

دور الأخصائي الاجتماعي في مواجهة مشكلات بعض مشكلات أسر أطفال التوحد

أ. سمية شكري خير الهلاك - كلية التربية - جامعة الزنتان

المقدمة:

يُعدُّ التوحد اضطراب يصيب فئة من فئات التربية الخاصة التي تحتاج إلى الرعاية والعناية، والذي جذب اهتمام الباحثين والقائمين على ميدان التربية الخاصة بمختلف تخصصاتهم، إنَّه عالم يكتنفه الغموض، ولا تقتصر أسباب هذا الاضطراب المُحير على سبب منفرد، فأساببه متعددة، ولا يزال هذا الاضطراب مُثير للجدل من حيث تشخيصه وأسبابه وأساليب علاجه. وقد أصبح في عصرنا هذا تصنيفاً مستقلاً في التربية الخاصة، فقد وقف المهتمون حائرين مندهشين من هؤلاء الأطفال الذين لا يظهر أي عيب في شكلهم الخارجي، بل قد يتسمون بشكلٍ عامٍ بالوسامة كما أنَّ للبعض قدرات خارقة. وعلى هذا النحو تعاني أسر هؤلاء الأطفال مشكلات عديدة سببها معاناة أطفالهم، ودراستنا هذه تستهدف التعرف على دور الأخصائي الاجتماعي في مواجهة بعض مشكلات هذه الأسر (أسر أطفال التوحد)، ولقد نُظِّمت هذه الدراسة في أربعة محاور، جاءت على النحو الآتي:

الأول: ويتناول العناصر الأساسية للدراسة من حيث المشكلة، والأهمية، والأهداف، والتساؤلات، ومفاهيم ومصطلحات الدراسة.

الثاني: يتناول الإطار النظري للدراسة من خلال دراسة التوحد مفهومه وأنواعه وخصائصه وأسبابه، اضطراب التوحد وتأثيره على الطفل والأسرة: الخدمة الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، دور الأخصائي الاجتماعي مع الفئات الخاصة فئة أطفال التوحد.

الثالث: يناقش الإطار العملي للدراسة من حيث النوع، والمنهج، والمجتمع، والعينة، ومجالات، وأداء جمع البيانات، والدراسة الاستطلاعية، وتطبيق الاستبانة، والأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل.

المحور الأول - الإطار المنهجي للدراسة:

مشكلة الدراسة:

يُعدُّ القصور الواضح في التفاعل الاجتماعي من الخصائص التي يتسم بها أطفال التوحد، فالعزلة الاجتماعية سمة أساسية يتميزون بها، حيث لا يتواصلون مع الآخرين

سوء بالتواصل اللفظي أو غير اللفظي، ولا يقيمون علاقات اجتماعية حتى مع ذويهم من أفراد الأسرة الذين يقيمون معهم، وهناك العديد من الأعراض التي يتسم بها الطفل التوحدي منها: عدم اهتمام الطفل بالتفاعل مع الآخرين، التعامل مع أجزاء الجسم كما أنها أجزاء منفصلة، الافتقار للسلوكيات المقبولة وفق المعايير الاجتماعية، القصور في إدراك مشاعر الآخرين (1).

ولقد أشارت الدراسات إلى تأثير الطفل التوحدي على الأسرة، حيث يتأثر إخوة الطفل بأخيه التوحدي، فإنَّ وجود طفل توحدي في الأسرة يعني العديد من الصعوبات التي على الأسرة مواجهتها والتقليل من أثارها. وبهذا تتحدّد مشكلة الدراسة الحالية في معرفة الآثار المترتبة عن وجود طفل توحدي داخل الأسرة، ودور الأخصائي الاجتماعي في مواجهة تلك الصعوبات أو المشكلات، وكيفية إرشاد الأسرة وتوعيتها حتى تتغلب على هذه المشكلات.

- تساؤلات الدراسة:

- 1- ما اضطراب التوحد والأسباب المؤدية إلى حدوثه؟
- 2- ما دور الأخصائي الاجتماعي في مواجهة مشكلات أسر أطفال التوحد؟
- 3- ما دور المركز في تقديم المساعدات والتوعية لأسر أطفال التوحد؟

- أهمية الدراسة:

تتجسد أهمية الدراسة بإيجاز فيما يلي:

- 1- محاولة توجيه أسر أطفال التوحد لأسباب هذا الاضطراب ومشاكل أبنائهم وكيفية التأقلم والتكيف معهم داخل أو خارج الأسرة.
- 2- تسليط الضوء على دور الخدمة الاجتماعية في مواجهة المشكلات المترتبة عن وجود طفل التوحد في الأسرة.
- 3- تسهم الدراسة في إثراء الخلفية العلمية والمعرفية في مجال الخدمة الاجتماعية لا سيما الخدمة الاجتماعية في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة (أطفال التوحد).

أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة في النقاط الآتية:

- 1- التعرف على اضطراب التوحد والأسباب المؤدية إلى حدوثه.
- 2- التعرف على دور الأخصائي الاجتماعي في مواجهة مشكلات أسر أطفال التوحد.
- 3- التعرف على دور مركز التوحد في تقديم المساعدة والتوعية لأسر أطفال التوحد.

- مفاهيم ومصطلحات الدراسة:

1- **الدور:** يُعرف بأنه أنشطة وأفعال متوقعة من شخص يشغل مكانة اجتماعية معينة (2) (السلطان، 1984، صفحة 71). ويُعرف بأنه الفعل الذي يقوم به أي شخص لتحقيق دوره ولإشباع حاجاته، والدور هو مفهوم حركي يرتبط بالسلوك ولا يتم بشكل عفوي أي أنَّ قصد معين ووليد التفكير والتدبير (3).

التعريف الإجرائي للدور: بأنه سلوك يؤديه الشخص (الأخصائي الاجتماعي) الذي يشغل مكانه أو مركزاً معيناً من خلال مجموعة من الحقوق والواجبات للشخص في موقف معين.

2- **الأخصائي الاجتماعي:** هو الشخص المؤهل علمياً ومهارياً لكي يصبح قادر ومسئولاً على عملية المساعدة بكافة أبعادها، وتتمثل في الإعداد العملي والمعرفي كالعلوم الأساسية، ومهاراته في التعامل مع المشاعر والتجاوب مع الأفكار، والتوضيح والإرشاد (4).

التعريف الإجرائي للأخصائي الاجتماعي: هو الشخص المهني المعد علمياً وعملياً حتى يستطيع أداء دوره المهني في ميدان الخدمة الاجتماعية على أفضل صورته مُمكنه بصورة عامة وميدان أسر أطفال التوحد بصورة خاصة.

3- **التوحد:** بأنه حالة تفشي أو اضطراب في النمو تتسم بالضعف الشديد في العديد من مجالات النمو بما في ذلك تنمية المهارات التفاعلية الاجتماعية، ومهارات الاتصال مع وجود أنماط مُفيدة ومُتكررة ونمطية من السلوك والاهتمامات والأولويات والأنشطة (5)، ويُعر - أيضاً - بأنه حالة تصيب بعض الأطفال عند الولادة أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة تجعلهم غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية، وغير قادرين على تطوير مهارات التواصل، ويصبح الطفل مُنعزلاً عن محيطه الاجتماعي، ويتوقع في عالم مُغلق يتصف بتكرار الحركات والنشاطات (6).

4- **الأطفال التوحيديون:** هم الأطفال الذين يظهرون عجزاً واضحاً في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتي حدّدت بالانتباه المشترك، التواصل البصري، التقليد، الاستماع، والفهم، والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، وتمييز وفهم تعبيرات الوجه ونبرات الصوت الدالة عليها (7).

5- **الفئات الخاصة:** اصطلاح يُطلق على فئة أو مجموعة من الأشخاص تتسم شخصياتهم بصفات وخصائص غير سوية، قد تعمل على إعاقة نموهم وتفاعلهم وتوافقهم النفسي والاجتماعي، ممّا يحول بينهم وبين المساهمة الإيجابية في الحياة (8)، والفئات الخاصة

اصطلاح يُطلق على فئة أو مجموعة من الأشخاص تنسم شخصياتهم بصفات غير سوية، قد تعمل على إعاقة نموهم وتفاعلهم وتوافقهم النفسي والاجتماعي، ممّا يحول بينهم وبين المساهمة الإيجابية في الحياة.

المحور الثاني - الإطار النظري للدراسة:

دور الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة (حالات التوحد):

أولاً - التوحّد مفهومه وأنواعه وخصائصه وأسبابه:

مفهوم التوحّد : عُرِف التوحد بأنّه خلل في الجهاز العصبي يُؤثر في مختلف نواحي النمو الممثلة في الأبعاد النمائية التالية (بعد العناية بالذات، والبعد اللغوي والتواصل، والبعد المعرفي، والبعد السلوكي، والبعد البدني (الجسمي)، والبعد الأكاديمي، والبعد الاجتماعي والانفعالي، والبعد الصحي، والبعد الحسي)، ويظهر اضطراب التوحد على هيئة قصور سلوكي في الإبعاد السابقة منذ الولادة وحتى سن الثالثة، ولا يوجد سبب رئيسي للتوحد كما أنّه لا يوجد علاج شافي من الاضطراب، وقد يكون التوحيدين قدرات خاصة في بعض الجوانب، والتدخل المبكر من أفضل طرق تحسين حالة الطفل التوحيدي⁽⁹⁾. وعُرِف التوحد بأنّه اضطراب نمائي مزمن وخطير يتضمّن الإعاقة في تطور اللغة والوظيفة الاجتماعية، واللعب وصُعوبات في فهم المشاعر والتعبير عنها، والاستجابة غير المناسبة للمواقف الاجتماعية، وقد تكون هذه الإعاقة أو الصعوبات بسيطة أو متوسطة أو شديدة⁽¹⁰⁾. ويمكن القول: إنّه لا توجد نسب دقيقة للأطفال المصابين بالتوحد في العالم، لأنّ العالم يعتمد بشكل أساسي على ما هو معروض، وقد لا تعرض قليل أو كثير من الأسر أطفالها أو تكشف عنهم لأسباب عديدة تتعلّق مثلاً بطبيعة المجتمع أو الجنس وغيرها، أو قد تكون الأعداد من خلال البحوث التي تجري في هذا الميدان، وقد لا تكون هذه الأعداد ممثلة للواقع. كما قد يكون هناك اختلاف بين دولة وأخرى، إذ قد تكون النسبة أكثر تمثيلاً للحالة من بلد آخر، وهذا يرتبط بشكلٍ أساسيٍّ بالوعي الحقيقي لهذه المشكلة وأثارها، ويُعدّ التوحد من الإعاقات الأقل انتشاراً وظلّت النسبة التقليدية مُسيطرَة لفترةٍ طويلةٍ نسبياً، حيث تراوحت نسبة شيوع التوحد تقريباً ما بين (4-5) لكل عشرة آلاف مولودٍ، إلّا أنّ تغيّر تعريف التوحد وامتداد العمر إلى (36) شهراً بدلاً من (30) شهراً، إضافةً لتوسّع مفهوم التوحد الذي أصبح على فئة التوحد التقليدي التي وصفها كانر أدى إلى ازدياد النسبة، حيث يمكن تقديرها ما بين (15-20) لكل عشرة آلاف مولود، وكما أنّ التوحد ينتشر عند الذكور بمعدل ثلاثة إلى أربعة أضعاف مقارنة مع الإناث⁽¹¹⁾.

أنواع التوحد: إعاقة التوحد Autism.

إعاقة اسبيرجر Asperger هي إعاقة تتميز بضعف في التفاعلات الاجتماعية، ونجد أنّ الطفل ذكاءه متوسط أو فوق المتوسط ولا تصاحب بتأخر في اكتساب اللغة. إعاقة ريت Rett وهي إعاقة مستمرة الانحدار تصيب الإناث بين السنة الأولى والرابعة، ويتميز المريض بفترة من النمو الطبيعي يتبع بفقدان لما تمّ اكتسابه ثم يليه فقدان قدرته على تحريك يديه بشكلٍ هادفٍ إلى حركة عشوائية ومتكررة. إعاقة الطفولة غير المتكاملة وهي إعاقة تتميز بنمو طبيعي على الأقل في السنتين الأوليتين من عمر الطفل تتبع بفقدان لكل ما تم اكتسابه من قدرات (12). أمّا خصائص التوحد فيمكن عرضها في النقاط التالية:

الحالة العقلية: يعاني أطفال التوحد من مشكلة المعالجة التلقائية للمعلومات، إلّا أنّ هذه المشكلة تتفاوت في الدرجة بين الحالات أثناء التطور النمائي خلال المراحل العمرية تبعاً للقدرات الكامنة للحالة ونوعية الخدمات التي قدمت في مرحلة مبكرة من حياة الطفل.

التفاعل الاجتماعي: تتسم طريقة اللعب لدى أطفال التوحد بالمنطقية وعدم المرونة، وتفشل معظم الحالات في تطوير أساليب مناسبة للعب مع الأقران في المراحل التالية بالرغم من وجود رغبة بالمشاركة لدى الطفل يقابلها انخفاض واضح في فهم القواعد الاجتماعية.

اللغة والتواصل: تظهر مشاكل متعددة في استخدام اللغة لدى فئة التوحد بدءاً من استخدامها في التعبير عن الاحتياجات الخاصة في مرحلة الطفولة، وصولاً إلى مشاكل متعددة في صياغة التركيب النحوي للجملة والمبادرة في استخدامها في مواقف التواصل الاجتماعي (13).

الخصائص النفسية والانفعالية: يرتبط التعبير الانفعالي إلى حدٍ كبيرٍ بالتطور الإدراكي، وأكثر ما يميز انفعالات أفراد التوحد شدة وتباين ردة الفعل في إظهار الانفعال، بالإضافة إلى إظهار الانفعال بصورة غير متوافقة مع الموقف.

التطور الحركي: يتقارب النمو الحركي في المراحل الأولية إلى حدٍ كبيرٍ مع النمو الطبيعي، وقد يُلاحظ في بعض الحالات تأخر بسيط في الحبو أو المشي، ويبدو أنّ المشكل الأكبر هو في تباين كفاءة الأداء الحركي للحالة ذاتها فمن المؤلف في فئة التوحد أن نشاهد طفلاً في مرحلة الطفولة المتوسطة وما بعد ذلك يجيد تركيب الأحجيات في حال عدم قدرته على مسك القلم أو ركل الكرة باتجاه مُحدد، بينما تمثل

عدم المرونة في التوافق الحركي بين الجزء العلوي والجزء السفلي مشكلة شبه عامة بين أفراد التوحد بمختلف الأعمار (14).

أسباب اضطراب التوحد : أثبتت الدراسات الحديثة أنه لا يوجد سبب محدد مسؤول عن التوحد الطفلي، وهذا ما جعل الباب مفتوحاً لاجتهاد الباحثين في البحث عن أهم هذه الأسباب، وأنَّ درجة تعقيد مظاهره وتداخله مع كثير من الاضطرابات والإعاقات الأخرى أدَّى إلى صعوبة في تحديد سبب اضطراب التوحد، وذلك لعدة عوامل هي:

1- تعدد أنواع وأشكال اضطرابات طيف على الرِّغم من التعرف إلى خمسة أنواع من اضطرابات طيف التوحد.

2- عدم الاتفاق بين المختصين والعاملين في المجال على طبيعة الإصابة ومميزات هذه الاضطرابات، وذلك بسبب التشابه الكبير بين بعضها في الخصائص.

3- الخطأ في التشخيص يُعدُّ التشخيص حجر الزاوية الأساس في تقديم خدمات التربية الخاصة فبدون التشخيص لا يمكن تحديد الفئة التي يتبع لها المفحوص (15).

وهناك مجموعة من الاسباب التي تفسر في الوقت الحاضر، لعل من أبرزها الآتي:
الأسباب الوراثية والبيولوجية: يُعتقد أنَّ الحالات التي تسبب تلفاً للدماغ قبل الولادة أو اثنائها أو بعدها تُهيء لحدوث الاضطراب مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية (Rubella) أو الاختناق أثناء الولادة، والتهاب الدماغ، وتشنجات الرضع، فقد أكدت دراسات أنَّ مضاعفات ما قبل الولادة أكثر لدى الأطفال الذاتويين من غيرهم من الأسوياء أو حتى المصابين باضطرابات أخرى.

الأسباب الجينية: تشير الدراسات على التوائم المتطابقة أنه في حالة إصابة أحدهما بالتوحد تكون احتمالية إصابة الآخر بالتوحد نسبة لا تقل عن 90% كما تثير إلى حدوث خلل في الكروموسومات خلال أول (20-24) يوم من الحمل أو في الثلاث أشهر الأولى، وتفترض بعض الدراسات أنَّ الخلل يمكن في الكروموسومات (16).

التلوث البيئي: ويرجع سبب التوحد إلى أسباب التلوث البيئي، حيث إنَّ اهتمام الباحثين بمادة التوكسين وهي مادة سامة تؤثر على الدماغ وجهاز المناعة بأكمله، حيث تبين ازدياد نسبة انتشار التوحد في المدن الصغيرة والتي يكثر فيها مصانع النظارات، وبالتالي ازدياد مادة التوكسين المنتشرة من مداخل هذه المصانع، كذلك عوادم السيارات والزيئق، والمبيدات كلها تؤثر على جهاز المناعة ومن تمَّ تسبب في اضطراب التوحد.

الأسباب العصبية: وهي الأسباب التي تعزو التوحد إلى الخلل في الجهاز العصب

المركزي ، ففرضية (ريملاندي) تقول : إنَّ التكوين المعقد في جذع الدماغ للطفل التوحد ربما يفشل في التزويد بدرجة إثارة مناسبة، أو خلل النصف الأيسر من الدماغ قد يؤدي إلى اختلال وظيفته المعرفية والخلل اللغوي، إصابة الدماغ للتسمات الكيميائية نتيجة لفشل الكبد من تنقية الدم من الترسبات الضارة، والتي تنقل عن طريق الدم إلى الجهاز العصبي الأمر الذي قد يسبب حالات التوحد(17).

العوامل النفسية والأسرية: من أولى التفسيرات لأسباب هذا الاضطراب كان يعتمد على العوامل النفسية وأساليب التربية، وكانت تؤكد على دور الأبوين في التنبؤ بهذا الاضطراب وخاصة الأم وعلاقتها بالطفل ونقص الارتباط العاطفي(18)، وفي هذا السياق يمكن تحديد أهم أعراض التوحد فيما يلي:

مجموعة الأعراض الأساسية والتي توجد في كل الأطفال التوحديين وتتمثل في:

- ضعف التفاعل الاجتماعي.
- انخفاض مستوى الوظائف العقلية.
- يكون التوحد قبل سن الثالثة.
- عدم القدرة على اللعب.
- انخفاض مستوى الوظائف العقلية.
- مجموعة الأعراض الإضافية التي قد لا توجد في كل الأطفال التوحديين
- ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية.
- نوبات الغضب وايداء الذات.
- البرود العاطفي الشديد.

ثانياً- اضطراب التوحد وتأثيره على الطفل والأسرة:

أشارت كثير من الدراسات إلى تأثيرات الطفل التوحد على الأسرة، حيث يتأثر أخوة الطفل بأخيمهم التوحد، وكذلك الحال فإنَّ وجود طفل توحد في الأسرة يعني العديد من الصعوبات التي على الأسرة مواجهتها والتقليل من آثارها. ويلعب آباء الأطفال التوحديين أدواراً متعددة في حياة أطفالهم، فهم أول من يتعرَّف على المشكلات النمائية ويواصلون الاهتمام بهم حتى يحصلون على تشخيص مناسب ويجدون الخدمات المناسبة لأطفالهم. وحال تحقيق البرنامج العلاجي المناسب، فإنَّ الآباء يعتبرون مشاركين في عملية تعليم أطفالهم حتى يتأكدوا من أنَّ المهارات المتعلقة في البرنامج التربوي تنتقل إلى الأوضاع المنزلية ليلعبوا دوراً في تعليم أطفالهم السلوكيات المناسبة في المنزل والمجتمع(19)، لكن تُعدُّ اللحظة التي تتم فيها اكتشاف اضطراب الطفل في



الأسرة مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها. وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث إنَّها تقود إلى إحداث تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية، وحتى السلوكية للوالدين ولكل فرد من أفراد الأسرة (20)، ولتقديم خدمات تربوية مناسبة لطفل التوحد، فإنَّ الآباء يحتاجون إلى معلومات ومهارات علمية حول التوحد وطرق علاجه. فهم يحتاجون إلى إتقان استراتيجيات تعليم محددة لتمكين طفلهم من اكتساب سلوكيات جيدة وفهم طبيعة التوحد، وكيفية التأثير على أنماط تعلم طفلهم والسلوك، أيضاً يحتاج الآباء إلى أن يكونوا على دراية ومعرفة بقانون التربية الخاصة للدفاع عن حقوق طفلهم في الخدمات المتوفرة والمناسبة.

يحتاج الآباء أيضاً إلى التعامل مع الضغوطات النفسية والانفعالية الناتجة عن وجود طفل توحد في الأسرة بذلك يتضح بأنَّ الآباء يلعبون دور المعلم والمدافع، ودور المحب لأفراد أسرته، لذلك فإنَّ المساعدة المتخصصة والمناسبة للآباء مهمة لتمكينهم من تحقيق أهدافهم وأدوارهم، فبعض الآباء يتعاملون جيداً مع هذه التحديات، ومن جهة أخرى على الآباء إدراك المشكلات التي تواجه أخوة وأخوات الأطفال التوحديين مشكلات انفعالية وغيرها، والتي أهمها:

- الشعور بالغضب أو الغيرة من الطفل التوحد بسبب انتباه الزائد.
- استياء الأخوة من أخيهم التوحد لأنَّه لا يستطيع ضبط مشكلاته السلوكية.
- الشعور بخيبة الأمل والحزن والارتباك والقلق.
- الشعور بالإثم والإحساس بمشاعر فقدان.
- الشعور بسخرية الآخرين لأنَّ أخاهم مختلفٌ عنهم والشعور بالضغط النفسي، وبأنَّهم ضحية أطفال لا علاقة لهم بها (21)، ويمكن الإشارة إلى الآثار المترتبة على وجود الطفل التوحد بالأسرة على النحو الآتي:

الآثار النفسية المترتبة على وجود الطفل التوحد في الأسرة: معظم أسر أطفال التوحد قد تتعرَّض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض، وتختلف درجة الضغط النفسي من فرد إلى آخر داخل الأسرة الواحدة أو بين الأسرة وأخرى. وأكدت الدراسات إلى أنَّ الوالدين هم أكثر أفراد الأسرة تعرَّضاً للضغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم وعلاقاتهم الاجتماعية في البيئة التي يسكنون بها، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين، كمشاعر الذنب، الحماية الزائدة، الهروب من الواقع عدم الانسجام النفسي

بين الوالدين وبين بقية أفراد الأسرة وبينهم (22).

الآثار الاجتماعية المترتبة على وجود الطفل التوحد في الأسرة:
أكد (Farber 1963) في أبحاث على أثر وجود الكفل التوحد على العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة. وأثار إلى وجود آثار سلبية وأخرى إيجابية على تكيف الأخوة والأخوات في المجتمع، وخاصة في المدرسة التي يدرسون بها، كذلك أشار إلى وجود الطفل التوحد في الأسرة قد يخلق جوًا من عدم التنظيم الأسري وتبرز الخلافات بين أفراد الأسرة ممّا قد تؤدي إلى انفصال الوالدين.

الآثار الاقتصادية المترتبة على وجود الطفل التوحد في الأسرة: لا شك أنّ وجود الطفل التوحد في الأسرة يضيف إلى أعبائها النفسية والاجتماعية أعباء أخرى مالية أو اقتصادية هذا ما علمنا أنّ هذه الأعباء غالبًا ما تكون دائمة، وتستمر طوال فترة حياة هذا الطفل إذ أنّ الطفل التوحد يحتاج إلى متطلبات أكثر بكثير من غيره من الأطفال في الأسرة، فهم بحاجة إلى وقت ورعاية وحضانة وتدريب وتكاليف أكثر من غيرهم. فضلًا عن أنّ قضاء الأم معظم وقتها مع الطفل أسهم بشكل كبير في انقطاع الأم عن العمل⁽²³⁾.

ثالثًا - الخدمة الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة:

نشأة الخدمة الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة وفلسفتها وأهم أهدافها:

نشأة الخدمة الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في العصور البدائية الأولى، حيث سادت النزاعات والصراع لتبرز فلسفة (القوة والبقاء للأصلح) وكان يترك الطفل إذا وُلد مُعاق في الظروف الجوية الصعبة دون أي رعاية حتى يتوفاه الله. إلا أنّه مع ظهور الحضارات الإنسانية الأولى متمثلة في عصور الفراعنة والحضارة الإغريقية القديمة وما ظهر بين الحضارتين من حضارات أخرى في الهند والصين، بدأت تظهر بشكل واضح الخدمة الاجتماعية والمساعدات لذوي الاحتياجات الخاصة.

وبعد ظهور الأديان السماوية ظهرت تشريعات قدسية متعددة تقرر حقوق المعاقين والضعفاء. ففي الديانة اليهودية ظهرت الوصايا العشر والعشور كتعبير عن حق المعاقين في العيش والحماية، كما نادى المسيحية بالحب والسلام والمعاملة بروح الاخوة والتشبه بأخلاق السيد المسيح عليه السلام وجاء الإسلام برسالة جديده، سمت بالإنسانية وارتفع بكرامة الفرد والمجتمع إلى المكان اللائق. وأخيرًا جاء القرن العشرين بانتصارات حقّقها الطب النفسي وعلم الوراثة والعلوم الإنسانية الأخرى ليكشف النقاب عن الكثير من أسباب الإعاقة للإنسان. وعلى الرّغم من الاتجاهات والأيدولوجيات المتعددة حاليًا إلا أنّ المجتمعات وإن اختلفت فيما بينها على الأسس الفكرية للعناية

بالمعاقين إلا أنه ثمة الاتفاق مشترك بينهما على ضرورة وجوب العناية بالمعاقين، ومع يزوغ القرن الحادي والعشرين نشهد اهتمام بالغ بالوعي والتأمين الصحي والاهتمام برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.

وتعتمد فلسفة الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة على المسلمات التالية:

1- الإعاقة ظاهرة طبيعية فرضتها طبيعة الحياة الاجتماعية المعاصرة والحروب والحوادث.

2- عجز الإنسان هو عجز نسبي يصيب وظيفة عضو أو أكثر.

3- أسباب عجز الإنسان غالباً ما تنجم عن التفاعل الدائم بين الفرد وبيئته.

4- رعاية المعاقين واجب أخلاقي وإنساني فرضته علينا القيم الدينية، وحثت على احترام آدمية المُعاق، لأنه مخلوق إنساني كَرَّمه الله - تعالى - .

5- تسعى الخدمة الاجتماعية لاستعادة ما تبقي لدى المُعاق من قدرات لنقله من مرحلة الاعتماد على الآخرين إلى مرحلة الاستقلال الذاتي.

6- تقوم الرعاية المتكاملة للمعاقين على أساس تقبل واحترام حقوقه في جميع جوانب الحياة⁽²⁴⁾، ومن هنا تتجلى أهداف الخدمة الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة بمجموعة من الأهداف لعل أهمها:

أ- إيقاف تيار العجز بالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدتها لتحقيق أقصى قدراتها.

ب - توفير فرص التعليم الخاص لفئات المعاقين.

ج - توفير الرعاية الطبية والعلاج الطبيعي والأجهزة التعويضية لمن يحتاجها منهم.

د- توفير الرعاية النفسية والاجتماعية للمعاق وأسرته لضمان استقرار حياة المُعاق له ولأسرته.

هـ- تهيئة مؤسسات رعاية المعاقين التعليمية والاجتماعية والطبية؛ لتناسب المعاقين مع تهيئة جانب من الطرق وبعض المساكن تناسبهم وتضمن سلامتهم⁽²⁵⁾.

رابعاً- دور الإخصائي الاجتماعي مع الفئات الخاصة فئة أطفال التوحد:

يمكن عرض بعض أدوار الإخصائي الاجتماعي مع أطفال التوحيدين في الآتي:

1- تخطيط البرامج داخل مؤسسات أو المراكز تأهيل ورعاية أطفال التوحد ومتابعة تنفيذها.

2- التشخيص لا بدّ للأخصائي الاجتماعي بعد أن ينهي عملية الدراسة أن يتناول الحالة بالتشخيص بتحديد حالة المُعاق، ومدى استجابته للتأهيل النفسي والاجتماعي أو المهني ومدى ملائمة الظروف المحيطة وغيرها من مكونات التشخيص الاجتماعي.

4- المبادرة للتعاون والعمل مع الجهات المعنية في المجتمع للاستفادة من خدماتها وبرامجها في رعاية الطفل التوحدي (26).

5- المتابعة والتقييم لما يضعه من خطط علاجية للسلوك أو العلاقات ومدى النجاح أو الفشل وتحديد الأسباب.

6- الاستفادة من النظريات العلمية في فهم نفسية المعاق وحاله وسلوكه وتوظيفها في إيجابية التعامل مع المعاق.

أمّا دور الأخصائي الاجتماعي مع أسر أطفال التوحد فيمكن عرضه على النحو الآتي:

المعلومات المبدئية عن الأسباب والأعراض وطرق العلاج المتعددة.

1- توفير المعلومات العامة عن المراكز المحلية والدولية.

2- الاعتبارات العاطفية والضغوط التي يتعرّض لها الوالدان من قبل أفراد الأسرة أو المجتمع وكيفية التعامل معها.

3- كيفية تعامل الآباء مع الأعراض الأولية للاضطراب والسلوكيات غير المرغوبة.

4- الاحتياجات التدريبية للبرامج التعليمية المنزلية.

5- أساليب تكيف الأخوة والطفل التوحدي.

6- تطوير المهارات الاستقلالية الأساسية.

7- ضبط السلوك النمطي والسلوك الغاضب.

8- مفهوم الدمج والتطوير التعليمي.

9- الوعي بتطوير السلوك الجنسي لفئة التوحد (27).

المحور الثالث - الجانب الميداني :

أولاً- منهجية الدراسة ، وتتضمن:

نوع الدراسة: تتدرج الدراسة الراهنة تحت الدراسات الوصفية، وتعتمد على الأسلوب التحليلي بهدف جمع البيانات والحقائق.

منهج الدراسة: تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، والذي يُعدّ من أفضل المناهج التي تتناسب مع الدراسة الحالية، كما أنه يساعد في الكشف للوصول إلى الحقائق في أي موقف من المواقف ومحاولة اختيارها للتأكد من صلاحيتها.



مجتمع الدراسات —————: يتكوّن مجتمع الدراسة من جميع أسر أطفال التوحد الذين يترددون على المركز الليبي لذوي الاحتياجات الخاصة ببلدية عين زارة في مدينة طرابلس، لغرض متابعة أبنائهم حتى يتم تأهيلهم ودمجهم داخل المجتمع، وقد تم تأسيس المركز في سنة 2007م، حيث يتضمن عدة أقسام تأهيلية منها: قسم التخاطب وعلاج النطق، قسم التوحد، قسم الإيواء، قسم صعوبات التعلم، قسم العلاج الطبيعي، قسم الإعاقات الذهنية، قسم التأهيل المهني، قسم العلاج بالأكسجين المضغوط، قسم التدخل البكر، ويوجد به (30) أخصائي اجتماعي ويقومون بالإخصائيون بإعطاء ندوات إرشادية وتوجيهية وتأهيلية كل يوم من بداية الأسبوع (يوم السبت) على تبادل تكون الندوات للأسرة أسبوع وللاخصائيين بالمركز، يبلغ عدد أطفال التوحد بالمركز (50 طفلاً)، ومواعيد الدوام اليومي من الساعة 9 صباحاً إلى 4 مساءً.

- عينة الدراسة: وتعرف العينة العشوائية البسيطة: هي العينة التي لا يعتمد الباحث في اختيارها أية وسيلة مهما كانت. بل تأخذ بطريقه تضمن إعطاء جميع وحدات المجتمع فرصاً متساويان في الاختيار (30) (لهلوب، 2011، صفحة 338).

تم اختيار العينة العشوائية البسيطة، وذلك باختيار 40 من مجتمع الدراسة، وتم توزيع 40 استمارة استبانة الفاقد منها 20 استمارة، وتمت الإجابة على 20 استمارة، وبذلك تكونه عينة الدراسة من 20 ولي أمر بالمركز الليبي لذوي الاحتياجات الخاصة ببلدية عين زارة الواقعة في نطاق مدينة طرابلس.

مجالات الدراسة ويتضمن :

- **المجال البشري:** يتحدد المجال البشري بعينه من أسر أطفال التوحد.
- **المجال المكاني:** يتحدد المجال المكاني (الجغرافي) بالمركز الليبي لذوي الاحتياجات الخاصة ببلدية عين زارة في مدينة طرابلس.
- **المجال الزمني:** أجريت الدراسة الحالية في الفترة من 9 - 11 - 2016م إلى 30 - 4 - 2017م.

- **أداة جمع البيانات:** تمت الاستعانة بأسلوب استمارة الاستبانة باعتبارها أحد أبرز الأدوات المستعملة لجمع البيانات من الميدان، حيث قامت الباحثة بتصميم استمارة الاستبانة، وروعي فيها تحقيق الاستبانة الجيد وفق أهداف وتساؤلات الدراسة وإطارها النظري، وتكوّنت أسئلة الاستمارة من البيانات العامة الجنس، العمر، الخ، وأيضاً مجموعة من الاسئلة الخاصة بالمشكلات التي تواجه أسر أطفال التوحد.

- **الدراسة الاستطلاعية** : تكونت الاستمارة من (24) سؤالاً منها (6) أسئلة تختص بالبيانات العامة، و(18) سؤال يتعلق بمشكلات أسر أطفال التوحد ودور الاخصائي حيال تلك المشكلات وبعد الانتهاء من تصميم الاستمارة بشكلها المبدئي تم عرضها على عدد ستة محكمين من ذوي التخصص، وذلك لغرض التأكد من الصدق الظاهري للاستمارة، وقد قامت الباحثتان بالتعديلات التي أقرها المحكمين ، وفيما يلي جدول رقم (1) يبين آراء الأساتذة الأفاضل حول تحكيم الاستبانة:

ت	الأساتذة الأفاضل	أسئلة وافق عليها	أسئلة رفضها	أسئلة أضافها	المجموع
1	د. المبروك سعد	22	1	1	24
2	د. فوزي الشريف	18	3	3	24
3	سهام	24	-	-	24
4	د. إبراهيم الأشر	22	2	-	24
5	د. أبو القاسم	22	1	1	24
6	د. عبد السلام عيسى	21	-	3	24

- البيانات (تطبيق الاستبانة): انطلقت عملية جمع البيانات ميدانياً وفق فترة محددة من 1-3-2017 واستمرت إلى 16-3-2017، وقد جهز لهذه المرحلة عدد(40) استمارة استبانة.

- الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل:

استعانت الباحثة في معالجتها الإحصائية لبيانات الدراسة بالنسب المئوية، والجداول التكرارية، باعتبارها وسائل إحصائية يمكن إنتاجها، للوصول إلى النتائج المختلفة التي تطرحها أهداف، وتساؤلات الدراسة والمقارنة بين مختلف المتغيرات. (المعادلة الإحصائية = القيمة / العدد الكلي × 100).

ثانياً. عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية:

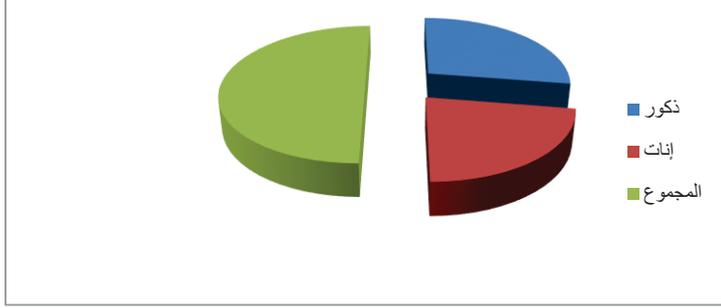
جدول رقم(2) التوزيع العددي والنوعي لأولياء أمور أطفال التوحد المترددين على المركز:

النوع	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	11	55%
إناث	9	45%
المجموع	20	100%

يبين الجدول رقم (2) والشكل رقم (4) أنّ عدد أفراد عينة الدراسة (20) من الجنسين ذكوراً وإناثاً، حيث كان عدد الذكور (11) بنسبة (55%) المتمثلة في آباء أطفال التوحد المترددين على المركز الليبي لذوي الاحتياجات الخاصة، وعدد الإناث (9) وبنسبة (45%) المتمثلة في أمهات أطفال التوحد، ونستنتج ممّا سبق أنّ أكثر من نصف عينة

الدراسة من الذكور، ويُعدُّ ذلك مؤشراً على زيارة أولياء الأمور (الآباء) أكثر من الأمهات.

والشكل رقم (1) التوزيع العددي والنوعي لأولياء أمور أطفال التوحد المترددين على المركز بالنسب المئوية:



جدول رقم (3) يبين الفئات العمرية لأفراد العينة:

النسبة المئوية	التكرار	ولي الأمر
5%	1	25 – 19
25%	5	32 – 26
25%	5	39 – 33
25%	5	46 – 40
20%	4	47 فأكثر
100%	20	المجموع

تشير نتائج الجدول رقم (3) والشكل رقم (5) المتعلقة بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات العمر إلى أنّ (5 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (25%) وهي متكررة ثلاث مرات تقع فئاتهم العمرية ما بين (26 – 46)، يليها عدد (4 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (20%) فئاتهم العمرية تقع (47 فما فوق)، وأنَّ عدد (1 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (5%) تقع فئته العمرية ما بين (19 - 25).

الشكل رقم (2) يبين الفئات العمرية لأفراد العينة بالنسب المئوية:



جدول رقم (4) يبين عدد أفراد الأسرة:

النسبة المئوية	التكرار	العدد
15%	3	3
15%	3	4
35%	7	5
35%	7	6 فأكثر
100%	20	المجموع

يتبين من خلال المعطيات الواردة في الجدول رقم (4) والشكل رقم (3) الآتي:
 أنّ عدد (7 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (35%) عدد أفراد الأسرة 6 فأكثر.
 أنّ عدد (7 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (35%) عدد أفراد الأسرة 5.
 أنّ عدد (3 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (15%) عدد أفراد الأسرة 4.
 أنّ عدد (3 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (15%) عدد أفراد الأسرة 3.
 تشير معطيات هذا الجدول أنّ هناك توازن بين الأسرة صغيرة الحجم والأسرة كبيرة الحجم بنسبة (35%).

الشكل رقم (3) يبين عدد أفراد الأسرة بالنسب المئوية:



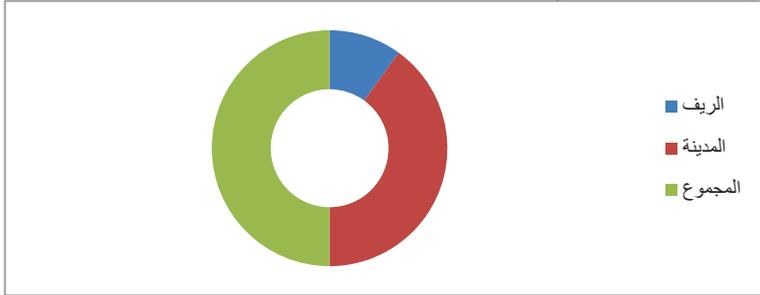


جدول رقم (5) يبين محل إقامة ولي أمر الطفل التوحيدي:

النسب المئوية	التكرار	محل الإقامة
20%	4	ريف
80%	16	مدينة
100%	20	المجموع

يتضح من الجدول رقم (5) والشكل رقم (4) أنّ عدد (16) من مجموع 20 مبحوثاً وبنسبة (80%) يقيمون بالمدينة، وان عدد (4) من مجموع 20 مبحوثاً وبنسبة (20%) يقيمون بالريف.

ونستنتج من ذلك أنّ أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة يقيمون في المدينة، وهذا أمر طبيعي لأنّ المكان الجغرافي لعينة الدراسة هو مدينة طرابلس والقاطنين بها من المدينة. الشكل رقم (4) يبين محل إقامة ولي أمر الطفل التوحيدي بالنسب المئوية:



جدول رقم (6) يبين المستوى التعليمي لأباء أطفال التوحد:

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي للآباء
0%	0	أمي
5%	1	ابتدائي
5%	1	إعدادي
20%	4	ثانوي
70%	4	جامعي فما فوق
100%	20	المجموع

بالنظر إلى الجدول السابق تشير الدراسة المتعلقة بتوزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي، إلى ارتفاع المستوى التعليمي للمبحوثين من حملة المؤهلات العالية، حيث يتبين أنّ (14) من مجموع 20 مبحوثاً وبنسبة (70%) هم من حملة المؤهلات الجامعية فما فوق، وأنّ (4) من مجموع 20 مبحوثاً، وبنسبة (20%) هم من حملة الشهادة الثانوية، وعدد 1 متكرر مرتين وبنسبة (20%) هم من حملة الشهادة الإعدادية والابتدائية.

جدول رقم (7) يبين المستوى التعليمي للأمهات أطفال التوحد:

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي للأمهات
10%	2	أمي
0%	0	ابتدائي
5%	1	إعدادي
10%	2	ثانوي
75%	15	جامعي فما فوق
100%	20	المجموع

وبالنظر إلى الجدول السابق تشير الدراسة المتعلقة بتوزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي، إلى ارتفاع المستوى التعليمي للمبحوثين من حملة المؤهلات العالية حيث تبين أن (15 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (75%) هم من حملة المؤهلات الجامعية فما فوق وأن (2 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (10%) من حملة الشهادة الثانوية، وأيضاً (2 من مجموع 20 مبحوثاً)، وبنسبة (10%) أمي، وتبين أن (1 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (5%) هي من حملة الشهادة الإعدادية، ويتضح من ذلك أن أغلب الأمهات من حملة المستوى الجامعي فما فوق.

جدول رقم (8) يبين المستوى الاقتصادي للأسرة:

النسبة المئوية	التكرار	يكفي لسد الحاجات
60%	12	نعم
40%	8	لا
100%	20	المجموع

يوضح الجدول رقم (8) المستوى الاقتصادي للأسرة لسد حاجات الطفل التوحيدي، حيث كان عدد أفراد العينة التي تسد حاجات طفلها (12 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (60%)، بينما عدد أفراد العينة الذين لا يستطيعون سد حاجات طفلهم (8 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (40%)

نستنتج من ذلك أن ضعف المستوى الاقتصادي للأسرة لا يكفي لسد حاجات أطفالها، وذلك يؤثر سلباً على توفير احتياجات الطفل.

جدول رقم (9) إذا وجد أحد آخر بالعائلة يعاني من اضطراب التوحد:

النسبة المئوية	التكرار	يوجد أحد آخر بالعائلة لديه اضطراب
25%	5	نعم
75%	15	لا
100%	20	المجموع

يوضح الجدول رقم (9) الآتي:



أنَّ عدد (15 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (75%) أجابوا بلا لا يعاني أحد آخر بالعائلة من اضطراب التوحد.

بينما أجابوا (5 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (25%) بنعم لديهم حالات أخرى يعانون من اضطراب التوحد.

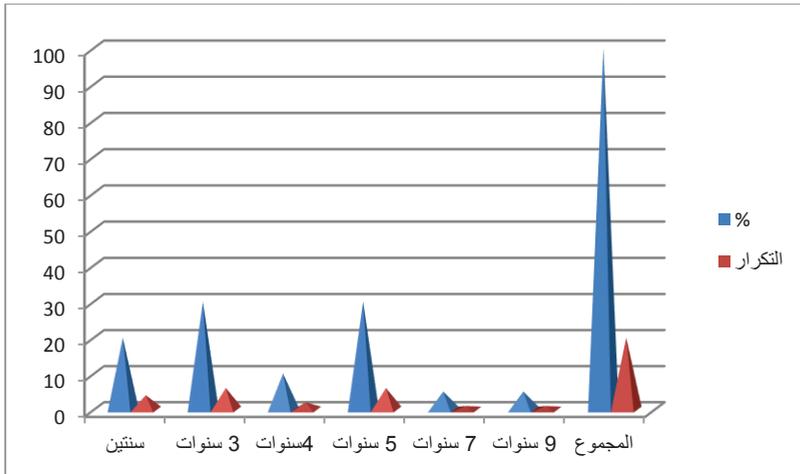
نستنتج ممَّا سبق أنَّ نسبة (25%) من أفراد عينة الدراسة يعانون من وجود أكثر من حالة اضطراب توجد بالأسرة، وهذا يبين وجود أعباء إضافية ومعاناة حقيقية لهذه الأسرة من ناحية نفسية واقتصادية.

جدول رقم (10) يبين عمر طفل التوحد الذي يتردد على المركز:

عمر طفل التوحد	التكرار	النسبة المئوية
2	4	20%
3	6	30%
4	2	10%
5	6	30%
7	1	5%
9	1	5%
المجموع	20	100%

توضح نتائج الجدول رقم (10) والشكل رقم (8) فئات عمر أطفال التوحد الذين يترددون على المركز، بحيث كانت النسبة الأعلى تقع ما بين 3 سنوات، 5 سنوات، وبنسبة (30%).

الشكل رقم (5) يبين عمر طفل التوحد الذي يتردد على المركز:



جدول رقم (11) يبين الفترة التي اكتشف فيها الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد:

النسبة المئوية	التكرار	فترة اكتشاف الاضطراب
0%	0	بعد الميلاد ب 40 يوم
0%	0	في عمر الشهرين
0%	0	في عمر 4 أشهر
5%	1	في عمر سنة
35%	7	في عمر سنتين
60%	12	في عمر 3 سنوات
100%	20	المجموع

تشير نتائج الجدول رقم (11) المتعلقة باكتشاف الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد بالأسرة أنّ (12 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (60%) تم اكتشاف اضطرابهم في عمر 3 سنوات، وأنّ (7 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (35%) تم اكتشاف اضطرابهم في عمر سنتين، وأنّ (1 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (5%) تم اكتشاف اضطرابه في عمر السنة.

نستنتج ممّا سبق أنّ نصف أفراد عينة الدراسة تم تشخيص طفل التوحد في عمر 3 سنوات، وقد يرجع ذلك في نظرنا إلى عدة أسباب أهمها: نقص مراكز التوحد في أغلب المدن الليبية، كذلك قصور دور الأسرة في اكتشاف اضطراب عملية النمو لطفلهم، وبالذات في السنوات الأولى للميلاد.

جدول رقم (12) يبين إذا كان هناك أكثر من طفل يعاني من اضطراب التوحد في الأسرة:

النسبة المئوية	التكرار	هناك أكثر من طفل توحد
25%	5	نعم
75%	15	لا
100%	20	المجموع

يوضح الجدول السابق أنّ نسبة (75%) أجابوا بلا، ليس لديهم أكثر من يعاني من اضطراب التوحد، بينما أجابوا بنعم بنسبة (25%) من المبحوثين، وهذه النتيجة متوافقة مع إجابات الجدول رقم (8)، حيث يبين مدى مصداقية أفراد عينة الدراسة.

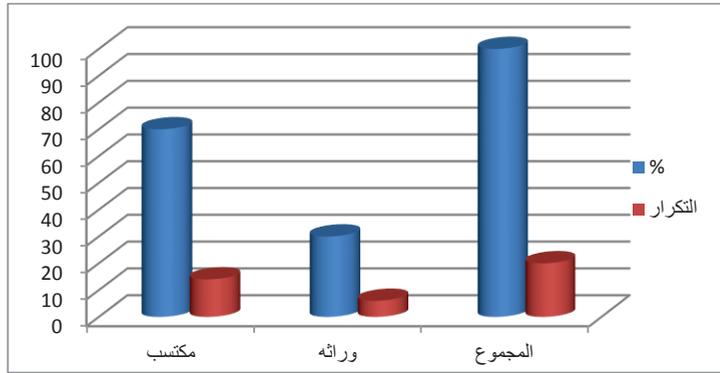
جدول رقم (13) يبين تكرارات إجابات العينة بخصوص: من خلال تشخيص حالة طفلك هل تبين اضطراب التوحد مكتسب أو وراثي؟

النسبة المئوية	التكرار	تشخيص حالة طفلك
70%	14	مكتسب
30%	6	وراثي
100%	20	المجموع

توضح نتائج الجدول رقم (13) والشكل رقم (9) أنّ أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (14) من مجموع (20) مبحوثاً) وبنسبة (70%) يرون أنّ اضطراب توحد طفلهم مكتسب، في حين لم تزيد نسبة من أفادوا أنّ اضطراب طفلهم وراثي (30%) من المبحوثين.

وتفيد معطيات الجدول الأعلى أنّ أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة أجابوا أنّ اضطراب التوحد لأبنائهم مكتسب، وربما يرجع لأسباب بيئية أو نفسية أو عصبية أو أسرية.

الشكل رقم (6) يبين النسب المئوية لحالات تشخيص اضطراب التوحد مكتسب أو وراثي للأطفال؟:



جدول رقم (14) يبين مدى استقبال الأخصائي الاجتماعي للأسر في المركز:

النسبة المئوية	التكرار	استقبال الأخصائي الاجتماعي
100%	20	نعم
0%	0	لا
100%	20	المجموع

يبين الجدول رقم (14) أنّ كل أفراد عينة الدراسة وبنسبة (100%) أجابوا بنعم حول استقبال الأخصائي الاجتماعي لهم أثناء دخولهم المركز لأول مرة. يُعدُّ ذلك مؤشراً إيجابياً للممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي بمركز الليبي لذوي الاحتياجات الخاصة وحسن إعداده النظري والعملي في هذا المجال.

جدول رقم (15) يبين مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بدور تثقيفي وارشادي فيما يخص اضطراب التوحد للأسرة:

النسبة المئوية	التكرار	قيام الأخصائي الاجتماعي
95%	19	نعم
5%	1	لا
100%	20	المجموع

يتضح من الجدول السابق أنّ (19 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (95%) أكدوا على قيام الأخصائي الاجتماعي بدوره من ناحية تثقيف وإرشاد أسر أطفال التوحد، بينما كان عدد (1 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (5%) ينفي قيام الأخصائي الاجتماعي بالقيام بدوره.

نستنتج ممّا سبق مدى فاعلية دور الأخصائي الاجتماعي في مركز التوحد في مجال التوعية والتوجيه والإرشاد كأحد الحلول المتبعة في المجال المهني للخدمة الاجتماعية. جدول رقم (16) يبين مدى قيام المركز بتقديم مساعدات مالية لسد متطلبات طفلك:

قدم المركز مساعدات مالية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	12	60%
لا	8	40%
المجموع	20	100%

يوضح هذا الجدول أنّ أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة (12 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (60%) أجابوا أنّ المركز يقوم بتقديم مساعدات مالية لسد متطلبات طفلهم، في حين أنّ باقي أفراد العينة والبالغ عددهم (8 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (40%) أجابوا بعدم قيام المركز بتقديم مساعدات لسد حاجات طفلهم.

نستنتج ممّا سبق أنّ أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة يتلقون مساعدات مالية من المركز لقضاء احتياجات طفلهم، يتبين من ذلك وجود جهات تتبني تقديم مساعدات مالية للمركز إضافة إلى منظمات المجتمع المدني.

جدول رقم (17) يبين مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بتوعية الأسرة عن الآثار الاجتماعية والنفسية لاضطراب التوحد:

قام الأخصائي الاجتماعي بدوره	التكرار	النسبة المئوية
نعم	20	100%
لا	0	0%
المجموع	20	100%

نستنتج من الجدول السابق أنّ كل عينة الدراسة تؤكد على أنّ الأخصائي الاجتماعي قام بدوره بصورة جيدة وفعّالة، بشأن توعية الأسر عن الآثار الاجتماعية والنفسية لاضطراب التوحد لأطفالهم، ممّا يدل على مدى خبرة ومهارة الأخصائي الاجتماعي في ممارسة عمله.

جدول رقم (18) يبين العلاقة الإيجابية بين طفل التوحد والأخصائي الاجتماعي:

وجود علاقة ايجابية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	20	100%
لا	0	0%



المجموع	20	%100
---------	----	------

يبين جدول رقم (18) أنّ كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون على وجود علاقة إيجابية بين أطفال التوحد والأخصائي الاجتماعي بالمركز، وهذا الأمر يوضح نجاح الأخصائي الاجتماعي في تطبيق مبدأ أساسي في الخدمة الاجتماعية وهو مبدأ التقبل، أي تقبل الحالة لا كما ينبغي أن تكون عليه.

جدول رقم (19) يبين دور الأخصائي الاجتماعي في إرشاد الأسرة على كيفية تقبل طفلهم التوحدي:

قام الأخصائي الاجتماعي بالإرشاد	التكرار	النسبة المئوية
نعم	19	%95
لا	1	%5
المجموع	20	%100

بالنظر إلى الجدول السابق نلاحظ أنّ أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة يؤكدون على قيام الأخصائي الاجتماعي في إرشاد الأسر على تقبل طفلهم التوحدي، ممّا يدل على أهمية دور الأخصائي الاجتماعي بالمركز، وهذه النتيجة متوافقة إلى حدّ كبير مع نتيجة الجدول رقم (16)، دليل على صدق وموضوعية أفراد عينة الدراسة في الإجابة على تساؤلات الاستبانة.

جدول رقم (20) يبين مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بمساعدة أسرة الطفل التوحدي على كيفية مواجهة مرحلة البلوغ لطفلهم:

ساعد الأخصائي الاجتماعي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	20	%100
لا	0	%0
المجموع	20	%100

يشير الجدول السابق إلى أنّ كل أفراد عينة الدراسة وبنسبة (100%) يؤكدون على أنّ الأخصائي الاجتماعي يقوم بدروه في مساعدة الأسر على كيفية مواجهة مرحلة البلوغ لطفلهم.

جدول رقم (21) يبين مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بتشجيع الأسر على دمج طفلهم مع المجتمع من خلال الأنشطة المختلفة:

قام الأخصائي الاجتماعي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	20	%100
لا	0	%0
المجموع	20	%100

تشير نتائج الجدول رقم (21) والشكل رقم (10) إلى أنّ كل أفراد عينة الدراسة وبنسبة، (100%) يؤكدون على قيام الأخصائي الاجتماعي بتشجيعهم على دمج أطفالهم داخل المجتمع.

حيث تبين هذه النتائج على فاعلية دور الأخصائي الاجتماعي في أحد طرق الخدمة الاجتماعية (طريقة خدمة الجماعة)، والتي تشمل تنفيذ برامج مختلفة الهدف منها دمج الفرد مع الجماعة.

جدول رقم (22) يبين مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بتوجيه الأسرة على كيفية مواجهة السلوك السلبي لدى الطفل التوحد:

قام الأخصائي الاجتماعي	التكرار	النسب المئوية
نعم	20	100%
لا	0	0%
المجموع	20	100%

يتبين من الجدول رقم (22) أن كل أفراد عينة الدراسة ونسبة (100%) يؤكدون من قيام الأخصائي الاجتماعي بالتوجيه على كيفية مواجهة السلوك السلبي لدى أطفال التوحد.

جدول رقم (23) يبين مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بتنظيم لقاءات بين أسر أطفال التوحد لمناقشة المشكلات التي يعاني منها الأسر وتبادل الخبرات فيما بينهم:

قام الأخصائي الاجتماعي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	17	85%
لا	3	15%
المجموع	20	100%

توضح نتائج الجدول رقم (23) أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (17 من مجموع 20 مبحوثاً)، وبنسبة (85%) أجابوا بنعم حول قيام الأخصائي الاجتماعي بتنظيم لقاءات بين أسر أطفال التوحد لتبادل الخبرات، ويُعد ذلك مؤشراً جيداً لتبادل خبرات أنماط التنشئة الاجتماعية المستخدمة لتعامل مع طفل التوحد داخل الأسرة، بينما أشار (3 من مجموع 20 مبحوثاً)، وبنسبة (15%) بعدم قيام الأخصائي الاجتماعي بهذا الدور.

جدول رقم (24) يبين مدى قيام المركز بتنظيم وتقديم دورات تدريبية لأسر أطفال التوحد على أنماط التنشئة بما يمكنهم من تجنب العديد من المشكلات الناتجة عن هذا الاضطراب:

قام الأخصائي الاجتماعي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	19	95%
لا	1	5%
المجموع	20	100%

توضح نتائج الجدول رقم (24) أن أكثر أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (19 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (95%) أجابوا بنعم حول قيام المركز بتنظيم دورات تدريبية لهم عن أنماط التنشئة التي يجب استخدامها لتعامل مع طفل التوحد، في حين أن (1 من مجموع 20 مبحوثاً) وبنسبة (5%) أجاب بلا حول ذلك. نستنتج مما سبق أن



غالبية أفراد عينة الدراسة حضروا دورات تأهيلية عن أنماط التنشئة الاجتماعية والتي نظمها المركز، وهذه النتيجة عكست الحرص المتبادل كل من المركز وأسر أطفال التوحد في تطوير كيفية التعامل مع الطفل التوحدي.

جدول رقم (25) يبين مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بتعليم وتبصير الأسرة على كيفية التعامل مع طفلهم الذي يعاني من التوحد وعلى أهمية اتباع الأساليب:

قام الأخصائي الاجتماعي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	19	95%
لا	1	5%
المجموع	20	100%

نستنتج ممّا سبق أنّ دور الأخصائي الاجتماعي في إعطاء صورة واضحة عن تعليم وتبصير الأسر على كيفية التعامل مع طفل التوحد كانت جيدة وبنسبة (95%)، ويُعدّ ذلك مؤشراً إيجابياً للأخصائي الاجتماعي في المركز، ممّا يجعل دوره فاعلاً في مجال التوعية والتوجيه والإرشاد، وقد يرجع ذلك في نظرنا إلى حسن مستوى الإعداد العلمي والنظري والتطبيقي للأخصائي الاجتماعي، وقوة التأهيل والتدريب والممارسة لديه، إضافة إلى تقبل الفريق التأهيلي والعلاجي بمركز التوحد له وعدم التشكيك في خبراته ومهاراته.

أهم نتائج الدراسة:

- 1- أشارت النتائج إلى أنّ تردد الآباء أكثر من الأمهات على المركز لأجل متابعة طفلهم التوحدي وتأهيله.
- 2- تبين من الدراسة أنّ ما نسبته (25%) يعانون من وجود أكثر من حالة اضطراب توحد بالأسرة، ممّا يشكل أعباء إضافية ومعاناة حقيقة للأسر من ناحية نفسية واقتصادية.
- 4- أظهرت نتائج الدراسة ضعف دور الأسرة في اكتشاف اضطراب عملية النمو لطفل، وبالذات في السنوات الأولى للميلاد.
- 5- أشارت نتائج الدراسة إلى أنّ غالبية أفراد العينة أكدوا على أنّ اضطراب التوحد لأطفالهم مكتسب، ربما يرجع لأسباب بيئية أو نفسية أو عصبية أو أسرية.
- 6- توضح نتائج الدراسة أنّ دور الأخصائي الاجتماعي فاعلاً في المركز الليبي لذوي الاحتياجات الخاصة في مجال التوعية والتوجيه والإرشاد.
- 7- أظهرت نتائج الدراسة وجود جهات تتبنى تقديم مساعدات مالية بالمركز

- 8- أشارت نتائج الدراسة إلى قيام الأخصائي الاجتماعي بدوره الفاعل حول التوعية عن الآثار الاجتماعية والنفسية لأضرار التوحد، وحسن إعداده العلمي والنظري والتطبيقي، إضافة إلى خبراته ومهاراته في ممارسة المهنة.
- 9- تبين نتائج الدراسة أنّ (100%) من أفراد عينة الدراسة يؤكدون وجود علاقة إيجابية بين طفل التوحد والاختصاصي الاجتماعي، وهذه النتيجة عكست نجاح الأخصائي الاجتماعي في تطبيق مبادئ الخدمة الاجتماعية، أهمها مبدأ التقبل.
- 9- أشارت نتائج الدراسة أنّ (100%) يؤكدون دور الأخصائي الاجتماعي بتشجيع الأسرة على دمج طفلهم مع المجتمع، وهذه النتيجة عكست طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية (خدمة الجماعة)، والتي تشمل تنفيذ برامج مختلفة الهدف منها دمج الفرد مع الجماعة.
- 10- أشارت نتائج الدراسة أنّ أغلب عينة الدراسة على وعي بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي بالمركز، في تنظيم لقاءات بين أسر أطفال التوحد لتبادل الخبرات، وهذا مؤشر جيد لتبادل أنماط التنشئة الاجتماعية المستخدمة لتعامل مع طفل التوحد داخل الأسرة.
- 11- تبين نتائج الدراسة دور المركز في تنظيم وتقديم دورات تدريبية لأسر أطفال التوحد كان فاعلاً وبصوره جيدة، وهذه النتيجة عكست الحرص المتبادل بين المركز وأسر أطفال التوحد في تطوير كيفية التعامل مع الطفل التوحد.
- 12- أشارت الدراسة إلى وجود إعداد مهني ومستوى ثقافي وتعليمي مرتفع للأخصائي الاجتماعي بالتوجيه على كيفية مواجهة السلوك السلبي لدى طفل التوحد.
- 13- توضح نتائج الدراسة أنّ دور الأخصائي الاجتماعي في إعطاء صورة واضحة عن تعليم وتبصير الأس على كيفية التعامل مع طفل التوحد كانت جيدة وبنسبة (95%)، هذه النتيجة عكست قوة التأهيل والتدريب والممارسة لدى الأخصائي الاجتماعي.

التوصيات والمقترحات:

- 1- زيادة الاهتمام بمراكز التأهيلية والعلاجية لأطفال التوحد.
- 2- تكثيف الدورات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين حول كيفية التعامل مع أطفال التوحد وأسرهم.
- 3- العمل على اللقاءات الدورية بين أسر أطفال التوحد والأخصائيين الاجتماعيين.
- 4- ضرورة أن تنهض كل وسائل الاعلام، وأن تكثف جهودها الإعلامية ذات العلاقة بدور الاختصاصي الاجتماعي بمراكز التوحد في مختلف أنحاء البلاد.

- 5- التأكد على أهمية الأخصائي الاجتماعي الفاعل في جميع مراكز التوحد، لما له من دور إيجابي في تأهيل ودمج أطفال التوحد.
- 6- متابعة الأخصائيين في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة من قبل نقابة الأخصائيين الاجتماعيين.

مقترحات الدراسة:

- 1- العمل على إجراء دراسة متماثلة على عينة أكبر، والعمل على تمويل هذه الدراسة والاستفادة من نتائجها جوهرياً، وواقعياً، وتنفيذ توصياتها، ومعالجتها.
- 2- العمل على إجراء دراسة تبين مدى التوافق النفسي والاجتماعي لأسر أطفال التوحد.

الهوامش :

1. مصطفى عبد العظيم الطيب(2013م). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوك التوافقي لأطفال التوحد، مجلة الساتل. د.ط. مصراتة.
2. سلطان محمد السلطان. (1984) علم الاجتماع. دار المريخ للنشر. الكويت. ص71.
3. علي عبد الرزاق جليبي. (1994). المجتمع والثقافة والشخصية. بيروت: دار النهضة الجامعية. ص387.
4. حسن سليمان وآخرون. (2005م). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة. مجد المؤسسة الجامعية. بيروت. ص105.
5. خالد محمد أحمد مطحنة. (2007). فاعلية برنامج تأهيلي في تنمية بعض المهارات المهنية وتحسين السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين. دراسة دكتوراة. جامعة عين شمس. قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ص53.
6. تهاني محمد عثمان منيب. (2010). أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة وسبل إرشادهم. الرياض: جامعة نايف للعلوم الأمنية.
7. لينا عمر بن صديق(2007)فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل الغير اللفظي لدى أطفال التوحد.مجلة الطفولة العربية الكويت.المجلد التاسع.العدد 33. ص3
8. هند الميزر. (2004). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة. جامعة الملك سعود. السعودية. ص4.
9. نايف بن عايد الزارع. (2010). اضطراب التوحد. عمان: دار الفكر. ص30
10. مصطفى نوري القمش، وآخرون. (2006). الاضطرابات السلوكية والانفعالية (المجلد 4). عمان: دار المسيرة. 169
11. مصطفى نوري القمش، و آخرون. مرجع سبق ذكره.ص110
12. حافظ بطرس بطرس. (2011). اعاقات النمو الشاملة. عمان: دار المسيرة. ص
13. نيرمين بنت عبد الرحمن بكر قطب. (2013). ، برنامج الإرشاد الإلكتروني في تطوير تصميم الخطة التربوية الفردية من قبل أمهات أطفال التوحد في مرحلة التدخل المبكر وأثر ذلك على اداء الطفل، اطروحة دكتوراه غير منشورة، . المملكة العربية السعودية: جامعة أم القرى.ص19.
- 20
14. نيرمين بنت عبد الرحمن بكر قطب. (2013).مرجع سبق ذكره.ص20

15. نايف بن عايد الزارع. (2010). مرجع سبق ذكره. ص 34 . 35
16. نادية إبراهيم أبو السعود. (2000). الطفل لتوحد في الأسرة. الإسكندرية: المكتب العلمي للنشر. ص 16. 17
17. قحطان أحمد الظاهر. (2009). مدجل إلى التربية الخاصة. عمان: دار وائل للطباعة والنشر. ص 330
18. نادية إبراهيم أبو السعود. (2000). مرجع سبق ذكره. ص 19
19. سوسن شاكر مجيد. (2010). التوحد. عمان: ديونو. ص 381. 382
20. سوسن شاكر مجيد. (2010). مرجع سبق ذكره. ص 34.
21. سوسن شاكر مجيد. (2010). مرجع سبق ذكره. ص 385.
22. سوسن شاكر مجيد. (2010). مرجع سبق ذكره. ص 36.
23. سوسن شاكر مجيد. (2010). مرجع سبق ذكره. ص 36. 37.
24. هند الميزر. (2004). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة. جامعة الملك سعود. ص ص 21. 23
25. نظيمة أحمد محمود سرحان. (د.ت.). الخدمة الاجتماعية المعصرة. القاهرة: مجموعة النيل العربية للنشر. ص 225
26. عبد السلام الدويبي. (2022). الخدمة الاجتماعية. ليبيا: مطابع الشركة الدولية للصناعات الورقية. ص 161. 162
27. نيرمين بنت عبد الرحمن بكر قطب. (2013). مرجع سبق ذكره. ص 40. 41.