

مشاركة الأمهات لأطفالهن الذاتويين في الخطة العلاجية مدخل لتحسين الصحة النفسية لديهن

إعداد

أ.د/ حمدى محمد ياسين أ.م.د/ محمد رزق البحيري

أستاذ علم النفس التربوي كلية البناتأستاذ علم النفس التربوي كلية البنات .

جامعة عين شمس جامعة عين شمس

دينا على أحمد على الإسكندراني

مقدمة

أظهرت دراسات متعددة، أن أسر الأطفال الذاتويين يخبرون استجابة صدمية بصورة متكررة خلال دورة حياة أطفالهم ، ويعانون عادةً من أعراض الصدمة ، وكذلك فإن عائلاتهم الممتدة وأصدقاءهم وزملاءهم يشعرون بالانزعاج من الطفل ، ولذلك تميل أسرة الطفل للعزلة المصحوبة بالخوف والغضب والقلق.

ويلاحظ أن أسرة الطفل الذاتوي تتحمل كثيراً من الضغوط والصعوبات منذ الفترة السابقة لتشخيص حالة الطفل تشخيصاً دقيقاً ، مروراً برحلة العلاج والتأهيل الطويلة التي تتعرض فيها الأسرة للكثير من الانفعالات السلبية مثل الحزن والأسى والإحباط واليأس والاكتئاب، مما يؤدي بشكل أو بآخر إلى إصابة الوالدين – أحدهما أو كلاهما – بأى شكل من أشكال سوء التوافق النفسي والاجتماعي ، وتعد إصابة الطفل بالذاتوية بمثابة صدمة تؤثر سلباً على الأسرة بوجه عام، وعلى الأم وصحتها النفسية بوجه خاص. (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ص١٦-١٨)

ولقد اهتمت دراسات متعددة في مجال الصحة النفسية بدراسة مدى تأثير الصحة النفسية في حالة فقدان الفرد العزيز، أو إصابته بمرض خطير، كما أشارت بعض الدراسات إلى فعالية برامج التدخل للذاتويين التي يتوسطها الآباء في خفض سمات الذاتوية، وكذلك في خفض الضغوط النفسية لدى الآباء. (Inalegwu, et al., 2013) كما أوضحت بعض الدراسات أن تدريب الآباء على التدخل مع الأطفال، قد يساعد في استمرار التوافق الوالدي بعد تشخيص الطفل باضطراب طيف الذاتوية، حيث يؤدي إلى زيادة التفكير الإيجابي، وتحسن أساليب المعاملة الوالدية وتقبل الأبناء. (Annette Estes, et al., 2013) وي طرح السؤال نفسه إلى أى مدى يسهم تدخل أمهات الذاتويين في الخطة العلاجية لأبنائهن في تحسين صحتهن النفسية؟ وهنا تثار المشكلة.

أولاً: مشكلة الدراسة ومحدداتها: نطرح مشكلة الدراسة ونوضح محدداتها في ضوء المتغيرات الآتية:

١. مشكلة الدراسة وأسئلتها: تتحدد مشكلة الدراسة من خلال الأشكاليات التالية:

(أ) إشكالية تحسين الصحة النفسية لأمهات الأطفال الذاتويين عن طريق إشراكهن في الخطة العلاجية لأبنائهن: كشفت نتائج دراسة (Jonathan Green, et al., 2010) عن أن تدريب الآباء على برامج التدخل الخاصة بأطفالهم قد أدى إلى انخفاض الضغوط النفسية لدى الوالدين.

كما قام (Ozcan Karaaslan, et al., 2011) بعمل دراسة حالة لطفلين وأمهم، ولقد أقرت الأمهات أن التدريس الإيجابي لأطفالهن قد ساعدهن على تعلم كيفية التفاعل مع أطفالهن بطريقة أكثر فاعلية مما أدى إلى تفاعلات أكثر إمتاعاً وأطول وقتاً ، مما أدى بدوره إلى انخفاض الضغوط لديهن. وفي السياق ذاته وجد (Inalegwu, et al., 2013) من خلال المراجعة دليلاً على انخفاض الضغوط الوالدية لأمهات الأطفال الذاتويين نتيجة لتضمينهم برامج التدخل الخاصة بأبنائهم.

وبناء على ماتقدم نطرح السؤالين الأول والثاني:

السؤال الأول: هل تتحسن الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال الذاتويين المشتركات بالخطة العلاجية لأبنائهن (المجموعة التجريبية)؟

السؤال الثاني: هل تتحسن الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال الذاتويين غير المشتركات بالخطة العلاجية لأبنائهن (المجموعة الضابطة)؟

(ب) إشكالية الفرق في تحسن الصحة النفسية بين أمهات الأطفال الذاتويين المشاركات وغير المشاركات في الخطة العلاجية لأبنائهن: أظهرت نتائج المراجعة للدراسات السابقة التي قام بها (AJ Beaudoin et al., 2006) أن الآباء عند إشراكهم في برامج التدخل الخاصة بأبنائهم كانوا

أكثر قدرة على تطبيقها، بل وتطوير استراتيجيات جديدة، وكانوا أكثر شعوراً بالرضا وأحسن صحة نفسية مقارنة بالمجموعات الضابطة. كما أسفرت مراجعة (MC Conachie & Diggle, 2008) لـ ١٢ دراسة عن أن الآباء في مجموعة التدريب الوالدي كانت لديهم معرفة أكثر جوهرية بالذاتوية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد التدخل، كما كان لدى الأمهات المشتركات في مجموعة التدريب مستويات أقل من الاكتئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة وذلك بعد تطبيق التدخل مع الأطفال.

وبناءً على ذلك نطرح السؤال الثالث:

السؤال الثالث: هل تختلف الصحة النفسية باختلاف القياسين القبلي والبعدي لمجموعتي الدراسة المشاركات وغير المشاركات في الخطة العلاجية لأبنائهن الذاتويين؟

(ج) إشكالية أي مكونات الصحة النفسية أكثر تحسناً لدى أمهات الذاتويين المشاركات في الخطة العلاجية لأبنائهن: أظهرت دراسة (CR Petersen, 2014) أن تدخل اللعب الوالدي المكثف كان له تأثيراً إيجابياً في السلوكيات الوالدية في الاستجابة للطفل، وكذلك في الشعور بالرضا والتوافق مع الذات. أما دراسة (Sally Rogers, et al., 2012) فقد كشفت عن تحسن في مهارات التفاعل والتحكم الانفعالي لدى الأمهات وتعاوناً أفضل مع المعالجين وأفكار أكثر إيجابية حول أبنائهن وذلك بعد إشراكهن في برنامج التدخل لأبنائهن، وبناءً على ذلك نطرح السؤال الرابع:

السؤال الرابع: ما أكثر مكونات الصحة النفسية تحسناً لدى أمهات المجموعة التجريبية؟

٢. أدوات الدراسة: تعتمد الدراسة على أداة تشخيصية تتمثل بمقياس الصحة النفسية (إعداد الباحثين).

٣. عينة الدراسة: تتحدد نتائج الدراسة في ضوء العينة وخصائصها، وقد اعتمدت الدراسة على عينة من أمهات الأطفال الذاتويين، وسيرد فيما بعد خصائص تلك العينة.

٤. الإطار الزمني: تم تطبيق الدراسة خلال شهور فبراير ومارس وإبريل من عام ٢٠١٥م.

٥. الإطار المكاني: تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية من أمهات الأطفال الذاتويين الموجودين بعدة مراكز تأهيل هي: مركز أيادي للتخاطب- دار الحنان- مركز التدخل المبكر وتنمية قدرات الطفل، أما الخطة العلاجية فلقد تم تنفيذها بمركز أيادي وبحضانة كادي أكاديمي.

ثانياً: أهمية الدراسة: تتمثل أهمية الدراسة في الاعتبارات التالية:

تأتي أهمية هذه الدراسة من حساسية متغيراتها؛ فنظراً لتزايد الاهتمام بشريحة الذاتويين، وجب الاهتمام بالصحة النفسية المحيطة بالطفل وذويه. ويلاحظ أنه على الرغم من الاهتمام بالضغط الوالدية لهذه الفئة من المجتمع وكيفية خفضها، إلا أنها لم تتناول مدى فاعلية إشراك مانحي الرعاية للطفل في خطته العلاجية، وأثره على مانحي الرعاية أنفسهم في خفض التوتر، وزيادة المشاعر الإيجابية والوعي لديهم. كما تعزى أهمية الدراسة لإعداد مقياس الصحة النفسية لدى أمهات الذاتويين. كما تفيد هذه الدراسة العاملين بمجال الإرشاد النفسي، وكذلك العاملين بمجال تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تقدم لهم إطاراً لفهم أهمية إشراك الآباء في برامج التدخل الخاصة بأبنائهم، والتأثير الإيجابي للتعاون المشترك بين الأسرة والمعالج من ناحية، ومدى فعالية هذا الاشتراك في تحسين التوافق والصحة النفسية للآباء من ناحية أخرى.

الإطار النظري والدراسات السابقة: سنتناول الإطار النظري لمتغيرات الدراسة على النحو التالي:

أولاً: الذاتية وتعريفاتها النظرية والأجرائية:

أ- **التعريف النظري:** في ضوء تحليل التعريفات السابقة لكل من أحمد عكاشة سنة ٢٠٠٠، وعبد الرحمن سليمان سنة ٢٠٠١ وتعريف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع سنة ١٩٩٨، وتعريف الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس سنة ٢٠١٣، والنظريات المعنية بهذا المفهوم يمكن صياغة التعريف النظري لمفهوم طيف الذاتوية على أنه:

أحد اضطرابات النمو العصبية، وتشخيصها يقابل الطفل المعايير التالية: ظهور عجز في التواصل والتفاعل الاجتماعي، ووجود أنماط مقيدة ومتكررة من السلوك والإهتمامات أو الأنشطة، ويجب أن تظهر السمات في مرحلة الطفولة المبكرة وتحد هذه السمات وتضعف من الأداء الوظيفي اليومي.

ب- **التعريف الإجرائي:** أسفرت التحليلات المبدئية للتعريفات السابقة، وكذلك مكونات مقاييس كرج، وأريك، وألموند سنة ١٩٨٠، و فريمان، وريتفو، وسكروز سنة ١٩٨٤، وسيجل وآخرين سنة ١٩٨٦، وعبد الموجود عبد السميع سنة ٢٠١٤ عن التعريف التالي:

اضطراب طيف الذاتوية هو ضعف التواصل الاجتماعي، وقصور في المحاكاة والتقليد، وشذوذ في الاستجابات الانفعالية وفي حركات الجسم وفي استخدام الأشياء، والتصميم على الالتزام بالروتين ومقاومة التغيير، والاستخدام الشاذ للحواس (البصر والسمع والشم واللمس والتذوق)، والخوف المرضي من بعض المثيرات التي لاتخيف أقرانه، وضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وقصور في الإهتمامات والأنشطة، وظهور أنماط التقيد والتكرارية في السلوك. ويتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها الطفل على المقياس المستخدم في الدراسة.

تشخيص الذاتوية: وجد كل من لورنا وينج وجودي جولد أن هناك صعوبات في النمو تشكل ملامح متجمعة يشار إليها بثلاثية وينج لاضطراب الذاتوية؛ وهي:

١- تلف وانحراف وتأخر شديد في النمو الاجتماعي.

٢- تلف وانحراف في اللغة والاتصال (اللفظي وغير اللفظي).

٣- تصلب التفكير والسلوك والخيال الفقير. (R.Jordan&S.Powell,p.1-2)

أما التشخيص في ضوء الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع: فقد توصل الإكلينيكيون إلى صلاحية الذاتوية باعتبارها فئة تشخيصية، وكذلك الملامح المتمركزة حول تعريفها، وقد ساعد هذا الاتفاق على إمكانية تقارب النظامين التشخيصيين الأساسيين: الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية لرابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين DSM IV، والإصدار العاشر للتصنيف الدولي للأمراض ICD لمنظمة الصحة العالمية WHO, 1992. وعلى الرغم من بعض الاختلافات، فهذه الأنظمة التشخيصية الأساسية أصبحت متشابهة أكثر من تباينها؛ مما سهل تطوير مفاتيح التقييمات التشخيصية للخطوط الإرشادية الواضحة العالمية المتفق عليها. (Fred R. Volkmar, et al., p.5)

ويمكن تلخيص مقياس التشخيص للدليل الإحصائي الرابع DSM IV لاضطراب الذاتوية على النحو التالي:

١- مقياس ال DSM IV يشمل تلف التواصل الاجتماعي التكميلي، كما هو موضح في اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

أ-التلف الواضح في استخدام التواصل غير اللفظي.

ب-عجز في تطوير علاقات تحديق النظر مع الآخرين.

ج-فشل في البحث التلقائي عن فرص التفاعل مع الآخرين.

د-فقر في التفاعل الاجتماعي أو الانفعالي.

٢- مقياس ال DSM IV يشمل أيضاً تلف الاتصال أو التواصل (اللغوى) كما يتضح بواسطة واحدة على الأقل مما يلي:

أ-التأخر أو النقص الكامل في نمو اللغة المنطوقة.

ب-مع الأشخاص ذوى التحدث على نحو كاف، يكون هناك تلف في القدرة على بدء أو استكمال محادثة مع الآخرين.

ج-استخدام اللغة المتكرر و النمطي، أو اللغة السمتية (الشيمية).

د-فقر في التنوع، والنمو المحدد في لعب صناعة المعتقد والتقليد الاجتماعي.

٣- أخيراً فمقياس ال DSM IV يتضمن النماذج النمطية والتكرارية في السلوك والأنشطة والاهتمامات، كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:

أ-الانشغال الملحوظ بواحدة أو أكثر من النماذج المحددة والنمطية للاهتمام، والذي يكون شاداً في تكثيفه.

ب-التمسك المتعنت بالروتين أو الطقوس.

ج-الحركات الأدائية التكرارية النمطية؛ مثل: تخبيط أو التواء الأصابع أو اليد، أو حركات الجسم الكلية.

د-الانشغال بإصرار بالعناصر أو الموضوعات. (R.L. Simpson & B.S. Myles, 1998, p.3-4)

أدوات تشخيص وقياس الذاتية: من الأدوات التي كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية مايلي:

١-قائمة السلوك الذاتي (Autistic Behavior Checklist (A.B.C) أعداد Krieg, Eric, Almond عام ١٩٨٠.

٢-نظام الملاحظة السلوكي (Behavior Observation System (B.O.S)، وأعد هذه الأداة كل من: Freeman, Rtivo, Scroze عام ١٩٨٤.

٣-مقياس ريتفو- فريمان لتقدير مواقف الحياة الواقعية Rtivo- Freeman, Real Life Rating (Scale (R.L.R.S).

٤-مقياس ملاحظة الذاتية (Autism Observation Scale (A.O.S) Seagull, et al عام ١٩٨٦.

٥-مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال Children's Psychiatric Rating Scale,1973 ((C.P.R.S).

٦-قائمة ريملاند التشخيصية للأطفال ذوى السلوك المضطرب، الطبعة الثانية: (Rim land's (Diagnostic Checklist for Behavior disturbed Children-E2,1971).

٧-مقياس تقدير ذاتوية الطفولة (كارز) Children Autism Rating (Scale,1980)(C.A.R.S).

وبالإضافة لهذه الأدوات؛ توجد أدوات أخرى تفيد في تشخيص المظاهر السلوكية لحالات الذاتية، ولكنها أقل استخداماً في الدراسات، ومنها:

١-المقابلة التشخيصية للذاتوية (A.D.I) والتي صممها Leucoter, et al عام ١٩٨٩.

٢- أداة تقدير السلوك الذاتوي والنمطي للأطفال (B.R.I.A.A.C)، وأعد هذه الأداة Rotenberg, et al. عام ١٩٦٦.

٣- جدول الملاحظة لتشخيص الذاتوية (A.D.O.S) وأعد هذه الأداة Lord, et al. عام ١٩٨٩.

٤- مقياس تقدير السلوك الموقوت (T.B.R.S)، وأعد هذا المقياس Cohen, et al. عام ١٩٧٨.

٥- مقياس تقدير النمطية الموقوتة (TBRS)، وأعد Kemble عام ١٩٨٥.

ولكي يكون التشخيص متكاملًا فلا بد من تشخيص الجانب المعرفي والعضوي للحالة، فيتم تشخيص القدرات المعرفية لدى الذاتوي باستخدام اختبارات الذكاء، وكان أكثرها استخداماً هو اختبار وكسلر المعدل (WISC-R)، وعادة يقتصر على الجزء العملي منه، كما يستخدم اختبار رسم الرجل، متاهة بورتوس، لوحة جودارد، اختبار استانفورد بينيه الصورة الخامسة، اختبار الذكاء المصور لأحمد ذكي صالح. ويجب الاعتماد على أكثر من اختبار لمعرفة العمر العقلي للحالة، كما ينبغي أن يتم التعامل مع النتيجة بحذر، وفي ضوء نتائج الملاحظة واختبارات سلوكية أخرى.

كما يجب ألا نهمل الجانب العضوي في التشخيص؛ فإن أهمية الفحص الطبي للطفل لاتقل بل تزيد عن أهمية الجوانب السلوكية الظاهرة، ومنها الفحص الكروموزومي، وفحص الجنين أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، والرسم الكهربائي للمخ.

ولما كانت الاضطرابات البيوكيميائية من العوامل المسببة للإصابة بالذاتوية، فكان من الضروري عند التشخيص الكامل للحالة فحص هذه الجوانب البيوكيميائية ومنها هرمون الدوبامين، وكذلك هرمون السيروتونين. (سهام عبد الغفار، ١٩٩٩، ص: ٦٢-٦٨)

الأساليب العلاجية للذاتوية: بالرغم من التقدم العلمي في مجال علاج الأمراض الجسمية والنفسية والعقلية، فإن اضطراب الذاتوية لم يحظ بعد بالدراسات الكافية، ولم يتم تحديد نسبة انتشاره في العالم العربي، ولم تقدم دراسات مستفيضة تحدد الأسباب، وطرق الوقاية والعلاج الفعال، فمزال هذا الاضطراب يكتنفه الغموض، ولا يزال تشخيصه من أكبر المشكلات التي تواجه العاملين في مجال علاج اضطراب الطفولة النفسية والسلوكية. (محمد خطاب، ٢٠٠٥، ص: ١١٢) وتنقسم الأساليب العلاجية إلى أربعة أساليب، هي:

أولاً: العلاج النفسي للذاتوية: هناك من الباحثين من يرى أن العلاج النفسي للطفل الاجتراري ينبغي أن يبدأ أولاً بإخراجه من قوقعته الذاتوية، وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن استخدام أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى، وكذلك استخدام أنشطة تستثير اللمسة وذلك باستخدام الموضوعات الجامدة. والمهم أن ندرك أنه من الخطر أن ندفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي، وذلك لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابة كتاتونية، أو إلى القيام بدفعات ذهانية حادة. ومن أساليب العلاج النفسي الواعدة للعب التمثيلي والسيكودراما. (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ص: ٨٩)

ثانياً: استخدام تعديل السلوك في علاج الذاتوية: ويمكن تلخيص خطوات تعديل السلوك في النقاط التالية:

أ- العمل على جذب انتباه الطفل أولاً.

ب- وجوب سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل.

ج- حث الطفل على الاستجابة عن طريق الملاءمة بين المطلوب تأديته وبين خبرات الطفل الحاضرة.

د- مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها.

هـ- ويلاحظ أنه من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل.

ثالثاً: العلاج الدوائي (البيولوجي أو العقاقيري) للذاتوية: يلاحظ أنه بسبب عدم وضوح طبيعة الأسباب الباثوفسيولوجية لإعاقة الذاتوية، فلا توجد أدوية أو علاجات لشفاء هذه الإعاقة. ويمكن أن تعطى فقط بعض الأدوية للسمات المصاحبة للذاتوية في حالة وجود مشكلات سلوكية شديدة. وقد تعطى الأدوية كذلك عندما توجد أعراض مصاحبة مثل الكآبة أو كثرة الحركة وعدم التركيز أو إيذاء الذات وغيرها. ويؤكد الباحثون على أن قرار البدء في العلاج بالأدوية يجب أن يسبقه تقييم شامل وكامل لحالة الطفل العصبية والنفسية، وكذلك درجة ذكائه.

رابعاً: العلاج البيئي للذاتوية: العلاج البيئي Environmental Therapy هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تناول ظروف حياة المريض أو بيئته المباشرة، كما يشير المصطلح إلى المفهوم الذي ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتمعاً علاجياً. وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي والفيزيقي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على نحو يساعد في الوصول إلى الشفاء. ويتضمن هذا العلاج تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة. (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ص: ١٤٤-١٥٢)

ثانياً: الصحة النفسية وتعريفاتها النظرية والأجرائية:

أ- التعريف النظري: في ضوء تحليل التعريفات السابقة لكل من: أحمد عبد الخالق سنة ٢٠٠٦، ورينجنز Ringness, 1963، وسميث Smith, 1959، وصموئيل مغاريوس (١٩٧٤)، وحامد زهران (١٩٧٨)، وصلاح مخيمر (١٩٧٩)، و جودا Jahoda, 1958، والنظريات المعنية بهذا المفهوم يمكن صياغة التعريف النظري لمفهوم الصحة النفسية على أنها:

حالة عقلية انفعالية مركبة، دائمة نسبياً من الشعور بأن كل شئ على ما يرام، والشعور بالسعادة مع الذات والآخرين، والشعور بالرضا والطمأنينة والأمن وسلامة العقل والأقبال على الحياة، مع الشعور بالنشاط والقوة والعافية، وهي متصل أو بعد له قطبين هما: الصحة النفسية في القطب الموجب مقابل الشذوذ السلبي في القطب السالب، مع درجات بينية متدرجة تتراوح بين هذين القطبين. ويمكن تحديد درجة أي فرد على هذا البعد عن طريق الأختبارات النفسية بأنواعها المتعددة.

ب- التعريف الإجرائي: أسفرت التحليلات المبدئية للتعريفات السابقة، وكذلك مكونات مقاييس الصحة النفسية لكل من أمين القريطي وعبد العزيز الشخص سنة ٢٠١٠، و Ruth Chu-lien (Chao, et al., 2010) (Robert L. Spitzer, et al., 2005) (Kessler, 2005) (Davies AR, Sherbourne CD, Peterson JR and Ware JE, 1998)، عن التعريف التالي:

الصحة النفسية هي الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس وفاعلية الذات، والقدرة على التوافق الاجتماعي، والنضج الانفعالي والقدرة على ضبط النفس والالتزان الانفعالي، والقدرة على توظيف الطاقات والأمكانات في أعمال مشبعة، والتحرر من الأعراض النفسجسمية، والبعد الأنساني والقيمي، وتقبل الذات وأوجه القصور العضوية والتوافق الذاتي، وذلك كما يتمثل في الدرجة التي تحصل عليها الأم على مقياس الصحة النفسية المستخدم بالدراسة.

نسبية الصحة النفسية: الصحة النفسية ليست حالة استاتيكية ثابتة إما أن تتحقق أو لا تتحقق، فمن بين الخصائص المهمة التي تميز الصحة النفسية أنها ذات دوام نسبي، وأن مؤشراتنا تتغير تبعاً لعدد من المتغيرات: فمستوى الصحة النفسية يختلف من فرد لآخر، ولدى الفرد الواحد من وقت لآخر تبعاً لنوع المواقف التي يتعرض لها، كما تختلف معاييرها تبعاً لمراحل النمو؛ فقد يعد سلوك ما سوياً في مرحلة عمرية معينة في حين يعد هذا السلوك غير سوي إن حدث في مرحلة أخرى.

وتتغير الصحة النفسية كذلك تبعاً لاختلاف الزمان؛ فالحكم على السلوك يختلف تبعاً لاختلاف العصور والأزمان إلا أن الاتجاه في مجال الصحة النفسية الآن يغلب عليه النظر إلى السلوك بمنظور أخلاقي. كما تتغير الصحة النفسية تبعاً لاختلاف المجتمعات؛ فباختلاف العادات والتقاليد من مجتمع لآخر تختلف معايير السلوك الدال على الصحة النفسية.

الصحة النفسية والفروق الفردية: تتوزع درجات الصحة النفسية تبعاً للخواص الأساسية لمنحنى التوزيع الاعتمادي. ويتوزع الناس على متصل الصحة النفسية على أساس مواقعهم التي يشغلونها تبعاً للمؤشرات السلوكية التي تصدر عنهم، وتوزيع هذه الدرجات اعتمادي، وتعد النظرة الكمية أصوب وأدق من النظرة الكيفية إلى الصحة النفسية.

ويمكن تحديد خمسة مستويات كما يلي: أولاً: المستوى الراقى وهم أصحاب الأنا القوية، وتبلغ نسبة الأفراد في هذه المجموعة ٢.٥%.

ثانياً: المستوى فوق المتوسط وهم يقلون عن المستوى الأول قليلاً، ولهم سلوك جيد وتبلغ نسبتهم ١٣.٥% تقريباً.

ثالثاً: المستوى المتوسط ويقع أصحابه في موقع وسط بين الصحة النفسية المرتفعة والمنخفضة، حيث تكون لديهم جوانب قوة وجوانب ضعف وتبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي ٦٨% ويمثلون أكبر فئة.

رابعاً: المستوى أقل من المتوسط وهم من يقلون عن المستوى المتوسط في الصحة النفسية، ويتسمون بدرجة من سوء التوافق، وتبلغ نسبتهم ١٣.٥% تقريباً.

خامساً: المستوى المنخفض وتكون لديهم أقل درجة من سوء التوافق وأعلى اضطراب في السلوك، ويمكن أن يصبحوا خطراً على أنفسهم أو على الآخرين ولذا فإنه ينبغي عزلهم في مؤسسات خاصة. وتبلغ نسبتهم ٢.٥% تقريباً. (كمال إبراهيم موسى، ١٩٨٨)

الصحة النفسية لأسر الذاتويين دراسات ميدانية: نشير فيما يلي لعينة من هذه الدراسات:

أجرى ماريون أوبرين (M.Obrien,2007) دراسة بعنوان الصحة النفسية للمهات الأطفال الذاتويين على ٢٥ أمماً، ولقد توصل إلى أنهم يعانون من مجموعة من الأفكار والمشاعر المعقدة نتيجة اكتشافهم أن أطفالهم يختلفون عما كن يتوقعن، وأطلق على هذه الأفكار والمشاعر مصطلح **Ambiguous Loss** والفقد الغامض للطفل وهذا الشعور يؤدي إلى زيادة معدل الاكتئاب لديهم.

وفي الإطار ذاته أجرى ميلر وسامونز (Miller and Sammons,1999) دراسة بهدف الكشف عن أسباب انعصاب أسرة الذاتوي (ن=١٨ أسرة). وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أنه من أهم الأسباب التي تسبب الانعصاب والصدمة لأسرة الطفل الذاتوي هي نقص الوعي العام عن الاضطراب في المجتمع، فالطفل الذاتوي لا تظهر عليه أية أعراض جسمية تدل على أن لديه إعاقة، وعندما تحاول الأسرة أن تخرج بالطفل للمجتمع، فإنهم يشعرون بالخجل من الطفل لقيامه ببعض السلوكيات الشاذة. ويميل بعض الناس إلى إلقاء اللوم على والدي الطفل على هذه السلوكيات، وهذا الحكم والرفض الاجتماعي قد يتسبب في أن يعزل الوالدان أنفسهما وطفلهما عن المجتمع.

أما دراسة نادية إبراهيم عبد القادر (١٩٩٧) فكانت بعنوان الضغوط الوالدية في أسر الأطفال المصابين بالذاتوية للتعرف إلى العلاقة بين هذا الاضطراب وبين الضغوط الوالدية مقارنة بالضغوط في أسر الأطفال العاديين، وقد تكونت العينة من (٤٠) طفلاً ذاتوياً، ومجموعة من الأطفال العاديين. وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين الضغوط الوالدية المرتفعة عند أسر الأطفال الذاتويين. (سهى نصر، ص:١٦٦، ١٦٥)

وعن دراسة جونز (Jones, 1996) فقد هدفت تقييم العلاقة بين الاضطرابات الانفعالية والتوافق الزوجي لـ ٨٤ أسرة يعاني أطفالهم من الذاتية. ولقد تبين أن الآباء يسجلون على مقياس قلق الحالة والسمة نسبة تقترب من المستوى العادي، في حين تسجل الأمهات نسبة منخفضة جداً ولا تتغير بالرغم من حدوث تغير مستمر نحو التوافق الزوجي، مع شعور مرتفع بالاكتئاب.

وفي محاولة للكشف عن مستوى الضغوط لأمهات ثلاث فئات من الأطفال: ذاتويين ومعاقين عقلياً وأسوياء أجري دونوفا (Donova, 1995) الدراسة على عينة مكونة من (١٠٨) أسرة من الفئات الثلاث، وقد استخدم مقياس للضغوط النفسية طبق على أمهات الأطفال. وأسفرت النتائج عن أن ضغوط أمهات الذاتويين أكثر من ضغوط أمهات المعاقين عقلياً، وأن أمهات الفئتين السابقتين يعانين من الضغوط بشكل أكبر مقارنةً بأمهات الأسوياء.

وفي نفس الإطار أجرى (Herman, 1992) دراسة بعنوان الصدمة لدى أسر الأطفال الذاتويين (ن=٣٠) وأشار إلى أنهم يخبرون استجابة صدمية بصورة متكررة خلال دورة حياة أطفالهم Life Cycle، ويعانون عادةً من أعراض الصدمة، وكذلك فإن عائلاتهم الممتدة وأصدقاءهم وزملاءهم يشعرون بالانزعاج من الطفل، ولذلك تميل أسرة الطفل للعزلة في مقابل الخوف والغضب والقلق. ويلاحظ أن تفهم الاستجابات لهذه الأسر، والتي تؤثر على جوانب حياتهم، ومشاركتهم فيها هو أساس عملية الشفاء.

ثالثاً: تحسين الصحة النفسية لدى أمهات الذاتويين بإشراكهم في الخطة العلاجية: دراسات ميدانية: نستعرض في هذا المقام بعض الدراسات على النحو التالي:

قام (Annette Estes, et al., 2013) بدراسة تأثير التدخل الذي يتلقاه الآباء على الضغوط الوالدية لدى آباء الأطفال الذاتويين الصغار، حيث قاموا بتدريبهم (ن=٤) على تطبيق نموذج دنفر للتدخل المبكر مع أطفالهم الذين تتراوح أعمارهم ما بين عام وعامين. ولم تظهر هذه المجموعة زيادة في الضغوط الوالدية في حين أظهرت المجموعة الضابطة المجتمعية زيادة في الضغوط الوالدية بعد ٣ شهور. وتقتصر النتائج أن تدريب الآباء على التدخل مع الأطفال قد يساعد في استمرار التوافق الوالدي بعد تشخيص الطفل باضطراب طيف الذاتية.

أما دراسة (Laura Schreiber, et al., 2011)، فقد هدفت فحص التأثير الإيجابي لآباء الأطفال الذاتويين المشتركين ببرامج التدخل لأبنائهم. وتشير النتائج إلى أن الآباء الذين اشتركوا في برنامج التفاعل المباشر مع أبنائهم قد أظهروا تحسناً جوهرياً في التفكير الإيجابي نحو أبنائهم وكذلك في تحسن أساليب المعاملة الوالدية وتقبل الأبناء.

وفي نفس الاتجاه كشفت نتائج دراسة (Jonathan Green, et al., 2010) - والتي أجريت بـ ٣ مراكز متخصصة بالمملكة المتحدة (ن=١٥٢ طفل) - عن استجابات والدية موجبة نحو الطفل، ومبادرة الطفل للتفاعل مع الوالد، وكذلك انخفاض الضغوط النفسية لدى الوالدين.

ولقد أجريت دراسة تركية بعنوان فعالية برنامج التدخل الارتقائي عن طريق التدريس الإيجابي الذي يتوسطه الآباء، حيث قام (Ozcan Karaaslan, et al., 2011) بعمل دراسة حالة لطفلين وأمهاتهن، ولقد أقرت الأمهات أن التدريس الإيجابي لأطفالهن قد ساعدهن على تعلم كيفية التفاعل مع أطفالهن بطريقة أكثر فاعلية مما أدى إلى تفاعلات أكثر إمتاعاً وأطول وقتاً، مما أدى بدوره إلى انخفاض الضغوط لديهن.

وفي دراسة أخرى أجريت على أمهات الأطفال الذاتويين قامت (Monica Juneja, et al., 2012) بتقييم برنامج تدخل سلوكي معتمد على الأم، وذلك لـ ١٦ أمماً لطفل ذاتوي. ولقد أسفرت النتائج عن فعالية برامج التدخل السلوكية المعتمدة على الأم، حيث كانت لها نتائج واعدة في السيطرة على الطفل الذاتي، وكذلك في تعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو الطفل.

وفي نفس السياق هدفت دراسة (CR Petersen, 2014) تحديد فاعلية التدخل الذي يتوسطه الآباء في زيادة السلوكيات الوالدية الموجبة وتواصل أطفال اضطراب طيف الذاتوية، ولقد أسفرت النتائج عن أن تدخل اللعب الوالدي المكثف قد أظهر تأثيراً إيجابياً في السلوكيات الوالدية في الاستجابة للطفل، كما كشفت النتائج أيضاً عن تحسن في اللغة التعبيرية للطفل.

أما (Sally Rogers, et al., 2012) فقد طبقوا برنامج تدريب على ٥٩٨ من الأطفال الذاتويين وأسرهم لمدة ١٢ جلسة. وأظهرت مجموعة الآباء المتضمنة في البرنامج العلاجي تحسناً في مهارات التفاعل، وتعاوناً أفضل مع المعالجين، وأفكار أكثر إيجابية حول أبنائهم.

وفي سياق المراجعة للدراسات السابقة قام (AJ Beaudoin et al., 2006) بمراجعة ١٥ دراسة تضمنت ٤٨٤ طفلاً، وأظهرت النتائج أن الآباء عند إشراكهم في برامج التدخل الخاصة بأبنائهم كانوا أكثر قدرة على تطبيقها بل وتطوير استراتيجيات جديدة، وكانوا أكثر شعوراً بالرضا وأحسن صحة نفسية مقارنة بالمجموعات الضابطة.

وعلى نفس المنوال وجد (Inalegwu, et al., 2013) دليلاً على فعالية برامج التدخل التي يتوسطها الآباء، ومن أكثر المؤشرات على هذه الفعالية تحسن التفاعل بين الطفل ووالده، وتحسن لغة الطفل وفهمه وانخفاض سمات الذاتوية لديه، كما وجدت مؤشرات لانخفاض الضغوط الوالدية نتيجة لتضمينهم برامج التدخل الخاصة بأبنائهم.

كذلك أسفرت مراجعة (MC Conachie & Diggle, 2008) لـ ١٢ دراسة عن أن الآباء في مجموعة التدريب الوالدي كانت لديهم معرفة أكثر جوهرية بالذاتوية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد التدخل، كما وجدت بعض الدراسات التي أجريت على الأمهات أن الإثابة والاستجابات الصحيحة والمباشرة كانت أفضل في مجموعة التدريب الوالدي مقارنة بالمجموعة الضابطة، وكذلك وجد أن الأمهات المشتركات في مجموعة التدريب كانت لديهن مستويات أقل من الاكتئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة وذلك بعد تطبيق التدخل مع الأطفال.

أما دراسة (Richard Solomon, 2014) فقد هدفت قياس فاعلية برنامج اللعب عن طريق الأسرة لمدة عام، فقد كشفت عن تحسن جوهري في تفاعل الطفل- الوالد، كما أدت إلى تحسن من متوسط إلى كبير في القدرة الوالدية على الاستجابة الانفعالية بطريقة ملائمة، وكذلك في الانخراط الفعال مع الطفل.

رؤية تحليلية للدراسات السابقة : نجمها عبر المحاور التالية:

أولاً: القضايا المتفق عليها: وتتمثل في: إصابة الطفل بالذاتوية وحدوث عدد من الاضطرابات النفسية للوالدين - ولا سيما الأم- وانخفاض الصحة النفسية لهما، وهذا ما أكدته دراسة كل من:

(M.Obrien,2007) (Miller and Sammons,1999) (Jones, 1996) (Donova,1995)
(Herman ,1992).

ثانياً: القضايا الجدلية: اختلفت دراسات إشراك الآباء في الخطة العلاجية في المنهج فبعضها وصفي إمبريقي قائم على المراجعات مثل دراسة كل من:

(AJ Beaudoin et al.,2006) (Inalegwu, et al., 2013) (MC Conachie & Diggle, 2008).

والبعض الآخر تجريبي مثل دراسة:

(Annette Estes, et al., 2013) (Laura Schreibman, et al., 2011) (Jonathan Green, et al., 2010) (Monica Juneja, et al., 2012) (CR Petersen, 2014) (Sally Rogers, et al., 2012).

ثالثاً: اعتمدت الدراسات السابقة في قياس مدى تحسن الآباء على التقارير الذاتية المباشرة ولم تستخدم مقاييس سيكومترية.

ما تضيفه الدراسة الحالية: نزع أنه لا توجد دراسة عربية (وذلك حسب حدود علم الباحثين) تناولت أثر إشراك أمهات الذاتيين في الخطة العلاجية لأبنائهن على صحتهم النفسية، وبالتالي تشكل هذه الدراسة إثراء معرفي للدراسات النفسية العربية، كما تحاول الدراسة نقادي الملاحظات التي أسفر عنها تحليل الدراسات السابقة حيث يتم تطبيق الخطة العلاجية مع الأطفال الذاتيين من المجموعتين التجريبية والضابطة ولكن أمهات المجموعة التجريبية فقط هن اللاتي يقمن بتطبيقها مع أبنائهن، بالإضافة إلى بناء مقياساً جديداً يقيس الصحة النفسية لأمهات الذاتيين، والذي يمكن استخدامه في تحديد مستوى الصحة النفسية.

فروض الدراسة: في ضوء ماتقدم نصوغ فروض الدراسة على النحو التالي:

- ١- يختلف مستوى الصحة النفسية للأمهات المشتركات بالخطة العلاجية باختلاف القياسين القبلي - البعدي في إتجاه القياس البعدي.
- ٢- لا يختلف مستوى الصحة النفسية للأمهات غير المشتركات بالخطة العلاجية لأبنائهن (المجموعة الضابطة) باختلاف القياسين القبلي والبعدي.
- ٣- يختلف مستوى الصحة النفسية باختلاف مجموعتي الدراسة في إتجاه المجموعة التجريبية.
- ٤- الصحة النفسية لأمهات الأطفال الذاتيين مكون فرضي وسيطي يتضمن عدة عوامل.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

(أ) **منهج الدراسة:** تعتمد هذه الدراسة على المنهج التجريبي للتحقق من صحة الفروض الثلاثة الأولى، كما تعتمد على المنهج الوصفي للتحقق من صحة الفرض الرابع.

(ب) **عينة الدراسة (خصائصها ومنطق اختيارها):** تم اختيار عينة من الأمهات؛ نظراً لأن الأم هي الملامة في أغلب المجتمعات على مشاكل الطفل، وما يحدث له من عيوب خلقية أو أمراض، كما أن العناية بالطفل تقع على عاتقها وحدها في أغلب الأحيان، كما أن اهتمامها بطفلها الذاتي يقلل من اهتمامها ورعايتها لزوجها وأطفالها الآخرين، مما ينعكس بطبيعة الحال على صحتها النفسية.

ولقد تم سحب العينة على مرحلتين:

المرحلة الأولى لتكوين العينة الاستطلاعية: ولقد بلغ عددها (ن=٤٠) أما لطفل ذاتوي يتلقى جلسات علاجية بمراكز: أيادي، دار الحنان، التدخل المبكر، وتم تطبيق مقياس الصحة النفسية للتحقق من الكفاءة السيكومترية له.

المرحلة الثانية لتكوين عينة الدراسة: وتكونت من ١٠ أمهات لأطفال ذاتويين تم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (ن=٥) أشتركت في الخطة العلاجية لأطفالهن ومجموعة ضابطة (ن=٥) لم تشترك في الخطة العلاجية ولم تتلق تدريباً للتعامل مع الأبناء.

وتم ضبط المتغيرات الوسيطة التي قد تتدخل وتؤثر على النتائج ، وذلك باختيار مجموعة متجانسة من حيث :

١- النوع: حيث كان جميع أفراد العينة من الإناث وهن أمهات الأطفال، ولقد تم اختيار الأم نظراً لأنها أكثر أفراد الأسرة تأثراً بحالة الطفل، ولذلك فقد وقع اختيار أغلب الدراسات السابقة على الأم مثل دراسة كل من:

(M.Obrien,2007) (Jones, 1996) (Ozcan Karaaslan, etal., 2011) (Ozcan Karaaslan, etal., 2011) (CR Petersen, 2014) (Monica Juneja, etal., 2012) (MC Conachie & Diggle, 2008).

٢- السن: حيث تراوحت أعمار الأمهات ما بين ٢٥ و ٤٠ عاماً، كما تراوحت أعمار الأطفال ما بين ٤ و ١٤ عاماً وتم قياس مستوى الذاتية قبل البدء في تطبيق الخطة العلاجية وبعدها، كما تم في دراسة:

(Donova,1995) (Ozcan Karaaslan, etal., 2011) (Monica Juneja, etal., 2012) (AJ Beaudoin etal.,2006).

٣- المستوى التعليمي: حيث كانت جميع الأمهات من ذوات التعليم فوق المتوسط و العالي.

٤- المستوى الاجتماعي والاقتصادي: حيث روعي أن يتشابه أفراد العينة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي فقد كان متوسط دخل الأسر المشاركة في الدراسة ٢٠٠٠ جنيهاً، وأن تكون الأمهات متشابهات، حيث كن متزوجات، وتم استبعاد المطلقات والأرامل لاحتمالية تدخل هذه الحالة وتأثيرها على الصحة النفسية لديهن.

(ج) أدوات الدراسة: تعتمد هذه الدراسة على الأدوات التالية:

مقياس الصحة النفسية لأمهات الذاتويين: مر هذا المقياس بعدة خطوات نوضحها فيما يلي:

الدراسة الاستطلاعية: تتضمن الدراسة الاستطلاعية جمع مصادر المعرفة المرتبطة بالمقياس، سواء كان ذلك من خلال تحليل النظريات، أو تنفيذ الدراسات والمقاييس، أو الوقوف على الملاحظات الميدانية من قبل الخبراء، ويمكن الكشف عن ذلك فيما يلي:

١. دراسة وتحليل النظريات والبحوث السابقة: من المسلم به أن القياس النفسي يعتمد على نظريات تفسره، وبحوث ميدانية تختبر صلاحيته وكفاءته، ومن ثم جاءت ضرورة تحليل النظريات والبحوث المرتبطة بالصحة النفسية، وذلك بهدف معرفة وجهات النظر المختلفة في تفسير هذا المفهوم؛ مما يساعد على استخلاص مجالات ومكونات الظاهرة وتحديد التعريف الإجرائي، وبعد ذلك خطوة أساسية لبناء المقياس وتحديد مكوناته، حيث حدد حامد زهران وفيوليت إبراهيم مكونات الصحة النفسية في التوافق النفسي وتحقيق الذات واستغلال القدرات والأماكنات ومواجهة مطالب الحياة والرضا عن النفس والاتزان الانفعالي والصحة النفسجسمية. (حامد زهران، ١٩٧٨)

في حين ركزت بعض الدراسات والنظريات على علامات انخفاض الصحة النفسية وحدتها في: عدم الراحة الجسمية، وانخفاض الاتزان الانفعالي والتوافق الاجتماعي، والشعور باليأس والاكتئاب والحزن والقلق، وعدم تقبل الذات.

(Ruth Chu-lien Chao, etal., 2010) (Robert L. Spitzer, etal., 2005) (Kessler,2005) (Davies AR, Sherbourne CD, Peterson JR and Ware JE, 1998)

٢. الأطلاع على المقاييس والاختبارات السابقة: تم الأطلاع على المقاييس السابقة التي فحصت الصحة النفسية بهدف الاستفادة منها في تحديد مكونات المقياس والتعرف بصورة عملية على كيفية كتابة بنود المقياس، ومن أشهر هذه المقاييس:

(أ) قائمة الصحة النفسية (MHI-38) **The Mental Health Inventory** : قام بتطوير هذا المقياس (Davies AR, etal.,1998) ويتكون من ٣٨ مفردة يجاب عنها وفقاً لمقياس تقدير سداسي، وتقيس المفردات مشاعر القلق والاكتئاب والتحكم الانفعالي والسلوكي والتأثير الإيجابي العام والرضا عن الحياة. وتدل الدرجة المرتفعة على مستوى عالٍ من الصحة النفسية، وللمقياس ثبات وصدق مرتفع ولقد بلغ الاتساق الداخلي للمقياس ٠.٨٢.

(ب) مقياس كسلر للانعصاب النفسي **The Kessler Psychological Distress Scale (K10)** : أعد (Kessler,2005) هذا المقياس ليكون أداة بسيطة لقياس الانعصاب النفسي ونتائج

العلاج لاضطرابات الصحة النفسية الشائعة، ويتكون المقياس من ١٠ مفردات يجاب عنها وفقاً لمقياس تقدير خماسي، وتتراوح الدرجة الكلية بين ١٠ و ٥٠، وكلما انخفضت الدرجة دل ذلك على ارتفاع مستوى الصحة النفسية، ويبلغ الاتساق الداخلي للمقياس ٠.٨٥.

ج) مقياس التقييم العام للأداء الوظيفي The Global Assessment of Functioning (GAF) scale: أعد هذه الأداة Robert وآخرين وتتكون من ١٠ مفردات، تصف حالة المفحوص وأدائه الوظيفي على المستوى النفسي والاجتماعي والمهني، وتتراوح الدرجات بين ١٠-١٠٠، وتدل الدرجة المرتفعة على المقياس على مستوى مرتفع من الصحة النفسية وللمقياس معاملات ثبات وصدق مرتفعة.

د) Multicultural Sensitive Mental Health Scale (MSMHS): صمم هذا المقياس Ruth Chu-lien Chao ليقاس الصحة النفسية لدى الأمريكيين من أصل أفريقي والذين يتعرضون للعنصرية، ثم تم تعديله ليناسب مع المجتمع بوجه عام، ويتكون المقياس من ٥٢ فقرة يجاب عنها بنعم أولاً، موزعة على ٤ مقاييس فرعية هي: الصحة الجسمية، القلق، الاكتئاب، الأحساس بالعنصرية، ولقد بلغ معامل ألفا ٠.٩٤.

هـ) مقياس الصحة النفسية للشباب: أعد هذا المقياس أمين القريطي وعبد العزيز الشخص ويتكون المقياس من ١٠٥ مفردة يجاب عنها بنعم أو لا مقسمة إلى سبع مقاييس فرعية، هي: الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس، القدرة على التفاعل الاجتماعي، النضج الانفعالي، القدرة على ضبط النفس، القدرة على توظيف الطاقات والامكانيات في أعمال مشبعة، التحرر من الأعراض العصبية، البعد الأنساني والقيمي، تقبل الذات وأوجه القصور العضوية. وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين صفر و ١٠٥ درجة، وفي جميع الأحوال تشير الدرجة المرتفعة إلى تمتع الفرد بمستوى مرتفع من حيث الصحة النفسية، والعكس صحيح. ولقد بلغ معامل الاتساق الداخلي للمقياس ٠.٨٩٥، كما تم التحقق من صدق المقياس من خلال التحليل العاملي، وكان معامل الصدق دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠١. (عبد المطلب أمين القريطي وعبد العزيز الشخص، ٢٠١٠، كراسة التعليمات).

٣. الاستفادة من خبراء علم النفس: من خلال طرح استبانة مفتوحة تتضمن سؤالاً واحداً طبق على عينة من الخبراء في علم النفس والأرشاد النفسي والأسري (ن=١٠)، وكان مضمون السؤال هو: برأيك ما المكونات الأساسية للصحة النفسية التي تميز أمهات الأطفال الذاتيين؟

٤. تكوين المفردات: تم تحديد المفهوم الإجرائي لكل مكون من مكونات الصحة النفسية على النحو التالي:

أ) التوافق الذاتي Self-Adjustment: وهو الرضا عن الذات والشعور بقيمتها والاستمتاع بها والتكيف مع المواقف الحياتية.

ب) التوافق الاجتماعي Social Adjustment: ويشير إلى الاستمتاع بالعلاقات الاجتماعية مع التواصل بالآخر والاستقرار في الحياة الاجتماعية.

ج) الاتزان الانفعالي Emotional Balance: هو خلو الفرد نسبياً من المشاعر السلبية مما يؤدي للاستقرار في جوانب الحياة المختلفة.

د) الأعراض النفسجسمية Psychosomatic: تشير إلى خلو الفرد النسبي من الاضطرابات العظمية والعضلية والعصبية والهضمية.

هـ) فاعلية الذات Self-Efficacy: هو قدرة الفرد على تحقيق مايريده في حدود إمكانياته مما يساعده على الثقة بالنفس.

٥. صياغة عبارات المقياس: تم صياغة مفردات المقياس في ضوء مصادر المعرفة السابقة وبناءً على التعريفات الخاصة بكل مكون، وقد بلغ المقياس في صورته الأولية (٥٠) مفردة صيغت بلغة عربية سهلة وواضحة غير موحية أو مزدوجة في المعنى.

٦. الصورة النهائية للمقياس: في ضوء الدراسة الاستطلاعية تضمن المقياس في صورته النهائية (٤٨) مفردة وزعت على خمسة مكونات فرعية تتعلق بالصحة النفسية منها (١٦) مفردة سلبية، يوجد أمام كل منها ثلاثة اختيارات هي (لا يحدث أبداً، أحياناً، يحدث كثيراً) تحصل العبارات الأيجابية منها على الدرجات (١-٢-٣) على التوالي، أما السلبية منها فتتبع عكس هذا التدرج، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٤٨) كحد أدنى و (١٤٤) كحد أعلى، وتدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من الصحة النفسية والعكس صحيح، ولا يوجد وقت محدد للأجابة على هذا المقياس.

٧. ثبات المقياس: تم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس على عينة تتضمن (ن=٤٠) من أمهات الذاتيين، وقد تبين أن المقياس يتمتع بمعدلات مرتفعة من الثبات؛ حيث بلغ معامل الثبات بطريقة ألفا- كرومباخ (٠.٩١٨)، وبطريقة التجزئة النصفية (٠.٩٠٤)، كما تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني قدره أسبوع، وقد بلغ معامل الثبات (٠.٩٦١). وكذلك تم حساب الثبات عن طريق حساب الأتساق الداخلي بهدف الأطمئنان لاستقرار، وتجانس الاختبار من خلال معامل الارتباط بين مكونات المقياس ونوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (١) ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة الاتساق الداخلي

المكون (٥) فاعلية الذات		المكون (٤) الأعراض النفسيجسمية		المكون (٣) الاتزان الانفعالي		المكون (٢) اتوافق الاجتماعي		المكون (١) التوافق الذاتي	
معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
٠.٤٨٥	٥	٠.٥٥٢	٤	٠.١٣١	٣	٠.١٧٧	٢	٠.٥٤٣	١
٠.٧٧٥	١٠	٠.٥٨٠	٩	٠.٦٥٨	٨	٠.٩٠٥	٧	٠.٤٦٢	٦
٠.٤٩٨	١٥	٠.٥٠٨	١٤	٠.٣٩٦	١٣	٠.٣٢٤	١٢	٠.٦٠٤	١١
٠.٢٢٥	٢٠	٠.٣٥٨	١٩	٠.٤٣٦	١٨	٠.٢٤٢	١٧	٠.٢٨٨	١٦
٠.٣٦٨	٢٥	٠.٣٤٣	٢٤	٠.٢٨١	٢٣	٠.٢٨٥	٢٢	٠.١٨٥	٢١
٠.٦٣٩	٣٠	٠.١٧٥	٢٩	٠.٥٩٥	٢٨	٠.١٨٠	٢٧	٠.٣٥٤	٢٦
٠.٥٤٤	٣٥	٠.٥٦٦	٣٤	٠.٣٦٢	٣٣	٠.٢٥٩	٣٢	٠.٥٧٢	٣١
٠.١٩٣	٤٠	٠.٤٨١	٣٩	٠.١٣٣	٣٨	٠.٧٢١	٣٧	٠.٢٥٨	٣٦
-	-	٠.٦٢١	٤٣	٠.٥٧٣	٤٢	-	-	٠.١٧٥	٤١

	-	٠.٥٠٧	٤٦	٠.٦١٦	٤٥		-	٠.٤٤١	٤٤
	-	٠.٥٧٠	٤٨		-		-	٠.٥٣٢	٤٧

وتم حساب معاملات ارتباط كل مكون والمقياس ككل ويمكن توضيح ذلك بالجدول التالي:

جدول (٢) معاملات الارتباط بين مكونات مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط بالدرجة الكلية	كونات المقياس
**٠.٨٩٣	توافق الذاتي
**٠.٧٥٩	توافق الاجتماعي
**٠.٨٩٩	التوازن الانفعالي
**٠.٧٣٥	أعراض نفسجسمية
**٠.٨٤١	علية الذات

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed) .

وفي ضوء معاملات الثبات وكذلك معاملات الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وبين كل مكون والمقياس ككل، نخلص إلى أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع عبر الزمن، مما يحملنا على الوثوق به والأطمئنان لنتائجه.

٨. صدق المقياس: تم حساب الصدق بثلاث طرق هي:

(أ) **صدق المحكمين:** تم عرض المقياس على (ن=٣) من الخبراء في مجال علم النفس، وقد أخذت آراءهم بعين الاعتبار، فقد كان يتكون من (٥٠) مفردة وبعد العرض على المحكمين تم حذف مفردتين: (أنام نوم هادئ)، (أشعر بالتعب المتكرر) لأسباب مختلفة كالعومومية أو تكرار المعنى، وفي ضوء ما أكدت عليه ملاحظات المحكمين وتعديل صياغة بعض العبارات، أصبح عدد مفردات المقياس (٤٨) مفردة.

(ب) **صدق البناء والتكوين:** حيث أن مجالات المقياس ومفرداته اشتقت من الأطر النظرية (نظريات، مقاييس، دراسات سابقة، دراسة استطلاعية) مما يعكس أن بناء المقياس ومكوناته تتماثل مع الأبنية النظرية والميدانية، ومن ثم يكون صادقاً من حيث البناء والتكوين.

(ج) **الصدق العاملي:** تم حساب الصدق العاملي لبندود المقياس، لمعرفة هل يوجد عامل عام أم توجد عوامل نوعية تتفق وماذكر في التراث، بطريقة المكونات الأساسية Principal Components الاستكشافية لما تتسم به من استخلاص أقصى تباين ممكن، كما استخدم محك Kaiser في استخراج العامل العام وهو ما لا يقل جذره الكامن عن واحد صحيح. (رجاء أبو علام، ٢٠٠٩، ص ٣٩٠-٣٩١)

ويلاحظ أن نتائج التحليل العاملي أسفرت عن أن مكونات الصحة النفسية تدور حول خمسة عوامل أساسية هي: **التوافق الذاتي، الاتزان الانفعالي، الأعراض النفسجسمية، التوافق الاجتماعي، فاعلية الذات.** ويلاحظ أن هناك تداخلاً وترابطاً بين مكونات المقياس وهذا يشير إلى أنه يقيس ظاهرة واحدة يمكن أن نسميها الصحة النفسية.

د) إجراءات الدراسة: تم تطبيق الخطة العلاجية على أبناء أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة (ن=١٠)؛ وهي برنامج علاج ذاتوية بمساعدة الإنسان الآلي Robot-Assisted Autism Therapy، والذي يستهدف تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الذاتيين وذلك بواقع ١٥ جلسة علاجية، بحيث تم إشراك أمهات المجموعة التجريبية في الجلسات للقيام بدور محفز التفاعل، في حين أدى هذا الدور مُدرسة أطفال المجموعة الضابطة دون إعطاء أمهات هذه المجموعة أية تفاصيل حول فنيات البرنامج أو فوائده. ولقد تم في البداية تطبيق مقياس الصحة النفسية على أمهات المجموعتين، ثم تم تدريب أمهات المجموعة التجريبية ومُدرسة أطفال المجموعة الضابطة لمدة (٥) جلسات قبل بدء الخطة العلاجية مع الأطفال بهدف التمكن من المهام المطلوب تأديتها أثناء جلسات أطفالهن، كما حصلت أمهات كلتا المجموعتين على درجات مقياس تقدير الذاتوية لأبنائهن قبل تطبيق الجلسات العلاجية وبعدها ومعرفة مقدار التحسن لدى الأبناء وذلك قبل أن يتم القياس البعدي لمقياس الصحة النفسية عليهن. ولقد تم التطبيق على المجموعة التجريبية بحضارة كادى أكاديمي، وعلى المجموعة الضابطة بالفصول النهارية لمركز أيادي، ولقد روعت ظروف التطبيق، بأن تكون متشابهة إلى حد كبير في المجموعتين، فقد كانت الغرفة التي يتم بها التطبيق على أي من المجموعتين تحتوي على عدد أقل من المشتتات والمنبهات الخارجية.

هـ) الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: في ضوء أهداف الدراسة وحجم العينة ونوعية الأدوات المستخدمة والفروض المطروحة؛ تم الاستعانة بالأساليب الإحصائية البارامترية واللابارامترية المناسبة، وذلك من خلال استخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) Statistical package for social sciences الإصدار ١٧.٠، للتحقق من صحة الفروض.

و) نتائج الدراسة: وتتضمن معالجة الفروض ومناقشة نتائجها في ضوء نتائج الدراسات السابقة وكذلك السياقات الاجتماعية والنفسية، ويتم عرض ذلك على النحو التالي:

١- **نتائج الفرض الأول ونصه:** " يختلف مستوى الصحة النفسية للأمهات المشتركات بالخطة العلاجية باختلاف القياسين القبلي - البعدي في اتجاه القياس البعدي " .

للتحقق من صحة هذا الفرض تم معالجة استجابات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي بالأحصاء اللابارامترية وذلك نظراً لصغر حجم العينة مما يقلل من تجانسها وصلاحياتها لإجراء اختبار (ت) عليها، ومن ثم تمت المعالجة باستخدام اختبار ولكوكسن Wilcoxon، والجدول التالي يوضح الدرجة Z ومستوى دلالتها:

جدول (٣) نتائج اختبار ولكوكسن للمقارنة بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس الصحة النفسية ومكوناته على المجموعة التجريبية

كونات الصحة النفسية	الدرجة Z	ستوى دلالتها
التوافق الذاتي	٢.٠٣٢	**٠.٠٤٢
التوافق الاجتماعي	١.٨٤١	٠.٠٦٦
الاتزان الانفعالي	١.٨٢٦	٠.٠٦٨
لأعراض النفسجسمية	٢.٠٣٢	**٠.٠٤٢
فاعلية الذات	١.٨٤١	٠.٠٦٦
الدرجة الكلية	٢.٠٢٣	**٠.٠٤٣

بقراءة الجدول السابق نلاحظ وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى الصحة النفسية، وكذلك في مكوني التوافق الذاتي والأعراض النفسجسمية، مما يشير إلى التحقق من

الفرض الأول؛ حيث يؤدي إشتراك الأمهات في برامج التدخل لأبنائهن الذاتيين وتطبيق الخطة العلاجية معهم إلى تحسن صحتهم النفسية وانخفاض مستوى الضغوط والأعراض السيكوسوماتية، وزيادة معدل التوافق النفسي مع الذات، وهذا ما أكدته الدراسات السابقة علماً بأن جميعها مطبقة في مجتمعات غير عربية مثل دراسة كل من:

(Ozcan Karaaslan, et al., 2011), (AJ Beaudoin et al., 2006), (Jonathan Green, et al., 2010), (Inalegwu, et al., 2013)

٢- نتائج الفرض الثاني ونصه: "لا يختلف مستوى الصحة النفسية للأمهات غير المشتركات بالخطة العلاجية لأبنائهن (المجموعة الضابطة) باختلاف القياسين القبلي والبعدي".

للتحقق من هذا الفرض تم معالجة استجابات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي بالأحصاء اللابارامترية وذلك نظراً لصغر حجم العينة مما يقلل من تجانسها وصلاحيتها لإجراء اختبار (ت) عليها، ومن ثم تمت المعالجة باستخدام اختبار ولكوكسن Wilcoxon، والجدول التالي يوضح الدرجة Z ومستوى دلالتها:

جدول (٤)

نتائج اختبار ولكوكسن للمقارنة بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس الصحة النفسية ومكوناته على المجموعة الضابطة

كونات الصحة النفسية	الدرجة Z	ستوى دلالتها
التوافق الذاتي	١.٠٠	٠.٣١٧
التوافق الاجتماعي	١.٠٠	٠.٣١٧
الاتزان الانفعالي	١.٦٣٣	٠.١٠٢
لأعراض النفسجسمية	١.٠٠	٠.٣١٧
فاعلية الذات	١.٠٠	٠.٣١٧
الدرجة الكلية	١.٧٣٢	٠.٠٨٣

ونستنتج من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى الصحة النفسية وكذلك في مكوناتها لدى أمهات المجموعة الضابطة، وهذا ما أكدت عليه نتائج الدراسات السابقة.

٣- نتائج الفرض الثالث ونصه: "يختلف مستوى الصحة النفسية باختلاف مجموعتي الدراسة في إتجاه المجموعة التجريبية".

ويعد هذا الفرض هو جوهر هذه الدراسة وللتحقق من صحته تمت معالجة استجابات المجموعتين في القياس القبلي باستخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney للتأكد من عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في القياس القبلي، والجدول التالي يوضح الدرجة Z ومستوى دلالتها:

جدول (٥) نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمقياس الصحة النفسية ومكوناته

كونات الصحة النفسية	الدرجة Z	ستوى دلالتها
التوافق الذاتي	٠.٥٢٥	٠.٥٩٩
التوافق الاجتماعي	٠.٧٤٠	٠.٤٩٥

٠.٧٥٠	٠.٣١٨	الاتزان الانفعالي
٠.٤٤٩	٠.٧٥٧	لأعراض النفسجسمية
٠.٣٩٦	٠.٨٤٩	فاعلية الذات
٠.١٤٢	١.٤٦٧	الدرجة الكلية

يلاحظ أن نتائج اختبار مان ويتني Mann-Whitney تشير إلى تجانس المجموعتين وتكافؤهما في القياس القبلي للمقياس حيث لم تظهر فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية أو مكوناتها بين المجموعتين قبل تطبيق الخطة العلاجية.

وللتحقق من صحة الفرض وجب معالجة استجابات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الصحة النفسية في القياس البعدي ، والجدول التالي يوضح نتائج اختبار مان ويتني-Mann-Whitney :

جدول (٦) نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس الصحة النفسية ومكوناته

مكونات الصحة النفسية	الدرجة Z	مستوى دلالتها
التوافق الذاتي	٢.٥٢٢	**٠.٠١٢
التوافق الاجتماعي	٢.٠٩٥	**٠.٠٣٦
الاتزان الانفعالي	١.٦٧٦	٠.٠٩٤
لأعراض النفسجسمية	٢.٢٠٧	**٠.٠٢٧
فاعلية الذات	١.٩١٥	٠.٠٥٥
الدرجة الكلية	٢.٤١٠	**٠.٠١٦

وبقراءة الجدول السابق، نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأمهات اللاتي شاركن في تطبيق الخطة العلاجية على أبنائهن (المجموعة التجريبية) وبين الأمهات اللاتي لم يشاركن (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي للمقياس، وذلك في مستوى الصحة النفسية العام، وفي مكونات التوافق الذاتي والتوافق الاجتماعي والأعراض النفسجسمية، وكانت هذه الفروق في اتجاه المجموعة التجريبية حيث المتوسط الأعلى، مما يشير إلى تحقق صحة هذا الفرض، حيث يؤدي إشراك الأمهات في برامج التدخل لأبنائهن الذاتويين وتطبيق الخطة العلاجية معهم إلى تحسن صحتهم النفسية، وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة المكونة من أمهات الأطفال الذاتويين اللاتي لم يشتركن في تنفيذ الخطة العلاجية لأبنائهن، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراستي (MC Conachie & Diggle, 2008) و (Annette Estes, et al., 2013).

٤- نتائج الفرض الرابع ونصه: "الصحة النفسية لأمهات الأطفال الذاتويين مكون فرضي وسيطي يتضمن عدة عوامل".

للتحقق من صحة هذا الفرض، تم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي لبنود مقياس الصحة النفسية لأمهات الأطفال الذاتويين، لمعرفة هل يوجد عامل عام أم توجد عوامل نوعية تتفق وماذا في التراث، وتم ذلك بطريقة المكونات الأساسية Principal Components لهوتلينج Hotiling، كما استخدم محك Kaiser في استخراج العامل العام وهو ما لا يقل جذره الكامن عن واحد صحيح، ثم أعقب ذلك تدوير العوامل المستخرجة تدويراً متعامداً بطريقة varimax واعتبر التشعب

المقبول للمفردة هو ٠.٣ على الأقل، وبناءً على المحكات السابقة تم استخلاص خمسة عوامل من الدرجة الأولى لمقياس الصحة النفسية، كما نوضحها فيما يلي:

(أ) تفسير العامل الأول: يتضمن العامل الأول بعد التدوير (١٤) متغيراً، تراوحت تشبعاتها بين (٠.٧٢٥) و (٠.٣٩٨)، ويلاحظ أن هذا العامل ذو تشبعات مرتفعة ويتضمن (١٤) مفردة فهو عامل قوي.

جدول (٧) العامل الأول بعد التدوير

رقم المفردة	نص المفردة	مقدار التشبع
١	تتع بطاقة نفسية كاملة.	٠.٦٢٧
٦	راضية عما حققته في الحياة.	٠.٤٨٤
١٠	أجبه متطلبات الحياة بشجاعة.	٠.٦٢٨
١٣	أج علاقات حسنة مع الآخرين.	٠.٤٨٥
١٦	أدي المهام التي أكلف بها.	٠.٤٩٠
١٨	أنتطيع مواجهة المشكلات.	٠.٧٢١
١٩	أعبر بالحيوية عند الاستيقاظ من النوم.	٠.٤٠٣
٢٠	أصرف وفقاً لإمكاناتي.	٠.٣٩٨
٢٣	أغير متوترة.	٠.٦٦٧
٢٥	أضع لنفسني خطة زمنية لتحقيق أهدافي.	٠.٥٨٣
٣١	أحياة جميلة.	٠.٤٤٩
٣٧	أبارك الآخرين في مناسباتهم الاجتماعية.	٠.٧٢٥
٤٤	أجبه المشكلات التي تقابلني.	٠.٥١٩
٤٧	أحمل المسؤولية.	٠.٥٦٢

بتحليل مكونات العامل نجد أن هناك ترابطاً قوياً بينها، حيث تدور حول الرضا عن الذات، والشعور بقيمتها، والاستمتاع، بها والتكيف مع المواقف الحياتية، ومواجهة متطلبات الذات بشجاعة، ومواجهة المشكلات، وتحمل المسؤولية، وهو ما يمكن تسميته وفقاً للتراث السيكولوجي التوافق الذاتي (Self-Adjustment) ولقد أعتبرت دراسة كلا من (Robert L. Spitzer, et al., 2005) و (Kessler, 2005) أن التوافق الذاتي أحد أهم مكونات الصحة النفسية.

(ب) تفسير العامل الثاني: يتضمن العامل الثاني بعد التدوير (١٠) متغيرات، تراوحت تشبعاتها بين (٠.٧٧٠) و (٠.٤٧٨)، ويلاحظ أن هذا العامل ذو تشبعات مرتفعة، ويتضمن (١٠) مفردات فهو عامل قوي.

جدول (٨) العامل الثاني بعد التدوير

رقم لمفردة	نص المفردة	مقدار التشيع
٨	أنا متفائلة .	٠.٧٥٥
١١	أشعر بالسعادة.	٠.٦٠٢
٢١	أشعر بأنني عديمة القيمة.	٠.٦٧٢
٢٤	أشعر بالصداع المزمن.	٠.٦٢٠
٢٨	أواجه الحياة بفاعلية.	٠.٤٧٨
٣٣	أشعر بالقلق.	٠.٦٦٢
٣٥	أثق في نفسي.	٠.٦١١
٣٦	أنا غير راضية عن نفسي .	٠.٧٧٠
٤٢	أشعر بالاكتئاب.	٠.٦١٤
٤٥	تراودني أفكار سلبية.	٠.٥٦٨

يلاحظ أن مكونات العامل الثاني مترابطة بشكل قوي، وتدور حول الخلو النسبي من المشاعر السلبية مثل القلق والاكتئاب وعدم الرضا، مما يؤدي للاستقرار في جوانب الحياة المختلفة، وظهور المشاعر الإيجابية مثل التفاؤل والسعادة، وهكذا ضمن علامات الصحة النفسية الخلو النسبي من هذه الأعراض العصابية، والاتزان والثبات الانفعالي (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٦)، وبهذا يمكن تسمية هذا العامل بال**الاتزان الانفعالي Emotional Stability**، ويلاحظ أن هذا العامل مكون رئيسي في أغلب مقاييس الصحة النفسية التي تم مراجعتها.

ج) تفسير العامل الثالث: ويتضمن العامل الثالث بعد التدوير (١٠) متغيرات، تراوحت تشبعاتها بين (٠.٧١٥) و(٠.٣٦٨)، ويلاحظ أن هذا العامل ذو تشبعات مرتفعة، ويتضمن (١٠) مفردات، فهو عامل قوي أيضاً.

جدول (٩) العامل الثالث بعد التدوير

رقم المفردة	نص المفردة	قदार التشبع
٤	أشعر بالإرهاق.	٠.٥٠١
٥	استطيع تحقيق ما أريده في حدود أمكاناتي.	٠.٤٥٤
٩	أشعر بسوء الهضم.	٠.٧١٢
٢٩	أشعر أن نشاطي مثل الماضي.	٠.٣٦٨
٣٤	أشعر بالآلام في عظامي.	٠.٥٤٨
٣٨	أنام بهدوء.	٠.٤٦٨
٣٩	أشعر بالآلام في أسناني دون سبب.	٠.٥٥٣
٤٣	أشعر بتنميل في رأسي.	٠.٦٩٥
٤٦	أشعر بالألم أسفل ظهري.	٠.٧١٥
٤٨	أشعر بتعب في عضلاتي.	٠.٦٩٤

بتحليل البنود التي تشبعت على العامل الثالث نجد أنها تدور حول الأعراض الجسمية، سواء كانت عضلية أم هضمية أم عظمية، ومدى الشعور بالنشاط والحيوية، مما يؤدي إلى أداء وظيفي أفضل والقدرة على تحقيق ما يريده الفرد، وهو ما يمكن أن نطلق عليه - في ضوء استقراء الإطار النظري للمقياس- الأعراض النفسجسمية Psycho-somatic.

(د) تفسير العامل الرابع: يتضمن العامل الرابع بعد التدوير (٨) متغيرات، تراوحت تشبعاتها بين (٠.٦٣٦) و(٠.٤٥٨)، ويلاحظ أن هذا العامل ذو تشبعات مرتفعة ويتضمن (٨) مفردات، فهو عامل قوي.

جدول (١٠) العامل الرابع بعد التدوير

رقم المفردة	نص المفردة	مقدار التشبع
٢	أتمتع عندما أكون مركزاً لاهتمام الآخرين.	٠.٥٥٦
٣	أبذل أهداف أسعى لتحقيقها.	٠.٦١٠
٧	أعز بالوحدة رغم أنني مع الآخرين.	٠.٦٣٦
١٢	أشخصية محبوبة.	٠.٤٧٤
١٤	أنا باني نوبات متعاقبة من الحرارة والبرودة.	٠.٥٨٥

٠.٦٢٢	ضل أن أكون بمفردتي.	٢٢
٠.٤٥٨	تمتع بوقتي حتى لو كنت بمفردتي.	٢٦
٠.٤٦٥	باتي الاجتماعية مستقرة.	٢٧

وفي ضوء ماسبق، نلاحظ أن مكونات هذا العامل مترابطة وأنها تدور في فلك استمتاع الفرد بالعلاقات الاجتماعية مع التواصل بالآخر، وكذلك قدرة الفرد على تحقيق أهدافه، والتحكم في أعراض قلقه الاجتماعي، وما يتبع ذلك من استقرار الحياة الاجتماعية، وهو ما يمكن أن نطلق عليه وفقاً لتشبعات البنود والإطار النظري للمقياس التوافق الاجتماعي Social Adjustment، ويلاحظ أن هذا العامل من المكونات الرئيسية لمقاييس الصحة النفسية التي تم مراجعتها، مثل مقياس الصحة النفسية للشباب سنة ٢٠١٠، ومقياس كسلر للانعصاب النفسي سنة ٢٠٠٥، ومقياس التقييم العام للأداء الوظيفي سنة ٢٠٠٥.

هـ) تفسير العامل الخامس: يتضمن العامل الخامس بعد التدوير (٦) متغيرات، تراوحت تشبعاتها بين (٠.٦٧٨) و(٠.٣١٦)، ويلاحظ أن هذا العامل ذو تشبعات مرتفعة، ويتضمن (٦) مفردات، فهو عامل ذو قيمة.

جدول (١١) العامل الخامس بعد التدوير

مقدار التشبع	نص المفردة	رقم المفردة
٠.٦٣٨	أقوم بما يسند إلي من أعمال.	١٥
٠.٤٦٨	أحل مشكلات الآخرين.	١٧
٠.٣١٦	أواجه ضغوط الحياة بإيجابية.	٣٠
٠.٦٣١	أنا مؤثرة في الآخرين.	٣٢
٠.٦٣٣	أنا واقعية.	٤٠
٠.٦٧٨	أتوافق مع المواقف الحياتية.	٤١

نلاحظ أن مكونات العامل الخامس تترابط في معناها، وتدور حول شعور الفرد بفاعليته الشخصية وقدرته على التأثير في الآخرين، ومواجهة ضغوط الحياة بإيجابية وواقعية، وتحقيق مايريد في حدود إمكاناته، مما يساعده على الثقة بالنفس، وهذا ما أكد عليه كل من (Kessler, 2005) و(Davies AR, Sherbourne CD, Peterson JR and Ware JE, 1998). ووفقاً لذلك يمكن تسمية العامل الخامس بفاعلية الذات Self-Efficacy.

مستخلص العوامل: يلاحظ أن نتائج التحليل العاملي أسفرت عن أن مكونات الصحة النفسية لأمهات الأطفال الذواتيين والتي بلغ قوام مدخلاتها (٤٨) متغير قد أسفرت عن خمسة عوامل أساسية هي: العامل الأول: التوافق الذاتي (١٤) مفردة، والعامل الثاني: الاتزان الانفعالي (١٠) مفردات، والعامل الثالث: الأعراض النفسجسمية (١٠) مفردات، والعامل الرابع: التوافق الاجتماعي (٨) مفردات، والعامل الخامس: فاعلية الذات (٦) مفردات. ويلاحظ أن هناك تداخلاً وترابطاً بين مكونات المقياس بحيث يدل على أنها تقيس ظاهرة واحدة هي الصحة النفسية، وبهذا يمكن التحقق من الفرض الرابع؛ حيث ظهرت الصحة النفسية لأمهات الأطفال الذواتيين على أنها مكون فرضي وسيطي يتضمن عدة عوامل وهذا ما أوضحته دراسة كل من (CR Petersen, 2014) و (Sally Rogers, et al., 2012)

ز) **توصيات الدراسة:** بالاحتكاك المستمر مع أمهات الذاتويين ومعاناتهم وضغوطهم، وبمراجعة نتائج الدراسة نوصي بما يلي:

١. تفعيل دور أخصائيي الإرشاد النفسي مع أسر الأطفال الذاتويين وخصوصاً الأم؛ لما تسببه هذه الإعاقة على وجه الخصوص من ضغوط وأعباء تقع على عاتق الأسرة بشكل عام والأم بشكلٍ خاص.

٢. عمل ورش عمل تتناول معلومات دقيقة عن الذاتوية، وتدريب الآباء على كيفية التعامل مع الطفل الذاتوي، وكذلك على تطبيق برامج التدخل المختلفة.

٣. تعميم برامج توعية عبر وسائل الأعلام المختلفة حول الذاتوية، وكيفية التعامل مع الطفل الذاتوي ومساعدته وتأهيله.

٤. إشراك أمهات الأطفال الذاتويين في الندوات وبرامج الإرشاد الجماعية، والتي من شأنها تخفيف حدة الضغوط.

ح) **البحوث المقترحة:** في ضوء مراجعة التراث، ومعايشة الواقع الأمبريقي نقترح البحوث التالية:

١. تنمية التوافق النفسي والاتزان الانفعالي لدى أمهات الأطفال الذاتويين.

٢. تنمية التوافق الاجتماعي لدى أمهات الأطفال الذاتويين.

٣. تنمية فاعلية الذات لدى أمهات الأطفال الذاتويين.

٤. تحسين الإتجاهات الوالدية الموجبة ومهارات التواصل لدى الأطفال الذاتويين باستخدام التدخل المتمركز حول الآباء.

٥. تحسين الاستجابة الانفعالية لدى أمهات الأطفال الذاتويين من خلال برنامج اللعب عن طريق الأسرة.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدى فاعلية إشترك أمهات الأطفال الذاتويين في الخطة العلاجية لأبنائهم في تحسين صحتهم النفسية، ولقد تم تطبيق مقياس الصحة النفسية (إعداد الباحثين) في دراسة استطلاعية على (ن=٤٠) أمماً لطفل ذاتوي لتتأكد من الكفاءة السيكومترية له، ثم تم تطبيق المقياس على العينة التجريبية (ن=٥) والضابطة (ن=٥) قبل الاشتراك في الخطة العلاجية وبعد الانتهاء منها. وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مستوى الصحة النفسية في إتجاه القياس البعدي، في حين لم تظهر فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس الصحة النفسية على المجموعة الضابطة، في المقابل وجدت فروق ذات دلالة في مستوى الصحة النفسية بين المجموعتين في اتجاه المجموعة التجريبية. وخلصت الدراسة إلى أن أشترك الأمهات في برامج التدخل الخاصة بأبنائهن يحسن من صحتهم النفسية.

The Abstract

The aim of this study was to illustrate the efficacy of autistic children's mothers' participant in their children therapeutic plan in improving their mental health. Mental health scale (prepared by the researchers) has been administered in a pilot study on (n=40) mothers to make sure of its psychometric efficiency, and it has been verified from the validity and the reliability, then it has been administered on both experimental (n=5 mothers) and control (n=5 mothers) samples before and after the participant in the autistic children's therapeutic plan. The study concluded series results; the most important one is the significant differences in experimental group's mental health between pre and post administration toward post one, while there's no significant differences in control group's mental health between pre and post administration. On the other hand, the study revealed that there are significant differences in post administration to the mental health scale between both groups toward the experimental group. The study concluded that the mental health of autistic children's mothers gets improved through participation in their children's interventions programs.

المراجع العربية

- ١- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٦) أصول الصحة النفسية. الطبعة الثانية. الأسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ٢- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨) الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتاب.
- ٣- رائد خليل العبادي (٢٠٠٦) التوحد. عمان: مكتبة المجتمع العربي.
- ٤- سهام علي عبد الغفار (١٩٩٩) فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال (رسالة دكتوراه)- غير منشورة.- كلية التربية، جامعة طنطا.
- ٥- سهى أحمد أمين نصر: مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الأتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين (رسالة دكتوراه)- غير منشورة.- معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ٦- سوسن شاكر الجلي (٢٠٠٥) التوحد الطفولي: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. سوريا: مؤسسة علاء الدين.
- ٧- صلاح مخيمر (١٩٧٩) المدخل إلى الصحة النفسية، الطبعة الثالثة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- ٨- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١) إعاقة التوحد. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ٩- عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٦) مقدمة في الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- ١٠- عبد المطلب أمين القريطي، وعبد العزيز السيد الشخص (٢٠١٠) مقياس الصحة النفسية للشباب. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١١- كمال إبراهيم موسى (١٩٨٨) المدخل إلى علم الصحة النفسية. الكويت: دار القلم.
- ١٢- محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥) سيكولوجية الطفل التوحدي: تعريفها، تصنيفها، أعراضها، تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي. دار الثقافة للنشر.
- ١٣- محمد مصطفى محمد شاهين (٢٠٠٢) دراسة لمشكلات أسر الأطفال التوحديين وتصور مقترح من منظور خدمة الفرد لمواجهتها (رسالة ماجستير)- غير منشورة.- كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

المراجع الاجنبية

- 14- Annette Estes, Laurie Vismara & Jamie Winter (2013) "**The Impact of Parent-Delivered Intervention on Parents of Very Young Children with Autism**". Journal of Autism and Developmental Disorders.
- 15- Aurée Jeanne Beaudoin, Guillaume Sébire & Mélanie Couture (2006) "**Parent Training Interventions for Toddlers with Autism Spectrum Disorder**" university of Sherbrook.
- 16- Bower B. (2000). "**Gene Implicated in Development of Autism**". Mayer land, Science News, Vole, 158, Issue, 25.
- 17- Buss, A.H. : **psychology** . N.Y. : Wiley, 1966.
- 18- Christina Samios, et al., "**Research in Autism Spectrum Disorder**", Vol.3, Issue 2, April – June, 2009.
- 19- CR Petersen (2014) "**A Parent-Mediated Intervention to Increase Responsive Parental Behaviors and Child Communication in Children with ASD: A Randomized Clinical Trial**" – Springer, published online Thursday, February 27, 2014.
- 20- Davies AR, Sherbourne CD, Peterson JR and Ware JE (1998) "**The Mental Health Inventory (MHI-38)**", Scoring manual: Adult health status and patient satisfaction measures used in RAND's Health Insurance Experiment. Santa Monica: RAND Corporation.
- 21- Fred R. Volkmar, Rhea Paul, Ami Kline, Donald Cohen: "**Handbook of autism and pervasive developmental disorders**". Volume one: Diagnosis, development, neurobiology and behavior.
- 22- Inalegwu P Oono, Emma J Honey & Helen McConachie (2013) "**Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD)**". Institute of Health and Society, Newcastle University, Sir James Spence Institute, UK.
- 23- Jahoda, Mair : **Current Concepts of Positive Mental Health** N.Y. : Basic Books, 1958.
- 24- Jonathan Green, Tony Charman & Andrew Pickles (2010) "**Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial**" *Lancet* 2010; 375: 2152–60 Published Online May 21, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60587-9.
- 25- Kessler,(2005) "**The Kessler Psychological Distress Scale**" Australian Centre for posttraumatic mental health.
- 26- Laura Schreibman, Wendy M. Kaneko & Robert L. Koegel (2011) "**Positive affect of parents of autistic children: A comparison across two teaching techniques**" University of California, San Diego, USA; University of California, Santa Barbara, USA.

- 27- Maureen Aarons & Tessa Gittens (1992). **"The Handbook of Autism for Parents and Professionals"**. London: First published.
- 28- McConachie, H., & Diggle, T. (2007) **"Parent Implemented Early Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review"**. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 13(1), 120-129.
- 29- Michael Siller, Lindee Morgan, Lauren Turner-Brown, Kathleen M. Baggett (2014) **"Designing Studies to Evaluate Parent-Mediated Interventions for Toddlers With Autism Spectrum Disorder"**. Journal of Early Intervention published online 11 July 2014.
- 30- Monica Juneja, Sharmila Banerjee Mukherjee, Suvasini Sharma, Rahul Jain (2012) **"Evaluation of a parent-based behavioral intervention program for children with autism in a low-resource setting"** ORIGINAL ARTICLE Year : 2012 | Volume : 7 | Issue : 1 | Page : 16-18.
- 31- Ozcan Karaaslan, Ibrahim Diken& Gerald Mahoney (2012) **"The Effectiveness of the ResponsiveTeaching Parent-mediated Developmental Intervention Programme in Turkey: A pilot study"**. International Journal of Disability,Development and Education, 30 April 2012.
- 32- Richard L. Simpson & Brenda Smith Myles (1998). **"EducatingChildren and Youth with Autism, Strategies for effective practice"**. Pro E.D. Austin: TX.
- 33- Richard Solomon (2014) **"Parent Coaching Early Intervention Program Benefits Young Children with Autism"** October Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, the official journal of the Society for Developmental and Behavioral Pediatrics.
- 34-Ringness, T.: **Mental Health in the school**. N.Y.: Random Hous,1963.
- 35- Rita Jordan & Stuart Powell. **"Understanding and Teaching Children with autism"**.
- 36- Robert L. Spitzer, M.D., Miriam Gibbon, M.S.W., Jean Endicott (2005) **"GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING"**.
- 37- Ruth Chu-lien Chao, Amber N. Olson, Katie Z. Spaventa and Christine Smith (2010) **"Multiculturally Sensitive Mental Health Scale (MSMHS): Development, Factor Analysis, Reliability, and Validity"** University of Denver.
- 38- Sally J. Rogers, Annette Estes, Catherine Lord, Laurie Vismara, Jamie Winter& Annette Fitzpatrick (2012) **"Effects of a Brief Early Start**

Denver Model (ESDM)–Based Parent Intervention on Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial"

JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY VOLUME xx NUMBER x ,2012.

39-Smith, M. **Research Strategies Toward a Conception of Positive Mental Health.**, Amer. Psychologist, 14,1959. Pp.: 673-681.