ملحق: (ديسمبر، ٢٠٢٣)

الآثار الاجتماعية لأسـر أطفال التوحـــد

" دراسة ميدانية على عينة من أسر الأطفال التوحديين بمنطقة نجران".

إعـــداد:

حمد حشان راشد آل منصور

المســتخلـص

هدفت الدراسة إلى التعرف على الآثار الاجتماعية الناتجة عن المشكلات التي تواجه أسر أطفال التوحد بالمجتمع السعودي، والتعرف على المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد. كما هدفت كذلك إلى تثقيف أفراد أسر الطفل التوحدي بماهية المرض وجوانب شخصية الطفل المصاب، وأيضاً التعرف على دور المؤسسات والجهات الداعمة لأطفال التوحد وأسرهم. ولقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج، أهمها يتمثل في أن أسرة الطفل التوحدي تتفادى التواصل مع الأسر الأخرى تجنباً للمواقف المحرجة من قبل طفلهم التوحدي. كما أنّ وجود طفل توحدي في الأسرة لا يؤدي بالأسر الأخرى إلى تجنب إقامة علاقات معها.

جميع الحقوق محفوظة لـ المجلة العربية للبحوث والدراسات

Abstract

The social effects of families of autistic children

"A field study on a sample of families of autistic children in Najran"

Researcher / Hamad Hashan Rashid Al Mansour

The study aimed to identify the social effects resulting from problems facing families of autistic children in Saudi society, and to identify the problems and needs facing families of autistic children. It also aimed to educate members of the autistic child's families about the nature of the disease and the personality aspects of the affected child, and also to identify the role of institutions and bodies supporting autistic children and their families. The study reached several results, the most important of which is that the Al-Muttafel autistic family avoids contact with other families in order to avoid embarrassing situations by their autistic child. Also, having an autistic child in the family does not lead other families to avoid establishing relationships with them.

مقدمـــة:

التوحد عبارة عن اضطراب الطفولة، حيث نسمع الكثير عن أطفال التوحد، ونبدأ بملاحظة التوحد منذ الطفولة ولكنه لا يُعد اضطرابا خلال الطفولة وبدلاً من ذلك هو اضطراب يجب أن لا يرى التوحد كأي شيء عابر لأنه اضطراب يؤثر على تطور العقل ، وتبدوا أعراضه مختلفة باختلاف الأعمار وبعض الأعراض لا تظهر إلا متأخرة ، والأخرى تختفي مع الزمن. في الحقيقة

من الممكن أن يكون التغيير دراماتيكيا في التوحد بحيث يؤثر على التطور، وفي المقابل يؤثر التطور على التوحد.

عندما نجح كانر في تحديد التوحد اعتقد أن هناك عرضين رئيسيين للتوحد هما : إصرار المصاب بالتوحد عن العزلة عن الآخرين، وخصوصا في السنوات الأولى من العمر، بالإضافة إلى المحافظة على التماثل.

وعلى الرغم من المحاولات العديدة من الآباء والمختصين أن يوسعوا تعريف التوحد ليشمل الأطفال الذين يمرون بنفس أعراض التوحد ، ولكن في مرحلة متأخرة من حياتهم ، إلا أن الكثير من هؤلاء المختصين يصرون على أن يبقى تعريف التوحد متصلاً بأصل التعريف، وهو ما يشمل الأطفال وليس الكبار في السن.

ويُنظر إلى التوحد في الوقت الحاضر على انه من الاضطرابات النمائية العامة في سن ما دون الثالثة، ويمكن أن تشخص الاضطرابات ذات الصلة بما بعد أو لاحقاً، وأنّ اضطراب الطيف التوحدي يتضمن إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي.

ولأهمية الموضوع والفئات المرتبطة به؛ نبعت فكرة الباحث للبحث عن المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها.

مشكلة الدراسة:

تكمن مشكلة هذا البحث إن التوحد يُلاحظ منذ الطفولة ولكنه لا يعد اضطرابا خلال الطفولة وبدلاً من ذلك هو اضطراب يجب أن لا يرى التوحد

كأيّ شيء عابر لأنه اضطراب يؤثر على تطور العقل، وتبدوا أعراضه مختلفة باختلاف الأعمار وبعض الأعراض لا تظهر إلا متأخرة ، والأخرى تختفي مع الزمن. في الحقيقة من الممكن أن يكون التغيير دراماتيكيا في التوحد بحيث يؤثر على التطور، وفي المقابل يؤثر التطور على التوحد وتكمن خطورة التوحد في ذلك ولذلك لابد من الانتباه له.

ويُعتبر التوحد من الفئات الخاصة فهو من الاضطرابات النمائية المنتشرة في أنحاء العالم والتي ما زال يكتنفها الكثير من الغموض المرتبط بعدم المعرفة الدقيقة للأسباب التي تؤدي إلى ظهوره.

وأسرة الطفل كمجتمع صغير عبارة عن وحدة حية ديناميكية لها وظيفة تهدف نحو نمو الطفل نموءاً اجتماعياً وسلوكياً وعن طريق التفاعل العائلي الذي يقوم بدور هام في تكوين شخصية الطفل وتوجيه سلوكه، ففي الأسرة التي يسودها الود والوفاق والتعاون ينمو في رحابها الطفل نمواً صحيحاً سليماً وتخلق في نفسه الثقة والتماسك والاتزان.

فالأسرة التي يوجد فيها طفل توحدي تواجه عدد من المشكلات الاجتماعية من أهمها نظرة العائلة والأقارب والجيران والأصدقاء والكوادر البشرية العاملة معها، وكذلك المجتمع، فيصعب التعايش مع ذوي الإعاقة حيث أشار القريوتي وآخرون إلى أنّ نشاطات الأسرة تتأثر كما أنها تتردد في التخطيط والتفكير في قضاء الإجازات أو القيام بالزيارات أو حضور الاحتفالات، وتحتاج الأسرة هنا إلى إعادة النظر في أنشطة الأسرة في ظل وجود فرد معوق".(القريوتي وآخرون، ٢٠٠٣، ص٤٧).

وفي هذه الدراسة يقوم الباحث بدراسة مشكلات واحتياجات أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات المجتمعية في تأهيل ومساعدة الأسر لمواجهة هذا المرض. ويمكن تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

ما الآثار الاجتماعية لأسر أطفال التوحد؟.

أهمية الدراسة :

تتمثل أهمية الدراسة في جانبين.

الأهمية العلمية(النظرية):

١) تحديد المشكلات والاحتياجات الأساسية التي تحتاجها أسر أطفال التوحد حسب أهميتها.
٢) الدراسة توضّح دور الأسرة في تأهيل الطفل التوحدي ودور المؤسسات الاجتماعية في مساعدتهم وتأهيلهم.
٣) ندرة الأبحاث والدراسات العلمية التي تطرقت إلى مشكلات واحتياجات أسر الأطفال التوحديون في مجتمعنا.

الأهمية العملية(التطبيقية):

١) تسهم هذه الدراسة في تحسين مستوى الخدمات المقدمة لأسر التوحُّديون إضافة إلى أهمية بيان دور الأسرة في التعامل مع الطفل التوحدي.
٢) حاجة الكتب العربية إلى المزيد من المراجع والدراسات والبحوث التي تُعالج موضوع التعامل مع الطفل التوحدي في حد علم الباحث.

أهداف الدراســـة:

يتمثـل الهـدف الـرئيس لهـذه الدراسـة فـي التعـرف علـى الآثـار الاجتماعيـة الناتجة عن المشكلات التي تواجه أسر أطفال التوحد بالمجتمع السعودي. ويتفرع من ذلك عدة أهداف فرعية كالتالي:

١. التعرف على المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد.
٢. تثقيف أفراد أسر الطفل التوحدي بماهية المرض وجوانب شخصية الطفل المصاب.
٣. التعـرف علـى دور المؤسسـات والجهـات الداعمـة لأطفـال التوحـد وأسرهم.

تساؤلات الدراسـة:

السؤال الرئيس: ما هـي المشـكلات والاحتياجـات (الآثـار) التـي تواجـه أسر أطفال التوحد؟ وينبثق من ذلك التساؤلات الفرعية الآتية:

١. ما هي المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ؟ .
٢. ما هو مرض التوحد وما جوانب شخصية الطفل المصاب؟.
٣. ما هو دور المؤسسات والجهات الداعمة لأطفال التوحد وأسرهم؟.

مفاهـيم الدراسـة:

(ا) التوحـد:

تشتق كلمة(التوحد) من الكلمة الإغريقية " aut" وتعني النفس أو الذات، وكلمة " ism " وتعني انغلاق، والمصطلح كله يمكن ترجمته على أنه الانغلاق على الذات، وتعني هذه الكلمة أنّ هؤلاء الأطفال غالباً يندمجون

أو يتوحدون مع أنفسهم، ويبدون قليلاً من الاهتمام الخارجي. (مصطفى، أسامة، WWW.gulfkids.com)

التعريف الإجرائي: يُعرف إجرائياً على أنه مرض يصيب الأطفال في سن مبكر يتميز الطفل بالانطواء وضعف الاتصال الاجتماعي وانعدام الثقة بالمحيطين، ويظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل.

(٢) مفهوم الطفل التوحدي:

تُعني كلمة(توحد) في اللغة العربية "بقى وحده منفرداً لا يخالط الناس ولا يجالسهم"(الكبير وآخرون، ٢٠٠٨)، وفي اللغة الإنجليزية تعني كلمة(Autism) " الاسترسال في التخيل تهرباً من الواقع".(البعلبكي، ١٩٩٨م، ص٧٥).

حيث يُعرف(عبد الحميد وكفافي: ١٩٩٨، ص٣١٥، ٣١٦) الطفل التوحدي أو الذاتوي على أنه: الطفل الذي فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط، وهو منسحب تماماً ومنشغل انشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره بالأنماط السلوكية المقلوبة كبرم الاشياء أو لفها، ومن خصائصه الأخرى اللامبالاة إزاء الوالدين والآخرين وعجزه عن تحمل التغيير وعيوب بالنطق أو الخرس.

التعريف الإجرائي: يُعرف إجرائياً على أنه هو الطفل الذي تم تشخيصه في أحد المراكز المتخصصة وثبت بالمقاييس المحكمة أن لديه اضطراب التوحد.

(٢) مفهوم الأسرة:

لقد عرّف(السنهوري، ١٩٩١) الأسرة على أنها" جماعة اجتماعية مكونة من أفراد ارتبط بعضهم مع بعض برباط الزواج أو الدم أو التبني، وغالباً يشتركون في عادات عامة يتفاعل بعضهم مع بعض تبعاً للأدوار الاجتماعية المحددة من قبل".

التعريف الإجرائي:

ويقصد به وحدة متكاملة من الأفراد، والتي تضنت أطفالاً ، أو أنها اشتملت يوما على أطفال.

مفهوم اضطراب التوحد:

يوصف التوحد بأنه اضطراب ينشأ في الطفولة، يكون مصحوباً بعدة مظاهر مثل ضعف التواصل الفعّال مع الآخرين، والرغبة المفرطة بالالتزام بالرتابة والروتين، والاعجاب بالأشياء والتمسك بها، في ظل مستوى جيد من الذكاء والقدرة المعرفية (يحيى، ٢٠٠٣ المشار اليه في المطيري، ٢٠٠٦). وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب التوحد بأنه اختلال وتأخر ملحوظ وغير طبيعي في تطور التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، في ظل وجود السلوك النمطي، ومحدودية الأنشطة والاهتمامات، وعادة ما تبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل (الهوساوي، ٢٠١٢). أما الجمعية الأمريكية للتوحد فتعرف هذا الاضطراب بأنه الاضطراب النمائي الذي يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهو ينتج عن خلل في الجهاز العصبي يؤثر في وظائف المخ، الأمر الذي يعني اختلال النمو وقصور التفاعل الاجتماعي والتواصل (المبارك، ٢٠٠٧).

خصائص التوحد:

يتصف الطفل التوحدي بخصائص تميزه عن الطفل العادي، ومن أهمها ما يلي:

١. القصـــور الاجتمـــاعي:

يتمثل القصور الاجتماعي لدى الطفل التوحدي بعدم قدرة الطفل على تطويـــر العلاقـــات الاجتماعيـــة، بالإضافة الى عدم قدرته على استخدام العديد من الدلالات غير اللفظية مثل التواصل البصري. وبصفة عامة، يعد الطفل التوحدي غير قادر على اقامة علاقات مع الآخرين والمحافظة عليها، كما أنه غير قادر على تكوين صداقات مع غيره من الأطفال التوحديين (المطيري، ٢٠٠٦).

٢. ضعف قدرات التواصل واللغة:

يعاني الطفل التوحدي من قصور في التواصل تبعاً للبطء الشديد في تطور اللغة لديه، حيث أنه لا يكتسب في السنة الثانية من عمره سوى بضعة كلمات، ويتسم النمو اللغوي لديه بالتأخر التدريجي في السنة الثالثة من عمره، وذلك نتيجة لعدم قدرته على اكتساب كلمات جديدة، ويؤدي ذلك الى ضعف قدرته على التواصل الفعال مع الآخرين (المطيري، ٢٠٠٦). وتضيف الهوساوي(٢٠١٢) أن من مظاهر ضعف قدرات التواصل لدى الطفل التوحدي عدم قدرته على فهم المثيرات غير اللفظية مثل تعبيرات الوجه، وصعوبة فهم المفاهيم الافتراضية الخاصة بزمن المستقبل، والتفسير الحرفي للكلام الذي يسمعونه، علاوة على المشكلة في توصيل الرسائل اللغوية، ووجود مشكلة في استخدام الضمائر.

٣. السلوك النمطي والاهتمامات المقيّدة:

يعاني الطفل التوحدي من العديد من المشكلات السلوكية، ومنها العدوانية، وايذاء الذات أو تعريض الذات للمخاطر، والتخريب، والنوبات العصبية،

والمشاعر السلبية، والسلوك الوسواسي(المطيري، ٢٠٠٦). ويظهر الطفل التوحدي العديد من السلوكيات النمطية والتكرارية مثل الدوران، وتدوير الأشياء، والتصفيق بالأيدي، والتأرجح. وفي يميل بعض الأطفال التوحديين الى كثرة الحركة فان بعضهم الآخر يميل الى الجمود والسكون (الهوساوي، ٢٠١٢).

٤. غياب اللعب التخيلي:

يلاحظ على الطفل التوحدي عدم قدرته على التظاهر باللعب مع نفسه أو مع الآخرين، وذلك بسبب غياب القدرة على تقليد الآخرين. وبصفة عامة، فان الطفل التوحدي ذو القدرات اللغوية والادراكية المحدودة لا يهتم باللعب مع الأقران. أما الطفل التوحدي الذي لديه مستوى من القدرات اللغوية والادراكية فيظهر الرغبة باللعب مع الأقران الا أنه يفتقر للطرق المناسبة للمشاركة في اللعب (المبارك، ٢٠٠٧).

وقد تناول سويدان (٢٠١٢) اضطراب التوحد من حيث الخصائص التالية:

١. الخصائص التواصلية:

ومن أهمها شذوذ الأصوات والكلمات الملفوظة، واستخدام التعابير الخاصة التي لا يفهمها الآخرون، وغياب اللغة الرمزية من حيث صعوبة تسمية الأشياء أو اللعب بطريقة رمزية.

٢. الخصائص الاجتماعية:

ومن أهمها العزلة الاجتماعية، وعدم المبالاة بالآخرين، وعدم الرغبة بالتواصل مع الآخرين، وعدم القدرة على التبادل العاطفي والاجتماعي.

٣. الخصائص الحسية:

ومن أهمها حاسة البصر، ويعاني الطفل التوحدي من استجابات مبالغ فيها مثل الانزعاج من الضوء العادي، والانزعاج من البرد العادي.

٤. الخصائص المعرفية:

حيث يعاني الأطفال التوحديين من اضطراب في النواحي المعرفية تتراوح درجته بين البسيط الى الشديد.

٥. الخصائص السلوكية:

ومن أهمها الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للآخرين بسبب عدم فهم واستخدام اللغة بشكل سليم، وقصور شديد في الكلام، والمحافظة على نمط سلوكي روتيني متكرر، بالإضافة الى حزن شديد لا يمكن ادراك سببه تبعاً لتغيرات طفيفة في البيئة، بالإضافة إلى بعض الحركات الجسمية المتكررة مثل الاهتزاز والرفرفة باليدين.

٦. الخصائص الانفعالية:

وتتمثل بردود الفعل الانفعالية مثل: عدم الخوف من المخاطر الحقيقية، وعدم القدرة على فهم مشاعر الآخرين، بالإضافة الى التقلب المزاجي المرتفع.

أصناف التوحـــد:

تختلف حدة اضطراب التوحد من طفل توحدي لآخر، ويمكن تصنيف هذا الاضطراب في ثلاث مجموعات هي: (الهوساوي، ٢٠١٢)

١. التوحد البسيط: وهو التوحد الذي يظهر فيه الأشخاص مشكلات اجتماعية، وتعلق شديد ببعض الأحداث والأشياء، ويكون مستوى الاعاقة الذهنية بسيطاً.

٢. التوحد المتوسط: وهو التوحد الذي يظهر فيه الأشخاص قصوراً في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، بالإضافة الى ممارسة بعض السلوكيات النمطية مثل التأرجح والتلويح باليد، ويكون هذا النوع من التوحد مصحوباً بالإعاقة الذهنية.

٣. التوحد الشديد: وهو التوحد الذي يكون فيه الأفراد في عزلة اجتماعية وغياب مهارات التواصل الوظيفية، بالإضافة الى الاعاقة الذهنية الملحوظة.

أهم المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسرة الطفل التوحدي:

يعد ميلاد طفل معوق في الأسرة بمثابة ضغط نفسي للوالدين والأخوة معاً، وذلك لما يترتب على ميلاده من أعباء إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيداً وخلل في الأدوار واضطراب في العلاقات بين الزوجين. فهناك ضغوط كافية تؤثر في مسيرة الزواج في ظل وجود طفل مصاب بالتوحد، ونتائج الضغط المتوقعة على الزوجين هي: سرعة الغضب، ضعف في التواصل مما يسمح للحياة بالتدهور والانحراف عم مسارها الطبيعي.

فالأسرة تكون في حالة صدمة عند ولادة طفل معاق صدمة للوالدين ثم تبدأ مرحلة الرفض والإنكار ما، هو غير مرغوب وغير متوقع ومؤلم خاصة عندما يتعلق الأمر بأطفاله والذين يعدون امتداداً له ثم تأتي مرحلة الغضب وقد يتم التعبير عنها بالشكوى. وقد تظهر هذه المشاعر من خلال توجيهها إلى مصادر أخرى كالطبيب أو المدرس أو أيّ شخص آخر، ثم يبدأ الأهل التقبل والتكيف لوجود طفل معاق في الأسرة. عوماً إنّ أثر الإعاقة في الأسرة يتوقف على مدى إدراك الوالدين لهذا الموقف الضاغط(إعاقة الطفل) ودرجة الترابط الأسري واتجاه الوالدين نحو الطفل المعوق، والرغبة في مساعدته والمعتقدات الدينية

السائدة، ومدى ما يوفره المجتمع للأسرة من مصادر الدعم.(حنفي، علي عبد النبي، ص٢٦-٢٧)، فالمعاق يعاني صعوبات اجتماعية؛ ونعني بها المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعي أو ما يمكن أن نسمِّيه بمشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد.(فهمي، محمد،١٩٩٨)

والأثر يتمثل فيما تشكله إعاقة الطفل من تهديد للأسرة، واضطراب في العلاقات بين الأفراد داخل وخارج الأسرة مثل الصراعات الزوجية، سوء توافق الأخوة، ميل الأسرة إلى الانعزال عن الأِسر الأخرى، زيادة معدلات الطلاق.(حنفي، علي، ٢٥)

ومن أهم المشكلات التي تواجه أسر الأطفال المصابين بالتوحد؛ الآتي:(حنفي،علي، ٢٦-٢٧)

١) المشكلات الأسرية: إنّ الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوزان والتوازن الجدي، ووضع المعوق في أسرته يحيط بعلاقاتها قدر من الاضطراب طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته في أداء أدواره الاجتماعية بالكامل، كما أنّ سلوك المعوق المسرف في الغضب أو القلق أو الاكتئاب تقابل من المحيطين به سلوكاً مسرفاً في الشعور بالذنب والحيرة مما يقلّل من توازن الأسرة وتملكها، وهذا يتوقف على مستوى تعليم الوالدين وثقافتهما ومدى الالتزام الديني بين أفراد الأسرة.

٢) المشكلات الترويحية: إنّ العاهة تؤثر في قدرة المعوق على الاستمتاع بوقت الفراغ حيث تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده.

٣) أن شعور المعوق بالمساواة مع زملائه وأصدقائه، وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم يؤدي إلى استجابات سلبية لينكمش المعوّق على نفسه وينسحب من هذه الصداقات.

٤) مشكلات العمل: قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق أو تغيير دوره ليتناسب مع وضعه الجديد فضلاً عن المشكلات التي تترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه. (فهمي، محمد، ١٩٩٨).

الآثار الاجتماعية على أسر الأطفال التوحديين:

يمكن النظر الى الآثار الاجتماعية للطفل التوحدي على الأسرة من خلال جانبين رئيسيين هما:

١. النطاق الداخلي للأسرة:

تتمثل أهم آثار وجود طفل توحدي في الأسرة على الصعيد الداخلي للأسرة بما يلي:

- تبدأ الأسرة بالتركيز على الطفل التوحدي تبعاً لطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه، وقد يكون الوقت المخصص لرعاية الطفل التوحدي على حساب بقية أفراد الأسرة(البلشة، ٢٠٠٦).
- يؤثر وجود طفل توحدي في الأسرة على طبيعة العلاقات والتواصل بين أفراد الأسرة الواحدة، وقد يؤدي الى حدوث أزمات زوجية ومشكلات عائلية (عبدات، ٢٠٠٧).

٢. النطاق الخارجي للأسرة:

هنالك بعض الآثار الاجتماعية لوجود طفل توحدي في الأسرة تنعكس على الأسرة، ويمكن تلخيص هذه الآثار بما يلي:

- تقليص العلاقات والروابط الاجتماعية التي تجمع أسرة الطفل التوحدي بغيرها من الأسر. وقد يكون سبب ذلك هو انشغال الأسرة برعاية الطفل التوحدي الأمر الذي لا يتيح للأسرة المزيد من الوقت للتواصل مع الأسر الأخرى، خاصة اذا كان الوالدين منشغلين بالعمل الخارجي (البلشة، ٢٠٠٦).
- يشكل الطفل التوحدي مصدر ضغط نفسي للأسرة ، حيث تخجل أسرة الطفل التوحدي من تصرفات الطفل في المواقف الاجتماعية والأماكن العامة أو أثناء الزيارات العائلية، وبالتالي تلجأ أسرة الطفل التوحدي الى التقليل من المشاركة في المناسبات الاجتماعية، وتفادي التواصل مع الأسر الأخرى تفادياً للمواقف المحرجة التي قد تصدر عن الطفل التوحدي (البلشة، ٢٠٠٦).
- يؤدي وجود طفل توحدي في الأسرة الى عزلة الأسرة من الناحية الاجتماعية، والتأثير السلبي في مدى تكيف الأخوة في بيئتهم التعليمية. علاوة على التقليل من فرص زواجهم مستقبلاً (عبدات، ٢٠٠٧).

رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في المملكة العربية السعودية:

تكفل الدولة حق المعاق في خدمات الوقاية والرعاية والتأهيل، وتقدم الدولة خدمات مختلفة لهذه الفئة من المجتمع وتتمثل هذه الخدمات بما يلي: (مركز الملك سلمان لأبحاث الاعاقة، ٢٠١٥)

١. الخدمات الصحية، وتشمل الخدمات العلاجية والتأهيلية ومتابعة الحالات والعمل على الارتقاء بالرعاية الصحية المقدمة لهم، وتدريب أسر المعاقين على كيفية العناية بالمصابين ورعايتهم.

٢. المجالات التعليمية والتربوية، وتشمل تقديم الخدمات التعليمية والتربوية في مختلف المراحل بما يتناسب مع قدرات المعاقين واحتياجاتهم وتسهيل التحاقهم بها.
٣. المجالات التدريبية والتأهيلية، وذلك من خلال تقديم الخدمات التدريبية بما يتفق ونوع الاعاقة ودرجتها وتوفير مراكز التأهيل المهني والاجتماعي.
٤. المجالات الاجتماعية وتشمل قيام وسائل الاعلام بالتوعية في المجالات التالية:

- التعريف بالإعاقة وأنواعها واسبابها وكيفية التعامل معها.
- تعزيز مكانة المعاق في المجتمع والتعريف بحقوقه وقدراته والخدمات المقدمة له.
- تخصيص البرامج التي تكفل تعايش المعاقين مع المجتمع.
- حث الأفراد والمؤسسات على تقديم الدعم المادي والمعنوي للمعاقين وتشجيع العمل التطوعي لخدمتهم.

التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع المصابين بمرض مزمن :

أفاد رشاد (٢٠٠٨) أنّ الهدف الأساسي من وجود الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المستشفيات هو أنها تهيئ أنسب الظروف الممكنة للخدمات الطبية من خلال الدراسة الاجتماعية للمريض، وللتعرف على الأوضاع الاجتماعية المحيطة به؛ حتى يتمكن من الاستفادة من الخطة العلاجية،

والتخفيف من الأعباء على الأطباء والجهاز الطبي للقيام بالمهام المطلوبة.

ولابدّ من أن يكون البرنامج العلاجي متكامل ليتم تحقيق الهدف على أساس جيد، وهنا علينا أن نقوم بتحديد واضح لدور المريض، والأسرة، والأخصائي الاجتماعي في خطة العلاج مع الالتزام بالعمليات المهنية لمدخل حل المشكلة والقائم على الدراسة، التخطيط، التنفيذ، والتقويم، ومع استخدام المقاييس العلمية ما أمكن للتعرف على حجم الإنجازات التي تم تحقيقها. (السيد، محمد، ١٩٩٨، ٩٣)

الأدوار التنموية للأخصائي الاجتماعي الطبي مع أطفال التوحد:

تجاوز دور الأخصائي الاجتماعي الطبي حدود المساعدات المادية للمحتاجين من المرضى وبرزت أدواره التنموية التي تؤكّد أنّ المريض بمرض مزمن والذي تسبب المرض في فقد بعض من قدراته مما أثّر على عدم قدرته على مواجهة الحياة الجديدة.

هؤلاء المرضى يحتاجون إلى خدمات اجتماعية خاصة لتنمية قدراتهم على أداء أدوارهم الإنتاجية لتحقيق مستوى معيشي جيد، وذلك عن طريق برامج التأهيل والتدريب التي تهدُف لتحسين وضعهم الاقتصادي ولتؤمن لهم ضروريات الحياة والعمل على:

- تنمية وتطور المريض بحيث يصبح عضواً مشاركاً في التحسين المستمر للظروف الاجتماعية والإنسانية له ولغيره.

- تنمية قنوات الاتصال بين المرضى المحتاجين إلى الخدمات الاجتماعية والصحية وبين المؤسسات الطبية والمؤسسات الاجتماعية، فأطفال التوحد بحاجة إلى تواصل مع المؤسسات الطبية في عمليات العلاج والمتابعة، إضافة إلى دعمهم مادياً عن طريق المؤسسات الحكومية والجمعيات الخيرية.

- تنمية المبادئ الدينية لأنّها تنمّي شخصيته وتقوّيها وتساعده على تقبل ما قُدِّر له من مرض طويل الأمد، كما تساعده على التوافق مع الآخرين والمجتمع.

- تنمية موارد وإمكانيات المريض وأسرته حتى يقيه من المشكلات المادية عن طريق تنمية مهاراته العملية إن كان للمرض تأثير على عمله كي يستثمر قدراته المتبقية (غباري" ٢٠٠٣").

- تنمية وتدعيم ذات المريض ليصبح قادراً على مواجهة المرض والمشكلات الاجتماعية المؤثرة في المرض وتخفيف المشاعر السلبية المرتبطة بالعلاج.

- تنمية معارف الأسرة بالمرض ومعنى التوحد، والإصابة به، وأهمية الالتزام باتباع الأساليب في التعامل مع المريض، وضرورة المتابعة الطبية، وتأثيرها على مستقبله ومستقبل حالته.

- تنمية أسلوب تعامل الأسرة الجيد مع المريض خاصة وأن الأسرة تشعر بعدم الاستقرار والأمن لاستمرارية المرض.

- تنمية قدرات المريض المهنية إضافة إلى تنمية مهارات جديدة لديه، بحيث تتناسب مع حالته الصحية ليصبح قادراً على العمل والإنتاج في عمل مناسب يعيد إليه الإحساس بالرضا ويحقق له الاكتفاء المادي والتوافق مع نفسه والمجتمع.

- ومن أهمّ أدوار التنمية مع مرضى أطفال التوحد هو تعديل العادات والأفكار المرتبطة بالمعتقدات الخاطئة والعمل بقدر الإمكان على دمجهم في المجتمع وتعديل سلوكياتهم.(ابو المعاطي، ٢٠٠٣، ٦٨).

الأدوار الوقائية للأخصائي الاجتماعي الطبي مع مرضى أطفال التوحد:

١- محاولة الأخصائي الاجتماعي الطبي العمل على عدم ظهور مشكلات شخصية أو أسرية أو مجتمعية لمرضى أطفال التوحد، ومحاولة تفادي الأسباب وبذل الجهد للحدّ من امتداد أيّ مشكلة تواجه المريض سواء في داخل أسرته أو في مجال عمله وباستخدام الأساليب المناسبة.

٢- مساعدة المرضى على التخلص من العادات السيئة؛ للمحافظة على الصحة وتحسينها.

٣- توعية المرضى وأسرهم بضرورة إجراء الفحوصات الدورية واستشارة الطبيب عند ظهور أي عارض صحي لتفادي المرض.

٤- يقف الأخصائي الاجتماعي بجانب المرضى الذين يبتعد عنهم الناس خوفا من العدوى فيشجعهم ويدعم شخصياتهم ويقوي

علاقاتهم بأسرهم وأقاربهم كي يُقيهم من الأزمات النفسية والشعور بالنقص.

0- يقف بجانب المرضى الذين طالت مدة مرضهم ويشجعهم ويقدم لهم المساعدات اللازمة قبل أن يصابوا باليأس أو الاكتئاب خاصة وأن مرض التوحد مرض مزمن سيستمر مدى الحياة.

الأدوار العلاجية للأخصائي الاجتماعي الطبي مع أطفال التوحد:

١ - مساعدة الأخصائي الاجتماعي مرضى أطفال التوحُّد على حلّ مشكلاتهم والتكيف مع بيئاتهم.

٢ - تكوين علاقة مهنية جيده مع المرضى لمساندته وليشعر بالثقة في نفسه والثقة بقدرات الأخصائي الاجتماعي وذلك بالاستماع والإنصات إليه ومشاركته بالمشاعر واحترامه وتقديره وتقبله وتشجيعه.

٣ -مساعدة المريض على تخفيف مشاعر الغضب والشعور بالذنب والتوتر وتوفير المعونة النفسية المناسبة له.

٤ - تقديم خدمات بيئية للمريض للاستفادة من موارد وإمكانيات المؤسسة والمجتمع المحيط.

وهذه الأدوار العلاجية جميعها تساعد المرضى على أن يصبحوا أعضاء منتجين في المجتمع وتحررهم من الشعور بالنقص أو العجز وبذلك يشعرون بقيمتهم وقدرتهم على العودة إلى الحياة الطبيعية بفعالية ونشاط وإنتاج. (السيد محمد، ١٩٩٨، ١٠١).

منهج الدراسـة:

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وهو منهج يعتمد لوصف الظاهرة كما هي على أرض الواقع، وجاء اختيار هذا المنهج لأنه يناسب طبيعة الدراسة التي تسعى الى الكشف عن الآثار الاجتماعية المترتبة على وجود طفل توحدي لدى الأسرة.

مجتمع وعينة الدراسـة:

يتكون مجتمع الدراسة من كافة أسر أطفال التوحد في منطقة نجران والبالغ عددها (١٠٣) أسرة، وقد تم اختيار عينة تتألف من(٣٠) أسرة من هذه الأسر وتم اختيارهم من خلال طريقة العينة العشوائية المنتظمة، بهدف توزيع أداة الدراسة عليهم وجمع البيانات المطلوبة.

أساليب جمع البيانات:

تم الاعتماد على مصدرين لجمع البيانات المتعلقة بالبحث:

١. المصادر الثانوية: وذلك بالاعتماد على الكتب، والدوريات، ومواقع الانترنت، فيما يتعلق بمرض التوحد والمشكلات الاجتماعية التي تواجه أسر المرضى بذلك المرض.
٢. المصادر الأولية: وذلك بالاعتماد على استبانة أعدت من أجل جمع البيانات من أفراد عينة الدراسة.

أداة الدراسـة:

تتألف استبانة الدراسة من قسمين:

-القسم الأول: البيانات الأولية:

يهدف القسم الأول الى جمع البيانات الأولية الخاصة بأفراد عينة الدراسة ممثلة بالجنس والمهنة والعمر والمؤهل العلمي ونوع علاقة الزواج وعدد أفراد الأسرة، بالإضافة الى عدد الأبناء المصابين بالتوحد، والدخل الاقتصادي، وترتيب الطفل التوحدي في الأسرة، وعدد الأبناء المتزوجين في الأسرة، وعدد البنات المتزوجات في الأسرة.

-القسم الثاني: محاور الدراسة:

يتضمن القسم الثاني من الاستبانة الفقرات الخاصة بكل محور من محاور الدراسة وهي:

* مستوى العزلة الاجتماعية (الفقرات ١-٣).
* الخجل من اظهار الطفل للآخرين (الفقرات ٤-٦).
* فرص زواج الأخوة (الفقرات ٧-٩).
* الخوف من انجاب أطفال آخرين مصابين (الفقرات ١٠-١٢).

صدق الأداة وثباتها:

-اختبار الصدق الظاهري:

تم التحقق من صدق أداة الدراسة من خلال عرضها على عدد من المحكمين بهدف مراجعة فقراتها ومدى ملائمتها لجمع البيانات المطلوبة، وتم الأخذ بالمقترحات واجراء التعديلات قبل توزيع الاستبانات. ويبين الملحق رقم (١) الاستبانة بصورتها النهائية.

- اختبار الثبات:

تم استخدام معامل كرونباخ الفا بهدف التحقق من درجة الاتساق الداخلي للاستبانة. ويبين الجدول (٣-١) معاملات كرونباخ الفا لمحاور الاستبانة، والذي يتضح منه تمتع أداة الدراسة بالثبات، حيث أن معامل كرونباخ الفا يتجاوز (٠,٧).

الجدول (١): معاملات ثبات أداة الدراسة

المحـــور	عدد الفقرات	معامل الثبات
مستوى العزلة الاجتماعية	٣	٠,٩١٩
الخجل من اظهار الطفل للآخرين	٣	٠,٩٣٩
فرص زواج الأخوة	٣	٠,٩٣١
الخوف من انجاب أطفال آخرين مصابين	٣	٠,٨٨٤
الاستبانة ككل	١٢	٠,٨٧٨

خصائص عينة الدراسة:

اعتمدت الدراسة البيانات الأولية التالية: الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، ونوع علاقة الزواج، وعدد أفراد الأسرة، وعدد الأبناء المصابين بالتوحد، ومستوى الدخل الشهري، وترتيب الطفل التوحدي في الأسرة، وعدد الأبناء المتزوجون في الأسرة، وعدد البنات المتزوجات في الأسرة. وتظهر نتائج التحليل في الجدول (٤-١).

الجدول (٢) توزيع افراد عينة الدراسة البيانات الأولية:

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة		الفئة	التكرار	النسبة
الجنس	ذكر	٢٧	٩٠ %	الأبناء التوحديين	١	٢٧	٩٠,٠ %
	انثى	٣	١٠,٠ %		٢	١	٣,٣ %
العمر	٢٤ سنة فأقل	٨	٢٦,٧ %		٣	١	٣,٣ %
	٢٥-٣٤ سنة	٩	٣٠,٠ %		اكثر من ٣	١	٣,٣ %
	٣٥-٤٤ سنة	١٣	٤٣,٣ %	ترتيب	١	١٤	٤٦,٧ %

	٤٥ -٥٥ سنة	-	-	الطفل	٢	٥	٢٦,٥ %
	٥٥ فأكثر	-	-		٣	٣	١٠,٠ %
المؤهل العلمي	اقل من ابتدائي	٥	١٦,٥ %		٤ او بعد الرابع	٥	١٦,٥ %
	متوسط	١	٣,٣ %	مستوى الدخل الشهري	أقل من ١٠٠٠٠	١٥	٥٠,٠ %
	ثانوي	٥	١٦,٥ %		١٠٠٠٠ - ١٥٠٠٠	٥	٢٦,٥ %
	بكالوريوس	١٢	٤٠,٠ %		١٦ - ٢٠٠٠٠	٤	١٣,٣ %
	دراسات عليا	٥	٢٣,٣ %		أكثر من ٢٠٠٠٠	٣	١٠,٠ %
علاقة الزواج	نفس القرابة	١٦	٥٣,٣ %	الأبناء المتزوجون	لا يوجد أخ متزوج	١٦	٥٣,٣ %
	نفس القبيلة	٩	٣٠,٠ %		يوجد أخ واحد متزوج	٥	١٦,٥ %
	نفس المنطقة	٥	١٦,٥ %		أخوان متزوجان	-	-
	من خارج	-	-		٣ أو اكثر	٩	٣٠,٠ %
عدد أفراد الأسرة	٣ او اقل	٦	٢٠,٠ %	البنات المتزوجات	لا توجد أخت متزوجة	١٨	٦٠,٠ %
	٤ أفراد	٤	١٣,٣ %		أخت متزوجة	٢	٦,٥ %
	٥ أفراد	٥	٢٣,٣ %		أختان متزوجتان	٥	١٦,٥ %
	أكثر من ٥	١٣	٤٣,٣ %		٣ او اكثر	٥	١٦,٥ %

يتضح من الجدول (٢) أنّ غالبية افراد عينة الدراسة هم من الذكور، حيث بلغت نسبتهم (٩٠ %) مقابل نسبة الاناث التي بلغت (١٠ %). وتتفاوت الفئات العمرية لأفراد العينة، ويبين الجدول أن نسبة أفراد العينة في الفئة ٢٤ سنة فأقل بلغت (٢٦,٥ %)، وهي النسبة الأقل. أما أفراد العينة الذين تتراوح أعمارهم بين (٢٥-٣٤) سنة فقد بلغت (٣٠ %)، مقابل نسبة الأفراد ضمن الفئة العمرية (٣٥-٤٤) سنة التي بلغت (٤٣,٣ %). وفيما يتعلق بالمؤهل العلمي، فقد بينت نتائج التحليل أن النسبة

الأقل (٣,٣ %) من أفراد عينة الدراسة لديهم مؤهل علمي متوسط، يليها نسبة الذين لديهم مؤهل علمي أقل من ابتدائي (١٦,٧ %) والمؤهل ثانوي (١٦,٧ %). وبلغت نسبة دراسات عليا (٢٣,٣ %) ونسبة الذين يحملون مؤهل البكالوريوس(٤٠ %).

وتشير النتائج المتعلقة بنوع علاقة الزواج أن أكثر من نصف أفراد العينة متزوجون من نفس القرابة حيث بلغت نسبتهم (٥٣,٣ %)، يليهم المتزوجون من نفس القبيلة ونفس المنطقة بنسبة (٣٠%) و (١٦,٧ %) على التوالي. وبما يخص عدد أفراد الأسرة، فقد تبين أنّ غالبية الأسر المبحوثة لديها أكثر من (0) أفراد بنسبة (٤٣,٣ %) من أفراد العينة. أما الذين لديهم (0) افراد فقد بلغت نسبتهم (٢٣,٣ %)، مقابل (٢٠%) ممن لديهم (٣ أو أقل) أفراد، يليهم الذين لديهم (٤) أفراد (١٣,٣ %). كما أظهرت نتائج التحليل أنّ غالبية الأسر المبحوثة لديها طفل توحدي واحد فقط بنسبة (٩٠ %)، يليهم من لديهم (طفلين) و(ثلاثة أطفال) و(أكثر من ثلاثة أطفال) بنسبة ٣,٣ % لكل. ومن حيث مستوى الدخل، فان نصف أفراد العينة لديهم دخل اقل من (١٠,٠٠٠) ريال، وهنالك نسبة (٢٦ %) من أفراد العينة ممن يتراوح دخلهم بين (١٠-١٥,٠٠٠) ريال. وهنالك (١٣,٣ %) ممن يتراوح دخلهم بين(١٦ - ٢٠٠٠٠) وهناك (١٠,٠ %) ممن يزيد دخلهم عن (٢٠,٠٠٠) ريال.

وفيما يتعلق بترتيب الطفل التوحدي في الأسرة، فقد تبين أن ترتيب الطفل التوحدي هو الأول بين اخوته لدى (٤٦,٧ %) والترتيب الثاني لدى (٢٦,٧ %) من

الأسر، وفي الترتيب الرابع أو أكثر لدى (١٦,٧ %) وفي الترتيب الثالث لدى (١٠,٠ %) من الأسر. وبالنسبة للأبناء المتزوجين من الأسرة، فقد تبين أنّ (٥٣,٣ %) من الأسر ليس لديها ابن متزوج، اما الأسر التي لديها ابن متزوج واحد من اخوة الطفل التوحدي فقد بلغت نسبتها (١٦,٧ %). وهنالك بعض الأسر التي لديها (٣) اخوة أو اكثر متزوجين وقد بلغت نسبتها (٣٠%). ومن حيث عدد البنات المتزوجات في الأسر المبحوثة، فقد تبين أن (٦٠,٠ %) من الأسر ليس لديها اي بنت متزوجة، مقابل (١٦,٧ %) من الأسر التي لديها بنتين متزوجتين و كذلك (١٦,٧ %) من الأسر التي لديها (٣) أخوات أو أكثر متزوجات، وأن أقل نسبة (٦,٧ %) من الأسر التي لديها بنت واحدة متزوجة.

الاجابة على أسئلة الدراسة:

- السؤال الأول: هل تواجه الأسرة عزلة اجتماعية بسبب وجود طفل توحدي فيها؟

تم التعرف على آراء افراد عينة الدراسة على السؤال الأول المتعلق بمستوى العزلة الاجتماعية من خلال تحليل اجاباتهم على فقرات هذا المحور (فقرات الاستبانة ١-٣). وتظهر النتائج في الجدول (٣).

الجدول (٣): نسبة موافقة أفراد العينة على فقرات محور مستوى العزلة الاجتماعية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

	الفقرة	مقياس الاستجابات (%)					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
١	يحرمنا وجود طفل مصاب بالتوحد من المشاركة في المناسبات الاجتماعية	-	٢٠,٠ %	١٦,٧ %	٢٠,٠ %	٤٣,٣ %	٣,٨٧	١,٢٠	١
٢	نتفادى التواصل مع الأسر الأخرى تجنباً للمواقف المحرجة من الطفل المصاب بالتوحد.	٣,٣ %	١٦,٧ %	٢٣,٣ %	٢٠,٠ %	٣٦,٧ %	٣,٧٠	١,٢٤	٣
٣	يتجنب الكثيرون اقامة علاقات معنا بسبب طفلنا المصاب التوحد.	-	٢٣,٣ %	٢٠,٠ %	١٣,٣ %	٤٣,٣ %	٣,٧٧	١,٢٥	٢
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام							٣,٧٨	١,٢٣	

يتضح من الجدول (٣) ارتفاع نسبة غير الموافقين بشدة على الفقرة الأولى، حيث بلغت النسبة (٤٣,٣ %)، وبلغت نسبة غير الموافقين على الفقرة (٢٠,٠ %). أما نسبة المحايدين فقد بلغت (١٦,٧ %)، ونسبة الموافقين (٢٠,٠ %)، وذلك بمتوسط حسابي (٣,٨٧) وانحراف معياري (١,٢٠). وليس هنالك أي فرد من أفراد العينة من الموافقين بشدة على ما ورد في الفقرة الأولى.

وبالنسبة للفقرة الثانية الذي ينص على "نتفادى التواصل مع الأسر الأخرى تجنباً للمواقف المحرجة من الطفل المصاب بالتوحد"، فقد أظهرت النتائج أن نسبة

غير الموافقين بشدة بلغت (٣٦,٧ %)، مقارنة بنسبة الموافقين بشدة التي بلغت (٣,٣ %) فقط، في ظل وجود (٢٠,٠ %) من غير الموافقين ونسبة (٢٣,٣ %) من المحايدين. وقد بلغ المتوسط الحسابي (٣,٧٠) بانحراف معياري (١,٢٤). ومن جهة أخرى، فقد أشارت نتائج تحليل الفقرة الثالثة التي تنص على "يتجنب الكثيرون اقامة علاقات معنا بسبب طفلنا المصاب التوحد" ارتفاع نسبة غير الموافقين بشدة (٤٣,٣ %) مقابل الموافقين (٢٣,٣ %) ، وأن نسبة غير الموافقين بلغت (١٣,٣ %) ونسبة (٢٠ %) للمحايدين. وقد بلغ المتوسط الحسابي (٣,٧٧) بانحراف معياري (١,٢٥).

وتشير هذه النتائج إلى أن أفراد عينة الدراسة لا يعانون من العزلة الاجتماعية بسبب وجود طفل توحدي في الأسرة، وذلك بدليل أن وجود الطفل التوحدي في الأسرة لا يحرم الأسرة من المشاركة في المناسبات الاجتماعية، كما يرى أفراد العينة أن الآخرون لا يتجنبون اقامة علاقات مع الأسرة بسبب وجود الطفل التوحدي. وفيما يتعلق بالنتيجة التي تؤكد على تفادي الأسرة للتواصل مع الأسر الأخرى بسبب المواقف المحرجة للطفل التوحدي، فان سبب هذه النتيجة أن الأسر لا تحبّذ ازعاج الأسر الأخرى ، وأنه من غير الممكن ضبط تصرفات الطفل التوحدي، وهذه النتيجة لا تعني أن الأسرة تعيش بعزلة اجتماعية، بل على العكس من ذلك فان الأسرة اذا دعيت الى المناسبات الاجتماعية فإنها تلبّي الدعوة، ولا تتوانى عن مشاركة الآخرين افراحهم واتراحهم، وتجمعها بالأسر الأخرى علاقات طيبة خاصة وأن غالبية أفراد العينة ينتمون كما أظهرت خصائص العينة الى نفس القبيلة وطبيعة علاقة الزواج في المنطقة هي من نفس القبيلة أو من نفس القرابة.

- السؤال الثاني: هل تخجل الأسرة من اظهار الطفل التوحدي للآخرين؟

تم التعرف على آراء افراد عينة الدراسة على السؤال الثاني المتعلق بالخجل من اظهار الطفل التوحدي للآخرين من خلال تحليل اجاباتهم على فقرات هذا المحور(فقرات الاستبانة ٤-٦). وتظهر النتائج في الجدول (٤).

الجدول (٤): نسبة موافقة أفراد العينة على فقرات محور الخجل والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

	الفقرة	مقياس الاستجابات (%)					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
٤	نخفي طفلنا المصاب بالتوحد عن الآخرين خجلاً منه.	١٦,٧ %	٣٣,٣ %	١٦,٧ %	٦,٧ %	٢٦,٧ %	٢,٩٣	١,٤٨	٣
٥	نتجنب البحث عن المساعدة الرسمية وغير الرسمية خشية معرفة الآخرين بوجود طفل مصاب بالتوحد.	١٦,٧ %	٣٣,٣ %	١٣,٣ %	١٠,٠ %	٢٦,٧ %	٢,٩٧	١,٥٠	٢
٦	نخفي الطفل المصاب بالتوحد عند قدوم آخرين لزيارتنا لأننا تخجل من تصرفاته.	٢٠,٠ %	٢٣,٣ %	١٣,٣ %	٢٠,٠ %	٢٣,٠ %	٣,٠٣	١,٤٩	١
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام							٢,٩٨	١,٤٩	

يتضح من الجدول (٤) أن نسبة غير الموافقين بشدة (٢٦,٧ %) ونسبة غير الموافقين (٦,٧ %) على الفقرة الرابعة التي تنص على "نخفي طفلنا المصاب بالتوحد عن الآخرين خجلاً منه"، وذلك بمتوسط حسابي (٢,٩٣) وانحراف معياري

(١,٤٨). مقابل أن هنالك (١٦,٧ %) من أفراد العينة من الموافقين بشدة و نسبة (٣٣,٣ %) من الموافقين أو المحايدين على ما ورد في الفقرة الرابعة بلغت نسبتهم (١٦,٧ %). أما نتائج الفقرة الخامسة التي تنص على "نتجنب البحث عن المساعدة الرسمية وغير الرسمية خشية معرفة الآخرين بوجود طفل مصاب بالتوحد" فقد بينت أن نسبة الموافقين بشدة بلغت (١٦,٧ %) ونسبة الموافقين بلغت (٣٣,٣ %) ونسبة المحايدين تجاه هذه الفقرة بلغت (١٣,٣ %)، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (١٠ %) من أفراد العينة، وبلغت نسبة غير الموافقين بشدة (٢٦,٧ %)، وذلك بمتوسط حسابي (٢,٩٧) وانحراف معياري (١,٥٠). وبما يخص الفقرة السادسة التي تنص على "نخفي الطفل المصاب بالتوحد عند قدوم آخرين لزيارتنا لأننا نخجل من تصرفاته"، فقد أكدت نتائج التحليل على ارتفاع نسبة غير الموافقين بشدة على الفقرة حيث بلغت نسبتهم (٢٣ %)، كما بلغت نسبة غير الموافقين (٢٠ %)، وذلك بمتوسط حسابي (٣,٠٣) وانحراف معياري (١,٤٩). وتبين أن نسبة الموافقين بشدة بلغت (٢٠,٠ %) ونسبة الموافقين (٢٣,٣ %) وتؤكد هذه النتائج على أن الأسر التي شكلت عينة الدراسة تخجل بدرجة متوسطة من وجود طفل توحدي لديها، ويظهر ذلك من واقع نسب غير الموافقين بشدة وغير الموافقين على ما ورد في فقرات هذا المحور والمتمثلة في أن الأسر لا تخفي طفلها عن الآخرين، وتبحث الأسر عن المساعدة الرسمية وغير الرسمية ولا تخشى معرفة الآخرين بوجود طفل توحدي لديهم.

-السؤال الثالث: هل يؤثر وجود طفل توحدي في الأسرة على فرص زواج الأخوة؟

تم التعرف على آراء افراد عينة الدراسة على السؤال الثالث المتعلق بفرص زواج الأخوة في أسرة الطفل التوحدي من خلال تحليل اجاباتهم على فقرات هذا المحور

(فقرات الاستبانة ٥-٩). وتشير النتائج في الجدول (٤-٤) الى عدم موافقة أفراد العينة على أن مساعي الزواج تتوقف إذا علم الخاطب أن الأسرة لديها طفل مصاب بالتوحد، وجاءت هذه النتيجة بمتوسط حسابي (٤,١٣) وانحراف معياري (١,٢٠). وبما يخص الفقرة الثامنة التي تنص على "هل وجود طفل توحد في الأسرة يسبب شجار بين الاخوة"، فقد أظهرت نتائج التحليل وجود نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة غير الموافقين بشدة على هذه الفقرة حيث بلغت نسبتهم (٥٦,٥ %) كما بلغت نسبة غير الموافقين (٣٠ %)، وبلغت نسبة المحايدين (٣,٣ %)، بمتوسط حسابي (٤,٣٠) وانحراف معياري (١,٠٦).

الجدول (٥): نسبة موافقة أفراد العينة على فقرات محور فرص زواج الأخوة والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

	الفقرة	مقياس الاستجابات (%)					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
٥	تتوقف مساعي الزواج إذا علم الخاطب أن الأسرة لديها طفل مصاب بالتوحد.	٦,٥ %	٣,٣ %	١٣,٣ %	٢٣,٣ %	٥٣,٣ %	٤,١٣	١,٢٠	٣
٨	هل وجود طفل توحد في الأسرة يسبب شجار بين الاخوة	٣,٣ %	٦,٥ %	٣,٣ %	٣٠,٠ %	٥٦,٥ %	٤,٣٠	١,٠٦	٢
٩	يؤدي وجود طفل توحدي في الأسرة الى تقليل فرص زواج الأخوة.	٣,٣ %	١٠,٠ %	١٠,٠ %	٣٦,٥ %	٤٠,٠ %	٤,٠٠	١,١١	١

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام	٤,١٤	١,١٢	

ويتضح من الجدول (0) كذلك عدم موافقة أفراد العينة على وجود علاقة بين وجود طفل توحدي في الأسرة وفرص زواج الأخوة حيث بلغت نسبة غير الموافقين بشدة (٤٠ %) وغير الموافقين (٣٦,٥ %) بمتوسط حسابي (٤,٠٠) وانحراف معياري (١,١٢). وهذا يعني أن وجود طفل توحدي في الأسرة لا يؤثر في فرص زواج الأخوة.

-السؤال الرابع: هل تخاف الأسر التي لديها طفل توحدي من انجاب أطفال أخرين مصابين بالتوحد؟

تم التعرف على آراء افراد عينة الدراسة على السؤال الرابع المتعلق بخوف الأسر التي لديها طفل توحدي من انجاب أطفال آخرين مصابين بالتوحد من خلال تحليل اجاباتهم على فقرات هذا المحور (فقرات الاستبانة ١٠-١٢). وتظهر النتائج في الجدول (٦).

الجدول (٦): نسبة موافقة أفراد العينة على فقرات محور الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

	الفقـــــــــرة	مقياس الاستجابات (%)					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
١٠	نؤخر الانجاب خوفاً من انجاب أطفال آخرين مصابين بالتوحد.	% ٣,٣	% ٦,٥	% ٦,٥	% ٢٦,٥	% ٥٦,٥	٤,٢٥	١,٠٨	١
١١	توقفنا عن الانجاب بسبب وجود مولود مصاب بالتوحد.	% ٦,٥	% ١٠,٠	٣,٣ %	% ٢٦,٥	% ٥٣,٣	٤,١٠	١,٢٥	٢
١٢	نخشى وجود عوامل	% ٦,٥	% ٦,٥	٣,٣	٣٦,٥	% ٤٦,٥	٤,٠٩	١,١٩	٣

	وراثيـــة فـــي الاسرة وعلينا عدم الانجاب.			%	%			
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام								

تشير النتائج في الجدول (٧) إلى ارتفاع نسبة غير الموافقين بشد (٥٦,٧ %) على الفقرة التي تنص على "نؤخر الإنجاب خوفاً من انجاب أطفال آخرين مصابين بالتوحد" ونسبة (٢٦,٧ %) من غير الموافقين من أفراد عينة الدراسة، وبالرغم من ذلك إلاّ أنّ غالبية أفراد العينة لم يتوقفوا عن الانجاب حيث بلغت نسبة غير الموافقين بشدة على الفقرة الحادية عشرة (٥٣,٣ %) ونسبة غير الموافقين بلغت (٢٦,٧ %) من أفراد العينة وذلك بمتوسط حسابي (٤,١٠) وانحراف معياري (١,٢٧). ولم يخف أفراد العينة خشيتهم من وجود عوامل وراثية حيث بلغت نسبة غير الموافقين بشدة على الفقرة (٤٦,٧ %) ونسبة غير الموافقين (٣٦,٧ %) وذلك بمتوسط حسابي (٤,٠٩) وانحراف معياري (١,١٩).

الفروق في محاور الاستبانة وفقاً للمتغيرات الأولية.

لدراسة الفروق في محاور الاستبانة، فسيتم إجراء اختبار (ت) للفروق بين متوسطي عينتين مستقلتين وتحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في محاور الاستبانة تبعاً لبعض المتغيرات الأولية، وذلك كما يلي:

جدول (٨). الفروق في محاور الاستبانة وفقاً للجنس.

المتغير	فئات الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار (ت)	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
مستوى العزلة الاجتماعية	ذكر	3.91	1.11	٢,٠٦٣	٢٨	٠,٠٤٨
	أنثى	2.56	0.51			
محور الخجل	ذكر	2.99	1.49	٠,١١٣	٢٨	٠,٩١١
	أنثى	2.89	0.19			
فرص زواج الأخوة	ذكر	4.17	1.07	٠,٤٣٥	٢٨	٠,٦٦٧
	أنثى	3.89	1.02			
الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين	ذكر	4.22	1.07	١,٠٢٧	٢٨	٠,٣١٣
	أنثى	3.56	0.96			

الجدول٨ السابق يوضح نتائج اختبار(ت) للفرق بين متوسطات العينات المستقلة لدراسة الفروق في محاور الاستبانة وفقاً للجنس. وبمتابعة قيم الاختبارات وقيم الدلالة الإحصائية نجد الآتي:

بالنسبة لمستوى العزلة الاجتماعية، فقد بلغت قيمة الاختبار (٢,٠٦٣) بقيمة دلالة (٠,٠٤٨) وهي أقل من (٠,٠٥) مما يعني معنوية الفروق، وبالتالي فإنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في مستوى العزلة الاجتماعية وفقاً لمتغير (الجنس)، وهذه الفروق لصالح الذكور بالمتوسط الحسابي الأعلى.

بالنسبة لمحور الخجل وفرص زواج الأخوة والخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين، فقد جاءت قيم الدلالة الإحصائية أكبر من مستوى المعنوية (٠,٠٥) مما يعني عدم معنوية الفروق، وبالتالي فإنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

محور الخجل وفرص زواج الأخوة والخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين وفقاً لمتغير (الجنس).

جدول (٩). الفروق في محاور الاستبانة وفقاً للعمر.

المتغير	فئات العمر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار (ف)	الدلالة الإحصائية
مستوى العزلة الاجتماعية	٢٤ سنة فأقل	4.29	1.08	١,٤٣٧	٠,٢٥٥
	٢٥-٣٤ سنة	3.37	1.02		
	٣٥-٤٤ سنة	3.74	1.21		
محور الخجل	٢٤ سنة فأقل	3.33	1.45	٠,٣٣٥	٠,٧١٩
	٢٥-٣٤ سنة	2.82	1.40		
	٣٥-٤٤ سنة	2.87	1.47		
فرص زواج الأخوة	٢٤ سنة فأقل	4.46	0.73	١,٧٤٨	٠,١٩٣
	٢٥-٣٤ سنة	4.44	0.76		
	٣٥-٤٤ سنة	3.74	1.29		
الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين	٢٤ سنة فأقل	4.58	0.43	١,٢٣٦	٠,٣٠٧
	٢٥-٣٤ سنة	4.22	0.96		
	٣٥-٤٤ سنة	3.85	1.34		

الجدول ٩ السابق يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفرق في محاور الاستبانة وفقاً للعمر. وبمتابعة قيم الاختبارات وقيم الدلالة الإحصائية نجدها جميعها جاءت أكبر من مستوى المعنوية (٠,٠٥)، مما يعني عدم معنوية الفروق وفقاً للعمر، وبالتالي فإنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في محاور الاستبانة (مستوى العزلة الاجتماعية – محور الخجل – فرص زواج الأخوة - الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين) وفقاً لمتغير (العمر).

جدول (١٠). الفروق في محاور الاستبانة وفقاً للمؤهل العلمي.

المتغير	فئات المؤهل العلمي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار (ف)	الدلالة الإحصائية
مستوى العزلة الاجتماعية	اقل من ابتدائي	4.40	0.89	٠,٤٧٥	٠,٧٥٢
	متوسط	3.67	-		
	ثانوي	3.87	1.19		
	بكالوريوس	3.56	1.31		
	دراسات عليا	3.67	1.11		
محور الخجل	اقل من ابتدائي	3.20	1.58	٠,٥٣٦	٠,٧١١
	متوسط	2.00	-		
	ثانوي	3.67	1.41		
	بكالوريوس	2.70	1.49		
	دراسات عليا	2.95	1.34		
فرص زواج الأخوة	اقل من ابتدائي	4.53	0.51	٠,٤٥٨	٠,٧٦٦
	متوسط	4.33	-		
	ثانوي	4.33	1.49		
	بكالوريوس	3.83	1.24		
	دراسات عليا	4.24	0.71		
الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين	اقل من ابتدائي	4.67	0.47	٠,٤٥٦	٠,٧٦٥
	متوسط	4.33	-		
	ثانوي	4.13	1.58		
	بكالوريوس	3.89	1.24		
	دراسات عليا	4.24	0.69		

الجدول ١٠ السابق يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفرق في محاور الاستبانة وفقاً المؤهل العلمي. وبمتابعة قيم الاختبارات وقيم الدلالة الإحصائية نجدها جميعها جاءت أكبر من مستوى المعنوية (٠,٠٥)، مما يعني عدم معنوية

الفروق وفقاً للمؤهل العلمي، وبالتالي فإنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في محاور الاستبانة (مستوى العزلة الاجتماعية – محور الخجل – فرص زواج الأخوة - الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين) وفقاً لمتغير (المؤهل العلمي).

جدول (١١). الفروق في محاور الاستبانة وفقاً لعدد أفراد الأسرة.

المتغير	فئات عدد أفراد الأسرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار (ف)	الدلالة الإحصائية
مستوى العزلة الاجتماعية	٣ او اقل	3.89	1.00	٠,٣٥١	٠,٧٨٩
	٤ أفراد	3.84	1.35		
	٥ أفراد	3.38	1.33		
	أكثر من ٥	3.92	1.12		
محور الخجل	٣ او اقل	3.50	1.19	١,٠٣٨	٠,٣٩٢
	٤ أفراد	3.75	1.50		
	٥ أفراد	2.53	1.57		
	أكثر من ٥	2.74	1.38		
فرص زواج الأخوة	٣ او اقل	3.78	1.56	١,٥٦٣	٠,٢٢٢
	٤ أفراد	5.00	0.00		
	٥ أفراد	3.76	1.08		
	أكثر من ٥	4.26	0.82		
الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين	٣ او اقل	3.78	1.56	٢,٩٣٥	٠,٠٥٢
	٤ أفراد	4.92	0.17		
	٥ أفراد	3.43	1.24		
	أكثر من ٥	4.49	0.50		

الجدول ١١ السابق يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفرق في محاور الاستبانة وفقاً لعدد أفراد الأسرة. وبمتابعة قيم الاختبارات وقيم الدلالة الإحصائية نجدها جميعها جاءت أكبر من مستوى المعنوية (٠,٠٥)، مما يعني عدم معنوية الفروق وفقاً لعدد أفراد الأسرة، وبالتالي فإنه: لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية في محاور الاستبانة (مستوى العزلة الاجتماعية – محور الخجل – فرص زواج الأخوة - الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين) وفقاً لمتغير (عدد أفراد الأسرة).

جدول (١٢). الفروق في محاور الاستبانة وفقاً لعدد أفراد الأسرة.

المتغير	فئات مستوى دخل الأسرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار (ف)	الدلالة الإحصائية
مستوى العزلة الاجتماعية	أقل من ١٠٠٠٠	4.11	1.07	١,٣١٩	٠,٢٨٩
	١٠٠٠٠ - ١٥٠٠٠	3.17	1.08		
	١٦٠٠٠ - ٢٠٠٠٠	3.58	0.88		
	أكثر من ٢٠٠٠٠	4.00	1.73		
محور الخجل	أقل من ١٠٠٠٠	3.16	1.46	٠,٣٩٥	٠,٧٥٨
	١٠٠٠٠ - ١٥٠٠٠	2.63	1.12		
	١٦٠٠٠ - ٢٠٠٠٠	2.67	1.56		
	أكثر من ٢٠٠٠٠	3.45	2.12		
فرص زواج الأخوة	أقل من ١٠٠٠٠	4.22	1.31	٠,٤٧٧	٠,٧٠١
	١٠٠٠٠ - ١٥٠٠٠	3.92	0.91		
	١٦٠٠٠ - ٢٠٠٠٠	4.58	0.32		
	أكثر من ٢٠٠٠٠	3.78	0.39		
الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين	أقل من ١٠٠٠٠	4.24	1.30	٠,٢٧٥	٠,٨٤٣
	١٠٠٠٠ - ١٥٠٠٠	4.08	0.87		
	١٦٠٠٠ - ٢٠٠٠٠	4.33	0.27		
	أكثر من ٢٠٠٠٠	3.66	1.15		

الجدول ١٢ السابق يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي(ANOVA) للفرق في محاور الاستبانة وفقاً لمستوى دخل الأسرة. وبمتابعة قيم الاختبارات وقيم الدلالة الإحصائية نجدها جميعها جاءت أكبر من مستوى المعنوية (٠,٠٥)، مما يعني عدم

معنوية الفروق وفقاً لعدد أفراد الأسرة، وبالتالي فإنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في محاور الاستبانة (مستوى العزلة الاجتماعية – محور الخجل – فرص زواج الأخوة - الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين) وفقاً لمتغير (مستوى دخل الأسرة).

النتائـــج:

أظهرت الدراسة مجموعة من النتائج هي:

١. ارتفاع نسبة غير الموافقين وغير الموافقين بشدة على الفقرة التي تنص على "يحرمنا وجود طفل مصاب بالتوحد من المشاركة في المناسبات الاجتماعية".
٢. يوافق أفراد العينة على أن تفادي التواصل مع الأسر الأخرى تجنباً للمواقف المحرجة من قبل الطفل التوحدي.
٣. يوافق أفراد العينة على أن وجود طفل توحدي في الأسرة لا يؤدي بالأسر الأخرى الى تجنب اقامة علاقات مع الأسرة.
٤. لا يخجل ذوي الأطفال التوحديين من وجود طفل لديهم، وتبين من النتائج عدم وجود أي فرد موافق على الفقرة التي تقيس هذا الأمر. كما تبين أن الأسر تبحث عن المساعدة الرسمية وغير الرسمية وهي لا تخشى أن يعلم الاخرون بشأن الطفل التوحدي. وليس من طبيعة هذه الأسر أن تخفي طفلها خجلاً منه.
٥. ليس هنالك علاقة بين وجود طفل توحدي في الأسر وفرص زواج الأخوة، خاصة في ظل العلاقات الطيبة والقرابة التي تجمع ابناء القبيلة

الواحدة. وقد أكد افراد العينة ان مساعي الزواج لا تتوقف في حال علم الخاطب بوجود طفل توحدي، فالطفل التوحدي ابن للجميع ولا دور للأم أو الأب بوجود طفل توحدي. وكذلك الحال فان وجود الطفل التوحدي لا يؤدي الى شجار بين الأخوة.

٦. يخشى والدي الطفل التوحدي انجاب طفل توحدي آخر تبعاً للمعاناة التي يتكبدها الأهل في رحلة العناية بالطفل، كما يخشون كذلك وجود عوامل وراثية، وهي خشية مبررة وطبيعية، ولكن تبين ان غالبية افراد العينة لم يتوقفوا عن الانجاب.

٧. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في مستوى العزلة الاجتماعية وفقاً لمتغير (الجنس)، وهذه الفروق لصالح الذكور بالمتوسط الحسابي الأعلى.

٨. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في محور الخجل وفرص زواج الأخوة والخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين وفقاً لمتغير (الجنس).

٩. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في محاور الاستبانة (مستوى العزلة الاجتماعية – محور الخجل – فرص زواج الأخوة - الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين) وفقاً لمتغير (العمر).

١٠. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في محاور الاستبانة (مستوى العزلة الاجتماعية – محور الخجل – فرص زواج الأخوة - الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين) وفقاً لمتغير (المؤهل العلمي).

١١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في محاور الاستبانة (مستوى العزلة الاجتماعية – محور الخجل – فرص زواج الأخوة - الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين) وفقاً لمتغير (عدد أفراد الأسرة).

١٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في محاور الاستبانة (مستوى العزلة الاجتماعية – محور الخجل – فرص زواج الأخوة - الخوف من انجاب أطفال توحديين آخرين) وفقاً لمتغير (مستوى دخل الأسرة).

الخـلاصــة:

خلصت الدراسة في ضوء نتائجها الى ما يلي:

١. لا تعاني أسر الأطفال التوحديين من مستوى العزلة الاجتماعية بسبب وجود طفل توحدي، بل على عكس فان هذه الأسر تمارس حياتها بشكل طبيعي وتشارك في المناسبات الاجتماعية. وعليه فان وجود طفل توحدي في الأسرة لا يعني مستوى العزلة الاجتماعية.

٢. لا يعني وجود طفل توحدي أن تخجل الأسرة منه بل عليها أن تظهره للآخرين والبحث عن المساعدة الرسمية وغير الرسمية من أجل مساعدته والتخفيف عنه. وليس الحل هو اخفائه عن الآخرين، بل اظهاره للآخرين يجعل الأسرة امام أمر واقع يتطلب التعامل معه وطلب مساعدة الآخرين.

٣. وجود الطفل التوحدي في المجتمع المتكافل الذي تسوده المحبة ليس له علاقة بفرص زواج الأخوة او الشجار بينهم، بل وجود الطفل

التوحدي يعني تكاتف جهود ابناء العائلة الواحدة لتخفيف معاناة الأهل والطفل نفسه.

٤. يخشى والدي الطفل التوحدي وجود عوامل وراثية وبالتالي خشية انجاب اطفال آخرين مصابين بالتوحد الا أن خشيتهم ليست كبيرة بدليل انهم لم يتوقفوا عن الانجاب.

التوصـــيات:

توصي الدراسة في ضوء النتائج التي توصلت اليها بما يلي:

١. تجنب الأسر للعزلة الاجتماعية بسبب وجود طفل توحدي تصرف غير سليم لأنّ ذلك يسهم في الحصول على المساعدة الرسمية التي تقدمها الحكومة لهذه الفئة من الأطفال.

٢. اظهار الطفل التوحدي للآخرين، لأن الآثار السلبية المترتبة على اخفائه أكبر بكثير من آثار السلبية لإظهاره ان وجدت.

٣. توعية اسر الأطفال التوحديين بالآثار الايجابية لوجود طفل توحدي بالأسرة .

٤. توعية اخوة الأطفال التوحديين بطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه الطفل، وكيفية التعامل معه وتوجيهم للعلاقة بينهم بطريقة ايجابية تخدم كافة الأطراف.

٥. تثقيف المجتمعات بطرق التعامل مع الأطفال التوحديين وتوعيتهم من أجل تعزيز ثقافة مساعدة أسر الأطفال التوحديين وليس تجاهلهم.

٦. الاستفادة من الخدمات المتنوعة التي تقدمها الجهات الحكومية، في مختلف المجالات حيث أن الدولة لا تدخر جهداً ولا وقتاً ولا مالاً في سبيل رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.

٧. يوصي الباحث بإجراء نفس الدراسة على مجتمع البحث بعد بضع سنوات لان المجتمعات في تغيير مستمر.

قائمة المراجــع:

-إبراهيم، خليل إسماعيل، وأمين، عباس عزيز.(٢٠٠٩)، الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمعاناة ذوي الأمراض المزمنة في العراق، المجلة العراقية لبحوث السوق وحماية المستهلك، مجلد (١)، العدد (٢).

-البلشة، ايمن محمد (٢٠٠٦). تفعيل دور الآباء في البرامج السلوكية والتربوية للأطفال التوحديين من النظرية الى التطبيق. ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العربي التاسع: رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي . الحاضر والمستقبل، في الفترة من ٥-٢٠٠٦/١٢/٧، القاهرة.

-سويدان، محمد زياد (٢٠١٢). التكيف الاجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وعلاقته بالمستوى الاقتصادي والتعليمي للأسرة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.

- شبيب، عادل جاسب (٢٠٠٨)، ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية لأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، رسالة ماجستير، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا، المملكة المتحدة.
- عبيدات، روحي مروح(٢٠٠٨)، الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على أخوة الأشخاص المعاقين دراسة ميدانية، بحث مقدم إلى مؤتمر أخوة المعاقين، مدينة الشارقة للخدمات الانسانية.
- المبارك، شوقي بن مهدي (٢٠٠٧). اتجاهات معلمي المدارس الابتدائية العادية الملحق بها أطفال توحديون نحو دمج الطلاب التوحديين بمدارس البنين بالمنطقة الشرقية بالسعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
- المطيري، فهد نايف (٢٠٠٦). مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدينة الرياض في المملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
- الهوساوي، أمل علي (٢٠١٢). الفروق في مستوى الضغوط النفسية والاجتماعية لدى إخوة وأخوات الأطفال التوحديين وفقا لمستوى التعليم ومستوى دخل الأسرة في مدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليج العربي، البحرين.
- مركز الملك سلمان لأبحاث الاعاقة، نشرة نظام رعاية المعوقين في المملكة العربية السعودية، متاح على الموقع الالكتروني للمركز.
- Gupta, Ashum, Singha, Nidhi, (2004) Positive Perceptions in Parents of Children with Disabilities, Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal

- Gresham, F.M., Beebe-Frankeberger, M.E. & MacMillan, D.L. (1999). A selective review of treatment for children with autism: Description and methodological considerations. School Psychology Review, 28