



وحدة النشر العلمي



كلية البنات للآداب والعلوم والتربية



مجلة البحث العلمي في التربية

مجلة محكمة ربع سنوية

العدد 2 المجلد 23 2022



رئيس التحرير

أ.د/ أميرة أحمد يوسف سليمان
عميدة كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
جامعة عين شمس

نائب رئيس التحرير

أ.د/ حنان محمد الشاعر
وكيلة كلية البنات للدراسات العليا والبحوث
جامعة عين شمس

مدير التحرير

أ.م.د/ أسماء فتحي توفيق
أستاذة علم النفس المساعد بقسم تربية الطفل
كلية البنات - جامعة عين شمس

المحرر الفني

أ.نور الهدي علي أحمد

سكرتير التحرير

نجوى إبراهيم عبد ربه عبد النبي

مجلة البحث العلمي في التربية (JSRE)

دورية علمية محكمة تصدر عن كلية البنات للآداب
والعلوم والتربية - جامعة عين شمس.

الإصدار: ربع سنوية.

اللغة: تنشر المجلة الأبحاث التربوية في المجالات
المختلفة باللغة العربية والإنجليزية

مجالات النشر: أصول التربية - المناهج وطرق
التدريس - علم النفس وصحة نفسية - تكنولوجيا التعليم
- تربية الطفل.

الترقيم الدولي الموحد للطباعة ٢٣٥٦-٨٣٤٨
الترقيم الدولي الموحد الإلكتروني ٢٣٥٦-٨٣٥٦

التواصل عبر الإيميل

jsre.journal@gmail.com

استقبال الأبحاث عبر الموقع الإلكتروني للمجلة

<https://jsre.journals.ekb.eg>

فهرسة المجلة وتصنيفها

١- الكشاف العربي للاستشهادات المرجعية

The Arabic Citation Index - ARCI

٢- Publons

٣- Index Copernicus International

Indexed in the ICI Journals Master List

٤- دار المنظومة - شعبة

تقييم المجلس الأعلى للجامعات

حصلت المجلة على (٧ درجات) أعلى درجة في تقييم
المجلس الأعلى للجامعات قطاع الدراسات التربوية.



فاعلية برنامج تدريبي للأمهات لخفض كل من القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد

دكتور

أسامة فاروق مصطفى سالم*

دكتور

ماجد محمد عثمان عيسى**

المستخلص:

هدفت البحث إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي للأمهات في خفض كل من القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد، وقد تَكُونَت العينة من (٥) أمهات وأطفالهن (٥) ذكور من ذوي اضطراب التوحد، وتراوحت الأعمار الزمنية للأمهات ما بين (٣٧-٤٢) عامًا وأطفالهن ما بين (٥-١١) عامًا، وتم استخدام أدوات هي: مقياس تقدير القلق للأطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحثين)، ومقياس تقدير الاكتئاب للأطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحثين)، ومقياس تقدير اضطرابات النوم للأطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحثين)، وتم استخدام المجموعة التجريبية الواحدة كتصميم تجريبي، وتم تطبيق البرنامج التدريبي للأمهات (إعداد الباحثين)، وتم القياس عقب الانتهاء من البرنامج مباشرة، وكذلك بعد مرور شهرين، وتَوَصَّلَت النتائج إلى خفض مستوى القلق والاكتئاب واضطرابات النوم في القياس البعدي، واستمرار انخفاض المستوى بعد مرور شهرين من خلال (القياس التتبعي).

الكلمات المفتاحية: القلق- الاكتئاب- اضطرابات النوم- اضطراب التوحد.

مقدمة:

اضطراب التوحد (ASD) هو اضطراب نمائي عصبي يتميز بأعراض أساسية تتمثل في القصور في التواصل الاجتماعي، واضطرابات الكلام واللغة، فضلاً عن السلوكيات المقيدة والمتكررة والقوالب النمطية.

ويتم الإبلاغ عن أعراض القلق بشكل متكرر عند الأطفال ذوي اضطراب لتوحد، ويقدر انتشار اضطراب القلق لديهم بحوالي ٤٠٪. ومع ذلك، ركزت معظم الدراسات على الأطفال بعمر ثمان سنوات أو أكبر، لذلك لا يُعرف الكثير عن الأعراض المبكرة للقلق لدى الأطفال الصغار المصابين بالتوحد، Keen (et al., 2019).

* استاذ التربية الخاصة المساعد-كلية التربية الخاصة - جامعة مصر للعلوم والتكنولوجيا - جمهورية مصر العربية.

** أستاذ علم النفس التعليمي - كلية التربية للبنين بأسسيوط - جامعة الأزهر - جمهورية مصر العربية.

البريد الإلكتروني: Osama.Farok@must.edu.eg * osmanmagid@yahoo.com **

ويعاني الكثير من ذوي اضطراب التوحد من تجاهل تشخيص القلق لديهم نظرًا لأنه يتم تجاهل الأعراض الأقل أهمية وهي القلق، والاهتمام بالأعراض الأكثر تأثيرًا مثل السلوكيات النمطية التكرارية أو سمات الاضطراب بصفة عامة (MacNeil, et al., 2009).

وترجع أهمية اضطراب القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في أنه يساعد على إيجاد المزيد من الصعوبات التي تؤدي إلى تفاقم الأعراض مثل سلوك ابداء الذات، وظهور أعراض الاكتئاب، ومشاكل الجهاز الهضمي، وعجز المهارات الاجتماعية، مما يؤدي إلى زيادة الضغط الأسري والحاجة إلى الرعاية الصحية (Kerns, et al., 2016).

ويعد الاكتئاب هو المرض المشترك الأكثر شيوعًا لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد، وقد ثبت أنه يعرقل أداء الوظائف الحياتية بشكل كبير، ويمكن أن تتسبب إصابة الفرد بكل من الاكتئاب واضطراب التوحد معًا إلى العزلة الاجتماعية، والحالات المزاجية المنهكة، والسلوكيات النمطية، والتي يمكن أن تؤثر سلبيًا على أدائهم وتحصيلهم الأكاديمي (Clark, et al., 2021).

وفي بحث آخر أظهر التحليل البعدي ل (٢٩) بحث أن (١١٪) من ذوي اضطراب التوحد يعانون من اضطراب الاكتئاب، وأن الاكتئاب يظل مرضًا مشتركًا لدى غالبية ذوي اضطراب التوحد، وأن (٢٣٪) منهم يعانون من الاكتئاب، وأن (٣٧٪) منهم يستمر معهم مدى الحياة (Hollocks, et al., 2019).

ويعاني الأطفال ذوي اضطراب التوحد كذلك من اضطرابات النوم، والتي تظهر أعراضها في مقاومة وقت النوم، وتأخر بداية النوم، ومدة النوم، وقلق النوم، والاستيقاظ الليلي، والسير أثناء النوم، والفرع خلال النوم، واضطراب التنفس أثناء النوم، والنعاس أثناء النهار، ومع تقدم العمر تتخفف القدرة على مقاومة وقت النوم وقلق النوم (Hoffman, et al., 2006).

وهناك العديد من الدلالات التي تشير إلى وجود ارتباط بين اضطرابات النوم، وأعراض اضطراب التوحد الأساسية، مثل أوجه القصور الاجتماعي، وضعف الاتصال، والسلوكيات النمطية المتكررة (Gabriels, et al., 2005).

وتعد اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من المشكلات الجديرة بالملاحظة، وهي لا تزيد من إجهاد الوالدين طوال الليل فقط، ولكنها تؤثر أيضًا على سلوكيات الأطفال أثناء النهار، وقد تؤدي إلى تفاقم أعراض اضطرابات التوحد (Hoffman, et al., 2005).

وبالإضافة إلى ذلك فتؤثر اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد سلبيًا على معدل نوم مقدمي الرعاية لهم، حيث وُجد أن التوتر أعلى لدى والدي أطفال اضطراب التوحد ذوي اضطرابات النوم مقارنة بوالدي أطفال ذوي اضطراب التوحد دون اضطرابات النوم (Lopez- Wagner, et al., 2008).

ومما يؤكد على أهمية النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، أن هناك العديد من الدلائل التي تشير إلى أن اضطرابات النوم لديهم تؤدي إلى نتائج صحية ضارة مختلفة، مثل انخفاض القدرة على التناسق الحركي أو التواصل اللفظي، وانخفاض التفاعلات الاجتماعية، وزيادة القلق، وفرط النشاط، والعدوانية، وتغيير عادات الأكل (Goldman, et al., 2011).

وتوجد العديد من الأدلة على أن اضطرابات النوم تظهر لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد منذ بداية مرحلة الطفولة وتستمر خلال مرحلة البلوغ (Limoges, et al., 2013).

وأن ما يشير إلى أهمية اضطرابات النوم لدى هذه الفئة هو أنها تنتشر تبعًا للتقديرات الحديثة لدى ٧٨٪ إلى ٨١٪ من إجمالي عدد الأطفال ذوي اضطراب التوحد (Valicenti-McDermott, et al., 2019)

ويتعرض الأطفال ذوي اضطراب التوحد إلى اضطرابات النوم بسبب أنهم كانوا أقل عرضة لالتباع بالإرشادات الصحية، والتي تتصح بالنوم من (٩-١١) ساعة ليلاً مثل الأطفال ذوي النمو النموذجي، Healy, (et al., 2019).

يتضح مما سبق أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من القلق والاكتئاب واضطراب النوم، والذي يمكن أن يؤثر سلبًا في تفاقم أعراض اضطراب التوحد، لذا فيسعى البحث إلى التخفيف من حدتها.

مشكلة البحث:

أثناء تردد الباحثان على مراكز رعاية الأطفال ذوي اضطراب التوحد أثناء التدريب الميداني من خلال عمل الباحثان، تم ملاحظة تكرار شكوى الأمهات من اضطرابات القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى أطفالهن، والذي يزيد من معاناتهن ويقلل فرصة رعايتهن للأطفال أو القيام بالأدوار الحياتية المسندة إليهن، ويزيد من شعورهن بعدم الاستقرار النفسي.

وبالاطلاع على الأطر النظرية المتعلقة بذلك الأمر، وُجد أن معظم الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من اضطرابات القلق والاكتئاب، مما يعني انخفاضًا إضافيًا في مستوى أداء الطفل ويضيف عبئًا إضافيًا على الأسرة، وأنه على الرغم من أن أكثر من ٥٠٪ من اضطراب التوحد يستوفون أيضًا معايير اضطراب القلق، إلا أن أقلية فقط تتلقى العلاج المناسب للقلق (Shaker-Naeeni, et al., 2014).

وأشارت احصائيات أخرى إلى أن اضطرابات القلق تعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا بين الأطفال والمراهقين، حيث يصيب اضطراب القلق ما يقرب من (٣٢٪) من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين (١٣ و ١٨) عامًا، تليها الاضطرابات السلوكية (١٩,١٪)، واضطرابات الاكتئاب (١٤,٣٪)، واضطرابات تعاطي المخدرات (١١,٤٪)، وتشير الدراسات الوبائية إلى أن أكثر من (١٠٪) من الأطفال يستوفون معايير نوع من اضطرابات القلق في مرحلة معينة من حياتهم (Avenevoli, et al., 2008).

يعاني أطفال اضطراب التوحد في كثير من الأحيان من مستويات مرتفعة من القلق سريريًا، بما في ذلك اضطراب القلق العام، واضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب القلق الانفصالي، واضطراب الوسواس القهري (Simonoff, et al., 2012).

وعلى الرغم من أن معدل القلق لذوي اضطراب التوحد يختلف على نطاق واسع (على سبيل المثال، من ١٣٪ إلى ٨٤٪)، إلا أن غالبية الدراسات تشير إلى أن تقدير واقعي تتراوح قيمته بين (٤٠٪-٥٠٪) من إجمالي الأطفال (Van Steensel, et al., 2011).

وفي مجال الاكتئاب لذوي اضطراب التوحد، فقد وجد أن معدلات اضطراب المزاج الاكتئابي أعلى بسبع مرات تقريبًا لدى ذوي اضطراب التوحد مقارنة بأقرانهم العاديين، وقد أظهرت تقارير الحالة المزاجية المكتتب أنها تصل إلى ٥٠٪ (Spratt, et al., 2018). وما زالت الابحاث محدودة حاليًا وهناك حاجة إلى مزيد من العمل لفهم أعراض الاكتئاب لديهم بشكل كامل (Hedley and Young 2006).

ويتعرض ذوي اضطراب التوحد بشكل متزايد لخطر الإصابة بسوء الصحة وأعراض الحالة المزاجية الاكتئابية بسبب القصور في المهارات الحسية والحركية، وصعوبات التواصل، وقلة الاهتمامات، وأنماط الحياة المستقرة (Spratt, et al., 2018).

وتشير مراجعة تحليلية لمجموعة من الدراسات السابقة إلى أن ذوي اضطراب التوحد أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب في حياتهم بأربعة أضعاف من نظرائهم العاديين (Hudson, et al., 2019).

وفي مجال إصابة الأطفال ذوي اضطراب التوحد باضطرابات النوم، فقد وُجد أن أكثر من ثلثي والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد أو اضطراب أسبرجر أفادوا بأن نومهم قد تعطل بسبب اضطرابات النوم لدى أطفالهم (Polimeni, et al., 2007).

حيث تشير الإحصائيات إلى أن حوالي (٥٣٪) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من صعوبة في بدء النوم، و(٤٠٪) من نوم مضطرب، و(٣٤٪) من الاستيقاظ ليلاً، و(٣٢٪) من صعوبة في الاستيقاظ من النوم (Gail-Williams, et al., 2004).

وأن ما يزيد من أهمية الأمر، وهو ما تم التوصل إليه وهو أن اضطرابات النوم تؤثر بشكل سلبي على أعراض اضطراب التوحد، على سبيل المثال أظهر أطفال اضطراب التوحد الذين يعانون من اضطرابات النوم عن عجزاً حاداً في المهارات الاجتماعية، وسجلوا درجات أقل في الاختبارات الاجتماعية (Schreck, et al., 2004).

وكذلك غالباً ما يُظهر الأطفال ذوي اضطراب التوحد واضطرابات النوم المرضية مستويات أعلى من التحدي السلوكي وفرط النشاط والقوالب النمطية وأشكال أخرى من السلوك غير المرغوب فيه (Joseph and Thomas, 2008).

وأظهرت نتائج بحوث أخرى أجريت على الأطفال ذوي اضطراب التوحد أن اضطرابات النوم ترتبط بالسلوكيات الخارجية مثل العدوانية والانتباه (Hermann, 2016). وأن هناك ارتباط موجب بين قلق النوم وكل من التهيج وفرط النشاط، حيث يرتبط التهيج بالنعاس أثناء النهار، وترتبط العدوانية والعداء وعدم الانتباه وفرط النشاط مع الاستيقاظ أثناء الليل للأطفال ذوي اضطراب التوحد (Mazurek and Sohl, 2016). وهناك ارتباط موجب بين اضطرابات النوم وضعف جودة الحياة في مجالات الصحة البدنية والبيئية، وعلى وجه التحديد ترتبط اضطرابات النوم بالخلل الوظيفي أثناء النهار بضعف جودة الحياة في الصحة البدنية، ويرتبط الخلل الوظيفي أثناء النهار ومدة النوم بضعف جودة الحياة في مجال البيئة (Leader, et al., 2021).

وتوجد العديد من العوائق التي تقف عائقاً أمام نجاح علاج القلق لذوي اضطراب التوحد منها قصور الانتباه، والتأخير الاجتماعي والتواصل / العجز، رؤية محدودة، السلوك التخريبي والسلوك المقيد (Wood, et al., 2009).

وعلى الرغم من أهمية الآثار المترتبة على القلق والاكتئاب واضطرابات النوم في سلوكيات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، إلا أنه – في حدود ما تم الاطلاع عليه – لا توجد بحوث عربية فضلاً عن قلة البحوث الأجنبية التي تناولت خفض مستوى القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال برنامج تدريبي للأمهات، وهذا ما حدد مشكلة البحث في محاولة الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي:

ما فاعلية برنامج تدريبي للأمهات في خفض كل من القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد؟

ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة الآتية:

- ١- ما مدى خفض مستوى القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال البرنامج التدريبي للأمهات؟
- ٢- ما مدى خفض مستوى الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال البرنامج التدريبي للأمهات؟
- ٣- ما مدى خفض مستوى اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال البرنامج التدريبي للأمهات؟
- ٤- ما مدى استمرار انخفاض مستوى القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج التدريبي للأمهات؟
- ٥- ما مدى استمرار انخفاض مستوى الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج التدريبي للأمهات؟
- ٦- ما مدى استمرار انخفاض مستوى اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج التدريبي للأمهات؟

أهداف البحث:

هدف البحث إلى

- اختبار فاعلية البرنامج تدريبي للأمهات لخفض القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى أطفالهن.
- الكشف عن مدى استمرارية فعالية البرنامج بعد الانتهاء منه وبعد فترة المتابعة.

أهمية البحث:

الأهمية النظرية:

- تكمن الأهمية النظرية في طبيعة متغيرات البحث المتمثلة في اضطراب القلق، والاكتئاب، واضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- ندرة البحوث - في حدود ما تم الاطلاع عليه- التي تناولت فاعلية برنامج تدريبي للأمهات لخفض القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد.

الأهمية التطبيقية:

- المساعدة في التعرف على العوامل المسببة للقلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والحد منها بقدر الامكان، مما يزيد من الاستقرار والراحة النفسية لدى أمهاتهم والقائمين على رعايتهم.

- تفيد نتائج البحث في جذب انتباه الباحثين للاستفادة من البرنامج التدريبي للأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد لخفض القلق والاكتئاب واضطرابات النوم، مما يخفف من الضغوط على الوالدين.

- يعد هذا البحث استجابة لمناشادات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد للبحث عن حلول لمشكلة القلق والاكتئاب، أسبابها، وما يترتب عليها من اضطرابات النوم، والتي تتسبب في العديد من المشكلات النفسية لدى الأمهات، وتزيد من معاناتهن خلال رعاية أطفالهن.

محددات البحث:

تحدد البحث بمتغيرات تتمثل في القلق، والاكتئاب، اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبعبارة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي ٢٠٢١ / ٢٠٢٢م، وكذلك بمقاييس: القلق، الاكتئاب، اضطرابات النوم، والمعدة في البحث الحالي، حيث تم التطبيق للمقاييس الكترونياً من خلال نماذج جوجل على شبكة الانترنت بسبب انتشار جائحة كوفيد-١٩.

مصطلحات البحث الإجرائية:

١- البرنامج التدريبي للأمهات:

يعرف البرنامج التدريبي إجرائياً: بأنه برنامج مقدم لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تم تصميمه وتخطيطه في ضوء الأسس العلمية، ويستند على إمداد الأمهات بمجموعة من المعلومات والمعارف المتنوعة عن مشكلات (القلق، والاكتئاب، واضطرابات النوم)، أسبابها، مظاهرها، طرق علاجها، كما يعتمد أيضاً على استخدام مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات التي تستند على نظرية العلاج المعرفي السلوكي (التعزيز-النمذجة-الحوار-المحاكاة-الحوار والمناقشة-التغذية الراجعة-الواجب المنزلي-التجاهل-فنيات الاسترخاء- خفض الاستثارة- مراقبة الذات- تأكيد الذات- التعليمات الذاتية- التدريب على التفكير العقلاني- التدريب على نموذج حل المشكلة) بهدف خفض مشكلات القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

٢- اضطراب التوحد Autism Disorder:

هو اضطراب نمائي عصبي يؤدي إلى قصور في التواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية التكرارية المقيدة، ويظهر ابتداءً من مرحلة الطفولة المبكرة.

يعرف الباحثان اضطراب التوحد: بأنهم أطفال لديهم اضطراب شديد يتضح خلال القصور في مهارات التواصل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية التكرارية المقيدة، والسلوكيات المضطربة مثل القلق، والاكتئاب، واضطرابات النوم، وتلك السلوكيات تعكس قصوراً في سلوكياتهم، وتظهر هذه الاعراض في مرحلة الطفولة المبكرة، وبالتالي فهم يحتاجون لخدمات تربوية متخصصة وارشاد أسري. ويتحدد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطفل في مقياس تقدير الطفل التوحدي (إعداد محمد، ٢٠٠٣).

القلق Anxiety:

القلق هو شعور مفرط بالتوتر بشأن مجموعة متنوعة من الأحداث والأنشطة على مدى فترة طويلة (-DSM, 2013, IV).

ويعرف عكاشة (٢٠١٨) القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوباً عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة مثل زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في المعدة (معدة فاضية) أو السحبة في الصدر، أو الضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب، أو الصراع، أو كثرة الحركة... الخ.

ويذكر عبد الخالق (٢٠٠٠) بأنه "شعور بخوف غامض مجهول المصدر وتوتر داخلي، وعدم القدرة على الاسترخاء والاستقرار، وصعوبة التركيز مع مشاعر مصاحبة بعدم الأمن، والاستغراق في أحلام اليقظة".

ويوضح الباحثان القلق اجرائياً: أنه فئة واسعة من الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية التي تتميز بالشعور بالخوف بصفة عامة، والشعور بالخوف من قلق انفصال الوالدين، والرهاب الاجتماعي، والرهاب من الأماكن الخالية، والخوف من إصابة الجسد، والوسواس القهري، ويتحدد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطفل ذا اضطراب التوحد من خلال تقدير الأم في مقياس تقدير القلق (إعداد الباحثان).

الاكتئاب Depression:

يعرف عبد الخالق (١٩٩٩) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية تظهر بشكل دائم أو وقتي، ويشعر خلالها الفرد بالضيق والحزن والانقباض النفسي، وتكون هناك مشاعر بالتشاؤم والغم والهم واليأس والعجز، ويصاحبها أعراض محددة بالجوانب السلوكية والجسمية والمعرفية والمزاجية، ومن تلك الأعراض ضعف الاهتمام بالأشياء، وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة، واضطراب النوم والشهية، وفقد الوزن، والشعور بالتعب وعدم التركيز، وعدم الكفاءة، وتبادر لدى الفرد الأفكار الانتحارية.

ويعرف الباحثان الاكتئاب اجرائياً: هو حالة انفعالية تؤثر سلباً على مشاعر الفرد وطريقة تفكيره وتصرفاته، وتتسبب في الشعور بالحزن أو فقدان الاهتمام بالأنشطة التي كان يتم الاستمتاع بها من قبل، وتؤدي إلى مشاكل انفعالية وجسدية وتقل من قدرة الفرد على العمل، ويتحدد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطفل ذا اضطراب التوحد من خلال تقدير الأم في مقياس تقدير الاكتئاب (إعداد الباحثان).

اضطرابات النوم Sleep Problems:

هي عدم استقرار أنماط النوم الطبيعي، وتظهر خلال أعراض قبل النوم كعدم القدرة على النوم في الظلام أو بمفرده أو خارج المنزل والقيام بحركات هزازة في السرير، وأعراض أثناء النوم كالتحرك كثيراً أثناء النعاس، والشخير، وتوقف التنفس، والحركات السريعة لليدين والساقين، وأعراض بعد الاستيقاظ كالشعور بمزاج سلبي بعد الاستيقاظ، وآلم في الجسد، والصداع ورغبة في النوم مرة أخرى. وتتحدد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطفل ذا اضطراب التوحد من خلال تقدير الأم في مقياس تقدير اضطرابات النوم (إعداد الباحثان).

الإطار النظري:

أولاً: اضطراب التوحد Autism Disorder :

تضمنت المعايير الجديدة للدليل التشخيصي والإحصائي في طبعته الخامسة (DSM-V) توظيفاً لمسمى متفق عليه هو "اضطراب طيف التوحد (ASD) Autism Spectrum Disorder" وهو مجموعة من اضطرابات النمو العصبي، وتتميز بعجز في التواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية التكرارية المقيدة،

ويحدث هذا في مرحلة الطفولة المبكرة، وتركز المعايير الجديدة على ضرورة تحديد مستوى الخدمات (الدعم)، مما يمثل نهجًا جديدًا نحو ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوبة، ولتشخيصه يتطلب أيضًا وجود أنشطة واهتمامات نمطية متكررة، وكذلك اضطرابات حسية، ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة المعدلة حيث كان توجه تلك الطبعة تشخيصيًا فقط، وتضمنت المعايير الجديدة توسيعًا للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة (والممتد حتى عمر ٨ سنوات) بدلًا عن المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة وهو عمر ٣ سنوات (Lai, et al., 2015; APA, 2013).

ويعد اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي عصبي، وعجز مستمر في التفاعلات الاجتماعية والاتصالات، بالإضافة إلى وجود سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة، والتي عادة ما تتداخل مع العلاقات الشخصية والنجاح الأكاديمي في وقت لاحق في الحياة بشكل عام، وتنقسم خصائص الأفراد ذوي اضطراب التوحد إلى ثلاث فئات تتمثل في عجز التواصل والتركيز، والصعوبة المتعلقة بالأشخاص أو الأشياء، والسلوكيات المتكررة مثل رفرقة اليد أو تكرار الأصوات، بالإضافة إلى السلوكيات المتكررة الشائعة جدًا بين الأفراد ذوي اضطراب التوحد، ويتم التعرف عليهم أيضًا من خلال ردود الفعل غير الطبيعية للمنبهات الحسية، لذلك تم اقتراح المعالجة الحسية غير النمطية لتكون جزءًا من السمات التشخيصية للتوحد في الدليل الخامس التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (APA, 2013).

ويعد اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تؤثر تأثيرًا شاملاً على كافة جوانب النمو العقلية والانفعالية والاجتماعية للطفل المصاب به فضلاً عن القصور الواضح في التواصل اللفظي وغير اللفظي مع مصاحبهه بسلوكيات نمطية تكرارية مقيدة.

لذا فيمثل اضطراب التوحد عاقبة تنموية تتميز بضعف في التواصل الاجتماعي جنبًا إلى جنب مع السلوكيات المقيدة والتكرارية، وهذا في وقت مبكر أثناء فترة النمو وقصور اجتماعي ومهني وكثير من الوظائف (Centers for Disease Control and Prevention, 2014).

نسبة انتشار اضطراب التوحد:

شهد النصف الأول من العقد الحادي والعشرون زيادة كبيرة في أعداد الأفراد ذوي اضطراب التوحد، حيث يوضح الدليل الخامس التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM5 أن نسبة انتشار ذوي اضطراب التوحد بمعدل (١) لكل (١٠٠) شخص أي ١٪ بالنسبة لتعداد السكان (APA, 2013).

ويتزايد انتشار ذوي اضطراب التوحد "Disorder" Autism Spectrum (ASD) بشكل سريع حاليًا، حيث يتم تشخيص حوالي (١) لكل (٥٤) طفلًا بالتوحد، ويؤثر (ASD) على جميع المجموعات العرقية والعرقية والاجتماعية والاقتصادية (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

وينتشر ذوي اضطراب التوحد بين الذكور والإناث بنسبة ٤:١، ويرى البعض أن الزيادة لصالح الذكور مقارنة بالإناث، قد ترجع إلى مقاييس ومعايير تشخيص ذوي اضطراب التوحد التي لا زالت تركز بصورة كبيرة على خصائص الذكور مقارنة بالإناث.

العوامل والأسباب والنظريات المفسرة لاضطراب التوحد:

حتى هذه اللحظة لم يتضح سبب محدد لاضطراب التوحد، ولكن يوجد صراع بين الوراثة والبيئة في تحديد أيهما سبب هذا الاضطراب، حيث يطرح مؤيدي كل منهما الأدلة على أنه ربما يكون السبب، فيرى مؤيدي الوراثة تنسب على الأرجح بنسبة تتراوح من ٣٠٪ إلى ٩٠٪ من الخطر (Schmeisser and Boeckers, 2017). ويرى مؤيدي اتجاه البيئة أن التغذية والعوامل البيئية الأخرى قد تلعب دوراً مهماً في الإصابة باضطراب التوحد، وخاصة أن معدل الانتشار ارتفع بشكل حاد خلال السنوات الماضية، وتنسب البيئة بنسبة تصل إلى ٤٠٪ (Pelch, et al., 2019). وكذلك تلعب المواد الكيميائية دوراً مهماً عندما يتم التعرض لها قبل الولادة أو التعرض المبكر بعد الولادة (Yang, et al., 2017)، وأيضاً فملوثات الهواء لها دور فعال في ظهور الاضطراب، أن ارتفاع معدلات الإصابة باضطراب التوحد ترتبط بالتلوث البيئي، وأن هناك ثلاث اتجاهات لتفسير اضطراب التوحد اتجاه جيني، واتجاه بيئي، واتجاه وراثي وبيئي معاً. وأشارت النظريات المعرفية إلى ضعف وقصور في العقل لدى اضطراب التوحد كما في نظرية العقل (CC) أو الوظائف التنفيذية (EF) theory of mind, Baron-Cohen, 1985 أو التماسك المركزي Control Coherence Executive Function (EF)

ثانياً: القلق:

القلق هو شعور الفرد بانفعالات غير مريحة، وتظهر في العديد من الأعراض الجسمية والخوف وترقب تعرضه لخطر يرتبط بحياته الشخصية، أو الأسرية، أو الدراسية، أو الصحية، أو البيئية (العجمي، ٢٠١٩).
النماذج المفسرة لاضطرابات القلق:

١- نظرية التحليل النفسي:

يعرف طه، وقنديل، ومحمد، عبد الفتاح (١٩٩٣) القلق بأنه حالة من الخوف والتوتر تصيب الفرد، وتوجد ثلاث أنواع من القلق يمكن أن ترد بسهولة لعلاقات الأنا بالعالم الخارجي، والهوى، والأنا الأعلى وهي:

-القلق الواقعي(الموضوعي): يعني وجود سبب موضوعي في العالم الخارجي يسبب القلق.

-القلق العصابي: الذي ينتج تحت وطأة الدفعات الغريزية من جانب الهوى.

-القلق الأخلاقي: وهو قلق نتيجة خطر داخلي من جانب الأنا الأعلى.

٢- النظرية السلوكية:

- يري أنصار المدرسة السلوكية أن القلق هو اتجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل، ويتميز بتناوب أو امتزاج مشاعر الرعب والأمل.

- ينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

- بمجرد المرور بخبرة (سارة أو مؤلمة) فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطاً وإحداثاً للضغط النفسي.

- يتم تعلم القلق لأطفال اضطراب التوحد من خلال تقليد النماذج السلوكية للوالدين، أو تقليد أنماط القلق الخاصة بهما كما يعرف التعلم بالنموذج. (على سبيل المثال: نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا).

- يرتبط القلق بالمؤثرات (بالمثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها، ثم ينقل من خلال مثير آخر إلى الفعل الشرطي فيؤدي ذلك إلى ظهور الفوبيا لذا لا عجب أن نجد القلق هو المركز والمنطلق الأساسي خلف كافة أنواع الاضطرابات العصبية. (Kaplan and Sadock, 1996)

٣- النموذج المعرفي:

يشير أنصار النموذج المعرفي إلى أن المريض يميل إلى المغالاة في تقدير الخطر، واحتمالية وقوع الأذى في الموقف، ويميل إلى التقليل من قدرته على مواجهة التهديد المدرك للهناك النفسي والبدني (Sadock and Sadock, 2003).

وقد وجدت إحدى الدراسات الطولية القليلة أن القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ينبئ بضعف التواصل الاجتماعي. ومع ذلك، لم يؤد العجز في التواصل الاجتماعي إلى زيادة خطر القلق (Duvekot et al., 2017).

اضطرابات القلق لاضطراب التوحد:

يبدو أن أعراض القلق تظهر في وقت مبكر من حياة طفل اضطراب التوحد، ومن المرجح أن يكون هذا الاضطراب عاملاً مؤثراً فيما يتعلق بنوع وشدة القلق على مدى العمر. على وجه الخصوص، تبدو أعراض القلق أكثر وضوحاً لدى الأطفال الأكبر سناً والأطفال ذوي اضطراب التوحد الأصغر سناً (Magiati, et al., 2016).

وسعى بحث (Keen et al., 2019) إلى وصف الأعراض المرتبطة بالقلق لدى (٩٥) طفلاً من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٥ - ٦) سنوات باستخدام مقياس القلق للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتم العثور على تباين واسع في مستويات الأعراض للقلق، وتشير المقارنات بين أولئك الذين حصلوا على درجات أقل من ٧٠ أو أكبر على السلوك التكيفي إلى بعض تأثير أعراض الاضطراب المرتبطة بالقلق.

ويمكن أن تتداخل السلوكيات والاهتمامات المتكررة مع السلوكيات الوسواسية المرتبطة بها مع الوسواس القهري، وقد يكون من الصعب تمييز القلق الاجتماعي عن صعوبات التنشئة الاجتماعية المتعلقة بخصائص اضطراب التوحد (Kerns, et al., 2016).

وهدف بحث (Storch et al., 2020) إلى الكشف عن فعالية العلاج الأسري المرتكز على الأسرة (FET) مقارنةً بالعلاج المعتاد (TAU) لدى عينة مكونة من (٣٢) شاباً تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٦-١٧) عاماً ذوي اضطراب التوحد والقلق المتزامن، وتم اختيار (١٤) شاباً بشكل عشوائي للعلاج المرتكز على الأسرة (FET)، والذي تضمن (١٢) جلسة علاج أسبوعية وجهًا لوجه لمدة (٤٥-٥٥) دقيقة، وتوصلت النتائج إلى أن معدل استجابة ٧٩٪ مقابل ٠٪ في TAU، ٨٦٪ مقابل ٠٪ في TAU بالمقارنة مع تشخيص القلق الأولي، واستمرت فاعلية البرنامج بعد المتابعة بشهرين، دعم البحث FET كتدخل قصير نسبياً لعلاج القلق لدى الشباب ذوي اضطراب التوحد.

بينما أوضح بحث (Driscoll, et al., 2020) أهمية بروتوكولات العلاج المعرفي السلوكي (CBT) المتاحة لعلاج القلق في مرحلة ما قبل المدرسة مع اضطراب التوحد، المرتكز على الأسرة مع عينة تكونت من (١٦) طفلاً تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٣-٧) سنوات ويعانون من اضطراب التوحد، واضطرابات القلق، وتم تقييم الأطفال في قبل التدريب، وبعد العلاج، والمتابعة لمدة أربعة أشهر باستخدام المقابلات التشخيصية واستبيانات الوالدين، حيث أكمل أربعة عشر طفلاً (١٠) جلسات على الأقل، وتوصلت النتائج أن البرنامج المعرفي السلوكي أدى إلى انخفاضاً ملحوظاً لمستوى اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ولسوء الحظ، عادة ما تكون أعراض القلق موجهة من داخل الفرد، ومعظم هذه الأعراض غير مرئية ولا يمكن اكتشافها بسهولة من قبل الأفراد الآخرين (Ginsburg, et al., 2018). بالإضافة إلى تعقيد تشخيص القلق، بسبب العوامل الفريدة المتعلقة بالأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، بما في ذلك تداخل أعراض القلق مع السمات الشخصية لاضطراب التوحد، ولنتعرف على القلق لديهم نحتاج إلى مزيد من التحقيقات (Gasow and Wood, 2010).

أعراض القلق لاضطراب التوحد:

يرتبط القلق بضعف الأداء الاجتماعي والمهني الأكاديمي والأسري، ويمتد إلى مرحلة البلوغ إذا ترك دون علاج، كما أن درجة الاعتلال المشترك بين القلق والاكتئاب مهمة أيضاً، وغالباً ما يؤدي ظهور أعراض القلق في الطفولة إلى تجنب المهام التي قد تكون مرهقة أو تثير القلق، وعلى سبيل المثال فغالباً ما يظهر من لديهم قلق اجتماعي عجزاً في المهارات الاجتماعية، وانخفاض الرضا عن الحياة، وزيادة المشكلات الأسرية، وضعف جودة العلاقات في مرحلة البلوغ، وزيادة صعوبة التكيف مع الالتزامات المتعلقة بالعمل، وأقل ميلاً لاستكشاف الفرص التعليمية والوظيفية والشراكات الرومانسية، ويمكن أن يؤدي تفاعل الأعراض والضعف الوظيفي إلى تسلسلات تنموية سلبية تتفاقم فيها عواقب ارتفاع أعراض القلق والضعف بمرور الوقت، ويتسم القلق بالخوف، ولديهم أعراض جسدية مثل آلام المعدة، والصداع، والأرق، والإسهال، والتعب، والتهيج، وصعوبة التركيز (Bitsika and Sharpley, 2017).

نسبة انتشار القلق لاضطراب التوحد:

يعد اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات المصاحبة لاضطراب التوحد؛ حيث تتراوح تقديرات الانتشار من (٤٠٪ إلى ٥٥٪) لاضطراب قلق متزامن واحد على الأقل، وقد تصل المعدلات أحياناً إلى (٨٤٪)، وفيما يتعلق بالتشخيصات النوعية، فوجد أن الرهاب (٣٠-٤٤٪)، واضطراب القلق الاجتماعي (١٧-٣٠٪)، واضطراب الوسواس القهري (١٧-٣٠٪)، واضطراب القلق المعمم (١٥-٣٥٪)، وقلق الانفصال (٩-٣٨٪) (van Steensel, et al., 2011; Davis, et al., 2014).

علاج القلق لاضطراب التوحد:

يعاني الأفراد ذوي اضطراب التوحد من صعوبات اجتماعية وتواصلية، وقد يواجهون صعوبة في التفاعل مع المعالجين وفهم السياقات الاجتماعية والانفعالية الضرورية للنجاح في هذه العلاجات، وتظهر أعراض القلق في وقت مبكر من حياة طفل اضطراب التوحد، ومن المرجح أن يكون هذا الاضطراب عاملاً فيما يتعلق بنوع وشدة القلق على مدى العمر، حيث تبدو أعراض القلق أكثر وضوحاً لدى الأطفال الأكبر سناً والأصغر سناً (Magiati, et al., 2016).

وأوضح بحث Oerbeck, et al. (2021) أن اضطرابات القلق المرضية تنتشر لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد (ASD)، لكن أقلية فقط تتلقى العلاج المناسب للقلق، وأن العلاج المعرفي السلوكي (CBT) فعال في علاج اضطرابات القلق.

واستعان بحث Kilburn, et al. (2020) ببرامج العلاج المعرفي السلوكي مع (٤٩) طفلاً من ذوي اضطراب التوحد، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين (٨-١٤) سنة، بهدف تقليل مستوى القلق، وكشفت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي تسبب في جعل ٣٠٪ من الأطفال خاليين من تشخيص القلق الأولي لديهم، وأن ٥٪ أصبحوا خاليين من جميع تشخيصات القلق.

وقد استفاد الباحثان من عرض النظريات المفسرة للقلق بصفة عامة وفنيات العلاج الأكثر فاعلية لخفض القلق لأطفال اضطراب التوحد. حيث أثبتت الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي هو الأكثر فاعلية في خفض القلق، مما جعل الباحثان يعتمدان في بناء البرنامج للأمهات أن يكون قائم على العلاج المعرفي السلوكي واستخدام فنياته في جلسات البرنامج التدريبي للأمهات، وبعد أن تتعلم الأمهات الاستراتيجيات المتبعة لخفض القلق تستطيع من خلال الواجب المنزلي أن تطبقها على أبنائها لخفض حده القلق لديهم.

ثالثاً: اضطراب الاكتئاب

الاكتئاب هو شعور الفرد بالإجهاد، والارهاق، وصعوبة التركيز، وتغيرات في الشهية، والقابلية للانزعاج، والغضب، وتغير في نمط النوم، والشعور بالتردد وانعدام القيمة، وفقدان الاهتمام، والتهيج، والشعور بالرغبة في البكاء، والتفكير في الانتحار، ولوم الذات، والشعور بالذنب، وعدم الاستمتاع، والحزن، والتشاؤم (غريب، ٢٠١٥).

وللاكتئاب تأثير سلبي مرتفع المستوى على الصحة العامة للأفراد الذين يعانون من الضغوط، بما في ذلك الصحة البدنية، وقد ثبت أن الأفراد الذين يعانون من مزاج مكتئب يظهرون سلوكيات صحية سيئة، ويميلون إلى الخمول، وزيادة الوزن (Mannan et al., 2016).

نسبة انتشار الاكتئاب:

يعد الاكتئاب هو ثاني أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، وتزداد معدلات انتشار الاكتئاب في مرحلة الطفولة بنسبة تتراوح من (١-٢٪)، وخلال فترة المراهقة من (٧-٨٪) مع حدوث تراكمي ٢٠٪ حسب العمر (١٨)، وتعرض الإناث بشكل خاص للإصابة بالاكتئاب ابتداءً من سن المراهقة وتستمر خلال مرحلة البلوغ، وأظهر الفحص الكلينيكي أن العديد من الشباب يعانون من أعراض الاكتئاب (Maddox and White, 2015)، وأن معدلات اضطراب المزاج الاكتئابي أعلى بسبع مرات تقريباً لدى ذوي اضطراب التوحد مقارنة بأقرانهم العاديين، وقد أظهرت تقارير الحالة المزاجية المكتئب أنها تصل إلى ٥٠٪ (Spratt, et al., 2018).

وأن ٧٥٪ من ذوي اضطراب التوحد أفادوا بأنهم يفضلون القيام بشيء آخر غير النشاط البدني في أوقات فراغهم (Stanish, et al., 2015) مما يزيد من أخطار تعرضهم لنمط حياة غير مستقر.

أعراض الاكتئاب:

توجد العديد من أعراض الاكتئاب، ويوضحها (Smith et al., 2014; Higa-McMillan, et al., 2018) أنها تتمثل في الشعور بمزاج مكتئب أو عصبي، وعدم الاستمتاع أو التلذذ بأي شيء، والشعور

بتغيرات في الشهية، أو الوزن، أو النوم، والإثارة الحركية أو الخمول التام، والشعور بانعدام القيمة أو الذنب، وانخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، وانخفاض الطاقة، والتفكير بالانتحار.

ويصنف (Smith et al. (2014) مجموعة من الأعراض المركبة للاكتئاب التي يطلق عليها العلماء الزملة الاكتئابية Depressive Syndrome وتتمثل في أربع فئات أساسية هي:

(١) الأعراض المزاجية: وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل حدوث مزاج حزين معظم اليوم، يستمر يوميًا لمدة أسبوعين على الأقل.

(٢) الأعراض الدافعية: وتتمثل في الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجه نحو الهدف فالناس المكتئبون غالباً ما يعانون قصوراً في هذا المجال، وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.

(٣) الأعراض البدنية: وهي التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب، وتشمل تغيرات في أنماط النوم والشهية، والاهتمام الجنسي.

(٤) الأعراض المعرفية: وهي فقد الأفراد لقدرتهم على التركيز، واتخاذ القرار، وكيفية تقويمهم لأنفسهم.

الاكتئاب لذوي اضطراب التوحد:

يؤثر الاكتئاب بشكل واسع النطاق على سلوكيات الأفراد ذوي اضطراب التوحد، فهو يؤثر على الأداء الاجتماعي والأكاديمي والأسري، ويرتبط بالتأخير في النمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي، ويتسبب في مشاكل بالأداء المدرسي، وصعوبات في العلاقات الاجتماعية، وتزداد المعاناة من الاكتئاب أثناء الطفولة أو المراهقة، وتزداد فرصة التعرض لمشاكل نفسية وجسدية في المستقبل، وعلى وجه التحديد، يزيد البدء المبكر من خطر الإصابة بالاكتئاب اللاحق، ومسار الاكتئاب الأكثر حدة، وتكراراً، وانخفاض نوعية الحياة، والمرض الجسدي، والوفاة (Hepburn, et al., 2014).

وقام غنايم وآخرون (٢٠١٢) بالكشف عن معدلات انتشار اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال اضطراب التوحد، وتكونت عينة البحث من (٥٣) طفلاً ومراهقاً توحدياً، وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨-١٧ سنة، وطبق عليهم قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد وقائمة الاضطرابات الانفعالية والفصامية لدى الأطفال في عمر المدرسة، وقائمة القلق والفوبيا الاجتماعية وتوصلت نتائج البحث الى وجود ارتباطات دالة بين المهارات الاجتماعية والقلق المعمم، والفوبيا الاجتماعية، الاكتئاب الرئيس، الاكتئاب المتكرر، الاضطراب الاغتمامي، وعدم وجود ارتباط بين المهارات الاجتماعية والمخاوف المحددة.

وقد تظهر أعراض الاكتئاب بشكل مختلف لدى اضطراب التوحد وقد تكون مقنعة بخصائص مرتبطة بخصائصهم وسماتهم مثل الانسحاب الاجتماعي، وتعبيرات الوجه المحايدة، والسلوك المضرب بالنفس، ومن بين أولئك الذين يتمتعون بوظائف أعلى، قد ينجم الاكتئاب جزئياً عن زيادة الوعي والتبصر في تحدياتهم وسلوكهم (Attwood, 2008). وإدراك أن الأقران كثيراً ما يتواصلون اجتماعياً معاً ويمكن أن يؤدي تكوين علاقات متبادلة المكافأة إلى تقويض مشاعر الكفاءة واحترام الذات (Sterling, et al., 2008). ويتنبأ معدل الذكاء المرتفع بتدني الكفاءة الاجتماعية المدركة للذات بين الأطفال في اضطراب التوحد، وأولئك الذين رأوا أنفسهم أقل كفاءة اجتماعياً أفادوا بارتفاع مستويات الاكتئاب، وأيضاً أفاد أولئك الذين

اعتبروا أنفسهم أكثر اختلافاً عن الآخرين (ذوي الأداء الوظيفي المنخفض) بارتفاع معدلات الاكتئاب لديهم (Hedley and Young 2006).

نظريات تفسير الاكتئاب:

أ- نظرية التحليل النفسي:

إن الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد نتيجة فقد أحد الوالدين أو التعرض لحادث أو أزمة تتفاعل داخل النفس البشرية، ثم تحدث أثرها عن طريق تحريك عوامل كامنّة، وانفعالات مكبوتة، والنتيجة في النهاية هي ظهور المرض. (الشربيني، ٢٠٠١)

وهذا الفقد قد يكون مصحوباً بغضب صبياني، ولكنه شديد للغاية بسبب الرفض العقلي لموضوع الفقد، وإذا لم يستطيع الطفل أن يستبدل هذا الفقد فإنه يغمس في النهاية في عملية الإدماج، ومن ثم يقوم بتحويل الغضب من الخارج إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد أنه الذي تسبب في هذا الفقد (سالم، ٢٠١٦).

لذا فالحزن العادي هو الحل النهائي الذي يلي الفقد، وفيه يتحول الغضب إلى الداخل وينشط مرة أخرى، ويخضع الشخص إلى اضطراب اكتئابي يتسم بالحزن المكثف، ولوم الذات، والشعور بالذنب (Ingram, 1994)

ب- النظرية المعرفية:

يؤكد بيك Beck على أن أحداث الطفولة المؤلمة والضاغطة كخبرات (الفقد والرفض والإهمال) تجعل الفرد يُكون صيغة سلبية تجاه ذاته وينخفض تقديره لذاته (Beck, 1976).

وتمتد هذه النظرة السلبية للذات لتصبح نظرة سلبية للعالم والمستقبل، وبشكل أكثر تفصيلاً فالمكتئب شخص يتسم نمط تفكيره بالتحريف والتشويه فهو يحرف الواقع بما يتفق مع اعتقاداته السلبية عن ذاته، مما يجعله ينظر إلى ذاته على أنها تتسم بعدم القيمة وال فشل وعدم الكفاية ويسيطر عليه الشعور بالنقص وتمتد هذه النظرة لتشمل الحياة أنها عديمة المعنى، والعالم هو ظالم، مظلم، محزن (سالم، ٢٠١٦).

ج) نظريات التعلم:

سوف يقتصر الحديث في هذا المقام على نظرية العجز المتعلم Learned Helplessness لسليجمان، والذي أكد على أن الاكتئاب – كمثال – استجابة متعلمة تتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها.

وقد توصل سليجمان ومعاونوه إلى هذا القانون من خلال التجارب التي أجريت على الحيوانات، وكانت نظريات التعلم متكناً لها ولم يكتف سليجمان بذلك بالوقوف عند مستوى الظروف والأحداث التي تقود إلى الاكتئاب، بل وصف العوامل التي تقود إلى العلاج، وبت الأمل وتقديم الدعم للمريض... وهي المنطلقات الأساسية التي انطلقت منها باقي نظريات التعلم (إبراهيم، ١٩٩٨).

د) النظرية المعرفية الاجتماعية:

تفسر هذه النظرية الاكتئاب من خلال مزج وخط مفاهيم النماذج العقلية والأهداف الشخصية، والأدوار الاجتماعية، وترى أن الاكتئاب يمكن أن يفسر باعتباره فقداناً لهدف قيم أو دور اجتماعي لدى الفرد الذي لديه مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات. وتوضح هذه النظرية أن الفرد المستهدف للاكتئاب يحتمل أن يكون لديه مدى ضيق من أهداف وأدوار ذات قيمة مع مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات، والتهديد بالفقد أو الفقد الفعلي لهدف ذي قيمة كبيرة يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب بسبب عدم وجود مصادر أخرى لها قيمة ذاتية للفرد (فايد، ٢٠٠٣).

ويبدو مما سبق أن العلاقة بين الاكتئاب واضطراب السلوك الاجتماعي هي علاقة جدلية (حلقة مفرغة)، أي أنه لا يمكننا معرفة أيهما السبب وأيها النتيجة، فوجود رصيد ضعيف من المهارات الاجتماعية، والفشل المتكرر في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى الإحباط ومشاعر الفشل والتعاسة، ويجد الشخص نفسه رافضاً للاحتكاك والتفاعل الاجتماعي الإيجابي، ويؤدي فشله في ذلك إلى الشعور بالاكتئاب، وهكذا (إبراهيم، ١٩٩٨).

خفض الاكتئاب لاضطراب التوحد:

تعد التدخلات لتقليل الاكتئاب وتقلب المزاج من الأمور الصعبة لأفراد المجتمع العاديين، وقد يكون الأمر أكثر صعوبة بالنسبة لذوي اضطراب التوحد بسبب الحواجز الحركية والنفسية المرتبطة بإعاقاتهم.

وفي مجال البحوث التي سعت إلى خفض مستوى الاكتئاب لذوي اضطراب التوحد، فقد هدف بحث Hillier, et al. (2011) إلى التحقق من أثر التدريب على المهارات الاجتماعية والمهنية في مستوى القلق والاكتئاب لدى الشباب ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من (٤٩) طالباً بالجامعة من ذوي اضطراب التوحد، وحصل الطلاب على ثمان جلسات أسبوعياً، بحيث كل جلسة كانت تستغرق ساعة واحدة، وتضمنت كل مجموعة تدريبية من (٥-٧) طلاب، وتوصلت النتائج إلى انخفاض مستوى الاكتئاب والقلق بشكل ملحوظ، وتحسين مستوى العلاقات بين الأقران بعد التدخل.

وسعى بحث Spek, et al. (2013) إلى التحقق من أثر العلاج القائم على اليقظة لدى البالغين المصابين باضطراب التوحد، وتكونت العينة من (٤٢) مشاركاً بشكل عشوائي على تدريب MBT-AS لمدة ٩ أسابيع، وتم تقسيم العينة بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتوصلت النتائج إلى انخفاض مستوى الاكتئاب والقلق والاجترار في مجموعة التجريبية، ولم يظهر ذلك لدى المراهقين في المجموعة الضابطة.

وهدف بحث Russell, et al. (2020) إلى التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى البالغين ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من (٧٠) مراهقاً من ذوي اضطراب التوحد، وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وحصلت المجموعة التجريبية على تسع جلسات علاج معرفي سلوكي بصورة فردية، وتم التقييم لمستوى الاكتئاب بعد ١٠، ١٦، ٢٤ أسبوعاً، وأظهرت النتائج انخفاض مستوى الاكتئاب بعد مرور ١٠ أسابيع، وكلما يزداد عدد الجلسات كلما يزداد انخفاض مستوى الاكتئاب لدى البالغين ذوي اضطراب التوحد.

واستهدف بحث Clark, et al. (2021) التحقق من أثر تمارين اللياقة البدنية على الاكتئاب والأداء الأكاديمي لطلبة الجامعة ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من سبعة طلاب بالمرحلة الجامعية ذوي

اضطراب التوحد، حصلوا على تدريبات لمدة ثلاثة أسابيع، وأظهرت النتائج تحسن مزاج المشاركين بعد تمرين اليوم الأول، ولكن لم يتم ملاحظته في الأسابيع التالية، ولم تكن هناك تغييرات في الأداء الأكاديمي، وقد يكون التمرين فعالاً على الأداء الأكاديمي عندما يتم تنفيذ البروتوكول بمعدل أطول.

ومن خلال عرض النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب مما افاد الباحثان في اختيار الفنيات المناسبة للأمهات لكي تتبعها مع ابنائهن ذو اضطراب التوحد في المنزل للحد من اضطراب الاكتئاب لديهم وكان العلاج المعرفي السلوكي الأكثر فاعلية من خلال عرض الدراسات والبحوث السابقة مما استند البرنامج التدريبي للأمهات عالية، وتطبيق فنياته في الجلسات لكي تقوم الامهات بالواجب المنزلي في تطبيق اجراءات الجلسات مع ابنائهن ذو اضطراب التوحد.

رابعاً: اضطرابات النوم:

يوضح الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس DSMV أن اضطرابات النوم هي مجموعة متنوعة من الاضطرابات المرتبطة بالنوم، والتي تؤدي الى تكرار الشكوى، وعدم الرضا المرتبط بجودة الحياة، من حيث توقيت النوم، ومدة النوم، الأمر الذي ينتج عنه قصور وضعف في الأداء خلال النهار (APA, 2013).

وبناءً على التصنيف الدولي لاضطرابات النوم -٢. يُعرّف أرق الأطفال بأنه "الصعوبة المتكررة في بدء النوم، أو مدته، أو توحيد، أو جودته التي تحدث بالرغم من اتاحة الفرصة للنوم، وتؤدي إلى ضعف وظيفي أثناء النهار للطفل والأسرة (Mindell, et al., 2006).

وأيضاً هو عدم سير النوم بالمسار الطبيعي، واختلال كيفية النوم وزمنه، وتظهر في صورة الفزع الليلي، والتحدث بصوت عالي أثناء النوم، والنوم النهاري، وفرط النوم (المجولي، ٢٠١٣).

ولذلك فاضطرابات النوم تمثل عسر النوم الناجم عن وجود معوقات تؤدي لظهوره بأشكال مختلفة من انقطاعه وعدم انتظامه، وتتضح من الشكوى المتكررة والمستمرة بسبب قلة عدد ساعات النوم أو اختلاله، أو كثرة الأحلام المزعجة والمفزع (حافظ، ٢٠١٥).

ومن ثم فاضطرابات النوم هي السلوكيات والعادات التي تظهر على الفرد قبل وأثناء النوم مثل صعوبة الدخول في النوم والاستغراق به بصورة طبيعية، والاستيقاظ المبكر، والنوم لساعات قصيرة، والمشي أثناء النوم، والتحدث أو الصراخ أثناء النوم (عبد العاطي، ٢٠٢٠).

وظيفة النوم:

تشير الأدلة على وجود ارتباط موجب بين كفاءة النوم والتعلم والذاكرة، وهذا الارتباط يؤثر على مرونة الدماغ أثناء النوم، حيث يعتقد أن أثناء النوم يتم تقوية الذاكرة في المستويات الجزيئية، والخلايا العصبية والدماغ والسلوك (Maquet, et al., 2003).

وكذلك يساعد النوم في الحفاظ على الطاقة، والاستعادة الجسدية، والتنظيم الحراري للدماغ (Buysse, 2005).

وأن عدم كفاءة النوم يؤثر سلباً في القدرة على الانتباه (Chervin, et al., 2002).

وهدف بحث Tsai et al.(2020) إلى فحص اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من (٦٤) طفلاً تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٤-٦) سنوات، وطبق الباحثون مقياس عادات النوم لدى الأطفال، وتوصلت النتائج إلى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من اضطرابات النوم ويحتاجون إلى التدخل العلاجي والسلوكي لخفض تلك الاضطرابات.

نسبة انتشار اضطرابات النوم لاضطراب التوحد:

يعد الأطفال ذوي اضطراب التوحد هم أكثر عرضة لاضطرابات النوم بالمقارنة بالأطفال ذوي الاضطرابات النمائية والأطفال العاديين، وأظهرت نتائج البحوث أن ٦٣٪ من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من مشاكل في النوم في السنة الأولى من حياتهم، وأفاد الوالدين أن معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي أبنائهم ذوي اضطراب التوحد تتراوح ما بين ٤٤-٨٣٪، ومعظم التقارير الوالدية تؤكد على أن اضطرابات النوم تتمثل في: صعوبات في النوم، وقلة النوم، ورفض النوم في السرير الخاص، والاستيقاظ مبكراً، والصراخ أثناء النوم، والكوابيس. (Doo and Wing, 2006; Liu, et al., 2006; Goldman, et al. 2011)

وتعد اضطرابات النوم شائعة لدى الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب التوحد، لأسباب غير محددة، ومن المحتمل أن يكون متعدد الأسباب، وأظهرت الدراسات الحديثة أن مشاكل النوم، وخاصة الأرق ترتبط بتفاقم المشكلات السلوكية، خاصة عند الأطفال في سن ما قبل المدرسة. لذلك فمن المهم أن يكون جميع مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، بما في ذلك مقدمي الرعاية الأولية وأخصائيين طب الأطفال والمعالجين وأفراد المدرسة، على دراية بتكرار وأهمية المشكلات لتسهيل التعرف المبكر وبدء العلاج الفعال (Rana, et al., 2021).

وتوصلت العديد من الدراسات الى أن انتشار اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكون أعلى وبشكل ملحوظ بالمقارنة بالأطفال العاديين، وكانت أكثر انماط النوم انتشاراً هي مقاومة وقت النوم، القلق وتأخر بدء النوم والنعاس أثناء النهار ولا ترتبط مشاكل النوم بمعدل النمو لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد، ولكن ترتبط بأعراض التوحد الأساسية (Chen, et al., 2021).

أنواع اضطراب النوم:

١-الأرق: ويتمثل في تأخر الاستغراق في النوم أو صعوبة الاستغراق في النوم، والاستيقاظ من النوم في وقت مبكر، والشعور بالتعب والارهاق، وصعوبة التركيز، والانتباه، والتذكر (APA, 2013).

٢-اضطراب النوم واليقظة: (اضطراب ايقاع الساعة البيولوجية): ويتمثل في النوم المبكر مع الاستيقاظ عدة مرات، وتأخر مرحلة النوم، وصعوبة الاستغراق في النوم، وعدم انتظام النوم، والاستيقاظ (APA, 2013).

٣-الباراسومنيا Parasomnias: هي ظواهر حركية تلقائية غير مرغوب فيها أثناء النوم مثل السير أثناء النوم، والذعر أثناء النوم، وتصيب العرق أثناء النوم، وحركة العين السريعة، والكوابيس، وطحن الأسنان، والاستيقاظ مع الصراخ (APA, 2013).

٤-مشكلات التنفس المرتبطة بالنوم: وتتمثل في انقطاع وتوقف التنفس، وضعف التنفس، والشخير، اللهاث، والشعور بالتعب والارهاق، والنعاس أثناء النهار (APA, 2013)

٥- اضطراب الحركة المرتبطة بالنوم: وتتمثل في تملل الساقين مع حركة الأطراف وحركات متكررة في الأطراف والجذع والرأس (Gregory and Sadeh, 2016).

٦- اضطراب النعاس المفرط: ويتمثل في النوم اللاإرادي أثناء النهار، وطول فترة النوم لأكثر من تسع ساعات يومياً، والنعاس أثناء النهار، وصعوبة الاستيقاظ في الصباح (Anstead, 2000; Schreck, 2001; Gregory and Sadeh, 2016).

العوامل والأسباب المؤدية لاضطرابات النوم:

تعد اسباب اضطراب التوحد حتى الآن غير معروفه، فهو كذلك ليس من المستغرب أن يكون سبب اضطرابات النوم لدى اطفال اضطراب التوحد غير محدد أيضاً، ومع ذلك فان اضطرابات النوم هي جزء لا يتجزأ من الفسيولوجية المرضية، وقد تكون مشاكل النوم لدى اضطراب التوحد سببها مشاكل سلوكية أو طبية أو عصبية بيولوجية، ويمكن أن يكون لها اسباب متعددة العوامل (Verhoeff et al., 2018) وفيما يلي توضيح تلك العوامل:

١-العوامل العصبية والبيولوجية:

إن الإفراز غير الطبيعي و هو زيادة أو نقص افراز هرمون الميلاتونين والسيروتونين (هو الهرمون المسؤول عن تنظيم دورة النوم – واليقظة) ويتم تصنيع هذا الهرمون في الغدة النخامية، واثبتت دراسات عديدة انخفاض في تحليلات بول أطفال اضطراب التوحد، ونتيجة هذا الخلل لهرمون الميلاتونين والسيروتونين والطفرات لدى الجينات التي تتحكم بالساعة البيولوجية قد يكون هو السبب في اضطراب النوم لديهم، ارتفاع معدل انتشار انقطاع النفس الانسدادي النومي والدوري، حركات الساق أثناء النوم (PLMS) المرتبطة بانخفاض المصل، تم العثور على مستويات فيريتين عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والذي يؤدي في النهاية إلى تفتيت النوم (Angriman, et al., 2015).

٢-العوامل النفسية والسلوكية:

يعد القلق والاكتئاب والوسواس القهري واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) من اضطرابات الإثارة العالية السائدة عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد واثبتت الدراسات وجود علاقة إيجابية بين القلق ومشاكل النوم المختلفة، بما في ذلك مقاومة وقت النوم، وتأخر بدء النوم، والاستيقاظ ليلاً لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. وكذلك تعد المشكلات السلوكية التي تصاحب اضطراب التوحد مثل قصور التفاعل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية التكرارية، وسلوك إيذاء الذات، وعدم فهم توقعات الوالدين لهم، والاستجابة المفرطة للمنبهات البيئية وهناك عوامل سلوكية أخرى (مثل: قلة النوم – ووقت النوم – وسلوكيات المماثلة والرفض) هي السبب في اضطرابات النوم لديهم (O.Mazurek and Petroski, 2015).

٣-العوامل المرتبطة بالمشكلات الصحية:

أطفال اضطراب التوحد لديهم أعراض ومشكلات كثيرة في الجهاز الهضمي بما في ذلك مرض ارتجاع المريء الغازي، والإسهال، والإمساك، وآلام البطن، والتي يمكن أن تؤثر على كفاءة النوم لديهم، وكذلك الصرع، والمشكلات الايضية، فقد تكون الأدوية لها آثار جانبية مثل المنبهات ومضادات الاكتئاب المحفزة، ومضادات الصرع، وتؤثر على النوم (McElhanon, et al., 2014).

٤- التنشئة الاجتماعية:

تواجه أسر أطفال اضطراب التوحد مشكلات عديدة في أسلوب التربية لدى ابنائهم نتيجة المشكلات السلوكية والانفعالية الناتجة عن اضطراب التوحد، أو لعدم فهمهم لطبيعة الاضطراب، وربما لا تدرك الأسرة أن المثيرات المحيطة بالطفل هي السبب في اضطرابات النوم، أو أسلوب التربية الخاطئ مثل الحماية الزائدة هي السبب أيضاً في اضطرابات النوم لديهم (Souders, et al., 2017)

وهدف بحث (Surtees, et al. (2019 إلى فحص اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد مقارنة بالنوم لدى الأطفال الذين يتطورون عادةً باستخدام فن الخط والمذكرات والاستبيانات، وتكونت العينة من ١٦ طفلاً وأمهم من ذوي اضطراب التوحد تراوحت أعمارهم ما بين (٤-١٠) سنوات، واستخدم الباحثون المقابلات مع الأمهات، مقياس عادات النوم للأطفال، وتوصلت النتائج إلى أهمية دور الأمهات في ملاحظة وتحليل عادات النوم لدى الأطفال، وأنه كلما زادت اضطرابات النوم لدى الطفل كلما زادت لديه المشكلات السلوكية والاجتماعية.

٥- السلوكيات المرتبطة باضطراب التوحد:

قد ترجع اضطرابات النوم لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد إلى السلوكيات النمطية التكرارية أو التقيد بالروتين وعدم المرونة في تغير البيئة وكذلك نتيجة الاستثارة من الضوء أو الخوف أو القلق من الانفصال عن الام، أو عدم الادراك ما بين وقت النهار ووقت الليل، أو التعلق بالأشياء في البيئة المحيطة به، ولا يريد أن يكون النوم هو الذي يفصله عنها. (Meltzer and Mindell 2008).

ويجد تصنيف آخر للعوامل التي تؤثر في النوم، ويشير (Loros and Dunlap (2001 إلى أنها تتمثل في:

-العوامل الداخلية: تتمثل في العمليات الكيميائية الحيوية أو الفسيولوجية أو السلوكية التي تؤثر على الساعة البيولوجية، وهي دورة تتأرجح تحدث بشكل طبيعي وتحدث على مدار حوالي ٢٤ ساعة.

-العوامل الخارجية: تتمثل في الضوء والظلام في غرفة النوم، والنشاط الاجتماعي، ومواعيد التغذية، والتي يمكن أن يؤثر في دورة النوم.

ويعد عدم التنظيم الانفعالي، والتثبيت على الأحداث النهارية، وعدم القدرة على فهم الإشارات الاجتماعية المتعلقة بالنوم، والقلق، وفرط اليقظة، وقضايا المعالجة الحسية بعض السمات السلوكية العصبية الأساسية لاضطراب التوحد من العوامل التي تساهم في اضطرابات النوم (Grigg-Damberger and Ralls, 2013)

وهدف بحث (Samanta, et al., (2020 إلى فحص العلاقة بين اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وبعض العوامل كالعوامل الاجتماعية والعوامل الحياتية، وتكونت العينة من ٢٠ طفلاً من الذكور وتراوحت أعمارهم ما بين (٢-٦) سنوات، وطبق الباحثون مقياس عادات النوم، ومقياس المعلومات الأسرية، وتوصلت النتائج إلى أنه كلما زادت حدة التوحد زادت اضطرابات النوم، ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى إعداد برامج لمساعدة الوالدين على خفض اضطرابات النوم لدى أطفالهم.

الآثار المرتبطة باضطرابات النوم لذوي اضطراب التوحد:

١- اضطرابات النوم والمهارات الحركية:

يوجد ارتباط بين اضطرابات النوم ومجال المهارات الحركية الضعيفة، فنجد أن الأطفال الذين تكون حركتهم ضعيفة يكون لديهم اضطرابات في النوم، وعلى العكس من ذلك اثبتت دراسات أخرى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين لديهم مهارات حركية كثيرة خلال اليوم يكون لديهم اضطرابات قليلة في النوم (Wachob and Lorenzi, 2015).

٢- اضطرابات النوم ومهارات التكيف:

يرتبط مستوى اتقان مهارات الحياة اليومية بشكل كبير مع اضطرابات النوم، فنجد أن المهارات الحركية الضعيفة في حد ذاتها يمكن أن تمنع الأطفال من اكتساب مهارات الحياة اليومية مثل استخدام الوقت والتواريخ، والهاتف، ومعرفة القواعد، والحقوق، والسلامة، وهكذا فإن المعرفة الناقصة بالقواعد قد تكون كذلك قد يضعف روتين نوم الطفل، وسلوكيات ما قبل النوم تؤثر على وضع الحد لدى هؤلاء الأطفال، مما يؤدي إلى اضطرابات النوم، وعلى الرغم من أن شدة التوحد هي المحدد الرئيسي لسلوك التكيف لدى الطفل، فإن اضطرابات النوم قد تساهم أيضاً في ضعف اكتساب مهارات الحياة اليومية، Green and Carter, (2014).

٣- اضطرابات النوم والقضايا الحسية:

يوجد ارتباطاً مهماً بين اضطرابات النوم وزيادة الحساسية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد مثل أنماط معالجة اللمس والحركة، وكذلك أنماط معالجة سلوك الطفل والاستجابات المقصودة للمعالجة الحسية، وتشير العملية الحسية إلى الجوانب المختلفة بما في ذلك التكامل العصبي للمدخلات الحسية، والتعديل الحسي، والاستجابة السلوكية والانفعالية للمنبهات. وقد يكون انخفاض المعالجة البصرية لها علاقة باضطرابات النوم، لأن نقص في تطور إيقاع الساعة البيولوجية هو بناءً على إشارات ضوئية؛ وانخفاض في الاستجابة البصرية للمحفزات. فنجد أن بحث الأطفال عن المثيرات الحسية ربما يجعلهم يتجاهلون التفاعلات الاجتماعية؛ في حين أن أولئك الذين لديهم حساسية التي تؤدي إلى مشاكل في النوم. زيادة اللمس وقد تؤدي حساسية الفم بالمثل إلى زيادة مقاومة وقت النوم والاستيقاظ الليلي المتكرر. قد تؤدي الحساسية الليلية المتزايدة أيضاً إلى زيادة التملل أثناء النوم. وعادة ما تكون المنبهات المفرطة النشاط / ناقصة النشاط، قد تكون مزاجية نوبات الغضب والعناد مما يؤدي إلى مشاكل النوم (O.Mazurek and Petroski, 2015).

ويرى الباحثان أن عدم القدرة على التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد تضعف من قدرة الطفل على متابعة وتزامن دورة النوم والاستيقاظ، وشروق وغروب الشمس، مما يعوق تنظيم مواعيد النوم.

وهدف بحث Kirkpatrick, et al. (2019) إلى التحقق من كفاءة وفاعلية مشاركة الوالدين في خفض اضطرابات النوم لدى أطفالهم ذوي اضطراب التوحد وتكونت العينة من ١٦ طفلاً ووالديهم تراوحت أعمارهم ما بين (٣-١٠) سنوات، طبق الباحثون مقياس عادات النوم، وبرنامج خفض اضطرابات النوم لدى الأطفال، وتوصلت النتائج إلى إيجابية مشاركة الوالدين في خفض اضطرابات النوم، وأنه لا بد من مشاركة الوالدين في تدريب الأطفال على عادات النوم الصحيحة لكي يحقق البرنامج الهدف منه.

تقييم اضطرابات النوم لدى اضطراب التوحد:

عادة ما يتم تقييم اضطرابات النوم باستخدام استبيانات النوم، ومذكرات النوم، والتخطيط وتخطيط النوم (PSG)، والتي يتم فيها الإبلاغ عن الشكل المتكرر عن نسبة نوم موجات بطيئة أكبر (SWS) ووقت نوم إجمالي أقصر (Miano, et al., 2007) (TST) ونسبة نوم أقل لحركة العين السريعة (REM) (Buckley, et al., 2010) أظهرت نتائج التحليل البعدي لعشر دراسات حول اختلافات النوم بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم باستخدام فن الحركة و PSG بواسطة Elrod and Hood (2015) ووضحت النتائج أن TST ووقت استجابة النوم وكفاءة نوم الأطفال ذوي اضطراب التوحد كانت في المتوسط ٣٢,٨ دقيقة أقل / يوم، ١٠,٩ دقيقة أكثر / يوم و ١,٩٪ أقل، على التوالي. على الرغم من أن التخطيط و PSG هي مقاييس أكثر موضوعية، إلا أنها ليست متاحة بسهولة وقد يكون من الصعب تنفيذها مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد بسبب مشاكلهم الحسية وسلوكياتهم وإجراءاتهم الصارمة، لذلك هي الأدوات الأكثر استخدامًا لتقييم مشاكل النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بسبب قدرتها على الاستفادة منها وسهولة تناولها، وقد أظهرت الدراسات أن إبلاغ الوالدان عن مشاكل في النوم تتناسب بشكل جيد مع الهدف من اختبارات النوم (Allik, et al., 2006 ; Goldman, et al.,2011).

استبيانات النوم مثل مقياس اضطراب النوم للأطفال (SDSC) Romeo, et al. 1996; (Bruni, et al. 2013)؛ et al. 2015؛ Fadini, et al., 2015، واستبيان نوم الأطفال (Chervin et al. 2002) (PSQ) Children's، استبيان صحة النوم (CSHQ)، استبيان أسئلة أبوية مصدق عليه يصف سلوكيات النوم لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٢-١٠ سنوات (Doo and Wing, 2006) (CSHQ) (Goldman, et al. 2011; Liu, et al. 2006;

المشكلات الناتجة عن اضطرابات النوم لاضطراب التوحد:

- تأثير اضطرابات النوم على شخصية أطفال اضطراب التوحد:

تظهر اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في مرحلة الطفولة وقد تمتد أحياناً إلى مرحلة المراهقة، ولكن ربما تكون الاضطرابات أقل، وتختلف سمات اضطرابات النمو حسب الفئة العمرية للفرد، فنجد أنها في مرحلة الطفولة تتمثل في (مقاومة النوم والأرق)، وترتبط شدة أعراض اضطراب التوحد باضطراب النوم، فكلما كان التواصل الاجتماعي أضعف كلما كان لديه اضطرابات في النوم أكثر، أما الأطفال الذين لديهم تأخر في النوم (مقاومة النوم)، فيكون لديهم مشكلات حسية كثيرة، وترتبط اضطرابات النوم ارتباطاً عكسياً بالنشاط البدني لأطفال التوحد، وأن ضعف الإدراك لدى أطفال التوحد يعد من المشكلات المسببة لاضطرابات النوم (Adams, et al., 2014).

-تأثير اضطرابات النوم على أسر أطفال اضطراب التوحد:

تؤثر اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد على نوعية حياة الوالدين، حيث أوضحت الدراسات وجود ارتباط موجب بين اضطرابات النوم والمشاكل الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث عدم الطاعة والاستثارة الزائدة لديهم تشكل عبء كبيراً على الوالدين، وتختلف اضطرابات النوم لأطفال اضطراب التوحد طبقاً للمستوى الثقافي والاجتماعي للأسرة وأسلوب التربية، ومشكلات التكيف، مما يشكل ضغطاً كبيراً على أسرهم، وتجعل هناك حاجة لتدخل المتخصصين بالإرشاد والعلاج الأسري (Chu and Richdale, 2013)

ويعد تأخير بدء النوم مؤشراً على الصور النمطية (الحركات المتكررة غير المقصودة)، وعجز التفاعل الاجتماعي، في حين أن القلق أثناء النوم والباراسومنيا (سلوكيات النوم غير الطبيعية، مثل المشي أثناء النوم، والرعب أثناء النوم) تنبئ بقصور التواصل (Schreck, et al., 2004)

بالإضافة إلى ذلك، ترتبط قلة النوم بزيادة السلوكيات المضطربة، بما في ذلك زيادة السلوكيات النمطية التكرارية المقيدة، وفرط النشاط، واضطرابات المزاج (Jeste, 2011).

ويمكن أن تؤدي مشاكل النوم إلى تفاقم مشاكل أخرى لدى أطفال اضطراب التوحد، حيث تؤثر مدة النوم القصيرة على أدائهم أثناء النهار وكذلك السلوكيات التكيفية (Taylor, et al., 2021).

وسعى بحث التهامي (٢٠٢١) إلى التعرف على فعالية برنامج تدريبي للأمهات في خفض اضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد، وتكونت عينة البحث من (٥) أمهات وأطفالهن ذوي اضطراب التوحد، وتراوحت الأعمار الزمنية للأطفال ما بين (١٠-١٢) عاماً، واستخدم البحث مقياس اضطرابات النوم من إعداد الباحث، وكذلك البرنامج التدريبي للأمهات من إعداد الباحث، وتوصلت نتائج البحث إلى فاعلية البرنامج التدريبي للأمهات في خفض اضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد.

علاج اضطرابات النوم:

إذا تركت اضطرابات النوم دون علاج، فإن هذه المشاكل (منفردة أو مجتمعة) يمكن أن تضعف قدرة الطفل على الاستفادة من التدخلات السلوكية، وتؤثر سلباً على النتائج التنموية (Abel et al., 2018)، لذا لجأ الباحثون إلى اتباع طرق مختلفة في العلاج اعتماداً على مشكلة النوم المحددة، وعادةً ما يتضمن العلاج تدخلات سلوكية وتعديلات في نمط الحياة وعلاجات دوائية، وسوف نوضح فيما يلي خمس مجموعات علاجية:

١-العلاج الدوائي:

يتم استخدام الأدوية الطبية في خفض الميلاتونين والسيروتونين، ويجب إحالة المرضى الذين يعانون من انقطاع النفس الانسدادي النومي إلى طب الأنف والأذن والحنجرة لمزيد من العلاج (Armijo-Olivo, et al., 2021).

٢-علاج الميلاتونين:

يوصي بعلاج الميلاتونين كعقار فعال لاضطراب التوحد، وذلك من خلال إحصائي الطب النفسي لأن نسبة الميلاتونين والسيروتونين في الدم تكون منخفضة، وينصح الأطباء بتناول العقار قبل نصف ساعة من النوم (Rigney, et al., 2018).

٣-العلاج النفسي والسلوكي:

تعد التدخلات السلوكية هي الأكثر شيوعاً، وتشمل استخدام ممارسات النوم الصحي، وتعزيز العقلية، والتجاهل التدريجي، وتلاشي وقت النوم، وأفادت نتائج الدراسات أن أحد مكونات العلاج السلوكي فعال على الأقل، ولكن لم يتم التوصل إلى استنتاجات للتدخلات السلوكية المحددة لدى الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب التوحد (Rigney, et al. 2018).

٤- تعليم الوالدين وتدريبهم:

من المفيد أن يتم توجيه النصائح لوالدي أطفال اضطراب التوحد من خلال الأخصائيين، لمطابقتهم بتدريب أطفالهم على ممارسة النوم الصحي مثل إتباع عادات ما قبل النوم مثل تهيئة بيئة النوم، والحفاظ على جدول ثابت وروتيني محدد، وتهيئة بيئة النوم (مثل ظلام وهدوء الغرفة)، وعادات النهار (تجنب النوم أثناء النهار)، وعادات المساء (مثل عدم تناول المشروبات التي تحتوي على الكافيين والحد منها بقدر الامكان) (Turner and Johnson, 2013).

٥- العلاجات التكميلية والبديلة.

تتمثل العلاجات المحلية التكميلية والمتغيرة في العلاج بالروائح، والعلاج بالتدليك، ومكملات الفيتامينات المتعددة، وعلاج اليوجا، واثبتت دراسات أخرى أنه لا توجد فوائد كبيرة من استخدام العلاجات الطبية البديلة (Huffman, et al., 2017).

وفي مجال البحوث التي سعت إلى خفض مستوى اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث هدف بحث الخفش (٢٠١٣) إلى تصميم برنامج تدريبي لمعالجة اضطرابات النوم عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من (٢٠) أمماً من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، واستغرق تطبيق البرنامج ثلاث ساعات يومياً لمدة ثلاثة أشهر، وتوصلت النتائج إلى أن البرنامج التدريبي فعال في خفض اضطرابات النوم، ووجود أثر للبرنامج التدريبي على زيادة عدد ساعات النوم لدى الأطفال المشاركين، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للبرنامج التدريبي تُعزى لمتغير المستوى التعليمي للأمهات اللواتي شاركن في البرنامج التدريبي.

واستهدف بحث باظة وآخرون (٢٠١٨) إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي سلوكي للأمهات لتخفيف اضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من (٦) أمهات لأطفال اضطراب التوحد، وتراوحت الأعمار الزمنية للأطفال ما بين (٩-١٢) سنة، وتوصلت النتائج إلى خفض مستوى اضطرابات النوم لدى أطفال اضطراب التوحد في القياس البعدي، واستمرار خفض مستوى اضطرابات النوم خلال القياس التتبعي بعد مرور شهرين.

وسعى بحث Goldman, et al. (2011) إلى فحص العلاقة بين اضطرابات النوم والمشكلات السلوكية لدى عينة مكونة من (١٧٨٤) من الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب التوحد، وتوصلت النتائج إلى أن أطفال اضطراب التوحد الذين لديهم اضطرابات النوم يعانون من مشكلات سلوكية أكثر مقارنة بأقرانهم الذين ليس لديهم اضطرابات النوم بنسبة (٧٧,٧٪ مقابل ٥٦,١٪)، ولديهم مشكلات في الانتباه والتفاعلات الاجتماعية مقارنة بأقرانهم الذين ليس لديهم اضطراب النوم بنسبة (٧٥,٤٪ مقابل ٥٣,٩٪).

واستهدف بحث Fadini et al. (2015) التحقق من العلاقة بين اضطرابات النوم وسلوكيات الأفراد ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من (١٠١) طفلاً ومرافقاً منقسمة إلى (٤٥) ذوي اضطراب التوحد، (٥٦) من العاديين، وتوصلت النتائج إلى أن الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب التوحد يعانون من اضطرابات النوم بنسبة تصل إلى (٥٩٪)، وترتبط بدورها ببعض السمات السلوكية التي تظهر عليهم بالفعل، وأن هناك ارتباط بين أعراض اضطراب الشخصية وبين المشكلات الاجتماعية والفكرية والانتباه والعدوانية والأعراض السلوكية.

وفي مجال البحوث التي تناولت اضطرابات النوم والقلق لدى أطفال اضطراب التوحد، سعى بحث

(Schwichtenberg, et al. (2013) إلى التعرف على علاقة المشكلات السلوكية بالنوم لدى الأطفال ذوي تاريخ عائلي لاضطراب التوحد، وتكونت عينة البحث من (١٠٤) طفلاً من عائلات لديها طفل واحد على الأقل أكبر مصاب باضطراب توحد، (٧٦) طفلاً من أسر ليس لها تاريخ مع اضطراب التوحد، وتوصلت النتائج إلى أن الأطفال من الأسر ذوي التاريخ مع اضطراب التوحد كانوا أكثر عرضة للإصابة بمشكلات سلوكية مرتفعة مثل القلق والاكتئاب والعدوان، بالمقارنة بالأسر غير ذات التاريخ مع اضطراب التوحد، وكان هناك ارتباط بين اضطرابات النوم وكل من التفاعل والقلق والشكاوى الجسدية والانسحاب والانتباه والعدوانية.

وهدف بحث (O.Mazurek and Petroski (2015 إلى التحقق من العلاقات المتبادلة بين القلق واضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من (١٣٤٧) طفلاً من المسجلين في شبكة علاج اضطراب التوحد، وتوصلت النتائج إلى أن هناك ارتباط موجب بين القلق واضطرابات النوم المتمثلة في مقاومة وقت النوم، وتأخير بداية النوم، ومدة النوم، وقلق النوم والاستيقاظ الليلي، وهناك ارتباط بشكل كبير بين الافراط الحسي في المسؤولية بجميع اضطرابات النوم لدى الأطفال الأكبر سناً، في حين لم يكن هناك ارتباط بشكل كبير بين الافراط الحسي ومقاومة وقت النوم أو قلق النوم لدى الأطفال الأصغر سناً.

واستهدف بحث (Uren , et al.(2019 التحقق من العلاقة بين اضطرابات النوم والقلق لدى الأطفال من عمر (٢-٨) سنوات وتأثير اضطراب التوحد من خلال دراسة طولية، وتم فحص (٢٩٠٠) سيدة حامل بين عامي ١٩٨٩، ١٩٩١، وتم تقييم أطفالهن كل سنتين إلى ثلاث سنوات، وتم تقييم اضطرابات النوم والقلق، وتوصلت النتائج إلى ظهور صفات التوحد واضطرابات النوم في عمر الثانية ارتبطت بشكل كبير مع القلق في عمر الثامنة، وظهر اضطرابات النوم والقلق وصفات التوحد بينها ارتباط موجب في مرحلة الطفولة، وأن أفضل مؤشر على اضطرابات النوم في مرحلة الطفولة الوسطى هو القلق المتزامن والعكس بالعكس، ويعد القلق واضطرابات النوم مؤشران يظهران بصورة مبكرة دليلاً على التوحد لدى الأطفال الصغار.

وعلى حد علم الباحثان لم يجدوا دراسة ارتباطية عربية تربط بين متغير الاكتئاب وعلاقته باضطرابات النوم لدى أطفال اضطراب التوحد، مما يجعل البحث في مكانة متميزة من خلال الربط بين الاكتئاب واضطرابات النوم لدى اضطراب التوحد.

وقد استفاد الباحثان من عرض الاطار النظري لاضطرابات النوم بصفة عامة ولدى اضطراب التوحد بصفة خاصة، من حيث الاسباب الداخلية والخارجية، والنظريات المفسره لاضطرابات النوم، والآثار المرتبطة باضطرابات النوم على الأسرة وأطفال اضطراب التوحد ساعدت الباحثان في الاستعانة بها في الجلسات مع الأمهات، وافادت الدراسات الى أهمية تدريب الأمهات لخفض اضطرابات النوم وطرق العلاج المختلفه والمتنوعه تبدأ من تهيئة البيئة لأطفالهم قبل النوم، ومحاولة عدم تعرضهم لأي مثيرات خارجية تزعجهم أثناء النوم، وعندما يحدث لهم فزع النوم كيف تستطيع أن تطمئنهم وتخفف الضغوط التي انتابتهم من خلال الأحلام مفزعه أو الكابوس الذي تعرضوا له.

فروض البحث:

من خلال استعراض هدف البحث وإطاره النظري والدراسات السابقة، تم صياغة فروض البحث على النحو التالي:

- ١- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس تقدير القلق لصالح القياس البعدي.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس تقدير الاكتئاب لصالح القياس البعدي.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس تقدير اضطرابات النوم لصالح القياس البعدي.
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس تقدير القلق.
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس تقدير الاكتئاب.
- ٦- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس تقدير اضطرابات النوم.

منهج البحث:

تم استخدام المنهج التجريبي لمناسبته مع متغيرات البحث، وتحقيق هدفه، وتفسير بعض العلاقات متغيراته.

عينة البحث الاستطلاعية:

تم التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياسي البحث من خلال التطبيق على عينة البحث الاستطلاعية (ن= ٣٣) أمًا من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمحافظة القاهرة، والجيزة، ومتوسط أعمارهن الزمنية (٣٢-٤٤) سنة، وبانحراف معياري (٩, ٤٠)، وتراوحت أعمار أطفالهن ذوي اضطراب التوحد (٥- ١١) سنة بانحراف معياري (٦, ١٤).

عينة البحث الأساسية:

تكونت عينة البحث الأساسية من (٧) أمهات لأطفال ذوي اضطراب التوحد بمحافظة القاهرة، وتراوحت أعمارهن الزمنية ما بين (٣٢-٤٤) سنة بمتوسط (٢, ٣٦) وبانحراف معياري (١٤, ٤)، وتراوحت الأعمار الزمنية لأطفالهن ذوي اضطراب التوحد ما بين (٥ - ١١) سنة بمتوسط (٩, ٧)، وانحراف معياري (٧, ١).

أدوات البحث:

(١) مقياس تقدير القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد – ملحق (١): (إعداد الباحثان)

هدف المقياس إلى تحديد مستوى القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ولإعداد المقياس استمدت عبارات مقياس اضطراب القلق من خلال المحكات التشخيصية لنوبات اضطراب القلق-DSM (2013, V, وبعض المقاييس التي تناولت القلق مثل مقاييس Keen, et al. (2019)، وكذلك مقياس (Hartman, et al., 2001) ومقاييس دراسة صحة الطفل Child Health Study Scales إعداد

وقائمة الأعراض للطفل - Child Symptom Inventory إعداد (2002) Gadow and Sprafkin وهذه المقاييس تم تطويعهم لتمثل عدد من محكات DSM-IV.

ويتكون المقياس في صورته النهائية من (٨٥) عبارة تقديرية تصف سلوكيات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهي موزعة على خمسة مكونات هي "اضطراب القلق العام"، ويضم العبارات (١٣-١)، و"قلق الانفصال"، ويضم العبارات (٢٥-١٤)، و"الرهاب الاجتماعي"، ويضم العبارات (٢٦) - (٣٧)، و"الرهاب من الأماكن الخالية"، ويضم العبارات (٤٨-٣٨)، والخوف من إصابة الجسد"، ويضم العبارات (٥٩-٤٩)، والوسواس القهري، ويضم العبارات (٨٥-٦٠)، حيث جميع العبارات في الاتجاه السالب.

تقدير الدرجات: أمام كل عبارة يوجد ثلاث استجابات (دائمًا-أحيانًا-أبدًا)، وتم تقدير الدرجات (١-٣-٢) على الترتيب لجميع عبارات المقياس، وتقوم أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالإجابة عن عبارات المقياس، وبذلك تكون النهاية الصغرى هي (٨٥) درجة، والنهاية العظمى للمقياس هي (٢٥٥) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على الشعور بالقلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

- **ثبات المقياس:** تم التحقق من ثبات المقياس من خلال طريقة إعادة تطبيق الاختبار على عينة البحث الاستطلاعية (ن=٣٣) أمًا لأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبفاصل زمني قدره أربعة أسابيع، ووجد أنه (٠,٧١، ٠,٧٣، ٠,٧٩، ٠,٧٦، ٠,٧٠، ٠,٧٤، ٠,٨٥) لمكونات المقياس المتمثلة في "اضطراب القلق العام"، و"قلق الانفصال"، و"الرهاب الاجتماعي"، و"الرهاب من الأماكن الخالية"، والخوف من إصابة الجسد"، والوسواس القهري، والدرجة الكلية على الترتيب، وكانت قيمة معامل الثبات في طريقة أفكارونباخ هي (٠,٧٨، ٠,٧٨، ٠,٨١، ٠,٧٨، ٠,٧٧، ٠,٧٨، ٠,٩٧) لمكونات المقياس والدرجة الكلية على الترتيب، وهي قيم ملائمة وتشير إلى تمتع مقياس القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في البحث الحالي بدرجة مناسبة من الثبات، وتدعو إلى الثقة في نتائج البحث.

- الصدق:

أ-صدق المحك الخارجي: تم التحقق من صدق المقياس من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في العينة الاستطلاعية (ن=٣٣) أمًا في مقياس القلق لدى الأطفال ذوي التوحد (إعداد الباحثان) ودرجاتهم في مقياس القلق لدى الأطفال ذوي القلق - إعداد وتقنين على البيئة المصرية في بحث مقياس تقدير القلق إعداد (Hartman et al., 2001) تعريب وتقنين غنايم وآخرون (٢٠١٢)، وقد وجد أنه يمثل (٠,٨٣)، وهي قيمة دالة عند مستوى (٠,٠١)، وتشير إلى أن المقياس له درجة صدق مناسبة.

ب-الصدق التمييزي: تم ترتيب درجات الأطفال في مقياس القلق، وتم تحديد أعلى (٢٧٪) من الأطفال (الفئة العليا)، ووجد أنهم تسعة أطفال، وتحديد أقل (٢٧٪) من الأطفال (الفئة الدنيا)، ووجد أنهم تسعة أطفال، وتم استخدام الاختبار اللابارامتري مان وتني للمقارنة بين متوسطي رتب درجات كل من المجموعتين في الدرجة الكلية للمقياس والمكونات، وجدول (١) يوضح النتائج:

جدول (١) قيمة (U) لمتوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد المرتفعين والمنخفضين في مقياس القلق وفق تقدير أمهاتهم

المكونات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتنى U	قيمة Z	الدالة
اضطراب القلق العام	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٩	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠			
قلق الانفصال	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٩	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠			
الرهاب الاجتماعي	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٦٠	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠			
الرهاب من الأماكن الخالية	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٩	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠			
الخوف من إصابة الجسد	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٩	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠			
الوسواس القهري	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٩	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠			
الدرجة الكلية	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٧	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠			

يتضح من جدول (١) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أطفال الفئتين العليا والدنيا في مقياس القلق ومكوناته الفرعية وفق تقدير أمهاتهم، مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

(٢) مقياس تقدير الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد – ملحق (٢): (إعداد الباحثان)

هدف المقياس إلى تحديد مستوى الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، واستمدت عبارات مقياس اضطراب الاكتئاب من خلال المحكات التشخيصية لنوبات اضطراب الاكتئاب (DSM-V, 2013). وتم الاطلاع على بعض المقاييس التي تناولت الاكتئاب مثل مقاييس غريب (٢٠١٥)، والشربيني (٢٠٠١)، وإبراهيم (١٩٩٨)، ويتكون المقياس في صورته النهائية من (٢٣) عبارة تقريرية تصف سلوكيات الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث جميع العبارات في الاتجاه السالب.

تقدير الدرجات: أمام كل عبارة يوجد ثلاث استجابات (دائمًا-أحيانًا-أبدًا)، وتم تقدير الدرجات (١-٢-٣) على الترتيب لجميع عبارات المقياس، وتقوم أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالإجابة عن عبارات المقياس، وبذلك تكون النهاية الصغرى هي (٢٣) درجة، والنهاية العظمى للمقياس هي (٦٩) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على وجود الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

- **ثبات المقياس:** تم التحقق من ثبات المقياس من خلال طريقة إعادة تطبيق الاختبار على عينة البحث الاستطلاعية (ن=٣٣) أمًا لأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبفاصل زمني قدره أربعة أسابيع، ووجد أنه (٠,٦٥)، وكانت قيمة معامل الثبات في طريقة ألفا كرونباخ هي (٠,٧٦)، وهي قيم ملائمة وتشير إلى

تمتع مقياس الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد المُعد في البحث الحالي بدرجة مناسبة من الثبات، وتدعو إلى الثقة في نتائج البحث.

ب- الصدق:

أ- صدق المحك الخارجي: تم التحقق من صدق المقياس من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في العينة الاستطلاعية (ن= ٣٣) أمّا في مقياس تقدير الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحثان)، ودرجاتهم في مقياس تقدير الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد - إعداد وتقنين على البيئة المصرية في بحث غريب (٢٠١٥)، وقد وجد أنه يمثل (٠,٧٧)، وهي قيمة دالة عند مستوى (٠,٠١)، وتشير إلى أن المقياس له درجة صدق مناسبة. **ب- الصدق التمييزي:** تم ترتيب درجات الأطفال في مقياس الاكتئاب، وتم تحديد أعلى (٢٧٪) من الأطفال (الفئة العليا)، ووجد أنهم تسعة أطفال، وتحديد أقل (٢٧٪) من الأطفال (الفئة الدنيا)، ووجد أنهم تسعة أطفال، وتم استخدام الاختبار اللابارامتري مان وتني للمقارنة بين متوسطي رتب درجات كل من المجموعتين في الدرجة الكلية للمقياس والمكونات، وجدول (٢) يوضح النتائج:

جدول (٢) قيمة (U) لمتوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد المرتفعين والمنخفضين في مقياس الاكتئاب وفق تقدير أمهاتهم

المكونات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتنى U	قيمة Z	الدالة
الاكتئاب	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٦٢	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠٠			

يتضح من جدول (٢) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أطفال الفئتين العليا والدنيا في مقياس الاكتئاب وفق تقدير أمهاتهم، مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

(٣) مقياس تقدير اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد - ملحق (٣): (إعداد الباحثان)

هدف المقياس إلى تحديد مستوى تقدير اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ولإعداد المقياس تم الاطلاع على بعض المقاييس التي تناولت اضطرابات النوم واستمدت عبارات مقياس اضطرابات النوم من خلال المحكات التشخيصية لنوبات اضطرابات النوم (DSM-V, 2013) ومقاييس Kirkpatrick, et al. (2019)، والخفش (٢٠١٣)، والمجولي (٢٠١٣) (Angriman et al., 2015)؛ Chen et al., (2021) .

استبيانات النوم مثل مقياس اضطراب النوم للأطفال (SDSC) (Bruni, et al. 1996)؛ Rome, o (et al. 2013)؛ (Fadini, et al., 2015)، استبيان نوم الأطفال (Chervin, et al. 2002) (PSQ) ، واستبيان صحة النوم (CSHQ) ، استبيان أسئلة أبوية مصدق عليه يصف سلوكيات النوم لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢-١٠ سنوات (Doo and Wing 2006) (CSHQ)؛ (Liu, et al. 2006)؛ (Goldman, et al. 2011)

ويتكون المقياس في صورته النهائية من (٥٦) عبارة تقريرية تصف سلوكيات اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهي موزعة على ثلاثة مكونات هي "الأعراض قبل النوم"، ويضم العبارات (١-٢١)، و"الأعراض أثناء النوم"، ويضم العبارات (٢٢-٤١)، و"الأعراض بعد الاستيقاظ من النوم"، ويضم العبارات (٤٢-٥٦)، حيث جميع العبارات في الاتجاه السالب.

تقدير الدرجات:

أمام كل عبارة يوجد ثلاث استجابات (دائمًا-أحيانًا-أبدًا)، وتم تقدير الدرجات (٣-٢-١) على الترتيب لجميع عبارات المقياس، وتقوم أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالإجابة عن عبارات المقياس، وبذلك تكون النهاية الصغرى هي (٥٦) درجة، والنهاية العظمى للمقياس هي (١٦٨) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على وجود مستوى اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ- ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس من خلال طريقة إعادة تطبيق الاختبار على عينة البحث الاستطلاعية (ن=٣٣) أما لأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبفاصل زمني قدره أربعة أسابيع، ووجد أنه (٠,٧٣، ٠,٧١، ٠,٧٠، ٠,٨٥) لمكونات المقياس المتمثلة في "الأعراض قبل النوم، والأعراض أثناء النوم، والأعراض بعد الاستيقاظ" والدرجة الكلية على الترتيب، وكانت قيمة معامل الثبات في طريقة ألفا كرونباخ هي (٠,٧٧٣، ٠,٧٧٩، ٠,٧٦٥، ٠,٩٨١) لمكونات المقياس والدرجة الكلية على الترتيب، وهي قيم ملائمة وتشير إلى تمتع مقياس اضطرابات النوم المُعد في البحث الحالي بدرجة مناسبة من الثبات، وتدعو إلى الثقة في نتائج البحث.

صدق المقياس:

أ- صدق المحك الخارجي: تم التحقق من صدق المقياس من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في العينة الاستطلاعية (ن=٣٣) أما في مقياس اضطرابات النوم (إعداد الباحثان) ودرجاتهم في مقياس تقدير اضطرابات النوم - إعداد وتقنين على البيئة المصرية في بحث باظة (٢٠١٨) وقد وجد أنه يمثل (٠,٨٥)، وهي قيمة دالة عند مستوى (٠,٠١)، وتشير إلى أن المقياس له درجة صدق مناسبة.

ب- الصدق التمييزي: تم ترتيب درجات الأطفال في مقياس اضطرابات النوم، وتم تحديد أعلى (٢٧٪) من الأطفال (الفئة العليا)، ووجد أنهم تسعة أطفال، وتحديد أقل (٢٧٪) من الأطفال (الفئة الدنيا)، ووجد أنهم تسعة أطفال، وتم استخدام الاختبار اللابارامتري مان وتني للمقارنة بين متوسطي رتب درجات كل من المجموعتين في الدرجة الكلية للمقياس والمكونات، وجدول (٣) يوضح النتائج:

جدول (٣) قيمة (U) لمتوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد المرتفعين والمنخفضين في مقياس اضطراب النوم وفق تقدير أمهاتهم

المكونات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتنى U	قيمة Z	الدلالة
الأعراض قبل النوم	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٩	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠٠			
الأعراض أثناء النوم	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٨٥	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠٠			
الأعراض بعد الاستيقاظ	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٩	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠٠			
الدرجة الكلية	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٨	دالة
	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠٠			

يتضح من جدول (٣) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أطفال الفئتين العليا والدنيا في مقياس اضطراب النوم ومكوناته الفرعية وفق تقدير أمهاتهم، مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

(٤) البرنامج التدريبي للأمهات:

الهدف العام: هدف البرنامج التدريبي الموجه إلى الأمهات إلى خفض مستوى القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

الأهداف الإجرائية:

- أن ينخفض مستوى القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- أن ينخفض مستوى الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- أن ينخفض مستوى اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

الفنيات المستخدمة:

- الالتقاء والمحاضرة لتوعية الأمهات بالمعلومات الوفيرة عن القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
 - فنيات الاسترخاء- خفض الاستثارة- مراقبة الذات- تأكيد الذات- التعليمات الذاتية- التدريب على التفكير العقلاني- التدريب على نموذج حل المشكلة والأفكار غير المرغوبة فيها المتعلقة بالأساليب الخاطئة في التعامل مع هذه الاضطرابات.
 - إعادة البناء المعرفي لمحو افكار غير مرغوب فيها واكتساب مهارات معرفية جديدة مرغوب فيها تساعد الأمهات على كيفية التصرف في المواقف.
- زمن كل جلسة: (٩٠) دقيقة تقريباً، تتضمن استراحة لمدة (١٠) دقائق.

مصادر إعداد البرنامج: تم الاطلاع على بعض البرامج التدريبية للأمهات التي هدفت إلى خفض مستوى القلق أو الاكتئاب أو اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد مثل (التهامي، ٢٠٢١؛

باطة، ٢٠١٨؛ الخفش، ٢٠١٣)، وذلك للتعرف على كيفية إعداد الجلسات وتحديد زمنها، وكيفية التعامل مع الأمهات أثناء الجلسات، وطرق السير بها.

التحقق من صلاحية جلسات البرنامج التدريبي:

تم صياغة محتوى الجلسات (٢٠ جلسة) من خلال عرضها على خمسة محكمين من المتخصصين في مجال اضطراب التوحد، وذلك بغرض استقصاء آرائهم ومقترحاتهم حول مناسبة المحتوى لطبيعة العينة ومناسبتها لطبيعة القلق والاكتئاب واضطرابات النوم الذي يعاني منه الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تم إجراء التعديلات التي أشاروا إليها، وعرضت عليهم مرة أخرى، وأفادوا جميعاً بصلاحية الجلسات للتطبيق على أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وصف وحدود جلسات البرنامج التدريبي:

استغرق تطبيق الجلسات (٢٠) جلسة، والتي استمرت لمدة (١٠) أسابيع تقريباً، وتم التنفيذ بمعدل جلستين اسبوعياً لعينة مكونة من (٧) أمهات لأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتم التدريب باستخدام برنامج Zoom، نظراً لانتشار جائحة كورونا في الفصل الدراسي الأول للعام الجامعي ٢٠٢١/٢٠٢٢ م.

جدول رقم (٤) يوضح جلسات البرنامج

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	أدوات الجلسة	زمن الجلسة
١	ارشاد أسري	أن تتعرف أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد على أهمية البرنامج لابنائها	الشرح والتفسير – التعزيز – النمذجة.	البوربوينت للجلسة	٩٠ دقيقة
٢-٣	مفهوم القلق لدى اطفال اضطراب التوحد	ان تتعرف امهات اطفال اضطراب التوحد على مفهوم القلق	التعزيز – المحاضرة – الشرح والتفسير – التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي .	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
٤	مفهوم الاكتئاب لدى اطفال اضطراب التوحد	ان تتعرف الامهات على سمات الشخص المكتئب.	التعزيز – المحاضرة – الشرح والتفسير – التعزيز- النمذجة الواجب المنزلي.	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
٥	تدريب الامهات لخفض حدة الاكتئاب لدى ابنائهم ذوي اضطراب التوحد.	خفض الاكتئاب لابنائهم حتى يستطيعوا التفاعل الاجتماعي مع من حولهم وخفض اضطرابات النوم لديهم.	التعزيز – المحاضرة – الشرح والتفسير – التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي .	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
٦	اضطرابات النوم وأسبابها وأنماطها لدى اضطراب التوحد.	١-تعريف اضطرابات النوم. ٢-اسباب اضطرابات النوم وانماطها .	التعزيز – المحاضرة – الشرح والتفسير – التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي .	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
٧-٨	فنيات الإسترخاء	أهمية مهارات الاسترخاء في خفض الإستجابات السيكولوجية والفسولوجية	التعزيز – المحاضرة – الشرح والتفسير – التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي .	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
٩	سلوكيات ما قبل النوم لدى اضطراب التوحد.	خفض السلوكيات المثيرة قبل النوم.	التعزيز – المحاضرة – الشرح والتفسير –	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة

		التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي .			
١٠-١١	خفض الاستثارة.	١- خفض المثيرات التي تسبب قلق وتوتر. ٢- تجنب التعرض للمثيرات التي تسبب القلق .	التعزيز - المحاضرة - الشرح والتفسير - التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
١٢	مراقبة الذات	تدريب الامهات على مراقبة الطفل وسلوكياته وإنفعالاته، وملاحظة سلوكياته بنظرة موضوعية حتى يحدث التغيير.	التعزيز - المحاضرة - الشرح والتفسير - التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
١٣- ١٤-١٥	تأكيد الذات	تدريب الامهات على تدريب الطفل على أن يعبر عن مشاعره في المواقف المختلفة بقدر الامكان.	التعزيز - المحاضرة - الشرح والتفسير - التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
١٦-١٧	التعليمات الذاتية.	ان تقوم الامهات بتدريب ابنائها على التعليمات الذاتية	التعزيز - المحاضرة - الشرح والتفسير - التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي.	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
١٨	التدريب على التفكير العقلاني	ان تقوم الامهات بتدريب ابنائها على التفكير العقلاني.	التعزيز - المحاضرة - الشرح والتفسير - التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي.	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
١٩	التدريب على نموذج حل المشكلة	ان تقوم الامهات بتدريب ابنائها على نموذج حل المشكلة	التعزيز - المحاضرة - الشرح والتفسير - التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي.	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة
٢٠	ختام البرنامج	تطبيق المقاييس البعدية	التعزيز اللفظي	البوربوينت ، جهاز اللاب توب.	٩٠ دقيقة

إجراءات البحث:

١. تم إعداد أدوات البحث، والحصول على موافقة الأمهات على المشاركة في تقنين أدوات البحث وتطبيق البرنامج عليهن.
٢. للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث، فقد تم التطبيق على (٣٣) أمًا لأطفال ذوي اضطراب التوحد بصورة الكترونية نظرًا لانتشار جائحة كورونا.
٣. تم تطبيق جلسات البرنامج المكونة من (٢٠) جلسة على (٧) أمًا لأطفال ذوي اضطراب التوحد.
٤. للقياس البعدي تم تطبيق مقاييس القلق والاكتئاب واضطرابات النوم على الأمهات المشاركات في تطبيق البرنامج بصورة الكترونية نظرًا لانتشار جائحة كورونا.
٥. للقياس التبعي تم تطبيق مقاييس القلق والاكتئاب واضطرابات النوم على الأمهات المشاركات في تطبيق البرنامج بعد مرور خمسة أسابيع.
٦. تم إدخال البيانات عبر الحاسب الآلي من خلال برنامج (SPSS) الإصدار (٢٥) بغرض التحليل الاحصائي.
٧. تم تفسير النتائج في ضوء الإطار النظري ونتائج البحوث السابقة، والخروج بتوصيات وبعض البحوث المقترحة.

تفسير ومناقشة النتائج:

الفرض الأول: نص هذا الفرض على أنه: " توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس تقدير القلق لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon للأزواج المتماثلة، والجدول (٥) يوضح النتائج المرتبطة بهذا الفرض.

جدول (٥) نتائج حساب قيمة "Z" لمتوسطي رتب درجات الأطفال في القياسين القبلي والبعدي لمقياس تقدير القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
اضطراب القلق العام	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢١٤	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المجموع	٧				
قلق الانفصال	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٠٧	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المجموع	٧				
الرهاب الاجتماعي	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٢٦	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المجموع	٧				
الرهاب من الأماكن الخالية	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٣٢	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المجموع	٧				
الخوف من إصابة الجسد	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٢٦	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المجموع	٧				
الوسواس القهري	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢١٤	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المجموع	٧				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٣٧٥	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المجموع	٧				

يتضح من الجدول (٥) أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مقياس تقدير القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ومكوناته المتمثلة في "اضطراب القلق العام، وقلق الانفصال، والرهاب الاجتماعي، والرهاب من الأماكن الخالية، والخوف من إصابة الجسد، والوسواس القهري" لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وبذلك تم قبول الفرض الأول.

الفرض الثاني: نص هذا الفرض على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس تقدير الاكتئاب لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon للأزواج المتماثلة، والجدول (٦) يوضح النتائج المرتبطة بهذا الفرض.

جدول (٦) نتائج حساب قيمة "Z" لمتوسطي رتب درجات الأطفال في القياسين القبلي والبعدي لمقياس تقدير الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الاكتئاب	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٠٧	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المجموع	٧	٠,٠٠	٠,٠٠		

يتضح من الجدول (٦) أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مقياس تقدير الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وبذلك تم قبول الفرض الثاني.

الفرض الثالث: نص هذا الفرض على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس تقدير اضطرابات النوم لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon للأزواج المتماثلة، والجدول (٧) يوضح النتائج المرتبطة بهذا الفرض.

جدول (٧) نتائج حساب قيمة "Z" لمتوسطي رتب درجات الأطفال في القياسين القبلي والبعدي لمقياس تقدير اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الاعراض قبل النوم	الرتب السالبة	٥	٤,٠٠	٢٠,٠٠	١,٩٩٢	دالة
	الرتب الموجبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
	الرتب المتساوية	١	١,٠٠	١,٠٠		
	المجموع	٧	١,٠٠	١,٠٠		
الاعراض أثناء النوم	الرتب السالبة	٤	٣,٥٠	١٤,٠٠	١,٧٦١	دالة
	الرتب الموجبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
	الرتب المتساوية	٢	١,٠٠	١,٠٠		
	المجموع	٧	١,٠٠	١,٠٠		
الاعراض بعد الاستيقاظ من النوم	الرتب السالبة	٥	٣,٩٠	١٩,٠٠	١,٨٩٧	دالة
	الرتب الموجبة	١	١,٥٠	١,٥٠		
	الرتب المتساوية	١	١,٥٠	١,٥٠		
	المجموع	٧	١,٥٠	١,٥٠		
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٠١	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المجموع	٧	٠,٠٠	٠,٠٠		

يتضح من الجدول (٧) أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مقياس تقدير اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ومكوناته المتمثلة في "الاعراض قبل النوم"، و"الاعراض أثناء النوم"، والاعراض بعد الاستيقاظ من النوم" والدرجة الكلية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وبذلك تم قبول الفرض الثالث.

الفرض الرابع: نص هذا الفرض على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس تقدير القلق".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon للأزواج المتماثلة، والجدول (٨) يوضح النتائج المرتبطة بهذا الفرض.

جدول (٨) نتائج حساب قيمة "Z" لمتوسطي رتب درجات الأطفال في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس تقدير القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
اضطراب القلق العام	الرتب السالبة	١	١,٥٠	١,٥٠	٠,٠٠٠	دالة
	الرتب الموجبة	١	١,٥٠	١,٥٠		
	الرتب المتساوية	٥				
	المجموع	٧				
قلق الانفصال	الرتب السالبة	٢	٢,٥٠	٥,٠٠	١,٠٨٩	دالة
	الرتب الموجبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
	الرتب المتساوية	٤				
	المجموع	٧				
الرهاب الاجتماعي	الرتب السالبة	١	١,٥٠	١,٥٠	٠,٠٠٠	دالة
	الرتب الموجبة	١	١,٥٠	١,٥٠		
	الرتب المتساوية	٥				
	المجموع	٧				
الرهاب من الأماكن الخالية	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	٠,٠٠٠	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٦				
	المجموع	٧				
الخوف من إصابة الجسد	الرتب السالبة	٢	١,٥٠	٣,٠٠	١,٤١٤	دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٥				
	المجموع	٧				
الوسواس القهري	الرتب السالبة	١	١,٥٠	١,٥٠	٠,٠٠٠	دالة
	الرتب الموجبة	١	١,٥٠	١,٥٠		
	الرتب المتساوية	٥				
	المجموع	٧				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٤	٤,٢٥	١٧,٠٠	٠,٣٨٢	دالة
	الرتب الموجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
	الرتب المتساوية	١				
	المجموع	٧				

يتضح من الجدول (٨) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مقياس تقدير القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ومكوناته المتمثلة في "اضطراب القلق العام، وقلق الانفصال، والرهاب

الاجتماعي، والرهاب من الأماكن الخالية، والخوف من إصابة الجسد، والوسواس القهري" لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين البعدي والتتبعي، وبذلك تم قبول الفرض الرابع.

الفرض الخامس: ينص هذا الفرض على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس تقدير الاكتئاب".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon للأزواج المتماثلة، والجدول (٩) يوضح النتائج المرتبطة بهذا الفرض.

جدول (٩) نتائج حساب قيمة "Z" لمتوسطي رتب درجات الأطفال في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس تقدير الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الاكتئاب	الرتب السالبة	٢	٣,٥٠	٧,٠٠	٠,٧٣٦	دالة
	الرتب الموجبة	٢	١,٥٠	٣,٠٠		
	الرتب المتساوية	٣				
	المجموع	٧				

ينضح من الجدول (٩) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مقياس تقدير الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين البعدي والتتبعي، وبذلك تم قبول الفرض الخامس. الفرض السادس: ينص هذا الفرض على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس تقدير اضطرابات النوم".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon للأزواج المتماثلة، والجدول (١٠) يوضح النتائج المرتبطة بهذا الفرض.

جدول (١٠) نتائج حساب قيمة "Z" لمتوسطي رتب درجات الأطفال في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس تقدير اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

المتغير	الرتب	العدد	متوسط	مجموع	Z	الدلالة
الاعراض قبل النوم	الرتب السالبة	٥	٣,٦٠	١٨,٠٠	١,٥٧٧	دالة
	الرتب الموجبة	١	٣,٠٠	٣,٠٠		
	الرتب المتساوية	١				
	المجموع	٧				
الاعراض أثناء النوم	الرتب السالبة	٣	٢,٣٣	٧,٠٠	٠,٧٣٦	دالة
	الرتب الموجبة	١	٣,٠٠	٣,٠٠		
	الرتب المتساوية	٣				
	المجموع	٧				
الاعراض بعد الاستيقاظ من النوم	الرتب السالبة	٢	٢,٢٥	٤,٥٠	٠,١٨٤	دالة
	الرتب الموجبة	٢	٢,٧٥	٥,٥٠		
	الرتب المتساوية	٣				
	المجموع	٧				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٥	٤,٤٠	٢٢,٠٠	١,٣٦٢	دالة
	الرتب الموجبة	٢	٣,٠٠	٦,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				
	المجموع	٧				

يتضح من الجدول (١٠) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مقياس تقدير اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ومكوناته المتمثلة في "الاعراض قبل النوم"، و"الاعراض أثناء النوم"، و"الاعراض بعد الاستيقاظ من النوم" والدرجة الكلية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين البعدي والتتبعي، وبذلك تم قبول الفرض السادس.

مناقشة النتائج:

أشارت النتائج التي توصل إليها البحث إلى فاعلية البرنامج التدريبي للأمهات واستمرار أثره حتى بعد توقفه، مما يدل على أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد استفادوا من جلسات البرنامج وتدريبهم على خفض اضطراب القلق وخفض اضطراب الاكتئاب وخفض اضطرابات النوم لديهم، واستمرار فاعلية البرنامج بعد مرور شهرين من توقف اجراءات تطبيق البرنامج.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه بحث أوسماعيل وآخرون (٢٠٢٠) الذي توصل إلى فاعلية برنامج قائم على الألعاب الرياضية في تخفيف القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبحث أبو زيتون وإبداع (٢٠٢١) الذي توصل إلى فاعلية برنامج مستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق وتحسين تنظيم الانفعالات لدى عينة من المراهقين الناطقين ذوي اضطراب التوحد بالأردن.

ويُرجع الباحثان انخفاض مستوى تقدير القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد خلال القياس البعدي إلى البرنامج الذي حصلت عليه الأمهات، والذي وجههم إلى ضرورة توضيح المغزى من أي فعل يتم أمام أطفالهم ذوي اضطراب التوحد، وتقبل وجودهم، مما قلل من شعورهم بالرفض الاجتماعي وتقليل الضغوط التي كان يتعرضوا إليها.

وتتفق نتيجة البحث مع ما توصل إليه بحث Oerbeck, et al., (2021)، وبحث الخفش (٢٠١٣) والذي توصل إلى فاعلية برنامج تدريبي في معالجة اضطرابات النوم عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبحث باظة (٢٠١٨) التي توصلت إلى فاعلية برنامج إرشادي سلوكي للأمهات لتخفيف اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ويُرجع الباحثان الأسباب التي أسهمت في تحقيق فاعلية البرنامج، إلى الإجراءات والتعليمات التي تم مراعاتها خلال الجلسات، والتي اعتمدت على أن كل أم من الامهات يجب ان تراعى خصائص وقدرات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كذلك مراعاتهن لأوجه القصور اللغوية والتواصل الاجتماعي لديهم، وكذلك سلوكياتهن النمطية التكرارية، وتعدد الفنيات المستخدمة في البرنامج القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي طبقاً لنتائج للدراسات العربية والاجنبية التي أثبتت فاعليته في خفض حده اضطراب القلق واضطراب الاكتئاب واضطرابات النوم مثل بحث (باظة ٢٠١٨)، (Kilburn, et al., 2020).

ويرجع كذلك ما تم التوصل إليه في البحث الحالي إلى التدخل السيكولوجي من خلال البرنامج التدريبي للأمهات القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب واضطرابات النوم، والذي كان له تأثير إيجابي لدى أطفال اضطراب التوحد، حيث كان المحتوى متنسقاً مع الغرض الذي صمم من أجله، وكانت تعليمات البرنامج التدريبي للأمهات دقيقة وواضحة وموجزة، وهناك تركيز على فنيات الاسترخاء، والتعليمات الذاتية، تأكيد الذات، وحل المشكلة، والواجب المنزلي، واستخدام فنيات سلوكية متعددة، مما أسهم بصورة إيجابية في خفض اضطرابات (القلق، والاكتئاب، واضطرابات النوم) في القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد اضطراب التوحد، وتتفق في ذلك مع بحث Driscoll, et al. (2020).

الذي أشار إلى أهمية بروتوكولات العلاج المعرفي السلوكي (CBT) وهذا ما اعتمد عليه البرنامج التدريبي للأمهات.

وتتفق نتائج البحث الحالي الذي يستند الى البرنامج التدريبي للأمهات مع بحث Storch, et al. (2020) الذي كشف عن فعالية العلاج الأسري المرتكز على الأسرة (FET) مقارنة بالعلاج المعتاد (TAU) وهذا ما يؤكد النتيجة التي توصل اليه البحث، وأهمية دور الأم في اتباع تعليمات الجلسات من خلال تنفيذ فنيات العلاج المعرفي السلوكي مما ساعد في خفض القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد.

كما استفاد الباحثان خلال تطبيق جلسات البرنامج من الإطار النظري الذي أشار إلى ضرورة تهيئة البيئة التي تساعد على خفض الاستثارة والتوتر والسلوكيات النمطية التكرارية، وتنظيم البيئة، حيث يعاني الأفراد ذوي اضطراب التوحد من صعوبات اجتماعية وتواصلية، تجعلهم يواجهون صعوبة في التفاعل مع المعالجين وفهم السياقات الاجتماعية والانفعالية الضرورية للنجاح في هذه العلاجات، وكذلك حث أمهاتهم على تنظيم البيئة، واستخدام مهارات الاسترخاء، وتأكيد الذات لدى ابنائهم بقدر الإمكان، حتي تزداد ثقتهم في أنفسهم، مما ساعدهم على خفض حدة اضطراب القلق واضطراب الاكتئاب واضطرابات النوم لديهم.

وتتفق نتيجة البحث الحالي مع ما توصل إليه Hepburn, et al. (2014) وهو أن خفض الاكتئاب يحسن الأداء الاجتماعي والأكاديمي والأسري، والنمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي، وبحث Samanta, et al. (2020) التي أكدت على وجود علاقة بين اضطرابات النوم لدى اضطراب التوحد وبعض العوامل الاجتماعية والحياتية التي تتأثر باضطرابات النوم.

ويرجع الباحثان فاعلية البرنامج التدريبي للأمهات إلى الحرص على اتباع بعض الإجراءات خلال الجلسات التي تحث الأمهات على ملاحظة نظرة الطفل وإيماءاته واتجاه جسمه، ويحددوا المصادر الأولية لحدوث الاستثارة والقلق والتوتر في محاولة لفهم وظيفتها بشكل أفضل وتوظيفها بقدر الامكان، ومنع الأسباب التي أدت الى ذلك.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه بحث سالم (٢٠١٤) والذي توصل إلى فاعلية برنامج إرشادي أسري سلوكي في استمرار انخفاض مستوى القلق الاجتماعي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأبناء ذوي اضطراب التوحد خلال القياس التتبعي، وبحث Kirkpatrick, et al. (2019) الذي أكد على ضرورة التحقق من كفاءة وفاعلية مشاركة الوالدين في التدخل في خفض اضطرابات النوم لدى أطفالهم ذوي اضطراب التوحد، وبحث Hillier, et al. (2011) الذي أكد على أن التدريب على المهارات الاجتماعية والمهنية تساهم في خفض مستوى اضطراب القلق واضطراب الاكتئاب.

وأكد الباحثان على ان فنيات العلاج المعرفي السلوكي في البرنامج كان لها التأثير الفعال على خفض اضطراب القلق واضطراب الاكتئاب واضطرابات النوم لدى اطفال اضطراب التوحد وهذا ما توصل إليه بحث Russell, et al. (2020) والذي توصل إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى اضطراب التوحد.

مما ساعد على نجاح فاعلية البرنامج أن قام الباحثان بتوجيه النصائح لأمهات أطفال اضطراب التوحد من خلال جلسات البرنامج، لمطالبتهم بتدريب أطفالهم على ممارسة النوم الصحي مثل إتباع عادات ما قبل النوم مثل تهيئة بيئة النوم، والحفاظ على جدول ثابت وروتيني محدد، وتهيئة بيئة النوم (مثل ظلام وهدهوء

الغرفة) ، وعادات النهار (تجنب النوم أثناء النهار) ، وعادات المساء (مثل عدم تناول المشروبات التي تحتوي على الكافيين والحد منها بقدر الامكان)

وتتفق نتائج البحث الحالي مع نتيجة بحث غنايم وآخرون (٢٠١٢) في وجود ارتباطات دالة بين المهارات الاجتماعية والقلق المعمم، والفوبيا الاجتماعية، الاكتئاب الرئيس، الاكتئاب المتكرر، الاضطراب الاغتمامي، وعدم وجود ارتباط بين المهارات الاجتماعية والمخاوف المحددة، وكذلك يتفق مع ما توصل إليه بحث (2015) O.Mazurek and Petroski وهو وجود علاقة متبادلة بين القلق واضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبحث (Uren, et al. (2019) الذي أثبت وجود علاقة بين اضطرابات النوم واضطراب القلق، ووجود علاقة متبادلة بينهما لدى اطفال اضطراب التوحد.

وتتفق ذلك مع ما توصل إليه بحث التهامي(٢٠٢١) في فعالية برنامج تدريبي للأمهات في خفض اضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد، وبحث (Surtees, et al. (2019) الذي أشار إلى أهمية دور الأمهات في ملاحظة وتحليل عادات النوم لدى الأطفال.

وتتفق نتائج البحث الحالي مع الخفش (٢٠١٣) التي توصل إلى خفض مستوى اضطرابات النوم لدى اضطراب التوحد، حيث سعى إلى تصميم برنامج تدريبي لعلاج اضطرابات النوم لديهم، وبحث باظة وآخرون (٢٠١٨) التي سعت إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي سلوكي للأمهات لتخفيف اضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد.

وتتفق نتائج البحث الحالي أن اضطرابات النوم تتجم عنها مشكلات سلوكية لأطفال اضطراب التوحد مثل بحث (Goldman, et al. (2011) الذي أكد على وجود علاقة بين اضطرابات النوم والمشكلات السلوكية لدى اضطراب التوحد، وبحث (Fadini, et al. (2015) الذي أثبت وجود علاقة بين اضطرابات النوم وسلوكيات الأفراد ذوي اضطراب التوحد، وبحث (Schwichtenberg, et al. (2013) الذي أوضح وجود علاقة بين المشكلات السلوكية واضطرابات النوم لدى أطفال اضطراب التوحد.

ولعل استخدام فنية الواجبات المنزلية كان لها أثر فعال في تحقيق الغرض من البرنامج، حيث أن فكرة تكليف أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد ببعض الواجبات عقب كل جلسة، أسهم بشكل فعال في تدعيم المهارات والسلوكيات الجديدة التي تعلمتها الأمهات داخل الجلسة، وأتاح لها الفرصة لتطبيق ما تم التدريب عليها في مواقف الحياة الواقعية، وأن متابعة الواجب المنزلي في بداية الجلسة التالية أسهم في تقديم التغذية الراجعة لهن، حيث كان يدون الباحثان الملاحظات على تعليقات الأمهات، ثم التوضيح لهن عن الجوانب التي نجحت الأمهات في أدائها، وكيفية التغلب على الصعوبات التي واجهت الأمهات خلال تدريب ابنائهن عليها في المواقف المختلفة، مما أسهم بشكل فعال في تعليم الأمهات للعديد من الطرق للتغلب على المشكلات.

وأخيراً فإن النتائج التي توصل إليها البحث الحالي مفردة ومجموعة أكدت على فعالية البرنامج التدريبي للأمهات القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق واضطراب الاكتئاب واضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد، تتفق في ذلك مع الخلفية العلمية للبحث سواء من حيث النظريات والتفسيرات النظرية في ميدان الاضطرابات النمائية، ونتائج البحوث السابقة التي توفرت للباحثان.

التوصيات:

- عقد ندوات لأسر الأفراد ذوي اضطراب التوحد تتضمن التوعية بمسببات القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى الأطفال في مراكز الاحتياجات الخاصة أو عبر وسائل الاعلام المختلفة او السوشيل ميديا لجروبات امهات اطفال اضطراب التوحد.
- العمل على إيجاد تخصص الارشاد النفسي لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد في كليات التربية الخاصة.
- إقرار برنامج الزيارة المنزلية لمتخصصين لمتابعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد في بيئاتهم الأسرية لتوعية، وتبصير أسرهم بمؤثرات القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- توفير بيئة اجتماعية خالية من المشكلات والمشكلات الصوتية للحد من اضطراب القلق واضطراب الاكتئاب واضطرابات النوم.

البحوث المقترحة:

- فاعلية العلاج التفاعلي بين الأم وطفلها ذوي اضطراب التوحد في خفض القلق والاكتئاب لديهما.
- اضطرابات النوم كمنبئ بالقلق والاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- العلاقة الارتباطية بين قلق الوالدين وأعراض كل من القلق والاكتئاب واضطراب النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب واضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

المراجع:

- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨). *الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه*. سلسلة عالم المعرفة، العدد (٢٣٩)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- أبو زيتون، موسى سليمان؛ إبداح، روان عدنان (٢٠٢١). فاعلية برنامج مستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق وحسين تنظيم الانفعالات لدى عينة من المراهقين الناطقين ذوي اضطراب طيف التوحد بالأردن. *مجلة العلوم القانونية والاجتماعية*، ٦(٢)، ٨١-١٠٢.
- أوسماعيل، صفية؛ أوسماعيل، مخلوف؛ بورزامة، رابح (٢٠٢٠). مدى فاعلية برنامج قائم على الألعاب الرياضية في تخفيف القلق لدى الأطفال حاملي لاضطراب طيف التوحد. *مجلة الميدان للدراسات الرياضية والاجتماعية والإنسانية* – جامعة عاشور زيان الجلفة، ٣(٣)، ٣١٦-٣٢٥.
- باطة، أمال عبد السميع (٢٠١٨). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي للأمهات لتخفيف اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. *مجلة كلية التربية بكفر الشيخ*، ١٨(٢)، ٣٣٥-٣٦٨.

باطة، أمال عبد السميع؛ فايد، محمد عبده؛ السماحي، فريدة عبد الغني (٢٠١٨). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي للأمهات لتخفيف اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. مجلة كلية التربية بكفر الشيخ، ١٨ (٢)، ٣٦٨-٣٣٥.

التهامي، السيد يس (٢٠٢١). فاعلية برنامج تدريبي للأمهات في خفض اضطرابات النوم لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد. مجلة علوم نوي الاحتياجات الخاصة، ٣ (٥)، ١٦٧٩-١٧٣٢.

حافظ، داليا نبيل (٢٠١٥). اضطرابات النوم وعلاقتها بالتفكير اللاعقلاني. مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ٤٣، ١٠١-١٤٦.

الخفش، سهام رياض (٢٠١٣). أثر برنامج تدريبي في معالجة مشكلات النوم عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد. المجلة التربوية الدولية المتخصصة، ٢ (١٠)، ٩٤٥-٩٢٨.

سالم، أسامة فاروق مصطفى (٢٠١٤). فاعلية برنامج إرشاد أسري معرفي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأبناء ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة كلية التربية بينها، ٢٥ (٩٧)، ٩٨-٣١.

سالم، أسامة فاروق مصطفى (٢٠١٦). مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط (٥)، الأردن، عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع.

الشربيني، لطفي (٢٠٠١). الاكتئاب. الأسباب والمرض والعلاج. بيروت: دار النهضة العربية.

طه، فرج عبد القادر؛ قنديل، شاکر عطية؛ حمد، حسن عبد القادر؛ عبد الفتاح، مصطفى كامل (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. الكويت: دار سعاد صباح.

عبد العاطي، منى كمال (٢٠٢٠). اضطرابات النوم وبعض الاضطرابات الانفعالية لدى المراهقين ذوي الاعاقات العقلية. مجلة كلية التربية في العلوم النفسية بجامعة عين شمس، ٤٤ (٤)، ٢٧٨-١٩١.

عبدالخالق، أحمد محمد (١٩٩٩). القائمة العربية لاكتئاب الأطفال: عرض للدراسات على ثمان مجتمعات. مجلة العلوم الاجتماعية، ٢٧ (٣)، ١٠٣-١٢٢.

عبدالخالق، أحمد محمد (٢٠٠٠). معجم ألفاظ الشخصية. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر.

العجمي، ذياب عايض (٢٠١٩). القلق وصعوبات التعلم: دراسة مقارنة بين الطلاب ذوي صعوبات التعلم والطلاب العاديين بالمرحلة المتوسطة بدولة الكويت. مجلة العلوم التربوية بجامعة القاهرة، ٢٧ (٤)، ٣٨٩-٣٥٠.

عكاشة، أحمد (٢٠١٨). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

غريب، عبد الفتاح غريب (٢٠١٥). مقياس الاكتئاب (د-٢). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

غنايم، عادل صلاح؛ الشربيني، السيد كامل؛ سالم، أسامة فاروق مصطفى (٢٠١٢). بعض اضطرابات القلق والاكتئاب وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدي اضطراب طيف التوحد. للعام الجامعي ١٤٣١-١٤٣٢

هـ/٢٠١١-٢٠١٢ م كلية التربية، قسم التربية الخاصة، جامعة الطائف. مجلة دراسات تربوية ونفسية كلية التربية، جامعة الزقازيق، (ع ٧٤)، ٢٠٧ - ٢٨٦.

فايد، حسين (٢٠٠٣). الاضطرابات السلوكية. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

المجولي، حنان شوقي (٢٠١٣). برنامج وقائي باستخدام الفنون لتعديل اضطرابات النوم لدى أطفال الروضة. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، ٣٤ (٣)، ٣٢٩-٣٦٤.

محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٣). مقياس الطفل التوحدي، ط٢. القاهرة: دار الرشاد.

Abel, E., A., Schwichtenberg, A., J., Brodhead, M., T. & Christ, S., L. (2018). Sleep and challenging behaviors in the context of intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(11), 3871-3884.

Adams, H., Matson, J., Cervantes, P. & Goldin, R. (2014). The relationship between autism symptom severity and sleep problems: Should bidirectionality be considered?. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 193-199.

Allik, H., Larsson, J., O., & Smedje, H. (2006). Sleep patterns in school age children with Asperger syndrome or high-functioning autism: A follow up study. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 38(9), 1625-1633.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Angriman, M., Caravale, B., Novelli, L., Ferri, R., & Bruni, O. (2015). Sleep in children with neurodevelopmental disabilities. *Neuropediatrics*, 46(3), 199-210.

Anstead, M. (2000). Pediatric sleep disorders: new developments and evolving understanding. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 6, 501-506.

Armijo-Olivo, S., Stiles, C. R., Hagen, N. A., Biondo, P. D., & Cummings, G. G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: A comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: Methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), 12-18.

- Attwood, T. (2008). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 6–32). The Guilford Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Bitsika, V. & Sharpley, C. (2017). The Association between Autism Spectrum Disorder Symptoms in High-Functioning Male Adolescents and their Mothers' Anxiety and Depression. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29(3), 461–473.
- Bruni, O., Ottaviano, S., Guidetti, V., Romoli, M., Innocenzi, M., Cortesi, F., Giannotti, F., et al. (1996). The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *Journal of Sleep Research*, 5, 251–261.
- Buckley, A. W., Rodriguez, A. J., Jennison, K., Buckley, J., Thurm, A., Sato, S., & Swedo, S. (2010). Rapid eye movement sleep percentage in children with autism compared with children with developmental delay and typical development. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(11), 1032–1037.
- Buysse, D. J. (2005). *Introduction*. In *Sleep disorders and psychiatry* (pp.3-5). Washington DC: Amercian Psychiatric Publishing.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, MWR: Surveillance Summaries,63(SS02), 1–21. Retrieved from. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, March 25). Data & statistics on autisms pectrum disorder. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

- Chen, H., Yang, T., Chen, J. & Chen, L. (2021). Sleep problems in children with autism spectrum disorder: a multicenter survey. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-13.
- Chervin, R. D., Archbold, K. H., Dillon, J. E., Pituch, K. J., Panahi, P., Dahl, R. E., & Guilleminault, C. (2002). Association between symptoms of inattention, hyperactivity, restless, and periodic leg movements. *Sleep*, 25, 213-218.
- Chu, J., & Richdale, A.L. (2013). Sleep quality and psychological wellbeing in mothers of children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1512-1522.
- Clark, N., Ross, S., Reneau, J. & dos Santos, J. (2021). The Effect of Aerobic Exercise on Depression and Academic Performance of University Students with Autism Spectrum Disorder: The role of exercise in autism. *Revista Contexto & Saúde*, 21(43),156-164.
- Cuomo, B. M., Vaz, S., Lee, E. A. L., Thompson, C., Rogerson, J. M., & Falkmer, T. (2017b). Effectiveness of Sleep-Based Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Synthesis. *Pharmacotherapy*, 37(5), 555-578.
- Davis, T. E., White, S. W., & Ollendick, T. H. (Eds.). (2014). *Handbook of autism and anxiety*. Springer International Publishing/Springer Nature.
- Doo, S., & Wing, Y. K. (2006). Sleep problems of children with pervasive developmental disorders: Correlation with parental stress. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48, 650–655.
- Driscoll, K., Schonberg, M., Stark, M. & Carter, A. (2020). Family-Centered Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety in Very Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 3905–3920.
- Duvekot, J., van der Ende, J., Verhulst, F.C., & Greaves-Lord, K. (2017). Examining bidirectional effects between the autism spectrum disorder (ASD) core symptom domains and anxiety in children with ASD. *J Child Psychol Psychiatry*, 59(3),277-284.
- Elrod, M. G., & Hood, B. S. (2015). Sleep differences among children with autism spectrum disorders and typically developing peers: A meta-analysis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(3), 166–177.
- Fadini, C.C., Lamônica, D.A., Fett-Conte, A.C., Osório, E., Zuculo, G.M., Giacheti, C.M. & Pinato, L. (2015) Influence of sleep disorders on the behavior of individuals with autism spectrum disorder. *Front. Hum. Neurosci.*, 9(347), 1-8.

- Gabriels, R. L., Cuccaro, M. L., Hill, D. E., Ivers, B. J. & Goldson, E. (2005). Repetitive behaviors in autism: relationships with associated clinical features. *Res Dev Disabil.*, 26, 169–181.
- Gadow, K. & Sprafkin, J. (2002). *Child Symptom Inventory 4: Screening and Norms Manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gail-Williams, P., Sears, L.,L. & Allard, A. (2004). Sleep problems in children with autism. *Journal Sleep Res*, 13,265-268.
- Ginsburg, G., Becker-Haimes, E., Keeton, C., Kendall, P., Iyengar, S., Sakolsky, D., Albano, A., Peris, T., Compton, S. & Piacentini, J. (2018). Results From the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Extended Long-Term Study (CAMELS): Primary Anxiety Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*,57(7),471-480.
- Goldman, S.E., McGrew, S., Johnson, K.P., Richdale, A.L., Clemons, T., Malow, B.A. (2011). Sleep is associated with problem behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord*,5,1223–1229.
- Green, S.A. & Carter, A., S. (2014). Predictors and course of daily living skills development in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 44(2), 256–263.
- Gregory, A. & Sadeh, A. (2016). Annual Research Review: Sleep problems in childhood psychiatric disorders – a review of the latest science. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 57(3),296-317.
- Grigg-Damberger, M. & Ralls, F. (2013). Treatment strategies for complex behavioral insomnia in children with neurodevelopmental disorders. *Curr. Opin. Pulm. Med.*, 19, 616–625.
- Hartman, C., Hox, J., Mellenbergh, A., Gadow, K., Sprafkin, J., Boyle, M., et al. (2001). DSM-IV Internal Construct Validity: When a Taxonomy Meets Data. *J. Child Psychol. Psychiat.* 42(6) 817-836.
- Healy, S., Aigner, C. J., Haegele, J. A., & Patterson, F. (2019). Meeting the 24-hr movement guidelines: An update on US youth with autism spectrum disorder from the 2016 National Survey of Children’s Health. *Autism Research*, 12(6), 941–951.
- Hedley, D., & Young, R. (2006). Social comparison processes and depressive symptoms in children and adolescents with Asperger syndrome. *Autism*, 10(2), 139–153.
- Hepburn, S.L., Stern, J.A., Blakeley-Smith, A., Kimel, L.K., & Reaven, J. A. (2014). Complex psychiatric comorbidity of treatment-seeking youth with

- autism spectrum disorder and anxiety symptoms. *J Ment Health Res Intellect Disabil.*,7(4),359–378.
- Higa-McMillan CK, Francis SE, Rith-Najarian L & Chorpita BF. (2018). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *J Clin Child Adolesc Psychol.*,45(2), 91–113.
- Hillier, A., Fish, T., Siegel, J. & Beversdorf, D. (2011). Social and Vocational Skills Training Reduces Self-reported Anxiety and Depression Among Young Adults on the Autism Spectrum. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23, 267–276.
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Gilliam, J. E., & Lopez-Wagoner, M. C. (2006). Sleep problems in children with autism and in typically developing children. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(3), 146-152.
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Gilliam, J. E., Apodaca, D. D., Lopez-Wagner, M. C., & Castillo, M. M. (2005). Sleep problems and symptomatology in children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20, 194-200.
- Hollocks, M., Lerh, J., Magiati, I., Meiser-Stedman, R. & Brugha, T. (2019). “Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(4), 559–572.
- Hudson, C. , Hall, L. & Harkness, K. (2019). Prevalence of Depressive Disorders in Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol*, 47(1),165-175.
- Huffman, L. C., Sutcliffe, T. L., Tanner, I. S. D., & Feldman, H. M. (2011). Management of symptoms in children with autism spectrum disorders: A comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 32(1), 56-68.
- Ingram, R.(1994). Depression, In, v, *Ramachndram* (Ed) Encyclopedia of human behavior, vol . 2.113-122, New York Academic press.
- Jeste, S. (2011). The neurology of autism spectrum disorders. *Current Opinion in Neurology*, 24(2), 132-139.
- Joseph, J. & Thomas, N. (2008). Sleep problems in relation to autism severity, problematic behavior and parental distress in children with low functioning autism. *International Journal of Child Development and Mental Health*, 6,11–21.

- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1996). *Concise textbook of clinical psychiatry*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Keen, D., Adams, D., Simpson, K., den Houting, J., & Roberts, J. (2019). Anxiety-related symptomatology in young children on the autism spectrum. *Autism*, 23(2) 350–358.
- Kerns, C. M., Rump, K., Worley, J., Kratz, H., Mcvey, A., Herrington, J., & Miller, J. (2016). The differential diagnosis of anxiety disorders in cognitively able youth with autism. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 530-547.
- Kilburn, T. R., Sørensen, M. J., Thastum, M., Rapee, R. M., Rask, C. U., Arendt, K. B., Carlsen, A. H., & Thomsen, P. H. (2020). Group based cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial in a general child psychiatric hospital setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04471-x>
- Kirkpatrick, B., Louw, J., & eraldine, G. (2019). Efficacy of parent training incorporated in behavioral sleep interventions for children with autism spectrum disorder and/or intellectual disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (41), 141-152.
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & BaronCohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24.
- Leader, G., Barrett, A., Ferrari, C., Casburn, M., Maher, L., Naughton, K., Arndt, S. & Mannion, A. (2021). Quality of life, gastrointestinal symptoms, sleep problems, social support, and social functioning in adults with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 112, 1-13.
- Limoges, E., Bolduc, C., Berthiaume, C., Mottron, L., and Godbout, R. (2013). Relationship between poor sleep and daytime cognitive performance in young adults with autism. *Res. Dev. Disabil.* 34, 1322–1335.
- Liu, X., Hubbard, J. A., Fabes, R. A., & Adam, J. B. (2006). Sleep disturbances and correlates of children with autism spectrum disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 179–191.

- Lopez-Wagner, M. C., Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., & Gilliam, J. E. (2008). Sleep problems of parents of typically developing children and parents of children with autism. *The Journal of Genetic Psychology*, 169(3), 245-259.
- Loros, J.J., & Dunlap, J.C. (2001). Genetic and molecular analysis of circadian rhythms in *Neurospora*. *Annual Review of Physiology*, 63, 757-794.
- MacNeil, B. M., Lopes, V. A., & Minnes, P. M. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research In Autism Spectrum Disorders*, 3(1), 1-21.
- Maddox, B.B. & White, S.W. (2015). Comorbid social anxiety disorder in adults with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.*,45(12), 3949–60.
- Magiati, I., Ong, C., Lim, X., Tan, J., Ong, A., Patricia, F., Fung, D., Sung, M., Poon, K. & Howlin, P. (2016). Anxiety symptoms in young people with autism spectrum disorder attending special schools: Associations with gender, adaptive functioning, and autism symptomatology. *Autism*, 20(3),306-320.
- Mannan, M., Mamun, A., Doi, S. & Clavarino, A. (2016). Prospective Associations between Depression and Obesity for Adolescent Males and Females – A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *PloS one*, 11(6), e0157240.
- Maquet, P., Smith, C., & Stickgold, R. (2003). *Introduction: In Sleep and brain plasticity* (pp. 1-13). NY: Oxford University Press.
- Mazurek, M. O., & Sohl, K. (2016). Sleep and behavioral problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 1906–1915.
- McElhanon, B. O., McCracken, C., Karpen, S., & Sharp, W. G. (2014). Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Pediatrics*, 133, 872–883.
- Meltzer, L.J., & Mindell, J.A. (2008). Behavioral sleep disorders in children and adolescents. *Sleep Med Clin.*, 3, 269–279.
- Miano, S., Bruni, O., Elia, M., Trovato, A., Smerieri, A., Verrillo, E., et al. (2007). Sleep in children with autistic spectrum disorder: A questionnaire and polysomnographic study. *Sleep Medicine*, 9(1), 64–70.

- Mindell, J. A., Emslie, G., Blumer, J., Genel, M., Glaze, D., Ivanenko, A., Johnson, K., Rosen, C., Steinberg, F., Roth, T. & Banas, B. (2006). Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: Consensus statement. *Pediatrics*, 117, e1223-e1232.
- O.Mazurek, M. & Petroski, G. (2015). Sleep problems in children with autism spectrum disorder: Examining the contributions of sensory over-responsivity and anxiety. *Sleep Medicine*, 16(2), 270-279.
- Oerbeck, B., Overgaard, K., Attwood, T. & Bjaastad, J. (2021). "Less stress": a pilot study on a cognitive behavioral treatment program for anxiety in children with autism spectrum disorders. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*, 25(9),30-40.
- Pelch, K., Bolden, A. & Kwiatkowski, C. (2019). Environmental Chemicals and Autism: A Scoping Review of the Human and Animal Research. *Environ Health Perspect*, 127(4),46001.
- Polimeni, M., Richdale, A., & Francis, A. (2007). The impact of children's sleep problems on the family and behavioral processes related to their development and maintenance. *E-Journal of Applied Psychology*, 3(1), 76-85.
- Rana, M., Kothare, S. & DeBassio, W. (2021). The Assessment and Treatment of Sleep Abnormalities in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(1), 25–35.
- Rigney, G., Ali, N. S., Corkum, P. V., Brown, C. A., Constantin, E., Godbout, R., Hanlon-Dearman, A., Ipsiroglu, O., Reid, G., Shea, S., Smith, I., Van Der Loos, H. & Weiss, S. (2018). A systematic review to explore the feasibility of a behavioural sleep intervention for insomnia in children with neurodevelopmental disorders: A transdiagnostic approach. *Sleep Medicine Reviews*, 41, 244-254.
- Romeo, D. M., Bruni, O., Brogna, C., Ferri, R., Galluccio, C., Clemente, V. D., Di Jorio, M., et al. (2013). Application of the Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) in preschool age. *European Journal of Pediatric Neurology*, 17, 374–382.
- Russell, A., Gaunt, D., Cooper, K., Barton, S., Horwood, J., Kessler, D., Metcalfe, C., Ensum, I., Ingham, B., Parr, J., Rai, D. & Wiles, N. (2020). The feasibility of low-intensity psychological therapy for depression co-occurring with autism in adults: The Autism Depression Trial (ADEPT) – a pilot randomised controlled trial. *Autism*, 24(6),1360-1372.

- Sadock, B. & Sadock, V.A. (2003). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th Edition, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Samanta, P., Mishra, D., Panigrahi, A., Mishra, J., Senapati, L. and Ravan, J. (2020). Sleep disturbances and associated factors among 2-6-year-old male children with autism in Bhubaneswar, India. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(45), 77-82.
- Schmeisser, M. J., & Boeckers, T. M. (Eds.). (2017). *Translational Anatomy and Cell Biology of Autism Spectrum Disorder* (Vol. 224). Springer.
- Schreck, K.A. (2001). Behavioral treatments for sleep problems in autism: Empirically supported or just universally accepted?. *Behavioral Interventions*, 16, 265-278.
- Schreck, K.A., Mulick, J.A., Smith, A.F. (2004). Sleep problems as possible predictors of intensified symptoms of autism. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 57-66.
- Schwichtenberg, A.J., Young, G.S., Hutman, T., Iosif, A.M., Sigman, M., Rogers, S.J., Ozonoff, S. (2013). Behavior and sleep problems in children with a family history of autism. *Autism Res.*, 6, 169-176.
- Shaker-Naeni, H., Govender, T., & Chowdhury, U. (2014). Cognitive behavioural therapy for anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder. *British Journal of Medical Practitioners*, 7(3), a723.
- Simonoff, E., Jones, C. R. G., Pickles, A., Happé, F., Baird, G., & Charman, T. (2012). Severe mood problems in adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1157–1166.
- Smith, T.O., Easton, V., Bacon, H., Jerman, E., Armon, K., Poland, F. & Macgregor, A.J. (2014). The relationship between benign joint hypermobility syndrome and psychological distress: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 53(1), 114–122, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket317>
- Souders, M., Zavodny, S., Eriksen, W., Sinko, R., Connell, J., Kerns, C., Schaaf, R. & Pinto-Martin, J. (2017). Sleep in Children with Autism Spectrum Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 19(6), 34.
- Spek, A., Ham, N. & Nyklík, I. (2013). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder; a randomized controlled trial. *Res Dev Disabil*, 34(1), 246-53.
- Spratt, E., Mercer, M., Grimes, A., Papa, C., Norton, J., Serpe, A., Mueller, M., Eckert, M., Harris, K., Blackmon, L., Durant, J., & Newton, J. (2018).

- Translating benefits of exercise on depression for youth with autism spectrum disorder and neurodevelopmental disorders. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 2, 109.
- Stanish, H., Curtin, C., Must, A., Phillips, S., Maslin, M., and Bandini, L. (2015). Enjoyment, barriers, and beliefs about physical activity among adolescents with and without autism spectrum disorder. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 32(4), p. 302-317.
- Sterling, L., Dawson, G., Estes, A., & Greenson, J. (2008). Characteristics associated with presence of depressive symptoms in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1011–1018.
- Storch, E., Schneider, S., De Nadai, A. & Selles, R. (2020). A Pilot Study of Family-Based Exposure-Focused Treatment for Youth with Autism Spectrum Disorder and Anxiety. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(2), 209-219.
- Surtees, A., Richards, C., Clarkson, E. L., Heald, M., Trickett, J., Denyer, H., Crawford, H., & Oliver, C. (2019). Sleep problems in autism spectrum disorders: A comparison to sleep in typically developing children using actigraphy, diaries and questionnaires. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 67, 101439.
- Taylor, M., & Mulick, JA. (2012). Sleep disruption as a correlate to cognitive and adaptive behavior problems in autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1408-1417.
- Tsai ,F., Chiang ,H., Lee ,C., Gau, S., Lee ,W., Fan, P., Yu, W. & Chiu, Y.(2020). Examine Sleep problems in children with autism, attention-deficit hyperactivity disorder, and epilepsy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 6(55), 413-421.
- Turner, K. S., & Johnson, C. R. (2013). Behavioral Interventions to Address Sleep Disturbances in Children with Autism Spectrum Disorders: A Review. *Topics in Early Childhood Special Education*, 33(3), 144-152.
- Uren, J., Richdale, A., Cotton, S. & Whitehouse, A. (2019). Sleep problems and anxiety from 2 to 8 years and the influence of autistic traits: a longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(8), 1117-1127.
- Valicenti-McDermott, M., Lawson, K., Hottinger, K., Seijo, R., Schechtman, M., Shulman, L., & Shinnar, S. (2019). Sleep problems in children with autism and other developmental disabilities: A brief report. *Journal of Child Neurology*, 34(7), 387– 393.

- Van Steensel, F., Bögels, S. & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 14(3),302-317.
- Verhoeff, M., Blanken, L., Kocevskaja, D., Mileva-Seitz, V., Jaddoe, V., White, T., Verhulst, F., Luijk, M., & Tiemeier, H. (2018). The bidirectional association between sleep problems and autism spectrum disorder: A population-based cohort study. *Mol Autism*, 9,8.
- Wachob, D. & Lorenzi, D. (2015). Brief Report: Influence of Physical Activity on Sleep Quality in Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 2641–2646.
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 224-234.
- Yang, C., Zhao, W., Deng, K., Zhou, V., Zhou, X. & Hou, Y. (2017). The association between air pollutants and autism spectrum disorders. *Environmental Science and Pollution Research*, 24 (19), 15949-15958.

The effectiveness of a training program for mothers to reduce anxiety, depression, and sleep disorders in their children with autism

Osama Farouk Mostafa Salem

Misr University for Science and Technology- Faculty of Special Education -
Department of Emotional and Behavioral Disorders - Giza - Egypt

Osama.Farok@must.edu.eg

Magid Mohamed Osman Esa

Azhar University - Faculty of Education for Boys- Department of Educational
Psychology - Assiut – Egypt

osmanmagid@yahoo.com

Abstract:

The study aimed to identify the effectiveness of a training program for mothers in reducing anxiety, depression, and sleep disorders in their children with autism disorder. The sample consisted of (5) mothers and their children (5) males with autism, their chronological ages ranged between (37-42) years, and their children ranged from (5-11) years. Tools were used: the anxiety rating scale for children with autism disorder (prepared by researchers), the depression rating scale for children with autism disorder (prepared by the researchers), and the sleep disorder rating scale for children with autism disorder (prepared by researchers), one experimental group was used as an experimental design, and the training program for mothers (prepared by researchers) was applied, and the measurement was taken immediately after the completion of the program, and after two months, the results showed a reduction in the level of anxiety, depression and sleep disturbances in the post-test, and the level continued to drop after two months through (following up test).

Keywords: Anxiety- Depression- Sleep disorders- Autism Disorders.

Received on: 5 /2 /2022 - Accepted for publication on:1 /3 / 2022- E-published on: 2/2022