Department of Educational and Psychological Sciences/ Iraq

[ranaabd.dr@gmail.com](mailto:ranaabd.dr@gmail.com)**Abstract**

Cognitive-behavioral therapy is one of the most important relatively recent; treatment programs that attempt to modify behavior and control psychological disorders by modifying the individual's thinking style and awareness of himself and his environment, and cognitive reconstruction by replacing negative thoughts with positive ones. The current study aimed to know the effectiveness of a cognitive behavioral treatment program in reducing nervous fatigue among mothers of children with cerebral palsy. The sample on which the nervous fatigue scale was applied consisted of (30) mothers whose son suffers from cerebral palsy, and the results indicated that (24) mothers suffer from nervous fatigue. This sample was divided into two groups, the first group to which the treatment program was applied, which is the experimental sample, and the number of its members was (12) mothers, and the second group, which is the control group, which consisted of (12) mothers. The results indicated the effectiveness of the cognitive-behavioral treatment program to reduce nervous fatigue among mothers of children with cerebral palsy, and there were a set of recommendations that help mothers.

**Keywords:** efficacy treatment program, cognitive-behavioral therapy, nervous fatigue, cerebral palsy.

## مشكلة البحث وأهميته:

## مشكلة البحث:

يشير مصطلح الشلل الدماغي (Cerebral Palsy) الى مجموعة من المشكلات الحركية المزمنة التي تؤثر على حركة الجسم والسيطرة على عضلاته وتؤثر على الجسم في التناسق للحركة والتوازن. كما ويمثل مجموعة من الأعراض التي تنجم عن تشوهات أو أضرار في أجزاء الدماغ التي تضبط حركات العضلات والمناطق الحركية وقد تصاحب هذه الاعراض بتشوهات في مناطق أخرى من الدماغ أحياناً تؤثر على نطق الطفل ومستواه العقلي. (اللالا، 2011، ص374) (Lala, 2011, p. 374)

ويعد الشلل الدماغي من أنواع الاعاقات الجسمية ويقع افرادها ضمن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة. وهي فئة مجتمعية يختلف افرادها اختلافاً واضحاً عن الأفراد العاديين في المجتمع، وتظهر هذه الاختلافات في قدرتهم على ممارسة النشاطات الأساسية والشخصية والاجتماعية، الأمر الذي يعيق استمرار حياتهم بشكل طبيعي، وهنا فان احتياجاتهم تختلف عن احتياجات باقي أفراد المجتمع.

وتلبي احتياجات هذه الفئة كغيرها من الفئات في المجتمع من قبل الأم... لكن هنا سيكون الجهد مضاعف عليها، ويتضاعف هذا الجهد أكثر فيما إذا بقيت وحدها دون إساند، وخصوصاً وإن مسؤولية هذه الام لا تتعلق عن جودة حياة الابن فقط، وإنما لديها مهام اسرية أخرى أو إنها تكون مسؤولة عن تربية أبناء آخرين، وقد يكون لديها عمل تعتاش منه، وهذا يؤدي بها الى صراع مع الزمن ومع المجتمع. كل هذا يجعل من مشاعر الام تكون مختلطة احياناً بين التعاطف مع ابنها وتوفير الحماية له وبين رغبتها بالابتعاد عنه وعدم تقبله، وخصوصاً وإن الأحاديث العائلية والاجتماعية المفعمة بالشفقة عليها وعلى طفلها تحيطها بالسلبية وتحملها أكثر من طاقتها وتدفعها الى الشعور بالضغط النفسي الذي يقودها الى الاعياء والتعب العصبي.

وبدوره يؤثر التعب العصبي على الجهاز العصبي وأجهزته العضوية مما يؤدي إلى انخفاض مقاومة الجسم، فإذا ما اجتمع تعب المراكز العصبية مع ضعف المقاومة البدنية، فإن الإنسان تخور قواه ويصبح كائناً ضعيفاً معرضاً لشتى أنواع المضاعفات، ويرجع بعض الباحثين هذه الأمراض التي يعاني منها الملايين من الناس إلى التعب العصبي، أو ما يمكن اعتباره هبوطاً في القوة العصبية.

(بريغ، 2006، ص27) (Brig, 2006, p. 27)

أو استنفاد الطاقة العصبية، التي لا يشعر فيها الفرد إن جسده متعب وحسب وإنما تظهر حالة التعب في الخلايا العصبية في صورة اضطرابات نفسية وبدنية معينة.

(كولز، 1977، ص67) (Coles, 1977, p. 67)

ولضمان ديمومة الصحة النفسية للام لتكمل مسيرتها مع أبنائها جاء هذا البحث ليضع برنامجاً علاجياً يساعدها على تجاوز ازماتها، وكان أفضل برنامج علاجي لمثل هكذا حالات هو البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، كونه يهتم بالفرد ككائن اجتماعي يتأثر ويؤثر في البيئة التي يعيش فيها، وأن الضغوط الاجتماعية تؤثر على شخصية الفرد.

ويركز البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على حل المشاكل والصعوبات الانية، عوض من التركيز على الاضطرابات وأعراضها في الماضي، وهو يتأسس على ثالث مسلمات أساسية هي: البساطة، والاعتماد على البعد التجريبي (اختبار صلاحية نماذجها ونجاح علاجها) والفائدة والفعالية الاكلينيكية.

(نعيمية، 2019، ص 661) (Naima, 2019, p. 661)

إن الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي هي أن استجاباتنا السلوكية والوجدانية التي تتأثر كثيراً بـ (أفكارنا) التي تحدد الكيفية التي نستقبل بها الأشياء وندركها. فنحن نشعر بالقلق والغضب أو الحزن فقط عندما يكون لدينا مبرر لذلك، بمعنى آخر ليس الموقف في حد ذاته ولكن مدركاتنا وتوقعاتنا وتفسيراتنا للموقف هي المسؤولة عن وجدانياتنا، التي بدورها تتأثر بشكل كبير بمعارفنا والطريقة التي ندرك بها العالم وأنفسنا والآخرين وكذلك ندرك بها المستقبل لذا فإن تغيير شيء ما أو حدث ما أو موقف ما يمكن أن يغير من الاستجابة الانفعالية المصاحبة له. (Malika, 2010, p. 112) (مليكة، 2010، ص 112)

وهنا جاء تساؤل البحث الحالي:

- هل للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في خفض التعب العصبي لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي.

#### أهمية البحث:

ليس هناك ما يمكن أن يفي حق الأمهات في تربيتهن لأبنائهن، فكيف لو كانت أم لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة.. إنهن أمهات فوق العادة، لا تنقصهن الصلابة ولا قوة إرادة. وقد تقبلن واقعهن وأخذن على عاتقهن مسؤولية تحسين جودة حياة أطفال يوصفون بالمعاقين، وخصوصاً وإن رعايتهن لأبنائهن تكون بصورة دائمة ومستمرة الامر الذي قد يؤثر عليهن بصورة سلبية، فعند الاقتراب منهم والتعامل معهم قد يكشف مشاكل نفسية وجسدية متعددة تتعلق بأسلوب رعاية هذا النوع من الأطفال من حيث المأكّل والمشرب والملبس والرعاية الذاتية، إضافة الى أعباء تتعلق بتعليم هذا الطفل، وإكسابه طرق التفاعل الاجتماعي ودمجه في مجتمع قد لا يتقبله، وقد يؤثر وجود هذا الطفل على البناء الوظيفي للأسرة التي يعيش فيها.

(الصامدي، 2019، ص 376) (Al-Smadi, 2019: pg. 376)

إن ما يزيد من تعب أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي هو انه يتكون من مجموعة مشكلات حركية مزمنة تؤثر على حركة الجسم والسيطرة على عضلاته وتؤثر على قدرة الجسم في التناسق للحركة والتوازن وقد لا يعاني هؤلاء الاطفال فقط مشاكل في المشي والتوازن، لكن قد يرافقها هشاشة العظام وكذلك اعتلال في البصر أو العمى أو فقدان السمع ومشاكل في البلع والتغذية ومشاكل في النطق واضطرابات في النوم مشاكل سلوكية مشاكل في النمو الذهني والعقلي وفي بعض الحالات النادرة يصاب الطفل بنوبات الصرع. (الركن، 2021، ص 5) (Al-Rukin, 2021: pg.5)

كل هذه الاعراض والمتطلبات الزائدة والمستمرة تسبب حالة من الاعياء للأُم حالة قد تفوق قدرتها، مما ساهم في ظهور التعب العصبي والذي هو مجموعة من المظاهر النفسية والجسدية السلبية، ويعد التعب العصبي

من الأمراض العصبية الشائعة كثيرة الانتشار، حيث يشعر فيها الفرد بالإرهاق والتعب والضعف ونقص الحيوية المستمر، وكذلك الشعور بالتعب الشديد والإعياء البدني والنفسي مصحوب بالخوف وأوجاع الرأس مما يجعل بذل الجهد متعذراً على الفرد. ويحدث عادة نتيجة الأعياء من المتطلبات الزائدة والمستمرة الملقاة على عاتق الفرد والتي تفوق قدرته، وكذلك ينتج من الاجتهاد الناتج من وقوع الشخص في صراع يؤثر في أعصابه، مما يساهم في ظهور مجموعة من المظاهر النفسية والجسدية السلبية، ويقاس التعب العصبي بهبوط الطاقة العصبية للأفراد. (بن يعقوب، 2011، ص 85) (Ben Yacoub, 2011, p. 85)

وهنا كان لا بد من تداخلات في حياة هذه الام المصابة بالتعب العصبي التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف معاناتها النفسية القائمة على المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية المشوهة. وكان العلاج المعرفي السلوكي هو الحل، لأنه من أهم العلاجات النفسية البارزة التي دمجت بين ما هو معرفي وما هو سلوكي، وبنيت أهمية الجانب المعرفي في تغيير السلوك في شخصية الافراد وفي توافقهم النفسي الاجتماعي بوجه عام، وفي تكيفهم مع البيئة الاجتماعية التي يعيشون ويتفاعلون مع عناصرها المختلفة، وان ما يميز العلاجات المعرفية السلوكية هي نظرتها الشمولية للإنسان، كونها تجمع بين جوانب الشخصية الانسانية (المعرفي والوجداني والسلوكي). ولقد أثبت هذا النوع من العلاجات فعالية في معالجة العديد من الاضطرابات كالاكتئاب، والقلق، والادمان، والاضطرابات السيكوسوماتية.

(نعيمه، 2019، ص 657) (Naima, 2019, p.657)

#### أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي تعرف فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض التعب العصب لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي.

#### فرضيات البحث:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعب العصبي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعب العصبي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعب العصبي بين الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

#### حدود البحث:

يتحدد البحث الحالي بأمهات أطفال ذوي الشلل الدماغي ممن تم تشخيصهم بالتعب العصبي في محافظة بغداد، 2020 - 2021.

**تحديد المصطلحات:** فيما يأتي تعريفاً بالمتغيرات الواردة في البحث الحالي:

**أولاً: العلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavioral therapy :** ويعرفه كل من:

1. مليكة (1990): أنه أحد المناهج العلاجية التي تهدف إلى تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق التدريب على المهارات، التحكم في القلق، التحصين ضد الضغوط، التدريب على حل المشكلات، وقف الأفكار السلبية، التعلم الذاتي.

(مليكة، 1990، ص119) (Malika, 1990: p. 119)

2. إسماعيل وبن عيسى (2002): على أنه العلاج الذي يركز على حل المشاكل والصعوبات الآتية، عوض من التركيز على الاضطرابات وأعراضها في الماضي.

(Ismail and Bin Issa, 2002, p. 92) (إسماعيل وابن عيسى، 2002، ص92)

3. علاج مباشر تستخدم فيه آليات وأدوات وفنيات معرفية لمساعدة الفرد على تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي سلوكي

(أبو أسعد، 2011، ص310) (Abu Asaad, 2011, p. 310)

**ثانياً: التعب العصبي fatigue nervous :** ويعرفه كل من:

1. بير (1879): هو عدد ضخم من الأعراض النفسية والجسمية التي تنم عن الضعف والإرهاق العصبي، وهو تفريغ لطاقة الخلايا العصبية إثر استهلاك شحنتها المخزونة.

(الطاهري، 2016، ص28) (Al-Taheri, 2016, p. 28)

2. كولز (1978): بأنه استنفاد الطاقة العصبية، وليس مجرد شعور صاحبه أن جسده متعب، وتظهر حالة التعب في الخلايا العصبية في صورة اضطرابات نفسية وبدنية معينة. (كولز، 1978، ص67)

(Coles, 1978: p. 67)

3. تعريف Freudenberg (1994): هو حالة تحدث نتيجة الأعباء والمتطلبات الزائدة والمستمرة الملقاة على عاتق الفرد والتي تفوق قدرته، مما يساهم في ظهور مجموعة من المظاهر النفسية والجسدية

السلبية. (Freudenberg, 1994, p 2)

**ثالثاً: الأطفال ذوي الشلل الدماغي Cerebral palsy :** وقد عرفه كل من:

1. إبراهيم وفرحات (1998): حالة عجز في القدرة العضلية العصبية والناجمة من إصابة المخ، مما يؤدي إلى نقص في القدرة على التحكم في العضلات الإرادية، ويظهر ذلك في عدم تناسق شكل المهارات الحركية للفرد، كما نجد حركة العضلات سريعة جداً أو بطيئة جداً أو خليط من الإثنين معاً.

(Ibrahim and Farhat, 1998: pg. 40) (إبراهيم وفرحات، 1998، ص40)

2. بيو كلمان (1999) يتضمن مجموعة من الحالات المرضية الحركية التي لا تتدهور وغير المعدية والتي تسبب عجز جسدي أثناء نمو الإنسان، وذلك في أجزاء مختلفة من الجسم مرتبطة بأداء الوظائف

الحركية. (Beukelman, 1999, p 246)

3. الخطيب (2003): مجموعة الاضطرابات المزمنة التي تتمثل اساسا بعدم القدرة على التحكم بعضلات الجسم وبعدم القدرة على الحفاظ على الاوضاع الجسمية الطبيعية وتوازنها.  
(Al-Khatib, 2003: p. 12) (الخطيب، 2003، ص12)

### إطار نظري ودراسات سابقة:

في هذا الفصل سيتم التعرف على الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث، وكالاتي:  
**المتغير الأول: العلاج المعرفي السلوكي:**

يعد العلاج السلوكي المعرفي (CBT) نوع شائع من العلاج النفسي، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي بما يتضمنه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الابعاد، اذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً.

(محمد، 1999، ص27) (Mohammed, 1999, p. 27)

يتعامل فيه مُستشار الصحة العقلية أو ما يعرف بالمعالج النفسي بطريقة منظمة مع الافراد في عدد محدود من الجلسات. تساعد طريقة العلاج السلوكي المعرفي على إدراك الفرد لتفكيره غير الصحيح أو السلبي حتى يتمكن من عرض المواقف الصعبة بشكل أكثر وضوحاً والاستجابة لها بطريقة أكثر فعالية. إن طريقة العلاج السلوكي المعرفي أداة مفيدة جداً بمفردها أو باشتراكها مع علاجات أخرى في علاج اضطرابات الصحة العقلية، مثل الاكتئاب، واضطراب الكرب التالي للصدمة أو اضطراب الأكل. رغم ذلك، ليس كل من يخضع لطريقة العلاج بالسلوك المصاحب بحالة صحية عقلية. يمكن أن تكون طريقة العلاج السلوكي المعرفي أداة فعالة لمساعدة أي شخص على تعلم كيفية إدارة ظروف الحياة المجهدة بشكل أفضل.  
(Farrugia, 2021, p24)

### استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي:

من أهم استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي هي:

- إعادة البناء المعرفي الذي يستخدم لتعديل الافكار أو المخططات غير التكيفية.
- التنظيم الانفعالي الذي يمثل استراتيجيات التوسط التي تشتمل على توسط الحب والعطف.
- التعديل والتنشيط السلوكي الموجه بشكل مباشر نحو المكونات السلوكية للاستجابة.
- إعادة التدريب على التنفس والاسترخاء التي تستخدم لتعديل الاعراض الجسمية المصاحبة للأمراض النفسية. (Hoffmann, 2012, p. 17) (هوفمان، 2012، ص17)

وكل هذه الاستراتيجيات تكونت من خلال جملة من الاساليب منها:

1. تحديد الافكار التلقائية والعمل على تصحيحها من خلال مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية واستعمال التخيل لإعادتها، المراقبة الذاتية أي كيف يرى المريض نفسه مقارنة مع الاخرين؟ بالإضافة إلى التعرض (التعرض المباشر للمثير أو التعرض التدريجي، التعرض التخيلي).

2. الضبط الانفعالي والسلوكي من خلال صرف الانتباه مثال ذلك يطلب من المريض الذي يعاني من القلق أن يصرف انتباهه عن الاعراض التي يشعر بها، ولعب الادوار والنمذجة والتدريب على حل المشكلات. **تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:**

1. **تقنية الخبرة الانفعالية Experiential – Emotive Techniques :** وهي تقنية تتعامل مشاعر الفرد واحاسيسه وردود افعاله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة خاصة ما يتعلق بمشكلات هذا الفرد.

2. **التقنيات المعرفية Cognitive Techniques:** تهدف هذه التقنية مساعدة الفرد على تغيير أفكاره وطرق تفكيره غير العقلانية والواقعية الى افكار منطقية.

3. **التقنيات السلوكية Behavioral Techniques:** تعمل هذه التقنية على تخلص الفرد من سلوكياته غير المرغوب فيها ومحاولة تعديلها الى الأفضل.

(بن يعقوب، 2013، ص 658-660) (Ben Yacoub, 2013, pp. 658-660)

### الإطار النظري:

#### 1. العلاج المعرفي السلوكي عند أرون بيك (نظرية الخرائط المعرفية)

إن المشكلات النفسية عند بيك ليست بالضرورة نتاج قوى خفية، لكنها قد تنتج عن عمليات عادية مثل التعليم الخاطئ والاستدلال الخاطئ المبني على معلومات غير صحيحة وعدم التميز بين الخيال والواقع. فهو يركز في أسلوبه العلاجي على الاستبصار. (بيك، 2000، ص3) (Beck, 2000, p. 3) إن الأساس النظري للأسلوب العلاجي عند بيك هو البحث في المحتوى المعرفي للفرد من حيث ردة فعله اتجاه الاحداث المزعجة او تدافع الأفكار حتى نفهم طبيعة الاضطرابات. ويوجد نوعان من التفكير تم التركيز عليهما هما:

- الأفكار الآلية (وهي عبارة عن أفكار ذهنية تظهر بشكل لا ارادي خلال تدفق الوعي الشخصي).
  - والمعتقدات المضمرة (هي المعتقدات والافتراضات التي تكون محتوى الأفكار الآلية).
- كما يمكن فهم العلاقة بين الأفكار الآلية والمعتقدات المضمرة بالنظر بشكل موجز إلى ما يعرف بـ (المخططات) والتي هي (عبارة عن خطط عقلية مجردة تعمل كموجهات للفعل وكناءات لتذكر المعلومات وبناءها وكإطار عمل منظم لحل المشكلات وتشكل كيفية تفكير الفرد، وكيف يشعر، وكيف يسلك ويتصرف، ويدرك نفسه والعالم الخارجي). (Corney, 2001, p. 30) (كورني، 2001، ص30)
- ويقوم أسلوب بيك العلاجي على أسس نظرية تشير الى انه لا يوجد لدى الفرد أبنية معرفية ثابتة، وقد اسماها الخرائط المعرفية وهي التي تحدد كيف يسلك الفرد وكيف يشعر، وتعتبر الأحداث اللفظية والمصورة في شعور الفرد مستمدة من اعتقاداته وافترضاته المتضمنة في المخططات المعرفية وبالتالي فان الاضطرابات السلوكية هي نتاج أخطاء معينة في عادات التفكير أو المعرفة مما يؤدي إلى تغييرات خاطئة للموقف المشكلة.

- ولقد وصف بيك جملة من التشويهات المعرفية بأنها عبارة عن أفكار غير منطقية تتمثل في:
  - التجريد الانتقائي: وتعني الوصول إلى استنتاجات بناءاً على حادثة واحدة فقط.
  - التعميم المبالغ: يتضمن تبني معتقدات معينة بناءاً على حادثة واحدة فقط وتعميمها على حوادث غير مشابهة لها.
  - التضخيم والتضعيف: يتضمن إدراك موقف أو حالة بطريقة أكبر أو أقل مما تستحق.
  - النزعة نحو الذات وفي هذا النوع من التشويه يعزو الفرد فيه الأحداث الخارجية لنفسه حتى ولم يكن لديه علاقة بالموضوع.
  - العنونة الخاطئة التي تتضمن تصور هوية الفرد على أساس أخطاء الفرد وعيوبه التي حدثت في الماضي.
  - التفكير ذو القطب الواحد تتضمن هذه الطريقة التفكير والتفسير للأحداث إما بطريقة مأساوية أو ممتازة.
- (إسماعيل وبن عيسى، 2002، ص9) (Ismail and Bin Issa, 2002: p.9)

### تقنيات العلاج المعرفي السلوكي عند بيك:

- يهدف هذا النوع من العلاج عند بيك الى تعديل أو تغيير طريقة التفكير الخاطئة والإشارات الذاتية المختلة من خلال:
  - حث الفرد على كيفية التعرف على المعارف الخاطئة والمشوهة من خلال عملية التقييم، ومن خلال جهود تعاونية يتعلم فيها الشخص أن معارفه لها تأثير على انفعالاته وسلوكياته، كما يتعلم ملاحظة ومراقبة أفكاره وافتراضاته، خاصة السلبية منها.
  - بعد ما يبصر الفرد بسلبية أفكاره يتدرب على اختبار تلك الأفكار مقابل الحقيقة عن طريق اختبار وقياس الدلائل.
  - يقوم الشخص باختبار تجريبي لمعتقداته عن طريق التماثل مع المعالج وتقييم الواجبات المنزلية ويتم حفظ سجلات نشاطه وتشكيل بدائل مختلفة لتفسيراته.
  - التأكيد على الحاضر وعلى المشاكل الموجودة، مع انه من الممكن ذكر الماضي في العلاج تحت ظروف معينة مثال عندما يجد الضرورة لفهم إجابات على أسئلة مثل متى وكيف حدث الاختلال الوظيفي وكيف إن تلك الأفكار تؤثر على الفرد.
  - مساعدة الفرد على حل أكثر المشاكل الضاغطة وتعليمه استراتيجيات منع الانتكاس.
- (Naima, 2019: pg. 660) (نعيمية، 2019، ص660)

### 2. العلاج المعرفي السلوكي عند جيفري يونغ:

- يقوم العلاج المعرفي السلوكي عند يونغ على مجموعة من المبادئ النظرية لما يعرف (نظرية المخطط)، ويضم المخطط مفهومين أساسيين هما:

- المفهوم الأول: المخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة، وهي أنماط رئيسه تتضمن الذكريات، الانفعالات، الإدراكات والأحاسيس الجسدية، تتعلق بالفرد نفسه وبعلاقته مع الآخرين من حوله وتتطور أثناء الطفولة والمراهقة، وتظهر في مراحل حياته المختلفة ويكون الخلل الوظيفي ملحوظاً فيها. ولقد افترض يونغ ان بعض المخططات وخاصة تلك التي تتطور في الأصل كنتيجة لخبرات سيئة مر بها الإنسان في مرحلة الطفولة ربما تكون هي جوهر اضطرابات الشخصية. وقد صنف يونغ هذه المخططات الى ثمانية عشر مخطط على شكل صيغ وانماط تتضمن خمس مجموعات رئيسية هي:
  - المجموعة الأولى: مجال الرفض والانفصال: ضمن هذه المجموعة ينشأ الفرد في جو أسرى متقلب المزاج، ضعيف العلاقات، وتقع ضمن هذا المخطط حالات عدم الاستقرار والهجر، مع عدم الثقة التي تتضمن اعتقاد الفرد بان الآخرين سيؤذونه ويحطون من قدرة ويخدعونه، ويكون منبع ذلك الحرمان الانفعالي الذي يتضمن ثلاث اشكال هي:
    - الحرمان من الحنان.
    - الحرمان من التعاطف وغياب التقاهم والإنصات.
    - الحرمان من الحماية وغياب التوجيه والإرشاد.
  - المجموعة الثانية: مجال ضعف الاستقلالية والإنجاز: يتضمن هذا المجال من المخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة تتداخل فيها معتقدات الفرد حول قدرته على الاستقلالية فهي تنشأ داخل أسر مملوءة بالحماية الزائدة أو الانغلاق وفيها أربع أنماط تتمثل في:
    - الاعتمادية.
    - العجز: وفيها يعتقد الفرد بأنه غير قادر على تحمل المسؤوليات بكفاءة ومن دون مساعدة ممن يتولون رعايته.
    - الحساسية المفرطة للأمراض والأذى وكذلك الخوف المبالغ فيه من أي حدث، وتتركز المخاوف على واحد أو أكثر من المجالات الآتية: (الصحية كالخوف من الأمراض أو الإصابة بالجنون، الكوارث الطبيعية...)
    - الإخفاق: حيث يعتبر الفرد نفسه فاشلاً في كل جوانب الحياة.
  - المجموعة الثالثة: مجال الحدود المختلة: ويتضمن أهلية الفرد أي أن الفرد متفوق على الآخرين أو متأخر عنهم في ضبط الذات.
  - المجموعة الرابعة: مجال الانقياد للآخرين: وهنا يركز الفرد بشكل كبير على رغبات الآخرين والسعي الى كسب قبولهم واهتمامهم ورسم صورة ايجابية عنه لديهم، وتأخذ هذه المجموعة ثلاث اشكال هي:
    - الخضوع والاستسلام للآخرين مادياً ومعنوياً.
    - التضحية بالنفس واعتقاد الفرد بأنه ملزم أن يلبي حاجات ومطالب الآخرين.
    - البحث عن الاستحسان بالتركيز المبالغ فيه على اكتساب القبول والاهتمام.

المجموعة الخامسة: مجال فرط الحذر: وتتضمن أربعة أنماط وهي:

- السلبية والتشاؤمية.
- الكبح الانفعالي: لتجنب عدم استحباب الآخرين له.
- قواعد جامدة، ومعايير الصارمة يعتقد فيها الفرد بأنه يجب أن يعمل جاهداً على تلبية معايير داخلية تحتوي على الكمالية
- العقاب: أي اعتقاد الفرد بأن الآخرين يجب أن يعاقبوا بقسوة وصرامة على الأخطاء التي يرتكبونها.
- المفهوم الثاني: العلاج بالمخططات: يشتمل هذا المفهوم العلاجي على ثلاث تقنيات أساسية هي (المعرفية، التجريبية، السلوكية)، بالإضافة الى عناصر العلاقة العلاجية.
- 1. التقنية المعرفية: وتعتمد على التقنيات الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي مثال ذلك ادراج سلبيات وإيجابيات المخطط أو اختبار صلاحية وصحة المخطط أو إجراء حوار بين الجانب الصحي وجانب المخطط.

2. التقنية التجريبية: تعتمد على السيكودراما، التصور (التخيل).

3. التقنية السلوكية: تعتمد على لعب الادوار والواجبات المنزلية

كما تعتمد العلاقة العلاجية على تقنية إعادة التربية المحدودة، وهي عبارة عن تقنية تفترض علاج المخطط الذي ينشأ عندما لا يتم إشباع الحاجات الأساسية، والهدف منه هو إشباع هذه الحاجات من خلال مساعدة الفرد في العثور على الخبرات والتجارب التي تم تقويتها في مرحلة الطفولة المبكرة التي أدت إلى تكوين الصيغ السيئة، والتعرف على أساليب المسايرة المصاحب لهذه الصيغة، حيث تشجع الارتباط الآمن مع المعالج في حدود مهنية. كما تتطوي إعادة التربية المحدودة على الدفاء والحنان والحزم والمواجهة واللعب، وهي تختلف حسب المرحلة العلاجية. (Naima, 2019: p. 663) (نعيمه، 2019، ص663)

**المتغير الثاني: التعب العصبي:**

إن التعب العصبي من الامراض العصبية المنتشرة في عالمنا الحالي، يفرزه الاجهاد الناتج من وقوع الشخص في صراع يؤثر في أعصابه، ويسبب له هبوط في الطاقة بسبب اضطراب نشاط الخلايا العصبية وظهور اعراض نفسية وجسمية. وهو لا يقتصر على فئة أو عمر محدد بل أخذ يصيب الصغار والكبار الذكور. (بن يعقوب، 2013، ص665) (Ben Yacoub, 2013, p. 665)

إن الطاقة في الخلايا العصبية هي الثروة التي يُعتمد عليها في توجيه دفة حياة الإنسان، ويستمد في نظامه الهضمي، ودورته الدموية، وسائر نشاطاته النفسية، والعصبية والجسمية وكافة ما يتطلبه حتى يعيش. (Coles, 1978: p. 78) (كولز، 1978، ص78)

ويحدد بريغ الطاقة العصبية في ثلاثة أشكال هي:

- الطاقة العصبية العضلية: وهي الطاقة التي تصنع الحركات العضلية.
- طاقة الأعضاء الجسمية العصبية، وتتمثل في قدرة الأعضاء على مقاومة الأمراض كافة.

- الطاقة العصبية النفسية: ويلعب هذا النوع دوراً كبيراً، حيث تخلق القوة العصبية النفسية المتينة قوة إدراك سريعة، وذاكرة جيدة.

ويضيف بريغ أن الطاقة العصبية تخزن في الخلايا العصبية كافة، وأن الإنسان ذاته هو المسؤول عن نقصانها أو زيادتها. (بريغ، 2006، ص 15) (Brig, 2006, p. 15)

وإذا ما استنفذت الطاقة العصبية فإن ذلك يؤدي إلى التعب العصبي، والكشف عن عملية الاستنفاد هذه تعني معرفة ظاهرة التعب العصبي، والتي من خلالها يتضح أن مجموعة هبوط الطاقة العصبية يتم بصورة بطيئة، مما يؤدي إلى استنفادها بعد مدة طويلة.

#### اعراض التعب العصبي:

1. الإرهاق: ويكون الإرهاق عاماً في الجسم لا يتناسب مع النشاط الذي يقوم به الفرد، واشكاله تكون غير متوقعة، وهو أكثر الاعراض تكون مزعجة للفرد.
  2. الحساسية الزائدة لحرارة وبرودة الجو.
  3. مشاكل التوازن وتناسق حركات الجسم: وتتمثل في فقدان التوازن وعدم الانتظام في المشي، وقد تحدث حركات ارتعاشيه في اليد، دوار، وتصلب العضلات الذي يؤثر بدوره على الحركات والمشي.
  4. أعراض جسمية مثل ألم في المعدة، وعسر الهضم، وكذلك مشاكل في عمليات الإخراج والحاجة للتبول بفترات قصيرة.
  5. صعوبات في النطق واللغة في الكلام.
  6. اضطرابات ادراكية وعاطفية: تتمثل في ضعف في الذاكرة المؤقتة، فقدان القدرة على التركيز.
- (الطاهري، 2016، ص 30) (Al-Taheri, 2016, p. 30)

#### أسباب التعب العصبي:

أولاً: الأسباب النفسية: حددت الموسوعة الطبية مفهوم التعب العصبي، على أنه استنزاف في الطاقة الفكرية، من جراء القلق والخجل، حيث يعتبر علماء النفس والاجتماع أن الخجل يسيطر على مشاعر الفرد وإحساساته منذ الطفولة، فيؤدي بذلك إلى بعثرة طاقاته الفكرية. (E. M. C. 1988, P225)

وقد أثبتت دراسات علم النفس المرضي والصحة النفسية، أن استمرار التنازع والصراع داخل النفس الإنسانية، يؤدي إلى إنهاك قوة العقل، وهو ما يسمى بالإنهاك العصبي.

ثانياً: المشاعر السلبية: عادة ما ترتبط الأمراض الجسمية والنفسية باستنزاف الطاقة من جراء الأفكار السلبية، ويوصي الباحثين والمعالجين النفسيين بضرورة تنظيف الدماغ من الأفكار السلبية، والمعتقدات الضارة، واستبدال الأفكار الإيجابية بها. إذ إن الشخص الذي يتبع التفكير السلبي الهدام يسبب له توتر عصبي بشكل متزايد، وتضرر في الأعصاب مما يؤثر بشكل تخريبي على الأوعية الدموية والقلب.

ويؤكد بعض الأطباء أن الأسباب الرئيسة للتعب العصبي، وظهور الأمراض تتمثل في: الشعور بالإثم، والحقد، والخوف، والخشية، والكبت، والتردد، والشك، والغيرة، والأثرة، والسأم.

(Al-Mosali, 2004, p. 75) (الموصللي، 2004، ص 75)

وقد تطرق فارميل إلى مفهوم التعب الانفعالي الذي يدخل ضمن التعب العصبي، بل إنه يعتبر المصدر الوحيد لهذا التعب هو المشاعر السلبية المتمثلة في الأحزان والهموم. (Vermeil,1984, p123)

**ثالثاً: سوء التغذية:**

وهو من أهم العوامل المؤدية الى التعب العصبي، وإن الأمراض الناتجة عن سوء التغذية يمكن أن تسبب التعب والإرهاق، فطاقة الفرد التي يستهلكها في بذل أي جهد تأتي من الطعام، فبدون الطعام أو بوجود الطعام غير الكافي من ناحية جودته يفقد الفرد قدرته على مقاومة التعب العصبي.

(Tiffin,1995, p415)

أن الإنهاك العصبي وما ينجم عنه من أمراض جسمية وعقلية مرتبط بالنظام الغذائي غير المتزن بالدرجة الأولى، وأضاف قائلاً: إن أسهل الطرق لصحة جسمية وعقلية هي الغذاء الصحي المناسب، بينما يؤدي الغذاء غير الصحي إلى الخمول، والأفكار المشوشة والتعب.

(أوشاوا، 2003، ص178)(Oshawa, 2003, p. 178)

#### رابعاً: الأسباب المهنية:

إن كثرة الاجهاد في العمل والبحث عن الكمال فيه وكذلك ضيق الوقت للعمل المطلوب وكثرة المسؤوليات، والسعي لتحقيق مكانة مرموقة في المجتمع، وتهر هذه السباب عند النساء أكثر لكثرة الأدوار الاجتماعية التي تلعبها المرأة في المجتمع.

(بن يعقوب، 2011، ص45-46)(Ben Yacoub, 2011, pp. 45-46)

#### خامساً: عوامل بيئية:

تعمل العوامل البيئية على استنزاف الطاقة العصبية وإن أسلوب الحياة المعاصرة التي تتمثل في زيادة المنبهات، وسيطرة التكنولوجيا، وانفتاح المعرفة الذي أصبح الجاذب الأكبر للإنسان، وأجهزة الموبايل والتلفزيون. (Toffler, 1990, p. 67)

وبسبب بعض العوامل البيئية في ظهرت الكثير من الأمراض النفسية والسلوكية والجسمية، فمن غير الممكن للفرد أن يكون بصحة جيدة وهو في محيط بيئة مريضة.

**سادساً: عوامل أخرى:** وتتمثل في سرعة وتيرة الحياة، التي تتطلب تحسين الجوانب الاقتصادية، وعدم الراحة، تذكر الماضي أو العيش فيه والخوف منه، النوم غير الصحي، الجو الملوث، الابتعاد عن الدين ... . ويتضح مما سبق أن التعب العصبي يتميز بأنه:

- حالة للتغيرات الكيميائية في الخلايا العصبية. ويرتبط حدوثه بكمية سريان الدم والأكسجين في الدماغ، والمواد الكيميائية التي تنتجها الخلايا العصبية ودرجة حموضة الدم.
- يرتبط بهبوط الطاقة العصبية، مما يؤثر في وظائف العقل والجسم معاً. وتترافق معه مجموعة من الأعراض النفسية والمعرفية والسلوكية والعصبية والجسمية التي لا تزول بالراحة أو النوم فقط.

- ويحدث التعب العصبي بصورة تدريجية وبطيئة، تزداد حدته مع مرور الوقت إن لم يكن هناك تدخل علاجي لأنه يعوق الفرد عن ممارسة حياته اليومية بشكل طبيعي.
- يضعف من كفاءة الفرد العقلية والجسمية.

(بن يعقوب، 2011، ص 46-68) (Ben Yacoub, 2011, pp. 46-68)

#### الدراسات السابقة:

##### أولاً: العلاج المعرفي السلوكي:

##### 1. دراسة أبو حسونة (2015):

استهدفت الدراسة التعرف أثر برنامج تدريبي (معرفي - سلوكي) في خفض مستوى قلق الاختبار لدى طلبة جامعة إربد الأهلية. تألف أفراد الدراسة من (28) طالباً وطالبة تم تحديدهم من بين الطلبة ذوي القلق المرتفع بعد أن طبق مقياس قلق الاختبار عليهم. وزع أفراد الدراسة توزيعاً عشوائياً إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية، وعدد أفرادها (14) طالباً وطالبة، تلقوا برنامجاً تدريبياً (معرفياً - سلوكياً) من خلال الإرشاد الجمعي لمدة (15) أسبوعاً بهدف خفض قلق الاختبار لديهم، وبمعدل جلسة واحدة مدتها (60) دقيقة أسبوعياً. وتكونت المجموعة الضابطة من (14) طالباً وطالبة لم يتلقوا تدريباً على البرنامج، استخدم مقياس فرايدمان وبنداس (1997) (المعرب والمعدل من قبل) أبو حسونة وعيلبوني (2014) كمقياس قبلي وبعدي ومتابعة للتعرف على مستوى خفض قلق الاختبار وقد أظهرت النتائج وجود أثر لبرنامج التدريب (المعرفي - السلوكي) على مستوى قلق الاختبار، حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في مستوى قلق الاختبار، ولصالح المجموعة الضابطة، ولم تظهر النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الاختبار حسب متغير الجنس، كما احتفظ أفراد المجموعة التجريبية بالتحسن (خفض مستوى قلق الاختبار) عند إجراء قياس المتابعة. (أبو حسونة، 2015، ص 2) (Abu Hassouna, 2015, p. 2)

##### 2. دراسة حنون (2019):

هدفت الدراسة التحقق من فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة النوم لدى الطالب ذوي المشكلات السلوكية، تكونت عينة الدراسة من (42) طالب من طالب الصف الخامس ذوي المشكلات السلوكية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة (24) طالب لم يتلقوا أي تدخل، ومجموعة تجريبية (24) طالب تلقوا جلسات برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة النوم، استخدمت الباحثة برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة النوم، وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تحسين جودة النوم، حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي، كما أظهرت أيضاً وجود تحسن في مستوى المشكلات السلوكية.

(حنون، 2019، ص ت) (Hanoon, 2019, p. t)

**ثانياً: التعب العصبي:****1. دراسة بن يعقوب (2011):**

استهدفت هذه الدراسة بناء مقياس زملة التعب العصبي للطلبة الجامعيين بالجزائر، والكشف عن مدى معاناتهم من أعراض التعب العصبي، وقد استلزم هذا تعرف دلالة الفروق فيما يخص التعب العصبي لدى الطلبة وفقاً للمتغيرات الخمسة التالية: (تغير الجنس، متغير النوم، متغير نمط التغذية، متغير الرياضة، المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية)، ولتحقيق تلك الأهداف تم بناء أداتين: الأداة الأولى هي مقياس زملة التعب العصبي) والأداة الثانية المتمثلة في استمارة جمع البيانات التي تخص الوضعية الاجتماعية والمادية والصحية للمستجوبين، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة، أغلبية أفراد العينة يعانون من التعب العصبي بدرجات مختلفة، تحديداً الأفراد الذين يتميزون بعادات غير صحية، ولا يمارسون الرياضة، ولديهم وضعية مالية غير كافية، وكذلك الأفراد الذين لا تتوافر لديهم الإمكانيات الدراسية، كل هؤلاء معرضون للتعب العصبي، مقارنةً بغيرهم ممن هم على عكس وضعيتهم.

(بن يعقوب، 2011، ص م) (Ben Yacoub, 2011, pg. m)

**2. دراسة الطاهري (2016):**

تناولت الدراسة موضوع ما وراء الذاكرة وعلاقتها بالتعب العصبي لدى التلاميذ الموهوبين في مادة اللغة العربية في مرحلة التعليم المتوسط، هدفت الدراسة تعرف العلاقة بين ما وراء الذاكرة والتعب العصبي لدى التلاميذ الموهوبين في مادة اللغة العربية بحسب اختلاف الجنس والمستوى التعليمي. طبقت الدراسة على عينة قوامها (60) تلميذاً من الموهوبين في مادة اللغة العربية. وتمثلت أدوات الدراسة بمقياس ما وراء الذاكرة لـ (بن ساسي، 2014) ومقياس التعب العصبي لـ (بن عقوب، 2015) أظهرت النتائج أنه لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين ما وراء الذاكرة والتعب العصبي لدى التلاميذ الموهوبين في مادة اللغة العربية، ولا تختلف طبيعة العلاقة بين ما وراء الذاكرة والتعب العصبي باختلاف الجنس أو المستوى التعليمي. (Al-Taheri, 2016, pg. k) (الطاهري، 2016، ص ك)

**منهجية البحث وإجراءاته**

**أولاً منهجية الدراسة:** اعتمد البحث الحالي المنهج شبه التجريبي ذات المجموعة التجريبية والضابطة التي يكون الاختبار فيها قبلي وبعدي.

**ثانياً: مجتمع البحث:** يتكون مجتمع البحث من الأمهات الذي يعاني أبنائهم الشلل الدماغي.

**ثالثاً: عينة البحث:** تألفت عينة البحث الحالي من (30) أم من الأمهات الذي يعاني أبنائهم الشلل الدماغي، وقد شخصت (24) أم بأنهم مصابات بالتعب العصبي من خلال اجابتهن على مقياس التعب العصبي وقد تم تقسيم العينة الى مجموعتين وبالشكل الاتي:

1. المجموعة التجريبية وتتكون من (12) أم ستتضم الى البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

2. المجموعة الضابطة وتتكون من (12) أم لن تتضم الى البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

**تكافؤ المجموعتين:** إن المجموعتين كانت متكافئة من النواحي الديمغرافية، والجدول (1) يوضح ذلك:

جدول (1)

تكافؤ المجموعتين الضابطة والتجريبية من النواحي الديمغرافية

| المتغير         | الفئة          | المجموعة التجريبية |    | المجموعة الضابطة |   | نتيجة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|-----------------|----------------|--------------------|----|------------------|---|----------------|---------------|
|                 |                | %                  | N  | %                | N |                |               |
| العمر           | 20-30 سنة      | 41,7%              | 5  | 50,0%            | 6 | 3,00           | 0,223         |
|                 | 30-40 سنة      | 41,7%              | 5  | 25,0%            | 3 |                |               |
|                 | 40 سنة فما فوق | 16,7%              | 2  | 25,0%            | 3 |                |               |
| المستوى الدراسي | جامعي          | 50,0%              | 6  | 58,3%            | 7 | 2,91           | 0,234         |
|                 | اعدادي         | 33,3%              | 4  | 41,7%            | 5 |                |               |
|                 | متوسط          | 16,7%              | 2  | 0,0%             | 0 |                |               |
| نوع الأسرة      | نووية          | 83,3%              | 10 | 75,0%            | 9 | 0,25           | 0,615         |
|                 | ممتدة          | 16,7%              | 2  | 25,0%            | 3 |                |               |
| عدد الاطفال     | 3-5            | 41,7%              | 5  | 33,3%            | 4 | 0,31           | 0,865         |
|                 | 5-8            | 41,7%              | 5  | 41,7%            | 5 |                |               |
|                 | 8 واكثر        | 16,7%              | 2  | 25,0%            | 3 |                |               |

من الجدول أعلاه يتبين ان المجموعتين متجانستين ومتكافئتين من النواحي الديمغرافية

رابعاً: أدوات البحث: لتحقيق اهداف الدراسة تم استخدام الأدوات الآتية:

أولاً: مقياس التعب العصبي:

1. وصف المقياس: بعد الاطلاع على الادبيات الخاصة بموضوع التعب النفسي تم تبني مقياس (بن يعقوب، 2013) والمتكون من (45) فقرة موزعة على مجالين (نفسى، جسمى)، ببدائل إجابة خماسية، هي: (دائماً، كثيراً، الى حد ما، قليلاً، أبداً).

2. صلاحية المقياس: للتأكد من صلاحية فقرات مقياس التعب العصبي تم عرضها على مجموعة من الخبراء والمتخصصين في مجال العلوم التربوية والنفسية، وقد حصلت موافقة الخبراء على جميع الفقرات وكانت نسبة اتفاقهم (92%). ونسبة لأدبيات الإحصاء النفسي فأنها نسبة يستند عليها في اعتماد المقياس.

3. القوة التمييزية: والمقصود بها قدرة كل فقرة على التمييز بين الافراد الذين يمتلكون اعلى ومستوى وأدنى مستوى في موضوع المقياس. وفي المقياس التعب العصبي في البحث الحالي تم استبعاد (3) فقرات كانت القيمة المحسوبة فيهم اقل من القيمة الجدولية البالغة (1,96) عند مستوى دلالة (0,05)، وهذه الفقرات هي: (40، 39، 10).

4. **علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس:** لإيجاد هذا النوع من العلاقة تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، وقد أظهرت النتائج ان جميع معاملات الارتباط كانت مميزة، عند مستوى دلالة (0,05).
5. **ثبات المقياس:** تم استخراج ثبات مقياس التعب العصبي عن طريق إعادة الاختبار، فقد طبق المقياس على عينة البحث ومن ثم طبق مرة أخرى على نفس العينة بعد أسبوعين من تاريخ التطبيق الأول، وقد تم حساب معامل الارتباط بين الاجابتين وكانت النتيجة (0,88).
- وبعد ان تم التحقق من صدق المقياس وثباته، أصبح المقياس جاهزاً للتطبيق النهائي.

#### ثانياً: برنامج علاجي سلوكي معرفي لخفض التعب العصبي:

- يهدف برنامج البحث الحالي الى خفض التعب العصبي لدى الأمهات التي يعاني ابنائهن الشلل الدماغي، باستخدام بعض التقنيات السلوكية المعرفية التي تعمل على تعديل الأفكار السلبية اللامنطقي وتصحيح الادراكات الخاطئة التي يعاني منها، لمواجهة مشكلات الحياة بشكل صحيح.
- **وصف البرنامج:** فيما يأتي جدول (2) لوصف برنامج البحث الحالي، من حيث عدد الجلسات ومدتها وتقنيات العلاج المستخدمة.

جدول (2) وصف البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي

| ت | الفقرة             | الوصف                                                                                                                             |
|---|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | عدد الجلسات        | 12 جلسة                                                                                                                           |
| 2 | مدة الجلسة         | 90 دقيقة                                                                                                                          |
| 3 | العينة             | الأمهات التي يعاني ابنائهن الشلل الدماغي                                                                                          |
| 4 | الأهداف العامة     | التخلص من الصعوبات والمشاكل الحياتية                                                                                              |
| 5 | هدف البرنامج       | خفض التعب العصبي                                                                                                                  |
| 6 | التقنيات المستخدمة | الحوار السقراطي، إعادة البناء المعرفي، التحصين ضد الضغوط، النمذجة، عرض القصص، المراقبة الذاتية، الاسترخاء العضلي، الواجب المنزلي. |
| 7 | الادوات            | ورق واقلام، شاشة عرض                                                                                                              |

#### تقنيات العلاج السلوكي المعرفي لبرنامج البحث الحالي:

1. **الحوار السقراطي:** وهو طريقة علاجية ضمن طرق العلاج المعرفي السلوكي بين المعالج والمريض قائمة على التعاون، حيث يشتركان في وضع الأهداف العلاجية، وجدول أعمال لكل جلسة، واستخراج الأفكار التلقائية والافتراضات ثم جمع الأدلة لصالح أو ضد هذه الافتراضات بطريقة تشبه الطريقة العلمية لاختبار الفرضيات. (المحارب، 2000، ص5) (Al-Moharib, 2000, p. 5)
2. **إعادة البناء المعرفي:** يشير هذا المصطلح الى النماذج العلاجية التي تشمل محاولة تعديل العوامل المعرفية، فالسلوك غير التكيفي، وفق هذا الأسلوب يعامل بوصفه نتاج للتفكير غير الوظيفي، وبناء

على ذلك ينظر الى العلاج على أنه عملية تعلم داخلية، تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي، وإعادة تنظيم الأفكار، ذات العلاقة بالروابط بين الأحداث والمثيرات البيئية المختلفة، وكذلك تحديد الأنماط الخاصة بالتفكير غير المنطقي أو غير التكيفي، ثم مساعدة الفرد على تفهم الأثر السلبي لأنماط التفكير هذه، كذلك استبدال أنماط التفكير غير التكيفية بأنماط تكيفية وفعالة، وأخيرا التدريب على الاستعانة بكل ما من شأنه تطوير استراتيجيات الضبط الذاتي. (كفافي، 1999، ص23) (Kafafi, 1999, p. 23)

3. **التحصين ضد الضغوط:** أسلوب يساعد الفرد على التعامل مع المواقف المؤدية للضغط بشكل متدرج وتطوير قدرته على التحمل لدوافع ومثيرات أقوى، يتركز هذا التدريب على أساس أنه يمكن التأثير على القدرات الاحتمالية للتعامل مع الضغوط، من خلال تغيير المعتقدات والعبارات الذاتية في مواقف الشدة والضغط. (Korey, 2011, p. 386) (كوري، 2011، ص386)

4. **النمذجة:** وهو من أهم الأساليب المستخدمة التي يتم من خلالها تعليم العديد من المهارات الاجتماعية من خلال التعرف على النماذج السليمة والسوية في البيئة والاقتداء بها وتقليد تلك النماذج لزيادة السلوك الإيجابي، وتم ذلك من خلال تقنية عرض القصص.

5. **عرض القصص:** وذلك من خلال عرض قصص الأمهات اللواتي نجحن في إيصال ابنائهن الى بر الأمان من خلال تعليمهم وتدريبهم على أساليب الحياة الصحيحة.

1. **المراقبة الذاتية:** حيث يقوم المريض بتسجيل ما يقوم به من ملاحظات في مفكرة او في نموذج معد خصيصاً من قبل المعالج، ويجب استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة الفرد بشكل يسمح له بإعداد صياغة لمشكلته والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته. (المحارب، 2000، ص118) (Al-Moharib, 2000, p.118)

2. **الواجب المنزلي:** تلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي، حيث إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختتم بها المعالج المعرفي كل جلسة علاجية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمريض، يزدادان أو ينقصان، وذلك يؤثر في طريقة أداء الفرد في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي، ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف المريض بعمل واجبات منزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً.

وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الأتوماتيكية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، كما أنها تساعد على تقدم العلاج المعرفي سريعاً، وتعطى فرصة للمريض لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة

ومنطقية لمعرفة أفكاره المختلفة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها. كما تعتبر جزء متمم لنتائج العلاج.

3. **الاسترخاء:** إن الفكرة الأساسية لتقنية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق. وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفف درجة القلق عند الإنسان. وبذلك لا يكون الإنسان متوترًا جسديًا ومسترخيًا نفسيًا في آن واحد.

(عزب، 2004، ص111)(Azab, 2004, p. 111)

**صلاحية البرنامج:** تم عرض البرنامج على مجموعة متخصصة في البرامج العلاجية النفسية، وعلم النفس، لغرض بيان رأيهم في صلاحية البرنامج من حيث (عدد الجلسات، وطبيعتها، مدة الجلسة، التقنيات المستخدمة). وقد جات الموافقة على البرنامج وكانت نسبة الاتفاق (100%).

الفصل الرابع: نتائج البحث: في هذا الفصل سيتم استعراض اهم النتائج التي توصل اليها البحث، وكالاتي:

- تعرف فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض التعب العصبي لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وفقاً لفرضيات البحث:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعب العصبي لدى الأمهات التي يعاني ابنائهن الشلل الدماغي، بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج.

للتعرف على التعب العصبي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة، في التعب العصبي قبل تطبيق البرنامج، وقد جاءت النتائج كما موضح في جدول (3).

جدول (3) المتوسط والانحراف المعياري للعنيتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج

| المجموعة  | المتوسطات | الانحرافات المعيارية | القيمة التائية |          | مستوى الدلالة |
|-----------|-----------|----------------------|----------------|----------|---------------|
|           |           |                      | المحسوبة       | الجدولية |               |
| التجريبية | 32        | 8,87                 | 0,31           | 1,96     | دالة          |
| الضابطة   | 33        | 8,98                 |                |          |               |

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعب العصبي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

للتعرف على التعب العصبي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد

المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة، في التعب العصبي بعد تطبيق البرنامج، وقد جاءت النتائج كما موضح في جدول (4).

**جدول (4) المتوسط والانحراف المعياري للعينتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج**

| مستوى الدلالة | القيمة التائية |          | الانحرافات<br>المعيارية | المتوسطات | المجموعة  |
|---------------|----------------|----------|-------------------------|-----------|-----------|
|               | الجدولية       | المحسوبة |                         |           |           |
| دالة          | 1,96           | 3,76     | 9,66                    | 21        | التجريبية |
|               |                |          | 9,30                    | 32        | الضابطة   |

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعب العصبي بين الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

للتعرف على التعب العصبي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة، في التعب العصبي قبل تطبيق البرنامج وبعده، وقد جاءت النتائج كما موضح في جدول (5).

**جدول (5) المتوسط والانحراف المعياري للعينتين التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج**

| مستوى الدلالة | القيمة التائية |          | الانحرافات<br>المعيارية | المتوسطات | المجموعة التجريبية |
|---------------|----------------|----------|-------------------------|-----------|--------------------|
|               | الجدولية       | المحسوبة |                         |           |                    |
|               | 1,96           | 3,70     | 8,87                    | 32        | قبل تطبيق البرنامج |
|               |                |          | 9,66                    | 21        | بعد تطبيق البرنامج |

#### تفسير النتائج:

من خلال البيانات الإحصائية أعلاه والمثبتة في الجداول (3، 4، 5)، يتبين ان للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي المستخدم في البحث الحالي فاعلية في خفض التعب العصبي لدى الأمهات التي يعاني ابنائهن من الشلل الدماغي.

ووفقاً لنظرية بيك فانه لا يوجد لدى الفرد أبنية معرفية ثابتة، والتي اسمهاها الخرائط المعرفية تحدد كيف يسلك الفرد وكيف يشعر، وبمجرد تعديل هذه الخرائط من خلال إعادة البناء المعرفي الذي يستخدم لتعديل الافكار أو المخططات غير التكيفية. فإن الفرد يسلك سلوكاً صحيحاً.

#### التوصيات:

1. ضرورة الاهتمام بموضوع المجموعات المساندة التطوعية، لمساعدة أمهات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في رعاية ابنائهن.

2. ضرورة اهتمام وزارتي العمل والشؤون الاجتماعية والتربية بفترة الشلل الدماغي، وبناء مجموعات خاصة باحتياجاتهم بحسب نوع الشلل، للتخفيف عن كاهل الاهل.
3. ضرورة اتخاذ التدابير الأساسية عند معرفة العائلة بإصابة ابنها بالشلل الدماغي لكي تساعد من البداية، وعدم تقاوم الامر.

#### المقترحات:

1. بناء برنامج ارشادي لأمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي للتخلص من الضغوط النفسية.
2. تطبيق البرنامج العلاجي الحالي على عينة من الإباء، لأصابتهم ايضاً بالتعب العصبي.

#### المصادر:

- إبراهيم، حلمي وفرحات، ليلي السيد (1998). التربية الرياضية والترويح للمعاقين. دار الفكر العربي. القاهرة.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2011). علم النفس الارشادي. دار المسيرة للنشر والتوزيع. ط1، الأردن.
- أبو حسونة، نشأت (2015). أثر برنامج تدريبي (معرفي - سلوكي) في خفض مستوى قلق الاختبار لدى طلبة جامعة إربد الأهلية. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية. المجلد 23. العدد 1. إربد. الأردن.
- إسماعيل، علوى وبن عيسى، زغبوش (2002). العلاج النفسي المعرفي. عالم الكتب الحديثة. ط 1. الأردن.
- أوشاوا، جورج (2002). أسرار الشباب الدائم والعمر المديد. ترجمة: البدر يوسف، ط 3. شركة المطبوعات للتوزيع والنشر. بيروت. لبنان.
- بريغ، بول (2006). القوة العصبية. ترجمة دار علاء الدين للترجمة والطباعة والنشر. ط3، سوريا.
- بن يعقوب، نعيمة (2011). التعب العصبي مرض العصر التفسير الفزيوكيميائي للتعب العصبي. المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية. مجلة عالم التربية. العدد 42. القاهرة.
- بيك، ارون (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة عادل مصطفى. دار النهضة العربية للطباعة والنشر. بيروت.
- توفلر، الفين (1990). صدمة المستقبل. ترجمة: محمد علي ناصف. ط2، القاهرة.
- حنون، نادين عبد الوهاب (2019). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة النوم لدى عينة من الطلاب ذوي المشكلات السلوكية. الجامعة الإسلامية بغزة. فلسطين.
- الخطيب، جمال (2003). الشلل الدماغي والاعاقة الحركية - دليل المعلمين والاباء-. دار الفكر للنشر والتوزيع.

- الركن، سهيل (2021). المشكلات الصحية والأعراض التي ترافق الشلل الدماغي. تقرير طبي منشور على موقع الطبي. <https://altibbi.com>.
- الصمادي، أسامة يوسف (2019). الكفاءة الذاتية لدى بعض أمهات الأطفال المعاقين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم التربوية- كلية التربية، جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية. العدد (22). الجزء الأول.
- الطاهري، زهية (2016). ما وراء الذاكرة وعلاقتها بالتعب العصبي لدى التلاميذ الموهوبين في مادة اللغة العربية مرحلة التعليم المتوسط (دراسة ميدانية بولاية ورقلة)، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح. الجزائر.
- عزب، حسام الدين (2004). فاعلية برنامج علاجي لاضطراب الهلع. مركز الارشاد النفسي - جامعة عين شمس. القاهرة.
- كورني، كوربين (2001). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. ترجمة محمود عيد مصطفى. إيتراك للنشر والتوزيع. القاهرة.
- كفاقي، علاء الدين (1999). الارشاد والعلاج النفسي الاسري. دار الفكر للنشر والتوزيع. عمان.
- كوري، جيرالد (2000). النظرية والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي. ترجمة سامح وديع الخفش. دار الفكر للنشر والتوزيع. ط1. عمان.
- كولز، ادور سينسر (1978). اعرف نفسك . ترجمة: دار الهلال. القاهرة.
- اللالا، زياد كامل (2011). اساسيات التربية الخاصة. طبعة مزيده ومنقحة. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. عمان. الأردن.
- المحارب، ناصر بن ابراهيم (2000). المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي. دار الزهراء للطباعة والنشر. الرياض.
- محمد، عادل عبد الله (1999). العلاج المعرفي السلوكي. الطبعة الثانية. دار الرشاد للطبع والنشر. القاهرة.
- مليكة، لويس كامل (2010). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. دار القلم للطباعة والنشر. الكويت.
- نعيمة، عزي صالح (2019). العلاج السلوكي المعرفي " مقارنة نظرية حول نظرية ارون بيك وجيفري يونغ، مجلة آفاق علمية. المجلد 11. العدد 3. الجزائر.
- هوفمان، س. ج. (2012). العلاج المعرفي السلوكي. ترجمة: مراد على عيسى. دار الفجر للنشر والتوزيع. القاهرة.

## References

- Abu Asaad, Ahmed Abdel Latif (2011). Counseling Psychology. Dar Al Masirah for Publishing and Distribution. 1st Edition. Jordan.
- Abu Hassouna, Nashaat (2015). The effect of a training program (cognitive - behavioral) in reducing the level of test anxiety among Irbid Private University students. Journal of the Islamic University of Educational and Psychological Studies. Volume 23. Issue 1. Irbid. Jordan.
- Azab, Hossam El-Din (2004). Effectiveness of a treatment program for panic disorder. Psychological Counseling Center - Ain Shams University. Cairo.
- Beck, Aaron (2000). Cognitive Therapy and Emotional Disorders. Translated by Adel Mustafa. Arab Renaissance House for Printing and Publishing. Beirut.
- Ben Yacoub, Naima (2011). Nervous fatigue. The disease of the age. The physicochemical explanation of nervous fatigue. The Arab Foundation for Scientific Consultation and Human Resource Development. Education World Magazine. No. (42). Cairo.
- Beukelman, David R. (1999). Augmentative and Alternative Communication: Management of severe communication disorders in children and adults.
- Brig. Paul (2006). Nervous Power, translated by Aladdin House for Translation. Printing and Publishing. 3rd Edition. Syria.
- Corney. Corbin (2001). Brief Cognitive Behavioral Therapy. Translated by Mahmoud Eid Mostafa. Itrac Publishing and Distribution. Cairo.
- Currie, Gerald (2000). Theory and Application in Counseling and Psychotherapy. Translated by Sameh Wadih Al-Khuffash. Dar Al-Fikr for Publishing and Distribution. 1st Edition, Amman.
- Coles, Edward Spencer (1978). Know Yourself. Translated by Dar Al-Hilal. Cairo.
- E. M. C (Encyclopedia Medico – Chirurgical). (1987). Neurology. No 17044. H10. Paris.
- Farrugia, Gianrico (2020). Cognitive behavioral therapy. Mayo Clinic Family Health Book. 5th Edition. [www.mayoclinic.org](http://www.mayoclinic.org).
- Freudenberg, H. (1994): staff Burnout. Journal of Social Issues, 50 Retrieved from <http://www.ied.edu.hk>.
- Hannoun, Nadine Abdel Wahab (2019). Effectiveness of a cognitive-behavioral program to improve sleep quality among a sample of students with behavioral problems. Islamic University of Gaza. Palestine.
- Hoffman, S.C. (2012). Cognitive-behavioral therapy. Translated by Murad Ali Issa. Dar Al-Fajr for Publishing and Distribution. Cairo.
- Ibrahim, Helmy and Farhat, Laila El-Sayed (1998). Physical Education and Recreation for the Disabled. Dar Al-Fikr Al-Arabi. Cairo.
- Ismail, Alawi and Bin Issa, Zaghbush (2002). Cognitive Psychotherapy. The World of Modern Books. 1st Edition. Jordan.
- Kafafi. Aladdin (1999). Counseling and Family Psychotherapy. Dar Al-Fikr for Publishing and Distribution. Amman.

- Al-Khatib, Jamal (2003). Cerebral Palsy and Motor Disability - Teachers and Parents' Guide - Dar Al-Fikr for Publishing and Distribution.
- Al-Lala, Ziad Kamel (2011). The Basics of Special Education, an increased and revised edition. Dar Al-Masira for Publishing. Distribution and Printing. Amman. Jordan.
- Malika, Louis Kamel (2010). Behavioral Therapy and Behavior Modification. Dar Al-Qalam for Printing and Publishing. Kuwait.
- Mohamed, Adel Abdullah (1999). Cognitive-behavioral therapy. Second edition. Dar Al-Rashad for printing and publishing. Cairo.
- Al-Mohareb, Nasser bin Ibrahim (2000). The Guide in Cognitive Behavioral Therapy. Dar Al-Zahraa for Printing and Publishing. Riyadh.
- Naima, Azza Saleh (2019). Cognitive behavioral therapy. a theoretical approach to the theory of Aaron Beck and Jeffrey Young. Scientific Horizons, Volume 11. No. 3. Algeria.
- Oshawa, George (2002). Secrets of Eternal Youth and Long Life. Translated by: Al-Badr Youssef. 3rd Edition, Publications Company for Distribution and Publishing, Beirut. Lebanon.
- Al-Roken, Suhail (2021). Health problems and symptoms that accompany cerebral palsy. A medical report published on the Al-Tibbi website: <https://altibbi.com>.
- Al-Smadi, Osama Youssef (2019). Self-efficacy of some mothers of disabled children and its relationship to some variables. Journal of Educational Sciences - College of Education. Imam Muhammad bin Saud Islamic University. Issue (22). Part One.
- Al-Tahri, Zahia (2016). Beyond memory and its relationship to nervous fatigue among talented students in Arabic language at the intermediate stage (a field study in the Wilayat of Ouargla). Faculty of Humanities and Social Sciences. Kasdi Merbah University. Algeria.
- Tiffin, J. (1995). Industrial Psychology. Journal of Psychosomatic Research. Vol 39. London.
- Toffler, Alvin (1990). The Shock of the Future. Translated by Muhammad Ali Nassif. 2nd Edition. Cairo.
- Vermeil, G. (1984). La Fatigue à L'école. Edit E. S. F. Paris.