



كلية التربية
المجلة التربوية



جامعة سوهاج

فعالية العلاج المختصر المرتكز على الطول في خفض الخوف من فوات شئ ما (فومو) لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات وأثره على قلق الموت لديهم (دراسة تجريبية-كلينيكية)

إعداد

د/ محمد شعبان أحمد محمد
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة الفيوم

د/ حنان فوزي أبو العلا دسوقي
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة المنيا

تاريخ استلام البحث : ١٨ مارس ٢٠٢٣ م - تاريخ قبول النشر: ٤ أبريل ٢٠٢٣ م

DOI: 10.12816/EDUSOHAG.2023.

مستخلص الدراسة :

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحلول في خفض الخوف من فوات شئ ما (فومو) لدى عينة من أمهات الاطفال ذوي الإعاقات، كما سعت الدراسة إلى التحقق من مدى تأثير خفض الفومو على درجة قلق الموت لديهم. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان الأدوات التالية: مقياس الخوف من فوات شئ ما (إعداد: الباحثان)، ومقياس قلق الموت (إعداد: الباحثان)، البرنامج العلاجي المقترح (إعداد: الباحثان)، مقياس المستوي الاجتماعي والاقتصادي (إعداد: عبد العزيز الشخص، ٢٠١٤)، استمارة المقابلة الكلينيكية (إعداد: صلاح مخيمر، ١٩٧٨)، واختبار ساكس لتكملة الجمل (تعريب: إيمان فوزي شاهين، ٢٠٠٩). حيث اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي، والمنهج الكلينيكي، وتم تطبيق الأدوات المستخدمة بالدراسة على مجموعة تجريبية قوامها (١٠) من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات، وتم تطبيق أدوات الدراسة الكلينيكية على حالة طرفية واحدة. وخلصت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي في خفض الفومو لدي عينة الدراسة، كما انخفضت درجات عينة الدراسة على مقياس قلق الموت على أثر انخفاض درجات عينة الدراسة على مقياس الفومو، وتم التحقق من استمرارية تأثير البرنامج العلاجي المقترح ، في حين كشفت نتائج الدراسة الكلينيكية وجود فروق في الصورة الكلينيكية قبل وبعد تطبيق البرنامج على الحالة الطرفية التي حصلت على أعلى درجة في التطبيق القبلي على كل من مقياس الخوف من فوات شئ ما ومقياس قلق الموت. وتم تقديم مجموعة من التوصيات والبحوث المقترحة في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج.

الكلمات المفتاحية:

الخوف من فوات شئ ما (الفومو)، قلق الموت، العلاج المختصر المرتكز على الحلول، أمهات ذوي الإعاقات.

The Effectiveness of Solutions Focused Brief Therapy in Reducing the Fear of Missing Out (FOMO) among Mothers of Children with Disabilities and its Impact on their Death Anxiety (Experimental-Clinical Study)

Preparation

Dr

Mohamed Shaaban Ahmed Mohamed
Assistant Professor of Mental Health
Faculty of Education - Fayoum
University

Dr

Hanan Fawzi Abul-Ela Desouki
Assistant Professor of Mental
Health Faculty of Education -
Minia University

Abstract:

The study aimed to investigate the effectiveness of Solutions Focused Brief Therapy in reducing fear of missing out (FOMO) among Mothers of Children with Disabilities. The study also sought to investigate the effect of reducing FOMO on their death anxiety. To achieve the objectives of the study, the researchers used the following tools: the fear of missing out scale (prepared by: the two researchers), the death anxiety scale (prepared by: the two researchers), the proposed treatment program (prepared by: the two researchers), and the measure of the social and economic level (prepared by: Abdulaziz Al-Shakhs, 2014). The clinical interview form (prepared by: Salah Mukhaimer, 1978), and the Sachs test for sentence completion (Arabization: Eman Fawzi Shaheen, 2009). Where the study relied on the experimental approach, the clinical approach, and the tools used in the study were applied to an experimental group of (10) mothers of children with disabilities, and the clinical study tools were applied to one terminal case. The results of the study concluded that the treatment program was effective in reducing fomo among the study sample, and the study sample's scores decreased on the death anxiety scale due to the decrease in the study sample's scores on the fomo scale. In the clinical picture before and after application of the program, the peripheral condition obtained the highest score in the pre-application on both the fear of missing out scale and the death anxiety scale. A set of recommendations and suggested research was presented in the light of the results of the study.

Key words:

Fear of missing out (FOMO), Death anxiety, Solutions Focused Brief Therapy, Mothers with Disabilities.

- مقدمة الدراسة :

تعتبر قضية الإهتمام بذوي الإعاقات أو ذوي الهمم مثلما بادرت الدولة المصرية في تسميتها في الآونة الأخيرة؛ واحدة من أبرز القضايا على الساحة البحثية والإعلامية؛ وخاصة منذ أن أطلقت رئاسة الجمهورية مبادرة قادرين باختلاف بهدف مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم على تحسين مؤشرات جودة الحياة والسعي نحو تحقيق حياة كريمة لهم ولأسرههم. وهذا ما جعل العديد من الباحثين يتوجهون نحو دراسة مشكلات أسر ذوي الهمم، ومساعدتهم في التخلص من تلك المشكلات، وتحسين جودة حياتهم مما ينعكس بدوره على أدوارهم الوالدية نحو أبنائهم من ذوي الهمم.

ولعل الخوف من فوات الأشياء (FOMO) Fear Of Missing Out) واحدة من الموضوعات البحثية المتناولة حديثاً على الصعيد العالمي والمحلي؛ وذلك لما خلفه التقدم التكنولوجي ووسائل التواصل الاجتماعي من إدمان لمتابعة الأخبار ومتابعة الأحداث المختلفة على كافة مجالات الحياة. ويُعرف الخوف من فوات الأشياء " الفومو" (FOMO) بأنه حالة من الإنغماس تدفع الفرد أن يكون على اتصال دائم مع ما يفعله الآخرون، خوفاً أن يفوته حدث دون المشاركة به أو القلق من أن يفوته حدث للتفاعل الاجتماعي أو تجربة جديدة أو استثمار مربح أو حتى فقد علاقة اجتماعية، وبشكل عام يرتبط هذا الخوف بالحرص على عدم فقدان شيء أفضل يحدث من دونك (Hodkinson, 2019).

وجدير بالذكر أن الفومو تم دراستها في علاقتها بعدد من المتغيرات المؤثرة على مستوى الصحة النفسية للفرد، من أبرزها على الصعيد العربي دراسة فاطمة سعود عبد العزيز (٢٠٢٢) التي تناولت الفومو لدي عينة من الشباب لكويتي، ودراسة سامية محمصاير (٢٠٢١) التي تناولتها كشكل من أشكال الاستخدام المشكل للهواتف الذكية، ودراسة أحمد عادل عبد الفتاح (٢٠٢٢) التي تناولت الفومو لدى المكفوفين، ودراسة هالة أحمد عبد الحليم (٢٠٢١) التي تعاملت مع الفومو كمتغير وسيط بين تقدير الذات وإدمان مواقع التواصل الاجتماعي، أما دراسة رحاب يحي أحمد (٢٠٢٢) فسعت للكشف عن العلاقة بين الفومو وكلا من اضطرابات النمو وإدمان استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، أما دراسة جيهان شفيق عبد الغني (٢٠٢٢) فكشفت عن العلاقة بين الفومو وإدمان الشبكات الاجتماعية. وعلى صعيد الدراسات الأجنبية فقد تم تناول الفومو بشكل أكثر من تناولها

بالدراسات العربية؛ فنجد دراسة (Rozgonjuk., et al (2021) تناولت الفروق في الفومو وفق متغيرات العمر والنوع ونموذج العوامل الخمس الكبرى للشخصية، أما دراسة Tandon., et al (2022) فتناول أثر وسائل التواصل الاجتماعي والفومو في سلوكيات النشر عبر وسائل التواصل الاجتماعي لدى عينة من خريجي علم النفس، أما دراسة Al-Furaih & (2021) فتناولت الفومو لدى طلاب الجامعة وعلاقته بالانتباه المشترك وصعوبات التعلم لديهم.

أما عن تناول الفومو لدى الآباء والأمهات بصفة عامة ولدى أمهات ذوي الإعاقات على وجه التحديد؛ نجد أن البيئة العربية تفتقر إلى الدراسات التي تناولت هذا المتغير لدى تلك العينة، أما الدراسات الأجنبية فنجد أن هناك بعض من الدراسات قد تناولت هذا المتغير على عينة من الآباء والأمهات مثل دراسة (Bloemen & De Coninck (2020)، ودراسة (Parent., Dadgar., Xiao., Alt., & Boniel-Nissim (2018)، ودراسة (Koca, F., Hesse., & Shapka (2021)، ودراسة (Sela., Zach., Amichay-Hamburger., & Saatçı, F. (2022)، ودراسة (Mishali., & Omer. (2020)، ودراسة (Richter. (2018). ولكن لم يتمكن الباحثان من الحصول على دراسة تناولت هذا المتغير لدى عينة أمهات ذوي الإعاقات. فالفومو يعد شكلاً من أشكال السلوك المضطرب الذي يفجر العديد من الاضطرابات الأخرى لدى الفرد؛ كالقلق والاكتئاب (Wang; et al, 2022) فشعور الفرد بدرجة مرتفعة من الفومو يأخذه يجعله عرضة لزملة من الاضطرابات الأخرى والتي من أبرزها ادمان مواقع التواصل الاجتماعي والشعور بالوحدة النفسية واضطراب سلوكيات النشر لدى مستخدمي مواقع التواصل الاجتماعي، والقلق الاجتماعي (Dempsey et al, 2019).

وهذا ما يؤكد ضرورة التدخل العلاجي لمساعدة الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة من الفومو؛ ولعل واحد من المداخل العلاجية التي ربما تكون ذا فعالية في خفض الفومو هو نموذج العلاج المختصر المرتكز على الحلول Solutions-focused brief therapy، والذي يهدف مساعدة العميل على تحديد نقاط القوة التي يمتلكها، وإقامة علاقة تعاونية بين المعالج والعميل لمساعدته على وضع أهداف تعاونية لمواجهة الاضطراب، مستخدماً ما يمتلك من مشاعر إيجابية في إيجاد حلول لمشكلاته (Bannink, 2007, 91 & Iveson, 2007).

149, 2002). فـنـمـوـذـج العـلـاج الـمـتـمـرـكـز عـلـى الـحـل وـاحـد مـن الـنـمـاـذـج الـأـكـثـر فـعـالـيـة فـي الـتـعـامـل مـع عـيـد مـن الـاضـطـرـابـات؛ وـمـن بـيـن تـلك الـدـرـاسـات الـتـي أـظـهـرت فـعـالـيـة هـذا الـنـمـوـذـج الـعـلاجـي دـراسـة (Lee 1997)، ودراسة (Newsome 2005)، ودراسة (Gingerich., et al 2012)، ودراسة (Beyebach 2014)، ودراسة (Daki., & Savage 2010)، ودراسة (Kim., Brook., & Akin 2018)، ودراسة (Reddy., et al 2015)، ودراسة شادي محمد السيد (٢٠١٥)، ودراسة (Young., & Holdorf 2003)، ودراسة (Finlayson., Jones., & Neipp., & Beyebach 2022)، ودراسة (Pickens 2023)، ودراسة (Ardi., et al 2023)، ودراسة (Akgül-Gündoğdu., & Selçuk-Tosun 2023).

إلا أن الباحثان لم يتمكنوا من الوصول إلى دراسة تؤكد فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض الفومو لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات؛ مما دفع الباحثان لمحاولة معرفة مدى فعاليته في خفض الفومو حيث تم إدراج هذا الاضطراب ضمن فئة الاضطرابات غير المصنفة بالمراجعة الخامسة للدليل التشخيص والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 (Shabahang., Aruguete., & Shim, 2021). في حين قد تأتي الفومو كعرض لبعض الاضطرابات لعل منها الوسواس القهري، والوحدة النفسية الناجمة عن ادمان مواقع التواصل الاجتماعي (Barry., et al, 2017).

وجدير بالذكر أن هناك بعض الدراسات التي أكدت نتائجها عن الارتباط بين الفومو ومستوي القلق بصفة عامة وقلق الموت على وجه التحديد لدى الفرد ذوي الفومو المرتفع لعل من بينها دراسة (Bozo;et al 2009) دراسة (Dempsey; et al 2019)، ودراسة (Dhir., et al 2018)، ودراسة (Kacker & Saurav 2020)، ودراسة (Wong; et al 2022). حيث تؤكد تلك الدراسات أن الأفراد الذي يرتفع لديهم مستوي الخوف من فوات الأشياء يسود لديهم مستوي القلق وخاصة قلق الموت وخاصة في أوقات الأزمات والمشكلات الصحية ذات الانتشار الكبير كجائحة كورونا. لذا حاول الباحثان خلال هذه الدراسة التحقق من فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب الخوف من فوات الأشياء (الفومو) لدى عينة من أمهات الاطفال ذوي الإعاقات ومعرفة أثره على مستوي قلق الموت لديهم.

مشكلة الدراسة وتساولاتها:

تعتبر أزمة جائحة فيروس كورونا (كوفيد-١٩) واحدة من الأزمات التي أفرزت بل وأوضحت العديد من المشكلات والاضطرابات بالمجتمع المصري لعل من بينها مشكلة الخوف المرضي (الفوبيا) التي تفجرت أعراضها خلال تلك الجائحة (Yu; et al, 2020)؛ حيث جعلت تلك الجائحة الجميع يخشي الجميع ويخشي التعامل مع الجميع، بل وجعلت الكثير منا لديه مداومة لمتابعة الاحداث بل لا يترك خبر ولا يترك حدث دون المشاركة فيه ومتابعته. من هنا لفت انتباه الباحثان أن أنماط الفوبيا المختلفة أحدها يتعلق بالخوف المرضي من فوات الاشياء، فحاول الباحثان توسيع القراءة في هذا المتغير؛ فلاحظا أن هناك لغط كثير حول هذا المفهوم البحثي وخاصة أن هناك من يتناوله على كونه خوف من فقدان الاتصال بموبيل أو الانترنت أو الخوف من فوات الأشياء عبر الانترنت ووسائل التواصل الاجتماعي.

إلا أن التناول الحقيقي لمصطلح الفومو FOMO وهو اختصار لـ Fear Of Missing Out والذي يعني الخوف من فوات شئ ما سواء كان هذا الشئ حدث أو موقف أو حتى اجتماع مدعو له الفرد أو أي شئ يوليه اهتماماً. وتشير رحاب يحيى & صفاء أحمد (٢٠٢٢) أن نسبة انتشار الخوف من فوات الأشياء (الفومو) تصل إلى ٦٣% بين الشباب والراشدين، في حين تبلغ النسبة بين المراهقين إلى أكثر من ٧١%. فقد لفت انتباه الباحثان أن تناول هذا المتغير بالبحث لدي أمهات الاطفال ذوي الاعاقات قد يصل إلى حد الندرة رغم أن تلك الفئة من الأمهات تعاني من المشكلات عديدة جديرة بالإهتمام؛ من أبرزها الخوف من فقدان التواصل والخوف من الموت وقلق الموت ، الخوف من فوات الاشياء والأحداث والمعلومات المتعلقة بمشكلة أبنها المعاق؛ خاصة أن الأمهات التي تعاني من تلك المشكلة ربما قد تتأثر وظائفها الأسرية والنفسية بشدة.

وجدير بالذكر أن الفومو له العديد من الآثار المترتبة منها أن الفرد يقع أسير الحاجة القهرية لمعرفة الأخبار مما يؤثر على مزاجه وفقدانه الاستمتاع بالحياة (Adams, Murdock, Daly – Cano, & Rose, 2020)، علاوة على اضطراب الحالة النفسية للفرد نتيجة الخوف من استبعاد الجماعة والاصداقاء وفقدان التواصل معهم (Przbylski et al., 2013)، كما تعاني تلك الفئة من انخفاض في تقدير الذات واضطرابات في جودة النوم وكذلك الشعور المنخفض بجودة الحياة وانخفاض الثقة بالذات بل وصعوبة التواصل مع

الحياة الواقعية مما قد يعد مؤشر على الميل الفصامي (Gullu & Serin, 2020)، والشعور بقلق الموت أو القلق بصفة عامة أو الاكتئاب (Bozo;et al, 2009). ومن ثم فقد يؤدي خفض الفومو إلى خفض مستويات من الاضطرابات الأخرى التي يعاني منها الفرد ذوي المستوي المرتفع من الفومو لاسيما قلق الموت. لذا تحاول الدراسة الراهنة التحقق من فعالية نموذج علاجي قائم علي التدخل لإيجاد حلول لمشكلة العميل، وهو نموذج العلاج المرتكز على الحلول. ومن ثم تتلخص مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة على السؤال الرئيس التالي:

ما فعالية نموذج العلاج المختصر المرتكز على الحلول في خفض الفومو لدى عينة من أمهات الاطفال ذوي الاعاقات وأثره على قلق الموت لديهن ؟

- تساؤلات الدراسة :

- ما الفروق بين أفراد كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي من عينة الدراسة على مقياس الفومو؟
- ما الفروق بين أفراد كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من عينة الدراسة في القياس البعدي على مقياس قلق الموت؟
- ما الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي من عينة الدراسة على مقياس الفومو؟
- ما الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي من عينة الدراسة على مقياس قلق الموت؟
- ما الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي من عينة الدراسة على مقياس الفومو؟
- ما الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي من عينة الدراسة على مقياس قلق الموت؟
- ما طبيعة الصورة الكلينيكية للحالة الطرفية (الأعلى درجة على مقياس الفومو وكذلك مقياس قلق الموت) قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي؟

- أهداف الدراسة :

- تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحلول في خفض الفومو لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات، والتحقق من أثر خفض الفومو على مستوى قلق الموت لديهن، وذلك من خلال:
- التحقق من الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الفومو من عينة الدراسة.
 - التحقق من الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس قلق الموت من عينة الدراسة.
 - التحقق من الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الفومو من عينة الدراسة.
 - تحديد الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الموت من عينة الدراسة.
 - تحديد الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الفومو من عينة الدراسة.
 - تحديد الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الموت من عينة الدراسة.
 - التعرف على الصورة الكلينيكية للحالة الطرفية الأعلى درجة على مقياس الفومو ومقياس قلق الموت قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

- أهمية الدراسة:

- تتمثل أهمية الدراسة في الجوانب التالية:
- الأهمية النظرية:
- إثراء التراث البحثي ببعض الكتابات النظرية حول متغيرات الدراسة وهي الفومو وقلق الموت ونموذج العلاج المرتكز على الحلول.
- التحقق من فعالية العلاج المختصر القائم على الحلول في خفض الفومو لدى عينة الدراسة وذلك من خلال وضع تصور علاجي قائم على فنيات هذا النموذج العلاجي.

- إعداد مقياس للفومو لدى عينة من أمهات الاطفال ذوي الاعاقات وكذلك مقياس لقلق الموت لدى نفس العينة.
- الاستفادة من الافتراض المتمثل في أن خفض الفومو قد يؤثر على مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة وذلك كمدخل غير مباشر لخفض مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة.
- الأهمية التطبيقية:
- يأمل الباحثان الاستفادة من نتائج الدراسة في تعميم نموذج العلاج المقترح في خفض مشكلة الفومو لدى عينات كLINIكIة أخرى.
- يأمل الباحثان أن تفيد نتائج الدراسة الكLINIكIة في الكشف عن بعض الملامح الكLINIكIة وراء تحسن الحالة ذات أعلى درجات الفومو وقلق الموت.
- قد ينعكس خفض مستوى الفومو وقلق الموت على الجوانب المختلفة لشخصية امهات الاطفال ذوي الاعاقات مما يسهم في زيادة الفاعلية الوالدية لتلك العينة من الأمهات.

- مصطلحات الدراسة إجرائياً:

- تعتمد الدراسة على بعض المصطلحات التي يمكن تحديدها إجرائياً كما يلي :
- العلاج المختصر المرتكز على الحلول **Solutions focused brief therapy** يعرف على أنه أحد النماذج العلاجية المختصرة التي تهتم بالتركيز على تحديد واستثمار نقاط القوة التي يمتلكها العميل بدلاً من التركيز على أعراض ومسببات مشكلاته مما يسهم في بناء حلول مستقبلية في ضوء ما يمتلك من نقاط قوة (Lee, 1997, 5).
- ويحدد إجرائياً بكونه بروتكول علاجي قائم على مجموعة من الفنيات الهادفة التي تحاول إيجاد مجموعة من الحلول مع العميل للتخلص من مشكلته.
- الخوف من فوات شئ ما (فومو) **Fear Of Missing Out**
- يعرفه الباحثان بأنه أحد أشكال الخواف المرضي يتفجر عند معايشة الفرد حالة من الصراع نتيجة احتمال فوات الفرد شئ معين أو مجموعة من الأحداث في الفترة الزمنية التي يكون فيها الفرد بعيداً عنها أو فاقد التواصل مع آخرين خلالها، والميل إلى متابعة الأنشطة

الاجتماعية التي يقوم بها الآخرون، والخوف من الانعزال والاستبعاد الاجتماعي والخوف من تفويت الأحداث، والهوس بمراقبة الآخرين ومعرفة أخبارهم وتتبعها بشتى الطرق. ويتحدد إجرائياً: بالدرجة التي تحصل عليها المشاركة في الدراسة على مقياس الخوف من فوات شئ ما (فومو) (إعداد: الباحثان).

- قلق الموت Death Anxiety

في ضوء المقياس المعد بالدراسة يمكن تعريف قلق الموت بأنه أحد اشكال القلق التي تظهر في شكل حالة إنفعالية شديدة تعكس خوف الفرد المستمر من المرور ببعض الخبرات التي قد يكون على أعقابها انتهاء الحياة ، مما ينعكس بدوره على أداء الفرد وكذلك ممارسته لكافة جوانب حياته بل قد يصل به الأمر إلى الشعور بالعجز عن القيام بأنشطة الحياة المختلفة.

ويتحدد إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المشاركة في الدراسة على مقياس قلق الموت (إعداد: الباحثان).

- أمهات الأطفال ذوي الإعاقات:

فئة الأمهات التي لديهن طفل يعاني من إعاقة - خاصة إعاقة نمائية تجعل الطفل يعجز عن القيام بإحتياجاته الخاصة بذاته، مما يجعل الأم تقوم بمهام الطفل اليومية من تحمل مسؤولية الطفل تحمل كامل.

- محددات الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية ببعض المحددات تتمثل في الآتي:

- الحدود الموضوعية: وتتمثل في المتغيرات البحثية التي تتناول الدراسة وهي متغير الخوف من فوات شئ ما (فومو)، ونموذج العلاج المرتكز على الحلول، و قلق الموت.
- الحدود البشرية : وتتمثل في عينة الدراسة وهن أمهات الاطفال ذوي الاعاقات المترددين على مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ومراكز الارشاد النفسي ببعض كليات التربية.

- الحدود الزمنية: وتحدد بالفترة الزمنية التي تم التطبيق بها للبرنامج العلاجي العام

الجامعي ٢٠٢٢م - ٢٠٢٣م

- الحدود المنهجية: وتتمثل في المنهج شبه التجريبي ذو تصميم المجموعتين (التجريبية - الضابطة) ، والمنهج الكلينيكي.

- الحدود الجغرافية : وتتمثل في المنطقة التي تم إجراء الدراسة بها وهي محافظة المنيا.

- الإطار النظري ودراسات سابقة :

- العلاج المختصر المرتكز على الحلول **Solutions Focused Brief Therapy**

يعود تأسيس نموذج العلاج المرتكز على الحلول إلى جهود كل من دي شازير De-Shazer وزوجته إنسوكيم بيرج Insoo Kim Berg وذلك خلال الفترة ما بين ١٩٨٥م-١٩٨٨م وذلك أثناء عملهما في مركز العلاج الأسري المختصر بولاية ويسكونسين الأمريكية والذي استهدف في بداية الأمر علاج المشكلات الأسرية التي تنشأ بين الأزواج ؛ وذلك استناداً إلى فلسفة ما بعد الحدث التي تنتظر للحقيقة والواقع كوجهات نظر مرتبطة بالسياق ومسار التاريخ وليس كحقائق موضوعية ثابتة لا تتغير (De Shazer., Dolan., & Berg, 2021, 15-16).

ويشير كل من (Andersonn ، Gingerich & Eisengart (2018, 18)

(2000, 478) أن هذا النموذج العلاجي يقوم علي أسس النظرية البنائية الاجتماعية؛ والتي تؤكد على أن واقع الفرد يتشكل من تفاعله مع الآخرين، وأن الثقافة واللغة تؤيدان أدواراً رئيسة في كيفية اكتساب الأفراد للمعرفة واتخاذ القرارات، وإعطاء معنى لأفكارنا ومشاعرنا وأفعالنا، وأن المعنى يتطور ويتغير من خلال تبادل الآخرين للخبرات والتجارب وأن السلوك يمكن اعتباره طبيعياً من قبل مجتمع ما، ولكن يمكن اعتباره غير طبيعياً تماماً من قبل مجتمع آخر، ومن ثم يمكن تحديد كيفية بناء الأفراد والجماعات لحقائقهم الاجتماعية.

أما عن تعريف هذا النموذج العلاجي فيوجد العديد من التعريفات التي تناولت تحديد هذا النموذج، حيث يتفق كل من (De Shazer & Berg (1997) ، Iveson (2002) ، (2004) De Shazer & Isebaert ، (2007) Bannink ، (2012) Stams., & Macdonald ، (2013) Ciuffardi, et al ، (2013) Taylor ، و (2017) Foy ، ايمان عطية جيوشي (٢٠١٨) و نهلة فرج على (٢٠٢٠)، (2021) De Shazer., Dolan., Korman., Trepper., McCollum., & Berg على أن العلاج المختصر المرتكز على الحل هو نموذج علاجي يسعى نحو التعزيزات

الجوهرية في حياة الفرد بدلاً من التركيز على البحث في تاريخ المشكلة التي يعاني منها العميل، كما يركز هذا النموذج على الحلول والتغيرات التي يستطيع الأفراد تحقيقها في الحاضر والمستقبل وذلك من خلال طرح العديد من الأسئلة بدلاً من إعطاء الملاحظات والإجابات أو تشخيص المشكلات بهدف مساعدة العميل على إعادة النظر في الموقف المسبب للمشكلة من منظور مختلف واستخدام التقنيات التي تركز على الحل.

لذا يؤكد (Neipp., & Beyebach (2022, 3) على أن طبيعة العملية العلاجية تسير وفق ثلاث مراحل مهمة بهدف مناقشة العميل للوصول إلى حلول وتغييرات جوهرية، وتلك المراحل هي:

- طرح الأسئلة: حيث يسعى المعالج لطرح مجموعة من الاسئلة الجوهرية التي تجعل العميل يكتشف العديد من التغيرات الجوهرية في حياته، ومن هذه الأسئلة ما هو الأفضل؟ "ما هو أفضل منذ أن التقينا آخر مرة؟".

- أسئلة التفاصيل: وتطرح هذه الأسئلة بهدف التحقق أكثر من تفاصيل المشكلة ويمكن أن تتضمن هذه الأسئلة، هل يمكنك أن تخبرني المزيد عن كيفية حدوث ذلك؟ كيف تمكنت بالضبط من تحقيق ذلك؟ هل ما فعلته كان مختلفاً؟

- المكافآت اللفظية: حيث يسعى المعالج إلى محاولة التأكيد على العمل الذي قام به العميل بالفعل في التعامل مع المشكلة؛ فالمعالج ينبغي أن يكون دائماً على دراية بالثقافة والسياق عند تقديم المديح للعميل.

هذا ويقوم نموذج العلاج المختصر المرتكز على الحلول على مجموعة من الافتراضات التي يقوم عليها نموذج العلاج المرتكز على الحل والتي تهدف إلى مساعدة العميل في اكتشاف الحلول الخاصة بمشكلته، وتتمثل في الآتي:

- النقاش الحر عن المشكلة: حيث يؤكد (Ratner., George & Iveson (2012, 14) أن أولى جلسات نموذج العلاج المرتكز على الحل يسمح للعميل خلالها القيام بالحديث عن مشكلته ضمن تدريب يعرف بالمناقشة الحرة، وجدير بالذكر أن هذا التدريب لا يعتبر نقاش غير هادف بل نقاش هادف حول الجوانب المختلفة لمشكلة العميل التي يعاني منها.

- السعي نحو إعداد الهدف المحقق لحل المشكلة : ويسعي هذا الافتراض نحو مساعدة العميل على استبصار اهدافه وذلك من خلال سؤال العميل سؤال محوري يتمثل في تحديد أهدافه، وأمانياته الحياتية، كما يسعي المعالج نحو تعديل اهداف العميل السلبية ومساعدة على صياغة أهداف أكثر واقعية وأكثر انتاجية **Ratner., George & Iveson (2012, 14)**.

- مساعدة العميل علي السعي نحو مستقبل أفضل: ويتم ذلك من طرح سلسلة من الأسئلة على العميل لتمكينهم من وصف أفضل لمستقبله ، ووصف شكل حياته بعد تخطي أزمته وحل مشكلته، لذا يحاول المعالج دعم العميل لوصف أفضل لمستقبله بطرق إيجابية وملموسة وواقعية وتحفيز العميل على وصف وتخيل الحياة دون مشكلة يمكن جلب تلك الحياة إلى حيز الوجود**(Ratner., George & Iveson (2012, 15)** .

- السعي نحو تحديد حالات النجاح: ويتم ذلك من خلال التركيز على الحلول الموجزة ، فجميع المشكلات مهما كانت راسخة لها استثناءات وهي الأوقات التي يمكن أن تحدث فيها المشكلة ولكنها لم تحدث. وهنا يتطلب من المعالج التركيز على ما يقوم به العميل بالفعل والذي قد يساعده على تحقيق الحل مما يساهم في تحقيق أفضل مستقبل للعميل. كما أن البحث عن هذه الاستثناءات للمشكلة أو حالات النجاح أمر أساسي في العلاج المرتكز على الحلول **(Ratner., George & Iveson (2012, 15)**.

- اسئلة القياس : لا يتم استخدام أسئلة القياس كقياس لمدى مشكلة ما ، بل تُستخدم لتحديد مكان وجود العميل على نطاق واسع فيما يتعلق بهدفه ، والاعتراف بالخطوات التي اتخذها بالفعل والتي تتيح له وضع نفسه على تلك النقطة وتحديد الخطوات الصغيرة التالية للتغيير **(Ratner., George & Iveson (2012, 15)**.

- ردود الفعل والختام : فخلال الجلسات يحاول المعالج التركيز على تحديد نقاط قوة العميل وموارده وإيلاء اهتمام خاص لما يفعله العملاء جيداً بالفعل. وتنتهي الجلسات عادةً بمعرفة المعالج بمشكلة العميل، والتحقق من صحة ما يفعله العميل والتفكير في المهارات والصفات والقوة التي أصبحت واضحة خلال الجلسة والتي تتعلق بمستقبل العميل المفضل**(Ratner., George & Iveson (2012, 15-16)** .

- جلسات المتابعة : حيث يتم خلال جلسات المتابعة ملاحظة التقدم والنجاح في الممارسة التي تركز على الحلول وتبدأ جلسات المتابعة بطرح السؤال التالي: "ما الذي سُررت بمشاهدته منذ آخر مرة رأيتك فيها؟" أو "ما هو الأفضل منذ أن التقينا آخر مرة؟" ("كيف فعلت ذلك؟") (Ratner., George & Iveson (2012, 15-16).
- أما عن مجموعة الأسس والمبادئ الذي يستند عليها نموذج العلاج المختصر المرتكز على الحلول فيتفق كل من الزهراء مهني عراقي (٢٠٢٢، ٤٦-٤٨)، و Pichot & Dolan (2014, 9-11) (Richmond, 2007, 16; Foy,2017,9) مع (Kim,2006,15-16) على مجموعة من المبادئ التي يقوم عليها نموذج العلاج المرتكز على الحل وهذه المبادئ هي:
- أ- التركيز على الإيجابيات والحلول المستقبلية؛ بالإضافة إلى أن التركيز على نقاط القوة والحديث عن الحل سيزيد من احتمالية أن يكون العلاج قصيرًا.
- ب- أن الأفراد الذين يأتون للعلاج لديهم القدرة على التصرف بشكل فعال ومع ذلك، يتم حظر هذه السعة مؤقتًا بسبب الإدراك السلبي.
- ج- التأكيد على الصحة النفسية؛ حيث يركز المعالج على نقاط قوة العميل وموارده وقدراته بدلاً من عجزه وإعاقاته. حتى عند وجود مشاكل، لا ينظر العلاج المختصر المرتكز على الحل إلى تلك المشاكل على أنها تمثل أمراض أو عجز كامن.
- د- الانتفاع: يسعى العلاج المختصر المرتكز على الحلول نحو الاستفادة من نجاح العميل السابق والموارد الداخلية لتحقيق الأهداف العلاجية. إن دور المعالج هو فقط استخلاص تلك الصفات التي يمتلكها العميل باستخدام لغة العميل الخاصة، والإطار المرجعي، والقدرة على تخيل المستقبل عندما لا تعد المشكلة موجودة.
- هـ- وجهة نظر غير تقليدية يحددها العميل: لا يركز العلاج المختصر المرتكز على الحل على افتراضات حول طبيعة مشكلة العميل، بل يقبل آراء العميل حول المشكلة، وبالتالي يُنظر إلى العميل كخبير يعرف الحل أيضًا ويُنظر إلى المعالج على أنه متعلم يقبل وجهة نظر العميل دون فرض أي افتراضات. لا يساعد المعالجون العملاء إلا على تحسين الحلول واقتراح حلول إضافية ضمن العلاقة التعاونية.

و- عدم التركيز على تفاصيل مشكلات العميل: فمن خلال افتراض أن "القيام بما هو ناجح هو المفتاح" بدلاً من تكريس الوقت لاستنباط أوصاف تفصيلية لمشكلات العميل كما أن هناك حاجة إلى الحد الأدنى من التغييرات فقط لبدء حل المشكلات، وبمجرد بدء التغيير، فإنه يؤدي بشكل طبيعي إلى تغييرات أخرى وبالتالي إلى مزيد من التغييرات في النظام ككل.

ح- التغيير مستمر ولا مفر منه: حيث يري نموذج العلاج المختصر المرتكز على الحل أن العملاء لا يمكنهم المساعدة في تغيير المعالجين الذين يركزون على الحلول، عن طريق تحديد الأوقات التي لا تحدث فيها المشكلة أو عندما لا تكون المشكلة شديدة، تسمى "الاستثناءات".

ط- التوجه الحالي والمستقبلي: يركز العلاج المختصر المرتكز على الحل بشكل أساسي على مساعدة العملاء في تعديلهم الحالي والمستقبلي حيث يعتبر الماضي انعكاساً لكيفية عيش العملاء في الوقت الحاضر. فالسؤال المعجزة و "ماذا بعد؟" يتم استخدامهما لتوجيه العميل لوصف شيء بارز في الحاضر ولتخيل المستقبل عندما تكون المشكلة لم تعد موجودة.

ك- التعاون: لا يركز العلاج المختصر المرتكز على الحل على تعاون العميل فحسب، بل يعمل المعالج معاً من خلال رؤية المشكلة من وجهة نظر العميل والتفاوض على هدف علاج مقبول من الطرفين، واستخدام نقاط القوة والموارد الموجودة في محاولة لحل المشكلة.

أما عن بعض الدراسات التي تناولت فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل فنجد أن هناك العديد من الدراسات التي تحققت من فعاليته في خفض بعض المشكلات لدى عينات مختلفة ولكن سنحاول التركيز على بعض الدراسات التي تناولت أمهات الاطفال ذوي الإعاقات ولعل منها دراسة الزهراء مهني عراقي (٢٠٢٢) والتي هدفت التعرف على فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب الاوتيزم، حيث تكونت عينة الدراسة من (٥) من أمهات اطفال الاوتيزم وتم تطبيق أدوات الدراسة وهي مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية والبرنامج المقترح على عينة الدراسة. وخلصت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج

المقترح في خفض اضطراب الضغوط الصدمية لدى عينة الدراسة. أما دراسة عيبر سماحة (٢٠١٩) فقد هدفت التعرف على فعالية برنامج قائم على المنحى قصير المدى المرتكز على الحلول لتحسين تواصل الأسرة مع أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث تكونت عينة الدراسة من (٢٠) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم واشتملت أدوات الدراسة على مقياس المهارات التواصلية للطفل من ذوي اضطراب الأوتيزم (إعداد الباحثة)، والبرنامج الإرشادي المقترح. وقد تمثل منهج الدراسة في المنهج التجريبي، وخلصت نتائج الدراسة إلى فعالية استخدام برنامج الإرشاد الأسري القائم على المنحى قصير المدى المرتكز على الحلول لتحسين تواصل الأسرة مع طفلها من ذوي اضطراب الأوتيزم. في حين سعت دراسة (Kenney, 2010) إلى استخدام العلاج المختصر المرتكز على الحل لخفض حدة الضغوط الوالدية والتشوه المعرفي لدى عينة من مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ولتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار عينة مكونة من (٣) من مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، أما عن أدوات الدراسة فتضمنت مقياس التشويه المعرفي، وقائمة الضغوط الوالدية حيث تم استخدام المنهج التجريبي ذوي تصميم المجموعة الواحدة. وخلصت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض التشوه المعرفي والاضغوط الوالدية.

- الخوف من فوات شيء ما (FOMO) Fear of missing out

تعود بدايات دراسة مصطلح الفومو (FOMO) إلى جهود باحثة علم النفس الأمريكية Young Kimberly على غرار اهتمامها بدراسة الاضطرابات السلوكية لتكنولوجيا العصر موضحة خلال بعض التقارير البحثية المنشورة لها أن سلوكيات التعامل مع الانترنت من أكثر المخاطر التي تهدد البشر وخاصة أن هناك العديد من الهيئات والمنظمات التي استغلت هذه السلوكيات في العديد من الممارسات ذات التأثير غير السوي على البشر، لعل من بينها الترويج الاعلامي وممارسة التسويق عبر المنصات الاجتماعية مما جعل الكثير يشعرون بحالة من الهلع في حالة فوات أي حدث أو خبر لم يتمكن من الوصول له (جيهان شفيق عبد الغني، ٢٠٢٢، ٣). إلا أن هناك بعض الكتابات تترجم مصطلح **Fear of missing out (FOMO)** بالخوف من فوات الاشياء، وتترجم لدى البعض الآخر الخوف من فوات الفرص، ولدى البعض الآخر يميل إلى استخدام المختصر بالفومو؛ فقد يعود بدايات ظهور هذا

المصطلح إلى الباحث برزييلسكي وآخرون عام ٢٠١٣م على غرار التفرقة بين الاستخدام المفرط لشبكات التواصل الاجتماعي، والشعور بالخوف المرضي من فوات متابعة تجارب وخبرات الآخرين وخاصة عبر المنصات الاجتماعية وبرامج التواصل الاجتماعي (Gioia, (Fioravanti, Casale& Boursier, 2021).

أما عن تعريف الفومو FOMO فيشير هذا المصطلح بقاموس أكسفورد OXFORD إلى الخوف من احتمال حدث مثير للاهتمام أو ممتع في مكان آخر (رحاب يحي أحمد، صفاء أحمد عجاج، ٢٠٢٢، ٨). أما عن تعريف هذا المصطلح من الناحية الاصطلاحية فنجد أن هناك اتفاق بين كل من (Abel, Buff, & Hetz., Dawson., & Cullen (2015) و (2016) Burr ، و (2020) Gullu & Serin ، و (Alutaybi, Thani, Mc ، و (2020) Alaney& Ali ، (2021) Tandon; et al. ، (2021) Gioia, et al ، (2021) Tandon., et al ، و (2021) Rozgonjuk; et sl ، و (2022) Özok., & Tayiz على أن الفومو هو حالة من التوتر الشديد والشعور بعدم الكفاءة والخوف من الانعزال يشعر بها الفرد حينما يفوته أو يفقد الخبرات الجديدة التي يمر بها الآخرين والرغبة في متابعة كل ما هو جديد ومتابعة الأحداث والأخبار عن كل ما هو جديد وكل ما هو مشكل متداول بين الآخرين. في حين عرف (Przbylski; et at., (2013) أن الفومو هو نوع من الرهاب من فوات متابعة الأحداث والاطلاع عليها باستمرار، والخوف من فقدان الشعور بالارتباط بالآخرين وفقدان الشعبية والخوف من فقد الفرص لمعرفة انطباعات الآخرين حول منشور يخص الفرد؛ خوفاً من ضياع الخبرات الجديدة التي يمر بها الآخرون، والرغبة في متابعة ما هو جديد، والبقاء على علم دائم بما يفعلونه، وعدم تفويت العروض والتخفيضات، الخوف من فقدان الحصول على المعلومات وخاصة إذا كانت ذات قيمة مثل فرص العمل أو مشاهدة الإعلانات التجارية.

أما رحاب يحي أحمد & صفاء أحمد عجاج (٢٠٢٢، ١٢) فعرفت الفومو بأنه القلق من احتمال حدوث أحداث أو أنشطة في الفترة الزمنية التي يكون فيها الفرد بعيداً عنها، أو ليس على علم بها، والميل إلى متابعة الأنشطة الاجتماعية التي يقوم بها الآخرون، والخوف من الانعزال والاستبعاد الاجتماعي، والخوف من تفويت الأحداث والهوس بمراقبة الآخرين معرفة أخبارهم وتتبعها بشتى الطرق ومتابعه الإعلانات التجارية والعروض المقدمة.

أما عن النماذج والنظريات التي تم تفسير الفومو في ضوءها؛ فيتفق كل من *et al.*, *Przybylski (2013)* ، و *Rozgonjuk., et al (2021)* علي أنه يمكن النظر إلى الفرد الذي يعاني من مستوى مرتفع من الفومو في ضوء نموذج تقرير المصير باعتباره فرد يشعر دائما بحاجة إلى الشعور بالانتماء والاستقلالية وكذلك الشعور بالكفاءة الاجتماعية وهذا ما يدفعه إلى الوصول لحالة من الفومو والتي تجعله في حالة مستمرة من الالامان لمواقع التواصل الاجتماعي وكذلك شعوره بحالة من التوتر على غرار فواته أي تواصل وكذلك فوات الاحداث والخبرات التي لم يعاصرها في لحظات ظهورها. هذا وتؤكد نظرية ماسلو للحاجات على أن قمة الحاجات النفسية هي الحاجة إلى تحقيق الذات وإشباع الإحتياجات الاجتماعية، وأن الفرد ذوي المستوى المرتفع من الفومو يلجأ إلى متابعة أنشطة الآخرين الاجتماعية ويسعى للاندماج معهم ويكون لديه خوف من عدم تقدير الآخرين له وبناءً على نظرية ماسلو للحاجات فإن الناس يحتاجون الآخرين من أجل إشباع الإحتياجات الاجتماعية ونيل مكانة اجتماعية فنجدهم يحرصون على عدم تفويت أي إعلانات أو متابعة فرص عمل والحرص على التواجد الاجتماعي والاندماج مع الآخرين (*Can & Satici (2019)*).

أما عن مكونات متغير الفومو فنجد أن هناك شبه اتفاق بين العديد من الباحثين على أن الفومو له مكونين أساسيين؛ الأول هو المكون السلوكي؛ أما الثاني فهو المكون المعرفي. في حين يري البعض أن هناك بعض المظاهر والاعراض التي يمكن اعتبارها ثمة محكات تشخيصية لهذه المشكلة منها؛ صعوبة الانسحاب من المحادثات الاجتماعية خوفاً من فوات أي مناقشة وقد يصل الأمر إلى أن يكون الفرد آخر من يغادر المحادثات الاجتماعية، فإذا ما غادر لظروف خارجة عن إرادته يصاب بالتوتر إزاء ماذا حدث في تلك الفترة ونجده يتواصل مع الموجودين لمعرفة ماذا حدث في تلك الفترة، ولا يرتاح الفرد إلا بعد معرفة كافة التفاصيل ليس هذا بحسب ولكن أدق أدق التفاصيل.

في حين يتفق كل من *Hodkinson (2019)* ، و *Akbari., et al (2021)* أن أبرز مكونات الفومو تتمثل في الميل القهري لمتابعة الاعلانات والابخار وفحص الرسائل، خوفاً من فوات أي حدث أو محادثة مع آخر، أو الدردشة الجماعية، والاطلاع على جميع المستجدات أولاً بأول، والمشاركة فيها بشكل أو بآخر ويرجع ذلك إلى إشباع الحاجة للانتماء، في حين يضيف كل من *Gullu & Serin 2020; Rogers & Barber (2018)*

Roberts & David (2020) أن الأفراد ذوي القومو يرتفع لديهم الشعور بالقلق عند حضور حدث اجتماعي على حساب الآخر وتجده دائم الشغف في معرفة ماذا يدور خلفه عند تفويت اجتماع ما أو أي حدث اجتماعي خوفاً من خسارة الاندماج الاجتماعي وتجعل الفرد يتسائل دائماً ماذا يفعل الآخرون في غيابي. كما ترتفع لديهم الرغبة في التواجد في كل مكان والرغبة في التواجد عند التقديم في جميع فرص العمل التي تظهر أمامهم ولا يفوتون أي مقابلة شخصية (. (Mallari., et al, 2023).

في حين تشير نتائج بعض الدراسات أن ارتفاع مستوى القومو لدى الفرد يجعله عرضه لبعض المشكلات والاضطرابات النفسية منها؛ اضطرابات النوم وإدمان مواقع التواصل الاجتماعي، وانخفاض تقدير الذات (جيهان شفيق، ٢٠٢٢ & هالة أحمد ، ٢٠٢١). في حين يتفق كل من (Deniz (2021) ، Özcan & Umut (2023) على أن الأفراد الذين يرتفع لديهم مستوى القومو يظهرون بعض المشكلات التي تعد بمثابة بروفيل لطبيعة شخصيتهم وكذلك بمثابة مجموعة من الآثار المترتبة على هذه المشكلة؛ ولعل من بين ذلك ظهور بعض الخبرات الانفعالية والاجتماعية السلبية التي تجعلهم يشعرون بحالة من العزلة والتوتر الدائم وانخفاض مستوى السعادة والرفاهية النفسية وانخفاض في مستوى تقدير الذات. في حين يتفق كل من (Gullu & Serin (2020) & Adams, et al (2020) ، Tanhan., Özok., & Tayiz (2022) ، أن الأفراد ذو القومو المرتفع يظهر لديهم الميول القهرية وكذلك الشعور بالوحدة النفسية علاوة على الخوف المرضي من الاستبعاد الاجتماعي للأصدقاء والذي يجعلهم يشعرون بحالة من المزاج المضطرب فيتولد لديهم انخفاض في الشعور بجودة الحياة.

وجدير بالذكر أن ما تخلفه القومو من الآثار عديدة في شخصية الفرد تجعلها واحداً من المشكلات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وخاصة أن الأفراد الذين يرتفع لديهم القومو يسود لديهم زملة من الاضطرابات الأخرى منها؛ القلق المعمم والاكئاب وانخفاض تقدير الذات والخوف من فقدان الصداقة، وكذلك الواوس القهرية مما يثير لديهم ارتفاع سلوك المخاطرة وكذلك ارتفاع مستوى الاستهواء غير الأمن وكذلك ارتفاع مستوى الفضول المرضي.

لذلك سعي الباحثان إلى اختيار منحي قائم على التدخل من خلال التركيز على الحلول للوصول إلى برتكول علاجي يهدف خفض هذه المشكلة لدى عينة الدراسة.

أما عن بعض الدراسات التداخلية فلم يتمكن الباحثان من الوصول إلى دراسات حاولت استخدام تدخلات علاجية أو ارشادية لهذه المشكلة فأغلب المشكلات التي تناولت هذا المتغير البحثي تناولته من جانب الدراسات الوصفية، ولعل من أبرز تلك الدراسات دراسة **Abel et al., (2016)** والتي سعت إلى التحقق من الارتباط بين الفومو ومستوي القلق، وكانت عينة الدراسة مكونة من (٢٠٢) مشارك من الذكور والإناث، واستخدام الباحثون مقياس الخوف من فوات الشيء (الفومو) (إعداد الباحثان)، ومقياس القلق (إعداد **Degong et al., (2012)**)، وخلصت نتائج الدراسة إلى أن الخوف من فوات الشيء (الفومو) مرتبط ارتباطاً سلبياً بتقدير الذات وإيجابي بمستوي القلق، وأن الأفراد ذو المستوي المرتفع من الفومو يتسمون بالقلق الزائد.

أما دراسة **Adams et al., (2020)**: فقد هدفت تناول الظواهر النفسية والاجتماعية التي يمكنها أن تؤثر على الصحة النفسية وجودة النوم، وتكونت عينة البحث من (٢٨٣) مشارك، واستخدام الباحثون بعض المقاييس منها مقياس الصحة النفسية لـ **Stewart et al., (1988)**، مقياس اضطرابات النوم ومقياس الضغوط والخوف من فوات الشيء (الفومو) ، وخلصت نتائج الدراسة أن ارتفاع الحساسية الاجتماعية والخوف من فوات الشيء (الفومو) يؤدي إلى انخفاض جودة ومقدار النوم لدى طلبة الجامعة، وأنهم يعانون من مستويات مرتفعة من الأرق والتوتر ويعانون من الكوابيس الليلية والتي بدورها ترتبط بضعف الصحة النفسية لديهم. في حين سعت دراسة **Shoval et al., (2021)** إلى بحث العلاقة بين استخدام الهاتف الذكي وجودة النوم والقلق والخوف من فوات الشيء (الفومو) لدى عينة من الشباب، تكونت عينة البحث من (٤٦٧) من الذكور والإناث وكان من أبرز نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الخوف من فوات الشيء (الفومو) والقلق.

- قلق الموت : Death Anxiety

أفرزت الفترات الأخيرة العديد من المشكلات التي كانت كامنة رغم قدمها، ولعل واحد من بينها ما يعرف بقلق الموت؛ والذي يعد واحداً من المتغيرات النفسية التي لاقت اهتماماً واسعاً بين الباحثين منذ فترات طويلة؛ وقد يرجع هذا الإهتمام إلى تلك الطبيعة التي قد يتعرض لها

الفرد في حياته من مواقف وأحداث والتي قد تعد بمثابة ناقوس الخطر بموته وتهدد به. لذا يعد قلق الموت واحد من مؤشرات الخطر على صحة الفرد ومستوى إنتاجيته، خصوصاً إذا سيطر عليه بشكل دائم، ومن ثم يُعد قلق الموت أحد أكثر المشكلات النفسية شيوعاً وخاصة في ظل جائحة كورونا، فلم يعد قلق الموت قاصراً على فئة المسنين، أو ذوي الأمراض؛ بل أصبحت تلك المشكلة ذات انتشار كبير بين فئات المجتمع (Gonen, et al, 2012 & Neimeyer & Van Brunt, 2018).

وجدير بالذكر أن مفهوم قلق الموت يعني خبرة انفعالية مكبرة تعكس درجة مرتفعة من الخوف المستمر لدى الفرد من مجرد الشعور بالموت أو التفكير به (Damirchi; et al., 2020). لذلك يشير أحمد عبد الخالق (١٩٩٨ ، ٣ ، & ٢٠٠٢ ، ٣٨٥) في تعريفه لقلق الموت وهو واحد من أبرز التعريفات بالبيئة العربية أن قلق الموت هو شكل من أشكال القلق العام غير الطليق، والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذويه. في حين تري زينب محمود شقير (٢٠٠٢ ، ٧) أن قلق الموت حالة من الخوف الغامض المبهم تجاه كل ما يتعلق بالحديث عن الموت، وما ينتظره الإنسان من مصير مجهول بعده؛ في حين يؤكد (Kavakli; et al (2021, 16) أن قلق الموت نوع من أنواع القلق ينتج عنه مشاعر وأفكار غير سارة حول نهاية الحياة.

ومن ثم نجد أن وجود خبرة الموت في محيط حياة الفرد أو مجرد التفكير تجعل الفرد يرتفع لديه المكونات لقلق الموت، و عن هذه المكونات نجد أن قلق الموت له نفس مكونات القلق المعمم والتي تعكس مجموعة من المظاهر الأساسية. وهي المكون الذي يعكس مجموعة الاستجابات الجسدية تجاه موقف القلق والمتمثلة في اضطرابات النوم ، وكذلك الشعور ببعض المشكلات الجسدية كاضطرابات المعدة وفقدان السيطرة على الذات وخفقان ضربات القلب أما عن مجموعة الاستجابات / الاعراض الانفعالية فنجد الفرد الذي يعاني من قلق الموت يرتفع لديه الشعور بالاكئاب وكذلك سرعة الغضب والشعور بالتوتر، أما مجموعة الممارسات النزوعية/ السلوكية فتتمثل في ميل الفرد بالشعور بالوادة النفسية والرغبة الملحة في الانزواء والعزلة وعدم الرغبة في الانخراط الاجتماعي والشعور بانعدام الاستمتاع بالحياة (حازم شوقي محمد، ٢٠٢١، ٣٣٨).

أما عن بعض التفسيرات النظرية التي تناولت قلق الموت فنجد أن فرويد واحد من أقدم من قدم تفسيرات لمفهوم قلق الموت؛ حيث يفسر فرويد أن قلق الموت هو إنعكاس لمخاوف وصراعات الطفولة المكبوتة، والتي لم يتمكن الفرد من حلها وأن اللاشعور لدى الإنسان لا يؤمن بموته، ويتصرف كما لو كان على قيد الحياة إلى الأبد (سيجموند فرويد، ١٩٨٢-أ، ٨ & ١٩٨٢-ب، ١٢ & ١٩٨٧، ٤٢). ومن ثم فإن الفرد الذي يعبر عن خوفه من الموت، يحاولون التوافق مع الصراعات الطفولية المكبوتة التي لم يتم حلها، ولا يمكنه الاعتراف بها. وجدير بالذكر أن نظرية التحليل النفسي أولت إهتمام إلى غريزتي البقاء والموت، على الرغم من أن كلا منهما يعمل عكس الآخر، فغرائز البقاء تهدف إلى البناء واستمرار الحياة، وتعمل وفق مبدأ اللذة، في حين إن غرائز الموت تهدف إلى التدمير والهدم، ولكي يتجنب الفرد تدمير نفسه إذعائاً لغريزة الموت، عليه أن يوظف غريزة الحياة لمواجهةها، وحين يفشل في ذلك تدفعه غريزة الموت نحو الانتحار (سيجموند فرويد، ١٩٨٧، ١٢).

ومن ثم يمكن تفسير قلق الموت في ضوء افتراضات نظريات هذه المدرسة في ضوء مفهوم الصراع لدى هذا التوجه النظري، حيث يظهر عن هذا الصراع القلق، والذي يعد النواة الرئيسية والمفجّرة للمشكلات والاضطرابات النفسية؛ لذا فإن قلق الموت ما هو إلا إنعكاس للصراع الدائر بين الـ (ID)، والـ أنا (Ego)، وعندما تستنزف الأنا جزءاً كبيراً من الطاقة النفسية المتاحة تحت تصرفها، باستخدام ميكانيزمات الدفاع أو بعض ميكانيزمات الدفاع من أجل الحفاظ على المكبوتات في اللاشعور، فإن هذا يولد القلق لدى الفرد (سيجموند فرويد، ١٩٨٢-ب، ١٤).

في حين يختلف تفسير المدرسة السلوكية لقلق الموت عن تفسير التحليل النفسي فكون هذه النظرية ترى أنه خبرة مكتسبه؛ لذا يظهر قلق الموت لدى الأفراد نتيجة لمجموعة من الخبرات الشرطية الصدمية المرتبطة بمواقف وأحداث سلبية مر بها الفرد، فيتولد لديه الخوف من الموت، ويتكرر هذا الخوف بتكرار تلك المواقف، في حين تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي على أن قلق الموت هو استجابات مكتسبة من خلال المحاكاة والتقليد لنماذج غير متزنة انفعالياً، وغير قادرة على الصمود في وجه الشدائد، فالفرد يقلد هذه النماذج في استجاباتها في المواقف المختلفة، فالوالدان دائمو الخوف من الموت، والذين يتصرفون كما لو كان الموت يحيط بهم من كل جانب، يُكسبون أبناءهم هذا السلوك عن غير قصد (Ajoke &

Foluke, 2017, 99 & زهرة عثمان البرق، ٢٠١٧ ، ٣٤١ & تقي نوري الصافي، ٢٠٢٠ ، ٣٤٩). أما عن تفسير الاتجاه الانساني فنجد أن روجرز يفسر نشأة القلق بوجه عام نتيجة عدم التناسق بين مفهوم الذات لدى الفرد ومجموعة الخبرات التي يمر بها في حياته، فالخبرات التي لا تتفق مع مفهوم الذات، وتتعارض مع القيم المجتمعية، يقوم الفرد بتسويتها وتحريفها أو تجاهلها، مما يؤدي إلى تهديد الذات، فيزداد القلق وسوء التوافق النفسي، ومن ثم يركز تفسير روجرز لقلق الموت في ضوء تصور الفرد عن ذاته فالذات بما تتضمنه من تصوراتٍ وتقييمات، توجه سلوك الفرد في المواقف المختلفة، وبقدر ما يكون مفهوم الذات لدى الفرد إيجابياً بقدر ما يتمخض عن ذلك شخصية سويةً متزنة انفعالياً، وبقدر ما يكون مفهوم الذات سلبياً بقدر ما يتمخض عن ذلك شخصية غير متوافقة نفسياً (حازم شوقي محمد الطنطاوي، ٢٠٢١ ، ٣٤١ & رشدي قريبي ، ٢٠٢٠ ، ٥١ & محمد محمد صابر، ٢٠١٦ ، ٤٩). في حين تؤكد تصورات النظرية المعرفية أن قلق الموت هو نتاج العلاقة التفاعلية الدينامية بين كل من التفكير - الانفعال - السلوك، فالطريقة التي يفكر ويدرك بها الفرد الموقف تؤثر في انفعاله، وبالتالي ينعكس ذلك كله على سلوكه، ومن ثم فإن ذوي قلق الموت في ضوء النظرية المعرفية لديهم تحريفات معرفية (أفكار ومعتقدات مختلة وظيفياً) تؤدي إلى توترهم، وشعورهم بقرب الموت، وباستمرار تلك الاعتقادات والأفكار يستمر الفرد في دوامة المشكلات النفسية (أحمد عبدالحسين عطية، فيصل نواف عبد الله ، ٢٠٠٢ & نجلاء محمد رسلان، ٢٠١١ ، & زينب محمود شقير، ٢٠٠٢ & طارق محمد عبدالوهاب ، وفاء مسعود محمد، ٢٠٠٠). ومن ثم نجد أن كافة تفسيرات النماذج والنظريات المختلفة لمفهوم قلق الموت تؤكد على حقيقتين الأولى وهي خبرات الفرد وتجارية المبكرة والأخري وهي تفكير الفرد في تلك الخبرات فكلما كانت تلك الأفكار مشوبة بمجموعة من الخبرات الصادمة والمؤلمة نجد أن القلق بصفة عامة يرتفع لدى الفرد ومن ثم قلق الموت لديه على وجه التحديد. أما عن العلاقة التأثيرية بين كل من الفومو وقلق الموت فنجد أن هناك ثمة علاقة أكدتها بعض الدراسات التي تناولتها معاً؛ فنجد أن دراسة (Wong et al (2022) تؤكد نتائجها على أن متاعبة الفرد للأحداث والمناسبات الاجتماعية وخاصة متابعة مواقع التواصل الاجتماعي خوفاً من موت الأفراد تسهم في ارتفاع مستوي قلق الموت لديهم مما يؤكد على الارتباط بينالخوفمن فوات الأحداث ومستوي قلق الموت . أما دراسة Menzies; et al

(2021) فتشير بعض نتائجها إلى الخوف من فوات الاحداث وقلق الموت من بين المشكلات التي اسهم العلاج المعرفي السلوكي في خفضها لدي عينة من المترددين على العيادات من ذوي قلق الموت المرتفع.

- فروض الدراسة:

- في ضوء ما قد أسفر عنه الإطار النظري والدراسات السابقة تم صياغة الفروض التالية:
- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الخوف من فوات شيء ما (فومو) لصالح القياس البعدي.
 - توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الخوف من فوات شيء ما لصالح المجموعة التجريبية.
 - توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الموت لصالح القياس البعدي.
 - توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس قلق الموت لصالح المجموعة التجريبية.
 - لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مدة متابعة شهر ونصف) على مقياس الخوف من فوات شيء ما.
 - لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مدة متابعة شهر ونصف) على مقياس قلق الموت.
 - يوجد إختلاف في الصورة الكلينيكية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي للحالة الطرفية (أعلى درجة على مقياس الفومو، ومقياس قلق الموت) على اختبار ساكس لتكملة الجمل.

- خطوات الدراسة والأساليب الاحصائية المستخدمة بها :

- تم إتباع الخطوات التالية في إعداد الدراسة الراهنة
- الشعور بالمشكلة من خلال الاحتكاك بالواقع العملي للباحثان .
- الإطلاع على بعض الدراسات والبحوث السابقة حول جوانب المشكلة.
- بلورة المشكلة وصياغة العنوان بشكل نهائي.
- إعداد الإطار النظري والدراسات السابقة وصياغة فروض الدراسة في ضوء نتائج الدراسات السابقة.
- إعداد الأدوات المناسبة لقياس متغيرات الدراسة وإعداد البرنامج العلاجي وأخذ الموافقات الإدارية على التطبيق.
- التحقق من الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة.
- تطبيق البرنامج العلاجي بعد أخذ موافقة لجنة الاخلاقيات بالجامعة.
- التطبيق النهائي لمقياس الدراسة على العينة التجريبية .
- معالجة فروض الدراسة بإستخدام الأساليب الاحصائية المناسبة.
- تفسير نتائج فروض الدراسة وصياغة التوصيات والبحوث المقترحة .
- إخراج الدراسة في شكلها النهائي للنشر.
- هذا وقد تم استخدام الأساليب الاحصائية التالية في الدراسة الحالية :
- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- إختبار (ت) للعينات المستقلة .
- معامل ثبات ألفا كرونباخ ومعادلة جتمان وسبيرمان.
- التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي.
- اختبار مان ويتني للعينات المستقلة .
- اختبار ويلكوكسن.
- حيث تم معالجة التحليل الاحصائي باستخدام برنامج SPSS-25 وبرنامج AMOS-20.

- منهجية الدراسة وإجراءاتها:

- منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي (تصميم المجموعتين)؛ وذلك بهدف التحقق من فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض الفومو لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات وذلك من خلال مقارنة نتائج المجموعة التجريبية التي تخضع للمتغير المستقل "برنامج العلاج المختصر المرتكز على الحل" بنتائج المجموعة الضابطة التي لم تخضع له. كما تم الاعتماد على المنهج الكلينيكي بغرض تحقيق هدف الدراسة الكلينيكي

- عينة الدراسة:

- العينة الاستطلاعية: تم تطبيق أدوات البحث على عينة استطلاعية (عينة التحقق من الخصائص السيكومترية) قوامها (١٥٢) من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات وتم التركيز على ذوي الإعاقات النمائية (الشلل الدماغي، طيف التوحد، الإعاقة العقلية؛ وذلك لكون تلك الإعاقات من أكثر الإعاقات المؤثرة على قدرة الطفل على قيامه بقضاء احتياجات اليومية بنفسه مما يؤثر ويزيد من ضغوط الأم في تحمل مسؤولية الطفل) بمتوسط عمري (٣٩.٨) عاماً وانحراف معياري (٢.٢٤) عاماً، وذلك بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس المستخدمة في البحث.

- العينة الأساسية: تم تطبيق أدوات الدراسة بعد التحقق من معايير الصدق والثبات لها على عينة قوامها (١١٩) من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات بمتوسط عمري (٣٩.٤) عاماً وانحراف معياري (٢.٦٢) عاماً، وتم حساب الإرباعيات لنتائج أفراد هذه العينة بهدف انتقاء أفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة تمهيداً لتطبيق البرنامج العلاجي عليهم. حيث بلغ عدد أفراد كل مجموعة (١٠) وقد استغرق تطبيق البرنامج شهرين بواقع جلستين اسبوعياً.

- عينة الدراسة التجريبية وخطوات تحديدها: لتحديد العينة التجريبية تم إتباع الخطوات التالية:

- تم حساب الإرباعيات (الأعلى - المتوسط - الأدنى) علي كل من مقياس الخوف من فوات الشيء وقلق الموت. نظراً لإتباع الباحثان التصميم التجريبي ذو المجموعتين،

مجموعة (تجريبية) (١٠) مشاركة - ضابطة (١٠) مشاركة هذا وقد روعي عند تكوين المجموعات التجريبية والضابطة ما يلي:

- ١) استعداد المشاركات للتعاون في كل خطوات البرنامج.
- ٢) ألا تعاني المشاركات من عجز عضوي أو أمراض جسمية أو مزمنة، وألا يكن قد تعرضن لأي نوع من العلاج العضوي أو النفسي قبل ذلك.
- ٣) ألا تكون المشاركة قد خضعت لأي برامج علاجية إرشادية أو برامج تعديل السلوك أو غيرها، حتي يتم التأكيد على أن التغيير الحادث يعود للبرنامج الحالي وليس لما تعرضت له المشاركة من برنامج سابق.

وبناءً على ما سبق تكونت عينة الدراسة التجريبية (١٠) تم انتقائهم بالطريقة القصدية ، وكذلك المجموعة الضابطة تكونت من (١٠) من المشاركات في تطبيق العينة الأساسية. وتم عمل مجانسة لأفراد هذه المجموعات في كل من العمر الزمني، ونسبة الذكاء، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، والدرجة الكلية ، بإستخدام اختبار مان وتني كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (١)

نتائج مجانسة أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في بعض المتغيرات

| المتغير | المجموعة | العدد | متوسط الرتب | قيمة U | مستوى الدلالة |
|--------------------------------------------|-----------|-------|-------------|--------|---------------|
| العمر الزمني | التجريبية | ١٠ | ١٠.٥ | ٥٠ | غير دالة |
| | الضابطة | ١٠ | ١٠.٥ | | |
| نسبة الذكاء | التجريبية | ١٠ | ١٠.٥ | ٥٠ | غير دالة |
| | الضابطة | ١٠ | ١٠.٥ | | |
| المستوى الاجتماعي والاقتصادي | التجريبية | ١٠ | ١٠.٥ | ٥٠ | غير دالة |
| | الضابطة | ١٠ | ١٠.٥ | | |
| الدرجة الكلية على مقياس قلق الموت | التجريبية | ١٠ | ١٠.٥٠ | ٥٠ | غير دالة |
| | الضابطة | ١٠ | ١٠.٥٠ | | |
| الدرجة الكلية على مقياس الخوف من فوات الشئ | التجريبية | ١٠ | ١٠.٣٥ | ٤٨.٥ | غير دالة |
| | الضابطة | ١٠ | ١٠.٦٥ | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في كل من العمر، ونسبة الذكاء والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والدرجة الكلية على مقياس قلق الموت ومقياس الخوف من فوات شئ ما.

٤) الاتفاق مع أفراد عينة الدراسة التجريبية على تطبيق البرنامج العلاجي، حيث تم مقابلة كل مشاركة على حدة خلال جلسة فردية للكشف عن مدى دافعتها للمشاركة في البرنامج

ومدى تقبلها للتحدث أمام باقي أفراد المجموعة وابلغ المشاركة في البرنامج أن تطبيق أغلب جلسات البرنامج سيتم بطريقة جماعية.

- الأدوات المستخدمة بالدراسة:

- مقياس الخوف من فوات شئ ما (فومو FOMO) : (إعداد: الباحثان) :

تم إعداد مقياس الخوف من فوات الشئ لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات بهدف قياس متغير الخوف من فوات الشئ (الفومو)، وتحديد أفراد عينة الدراسة من ذوي

الدرجات المرتفعة من الفومو الخاضعين للبرنامج العلاجي.

أ- مبررات إعداد المقياس: كان هناك بعض المبررات لتصميم هذا المقياس متمثلة في ندرة المقاييس التي تناولت هذا المتغير البحثي في البيئة العربية ففي حدود إطلاع الباحثان نظراً لحدثة تناول هذا المتغير بالدراسات النفسية على الصعيد العربي وخاصة تناول الدراسات العربية التي تناولت هذا المتغير فقد تناولته على عينات غير عينة البحث الحالي.

ب- خطوات إعداد المقياس في صورته الأولية:

١- تم الإطلاع على بعض الدراسات السابقة التي تناولت طبيعة متغير الفومو وخاصة من حيث المكونات والمظاهر.

٢- تم الإطلاع على بعض مقاييس بالبيئة العربية والأجنبية وخاصة أن ما تم تناوله من دراسات تشير إلى استخدام مقاييس أجنبية تتناول هذا المتغير ويتم تعريبها بالبيئة المصرية ومنها مقياس (Przyblski et al., 2013) ومقياس Franchina , et al., (2018) و مقياس Adams (2016) ومقياس Gioia et al., (2021) ومقياس Tandon et al., (2021)، مقياس رحاب يحيى & وصفاء أحمد (٢٠٢٢)؛ إلا أن أغلب هذه المقاييس منها ما هو معد في بيئة غير عربية ومنتشع بثقافة غربية ومنها ما هو معد على عينة غير عينة الدراسة الحالية.

٣- صياغة استبيان مفتوح يحمل سؤال "ما المظاهر التي تبدو على الفرد الذي يرتفع لديه الشعور بالفومو؟"؛ حيث تم عرض هذا الاستبيان على عينة من أمهات الاطفال ذوي الإعاقات ببعض المراكز بمحافظة المنيا والفيوم.

٤- تم تفرغ استجابات المشاركات وتحليلها بصفة كيفية وصياغة العبارات المكونة للصورة الأولية للمقياس والتي بلغ عدد عباراتها (٢٥ عبارة).

٥- تم صياغة (٢٥) عبارة مثلوا الصورة الأولية لمقياس كما وضع أمام كل عبارة خمس بدائل وهي موافق بشدة = ٥، موافق = ٤، محايد = ٣، غير موافق = ٢، غير موافق بشدة = ١

٦- تم عرض المقياس على (١٠) من أعضاء هيئة تدريس بمجال القياس النفسي والصحة النفسية لتحكيم، حيث نالت أغلب العبارات اتفاق المحكمين مع التوصية بإعادة صياغة بعض العبارات حتى تكون أكثر إجرائية عند تطبيقها.

٧- تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية بهدف التحقق من خصائص الصدق والثبات والتجانس لهذا المقياس. وذلك على النحو التالي:

ج- الخصائص السيكومترية للمقياس:

١- الاتساق الداخلي: تم إجراء الاتساق الداخلي للمقياس بهدف التحقق من تجانس عبارات المقياس، وكانت نتائج الاتساق الداخلي كما هي بالجدول التالي:

جدول (٢)

الاتساق الداخلي لعبارات مقياس الفومو

| رقم العبارة | قيمة معامل الارتباط | رقم العبارة | قيمة معامل الارتباط | رقم العبارة | قيمة معامل الارتباط |
|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|
| ١ | **٠.٥٥٧ | ١١ | **٠.٦٢٠ | ٢١ | **٠.٦٠٢ |
| ٢ | **٠.٦٨٥ | ١٢ | ٠.٥٩ | ٢٢ | ٠.٠٢٩ |
| ٣ | **٠.٥٠٧ | ١٣ | **٠.٥٧٦ | ٢٣ | **٠.٦٠٩ |
| ٤ | **٠.٦١٩ | ١٤ | **٠.٥٨٩ | ٢٤ | **٠.٤٢٩ |
| ٥ | ٠.٠٨٨ | ١٥ | ٠.٠٧٠ | ٢٥ | **٠.٤٩٣ |
| ٦ | **٠.٥٣٦ | ١٦ | **٠.٦١٤ | | |
| ٧ | ٠.٠٠٧ | ١٧ | **٠.٥٥٧ | | |
| ٨ | **٠.٥٩٥ | ١٨ | **٠.٥٩١ | | |
| ٩ | ٠.٠٣٣ | ١٩ | **٠.٥٢٧ | | |
| ١٠ | **٠.٤٢٠ | ٢٠ | ٠.٠٣٥ | | |

** جميع معاملات الارتباط دالة عند ٠.٠٠١.

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط دالة عند ٠.٠٠١، ومن ثم لم

يتم حذف أي مفردة من مفردات المقياس.

٢- صدق المقياس:

أ- الصدق العاملي (التحليل العاملي الاستكشافي): تم إجراء التحليل العاملي لبنود المقياس وعددها (٢٥) بنداً، وذلك باستخدام طريقة المكونات الأساسية، والتدوير المتعامد بطريقة

الفاريماكس باستخدام برنامج SPSS-25 وتم إتباع الخطوات التالية لاستخلاص عوامل المقياس:

- تم التحقق من اختبار مدى كفاية العينة لإجراءات عملية التحليل العاملي والمعروف **Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy**. وكانت قيمته ٠.٧٥٨، وهي قيمة داله عند مستوى دلالة ٠.٠١ وهذا يشير إلى كفاية العينة لإجراء التحليل العاملي.
- تم مراجعة قيم معاملات الشيوخ لكل بند من بنود المقياس والتأكد أن كافة قيم معاملات الشيوخ تتجاوز ٠.٥. وكانت كافة قيم معاملات الشيوخ أعلى من أو تساوي ٠.٥ فيما عدى البندين (٢٤) = ٠.٤١٦، والبند (٢٥) = ٠.٤٨٢، لذا تم حذف البندين (٢٤)، (٢٥) وتم إعادة التحليل مرة أخرى. ثم تم مراجعة قيم معاملات الشيوخ بعد حذف البندين وإعادة التحليل، وكانت كافة قيم معاملات الشيوخ تتجاوز أو تساوي ٠.٥. وذلك كما بالجدول التالي:

جدول (٣)
معاملات شيوخ مفردات مقياس الفومو

| Communalities | | |
|--------------------------------------------------|---------|------------|
| | Initial | Extraction |
| VAR00001 | 1.000 | .734 |
| VAR00002 | 1.000 | .716 |
| VAR00003 | 1.000 | .648 |
| VAR00004 | 1.000 | .696 |
| VAR00006 | 1.000 | .674 |
| VAR00008 | 1.000 | .651 |
| VAR000010 | 1.000 | .624 |
| VAR000011 | 1.000 | .787 |
| VAR000013 | 1.000 | .785 |
| VAR000014 | 1.000 | .648 |
| VAR000016 | 1.000 | .631 |
| VAR000017 | 1.000 | .685 |
| VAR000018 | 1.000 | .671 |
| VAR000019 | 1.000 | .648 |
| VAR000021 | 1.000 | .625 |
| VAR000023 | 1.000 | .692 |
| Extraction Method: Principal Component Analysis. | | |

- تم مراجعة قيم الخلايا القطرية خلال مصفوفة Anti-image Correlation والتأكد أن كافة قيم هذه الخلايا تتجاوز ٠.٥، وبالفعل كانت كافة قيم هذه الخلايا تتجاوز ٠.٥. كما تم مراجعة مصفوفة العوامل قبل التدوير، وتبين أن عوامل المقياس قبل التدوير بلغت (٤) عوامل فسرت ٤٠.٩٢٤% من قيم التباين بين درجات عينة التحليل. وذلك كما بالجدول التالي:

جدول (٤)
مصفوفة العوامل قبل التدوير

| Total Variance Explained | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|-------|---------------|--------------|-------------------------------------|---------------|--------------|
| Component | Initial Eigenvalues | | | | Extraction Sums of Squared Loadings | | |
| | | Total | % of Variance | Cumulative % | Total | % of Variance | Cumulative % |
| | | | | | | | |
| dimension0 | 1 | 7.289 | 21.440 | 21.440 | 7.289 | 21.440 | 21.440 |
| | 2 | 3.350 | 9.852 | 31.291 | 3.350 | 9.852 | 31.291 |
| | 3 | 1.729 | 5.085 | 36.376 | 1.729 | 5.085 | 36.376 |
| | 4 | 1.546 | 4.548 | 40.924 | 1.546 | 4.548 | 40.924 |

Extraction Method: Principal Component Analysis.

- تم مراجعة منحنى التشبعات لعوامل المقياس Scree Plot وقد تم تحديد عاملين واضحين بدرجة عالية، لذا تم التدوير علي عاملين، وقد تم استخدام محك كايزر والذي وضعه جوتمان Guttman، والذي يتطلب مراجعة الجذر الكامن للعوامل الناتجة علي أن تقبل العوامل التي يزيد جذرها الكامن عن الواحد الصحيح حيث تعد عوامل عامة؛ ومن ثم تقبل العوامل التي يتشبع عليها (٣) بنود على الأقل بحيث لا يقل تشبع البند بالعامل عن (٠.٣٥)، وبناءً على ذلك فقد تم تدوير المحاور بطريقة الفاريمكس (على عاملين وفق ما أظهره منحنى التشبعات) واختيرت نسبة (٠.٣٥) كحد ادني لدلالة المتغيرات علي العوامل أو العبارات وذلك علي المعايير التحكمية التالية: محك التشبع الجوهري للبند بالعامل ≥ 0.3 ، أن محك جوهري العامل ≥ 3 تشبعات جوهري للبند.
- تم مراجعة مصفوفة العوامل بعد التدوير للتأكد من أن جميع مفردات المقياس متشعبة على عامل من عوامل المقياس كما هو واضح بالمصفوفة التالية:

جدول (٥)
تشبهات مفردات مقياس الفومو على عوامله

| Rotated Component Matrixa | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|---|---|
| | Component | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VAR000014 | .734 | | | |
| VAR000016 | .704 | | | |
| VAR000017 | .659 | | | |
| VAR000021 | .650 | | | |
| VAR000001 | .611 | | | |
| VAR000002 | .595 | | | |
| VAR000003 | .483 | | | |
| VAR000023 | .478 | | | |
| VAR000010 | | .652 | | |
| VAR000011 | | .629 | | |
| VAR000013 | | .619 | | |
| VAR000004 | | .595 | | |
| VAR000006 | | .589 | | |
| VAR000008 | | .513 | | |
| VAR000018 | | | | |
| VAR000019 | | | | |
| Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. | | | | |

ويتضح من الجدول السابق أن البندين (١٨، ١٩) لم يتشبعوا على أي عامل من العاملين، ومن ثم يصبح عدد بنود المقياس ١٤ بند متشبعين على عاملين العامل الأول مكون من (٨) بنود، والعامل الثاني (٦) بنود. وقد استطاع الأربعة عوامل تفسير (٣١.٢٩١%) من نسبة التباين المشترك بين درجات أفراد العينة، وهذا يشير إلى معامل صدق مرضي. والعوامل موضحة في جدول التالي:

جدول (٦)
عوامل المقياس بعد التدوير

| العمل | مضمون العامل | نسبة التباين | الجذر الكامن | عدد المفردات | رقم العبارات |
|---------------|----------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------------|
| الأول | العامل المعرفي | ٢١.٤٤٠ | ٧.٢٨٩ | ٨ | ١٤، ٣، ٢، ١، ٢١، ١٧، ١٦، ٢٣ |
| الثاني | العامل السلوكي | ٩.٨٥٢ | ٣.٣٥٠ | ٦ | ١٠، ٨، ٦، ٤، ١٣، ١١ |
| مجموع التباين | | ٣١.٢٩١ | ١٤ مفردة | | |

وفيما يلي توضيح لهذه العوامل:

- العامل الأول: البعد المعرفي: تشبع هذا العامل بـ (٨) مفردات حققت جميعها محك كايترز للتشبع على العامل، وحيث أن جميع المفردات التي تشبع بها هذا العامل تعبر عن مجموعة الافكار والمعتقدات المثيرة للخوف من فقدان الشيء لدى عينة الدراسة، وقد تراوحت تشبعات مفردات هذا العامل ما بين (٠.٤٧٨ - ٠.٧٣٤) وذلك كما هو موضح بالجدول (٥).

- العامل الثاني: البعد السلوكي: تشبع هذا العامل بـ (٦) مفردات تعكس مجموعة الممارسات السلوكية التي يمارسه الفرد الذي يعاني من فقدان الشيء من عينة الدراسة، وقد تراوحت قيم تشبعات مفردات هذا العامل ما بين (٠.٥١٣ - ٠.٦٥٢) وذلك كما هو موضح بالجدول (٦).

٢- الصدق البنائي للمقياس (التحليل العاملي التوكيدي). (CFA)

تتمثل أهمية التحليل العاملي التوكيدي في اختبار صحة الفروض حول العلاقات بين المتغيرات الكامنة، والمتغيرات المقاسة، كما يتم من خلاله التأكد من الصدق البنائي للمقياس، لذلك استخدم الباحثان هذا النوع من الصدق للتحقق من مدى ملائمة البناء العاملي المفترض لمتغير الفومو والذي حصل عليه الباحثان بعد نتائج التحليل العاملي الاستكشافي، وللتحقق من صدق هذا النموذج استخدم الباحثان برنامج النموذج البنائي بمعادلاته المختلفة والمعروف باسم (AMOS-V25) للتأكد من جودة ملائمة نموذج البيانات المفترض التي حصل عليها الباحثان من نتائج التحليل العاملي الاستكشافي، وهل بارميترات (متغيرات) النموذج تحقق جودة حسن المطابقة للنموذج الصفري أم لا، وبإخضاع النموذج للتحليل العاملي التوكيدي باستخدام البرنامج الإحصائي (AMOS-V25)

وباستخدام طريقة أقصى احتمال (ML) كانت مؤشرات جودة المطابقة من خلال التطبيق على عينة قوامها (١٥٢) من عينة الدراسة على النحو الموضح بالجدول التالي :

جدول (٧)

مؤشرات جودة المطابقة للنموذج المفترض لمقياس الفومو

| م | مؤشرات حسن المطابقة | رمز المؤشر | قيمة المؤشر |
|---|----------------------------------------------|------------|-------------|
| ١ | النسبة بين كا ^٢ /درجة الحرية (df) | K2(X2)/df | ١.٠٢٣ |
| ٢ | مؤشر المطابقة المقارنة | CFA | ٠.٩٩٨ |
| ٣ | مؤشر حسن المطابقة | GFA | ٠.٩٩٩ |
| ٤ | مؤشر حسن المطابقة المعدل | AGFI | ١ |
| ٥ | مؤشر المطابقة المعيارية | NFI | ٠.٩٩٧ |
| ٦ | مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي. | RMSEA | ٠.٠٠٥ |
| ٧ | مؤشر توكر لويس | TLI | ٠.٩٩٧ |
| ٨ | مؤشر المطابقة المتزايد | IFI | ٠.٩٩٨ |

ومن ثم إذا حقق النموذج المفترض مؤشرات جودة المطابقة المقبولة فإنه يمكن الحكم على صدق عباراته أو صدق أبعاده في حالة التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية، وذلك في ضوء الأوزان الانحدارية المعيارية والتي تعرف بمعاملات الصدق أو التشبع على المتغير الكامن وهنا يمكن تحديد قيمة معينة يتم رفض التشبعات التي تقل عنها (٠.٣ أو ٠.٤) وكذلك يمكن الحكم على صدق العبارات في ضوء النسبة الحرجة وتشير إلى دلالة الفرق بين تأثير العبارة (الوزن الانحداري) والتأثير الصفري.

٣- صدق المقارنة الطرفية: تم استخدام اختبار (ت) لاختبار دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى والإرباعي الأدنى والمقارنة بين نتائج المجموعتين، ويوضح الجدول الآتي نتائج هذه المقارنة:

جدول (٨)

الصدق التمييزي لمقياس الفومو

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | قيمة (ت) | الانحراف المعياري (ع) | المتوسط الحسابي (م) | العدد (ن) | البيانات المجموعة |
|---------------|-------------|----------|-----------------------|---------------------|-----------|-------------------|
| ٠.٠١ | ٨٠ | ٢١.٦٥ | ٦.٣٧ | ٨٧.١ | ٤١ | مرتفعي الفومو |
| | | | ٣.٦٣ | ٥٤.٥ | ٤٠ | منخفضي الفومو |

يتضح من النتائج الموضحة بالجدول السابق أن للمقياس قوة تمييزية بين مرتفعي الفومو ومنخفضي الفومو عند مستوى دلالة ٠.٠١، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بصدق تمييزي مرتفع.

ب- ثبات المقياس:

١- الثبات بمعامل ألفا كرونباخ: تم حساب الثبات بمعادلة كرونباخ والتي نطلق عليها أسم معامل ألفا كرونباخ Alpha ، وقد تبين أن معامل ثبات ألفا للمقياس ككل (٠.٧٧٨) وهو معامل ثبات مرتفع . علاوة على أنه قد تم مراجعة نتائج قيمة ألفا بعد حذف العبارات وقد تبين أن جميعها كانت ضعيفة مقارنة بقيمة ألفا الكلية مما يشير إلى ثبات مفردات المقياس.

٢- الثبات بالتجزئة النصفية: تم حساب معامل الارتباط بين جزئي المقياس ككل (أحد الجزئين تضمن المفردات ذات الأرقام الفردية، والأخر ذات الأرقام الزوجية)، وكان معامل الارتباط بين جزئي المقياس قبل التصحيح (٠.٦٤٩)، وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان Speirman كانت قيمة معامل الثبات في حالة عدم تساوي الجزئين (٠.٧١٩) وهو دال عند مستوى ٠.٠٠١، ومعامل التصحيح باستخدام معادلة جتمان Getman في حالة عدم التساوي (٠.٧١٩)، وجميعها تشير إلى معامل ثبات مرتفع.

-مقياس قلق الموت لدى أمهات الاطفال ذوي الاعاقات : (إعداد: الباحثان) :

١- الهدف من المقياس: تم إعداد هذا المقياس بهدف وجود أداة قياس يمكن من خلالها تحديد درجة قلق الموت لدعينة من أمهات الأطفال ذوي الاعاقات والتحقق من مدى اختلاف مظاهر قلق الموت لدى تلك العينة عن غيرها من العينات الأخرى.

٢- خطوات إعداد المقياس في صورته الآلية:

- الاطلاع على بعض الأطر النظرية والبعض من البحوث والدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت قلق الموت لدى أمهات ذوي الإعاقات وذلك كما جاء في الإطار النظري للدراسة.

- الاطلاع على البعض من المقاييس العربية والأجنبية المعدة لقياس قلق الموت لدى عينات من أمهات الاطفال ذوي الاعاقات أو بعض الفئات الأخرى كمقياس قلق الموت لليستر (Lester, 1990)، ومقياس قلق الموت (إعداد: أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٦)، ومقياس

قلق الموت تمبلر وآخرين (Templer et al., 2006) ، مقياس زينب محمود شقير (٢٠٠٢) ، مقياس محمد إبراهيم عيد (١٩٩٣) ، ومقياس بشير معمرية (٢٠٠٧) ، مقياس سميرة محمد إبراهيم (٢٠٠٢).

- تم صياغة الصورة الأولية للمقياس بحيث يتم تغطية كافة مكونات القلق بصفة عامة ومظاهر قلق الموت لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الاعاقات ، حيث تم عمل بعض المقابلات مع بعض الأساتذة المتخصصين وكذلك مع عينة من أمهات الأطفال ذوي

الاعاقات وتم توجيه سؤال جوهري لهم تمثل في: "ما المظاهر التي تبدو على الشخص الذي يعاني من اضطراب قلق الموت؟".

بعد صياغة عبارات الصورة الأولية للمقياس تم وضع خمس بدائل أمام كل عبارة من عبارات المقياس والمكونة من (٥٥) مفردة، وهذه البدائل هي: موافق بشدة = ٥، موافق = ٤، محايد = ٣، غير موافق = ٢، غير موافق بشدة = ١.

- تم التحقق من الخصائص السيكومترية (الاتساق الداخلي-الصدق - الثبات) لمقياس قلق الموت على النحو الآتي:

(أ) الاتساق الداخلي للمقياس: تم حساب الاتساق الداخلي لعبارات المقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس، والدرجة الكلية للمقياس، وكانت نتائج الاتساق الداخلي لعبارات المقياس كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (٩)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات مقياس قلق الموت والدرجة الكلية للمقياس

| رقم المفردة | معامل الارتباط | رقم المفردة | معامل الارتباط | رقم المفردة | معامل الارتباط | رقم المفردة | معامل الارتباط | رقم المفردة | معامل الارتباط |
|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| ١ | ٠.٠٠٢ | ١١ | **٠.٧٠٥ | ٢١ | **٠.٦٨٧ | ٣١ | **٠.٦٠٥ | ٤١ | **٠.٦٧٤ |
| ٢ | **٠.٦٩٠ | ١٢ | **٠.٧٨٥ | ٢٢ | **٠.٧٠٧ | ٣٢ | ٠.٠٣ | ٤٢ | **٠.٦١٠ |
| ٣ | **٠.٧٥٥ | ١٣ | ٠.٠١٩ | ٢٣ | ٠.٠٨ | ٣٣ | **٠.٦٣٠ | ٤٣ | **٠.٥٧١ |
| ٤ | **٠.٧٦١ | ١٤ | **٠.٦٩٢ | ٢٤ | **٠.٦٧٤ | ٣٤ | **٠.٦٣٢ | ٤٤ | **٠.٥٣٩ |
| ٥ | ٠.٠٦ | ١٥ | **٠.٦٩٠ | ٢٥ | **٠.٨٠٦ | ٣٥ | **٠.٦٣٧ | ٤٥ | **٠.٦٣١ |
| ٦ | ٠.٠٤٨ | ١٦ | **٠.٧٦٠ | ٢٦ | **٠.٧١٦ | ٣٦ | **٠.٦٢٢ | ٤٦ | **٠.٥٣٧ |
| ٧ | **٠.٦٦٢ | ١٧ | **٠.٧٦١ | ٢٧ | **٠.٥٠١ | ٣٧ | **٠.٦٩٤ | ٤٧ | ٠.٠٢ |
| ٨ | **٠.٥٩٩ | ١٨ | ٠.٠٢٣ | ٢٨ | ٠.٠٨٥ | ٣٨ | **٠.٦٢٠ | ٤٨ | **٠.٥١٨ |
| ٩ | **٠.٦٦٧ | ١٩ | ٠.٠١٤ | ٢٩ | **٠.٨٦٤ | ٣٩ | **٠.٦٢٣ | ٤٩ | **٠.٥٨٧ |
| ١٠ | **٠.٥٨٢ | ٢٠ | **٠.٨٦٦ | ٣٠ | **٠.٨١٧ | ٤٠ | | ٥٠ | **٠.٨٩١ |

** مفردات دالة عند مستوى (٠.٠١).

يتضح من جدول (٩) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات مقياس قلق الموت، والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى (٠.٠١) مما يدل على صدق مفردات المقياس فيما عدا مجموعة من العبارات التي لم يرتقي معامل الارتباط بينها وبين الدرجة

الكلية للمقياس إلى مستوى الدلالة وهذه العبارات هي: (١، ٥، ٦، ١٣، ١٨، ١٩، ٢٣، ٣٢، ٤٧).

(ب) صدق المقياس: لحساب صدق المقياس تم استخدام صدق المحكمين، وصدق المحك، وفيما يلي توضيح ذلك:

- صدق المحكمين: تم عرض المقياس في صورته الأولى (٥٥ عبارة) على مجموعة من السادة المحكمين بلغ عددهم عشرة مُحكمين من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس ببعض الجامعات المصرية؛ وذلك بهدف إبداء الرأي في عبارات المقياس وللحكم على المقياس ككل ، وعلى مدى مناسبه ومدى وضوح عباراته لعينة الدراسة، والحكم على دقة الصياغة، واقتراح التعديلات اللازمة، وكانت نسب اتفاق السادة المحكمين على عبارات المقياس لا تقل عن (٨٠%) في جميع العبارات المكونة للصورة الأولى للمقياس (٥٠ عبارة)، عدا خمس عبارات كانت نسبة اتفاق السادة المحكمين عليهاً أقل من (٨٠%)؛ لذا قام الباحث باستبعادهنّ من المقياس ليصبح عدد عبارات المقياس بعد التحكيم (٥٠) عبارة تم اخضاعهم للتحقق من الاتساق الداخلي لهم كما هو موضح بالجدول (٩).
- صدق ارتباط المحك: قام الباحثان بحساب الصدق بطريقة المحك، وذلك بتطبيق مقياس قلق الموت (إعداد: زينب شقير، ٢٠٠٢) على العينة الاستطلاعية، وحساب معامل الارتباط بين درجات عينة الدراسة على مقياس قلق الموت (إعداد الباحثان)، ودرجاتهم على مقياس قلق الموت (إعداد: زينب شقير، ٢٠٠٢)، وكانت قيمة معامل الارتباط (٠.٦٩١)، وهي قيمة دالة عند مستوى ٠.٠٠١؛ مما يدل على تمتع المقياس بدرجة مرضية من الصدق.

(ج) ثبات المقياس: تم حساب معامل الثبات على عينة الدراسة الاستطلاعية التي بلغ عددها (١٥٢) من أمهات الاطفال ذوي الاعاقات ببعض مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بمحافظة الفيوم والمنيا وقد استخدم طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية وذلك بعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان Spearman، ومعادلة جتمان Guttman باستخدام برنامج (SPSS. 25) على النحو الآتي:

- طريقة ألفا كرونباخ: تم حساب معامل الثبات للمقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، باستخدام برنامج التحليل الإحصائي للبيانات

(SPSS.25)، وتم الحصول على معامل ثبات (٠.٧٧٠) للدرجة الكلية وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية، تجعلنا نطمئن إلى استخدامه كأداة للقياس في هذه الدراسة.

• طريقة التجزئة النصفية: تعتمد تلك الطريقة في حساب معامل الثبات على حساب قيمة معامل الارتباط بين درجات نصفى المقياس، حيث تمّ تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، يتضمن القسم الأول درجات عينة الدراسة على عبارات المقياس التي تحمل الارقام الفردية، ويتضمن القسم الثانى درجات عينة الدراسة على العبارات التي تحمل الارقام الزوجية، ثمّ حساب معامل الارتباط بينهما، وتم الوصول إلى أن معامل ثبات مقياس قلق الموت يساوى (٠.٧٦٣)، وهو معامل ثبات يشير إلى أن المقياس على درجة عالية من الثبات، وهو يعطى درجة من الثقة عند استخدام مقياس قلق الموت كأداة للقياس فى البحث الحالى، وهذا يعد مؤشراً على أن مقياس قلق الموت يمكن أن يعطى نفس النتائج إذا ما أعيد تطبيقه على العينة وفى ظروف التطبيق نفسها.

- البرنامج العلاجي المقترح القائم على نموذج العلاج المرتكز على الحول (إعداد: الباحثان):

أ- أهداف البرنامج: هدف البرنامج إلى خفض القومو لدى عينة من أمهات الاطفال ذوي الاعاقات، والذي على غراره يحدث خفض في درجة قلق الموت لديهن.

هذا وينبثق من هذا الهدف بعض الأهداف الفرعية منها :

- ١- تدريب المجموعة التجريبية على كيفية مراقبة ورصد أفكارهم وتحديدتها تحديداً دقيقاً.
- ٢- تدريب المجموعة التجريبية على كيفية تقييم أفكارهم في مواقف الحياة المختلفة.
- ٣- مساعدة المجموعة التجريبية على ممارسة الفنيات العلاجية بالبرنامج في التخلص من مشكلة القومو لديهم.
- ٤- مساعدة المجموعة التجريبية فى تبني رؤية جديدة في الحياة بعد الاستبصار بمشكلاتهم والقدرة على تقييم ذواتهن والآخرين ومحيطهم الاجتماعي.
- ٥- مساعدة المجموعة العلاجية على التخلص من أفكارهم السلبية المتعلقة بالتوقعات السلبية نحو الذات.
- ٦- تدريب المجموعة التجريبية على الاسترخاء في المواقف الحياتية المختلفة.

٧- تدريب المجموعة التجريبية على تبني سلوكيات جديدة تسهم في زيادة التقبل للوضع الراهن وكذلك التكيف النفسي والاجتماعي.

ب- الأسس النظرية ومصادر البرنامج: يقوم هذا البرنامج على فلسفة نظرية العلاج النفسي قصير المدى ، ومؤداه أن التعاون بين المعالج والعميل في تحديد المشكلة وصياغة الأهداف العلاجية هو أساس العملية العلاجية؛ فالعملاء هم أشخاص أسوياء قادرين على المساهمة في تحديد احتياجاتهم وأهدافهم العلاجية. علاوة على أن عدم الاستغراق في البحث عن الأعراض المرضية أو العوامل التي ساهمت في نشأتها والتوجه مباشرة نحو الحلول الممكنة التي قد تساهم في القضاء على المشكلة أو التخفيف من حدتها أو التكيف مع إفرازاتها، ومن ثم فإن تنفيذ المهام في أقصر وقت ممكن بحيث يتيح للمعالج الوصول إلى أكبر قدر ممكن من العملاء ، فمن الصعب القضاء على المشكلة بصورة نهائية على اعتبار أن المشكلات قد تكون جزء من حياة الإنسان، فهو يحاول تطوير معان أو طرق جديدة للنظر إلى المشكلة، وبذلك قد يستطيع العملاء في كثير من الأحيان الوصول إلى حلول تناسب مشكلاتهم حينما ترتفع لديهم الروح المعنوية (De Shazer, et al; 2021, 23-25).

ج- الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج : تم الاعتماد على بعض الفنيات التي خضع أفراد المجموعة التجريبية للتدريب عليها؛ كما استخدام بعض الفنيات المساعدة التي أسهمت في إكتساب أفراد المجموعة التجريبية سلوكيات تكيفية جديدة ساعدت في ترسيخ التدريب على الفنيات العلاجية الاساسية ، علاوة على استخدام بعض الاساليب المساعدة في تطبيق تدريبات وفنيات البرنامج خلال الجلسات (جدول ١٠ يوضح ملخص الجلسات والفنيات والاساليب التي تم استخدامها بجلسات البرنامج).

د- مدة البرنامج : اشتمل البرنامج الراهن على عدد (١٦) جلسة تراوحت مدة كل جلسة من ساعة إلى ساعتان بواقع جلستين أسبوعياً، حيث اتبع الأسلوب الجماعي في تطبيق جلسات البرنامج علاوة على تطبيق بعض الجلسات الفردية، بهدف إتاحة الفرصة لكل لأفراد المجموعة التجريبية التعبير بحرية عن مشاعره وأحاسيسه التي قد يخجلن من الإفصاح عنها داخل المجموعة التجريبية.

هـ - الأنشطة التي يتضمنها البرنامج: تضمن البرنامج بعض الأنشطة: الترويحية، والفنية، والقصصية، والتمثيلية، والثقافية، والألعاب التربوية التي تراعى ميول واهتمامات واستعدادات وخبرات أفراد العينة حتى يشعروا بأهميتها، وأن لها وظيفة في واقع حياتهم.

و- الأدوات المستخدمة في البرنامج: تم الاستعانة بالأدوات والوسائل التالية في تنفيذ البرنامج:

- الكمبيوتر المحمول (لاب توب) لعرض العروض التقديمية لموضوع الجلسات.

- السبورة والأقلام الملونة.

- ملصقات لعرض بعض النماذج..

- مطويات حول بعض التدريبات للاستعانة بها في المنزل.

- نماذج تقييم الجلسات من قبل كل من الباحث وأفراد المجموعة التجريبية.

ز- تنفيذ البرنامج: تم التنسيق مع الجهات المعنية لضمان نجاح البرنامج؛ كالموافقة على التطبيق ، وذلك من خلال أخذ الموافقات الإدارية على تنفيذه؛ وتم تنفيذ البرنامج من خلال المراحل الآتية:

- مرحلة ما قبل التدخل والتمهيد للبدأ في البرنامج العلاجي.

- مرحلة التدخل لتدريب المشاركين على الفنيات العلاجي.

- مرحلة إنهاء التدخل والتدريب على ممارسة سلوكيات أكثر تكيفاً.

- مرحلة ما بعد التدخل والمتابعة العلاجية.

ح- الأساليب المستخدمة في تنفيذ البرنامج: تم الاعتماد في تنفيذ جلسات البرنامج على الأساليب الآتية: أسلوب المحاضرة، أسلوب المناقشة الجماعية، العصف الذهني، فكر - شارك- زواج، التغذية الراجعة، الواجبات المنزلية.

ط- الفنيات المستخدمة بالبرنامج :

يشير كل من (Wettersten, 2000, 30-32; Rees,2005,70-73;)

Nicholas, 2015, 210-214;Ogunsakin, 2015,25 ، الزهراء مهني عراقي ،

(٢٠٢٢) إلى وجود مجموعة من الفنيات التي تستخدم في هذا المنحى العلاجي، والتي منها:

- السؤال المعجزة: عادةً ما يُطرح السؤال المعجزة خلال الجلسة الأولى، وهو عبارة عن تقنية تهدف إلى بناء جسر من التوافق مع العميل أو المشكلة والحل. على الرغم من وجود اختلافات عامة، إلا أن السؤال الذي يتأهب عادة ما يكون قريباً مما يلي: "إذا عدت إلى المنزل هذا المساء، وذهبت إلى النوم، وأثناء نومك حدثت معجزة وذهبت المشكلة التي أتت بك إلى هنا للحصول على المساعدة، هل ستكون حالتك مختلفة عندما تستيقظ في صباح اليوم التالي؟". تتم متابعة هذا السؤال بشكل متكرر مع الأسئلة ذات الصلة التي توفر مزيداً من التفاصيل حول ما ستكون عليه المعجزة، وأسئلة الاستثناء التي تبحث عن الأوقات التي ربما حدثت فيها المعجزة كلها أو جزء منها بالفعل.
- أسئلة الاستثناء الاستقصائي: من الافتراضات الهامة لنهج العلاج المختصر المرتكز على الحل هو أن الأشخاص في حالة مستمرة من التدفق. وبالتالي، فإن مشاكل الأفراد هي أيضاً في حالة تغير مستمرة، فالغرض من أسئلة الاستثناء الاستقصائي هي المساعدة في تحديد الأوقات التي تكون فيها مشكلة العميل أقل أو قد لا تكون على الإطلاق، واستكشاف ما هو مختلف عن تلك الأوقات من خلال القيام بذلك، ينخرط العميل والمعالج بنشاط في بناء الحلول كما هو الحال مع السؤال المعجزة، وتتبع أسئلة استقصاء الاستثناء بأسئلة تؤكد على التفاصيل.
- أسئلة القياس: يتم استخدام أسئلة القياس في العلاج المختصر المرتكز على الحل لتزويد المعالجين والعملاء بمواصلة لغوية مشتركة لتعبير العملاء عن تجاربهم الذاتية والتقدم نحو الأهداف.
- أسئلة التأقلم: وتسعى إلى إبراز الموارد التي يستخدمها العملاء بالفعل للتعامل مع مشكلاتهم. يتم استخدام هذه الأسئلة مع العملاء كوسيلة لتحديد نقاط قوتهم ومرونتهم وإبداعهم من خلال التركيز على الإيجابيات، بدلاً من المشاكل. على سبيل المثال، قد يطلب معالج العلاج المختصر المرتكز على الحل من العملاء الذين يعانون من الاكتئاب الشديد كيف تمكنوا من الوصول إلى الجلسة ومتابعة الأسئلة التي تتطلب من العملاء توضيح الموارد الشخصية التي حددها للتو.

• المجالات ورسالة التدخل : والهدف منها قيام المعالج بإبراز نقطة قوة أو أكثر أو موارد الشخصية التي حددها العميل خلال الـ ٤٥ دقيقة الماضية و يتم تقديم هذه القوة أو الموارد الشخصية للعميل في شكل مجاملة بعد تقديم المجاملة، يوفر المعالج جسراً بين رسالة التدخل والمديح ويعرض أخيراً رسالة التدخل نفسها و تتكون رسالة التدخل من مهمة أو واجب منزلي متعلق بالإطراء وبالهدف المحدد كجزء من تمرين الهدف المحدد جيداً.

• تساؤلات العلاقة: ويستخدمها المعالج للتعرف على الأفراد الذين يساندون العميل في التغلب على المشكلات التي يواجهها.

• الجوائز : وتتمثل في قيام المعالج بمنح الجوائز والثناء للعملاء عندما يحرزون تقدماً في علاجهم حيث يمكن أن يشجعهم ذلك على القيام بمزيد من الثناء والثقة بالنفس واستعادة ثقتهم بأنفسهم، كما أنه يضمن للعملاء أن المعالجين مهتمون حقاً بتقدمهم. فالجوائز تبني الثقة وتعزز جلسات العلاج كجهد جماعي يعمل فيه الجميع من أجل النصر والنجاح.

ك- إجراءات تقييم البرنامج: تم إتباع الإجراءات الآتية في تقييم البرنامج:

١- التقييم البنائي: ويتمثل في تقييم البرنامج أثناء تنفيذه من خلال تحديد مدى نجاح جلسات البرنامج في تحقيق أهدافها، ومدى استجابة أفراد المجموعة التجريبية وتفاعلهم أثناء الجلسات، ومدى التحسن الذي يطرأ على سلوكياتهم، وتعبيرهم عن مدى استفادتهم من حضور الجلسات في عملية التقييم البنائي لجلسات البرنامج وهي:

• متابعة مدى انتظام أفراد المجموعة التجريبية في حضور الجلسات باستخدام كشف الحضور والغياب.

• متابعة مدى التزام أفراد المجموعة التجريبية بأداء الواجبات المنزلية من خلال تخصيص (١٥) دقيقة في بداية كل جلسة لمناقشة الواجبات المنزلية السابقة.

• ملاحظة مدى التقييم الإيجابي لأفراد المجموعة التربوية لأنفسهن أثناء جلسات البرنامج.

• تم تقييم الجلسة من خلال نموذج تقويم الجلسة (إعداد: الباحثان) بعد

الانتهاء من كل جلسة للوقوف على مدى تحقق أهداف الجلسة، وتحديد ملاحظاته على مشاركة أفراد المجموعة التجريبية أثناء التنفيذ.

- طلب من أفراد المجموعة التجريبية تحديد مدى استفادتهم من المشاركة فى الجلسات من خلال الإجابة على نموذج تقويم الجلسات من قبل أفراد المجموعة العلاجية بعد انتهاء كل جلسة، وكذلك إشعار أفراد المجموعة العلاجية بأهمية آرائهم ومقترحاتهم والصعوبات والمشكلات التي واجهتهم أثناء متابعة الحضور، مما يزيد من إقبالهم على حضور الجلسات والاستفادة منها.

٢- التقييم النهائى: ويتضمن تقييم البرنامج بعد الانتهاء من تنفيذه والحكم على فعاليته فى تحقيق الهدف العام، وذلك من خلال ما يلى:

(١) طلب من أفراد المجموعة التجريبية الإجابة على استمارة تقويم البرنامج، وذلك فى نهاية الجلسة الأخيرة.

(٢) التطبيق البعدى لمقاييس الدراسة على أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج.

٣- التقييم التبعى: ويتضمن تقييم مدى استمرار فعالية البرنامج عن طريق إعادة القياس على أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة المتابعة وقدرها شهرين ونصف، وحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجاتهم فى التطبيق البعدى والتبعى على مقاييس الدراسة.

م- ملخص محتوى جلسات البرنامج: الجدول التالي يتضمن ملخص جلسات البرنامج العلاجي المقترح القائم على فنيات نموذج العلاج المختصر المرتكز على الحلول:

جدول (١٠)
ملخص جلسات البرنامج العلاجي المقترح

| رقم الجلسة | عنوان الجلسة | أهداف الجلسة | نوع الجلسة | الأساليب والفنيات المستخدمة بالجلسة |
|------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------|
| ١ | التمهيد | - التمهيد لتطبيق البرنامج وتوقيع التعاقد الإرشادي | فردى | المناقشة |
| ٢ | التعارف | - التعارف بين أعضاء المجموعة الإرشادية وبعضهم البعض. | جماعى | الحوار والمناقشة |
| ٣ | مشكلة الفومو | - التعرف على مشكلة الفومو. - تحديد مسببات مشكلة الفومو. - تحديد مخاطر مشكلة الفومو | جماعى | المحاضرة المناقشة العصف الذهنى |
| ٤ | نموذج قائم على الحل | - شرح نموذج الإرشاد المرتكز على الحل ومعرفة دور كل من المعالج والمسترشد. | جماعى | المحاضرة المناقشة العصف الذهنى |
| ٥ | من أنت؟ | - استجابة المشاركات على استبيان لتحديد مشاعرهم نحو الأشياء الفاتنة بالنسبة لهم. - مناقشة المشاركات في الأشياء التس ذكروها. - طرح المشاركين رؤية عن ذواتهن لمساعدتهن في تحديد النقاط الإيجابية بشخصياتهن. | جماعى | العصف الذهنى فنية السؤال المعجزة المناقشة |
| ٦ | لماذا أنت؟ | - تحديد معنى الحياة. - تحديد فلسفة الوجود. - التدريب على الوجود الفعال في الحياة في ظل التركيز على ماهو إيجابى في شخصية المشاركة وتجاهل ما يخص الآخرين | جماعى | المناقشة فنية أسئلة الاستثناء الاستقصائى المحاضرة |
| ٧ | ما مشكلاتك؟ | - إعداد قائمة بالمشكلات اليومية المرتبطة بالفومو. - تحديد القواسم المشتركة في المشكلات الحياتية. - طرح حلول واتخاذ القرار في مواجهة المشكلات | جماعى | المناقشة فنية أسئلة القياس العصف الذهنى |
| ٨ | كيف نواجه الضغوط؟ | - تعرف على الضغوط التي تدفع للشعور بالفومو - تحديد اشكال الضغوط التي يتم التعرض لها يوميا. - التدريب على استراتيجيات مواجهة الضغوط. | جماعى | المحاضرة فنية أسئلة التأقلم العصف الذهنى |
| ٩ | نعم نستطيع | - التدريب على كشف الذات . - التدريب على التعزيز الذاتى. - فهم مقومات مفهوم الذات الناجح في التغلب على مظهر مشكلة الفومو | فردى | المناقشة الحوار فنية المجاملات ورسالة التدخل |
| ١٠ | | | | |

| | | | | |
|--------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|
| فنية الاسترخاء | فردى | التدريب على الاسترخاء الذهني | كيف تسترخي؟ | ١١ |
| | | التدريب على الاسترخاء العضلي | | ١٢ |
| السيكودراما تساؤلات العلاقة المناقشة | جماعى | تعرف المشاركات على مقومات العلاقات الاجتماعية الناجحة دون الانغماس في أشياء لا تخص المشاركة. | أنت والآخرين | ١٣ |
| العصف الذهني المناقشة فنية الجوائز | جماعى | - تحديد مفهوم النجاح في حل المشكلة. - تحديد مقومات النجاح الشخصي في ظل التخلص من سلوكيات الفومو. | مقومات النجاح | ١٤ |
| المناقشة والحوار | جماعى | ختام البرنامج والتطبيق البعدي | التطبيق البعدي | ١٥ |
| المناقشة والحوار | فردى | التطبيق التتبعي للبرنامج | التطبيق التتبعي (بعد مرور شهرين ونصف) | ١٦ |

هذا وقد روعي أثناء تطبيق جلسات البرنامج الالتزام بهذه الفنيات حتى يستطيع عزو التأثير الحادث للمجموعة التجريبية إلى مجموعة الفنيات العلاجية بالبرنامج .

- مقياس المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٤).

يعد مقياس المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة واحد من المقاييس التي استخدمت في العديد من البحوث والدراسات العربية ، حيث يتكون المقياس من ثلاث أبعاد وهم :

- ١- بُعد الوظيفية أو المهنة (للجنسين): ويتضمن (تسعة مستويات).
- ٢- بُعد مستوي التعليم (للجنسين): ويتضمن (ثمانية مستويات).
- ٣- بُعد متوسط دخل الفرد في الشهر (للجنسين): ويتضمن سبع فئات (مستويات).

وقد تم استخدام المعادلة التنبؤية التالية في حساب المستوي الاجتماعي والاقتصادي :

$$ص = أ + ب١س١ + ب٢س٢ + ب٣س٣ + ب٤س٤ + ب٥س٥$$

حيث تشير (ص) إلى المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، و(أ) إلى القيمة الثابت العام والذي يبلغ ٠٠٠٧٣، بينما تمثل (ب) قيم معاملات الانحدار وهي على التوالي (٠٠٢٦٤، ٠٠٢٨٤، ٠٠١٠٢، ٠٠١٦٠، ٠٠١٢٥) وتمثل (س) متوسط دخل الفرد في الشهر، و(س٢) درجة وظيفة رب الأسرة، (س٣) مستوي تعليم رب الأسرة، (س٤) درجة وظيفة ربة الأسرة، (س٥) مستوي تعليم ربة الأسرة، وبتطبيق المعادلة يمكن الحصول على سبع مستويات وهم : منخفض جداً، منخفض، دون المتوسط، متوسط، فوق المتوسط، مرتفع، مرتفع جداً.

- اختبار تكلمة الجمل (SSCT) (إعداد جوزيف ساكس ، تعريب : إيمان فوزي شاهين، ٢٠٠٩) :

هو عبارة عن إختبار إسقاطي يعتمد على تقديم مثيرات من خلال جمل تتصف بطابع الغموض و بحيث تتيح هذه المثيرات للحالة إسقاط محتويات اللاشعور على مادة الإختبار ومن خلال تفسير استجاباتها تتكشف ديناميات شخصيتها بما تتميز به من رغبات ومخاوف أوصراعات. ويتكون الإختبار في جملته من ٦٠ جملة ناقصة تغطي ١٥ اتجاهاً مدرجة بأربعة جوانب رئيسة للشخصية هي الأسرة ،العلاقات الإجتماعية،الحياة الجنسية،وديناميات الشخصية ، يتم تصحيح الاختبار في ضوء الأسلوب المحدد من قبل مُعدة الإختبار بما يوفره أسلوبها من الوصول لنتائج تمكن الباحثان من الوصول إلى دلالات تكشف عن شخصية الحالة وبنائها النفسي.

- نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها :

- نتائج الفرض الأول: ونصه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الخوف من فوات الشيء (الفومو) لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الخوف من فوات الشيء (الفومو) والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول (١١)

نتائج اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الخوف من فوات شيء ما (فومو) (ن=١٠)

| المجموعات | القياس | الرتب | ن | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---------------|----------------|-----------|----|-------------|-------------|--------|---------------|
| الدرجة الكلية | البعدي- القبلي | الموجبة | ٠ | صفر | صفر | ٢.٨١٤- | ٠.٠٥ |
| | | السالبة | ١٠ | ٥.٥ | ٥٥ | | |
| | | المتعادلة | ٠ | - | - | | |

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الخوف من فوات الشيء (الفومو) في اتجاه القياس البعدي؛ حيث أنخفضت درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي بعد تعرضهم للبرنامج العلاجي، وحيث أن مجموع رتب الفروق الموجبة (١T) تساوي (صفر)، ومجموع رتب الفروق السالبة (٢T) تساوي (٥٥) وبأخذ قيمة (T) الصغرى وهي (١T) ومقارنتها بالقيمة الحرجة الجدولية عند (ن) (عدد الأزواج بعد

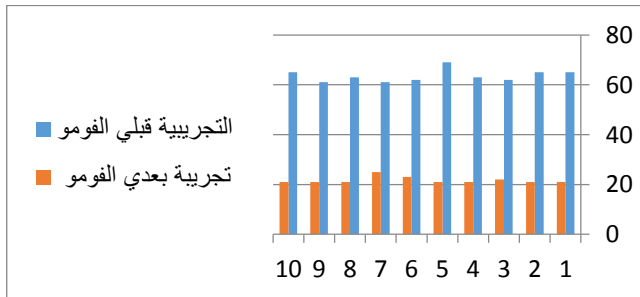
استبعاد الأزواج التي لها فروق متعادلة إن وجدت) = ١٠ ومستوى دلالة ٠,٠٥ وقيمتها (١٠)؛ نجد أن (T) المحسوبة أقل من (T) الجدولية، وقيمة (Z) للدرجة الكلية للمقياس تساوي (-٢.٨١٤) وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠٥ كما نجد أن كافة قيم (Z) على الأبعاد الفرعية دالة أيضاً عند مستوى ٠,٠٥ مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي وبهذا يكون قد تحقق الفرض.

ولحساب حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج العلاجي في أفراد المجموعة العلاجية باعتباره المتغير المستقل في المتغير التابع، تم حساب حجم التأثير باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة من خلال المعادلة التالية:

$$4(T)$$

$$r = \frac{4(T)}{n(n-1)} - 1$$

بالتعويض في المعادلة السابقة نجد أن قيمة (r) = ١- والإشارة السالبة تشير أن جميع الفروق في الدرجات كانت ذات إشارة سالبة حيث كانت درجات الأفراد في المقياس القبلي مرتفعة على مقياس الفومو وانخفضت تلك الدرجات في المقياس البعدي بعد تعرضهم للبرنامج العلاجي؛ ومن ثم تشير هذه القيمة إلى وجود تأثير قوي للمتغير المستقل (البرنامج) المتعرض له أفراد المجموعة التجريبية) على المتغير التابع حيث انخفضت درجات جميع الأفراد بعد البرنامج عما كانت عليه من قبل انخفاض ملحوظ. ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الفومو:



شكل (١) يوضح الفروق في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الفومو

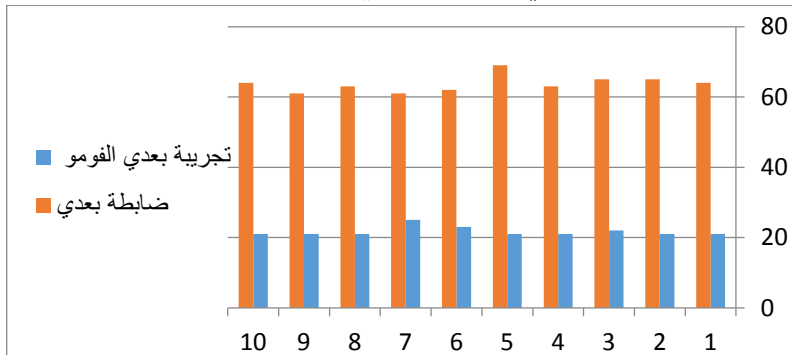
- نتائج الفرض الثاني، ونصه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الخوف من فوات الشئ (الفومو) لصالح المجموعة التجريبية".
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان وتني للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الخوف من فوات الشئ (الفومو) والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار:

جدول (١٢)

نتائج اختبار مان وتني لتحديد الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الخوف من فوات شئ ما (فومو)

| المجموعات | المجموعات | ن | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة U | قيمة W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---------------|-----------|----|-------------|-------------|--------|--------|--------|---------------|
| الدرجة الكلية | التجريبية | ١٠ | ٥.٥ | ٥٥ | ٠.٠٠٠ | ٥٥ | - | ٠.٠١ |
| | الضابطة | ١٠ | ١٥.٥ | ١٥٥ | | | ٣.٨٦٨ | |

يتضح من الجدول السابق وجود فروق داله إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث تظهر النتائج مدى انخفاض متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الفومو وذلك بعد تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي القائم على فنيات العلاج المختصر المرتكز على الحل. والرسم البياني التالي يوضح الفرق بين متوسط رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الفومو.



شكل (٢) يوضح الفروق في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الفومو

- نتائج الفرض الثالث؛ ونصه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الموت لصالح القياس البعدي. ولتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الموت والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول (١٣)

نتائج اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الموت (ن=١٠)

| المجموعات | القياس | الرتب | ن | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---------------|----------------|-----------|----|-------------|-------------|--------|---------------|
| الدرجة الكلية | البعدي- القبلي | الموجبة | ٠ | صفر | صفر | ٢.٨٢٠- | ٠.٠٥ |
| | | السالبة | ١٠ | ٥.٥ | ٥٥ | | |
| | | المتعادلة | ٠ | - | - | | |

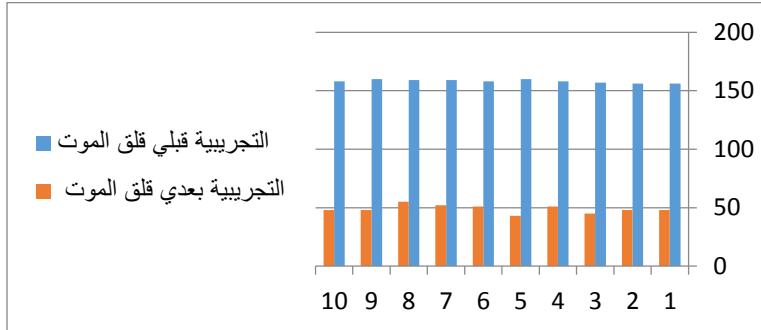
يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الموت في اتجاه القياس البعدي؛ حيث أنخفضت درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي بعد تعرضهم للبرنامج العلاجي، وحيث أن مجموع رتب الفروق الموجبة (١T) تساوي (صفر)، ومجموع رتب الفروق السالبة (٢T) تساوي (٥٥) وبأخذ قيمة (T) الصغرى وهي (١T) ومقارنتها بالقيمة الحرجة الجدولية عند (ن) (عدد الأزواج بعد استبعاد الأزواج التي لها فروق متعادلة إن وجدت) = ١٠ ومستوى دلالة ٠,٠٥ وقيمتها (١٠)؛ نجد أن (T) المحسوبة أقل من (T) الجدولية، وقيمة (Z) للدرجة الكلية للمقياس تساوي (-٢.٨٢٠) وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠٥ كما نجد أن كافة قيم (Z) على الأبعاد الفرعية دالة أيضاً عند مستوى ٠,٠٥ مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي وبهذا يكون قد تحقق الفرض.

ولحساب حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج العلاجي في أفراد المجموعة العلاجية باعتباره المتغير المستقل في المتغير التابع، تم حساب حجم التأثير باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة من خلال المعادلة التالية:

$$4(T)$$

$$r = \frac{-1}{n(n-1)}$$

بالتعويض في المعادلة السابقة نجد أن قيمة $(r) = 1 -$ والإشارة السالبة تشير أن جميع الفروق في الدرجات كانت ذات إشارة سالبة حيث كانت درجات الأفراد في القياس القبلي مرتفعة على مقياس قلق الموت وانخفضت تلك الدرجات في القياس البعدي بعد تعرضهم للبرنامج العلاجي؛ ومن ثم تشير هذه القيمة إلى وجود تأثير قوي للمتغير المستقل (البرنامج المتعرض له أفراد المجموعة التجريبية) على المتغير التابع حيث انخفضت درجات جميع الأفراد بعد البرنامج عما كانت عليه من قبل انخفاض ملحوظ. ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الموت:



شكل (٣) يوضح الفروق في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الموت

- نتائج الفرض الرابع، ونصه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس قلق الموت لصالح المجموعة التجريبية".

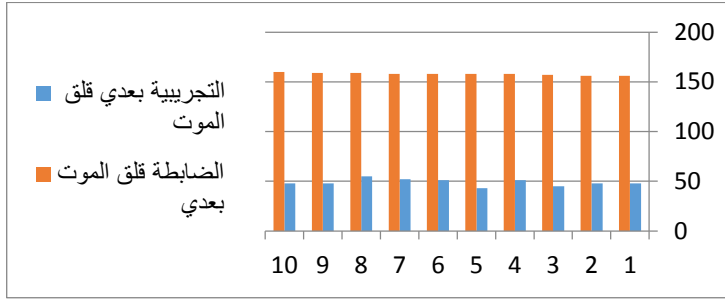
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان وتني للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس قلق الموت والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار:

جدول (١٤)

نتائج اختبار مان وتني لتحديد الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس قلق الموت

| المجموعات | المجموعات | ن | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة U | قيمة W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---------------|-----------|----|-------------|-------------|--------|--------|--------|---------------|
| الدرجة الكلية | التجريبية | ١٠ | ٥.٥ | ٥٥ | ٠.٠٠٠ | ٥٥ | ٣.٨١٣- | ٠.٠٠١ |
| | الضابطة | ١٠ | ١٥.٥ | ١٥٥ | | | | |

يتضح من الجدول السابق وجود فروق داله إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث تظهر النتائج مدى انخفاض متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الموت وذلك بعد تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي القائم على فنيات العلاج المختصر المرتكز على الحل. والرسم البياني التالي يوضح الفرق بين متوسط رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس قلق الموت.



شكل (٤) يوضح الفروق في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق الموت

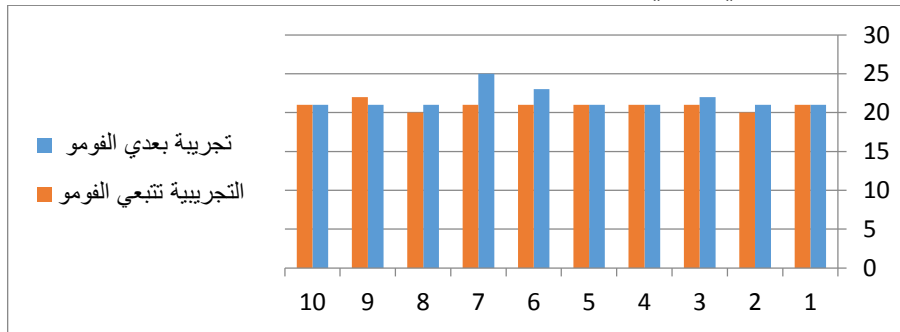
- نتائج الفرض الخامس، ونصه " لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مدة متابعة شهر ونصف) على مقياس مقياس الخوف من فوات الشئ (الفومو)".
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس مقياس الخوف من فوات الشئ والجدول التالي يوضح نتائج هذا الإختبار:

جدول (١٥)

نتائج اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الفومو

| المجموعات | القياس | الرتب | N | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---------------|--------------------|-----------|---|-------------|-------------|--------|------------------|
| الدرجة الكلية | البعدي- التتبعي | الموجبة | ١ | ٢.٥ | ٢.٥ | ١.٧٢٥- | غير دالة ٠.٠٨ |
| | | السالبة | ٥ | ٣.٧ | ١٨.٥ | | |
| | | المتعادلة | ٤ | | | | |

يتضح من الجدول السابق تحقق الفرض الخامس أنه لا يوجد فروق داله إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الفومو، والشكل البياني التالي يوضح نتيجة الفرض الخامس:



شكل (٥) يوضح الفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الفومو

- نتائج الفرض السادس، ونصه " لا توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مدة متابعة شهر ونصف) على مقياس مقياس قلق الموت".

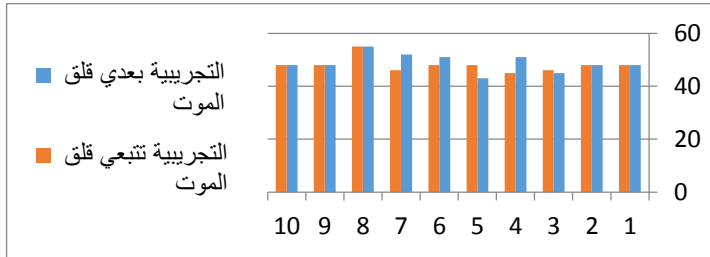
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الموت والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول (١٦)

نتائج اختبار ولكوكسون لحساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الموت

| المجموعات | القياس | الرتب | N | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---------------|--------------------|-----------|---|-------------|-------------|--------|------------------|
| الدرجة الكلية | البعدي- التتبعي | الموجبة | ٢ | ١.٥ | ٣ | ١.٢١٩- | غير دال ٠.٢٢٣ |
| | | السالبة | ٣ | ٤ | ١٢ | | |
| | | المتعادلة | ٥ | | | | |

يتضح من الجدول السابق تحقق الفرض السادس لأنه لا يوجد فروق داله إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الموت، والشكل البياني التالي يوضح نتيجة الفرض السادس:



شكل (٦) يوضح الفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس قلق الموت

- نتائج الفرض السابع، ونصه " يوجد إختلاف في الصورة الكلينية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي للحالة الطرفية (أعلي درجة على مقياس الفومو، ومقياس قلق الموت) على اختبار ساكس لتكملة الجمل".

للتحقق من هذا الإفتراض تم اختيار حالة طرفية حصلت على أعلي درجة في التطبيق القبلي وتم تطبيق اختبار تكملة الجمل (SSCT) قبل وبعد تعرض الحالة للبرنامج العلاجي وجاءت نتائج الدراسة الكلينية على النحو التالي:

أ- بيانات عامة عن الحالة : الحالة (س) ، تبلغ من العمر (٤٩) عام ، مؤهل عالي (تعليم مدمج) (بكالوريوس خدمة اجتماعية+ دبلوم تربوي)، حصلت على درجات في التطبيق القبلي على مقياس الفومو (٦٩) ، وعلى مقياس قلق الموت (١٦٠)، في حين حصلت الحالة في التطبيق البعدي على مقياس الفومو (٢١)، وعلى مقياس قلق الموت (٤٣).

ب- نتائج المقابلة الكلينية مع الحالة: تم تطبيق استمارة صلاح مخيمر للدراسة الكلينية للحصول على مجموعة من البيانات المهمة التي تفيد الباحثان في التفسير وكذلك في التحقق من مدى التغير الكليني قبل وبعد البرنامج العلاجي وجاءت نتائج المقابلة على النحو التالي:

الحالة (س) تبلغ من العمر (٤٩) سنة أم لديها اربعة أطفال من بينهم طفل يعاني من متلازمة داون متزوجة من زوج يعمل مهنة حرة (نجار) أكبر منها بعشر سنوات يوجد صلة قرابة بينها وبين الزوج حينما تزوجت كانت مجبرة على الزواج من هذا الزوج تلبية لرغبة

الاسرة والتي سعت كثيراً للضغط عليها، تعاني الحالة من الشعور بإتجاه سلبي نحو اسرتها مما ينعكس على توافقها النفسي والاسري وكذلك الاجتماعي كما تشعر الحالة بشئ من عدم الرضا عن مستوى الدخل الاسري وكذلك تشعر بحالة من العزلة وحالة من الخوف الشديد والقلق في كثير من الأحيان.

كما تشير استجابات الحالة إلى الشعور بحالة من الخوف الشديد من فوات الاحداث وخاصة أنها تتابع كافة الاحداث المتعلقة بأخبار الوفيات وخاصة منذ أن بدأت جائحة كورونا وهي لديها رعب من سماع اخبار الموت وهذا جعلها تشعر بحالة من فقدان الاستمتاع والرغبة في التخلص من الحياة رغم أنها تخشي الموت كثيراً وتري أن الموت حالة تسلب الفرد اجمل ما في الحياة وهو فقدان أن يشعر بوجود الاحباب، ونبعت هذه الحالة من كون الحالة عايشة خبرة مرض والدها ووالدتها وكذلك وفاتها وهي في أمس الحاجة لهما، ومنذ هذا الموقف ويرتفع لديها القلق وعدم الاطمئنان داخل وخارج الاسرة وكذلك يسود لديها حالة من الحزن والبكاء الدائم كما تفتقد إلى الشعور بالثقة بالنفس وكذلك تعاني من صعوبة في التركيز والقدرة على المناقشة والحوار كما تشعر بعدم الامن النفسي وتشعر بالحرمان المعنوي والمادي نظراً لضيق حال الاسرة.

وجدير بالذكر أن نمط شخصية الحالة يتسم بالضعف وعدم المقدرة على اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتها وهذا ما يجعلها تشعر بشغف بمعرفة خبرات الآخرين وأن فوات أي شئ كخبرة أو أي فرصة بالنسبة لها يعد حالة صعبة من الخوف المرضي والتي تشعر أن بهذه الفرصة أو الخبرة أو الحدث به العديد من الفرص لها وخاصة فرصة تغير الحياة التي تؤكد أنها سوف تنتهي قريباً بالموت دون تحقيق ما تريد.

أما عن الحقل الجنسي فتري الحالة أنها تعاني من سوء التوافق لذلك يعتبر اللقاء الجنسي بالنسبة لها حالة مقززة وكذلك حالة من عذاب الجسد لها وخاصة أنها تفتقد إلى الحب مع شريك الحياة ، كما انها تري أن جسمها به عقدة ذنب وخاصة أنها وهي طفلة كانت لها خبرة اساءة جنسية من شخص جار لهم في الحارة وهي في سن الثامنة من عمرها ، منذ ذلك اللحظة وهي تري أن الخبرة الجنسية هي خبرة مؤلمة لأنها تستدعي لها خبرة الاساءة التي تعرضت لها في هذا السن المبكر. كما كشفت نتائج المقابلة عن شعور الحالة بمزاج اكتئابى

وحالة من سوء التوافق النفسي والاجتماعي والشعور بالكدر الزوجي وشعور أن الحياة رحلة ستنتهي قريباً.

ج- التعقيب على نتائج الحالة على اختبار ساكس لتكملة الجمل:

كشفت استجابات الحالة على الاختبار أنه توجد فروق في الصورة الكلينيكية قبل وبعد التعرض للبرنامج العلاجي المقترح وقد ظهر ذلك كما يلي :

جدول (١٧)

ملخص استجابات الحالة الطرفية على اختبار ساكس لتكملة الجمل قبل وبعد تطبيق البرنامج

| المجال | الاستجابة على الاتجاه قبل البرنامج | الاستجابة على الاتجاه بعد البرنامج |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ١- الأسرة | أ- الاتجاه نحو الأم: | أ- الاتجاه نحو الأم: |
| | ١٤- أمي: مثل باقي الأمهات طيبة. ٢٩- أنا وأمي: ينحب بعض. ٤٤- أعتقد أن معظم الأمهات: ينجبو ولادهم. ٥٩- أنا أحب أمي، ولكن أوقات اشعر أنها بتحب اخويا أكثر مني. | ١٤- أمي: كانت قدوتي. ٢٩- أنا وأمي: ينحب بعض معظم الاوقات. ٤٤- أعتقد أن معظم الأمهات: بيتحملوا كثيراً. ٥٩- أنا أحب أمي، ولكن: مفقدة وجودها. |
| | ب- الاتجاه نحو الاب: | ب- الاتجاه نحو الاب: |
| | ١- أشعر أن والدي قليلاً ما: يتدخل في حياتي. ١٦- بودي لو أن والدي قام بمجرد: توفير ما أحب. ٣١- أود لو أن والدي: مازال حياً. ٤٦- أشعر أن والدي: كان يحبني كثيراً. | ١- أشعر أن والدي قليلاً ما: ينتقدي. ١٦- بودي لو أن والدي قام بمجرد: غير متعلق بنا. ٣١- أود لو أن والدي: علي قيد الحياة. ٤٦- أشعر أن والدي: كان بجاني. |
| | ج- الاتجاه نحو وحدة الأسرة: | ج- الاتجاه نحو وحدة الأسرة: |
| | ١٢- أسرتي إذا قورنت بمعظم الأسر الأخرى: ربما تكون أقل سعادة. ٢٧- أسرتي تعاملني كما لو: كنت مسؤول عن كل ما حدث. ٤٢- معظم الأسر التي أعرفها: أقل مشاكل من اسرتي. ٥٧- عندما كنت طفلاً كانت اسرتي: تهملني شيئاً ما. | ١٢- أسرتي إذا قورنت بمعظم الأسر الأخرى: ربما تكون أفضل. ٢٧- أسرتي تعاملني كما لو: ربما هناك عناصر كثير في مشكلتي. ٤٢- معظم الأسر التي أعرفها: بها مشاكل. ٥٧- عندما كنت طفلاً كانت اسرتي: كان عندهم مسؤوليات. |
| ٢- | أ- الاتجاه نحو المرأة: | أ- الاتجاه نحو المرأة: |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <p>١٠- فكرتي عن المرأة الكاملة : هي الأكثر تحملاً . ٢٥- أظن أن معظم الفتيات : يهتمون بمظاهرهم . ٤٠- أعتقد أن معظم النساء: لهن طبيعة وشكل واحد. ٥٥- أظن أن معظم النساء: يهتمون بمظهرهم . ٥٥- أظن أن معظم النساء: يهتمون بمظهرهم . ٥٥- أظن أن معظم النساء: يهتمون بمظهرهم . ٥٥- أظن أن معظم النساء: يهتمون بمظهرهم .</p> | <p>١٠- فكرتي عن المرأة الكاملة : هي الأجمل . ٢٥- أظن أن معظم الفتيات : يهتمون بمظاهرهم . ٤٠- أعتقد أن معظم النساء: لهن طبيعة وشكل واحد. ٥٥- أظن أن معظم النساء: يهتمون بمظهرهم .</p> | الجنس |
| ب- الاتجاه نحو العلاقات الجنسية الغيرية: | ب- الاتجاه نحو العلاقات الجنسية الغيرية: | |
| <p>١١- عندما أشاهد رجل وامرأة : أتمنى أن أكون مثلهم . ٢٦- شعوري نحو الحياة الزوجية أنها: راحة مع من تحب . ٤١- لو كانت لي علاقة جنسية: أتمنى تكون مع زوجي . ٥٦- حياتي الجنسية: أجمل مع زوج تحبه .</p> | <p>١١- عندما أشاهد رجل وامرأة : أتمنى أن أكون مثلهم . ٢٦- شعوري نحو الحياة الزوجية أنها: راحة مع من تحب . ٤١- لو كانت لي علاقة جنسية: أتمنى تكون رومانسية . ٥٦- حياتي الجنسية: في اطار شرعي مع زوجي .</p> | |
| أ- الاتجاه نحو الأصدقاء والمعرف: | أ- الاتجاه نحو الأصدقاء والمعرف: | ٣- العلاقات الانسانية المتبادلة |
| <p>٨- أشعر أن الصديق الحق: يظهر في وقت الأزمات . ٢٣- أنا لا أحب الناس الذين : يتجاهلونني . ٣٨- الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم: هم أهل الثقة لي . ٥٣- عندما لا أكون موجوداً بين أصدقائي فإنيهم : ربما يعلم بظروفهم .</p> | <p>٨- أشعر أن الصديق الحق: من يعاون صديقه في كل المواقف . ٢٣- أنا لا أحب الناس الذين : يعاملونني سيئاً . ٣٨- الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم: أثق بهم . ٥٣- عندما لا أكون موجوداً بين أصدقائي فإنيهم : لا يسألون عني .</p> | |
| ب- الاتجاه نحو رؤساء العمل: | ب- الاتجاه نحو رؤساء العمل: | |
| <p>٦- الناس الذين هم أعلي مني: يحاولون التمر بي . ٢١- في المدرسة المدرسون الذين يدرسون لي: كانوا يضربونني . ٣٦- عندما أجد رئيسي قادماً: اتودد له . ٥١- الناس الذين أعتبرهم رؤسائي: محترميهم .</p> | <p>٦- الناس الذين هم أعلي مني: يحاولون التمر بي . ٢١- في المدرسة المدرسون الذين يدرسون لي: كانوا يضربونني . ٣٦- عندما أجد رئيسي قادماً: اتودد له . ٥١- الناس الذين أعتبرهم رؤسائي: محترميهم .</p> | |
| ج- الاتجاه نحو المرؤسين: | ج- الاتجاه نحو المرؤسين: | |
| <p>٤- لو أنني كنت مسؤولاً عن: أسرتي كان أفضلي . ١٩- لو أن الناس عملوا من أجلي : كانت حياتي أفضل . ٣٤- الناس الذين يعملون من أجلي: ربما كان بكرة أحسن</p> | <p>٤- لو أنني كنت مسؤولاً عن: حياتي كانت أفضلي . ١٩- لو أن الناس عملوا من أجلي : كانت حياتي أختلفت . ٣٤- الناس الذين يعملون من أجلي: أكيد أقدر ذلك .</p> | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| ٤٨- عندما أصدر الأوامر للآخرين فإني: أشعر بالآخرين. | ٤٨- عندما أصدر الأوامر للآخرين فإني: أشعر بذاتي. | |
| د- الاتجاه نحو زملاء العمل أو المدرسة: | د- الاتجاه نحو زملاء العمل أو المدرسة: | |
| ١٣- في عملي أكون أكثر انسجاماً مع : زملائي كلهم. ٢٨- هؤلاء الذين أعمل معهم: معظمهم أخواتي. ٤٣- أحب أن أعمل مع الناس الذين: أشعر بهم بالأمان . ٥٨- الناس الذين أعمل معهم : يجب أن يكونوا أكفاء. | ١٣- في عملي أكون أكثر انسجاماً مع : زميلتي هناء. ٢٨- هؤلاء الذين أعمل معهم: معظمهم أحبائي. ٤٣- أحب أن أعمل مع الناس الذين: أحبهم . ٥٨- الناس الذين أعمل معهم : يجب أن يكونوا داعمين لي. | |
| أ- الاتجاه نحو المخاوف: | أ- الاتجاه نحو المخاوف: | ٤- فكرة المرء عن ذاته |
| ٧- أنا أعلم أنه من الحماسة ولكنني أخاف من : الوحدة. ٢٢- معظم أصدقائي لا يعرفون أنني أخاف من : الوحدة. ٣٧- أود لو تخلصت من الخوف من : الهجران. ٥٢- تضطرتني مخاوفي أحياني إلى أن : أبتعد عن أسرتي. | ٧- أنا أعلم أنه من الحماسة ولكنني أخاف من : الموت. ٢٢- معظم أصدقائي لا يعرفون أنني أخاف من : الموت. ٣٧- أود لو تخلصت من الخوف من : أن أترك أبنائي. ٥٢- تضطرتني مخاوفي أحياني إلى أن : أبتعد عن الآخرين. | |
| ب- الاتجاه نحو مشاعر الذنب: | ب- الاتجاه نحو مشاعر الذنب: | |
| ١٥- أنا على استعداد للقيام بأي شئ ينسيني ذلك الوقت الذي: وضعت فيه طفل معاق. ٣٠- أكبر غلطة ارتكبتها كانت: زواجي من زوجي. ٤٥- عندما كنت صغيرة كنت أشعر بالذنب نحو: معاملة أبنائي المعاق. ٦٠- كان أسوأ ما فعلت في حياتي: الزواج دون حب. | ١٥- أنا على استعداد للقيام بأي شئ ينسيني ذلك الوقت الذي: تعرضت فيه للتحرش وأنا طفلة ٣٠- أكبر غلطة ارتكبتها كانت: سذاجتي وأنا طفلة. ٤٥- عندما كنت صغيرة كنت أشعر بالذنب نحو: اللعب مع الولاد. ٦٠- كان أسوأ ما فعلت في حياتي: الثقة الزائدة في بعض جيراني. | |
| ج-الاتجاه نحو القدرات الذاتية: | ج-الاتجاه نحو القدرات الذاتية: | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ١٧- اعتقد أن عندي القدرة على : التغيير يوما مان. ٣٢- أكبر نقطة ضعف عندي هي : الخوف من الموت. ٤٧- عندما لا يكون الحظ حليفي : أكون دائمة الخطأ ٥٩- عندما لا تكون الظروف بجانبني: أشعر بالأحباط . | ١٧- اعتقد أن عندي القدرة على : التغيير يوما مان. ٣٢- أكبر نقطة ضعف عندي هي : الخوف من الموت. ٤٧- عندما لا يكون الحظ حليفي : أكون دائمة الخطأ ٥٩- عندما لا تكون الظروف بجانبني: أشعر بالأحباط . |
| د- الاتجاه نحو الماضي: | د- الاتجاه نحو الماضي: |
| ٩- عندما كنت طفلاً: كنت غير محبوبة. ٢٤- قبل هذه المشكلة : كنت طفلة شقية في الحياة. ٣٩- لو أنني عدت صغيراً كما كنت : أكون حريصة ٥٤- أوضح ذكريات طفولتي: موقف التحرش في الناس. | ٩- عندما كنت طفلاً: كنت غير محبوبة. ٢٤- قبل هذه المشكلة : كنت طفلة منطوقة في الحياة. ٣٩- لو أنني عدت صغيراً كما كنت : كنت أكثر حرصاً. ٥٤- أوضح ذكريات طفولتي: موقف التحرش في بي. |
| هـ- الاتجاه نحو المستقبل: | هـ- الاتجاه نحو المستقبل: |
| ٥- المستقبل يبدو لي: مشرق أن شاء الله. ٢٠- إنني أتطلع إلى : تغيير المستقبل. ٣٥- في يوما ما : سأكون محبوبة ممن حولي. ٥٠- عندما يتقدم بي السن: يزيد خوفي من الوحدة. | ٥- المستقبل يبدو لي: غامض. ٢٠- إنني أتطلع إلى : السعي نحو الحب من الآخرين. ٣٥- في يوما ما : لا أكون موجودة في هذه الحياة. ٥٠- عندما يتقدم بي السن: يزيد خوفي من الموت. |
| و-الاتجاه نحو الأهداف: | و-الاتجاه نحو الأهداف: |
| ٣-كنت أود دائماً أن : أشعر أنني مرغوبة من الآخرين. ١٨- ساكون في غاية السعادة إذا: كنت محبوبة من الآخرين. ٣٣- الشئ الذي أطمح إليه سراً: السعادة الأسرية. ٤٩- أن أكثر ما أتمناه في الحياة: مساعدة الآخرين. | ٣-كنت أود دائماً أن : قائدة للآخرين. ١٨- ساكون في غاية السعادة إذا: كانت حياتي سعيدة. ٣٣- الشئ الذي أطمح إليه سراً: التغيير في حياتي. ٤٩- أن أكثر ما أتمناه في الحياة: الراحة وهدوء النفس. |

كشفت استجابات الحالة عن وجود الفروق في الصورة الكليينية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي وتمثل ذلك في أن أغلب استجابات الحالة قبل تطبيق البرنامج تعكس طابع تشاؤمي متمثل في الخوف من الموت وهذا يجعلها في حالة شغف دائم كيف يموت الآخرين ولا تفوت حدث عبر الانترنت أو وسائل التواصل الاجتماعي حلو هذا الموضوع وخاصة أنها تخاف بدرجة مرضية من موت الاعزاء وموت الابناء، فالحالة تعاني من اضطرابات أسرية

فالمناخ الأسري للحالة كما كشفت استجابات الحالة قبل تطبيق البرنامج مضطرب وكذلك يفترق إلى التفاهم والقدرة على حل المشكلات وعدم الانتباه إلى الأدوار الأسرية وخاصة تجاه الطفل المعاق الذي لم يظهر الحديث عنه إلا في الاستجابات بعد تطبيق البرنامج. إلا أن استجابات الحالة بعد تطبيق البرنامج تؤكد طبيعة التغيير التي ظهرت في استجابات الحالة والتي تتمثل في نظرة مختلفة للمستقبل بعد ان كانت خائفة من الموت سعي الحالة إلى تغيير المستقبل وكذلك الرغبة في مساعدة الآخرين وكذلك تتطلع الحالة لكونها تكون محبوبة من الآخرين من خلال التركيز على مساعدتهم ومن ثم تري أن المستقبل مشرق.

- مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها :

كشفت لنا نتائج الفرض الأول والثاني فعالية البرنامج العلاجي في خفض مشكلة الخوف من فوات الشيء (الفومو) لدى عينة الدراسة، في حين كشفت نتائج الفرض الثالث والرابع عن فعالية البرنامج بطريقة غير مباشرة والمتمثلة في خفض قلق الموت نتيجة خفض الخوف من فوات الشيء (الفومو)، في حين كشف الفرض الخامس والسادس عن استمرارية فعالية البرنامج العلاجي في خفض مشكلة الخوف من فوات الشيء لدى عينة الدراسة ؛ وقد تتفق نتائج هذه الدراسة بشكل جزئي مع نتائج بعض الدراسات التي كشفت عن فعالية العلاج القائم على الحلول في خفض العديد من المشكلات ولعل من بين تلك الدراسات دراسة نهلة فرج على (٢٠٢٠) والتي خلصت إلى فعالية نموذج العلاج المختصر المرتكز على الحل في تنمية مهارات تقرير المصير لدى المراهقين المكفوفين، كما خلصت نتائج دراسة الزهراء مهني عراقي (٢٠٢٢) على فعالية نموذج العلاج المرتكز على الحل في خفض اضطرابات الضغوط الصادمة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، أما دراسة إيمان عطية حسين (٢٠١٨) والتي أكدت على فعالية هذا النموذج العلاجي في خفض التسويف الأكاديمي لدي طلاب الدراسات العليا ، أما دراسة سعاد كامل قرني (٢٠٢٠) فقد خلصت إلى فعالية هذا النموذج العلاجي في تحسين فعالية الذات وخفض القلق البحثي لدي طلاب الدبلوم الخاص، في حين خلصت دراسة أسماء فتحي أحمد (٢٠٢١) إلى فعالية هذا النموذج العلاجي في تحسين فعالية الذات المهنية وخفض قلق المستقبل المهني لدى طلاب الدراسات العليا، أما عن بعض الدراسات على صعيد الدراسات الأجنبية فنجد دراسة (Kenney , 2010) والتي خلصت إلى فعالية العلاج المرتكز على الحلول لمقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب

طيف التوحد للتقليل من حدة الضغوط و التشوه المعرفي لديهم، في حين كشفت نتائج دراسة سولومن و شونج (Solomon & Chung , 2012) عن فائدة هذا النموذج العلاج في محاولة تعرف الأسرة على اضطراب طيف التوحد و محاولة التخفيف من تلك الضغوط و تحسين التواصل بين الوالدين ، و كذلك تحسين التواصل بينهم وبين طفلهم ذوى اضطراب طيف التوحد، أما دراسة زانج و اخرون (Zhang et al , 2014) فقد كشفت عن فعالية برنامج العلاج قصير المدى المرتكز على الحلول في تعزيز النمو لمرحلة ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية من أمهات الاطفال ذوى اضطراب طيف التوحد مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة من أمهات اطفال اضطراب طيف التوحد، كما كشفت دراسة بركمان و آخرون (Brockman et al , 2016) عن فعالية العلاج قصير المدى المرتكز على الحل يهتم بالتركيز اكثر على الحلول بدلاً من المشكلات، في حين تتفق نتائج دراسة تيرنس و آخرون (Turns; et al., 2016) مع نتائج الدراسات السابقة في الكشف عن كفاءة العلاج قصير المدى المرتكز على الحلول في مساعدة أشقاء أطفال التوحد واكسابهم خبرات ايجابية عن كيفية التعامل مع اشقائهم التوحديين.

هذا ويمكن تفسير نتائج فعالية العلاج المختصر القائم على الحلول واستمراريته في خفض الخوف من فوات الأشياء لدى عينة الدراسة لعل من أهمها فلسفة هذا النموذج العلاجي في خفض السلوك المضطرب: حيث تقوم فلسفة العلاج المرتكز على الحلول على عدد من المسلمات من أبرزها ما يلي: أن العملية العلاجية قائمة على التعاون بين المعالج والعميل وخاصة عند تحديد المشكلة وصياغة الأهداف العلاجية هو عامل أساس، على افتراض أن العملاء هم أشخاص أسوياء قادرين على المساهمة بجانب المعالج في تحديد احتياجاتهم وأهدافهم العلاجية. وعدم الاستغراق في البحث عن الأعراض المرضية أو العوامل التي ساهمت في نشأتها ، والتوجه مباشرة نحو الحلول الممكنة التي قد تساهم في القضاء على المشكلة أو التخفيف من حدتها أو التكيف مع إفرزاتها. كما أن تنفيذ المهام في أقصر وقت ممكن بحيث يتيح للمعالج الوصول إلى أكبر قدر ممكن من العملاء. فمن الصعب القضاء على المشكلة بصورة نهائية على اعتبار أن المشكلات قد تكون جزء من حياة الإنسان ، فهو يحاول تطوير معان أو طرق جديدة للنظر إلى المشكلة ، وبذلك قد يستطيع العملاء في كثير من الأحيان الوصول إلى حلول تناسب مشكلاتهم حينما ترتفع لديهم الروح

المعنوية. كما يعد العلاج المرتكز على الحلول علاج موجه و مباشر نحو الهدف النهائي الذي تسعى له عملية المساعدة، وهو الوصول بالعمل إلى التوافق النفسي والاجتماعي مع الذات ومع البيئة المحيطة.

وجدير بالذكر أن الفومو كشلوك مشكل يكمن في كون الفرد يعيش أسير اللحظة ولكن بطريقة مضطربة كونه يسعى أن يعرف ما يحدث بشغف وطريقة قهرية يجعله في حالة توتر وقلق مستمر، ومما يجعل نموذج العلاج المرتكز على الحلول واحد من أبرز وأكثر النماذج العلاجية الفعالة لهذه المشكلة كما أظهرت النتائج أن مبادئ وافترضات هذا النموذج العلاجي تسعى نحو تغيير فلسفة الفرد واتجاهاته نحو مشكلته وكذلك تعديل أهدافه؛ فالحديث الحر عن مشكلة العميل واحد من المبادئ المهمة فلا أن تبدأ الجلسات العلاجية بمطالبة العملاء بوصف المشكلة التي أدت بهم إلى اللجوء للعلاج وبدء الجلسة وقد تم ذلك في بروتكول العلاج إذا سمح للمشاركين أن يعرفوا ويتحدثون عن مشكلاتهن وهي الفومو وكيف تؤثر على حياتهن. وقد كان لهذا الحديث أثر فعال بدلاً من الخوض في الحديث عن تجارب الماضي وتأثيرها في الحاضر.

كما أن الجلسات الأولى بالبرنامج تبدأ بتدريب يعرف "الحديث الحر للمشاكل". والذي يجعل التعامل مع العميل كشخص أولاً ومعرفة المزيد عن العميل، كما يتم سؤال العميل عن هواياته واهتماماته وما الذي يستمتع به وما يجيده وما إلى ذلك. لا يُعتبر هذا "درشة غير مباشرة" ولكن اهتماماً حقيقياً بمعرفة المزيد عن جوانب حياة العميل غير المشكلات التي يعاني منها وتحديد صفاته الشخصية وإبراز مهاراته وقدراته وكفاءاته. أما عن مبدأ إعداد الهدف وإعادة صياغته واحد أيضاً من المبادئ المهمة التي يحاول العميل السعي من خلالها نحو تغيير فلسفته في الحياة فمن المهم أن تكون أهداف العميل واضحة بحيث يكون لدى كل من العميل والمعالج فهم اتجاه العلاج ومتى تم إحراز تقدم. قد يُسأل العملاء، "إذن ما هي أفضل آمالكم من حديثنا معاً؟". من الشائع أن يصف العملاء أهدافهم بشكل سلبي وهنا يأتي دور المعالج والذي يتمثل في مساندة العملاء على صياغة أهدافهم من أجل إيجاد الحلول الملائمة. بمجرد تحديد أهداف العميل، تُطرح سلسلة من الأسئلة لتمكينهم من وصف أفضل لآمالهم أو مستقبلهم المفضل بالتفصيل، لوصف شكل حياتهم عندما تنتهي المشكلة. هذا ولا بد من الاهتمام بالتفاصيل التي يحياها العميل لأنها مهمة حيث أنه كلما كان العميل أكثر

وضوحاً حول مستقبله المفضل ، كلما زاد احتمال تحقيقه . سيحتاج المعالج إلى دعم العملاء لوصف أفضل لآمالهم بطرق إيجابية وملموسة وواقعية ولتضمين وجهة نظر الآخرين ووصفاً لإجاباتهم ، فتحفيز العملاء على وصف وتخيل الحياة دون مشكلة يمكن جلب تلك الحياة إلى حيز الوجود .

كما أن التركيز على الحلول الموجزة تعتبر جميع المشكلات مهما كانت راسخة لها استثناءات ، وهي الأوقات التي يمكن أن تحدث فيها المشكلة ولكنها لم تحدث أو حدثت . وهنا يتطلب من المعالج التركيز على ما يقوم به العميل بالفعل والذي قد يساعده على تحقيق الحل مما يساهم في تحقيق أفضل آمال العميل أو مستقبله المفضل . إن البحث عن هذه الاستثناءات للمشكلة أو حالات النجاح أمر أساسي في العلاج المرتكز على الحلول ، فغالباً ما تمر هذه الاستثناءات أو الحالات دون أن يلاحظها أحد ، وعندما يلاحظها الأشخاص ، قد يسارعون في إهمالها أو تقليلها أو اعتبارها فرصة . وهنا يتطلب من المعالج طرح المزيد من الأسئلة التي تبدأ ب "ماذا" و "متى" و "كيف" و "من" لاستكشافها مزيد من التفاصيل ، كما يساهم ذلك في مساعدة العميل على معرفة ونقاط القوة والقدرات اللازمة لإجراء التغييرات اللازمة ، وأن لديهم بالفعل حلولاً ناجحة لمشكلتهم القائمة وأنهم يعرفون بالفعل ما الذي يساهم في نجاحهم .

ومن ثم يحاول المعالج خلال جلسة العلاج المرتكز على الحل ، يتم التركيز على تحديد نقاط قوة العميل وموارده وإيلاء اهتمام خاص لما يفعله العملاء جيداً بالفعل . من الممارسات الشائعة للمعالج في العلاج المرتكز على الحل أن يأخذ قسطاً من الراحة قرب نهاية الجلسة ويترك المجال لبضع دقائق للتفكير في ردود الفعل التي يرغب في منحها للعميل . تنتهي الجلسات عادةً بمعرفة المعالج بمشكلة العميل ، والتحقق من صحة ما يفعله العميل جيداً بالفعل والتفكير في المهارات والصفات والقوة التي أصبحت واضحة خلال الجلسة والتي تتعلق بمستقبل العميل المفضل كما أن ملاحظة التقدم والنجاح هي مهارة مهمة في الممارسة التي تركز على الحلول وتبدأ جلسات المتابعة بطرح السؤال التالي : "ما الذي سررت بمشاهدته منذ آخر مرة رأيته فيها؟" أو "ما هو الأفضل منذ أن التقينا آخر مرة؟" كما هو الحال مع الاستثناءات ، غالباً ما تمر علامات التحسن دون أن يلاحظها أحد ، وعندما يلاحظون ذلك ، يسارع العملاء في استبعادها أو التقليل منها . عندما يصف العملاء أي

علامات على التحسن ، يُطلب منهم وصف هذه التغييرات بأكبر قدر ممكن من التفصيل مع أسئلة "ماذا" و "متى" و "من" و "كيف" . يتم تشجيع العملاء على تهنئة أنفسهم بنجاحهم ، للتأمل فيما فعلوه مما أدى إلى التغيير ('كيف فعلت ذلك؟') .

وجدير بالذكر أن نتائج الدراسة التجريبية جاءت تتفق مع نتائج الدراسة الكلينية التي أظهرت نتائجها أن الحالة الطرفية ما تم التغيير في صورتها الكلينية تمثلت في تغيير فلسفتها ، وهذا يتفق مع مبادئ نموذج العلاج المرتكز على الحل والذي يعد التغيير أمر حتمي لدى كل إنسان ، فليس من المنطق أن يولد الإنسان على سمة ما ويستمر عليها حتى الممات ، وإنه من المسلمات البديهية حين تتعرض مفاهيم الإنسان لعوامل تغيير معينة فإن ذلك التغيير من الطبيعي أن ينتقل لسلوكه ويحدث التغيير فيه ، فالعملاء هم الذين يحددون أهدافهم العلاجية ولا يجب أن تُفرض تلك الأهداف عليهم من قبل المعالج ، وعلى هذا يجب أن يكون التركيز منصبا على مساعدة العملاء على الوصول إلى الحل بدلا من البحث في العوامل التي ساهمت في تفاقم المشكلة ، واتجاه المعالج نحو ذلك الأسلوب يجعل العميل يتجاوب مع العلاج ويمكنه من استثمار قدراته وإمكانياته ، كما أن التغييرات الصغيرة مع الاستمرار يمكن أن تؤدي إلى تغييرات كبيرة ، ومعنى ذلك أن التغيير مهما كان بسيط هو الهدف المنشود و الوصول إليه وشعور العميل بما يحدثه في حياته هو أرب العلاج ، ويجب أن يستمر العمل من خلاله حتى يتحقق التغيير الكامل وهو زوال المشكلة أو على الأقل الحد من آثارها على العميل . فالإنسان هو عبارة عن أنساق مترابطة ، ومعنى ذلك أن على المعالج أن يعمل على إحداث التغيير في العديد من جوانب شخصية العميل ، كتغيير الأفكار و المعتقدات و القيم التي يؤمن بها العميل وينتج عنها تأثير في سلوكه، وليس بالإمكان تغيير الماضي ، فالمهم في هذا النوع من العلاج هو التركيز على الحاضر و المستقبل بدلا من إهدار الوقت في تذكر الماضي فكل شخص قد تكون لديه الموارد اللازمة لمساعدة نفسه ، ولكن الذين يعانون من المشكلات تنقصهم معرفة كيفية استغلال قدراتهم للتغلب على مشكلاتهم وتبقى هذه مهمة الخبراء والمتخصصين ، وكل مشكلة لها استثناءات ولو واحدة على الأقل (هي الأوقات التي لا تظهر فيها المشكلة) يمكن تحويلها و التعامل معها على أنها حلول ممكنة للمشكلة، ومن ثم فإن فردية الحالة فكل إنسان هو حالة فريدة من نوعها ويجب أن يعامل على هذا الأساس .

فنهج نموذج العلاج المختصر المرتكز على الحل في تحسين البناء المعرفي للفرد ومن ثم فهو علاج تعليمي يناقش وفق عناصر منطقية تعتمد على تقديم الحجة والبرهان على عدم منطقية الفكرة أو نمط التفكير بصفة عامة؛ كما يسعى إلى تعليم الفرد كيف يحدد بنفسه أي من الأفكار يعد فكرة سلبية وأي منها إيجابي، علاوة على إن بيك ركز منذ تأسيسه للمدرسة المعرفية على فلسفة أساسية وهي فلسفة المعرفة ودورها في الاضطراب؛ حيث يرى بيك معارف ومدركات الفرد عن ذاته والعالم والمستقبل هي سبب اضطرابه أو نظرتة الايجابية في الحياة؛ فالبناء المعرفي للفرد بما يحتويه من معلومات ومعتقدات ومفاهيم وافتراضات اكتسبها الفرد خلال مراحل نموه المختلفة تؤثر على معرفة وتفسيره للأحداث المختلفة؛ كما أوضح بيك أن الأفكار الأوتوماتيكية التي تسبق المشاعر السالبة تؤدي إلى التشوه المعرفي، من ثم ينشأ الاضطراب نتيجة عدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد وتحليلها وتفسيرها عن طريق النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه. كما أن فنيات واستراتيجيات هذا النموذج العلاج يدعم تعديل اتجاهات الفرد حين تطبيقها في بروتكول العلاج؛ والتي من أبرزها أن العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول ويسهم هذا المبدأ في الوصول إلى قناعة منطقية أن اتجاهاته وأفكاره ومعتقداته يشوبها بعض الاضطراب؛ كما أنه ينظر إلى المعرفة والوجدان والسلوك في إطار وجود علاقة متبادلة على نحو سببي؛ ومن ثم فإن تعديل معارف الفرد يؤثر في سلوكه وانفعالاته واتضح ذلك خلال جلسات البرنامج حينما وصلنا إلى تنمية المشاركة الوجدانية بعد التعديل المعرفي، كما أن مبدأ العمليات المعرفية تندمج معاً في نماذج سلوكية ظهرت حينما تم تدريب المجموعة التجريبية على بعض السلوكيات الجديدة. ومن ثم نخلص في مجمل النتائج أن البرنامج العلاجي القائم على نموذج العلاج المختصر المرتكز على الحل أسهم في خفض القومو وكذلك خفض قلق الموت لدى عينة الدراسة.

- توصيات الدراسة:

- في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية يمكن تقديم التوصيات التالية:
- ضرورة الكشف عن مشكلة الفومو بدرجة أكبر من خلال مشاريع بحثية تتبناها مؤسسات الدولة؛ حيث تندر الدراسات حول هذا التوجه، رغم مخاطره على الشباب والمجتمع .
- عقد بعض الندوات وورش العمل لأمهات الأطفال ذوي الاعاقات حول كيفية مواجهة الأزمات النفسية ومواجهة بعض المغالطات الفكرية التي يتمسكون بها.
- تفعيل دور مراكز الارشاد النفسي بالجامعات من خلال تدعيم دوره في مواجهة الأزمات والعمل المجتمعي من خلال توعية هذه العينة من أمهات الأطفال ذوي الاعاقات بمخاطر مشكلة الفومو وكذلك زيادة مستوى قلق الموت لديهم.

- بحوث ودراسات مقترحة :

- البناء السيكودينامي لعينة من أمهات الأطفال ذوي الاعاقات ذوي الفومو المرتفع(دراسة تحليلية).
- بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المنبئة بقلق الموت لدى أمهات الاطفال ذوي الاعاقات.
- الاسهام النسبي لكل من قلق الموت والشفقة بالذات في التنبؤ بالفومو لدى عينة من أمهات أطفال طيف التوحد.

قائمة المراجع

- أحمد عادل عبدالفتاح. (٢٠٢٢). اضطراب الخوف من فقدان مواقع الشبكات الاجتماعية (الفومو) لدى المكفوفين وآليات مواجهته في إطار التنور التقني: دراسة إثنوجرافية. *المجلة المصرية لبحوث الرأي العام*، ١ (٢١)، ٦٧-١٣٠.
- أحمد عبدالحسين عطية، فيصل نواف عبدالله. (٢٠٠٢). قلق الموت وعلاقته بنمط الشخصية لدى طلبة الجامعة. *رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بغداد*.
- أحمد محمد عبدالخالق، مایسة أحمدالنیل. (٢٠٠٢). الدافع للإنجاز وعلاقته بقلق الموت لدى طلاب من دولة قطر. *مجلة دراسات نفسية*، ١٢ (٣)، ٣٨٣ - ٣٩٥.
- أحمد محمد عبدالخالق. (١٩٩٦). المقياس العربي لقلق الموت: خطوات إعداده وخصائصه. *مجلة دراسات نفسية*، ٦ (٤)، ٤٤٣ - ٤٥٥.
- أحمد محمد عبدالخالق. (١٩٩٨). *قلق الموت*. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة (١١١).
- أحمد محمد عبدالخالق، عبدالفتاح محمد دويدار، مایسة أحمد النیل، عادل شكري كريم، السيدعبدالغني. (١٩٩١). الفروق في قلق الموت بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين. *مجلة علم النفس*، ٥ (٢٠)، ٥٠ - ٦١.
- اسماء فتحي أحمد. (٢٠٢١). فعالية العلاج المختصر المتمركز حول الحل في تحسين فاعلية الذات المهنية وخفض قلق المستقبل المهني لدى طلاب الدراسات العليا. *مجلة البحث في التربية*، ٢٢ (٢٢)، ٣٢١ - ٣٣٥.
- ایمان عطية حسين. (٢٠١٨). فعالية الارشاد المختصر المتمركز حول الحل في تنمية إدارة الوقت وخفض حدة التسويف الاكاديمي لدى طالبات الدراسات العليا. *مجلة الإرشاد النفسي - كلية التربية - جامعة عين شمس*، ٥٦، ١١٣-١٩٧.
- إيمان فوزي شاهين (٢٠٠٩). *إختبار ساكس لتكملة الجمل*. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- بشير معمريّة. (٢٠٠٧). تصميم استبيان لقياس قلق الموت للراشدين وتقنيته على عينات من البيئة الجزائرية. *مجلة دراسات، جامعة عمار ثلجي بالأغواط*، (٥)، ٤٧ - ٧٨.
- تقي نوري الصافي. (٢٠٢٠). مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المجتمع العراقي. *مجلة كلية التربية، جامعة واسط*، ٢ (٣٩)، ٣٤٧ - ٣٦٦.

- جيهان شفيق عبد الغني. (٢٠٢٢). متعة التخيل كمتغير معدل للعلاقة بين الخوف من فوات الفرص وإدمان الشبكات الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة. *دراسات نفسية*، ١(٢٢)، ١-٩١.
- حازم شوقي محمد الطنطاوي. (٢٠٢١). قلق الموت وعلاقته بقوة الأنا لدى طلبة الدراسات العليا بالجامعة المشتبه في إصابتهم بفيروس كورونا. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، ١٥ (٥)، ٣٢٧-٣٩٨.
- رحاب يحي أحمد & صفاء أحمد عجاجة. (٢٠٢٢). الخوف من فوات الشيء (الفومو) وعلاقته بكل من اضطرابات النوم وإدمان استخدام مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلبة الجامعة. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، ١٦ (٢)، ١-٦٤.
- رشدي قريري. (٢٠٢٠). إستراتيجيات المواجهة وعلاقتها بقلق الموت لدى المشتبه في إصابتهم بفيروس كورونا. *المجلة العلمية للعلوم التربوية والصحة النفسية*، ٢(١)، ٤٥ - ٦٩.
- الزهراء مهني عراقي (٢٠٢٢). فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لأمهات أطفال الأوتيزم. *مجلة التربية الخاصة والتأهيل*، ١٤ (٤٩)، ٣٧-٨٣.
- زهرة عثمان البرق. (٢٠١٧). قلق الموت وعلاقته بضعف الوازع الديني. *مجلة العلوم الإنسانية*، (١٥)، ٣٣٧ - ٣٥٩.
- زينب محمود شقير. (٢٠٠٢). *مقياس قلق الموت*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- سامية محمد صابر. (٢٠٢١). الخوف من فوات شيء ما " الفومو " " FOMO " واستخدام الهاتف الذكي المشكل. *المجلة التربوية لكلية التربية بجامعة سوهاج*، (٨٢)، ١-٩.
- سعاد كامل قرني (٢٠٢٠). فعالية الإرشاد المختصر المتمركز حول الحل في تحسين فاعلية الذات وأثره على خفض القلق البحثي لطلاب الدبلوم الخاص. *مجلة البحث العلمي في التربية*، ١١ (٢١)، ٢٨٥ - ٣٢٧.
- سميرة محمد إبراهيم شند. (٢٠٠٢). دراسة لقلق المستقبل، وقلق الموت لدى طلاب الجامعة من منظور متغيري الجنس والتخصص. *مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس*، ٨ (٣)، ١١٢ - ١٨١.
- سيجموند فرويد. (١٩٨٢-أ). *الأنا والهوى*. (ترجمة محمد عثمان نجاتي). بيروت: دار الشروق.
- سيجموند فرويد. (١٩٨٢-ب). *معالم التحليل النفسي* (ط٥). (ترجمة محمد عثمان نجاتي)، بيروت: دار الشرق.

- سيجموند فرويد. (١٩٨٧). *الأنا وميكانيزمات الدفاع*. (ترجمة صلاح الدين مخيمر، وعبدو ميخائيل). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- شادي محمد السيد. (٢٠١٥). فعالية برنامج قائم على العلاج المختصر المتمركز حول الحل في تحسين مستوى تقدير الذات لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. *مجلة التربية الخاصة، كلية علوم الإعاقة والتأهيل، جامعة الزقازيق، ١١، ١ - ٥٥*.
- صلاح مخيمر (١٩٧٨). *إستمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحالة)*. القاهرة: مطبعة النهضة الجديدة.
- طارق محمد عبدالوهاب، وفاء مسعود محمد. (٢٠٠٠). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة. *مجلة علم النفس، ١٤ (٥٤)، ٧٨ - ٩٩*.
- عبدالعزیز السيد الشخص (٢٠١٤). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- عبير سماحة (٢٠١٩). فعالية برنامج مارشادي أسري قائم على المنحي قصير المدى المرتكز على الحلول لتحسين التواصل مع الطفل التوحدي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة المنصورة.
- فاطمة سعود عبد العزيز. (٢٠٢٢). "قومو" استخدام مواقع التواصل الاجتماعي: دراسة على عينة من الشباب الكويتي. *المجلة العربية للعلوم الانسانية، ٤٠ (١٥٩)، ١١ - ٥٦*.
- محمد إبراهيم عيد. (١٩٩٣). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى الشباب السعودي بعد حرب الخليج. *مجلة الإرشاد النفسي، ١ (١)، ٢١١ - ٢٥٦*.
- محمد محمد صابر. (٢٠١٦). قلق الموت وعلاقته بالأمن النفسي: دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة كلية التربية في جامعة دمشق. *مجلة جامعة البعث، ٣٨ (٣٨)، ٤٠ - ٦٩*.
- نجلاء محمد رسلان. (٢٠١١). قلق الموت والتسويق الأكاديمي لدى الطلبة والطالبات التربويين بجامعة الأزهر. *مجلة كلية الآداب، جامعة بنها، ٢٦ (٢٦)، ٦٩٧ - ٧٤٨*.
- نهلة فرج على الشافعي. (٢٠٢٠). فعالية الإرشاد المختصر المتمركز حول الحل في تنمية بعض مهارات تقرير المصير لدى المراهقين المكفوفين. *المجلة التربوية لكلية التربية بجامعة سوهاج، ٧٦ (٧٦)، ٢١٨٤ - ٢٢٦٢*.
- هالة أحمد عبدالحليم. (٢٠٢١). الخوف من فوات الاحداث "قومو" كمتغير وسيط في العلاقة بين تقدير الذات المنخفض وادمان استخدام مواقع التواصل الاجتماعي "الفيسبوك" لدى طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية، ٣٤ (٣٤)، ٤٩٢ - ٥٢٥*.

- Abel, J. Buff, C. & Burr, S. (2016). Social Media and the Fear of Missing out: Scal Development and Assessment . *Journal of Business & Economics Research*, 14 (1), 33 -43.
- Adams S., Murdock, K. Daly – Cano, M. & Rose, M. (2020). Sleep in the social World of College Students: Bridging inter Personal stress and Fear of Missing out with Mental health. *Behavior Sciences*, 10, (54), Doi: 10.3390/ bs 10020054.
- Adams, S. (2016). The Young and Restless: Socializing Trumps Sleep, Fear of Missing out and Technological Distractions in First year College Students. *Journal of Womens Health Care*, 5(1), Dio:10.4172121670420.1000299.
- Ajoke, O., & Foluke, O. (2017). Influence of Ego Integrity and Health Status on Death Anxiety of Adults in Ekiti State, Nigeria. *Ife Centre for Psychological Studies*, 24(1), 97 – 103.
- Akbari, M., Seydavi, M., Palmieri, S., Mansueto, G., Caselli, G., & Spada, M. M. (2021). Fear of missing out (FoMO) and internet use: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(4), 879-900.
- Akgül-Gündoğdu, N., & Selçuk-Tosun, A. (2023). Effect of solution-focused approach on problematic internet use, health behaviors in schoolchildren. *Journal of Pediatric Nursing*, 68, e43-e49.
- Al-Furaih, S. A., & Al-Awidi, H. M. (2021). Fear of missing out (FoMO) among undergraduate students in relation to attention distraction and learning disengagement in lectures. *Education and Information Technologies*, 26(2), 2355-2373.
- Aliaj,B. (2016). The level of stress, anxiety and depression in mothers of autistic, down syndrome and typical development children in albania. *Journal of Education & Social Policy*, 3 (6), 32-35.
- Alt, D., & Boniel-Nissim, M. (2018). Parent–adolescent communication and problematic internet use: The mediating role of fear of missing out (FoMO). *Journal of Family Issues*, 39(13), 3391-3409.
- Alutaybi., AL – Thani, D., Mc Alaney, J. & Ali, R. (2020). Combating Ting Fear of Missing out (FOMO) on Social Media: the FOMO R Method. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (6128) doi:10.3390/ijerph17176128.
- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-(5th Ed)*. Washington , DC.
- Anderson, E. (2018). Externalizing behavioral symptoms in adjudicated youth and solution-focused brief therapy delivered through video conferencing. *Ph.D*, University of Central Arkansas.
- Ardi, Z., Ifdil, I., Orji, C. T., & Zola, N. (2023). Investigation of online counseling with solution focused brief counseling-based

- implementation for students with severe academic stress conditions. *Jurnal Konseling dan Pendidikan*, 10(3).
- Aurel, J.& Paramita, S. (2021). FOMO and JOMO phenomenon of active millennial instagram users at 2020 in Jacarta. Proceedings of the International conferences on Ecomics ,Business, Social and Humunities ,570,722-729.
- Bannink, F. P. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 37(2), 87-94.
- Barry, C. T., Sidoti, C. L., Briggs, S. M., Reiter, S. R., & Lindsey, R. A. (2017). Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *Journal of adolescence*, 61, 1-11.
- Beyebach, M. (2014). Change factors in solution-focused brief therapy: A review of the Salamanca studies. *Journal of Systemic Therapies*, 33(1), 62-77.
- Bloemen, N., & De Coninck, D. (2020). Social media and fear of missing out in adolescents: The role of family characteristics. *Social Media+ Society*, 6(4), 2056305120965517.
- Bozkurt, G., Uysal, G. & Düzkaya, D. (2019). Examination of care burden and stress coping styles of parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 47, 142-149.
- Bozo, Ö., Tunca, A., & Šimšek, Y. (2009). The effect of death anxiety and age on health-promoting behaviors: A terror-management theory perspective. *The Journal of Psychology*, 143(4), 377-389.
- Brewer, A. (2018). "We were on our own": Mothers' experiences navigating a fragmented system of professional care for autism. *Social Science & Medicine*, 215, 61-68.
- Bright, L. & Logan, K. (2018). Is My Fear of Missing out (FOMO) Causing fatigue? Advertising, Social media Fatigue, and the implications for Consumers and Brands. *Internet Res*, 28, (5), 1213 – 1227.
- Can, G. & Satici, S. (2019). Adaptation of Fear of Missing out Scale (FOMOS): Turkish Version Validity and Reliability study. *Psicologia: Reflexão Crítica* 32 (2). doi. org 110. 1186/s 41155 – 019 -0117-4.
- Casey, L., Zankas, S., Meindl, J., Parra, G., Cogdal, P., & Powell, K. (2012). Parental symptoms of posttraumatic stress following a child's diagnosis of autism spectrum disorder: A pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1186-1193.
- Chow, H. (2017). A Time to be Born and A Time to be Die: Exploring the Determinants of Death Anxiety Among University Students in A

- Western Canadian City. *Journal of Death Studies*, 41(6), 345 – 352.
- Ciuffardi, G., Scavelli, S &Leonardi,A. (2013). Solution-focused brief therapy in combination with fantasy and creative language in working with children: A Brief Report. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 1 (1), 44-51.
- Connell, M. (2014). Modifying academic performance using online grade book review during solution-focused brief therapy. *PhD*, Walden University.
- Cousin, L. (2021). *Coping Skills Curriculum for Fourth and Fifth Grade Students with Social Anxiety* (Doctoral dissertation, California State University, Northridge).
- Crombie,K., Ross,M., Letkiewicz,A., Sartin-Tarm,A & Cisler,J. (2021). Differential relationships of PTSD symptom clusters with cortical thickness and grey matter volumes among women with PTSD. *Scientific reports*, 1-14.
- Daki, J., & Savage, R. S. (2010). Solution-focused brief therapy: Impacts on academic and emotional difficulties. *The Journal of Educational Research*, 103(5), 309-326.
- Damirchi, E., Mojarrad, A., Pireinaladin, S., & Grjibovski, A. (2020). The Role of Self-Talk in Predicting Death Anxiety, Obsessive - Compulsive Disorder, and Coping Strategies in the Face of Coronavirus Disease (COVID -19). *Iran Journal Psychiatry*, 15(3), 182 – 188.
- Das,S., Das,B., Nath,K., Dutta,A., Bora,P & Hazarika,M. (2017). Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with autism: A North East India-based study. *Asian Journal of Psychiatry*, 28 , 133–139.
- Davis, S., Bremer, S., Anderson, B., & Tramill, J. (2014). The Interrelationships of Ego Strength, Self-Esteem, Death Anxiety, and Gender in Undergraduate College Students. *The Journal of General Psychology*, 108 (1), 55 -59.
- De Shazer, S., & Berg, I. K. (1997). ‘What works?’Remarks on research aspects of solution-focused brief therapy. *Journal of Family therapy*, 19(2), 121-124.
- De Shazer, S., & Isebaert, L. (2004). The Bruges model: A solution-focused approach to problem drinking. *Journal of Family Psychotherapy*, 14(4), 43-52.
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2021). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Routledge.

- Dempsey, A. E., O'Brien, K. D., Tiarniyu, M. F., & Elhai, J. D. (2019). Fear of missing out (FoMO) and rumination mediate relations between social anxiety and problematic Facebook use. *Addictive Behaviors Reports, 9*, 100150.
- Deniz, M. (2021). Fear of Missing out (Fomo) Mediate Relations Between Social Self –Efficacy and life Satisfaction. *Psicolonia Relfexaoe critica, 34* (28), 1- 9.
- Dhir, A., Yossatorn, Y., Kaur, P., & Chen, S. (2018). Online social media fatigue and psychological wellbeing—A study of compulsive use, fear of missing out, fatigue, anxiety and depression. *International Journal of Information Management, 40*, 141-152.
- Dykman, A. (2012). The Fear of Missing Out. Diakses April 2016 melalui artikel dalam Forbes:
- Finlayson, B. T., Jones, E., & Pickens, J. C. (2023). Solution focused brief therapy telemental health suicide intervention. *Contemporary family therapy, 45*(1), 49-60.
- Fonkoue, I., Michopoulos, V & Park, J. (2020). Sex differences in post-traumatic stress disorder risk: autonomic control and inflammation. *Clinical Autonomic Research, 30*, 409-431.
- Foy, S. (2017). *Solution focused brief therapy: An introduction*. Springer.
- Gabriele, D., Ceccarelli, G., Santinelli, L., Vassalini, P., Innocenti, G., Alessandri, F et al. (2021). Post-Traumatic Stress Symptoms in Healthcare Workers Dealing with the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health, 18* (2), 1-16.
- Garrow, S., & Walker, J. (2001). Existential Group and Death Anxiety. *Adult Span Journal, 3*(2), 77 – 87.
- Gezgin, D., Hamutoglu, N., Gemikonakli, o. & Kaman, I. (2017). Social Networks Users: fear of Missing out in Preservice teachers. *Journal of Education and Practice, & (17)* 156 – 163.
- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family process, 39*(4), 477-498.
- Gingerich, W. J., Kim, J. S., Stams, G. J., & Macdonald, A. J. (2012). Solution-focused brief therapy outcome research.
- Gioia, F., Fioravanti, G., Casale, S. & Boursier, V. (2021). The affects of the Fear of Missing out on People's Social Networking Sites Use During the Covid-19 Pandemic: the Mediating Role of online Relational Closeness and Individuals online Communication Atitude. *Frontiers in Psychiatry* , 12, Doi:10.3389/fpsyt. 2021. 620442.

- Gonen, G., Kaymak, S. U., Cankurtaran, E. S., Kararlioglu, E. H., Ozalp, E., & Soygur, H. (2012). The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *Journal of psychosocial oncology*, 30(3), 347-358.
- Gribbin, G. (2017). Keeping up with young people and a changing counselling environment: exploring the use of between session text messages to support face-to-face counselling.
- Gullu, B. & Serin, H. (2020). The Relationship Between Fear of Missing out (FOMO) Levels and Cyber loafing Behavior of Teachers. *Journal of Education and Learning*, 7 (5), 205 – 214.
- Hartley, S., Papp, L & Bolt, D. (2018). spillover of marital interactions and parenting stress in families of children with autism spectrum disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 47, 1-23.
- Hayran , C. & Anik, L. (2021). Well Being and Fear of Missing out (FOMO) on Digital Content in the Time of Covid-19: A Correlational analysis among University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1974, <https://doi.org/10.3390/ijerph18041974>.
- Hendawy, O., Alharbi, K., Parmbi, D., Alshammari, M & Shah, M. (2020). Post-traumatic Stress Disorders (PTSD). In Mathew, B & Parmbi, D. (2020). *Principles of Neurochemistry*. Springer International Publishing.
- Hetz, P. R., Dawson, C. L., & Cullen, T. A. (2015). Social media use and the fear of missing out (FoMO) while studying abroad. *Journal of Research on Technology in Education*, 47(4), 259-272.
- Hodgetts, S., McConnell, D., Zwaigenbaum, L., & Nicholas, D. (2016). The impact of autism services on mothers 'psychological wellbeing. *Child: Care, Health and Development*, 43(1), 18–30.
- Hodkinson, C. (2019). 'Fear of Missing Out'(FOMO) marketing appeals: A conceptual model. *Journal of Marketing Communications*, 25(1), 65-88.
- Hou, Y., Stewart, L., Iao, L & Wu, C. (2017). Parenting stress and depressive symptoms in Taiwanese mothers of young children with autism spectrum disorder: Association with children's behavioural problems. *J Appl Res Intellect Disabil*, 1-9.
- Hsu, W & Wang, C. (2011). Integrating asian clients' filial piety beliefs into solution-focused brief therapy. *Int J Adv Counselling*, 33, 322-334.
- Hutchinson, L., Feder, M., Abar, B., & Winsler, A. (2016). Relations between parenting stress, parenting style, and child executive functioning for children with ADHD or autism. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3644–3656.

- Iveson, C.(2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 8(2), 149-156.
- Kacker, P., & Saurav, S. (2020). Correlation of missing out (fomo), anxiety and aggression of young adults. *International Journal of Research-Granthaalayah*, 8(5), 132-138.
- Kavakli, M., Mehmet, A., Uguz, F., & Turkmen, O. (2021). The Mediating Role of Self-Compassion in the Relationship Between Perceived COVID-19 Threat and Death Anxiety. *Turkish J Clinical Psychiatry*, 23(1), 15 – 23.
- Kenney, J. (2010). Solution focused brief intervention for caregivers of children with autism spectrum disorder: A Single Subject Design. *Ph.D*, Walden University.
- Kiani,F., Khodabakhsh,M & Hashjin,H. (2014). Comparison of parenting-related stress and depression symptoms in mothers of children with and without autism spectrum disorders (ASD). *International Journal of Pediatrics*, 2 (3), 31-37.
- Kim, J. S., Brook, J., & Akin, B. A. (2018). Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: A randomized controlled trial study. *Research on Social Work Practice*, 28(4), 452-462.
- Kim,H. (2006). Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. *PhD*, University of New York.
- Kim,J& Franklin, C. (2009). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review*,31(4),464-470.
- Kim,J. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 18 (2), 107-116.
- Kim,J., Jordan,S., Franklin,C & Froerer,A. (2019). Is solution-focused brief therapy evidence-based? an update 10 years later. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 100(2), 127-138.
- Koca, F., & Saatçı, F. (2022). The Mediator Role of Fear of Missing Out in the Parent-Adolescent Relationship Quality and Problematic Internet Use. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1897-1912.
- Kok-Mun, N., Parikh, S & Guo, L. (2012). Integrative solution-focused brief therapy with a Chinese Female college student dealing with relationship loss. *Int J Adv Counselling*, 34, 211-234.
- Landon, J., Shepherd, D., & Goedeke, S. (2018). Predictors of satisfaction with life in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 1640-1650.

- Lee, M. Y. (1997). A study of solution-focused brief family therapy: Outcomes and issues. *American journal of family therapy*, 25(1), 3-17.
- Lucas, M. (Ed.). (2020). *101 coaching supervision techniques, approaches, enquiries and experiments*. Routledge.
- Maeng,L & Milad,M. (2017). Post-traumatic stress disorder: the relationship between the fear response and chronic stress. *Chronic Stress*, 1, 1-13.
- Mallari, E. F. I., Theresa Anadio, M., Diane Bombita, F., Espiritu, A., Geronimo, R., & Ceazar Herrera, J. (2023). Fear of Missing Out (FOMO) and Academic Performance of College Students During the COVID-19 Pandemic: A Brief Report. *North American Journal of Psychology*, 25(1).
- Menzies, R. E., Sharpe, L., Helgadóttir, F. D., & Dar-Nimrod, I. (2021). Overcome death anxiety: the development of an online cognitive behaviour therapy programme for fears of death. *Behaviour Change*, 38(4), 235-249.
- Neimeyer, R. A. (2015). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A., & Van Brunt, D. (2018). Death anxiety. *Dying: Facing the facts*, 49-88.
- Neipp, M. C., & Beyebach, M. (2022). The global outcomes of solution-focused brief therapy: A revision. *The American Journal of Family Therapy*, 1-18.
- Newsome, W. S. (2005). The impact of solution-focused brief therapy with at-risk junior high school students. *Children & Schools*, 27(2), 83-90.
- Nicholas,A. (2015). Solution focused brief therapy with children who stutter. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193, 209-216.
- Ogunsakin,O. (2015). Post-traumatic stress disorder: Perspective on the role of solution-focused brief therapy. *The International Journal of Health, Wellness, and Society*, 4 (3), 17-33.
- Ozcan, H. M., & Umut, K. O. Ç. (2023). The role of fear of missing out (FoMO) in the relationship between personality traits and cyberloafing. *Ege Academic Review*, 23(1), 11-26.
- Panisch,L&Audre,H. (2020). The Effectiveness of Using Neurofeedback in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3) 541-550.
- Parent, N., Dadgar, K., Xiao, B., Hesse, C., & Shapka, J. D. (2021). Social disconnection during COVID-19: The role of attachment, fear of missing out, and smartphone use. *Journal of Research on Adolescence*, 31(3), 748-763.

- Parker, M., Diamond, R. & Guercio, D. (2019). Care coordination of autism spectrum disorder: a solution-focused approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-9.
- Petrongolo, M. (2014). Stress in mothers of newly diagnosed children with autism spectrum disorders: barriers to care, use of support services, and child behavior. *PhD*, Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- Pichot, T., & Dolan, Y. M. (2014). *Solution-focused brief therapy: Its effective use in agency settings*. Routledge.
- Przybylski, A., Murayamu, K., Dehaan, R. & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional and behavioral Correlates of Fear of Missing Out. *Computers in Human Behavior*, 29, 1841 – 1848.
- Ratner, H., George, E., & Iveson, C. (2012). *Solution focused brief therapy: 100 key points and techniques*. Routledge.
- Reddy, P. D., Thirumoorthy, A., Vijayalakshmi, P., & Hamza, M. A. (2015). Effectiveness of solution-focused brief therapy for an adolescent girl with moderate depression. *Indian journal of psychological medicine*, 37(1), 87-89.
- Rees, I. (2005). Solution focused brief therapy as perceived by educational psychologist and adolescent client. *PhD*, University of Wales.
- Reyes, M., Marasigan, J., Jaycell, H., Laimeg, K., Hernandez, M., Medios, M. & Cayubit, R. (2018). Fear of Missing out and its Link With Social Media and Problematic Internet Use Among Flipiones. *North American Journal of Psychology*, 20 (3), 503 – 518.
- Richmond, C. (2007). A study of intake and assessment in solution-focused brief therapy. *PhD*, Faculty of The Graduate College.
- Richter, K. (2018). Fear of missing out, social media abuse, and parenting styles.
- Roberts, J. A., & David, M. E. (2020). The social media party: Fear of missing out (FoMO), social media intensity, connection, and well-being. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 36(4), 386-392.
- Rogers, A. & Barber, L. (2018). Addressing Fomo and Telepressure among university students: Could a Technology intervention help With Social Media Use and Sleep Disruptions. *Computers in Human Behavior*, 93, 192- 199.
- Rozgonjuk, D., Sindermann, C., Elhai, J. D., & Montag, C. (2021). Individual differences in Fear of Missing Out (FoMO): Age, gender, and the Big Five personality trait domains, facets, and items. *Personality and Individual Differences*, 171, 110546.

- Schmuck, D. (2021). Following Social Media Influencers in Early Adolescence: Fear of missing out, social well-being and supportive communication with parents. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 26(5), 245-264.
- Schnabel, A., Hallford, D., Stewart, M., McGillivray, J., Forbes, D & Austin, D. (2020). An initial examination of post-traumatic stress disorder in mothers of children with autism spectrum disorder: challenging child behaviors as criterion A Traumatic Stressors. *Autism Research*, 1-10.
- Scott, H., Gordani, M., Biello, S. & Woods, H. (2017). Social Media Use, Fear of Missing out and Sleep out Comes in Adolescence. *Journal of institute of Neuroscience & Psychology*, (٧) 41- 42.
- Sela, Y., Zach, M., Amichay-Hamburger, Y., Mishali, M., & Omer, H. (2020). Family environment and problematic internet use among adolescents: The mediating roles of depression and fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 106, 106226.
- Shabahang, R., Aruguete, M. S., & Shim, H. (2021). Online news addiction: Future anxiety, fear of missing out on news, and interpersonal trust contribute to excessive online news consumption. *Online Journal of Communication and Media Technologies*, 11(2), e202105.
- Siman-Tov, A & Kaniel, S. (2011). Stress and Personal Resource as Predictors of the Adjustment of Parents to Autistic Children: A Multivariate Model. *J Autism Dev Disord* , 41,879–890.
- Stewart, M., Schnabel, A., Hallford, D., McGillivray, J., Foster, M., Shandley, K & Austin, D. (2020). Challenging child behaviours positively predict symptoms of posttraumatic stress disorder in parents of children with autism spectrum disorder and rare diseases. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 69, 1-9.
- Tandon, A., Dhir, A., Almugren, I., AlNemer, G. N., & Mäntymäki, M. (2021). Fear of missing out (FoMO) among social media users: a systematic literature review, synthesis and framework for future research. *Internet Research*.
- Tandon, A., Dhir, A., Talwar, S., Kaur, P., & Mäntymäki, M. (2022). Social media induced fear of missing out (FoMO) and phubbing: Behavioural, relational and psychological outcomes. *Technological Forecasting and Social Change*, 174, 121149.
- Tandon, A., Dhir, A., Tarwar, S. Kaur & Manty, M. (2021). Dark consequences of Social Media – induced Fear of Missing out (FOMO): Social Media Stalking, Comparisons, and fatigue. *Technological Forecasting & Social Change*, 171, 1- 15.

- Tanhan, F., Özok, H. İ., & Tayiz, V. (2022). Fear of missing out (FoMO): A current review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 14(1), 74-85.
- Taylor, W. (2013). Effects of solution-focused brief therapy group counseling on generalized anxiety disorder. PhD, Walden University.
- Ubiwa, J. A. (2020). *The Effects of Social Media on Couple Relationships: Clinical and Research Implications* (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).
- Wang, P.; Michaels, C & Day, M. (2011). Stresses and coping strategies of chinese families with children with autism and other developmental disabilities. *J Autism Dev Disord* , 41,: 783–795.
- Wang, Y., Liu, B., Zhang, L., & Zhang, P. (2022). Anxiety, depression, and stress are associated with internet gaming disorder during COVID-19: fear of missing out as a mediator. *Frontiers in psychiatry*, 13, 74.
- Wettersten, K.(2000). Solution-focused brief therapy, the working alliance, and outcome: A comparative analysis. *PhD*, University of Kansas.
- Wienser, L. (2017) Fighting FOMO A study on Implications For Solving the Phenomenon of the Fear of Missing out Master thesis university of Twente.
- Wilson, J. (2015). Hope-focused solutions: A relational hope focus of the solution-building stages in solution-focused brief therapy. *PhD*, Nova Southeastern University.
- Wolniewicz, C., Tiamiyu, M., Weeks, J. & Elhai, J. (2018). Problematic Smartphone Use and Relations With Negative affect, Fear of Missing out, and Fear of Negative and Positive evolution, *Psychiatry Res*, 262, 218 – 623.
- Wong, L. P., Alias, H., Tan, S. L., Sia, T. E., & Saw, A. (2022). An Exploration of Death Anxiety of Family Members of Silent Mentor Body Donation Program. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228221132902.
- Young, S., & Holdorf, G. (2003). Using solution focused brief therapy in individual referrals for bullying. *Educational Psychology in Practice*, 19(4), 271-282.
- Yu, S. C., Chen, H. R., Liu, A. C., & Lee, H. Y. (2020, December). Toward COVID-19 information: infodemic or fear of missing out?. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 4, p. 550). MDPI.
- Zhang, W., Yan, T., Du, Y & Liu, X. (2014). Brief report: Effects of solution-focused brief therapy group-work on promoting post-traumatic growth of mothers who have a child with ASD. *J Autism Dev Disord*, 44, 2052–2056.