# فعالية برنامج انتقائي من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في تنمية وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي


**إعداد**

**د. كلثم جبر الكواري**

**أستاذ الخدمة الاجتماعية المشارك بقسم العلوم الاجتماعية**

**كلية الاداب والعلوم – جامعة قطر**


**٢٠٢٠ م**

## أولاً: مشكلة الدراسة:

يتطلب بناء الشخصية المتوازنة إشباع الحاجات الأساسية للفرد من أجل البقاء والتي من غيرها لا يستطيع الفـــرد التعايش مع بيئتـــــه ، وتعتبر السنوات الأولى من حيـــاة الفـــرد ( الطفل ) من أهم مراحل نموه حيث يتم فيها بداية بناء الأسس الأولية لتكوين شخصيته ، وتعود نتائج الاهتمام بالطفل في هذه المرحلة الحرجة إما بالسالب أو الإيجاب على الطفل والمجتمع ككل ، وتمثل حاجات الطفل أهمية كبرى في تنشيط وتوجيه سلوكه وقيادته ودفعه لتحقيق هدف معين ، لذا تعد مرحلة الطفولة من اكثر مراحل الإنسان تأثيراً في شخصيته وهذا ما أكد عليه "نايف قطامي" حيث أكد على أن مرحلة الطفولة من أهم المراحل في حياة الإنسان إذ يتحدد فيها الطريق الذي يختاره الفرد فيما بعد ( **نايف قطامي، ٢٠٠٩، ١٣**) .

حيث يكتسب الطفل نتيجة تفاعله وخبراته في الأسرة مجموعة من العادات خاصة بالأكل والملبس والطعام وطريقة المشي ومخاطبة الناس ( **زكريا أحمد، ٢٠٠١، ٦**) ، ولا يمكن انكار الدور الذي تلعبه الأسرة بما فيها التنشئة الاجتماعية والثقافية في تأكيد الطفل بالمجتمع ابتداء من التنشئة في نطاق الأسرة مرورا بالتنشئة التعليمية والأخلاقية في المدرسة ( **على ليلة، ٢٠٠٦، ٧**) . فالطفل بشكل مجموعة متفاعلة ومتكاملة من الدلالات بالنسبة لكل من الوالدين ( **مصطفي حجازي، ٢٠٠٠، ٢٠١**) ، ويتفق معظم السيكولوجيون المهتمون بالتنشئة الاجتماعية على اختلاف مواقفهم النظرية على أهمية التفاعل بين الوالدين والأبناء في مراحل العمر المختلفة وارتباطها بحسن توافقهم ( **علاء الدين كفافي، ٢٠٠٩، ٨٨**) .

لذا أصبحت مرحلة الطفولة من اهم المراحل التي يمر بها الإنسان ، والاهتمام بتلك المرحلة والعناية بالأطفال ودراسة احتياجاتهم ومشكلاتهم والعمل على حلها بعد مقياسا لمدى تقدم المجتمعات ورقيها ، وهذا ما أكدت عليه دراسة ( **عبد العزيز بن يوسف، ٢٠٠٦**) من حيث أن أكثر فئات الطفولة اهتماما فئة ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تبلورت الاهتمامات بها في بذل الجهود لتقديم المساعدات اللازمة لهم من حيث الرعاية والتعرف على المشكلات والاحتياجات والأساليب العلاجية الممكنة لكل إعاقة ، حتى يمكن استثمار طاقات هؤلاء الأفراد المعاقين ليس الخدمة أنفسهم فحسب ، بل أيضا لخدمة المحيط الاجتماعي الذي يعيشون في ويتعاملون معه .

وتعد الأسرة الخلية الأولى في المجتمع أو النسق الاجتماعي القديم الحديث في كافة المجتمعات، وهي المسئولة عن إعداد الأجيال في كافة المراحل الإنمائية والعمرية الأولى والمتوسطة من حياة الإنسان. كما أنها كمؤسسة اجتماعية مميزة عن سائر المؤسسات الأخرى مميزة كوحدة إنتاجية تزود المجتمع بأعضاء جدد ، ومميزة بكون العلاقات فيها قائمة أساسا على الروابط العاطفية فالأسرة مهمة من ناحيتين : مهمة لنمو الطفل النفسي والاجتماعي والجسمي ، ومهمة بالنسبة للوالدين لاستكمال النضج الاجتماعي، حيث يمارس كل منهما الأمومة والأبوة وعن طريق الممارسات الوالدية يزودان الطفل بالقيم والمفاهيم التي تجعل منه عضوا في مجتمع ما ( **فاطمة المنتصر ، ٢٠٠٠ ، ٤٩**) وأن يكونوا أبناء قادرين على تحقيق مستويات إنجازيه تحصيلية أثناء حياتهم الدراسية ، وأن يكونوا بعد ذلك شاغلين لمراكز ووظائف ومكونات اجتماعية مستقبلية مرموقة ، ولكنه في بعض الأحيان تشوب توقعات بعض الأسر نوعا من التناقض الذي لا ينسجم مع الواقع خاصة حينما يمنحهم الله طفلا أو فردا لديه أصور أو اعتلال في ناحية من نواحي شخصيته العقلية المعرفية ، النفسية ، الانفعالية ، الجسمية الصحية، أو الاجتماعية البيئية ) ، مما يخلق في الأسرة جوا قلقا في أغلب الأحيان ( **عبد الرحمن عبد الرحيم، ٢٠٠٦، ١٥**) .

ذلك أن العيش مع الطفل التوحدي يعتبر تجربة فريدة من نوعها ، حيث تؤثر على جميع جوانب أداء الأسرة ، حيث يمكن من توسيع آفـــــاق الأسرة وزيادة وعى أفرادهـــــا بقوتهم الداخلية ، وتعزيز تماسك الأسرة على الجانب الإيجابي ، أما الجانب السلبى فإن تكاليف الوقـــــت والمال والمطالب المادية والعاطفية المرتبطة بتربية الطفـــــل التوحدي يمكن أن يكون لها آثار بعيدة المدى فضلاً عن الحالة العاطفية والمالية للأسرة والموارد المتوفرة **(Reichman,nancy,2008,679)** .

ويتسم الأطفال التوحديين بسمات عدة منها : صعوبة التفاعل الاجتماعي ( صعوبة بالعلاقات الاجتماعية ) ، صعوبة التواصل ( التواصل اللفظي وغير اللفظي ) ، اللعب التخيلي ( صعوبة في تطوير التخيـــــل أثناء اللعب ) ، مقاومة التغييـــــر في الروتين المعتاد ( **Sigman, et al , 2006:**

327 ) ، وضعف مهارات اللعب ( خاصة مهارات اللعب الرمزي)، وضعف مهارات رعاية الذات ( **Woods, 2008: 6949)** .

حيث يعد ميلاد طفل توحدي في الأسرة مصدر ضغط للوالدين وللأخوة معاً ، وذلك لما يترتب علي ميلاده من أعباء إضافية ، وعلاقات أسرية معقدة ، بما يهدد البناء النفسي للطفل التوحدي وأسرته ( **David, 2009)** ، والتي قد تجعل الأسرة بؤرة للصراعات مما يؤثر بالسلب علي الإخوة العاديين ( **Orsmond, Seltzer,2009:105)** . ولذلك فإن مثل هذه الأسر تحتاج إلي الدعم المستمر والإرشاد الدائم ، لمساعدتهم علي لعب دور إيجابي في نمو الطفل التوحدي وتفهم ظروفه وتنمية مهاراتـه ( **Noland, et al, 2009)** .

وغالبا ما ينتاب الوالدان ردة فعل عاطفية عندما يعلمون أن طفلهم لديه التوحد ، وتكمن ردة الفعل في اليأس والإحباط المقترن بقلقهم حول مستقبل طفلهم. كون طفلهم قد يكون خائفا ومرفوضا ومحبطا ( **محمد عدنان، ٢٠٠٧، ١٢٤** ) لذا فإن الإعاقة بوجه عام تعد من القضايا الهامة التي تواجه الأسر والمجتمعات باعتبارها قضية ذات أبعاد مختلفة ، ومرض التوحد بوجه خاص قضية هامة تؤثر بشكل سلبي على أسرة الطفل المعاق ، حيث أن وجود طفل معاق في الأسرة تجربة مؤلمة على هذه الأسرة، ولا شك أن ذلك يجعل الأسرة في وضع مليء بالضغوط النفسية العديدة والمتنوعة خصوصا ونحن نعيش في زمن كثرت فيه المسئوليات والضغوط المتعددة، وذلك لأن الطفل المعاق يعاني العديد من المشكلات سواء كانت عقلية أو نفسية أو جسمية أو سلوكية أو اجتماعية والطفل المعاق يواجه مصاعب الحياة منذ ميلاده وخروجه من رحم الأم إلى الحياة والبيئة الجديدة، يواجه مهام عديدة تزداد في كل يوم وفي كل مرحلة من مراحل حياته، فالطفل المعاق معاناته أصعب كثيرا ( **إسماعيل عبد الفتاح،٢٠٠٥، ١٥٢)** . وأصبح الاضطراب التوحدي هو ثاني أكثر الإعاقات انتشارا، ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلي فقط أما متلازمة أعراض داون فتأتي بعده مباشرة ( **عادل عبد الله، ٢٠٠٨، ٢٥)** . حيث أن التوحد يعد من أشد الاضطرابات الارتقائية وأكثرهم خطورة حيث أن تأثير هذا الاضطراب لا يقتصر على جانب واحد فقط من جوانب شخصية الفرد المصاب به بل يمتد تأثيره ليشمل جوانب مختلفة منها : المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي ، مما يؤدي إلى حدوث تأخر عام في عملية الارتقاء وبأسرها ، فالتوحد هو اضطراب ارتقائي يتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل، كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات السلوكية النمطية المحددة مع وجود اضطراب في اللغة والكلام ، وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر ( **إيهاب محمد،٢٠٠٨، ٥٤)** .

ويعد التوحد من أكثر الإعاقات النمائية غموضا لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد من ناحية، وكذلك الغرابة الشديدة لأنماط سلوكه غير التكيفي من ناحية أخرى ، فهو حالة تتميز بمجموعة أعراض يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وانسحابه الشديد، إضافة إلى عجز مهاراته الاجتماعية ، وقصور تواصله اللفظي وغير اللفظي الذي يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعي البناء مع المحيطين به، كما أنه يعاني من أنماط سلوكية شاذة غير مقبولة اجتماعيا كعدم النضج الاجتماعي والعدوان. وهذا ما أكد عليه " يوشيل وآخرون " حيث أن التوحد مرض معقد في مظاهر الاضطراب حيث يحتوي على عدة اضطرابات تتضمن اللغة، ومهارات الاتصال، والتفاعل الاجتماعي ( **يوشيل وآخرون، ٢٠٠٤، ١٦٤)** .

وعلى هذا فالطفل التوحدي يعاني معاناة شديدة من هذه الإعاقة والذي ينعكس على طبيعته كطفل مقارنتا بغيره من الأطفال العاديين ويؤثر على شخصيته ككل، ويقلل من فرص إشباع احتياجاته الأساسية كي ينمو بشكل طبيعي ويستطيع أن يتعايش مع من حوله، مما قد يؤدي إلى هروبهم من الوسط الاجتماعي بشكل ملفت للانتباه. وهذا ما تشير إليه "سوسن شاكر" أن الأطفال التوحديين لديهم قصور في السلوك الاجتماعي والذي يتمثل في ثلاثة مجالات هي ( التجنب الاجتماعي : يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم ، اللامبالاة الاجتماعية : وصف أطفال التوحد بأنهم غير مبالين ، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين ، الإرباك الاجتماعي : يعاني أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء ، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي ( **سوسن شاكر، ٢٠٠٥، ٥٥)** .

وهذا ما أشارت نتائج دراسة ( **سارة أحمد ٢٠١٩** ) حيث تبين وجود ضعف في الجانب الإدراكي للطفل التوحدي وتبين أن ٣١,٧% من الأطفال دائما يميز الأدوات الكبيرة من الصغيرة ويميز الولد أو البنت عند الطلب منه ، ٣٦,٧% دائما ما يلتقط عدد محدد من الأدوات عند الطلب منه ويشير إلى نوع من أنواع الحيوانات عند الطلب منه ، ٢٠% دائما ما يجمع أشكال مختلفة متشابهة الألوان مع بعضها ، ٤٠% من الأطفال دائما يشير إلى ٣ أشكال هندسية ، بينما ٢٠% أحيانا يعد من ١-٣ بالتقليد و٥٨,٣% نادرا ما يعد من ١-٣ بالتقليد ، ٥٠% نادرا ما يميز الأدوات الكبيرة من الصغيرة ، ٤٠% يميز الولد أو البنت عند الطلب منه ، ٥١,٧% نادرا ما يضيف رجل أو يد لهيكل شخص غير كامل أو يشير إلى الجزء الناقص فى الصورة ، ٣٣,٣% نادرا ما يلتقط عدد محدد من الأدوات عند الطلب منه، ونادرا ما يشير إلى نوع من أنواع الحيوانات عند الطلب منه ،٦٠% ما يجمع أشكال مختلفة متشابهة الألوان مع بعضها .

وأشارت أيضا دراسة ( **أمون بنت محمد ٢٠٠٦** ) إلى أن ٥٥% من الأطفال يحب الجلوس بمفرده دائما بينما ١٣,٣% نادرا ما يحب الجلوس بمفرده ولا يستطيع التركيز ، ٥٦,٧% يجلس الطفل لساعات طويلة ينظر لشيء معين في محيط الغرفة أحيانا ، ٣١,٧% لا يستجيب لاسمه عند مناداته دائما ويحب الأشياء غير المألوفة لساعات طويلة ، ٥١,٧% لا يستطيع التركيز دائما بينما ٣٥% أحيانا لا يستجيب لاسمه عند مناداته ، أحيانا لا يستطيع التركيز ، ٥٣,٣% أحيانا تكون استجابة الطفل بها بلادة عند إعطاء أمر ما ، ٣٨.٣ % أحيانا يتأثر كثيرا بالألوان الساطعة ويحب الأشياء غير المألوفة لساعات طويلة ، ٤١,٧% نادرا ما يميل للجلوس في الأماكن المظلمة ويخاف من الأصوات العالية ، ٣٠% يتأثر كثيرا بالأجسام المتحركة ويحب الأشياء غير المألوفة لساعات طويلة .

وهذا ما أكدته دراسة ( **هناء مصطفى ٢٠١٩** ) حيث تبين أن ٧٥% من الأطفال التوحديين دائما يبكى بدون سبب ، ٧٠% دائما لا يقدر على ضبط انفعالاته ، بينما ٦٠% دائما لا يحب أن يجلس بمفرده ، ٦٥% يضحك بدون سبب ، ٥٦,٧% دائما يعانى من فقدان السيطرة على تصرفاته ، ٤٠% أحيانا ما يتصف بالانزعاج ويصدر سلوكيات بدون وعى وفجائية قبل الصراخ ،٤٣,٣% أحيانا لا يحب التعامل مع الناس ، ١٥% أحيانا يعانى من فقدان السيطرة على تصرفاته ويبكى بدون سبب ، ٢٠% أحيانا ما يعانى من الخوف ويضحك بدون سبب ، ٥٥% نادرا ما يكون ذو طبيعة عدوانية ، ٤٦,٧% نادرا ما يتصف بالهدوء ، ٢٠% نادرا ما يحب التعامل مع الناس ، ١٥% نادرا ما يضحك بدون سبب ، ١٠% يبكى بدون سبب ويصدر سلوكيات بدون وعى وفجائية قبل الصراخ .

واتضح من خلال دراسة (**أمل على ٢٠١١** ) وجود مشكلات تعليمية خاصة بالطفل التوحدي حيث تبين أن ٤٠% من أطفال العينة لديهم مشاكل متوسطة بينما ٢٦,٧% كانت المشاكل مرتفعة و٣٣,٣% فكان لديهم مشاكل تعليمية منخفضة. أوضحت النتائج أن ٦٠% من أفراد العينة إصابة ابنها بالتوحد تؤثر بالسلب على تعليمه بينما ٢٣,٣% لا تؤثر إصابته على تعليمه أما ٥٠% فيؤثر مرض ابنها على مهاراته اللغوية والتعليمية حيث ٢١,٧ % لا يؤثر أما ٤٦,٧% من أفراد العينة فكانت الأدوية التي يتناولها طفلها تؤثر على درجة استيعابه للعملية التعليمية وكان طفلها منتظم في الذهاب إلى مكان لتنمية قدراته العقلية والتعليمية بينما ٣٥% لا تؤثر الأدوية التي يتناولها ابنها على درجة استيعابه للعملية التعليمية و٢٥% كان ابنها غير منتظم في الذهاب لمكان لتنمية قدراته العقلية والتعليمية وأكدت ٢٣,٣ % من أفراد العينة أن ابنها لا يبحث عنها أثناء تواجده في المركز بينما ٤٠ % يبحث عنها ابنها أثناء تواجده بالمركز .

لذا تواجه أمهات الأطفال التوحديين العديد من المشكلات التوعوية ، حيث يتوقف مدى تعامل الأمهات مع مشكلات الطفل التوحدي على مدى إدراك الأمهات لإعاقة الطفل التوحدي ودرجة الترابط الأسري واتجاه الأمهات نحو الطفل المعاق والرغبة في مساعدته ، الأمر الذي قد يفقدها العديد من أدوارها الأساسية تجاه أبناءها وهذا ما يؤكد عليه William ogburn بأن الاسرة الحديثة أصبحت تتكبد نتائج فقدان الكثير من وظائفها التي كانت تقوم بها على غرار وظيفتها الاقتصادية ومنح المكانة وتوفير الحماية والترفيه والوظيفة التعليمية والدينية ( **سناء حسنين، ٢٠١١، ٦٦-٦٧** ) . وهذا القصور يتسرب بشكل أساسي إلى الأطفال التوحديين ويؤثر عليهم بشكل سلبي ، ويقلل من فرص إدماجهم في الأسرة والمجتمع ، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه دراسة ( **سلامة منصور،٢٠٠٠** ) أن طبيعة العلاقات الأسرية والضغوط التي يواجها النسق الأسري لها تأثير سلبي على بعض الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال ذاتهم ، كما أنها تقلل

فرص نضجهم وإكسابهم المهارات المختلفة كما أن أمهات الأطفال التوحديين وأسرهم يتعرضون لضغوط كثيرة بدرجات متفاوتة في الشدة مما يؤثر على أدائهم تجاه أطفالهن وتجاه باقي أفراد الأسرة ، وهذا ما حاولت دراسة **(Jennife ،al,et,2002 )** الوصول إليه، والتي فحصت الضغوط الأسرية لدى أسر الأطفال التوحديين ومقارنتها بأسر الأطفال العاديين ، والكشف عن أبرز مصادر هذه الضغوط ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أسر الأطفال التوحديين تعاني من ضغوط نفسية أشد من أسر الأطفال العاديين وأبرز مصادرها تلبية احتياجات الطفل المعاق ورعايته إضافة إلى الضغوط المالية ، كما تبين عدم وجود علاقة بين مستوى الضغوط الأسرية لدى أسر الأطفال التوحديين والمتغيرات الآتية ( جنس الوالدين ، مهنة الوالدين ، عمر الوالدين ، عمر الطفل المعاق ) .

وحول ابرز المشكلات والضغوط الاجتماعية والنفسية أيضا التي تعانى منها أمهات الأطفال التوحديين تناول **( Sezgin & Duygun، 2003 )** التوتر وأساليب التعامل والمساندة الاجتماعية وأثرها على مستوى الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال التوحديين والعاديين واستخدم في الدراسة استبيان الإنهاك النفسي، وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق إحصائية بين مستوى الضغوط الأسرية ومستوى أسلوب التعامل ، وقد حصلت أمهات الأطفال التوحديين على درجات أعلى من أمهات الأطفال العاديين في الضغوط الأسرية وتؤكد دراسة **(عصام زيدان، ٢٠٠٤)** من أن أباء وأمهات الأطفال التوحديين يعانون من الإنهاك النفسي بدرجة مرتفعة ، وأن الأمهات أعلى شعورا من الآباء لذلك كانت الأمهات أكثر احتياجا للدعم الاجتماعي والنفسي وسعى كل من **( Margali t& Kleitman، 2006 )** إلى بحث العوامل التي تنبئ بالضغوط الداخلية لدى أمهات الأطفال ذوي الصعوبات العقلية والنمائية ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الأمهات اللاتي تلقوا خدمات إرشادية نفسية قد عبروا عن مستويات متدنية من الضغوط بالمقارنة بأمهات الأطفال الذين لم يتلقوا تلك الخدمات .

ومن جانب أخر حاولت دراسة **( Hulya، 2010 )** استكشاف وتصنيف تجارب أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بناء على نتائج هذه الدراسة النوعية أعرب الأمهات عن مشاعر الضغط والتوتر بسبب أطفالهم التوحديين. ويتبين من ذلك أن أمهات وأسر الأطفال التوحديين سواء على الصعيد العربي أو الأجنبي تتعرض لضغوط كثيرة ومتنوعة سواء كانت نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية أو بيئية تؤثر وبشكل سلبي عليها، وتصيبها بالتوتر والإنهاك النفسي. الأمر الذي يدفع إلى وجود برامج تعمل على مساعدة الأمهات وأسر الأطفال التوحديين لفهم طبيعة أطفالهم واحتياجاتهم والعمل على حل مشكلاتهم.

وترى الباحثة أن الخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية تتعامل مع الأفراد والجماعات والمجتمعات وتتضمن مهارات عديدة وأساليب فنية تسعي إلى تقديم الخدمات بطريقة مباشرة وغير مباشرة، وتعتبر خدمة الفرد إحدى الطرق التي يقوم الأخصائي الاجتماعي بتطبيقها لتحقيق التميز بمستوياته المتعددة معتمدا في ذلك على نماذج تطبيقية تساعد في تحقيق الأهداف المتنوعة والمتدرجة.

وأن قلة الوعى بحاجات الأطفال التوحديين جاءت بسبب عدة متغيرات متفاعلة ومتشابكة أثرت على الأسرة ودورها، ومن هذه المتغيرات التطور العلمي والتكنولوجي وما رافقه من تحديات داخلية وخارجية ، أدت إلى تغيرات أسرية واجتماعية واقتصادية ونفسية مما زاد الحاجة إلى تنمية الوعى بشكل عام ومعرفة حاجات الأطفال التوحديين بشكل خاص بهدف مساعدة الأمهات في فهم أطفالهم وتفهم ظروفهم والتعرف على السلبيات و الايجابيات من أجل تلبية حاجاتهم .

وقد قام **( Shin، 2001 )** بدراسة حول تقديم المساندة الاجتماعية المهنية وغير الرسمية لأسر الأطفال التوحديين وأثر ذلك على التوتر الذي تشعر به الأم في كوريا والولايات المتحدة الأمريكية ، وقد كشفت المقابلات عن أن الأمهات الأمريكيات يحصلن على مساندة غير رسمية ومهنية ودعم من جميع مجالات المساندة الاجتماعية ، أما الأمهات الكوريات فقد شعرت بضغوط أكثر .كما أظهرت دراسة **(Eikeseth ،Svein,2002)** أهمية توافر البرامج المنزلية التي يعمل بها الآباء كمساعدين للمعالج ، وأكدت أيضا على أهمية برامج التدخل مع الأطفال التوحديين ، وتوصلت على وجود إلى وجود فروق بين المجموعتين في السلوك الاجتماعي الصالح المجموعة الأولى وقد أشارت دراسة **( ممدوح محمد، ٢٠٠٧)** ، إلى ضرورة الاهتمام ببرامج التدعيم والمساندة الأسرية خاصة مع الأمهات المسئولة عن رعاية هؤلاء الأطفال من خلال تبادل التقدير والتعاطف وتقديم المساعدة كأحد صور المساندة لأمهات الأطفال

التوحديين. وتناول(**Douma et al, 2006**) مساندة والدي الشباب والأطفال ذوي الصعوبات العقلية الذين يخبرون مستويات عالية من الضغوط، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الوالدين اللذان تلقوا مساندة اجتماعية وإرشاد نفسي قد ساهم ذلك في تخفيف الضغوط لديهم الناتجة عن تأثير أبنائهم التوحديين .

وأكدت دراسة ( **Ingersoll & Schreibman,2006** ) علي أهمية الإرشاد الأسري والتدخل المبكر في علاج الأطفال التوحديين ، وتنمية مهاراتهم الاجتماعية ، واللعب الرمزي ، والتفاعل مع الآخرين ، والتحدث واللغة ، ومهارات العناية الذات ، وأشارت نتائج الدراسة إلى زيادة وعى أمهات الأطفال التوحديين وتنمية مهاراتهم وزيادة معرفتهم بحاجات أطفالهم الأساسية والنفسية والاجتماعية .

كما هدفت دراسة (**Crockett, et al ,200**) إلى فحص تأثير تدريب أمهات الأطفال التوحديين على قواعد وفنيات التحليل التطبيقي للسلوك ومنها التدريب من خلال المحاولات المنفصلة، ولعب الدور، والتغذية المرتدة ، وتقويم البرنامج ، وقياس المهارات الصحيحة وغير الصحيحة ، وذلك لتنمية مهارات الأطفال التوحديين الحياتية . وأكدت الدراسة على أهمية البرنامج في علاج الأطفال التوحديين، وتنمية المهارات الحياتية، وعلى أهمية تدريب الأمهات على فنيات البرنامج، وأهمية إشراكهم في البرنامج كي يتعلموا كيف يساعدون أطفالهم التوحديين.

وهدفت دراسة ( **Cavkaytar & Ollard, 2009** ) إلى اقتراح برنامج قائم على التعاون بين الوالدين والمعالج لتنمية مهارات الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية لدى عينة والدى الأطفال التوحديين وأسرهم وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج القائم على التعاون بين المعالج والوالدين في تنمية مهارات الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية للأطفال التوحديين .

في حين هدفت دراسة ( **Massey, 2008** ) إلي تنمية مهارات اللعب ومهارات التواصل ومهارات العناية بالذات ، والمهارات الاجتماعية لدي مجموعة من الأطفال التوحديين ، وأكدت الدراسة علي أهمية تدريب الوالدين لزيادة وعيهم ومعرفتهم بحاجات أطفالهم التوحديين ، وأظهرت نتائج الدراسة تحسن مهارات الأطفال التوحديين بمشاركة الأمهات .

وأكدت دراسة ( **Elder & Alessandro,2009** ) علي أهمية الإرشاد الأسري في علاج الأطفال المصابين بالتوحد وتنمية مهارات العناية بالذات ومهارات اللعب ، وذلك علي عينة من مجموعة من الأطفال التوحديين صغار السن ، وأكدت دراسة(**Minnes & Steiner, 2009**) علي أهمية دور الأسرة في تنمية مهارات اللعب ، وتحسين جودة الحياة للأطفال التوحديين ، وتم تدريب الأمهات على معرفة حاجات أطفالهم الاجتماعية والنفسية ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين إلي أنهم أصبحوا أكثر نشاطاً، وأكثر تمتعاً باللعب، واندماجاً مع الآخرين، وأكثر اعتمادا على أنفسهم .

كما أكدت دراسة (**Noland , et al ,2009**) علي أهمية مشاركة أمهاتهم مع أطفالهم المصابين بالتوحد في أنشطة اللعب لتنمية مهارات اللعب ، ومهارات التفاعل الاجتماعي ، ومهارات العناية بالذات، وتكونت عينة الدراسة من (٣١) طفلاً توحدياً بالإضافة إلي إخوتهم العاديين . وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسة ( **Young , et al,2009** ) والتي أكدت علي أهمية الإرشاد الأسري وخاصة للأم في تنمية مهارات العناية بالذات لدي الأطفال المصابين بالتوحد .

بينما أشارت دراسة (**Mulligan et al , 201**) لحاجة الوالدين إلى مصادر معلوماتية بسيطة وواضحة ، ومفيدة لفهم اضطراب التوحد من المتخصصين في العمل مع هذه الحالات ولاسيما مع اكتشاف الحالة حديثا ، واستهدفت دراسة ( **أحمد محمد، ٢٠١٣**) اختبار مدى فعالية نموذج الحياة في خدمة الفرد لتخفيف الضغوط الأسرية لأمهات الأطفال التوحديين ، مساعدة أمهات الطفل التوحدي على القيام بدورها تجاه ذاتها وتجاه أسرتها ومجتمعها ، ومساعدتها على الفهم الواعي لظروفها ومتغيرات حياة طفلها التوحدي ومن ثم كيفية التغلب على المشكلات الناجمة عن ذلك ، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية .

وهدفت دراسة (**رضا سمير، ٢٠١٦**) اختبار فعالية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية للأم في خفض أو تخفيف اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى أطفالها، وأسفرت النتائج عن وجود مؤشرات

جيدة على نجاح وفاعلية البرنامج المستخدم في البحث الحالي في تنمية المهارات الاجتماعية للأم وأثرها الايجابي في تخفيف اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وأشارت نتائج دراسة (**عبد اللطيف خلف، أحمد عبد الحميد ٢٠١٨**) أن درجة امتلاك أمهات أطفال التوحد كان ضعيفاً في المعرفة بحاجات أطفالهم ذوى طيف التوحد على المستوى الكلى للمقياس بالنسبة للمجموعتين، وجاءت حاجات أمهات أطفال ذوى اضطراب طيف التوحد بدرجة كبيرة لبعد المعلومات المعرفية، ويليها البعد التربوي، أما بعد الحاجات الأساسية جاء بدرجة منخفضة .

وتحتاج أمهات الأطفال التوحديين إلى مساعدة مهنية تساعدهم على تنمية الوعي من خلال مدخل علاجي مناسب ولكن نظراً لنقص معرفتهم بحاجات أطفالهم التوحديين واختلاف العوامل المؤثرة، وترى الباحثة أن نظرية واحدة أو نموذج واحد لا يمكنها تنمية وعى الأمهات بحاجات الطفل التوحدي لذلك فإن أهداف التدخل العلاجي ستتطلب استخدام أكثر من مدخل علاجي ( المدخل الإنتقائى ) للعمل على زيادة فهم الأمهات بحاجات أطفالهم التوحديين .

ويعد الاتجاه الانتقائي في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية من الاتجاهات الحديثة التي قد تجمع بين استخدام تكنيكات بعض المداخل أو معظم المداخل بالشكل الملائم، وبطبيعة الحال فإن هذا الاتجاه يحاول أن يأخذ من كل مدخل الجوانب الأكثر مساعدة إيجابية ويضعها في صورة تركيبية يمكنها أن تحقق النتائج بشكل أفضل عما يحققه كل مدخل بشكل مستقل .

ويعتبر البعض الاتجاه الانتقائي هو العلاج الأمثل حيث أثبتت فائدته بغض النظر عن انتمائه لنظريات بعينها **(Garfield – sol- Louis,1997, 290)**. فعلى سبيل المثال لا الحصر أوضح المدخل الإنتقائى فاعليته فى علاج مشكلات متعددة مثل دراسة : (**علياء عفان إسماعيل ، ٢٠١٢** ) لتنمية تقدير ذات الأطفال الأيتام فى المؤسسات الإيوائية ) ، (**إيناس محمود لطفى، ٢٠١٣** ) لتحسين مهارات التواصل بين الزوجين ) ، ( **ممدوح محمود محمد، ٢١٠٤**) للتدخل المبكر لتحسين النمو اللغوي والنطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ) ، ( **هبة عطية التباع، ٢١٠٤** ) لتحسين فاعلية الذات وطرق الاستذكار لدى المكفوفين المتأخرين دراسياً ) ، ( **يحيى صلاح سليمان،٢٠١٤** ) لتحسين جودة الحياة لدى عينة من ذوى الإعاقة السمعية ) ، ( **إيمان عيد جابر حسين، ٢٠١٥** ) للتخفيف من الضغوط الاجتماعية للأسر حديثة التكوين ) ، ( **عمرو محمد عبد المجيد، ٢٠١٦** ) للتخفيف من حدة الضغوط الحياتية التي تواجه أسر ضحايا الهجرة غير الرسمية )، ( **شريهان عاطف ، ٢٠١٧**)، للتقليل من حدة القلق الاجتماعى لدى مجهولات النسب )، ( **رضا جاد كرامة ، ٢٠١٨** ) لتحقيق الكفاءة الاجتماعية لحالات متلازمة دوان )، ( **محمد مصطفى حلمى ، ٢٠١٩** ) للتقليل من الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى أبناء قاتلات أزواجهن ) .

وقد وجهت الدراسات التى أوضحت فاعلية المدخل الإنتقائى وكذلك البحوث العربية والأجنبية التى أشارت إلى أهمية ممارسة المدخل الإنتقائى فى تنمية الوعى لدى فئات مختلفة ، وكذلك العمل على تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين المرتبطة بأساليب تعامل أمهاتهم معهم ، فلذلك سوف تستخدم الباحثة هذا المدخل الإنتقائى ممثلاً فى أحد تصنيفاته وهو التكامل الإستيعابى Assimilative Integration لتوعية أمهات الطفل التوحدى وما تتضمنه من تحسين علاقة الأمهات بأبنائهم التوحديين .

وسوف يعتمد الباحثة على استراتيجيات وتكنيكيات كل من العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى نموذج العلاج الأسرى والعلاج المتمركز حول العميل لان كل من هذه النماذج تتعامل مع الأفكار والمشاعر والسلوك ويهدف لتكوين مفهوم إيجابي للذات وزيادة التفاعل الأسرى بالإضافة إلى الثراء في التكنيكيات التي يمكن استخدامها لتوعية الأمهات بحاجات الطفل التوحدي .

وبوجه عام يتبين أن أسر الأطفال التوحديين يعانون من نقص في معرفة حاجات أطفالهم التوحديين ، نتيجة إصابة أبنائهم بإعاقة التوحد مما يؤدي إلى خلق كثير من المشاكل سواء للطفل نفسه أو للأسرة ككل وذلك بسبب نقص وعي الأمهات والأسر بتلك الإعاقة وخصائصها واحتياجاتها وطرق التعامل مع الأطفال التوحديين ، الأمر الذي يستلزم من الأسر بذل جهد كبير لمجابهة إعاقة التوحد والمشكلات المترتبة عليها سواء كانت نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية ، وذلك من أجل النهوض بهؤلاء الأطفال ومحاولة ادماجهم في المجتمع كأطفال عاديين وكمحاولة لتحقيق أبسط حقوقهم بأنهم أطفال لهم حقوق وعليهم واجبات داخل المجتمع. كما يتضح أيضاً أن الأم هي العنصر الفاعل في رعاية الطفل التوحدي

داخل الأسرة، ومن ثم فإن وعيها بحاجات طفلها التوحدي يسهم بشكل أساسي في إشباعها ، كما يسهم أيضا بشكل كبير في تكيفها مع الوضع الراهن وإكسابها بعض المهارات اللازمة وبالتالي تقل حدة المشكلات والاضطرابات التي قد تحدث من عدم وعيها الكافي بتلك الحاجات .

وتأسيسا على ما تقدم عرضه فقد تحددت مشكلة الدراسة في قضية بحثية مؤداها **" ما مدى فعالية برنامج انتقائي من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في تنمية وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي؟ "**

## ثانياً: أهمية الدراسة:

١- الاهتمام العالمي المتزايد بالأطفال التوحديين وأسباب إعاقتهم وخصائصهم ومشكلاتهم.
٢- تتصدى الدراسة لفئة عامة من ذوي الاحتياجات الخاصة في حاجة إلى مد يد العون والمساعدة لهم، حيث أن هذه الفئة لم تنل حظها من الدراسات مقارنة بالفئات الاخرى.
٣- تساهم الدراسة في إلقاء الضوء على أهمية توعية الأمهات باحتياجات أطفالهن التوحديين.
٤- قد تسهم نتائج الدراسة في فتح آفاق جديدة في مجال العلاقة بين الأمهات والأطفال التوحديين، وفهم طبيعتهم واحتياجاتهم ومحاولة إشباعها.

## ثالثاً: أهداف الدراسة:

١- التعرف على مدى فعالية برنامج إنتقائى في تنمية وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي ، ويتحقق هذا الهدف من خلال تحقيق الأهداف الفرعية التالية :

( أ ) التعرف على مدى فعالية برنامج إنتقائى في تنمية وعي الأمهات بالحاجات الأساسية للطفل التوحدي .

(ب) التعرف على مدى فعالية برنامج إنتقائى في تنمية وعي الأمهات بالحاجات الاجتماعية للطفل التوحدي.

(ج) التعرف على مدى فعالية برنامج إنتقائى في تنمية وعي الأمهات بالحاجات النفسية للطفل التوحدي.

## رابعاً: فروض الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية لاختبار فرض رئيسي مؤداه : "تؤدى ممارسة برنامج التدخل المهني المنطلق من معطيات المدخل الانتقائي في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية إلى تنمية وعى الأمهات بحاجات الطفل التوحدى" .

**وتنبثق عن هذا الفرض الفروض الفرعية التالية:**

١- لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي لحالات كل من المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي ( اختبار تجانس العينة ) .
٢- توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي .
٣- توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي لصالح القياس البعدي .
٤- لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة الضابطة على أبعـــــــاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي .

## خامساً: مفاهيم الدراسة ومنطلقاتها النظرية:

يمكن تناول واستعراض المفاهيم الأساسية والمنطلقات النظرية للدراسة من خلال ثلاثة محاور وهي :

### المحور الأول: المدخل الانتقائي من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية.

**١- مفهوم انتقائى :**

تعرف فى اللغة العربية : بأنها اسم مؤنَّث منسوب إلى انتقاء (أعمال انتقائيّة)، مصدر صناعيّ من انتقاء : نزعة تعتمد على اختيار عناصر مختلفة من مذاهب عدَّة وسبكها في مذهب واحد . (جبران خليل: ٢٠٠٨ ، ١٨٧)

وتعرف كلمة الإنتقائية فى اللغة الإنجليزية ( Eclicticism ).(Catherine sones,2005,454))

وعرف " فريدريك ثورن " الإنتقائية فى علم النفس بأنها منهج استقرائي أكثر منه استدلالي ، فبدلاً من البدء بأفكار قبلية أو تصورات نظرية ( مسبقة ) ، والتأكد من مدى صلاحية الحقائق للنموذج الفكري المقترح فإن الأخصائي يقوم بإجراءات استقرائية فهو يجمع الحقائق ويحللها ، ثم يحاول إقامة بناء نظري يفسر هذه الحقائق ( حامد عبد السلام : ٢٠٠٤ ، ٢٥٩) .

وتعرف الإنتقائية فى علم الإجتماع بالنظرية الحرة وهى التى لا تتقيد بأى عدد من النظريات بإعتبارها جميعاً متاحة للإستخدام وتمنح الممارس فرصة انتقاء الأساليب العلاجية من مختلف النظريات الآخرى طبقاً لإحتياج الحالة ونوعية المشكلة وشخصية العميل ومقتضيات الموقف ( أنسام محمد ، بسام بركة : ٢٠١١،١٢٢) .

ويعرف فى الخدمة الإجتماعية بأنه تجميع وجهات نظر محددة من نظريات متعددة أو من طرق ممارسة متنوعة بما ينتج أفضل أو انسب نموذج فريد لكل تدخل مهنى ( عبد العزيز بن عبد الله: ٢٠١٠ ، ١٨٧) .

وتعرف الإنتقائية فى خدمة الفرد بأنها اختيار الأخصائي الاجتماعي لنماذج ونظريات أو أساليب التدخل المهنى بناء على طبيعة مشكلة كل عميل ونمط شخصيته، وتظهر الإنتقائية بوضوح في برامج الإرشاد والعلاج النفسي وتمثل ضرورة بالنسبة للأخصائي الاجتماعي الممارس سواء أكان أخصائياً اجتماعياً إكلينيكيا أو مرشداً اجتماعياً (**هشام سيد: ٢٠١٦، ٣٢**) .

**وتعرف الانتقائية نظرياً في إطار الدراسة الحالية بأنها** اختيار أساليب وفنيات علاجية من كل من نظرية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الأسرى ونموذج العلاج المتمركز على العميل لتوعية الأمهات بحاجات الأطفال التوحديين.

**ويقصد ببرنامج التدخل المهني الإنتقائى إجرائياً بأنها :**

( أ ) برنامج تدخل مهني قائم على أساس الانتقائية الاستيعابية والتى تشتمل على وجود نظرية أساسية وأخرى مساعدة .

(ب) اعتمدت الباحثة على النظرية المعرفية كأساس للتدخل المهني عن طريق استخدام العلاج المعرفى السلوكى ، والعلاج المتمركز حول العميل والعلاج الأسرى كنماذج فرعية مساعدة .

**ويقاس البرنامج إجرائياً** في ضوء تحليل محتوى جلسات التدخل المهني مع حالات الدراسة ، ونتائج معدلات التغاير بين اختلاف درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعتين الضابطة والتجريبية .

**٢- مفاهيم المدخل الإنتقائى** :

ويحدد بعض الباحثين المفاهيم التالية: ( **عبد المجيد نيازى، صالح أبو عبادة: ٢٠١١، ٩٣**)

**( أ ) مفهوم التحديد :** وفيه يتم تحديد أفضل ما هو موجود في كل نظرية ودمجها فى كل متناسق لتحقيق أهداف العلاج .

**(ب) مفهوم الاختيار والتجريب :** ويشير إلى الاختيار الواعي من الأخصائي الاجتماعي المتخصص لما يناسب المشكلة والعميل ويقوم بدراستها وتجريبها ومناقشتها .

**( ج) مفهوم مراعاة مشاعر وأحاسيس العميل :** لتحقيق أعلى مستوى ممكن من التكامل عبر تطوره ونموه .

**٣- أنواع المدخل الإنتقائى فى الخدمة الاجتماعية الاكلينيكية :**

ويحدد بعض الباحثين أنواع المدخل الإنتقائى كالآتي ( **هشام سيد : ٢٠١٦ ، ٣٤**) :

**( أ ) إنتقائية الأساليب Technical Eclictisism :** والتي يطلق عليها بالانتقائية المنظمة Systematical Eclictisism والتى تشير إلى الاختيار العلمي لنوع التدخل المهني المستخدم مع العميل على أساس الإطار النظري، لذلك يستخدم الأخصائيون الاجتماعيون الذين يعتمدون على هذا

الاتجاه الأساليب الفنية المتنوعة التى تتناسب مع نوعيات مشكلات عملائهم وسماتهم الشخصية بصرف النظر عن الأطر النظرية التى تتضمنها هذه الأساليب الفنية .

**(ب) التكامل النظرى Theoritical Integration :** وهى تتضمن التكامل بين نظريتين أو أكثر من نظريات التدخل المهنى واختيار الأساليب المناسبة للعمل مع مشكلات العملاء من هذه النظريات ، والهدف من ذلك هو الوصول إلى برنامج تدخل مهني شامل للتعامل مع مشكلات العملاء المعقدة يستفيد من جوانب القوى ومميزات كل نظرية من النظريات يتضمنها هذا البرنامج ، ويقوم هذا النوع من العلاج التكاملي على افتراض أساسي مؤداه أن الصراعات اللاشعورية والقلق والتفاعلات بين الأشخاص يتولد عنها دوائر خبيثة من الأفعال وأنماط السلوك غير السوية .

**(ج) التكامل الإستيعابى Assimilative Integration :** ظهرت فكرة التكامل الاستيعابي على يد ميزر Misser (1992) والذى أكد على ضرورة الاحتفاظ بأرضية ثابتة تتضمن نظرية واحدة أو نموذج واحد ، بينما يتم دمج بعض الأفكار أو الأساليب الفنية من نظريات أو نماذج أخرى . وقد شرح Lampropoulos (2001) كيفية اعتبار الاستيعاب التكاملي معبراً عن فئة انتقائية الأساليب والتكامل النظري ، حيث يرى أنه عند دمج عدد من أساليب التدخل المهني من اتجاهات نظرية متعددة في نظرية أو نموذج أساسي موجود مسبقاً ، فإن معنى ذلك أن الغرض من هذه الأساليب يتوافق مع الغرض من الأساليب التي تتضمنها النظرية الأصلية حيث يشكلان منتجاً نهائياً يطلق عليه النموذج الاستيعابي التكاملي الجديد .

## ٤- الإعتبارات التى يجب مراعاتها عند وضع النماذج الإنتقائية فى خدمة الفرد : ( جلال الدين عبد الخالق : ٢٠١٠ ، ٢٦٣ )

هناك مجموعة من الاعتبارات التي يجب على الممارس أن يسترشد بها عند ممارسة الانتقائية فى خدمة الفرد حيث يمكن صياغة أساس منطقي وقائم على مباديء معينة ، وذلك من أجل وضع مدخل إنتقائي متعدد في نظرية الممارس وفيما يلي عرض لبعض المباديء :

( أ ) لكى تواجه احتياجات الحالة أو المشكلة الاجتماعية بفاعلية ، فإن الأمر يتطلب استخدام مجموعة واسعة وقوية من النماذج المساعدة وأساليبها ، وليس هناك ثمة نموذج واحد يوضح هذه التركيبات والتعقيدات المجتمعة ، ومن ثم فلن يكون هناك نظرية شاملة ، وفى ذات الوقت لا يوجد نمط واحد من أساليب المساعدة يمكن أن يقابل هذه الاحتياجات .

(ب) يعتمد كل نموذج على جوانب ووظائف أساسية فى عملية المساعدة من حيث الوظائف التوافقية ، والتأهيلية ، وحل المشكلة ، والوظائف في أوقات معينة في مسيرة برنامج المساعدة .

(ج) إن تحسين الأداء الاجتماعي لنسق العميل هو مبدأ عام وهدف محوري يميز طرق الخدمة الاجتماعية وأساليبها في مساعدة الأفراد ويقدم كل مدخل فى طريقة خدمة الفرد مفاهيم معينة ، ومبادىء محددة ، وأساليب واضحة تتناغم مع الهدف المشترك المتمثل فى تحسين الأداء الاجتماعي للعميل .

( د) تعتمد العملية العلاجية على مبدأ رئيسي هو مبدأ الفردية بمعنى أن لكل شخص فرديته، ويترتب على هذا المبدأ تنوع الطرق أو الأساليب العلاجية المستخدمة ، وعدم التركيز على صيغة واحدة ، وقد ينظر المعالج أو المرشد إلى خصائص وتوقعات وحاجات أحد العملاء ، فيختار أن يكون سلبياً ومترواياً على حين يكون مع عميل آخر نشطاً مباشراً ومستخدماً لأسلوب المواجهة بشكل زائد .

وتأسيساً على ما سبق فإن الصياغة الانتقائية يمكن أن تصل إلى نوع من التكاملية ، من خلال توليفة تتطلبها القدرة التوافقية المستمرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، وخدمة الفرد بصفة خاصة .

## ٥- مبررات استخدام المدخل الانتقائي في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية :

( أ ) يعد المدخل الانتقائي كمنطلق نظري من أفضل المداخل العلمية الهامة حيث يعتمد على النظرية الانتقائية التي هي عبارة عن نتاج محاولات الدمج النظري في الخدمة الاجتماعية الذي يتم فيه مزج أجزاء متفرقة من نظريات مختلفة لتفسير سلوك العملاء وتقديم العلاج الإكلينيكي لهم .

(ب) كما تميل النزعة المعاصرة في الخدمة الاجتماعية إلى الاتجاه نحو المداخل الانتقائية التى تجمع بين بعض أو معظم المداخل بشكل ملائم ، وبطبيعة الحال فإن هذه المداخل تحاول أن تأخذ من كل مدخل

الجوانب الأكثر إيجابية وتضعها فى توليفة أو تركيبة يمكنها أن تحقق النتائج بشكل أفضل عما يحققه كل مدخل على حده .

(ج) التعامل مع العميل على أنه كل متكامل لجوانبه البيولوجية والنفسية والاجتماعية والعقلية .

( د) لا توجد نظرية واحدة تتناول كل جوانب العميل لذا يتيح المدخل الإنتقائي للأخصائي الاجتماعي الاستفادة من إيجابيات كل اتجاه أو نظرية أو مدخل لتنمية وعى أمهات أطفال التوحد.

وقد أشارت نتائج بعض الدراسات ومنها دراسة ( **Synder Marvin,2010** ) ، ودراسة ( **Greene Roberta 2008**) إلى أن الإتجاه الإنتقائى هو الطريقة المفضلة لأن يصبح الفرد معالجاً لمشاكله ، وذلك من خلال النظم الموحدة والتي تم تطبيقها فى العلوم الاجتماعية ، لذا فالمدخل الانتقائي يعمل على اختيار الأساليب العلاجية الملائمة للموقف الاشكالي على اعتبار أن المشكلات متشابكة ومتداخلة وتؤثر فى بعضها البعض ، وبالتالي ترى الباحثة أن المدخل الأحادي قد يكون أقل فعالية في التدخل العلاجي للتوعية بالنسبة لأمهات الأطفال التوحديين ، ويمكن التحقق من ذلك بعد التدخل المهنى مع الحالات .

## - المحور الثاني: إعاقة التوحد وتأثيرها على الأسرة:

### ١- مفهوم إعاقة التوحد :

ويطلق على هذه الإعاقة في قاموس الخدمة الاجتماعية مصطلح الانشغال بالذات وتعرف بأنها ( اضطرابات شديدة تظهر في مرحلة الطفولة، وتتسم بعدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية وتأخر شديد في الكلام والتحدث بكلام غير مفهوم وأفعال وتصرفات قصرية ( **أحمد السكري، ٢٠٠٠، ٥٠** ) .

وهو إعاقة تطورية تؤثر بشكل سلبي ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، تظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، وتؤثر سلبا على أداء الطفل التربوي، وتؤدي كذلك لانشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي أو التغيير في الروتين اليومي، وكذلك الاستجابات غير الاعتيادية للخبرات الحسية ( **إبراهيم الرزيقات، ٢٠٠٤، ٣٣**) .

كما عرف بأنه اضطراب نمائي يظهر عادة في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وهو نتيجة لاضطرابات عصبية توثر سلبا على الأداء الوظيفي للمخ، ويمثل ضعفا شديدا في إقامة أي نوع من العلاقات مع الآخرين في المجتمع، وحتى الوالدين أو المقربين له، وفشلا في تطور اللغة بشكل طبيعي، ويصل لحالة من الانسحاب والانعزال ( **زينب محمود،٢٠٠٥، ٤٤**) .

وتعرفه " موسوعة علم الأدوية النفسية بأنه اعتلال في التفاعلات الاجتماعية والاتصالات، جنبا إلى جنب مع الأنماط المقيدة المتكررة والنمطية من السلوك، والاهتمامات، والأنشطة. لابد من الإشارة إلى التأخر في التفاعل الاجتماعي أو اللغة أو اللعب التخيلي قبل سن٣ سنوات ( **lan, 2010, P،182** ) .

وعرفته أيضا " موسوعة المراهقة " بأنه نوع من اضطراب النمو المتفشي الذي يتميز بالعجز الشديد في التفاعل الاجتماعي والتواصل فضلا عن العجز الجسيم في المهارات الحركية الدقيقة ، ويميز بمجموعة محدودة من الأنشطة والاهتمامات والسلوكيات المتكررة والنمطية ، الأهم من ذلك أيضا أن التوحد هو اضطراب الطيف ، وهو ما يعني أنه يغطي مجموعة واسعة من الفروق والقدرات (**230** ، **Roger J،2012** ) ، وأنه نوع من الاضطرابات التطورية لها دلالتها ومؤشراتها في السنوات الأولى نتيجة خلل ما في كيميائية الدم أن إصابة الدماغ تؤثر على مختلف نواحي النمو ( **مصطفي نوري ،٢٠١٢، ٢٧٣**) .

### ٢- أسباب إعاقة التوحد :

تتنوع الأسباب والعوامل التي تسبب إعاقة التوحد، فقد أشار "عبد السلام عمارة" إلى أن العوامل المسببة لإعاقة التوحد تكون نتاج إحدى العوامل التالية :

( أ ) **العوامل النفسية الأسرية** : تصور "كانر" المكتشف الأول لهذه الإعاقة (١٩٤٣) في تقريره الأول عنها ، أن العوامل النفسية وطريقة تربية الطفل في الأسرة هي المسئولة عن حدوث الإعاقة ، ومن هذه العوامل أسلوب تنشئة أو تعامل الأسرة مع الطفل، وافتقـــاد الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية .

**(ب) العوامل الوراثية ( الجينية )** : أثبتت الدراسات أن الوراثة تلعب دورا باعتباره عاملا مسببا للإعاقة، حيث أن ما بين (٢-٤%) من أطفال أباء يعانون من التوحد ، قـــد أصيبوا كذلك بالتوحـــــــد ،

وفي بحث مقارن بين عينـــة من التوائم المتماثلة ( من بويضة واحدة وأخرى من التوائم المتشابهة ( من بويضتين مختلفتين ) وجد أن التوحد ينتشر بنسبة (٣٦%) في المجموعة الأولى، ولم يوجـــد على الإطلاق في المجموعة الثانية .

**(ج) العوامل العضوية ( العصبية الحيوية )** : أكدت الدراسات والتحاليل الطبية أن معاناة أطفال التوحد من حـــالات قصور أو خلـــل عضوي عصبي أو حيـــوي ، منها ما يحدث أثنـــاء فتـــرة الحمل ، وبالتالي تؤثـــر على الجنين ومنهـــا إصابـــة الأم الحامل بالحصبة الألمانية والحالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونوريـــا ، أو حالات التصلب الدرني، ويؤكد الأطباء المختصين تأثير التعقيدات التي تحدث خلال الأشهر الثلاث للحمل .

**( د) العوامل الكيميائية العصبية** : أشارت العديد من البحوث إلى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية وبصفة خاصة اضطراب تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس إلى المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم والجلد **( عبد السلام عمارة، ٢٠٠٩، ٣١٥-٣١٥)** .

**(هـ) التلوث البيئي** : ويقصد به العوامل الخارجية أي تلوث البيئة بسبب ( المعادن السامة كالزئبق والرصاص واستعمال المضادات الحيوية بشكل مكثف أو تعرض للالتهابات أو الفيروسات **(Clug juill) (Aranos & Kitten,2005, 43)** .

بينما تشير **( ألفت الشافعي، ٢٠١٨،١٣٦-١٣٧)** إلى العديد من الأسباب المتنوعة والتي تسبب إعاقة التوحد والتي تتمثل في :

- شخصية الأم الباردة التي لا تتفاعل مع طفلها وتتكلم معه وانفصام الشخصية عند الأم أو الأب .
- إمكانية حدوث التوحد بين التوأمين بنسبة تصل إلى (٣٤%) .
- الالتهاب الفيروسي الذي يصيب الأم الحامل مثل الحصبة الألمانية وتضخم الخلايا .
- الفيروسية والتهاب الدماغ الفيروسي .
- حالات وأمراض أثناء الولادة مثل نقص الأوكسجين أو التفاف الحبل السري حول رقبة.
- الجنين أو إصابة الأم بالنزيف أثناء الولادة.
- درجة الحرارة العالية لأكثر من (٤١.٥) درجة مئوية للطفل وتؤثر على الدماغ وتؤدي إلى تلف خلايا المخ والعيوب الخلقية .
- تناول أدوية أثناء الحمل بدون أمر الطبيب تلف خلايا المخ من أدوات الـــــولادة .
- اضطرابات الكيمياء الحيوية للطفل فإن ارتفاع البروتين في خلايا بعض الأطفال التوحديين بنسبة تصل إلى (١٠٠%) .

**٣- خصائص الطفل التوحدي :**

للطفل التوحدي بعض الخصائص التي لا تجتمع بالضرورة في فرد واحد عادة ، يكون الطفل المتوحد جذاب الشكل ، وقد يكون أقصر قامة من زملائه ، ومن الممكن تقسيم تلك الخصائص كتالي **( ماهر عبد الرازق، ٢٠١٤، ٤٢٤-٤٢٦)** :

**( أ ) الخصائص الاجتماعية** : عدم الاهتمام بالآخرين وعدم الاستجابة لهم وهو أول ما يلاحظه الأهل عن طفلهم التوحدي، ويعاني الطفل التوحدي قصورا في التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية ويتميز بالسلوكيات التالية ( عدم الارتباط بالآخرين، عدم النظر إلى الشخص الآخر وتجنب تلاقي الأعين، عدم إظهار إحساسه، عدم قبوله بان يحضنه أحد أو يحمله أو يدله أحد إلا عندما يرغب في ذلك ) .

**(ب) الخصائص اللغوية** : يعد القصور اللغوي من الخصائص المميزة للمتوحدين رغم أن تطورهم اللغوي يختلف من حالة إلى أخرى، فبعض المتوحدين يصدرون الأصوات فقط وبعضهم يستخدم الكلمات فقط وبعضهم يستخدم كلمات قليلة وبعضهم الآخر يردد الكلمات إنما عن خلل وظيفي في المراكز العصبية المتعلقة بتطوير اللغة والكلام .

**( ج) الخصائص الحسية والإدراكية** : يعاني الطفل التوحدي قصورا حسيا وإدراكيا، وهو لا يدرك أحيانا مرور شخص أمامه أو أي مثير خارجي، وقد لا يتأثر حتى إذا وجد وحده مع أشخاص غرباء أما بالنسبة للإدراك الحسي فهو غالبا ما يشعر بالألم، لذا فهو أحيانا قدار على إيذاء نفسه. مثلا طرق رأسه، ضرب نفسه...، وأحيانا يؤذي بعض المتوحدين غيرهم بالعض أو الخدش دون سبب معين. أما بالنسبة إلى تأثره وانزعاجه الشديد من الأصوات العالية فهو حساس جدا للمثيرات والأصوات الخارجية، مما يجعله مضطربا من دون أن يقدر على التعبير عن اضطرابه .

**( د) الخصائص السلوكية** : يكون سلوك الطفل التوحدي متكررا وثابتا وقسرا ، فهو يتعلق بأشياء لا مبرر لها ، وهو أحيانا يقوم بحركات نمطية ساعات من دون تعب وخاصة حين يترك وحده من دون إشغاله بنشاط معين، وقد ينزعج الطفل التوحدي من التغيير في أشياء رتبها وصفها بشكل منتظم فيضطرب ويلجا إلى الضرب والصراخ وتكرار حركات عدوانية من الصعب جدا إيقافه عنها .

**(هـ) الخصائص العاطفية والنفسية** : إضافة إلى الخصائص السلوكية يتميز الطفل التوحدي برفض أي تغير في الروتين وغالبا ما يغضب ويتوتر عند حدوث أي تغير في حياته اليومية لأنه يحتاج إلى رتابة واستقرار وقد يؤدي تغيير بسيط في ثيابه أو فرشاة أسنانه أو وقت طعامه إلى حالة توتر وغضب وبكاء، وقد يلاحظ عليه أيضا تغير مفاجئ في المزاج ، فأحيانا يبكي وأحيانا يضحك ولكنه غير قادر على التعبير بالكلام .

**٤- الآثار السلبية للتوحد على الأسرة :**

لا شك أن كل أب وأم يتطلعون بلهفة وشوق كبيرين إلى ذلك الطفل المنتظر قدومه ، ويتمثل ذلك بالممارسات السلوكية التي تظهر على الوالدين والحالة النفسية التي يتمتعان بها، والتي تظهر استعداداتهم لاستقبال ذلك الطفل ، من بين هذه المظاهر التي نتحدث عنها اهتمام الوالدين وخاصة الأم بنفسها للمحافظة على حملها وصحة جنينها .

ولكن تعتبر اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة الطفل في الأسرة مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها ، وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث أنها تقـــود إلى إحداث تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية للوالدين ولكل فـــــرد من أفراد الأسرة . ويؤدي هذا التغيير إلى آثار سلبية على الأسرة تتمثل فيما يلي : **( Hartley et al., 2010, 449)** .

**(أ)الآثار الاجتماعية :**

يؤثر وجود طفل متوحداً في الأسرة على علاقات الأسرة الخارجية ، فقد تسود مشاعر الخجل من إظهار المعاق للمجتمع مما يقلل من فرص تواصل الأسرة لتفادي أية مواقف محرجة وبالتالي العزلة ، وهذا يمتد إلى مدى تكيف الأخوة مع بيئتهم التعليمية وفرصهم في الزواج المستقبلي ، وتتعرض الأسرة أيضا لضغوط اجتماعية أكثر من غيرها من الأسر ، ويشمل ذلك المواقف والظروف التي تتطلب تغيير في أنماط الحياة وقد ينعكس ذلك على العلاقات الداخلية بين أفراد الأسرة أيضا وتواصلهم نظرا لانشغال الأم بشكل كبير بالطفل التوحدي مما يقلل من تلبية احتياجات بقية أبنائها ، إضافة إلى العلاقة بين الزوجين ومدى حدوث أزمات زوجية ومشكلات أسرية ، ففي الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال تتزايد نسبة الطلاق والانفصال لدى والدي الأطفال المتوحدين بشكل منتظم مع تقدم الطفل بالعمر ، ويسجل الآباء والأمهات الذين يبقون متزوجين مستويات أقل من الرضا عن العلاقة نتيجة لتربية طفل متوحد .

**(ب) الآثار النفسية :**

أشارت بعض الدارسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض ، وتختلف درجة الضغط النفسي من فرد إلى آخر داخل الأسرة الواحدة أو بين أسرة وأخرى ، وأكدت الدارسات إلى أن الوالدين هم أكثر أفراد الأسرة تعرضا للضغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم وعلاقاتهم الاجتماعية في البيئة التي يسكنون بها أو في مكان عملهم ، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين ، كمشاعر الذنب ، والرفض المستمر للطفل ، والحماية الزائدة ، حبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس ، الشعور بفقدان الطفل ، الانعزال عن الحياة الاجتماعية ، والشعور بالدونية والنقص ،

والهروب من الواقع ، وعدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة ، وعدم الانسجام النفسي بين الوالدين وبينهم وبين بقية أفراد الأسرة ، كل هذه المظاهر ما هي إلا دلالات تعبر عن الضغوط النفسية التي يعيشونها والتي يمكن أعزائها بشكل أساسي إلى وجود الطفل التوحدي .

**(ج) الآثار الاقتصادية :**

إن وجود طفل متوحداً في الأسرة يستنزف من إمكانيات وموارد الأسرة المادية ، لما تنفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له ، إضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها الطفل التوحدى ، وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الشخص التوحدى ، والتي قد تكلف أكثر من النقود التي تنفقها الأسرة على أخوته غير المعاقين ، ناهيك عن أن بعض الأمهات يتركن أعمالهن بعد ولادة الطفل التوحدي من أجل تقديم العناية والرعاية اللازمة له ، مما يقلل من دخل الأسرة .

وترى الباحثة أن التحديات التي يواجهها الآباء والأمهات الذين يربون طفل متوحًدا تؤثر بشكل سلبي على النظام الأسري الأشمل بما في ذلك العلاقة بين الوالدين ، والعلاقة بين الأشقاء ، والعلاقة بين الوالدين والأطفال ( بما فيها تأثير علاقة الوالدين مع أطفالهما المتوحدين ) ، والعلاقة مع أفراد الأسرة الممتدة ، فضلاً عن الضغوط النفسية والاقتصادية التى تؤثر على أفراد الأسرة بسبب وجود طفل توحدي بينهم .

## - المحور الثالث: وعى الأمهات بحاجات الطفل التوحدي:

**١- مفهوم الوعى :**

الوعي في اللغة : " الواو والعين والياء: كلمةٌ تدل على ضَمِّ شَيْءٍ" أو هو : حِفْظُ الْقَلْبِ الشَّيْءَ. وَعَى الشَّيْءَ وَالْحَدِيثَ يَعِيهِ وَعْيًا : حَفِظَهُ وَفَهِمَهُ وَقَبِلَهُ ، فَهُوَ وَاعٍ ، وَفُلَانٌ أَوْعَى مِنْ فُلَانٍ أَيْ أَحْفَظُ وَأَفْهَمُ . وَفِي الْحَدِيثِ: ( نَضَّرَ اللَّهُ امْرَأً سَمِعَ مَقَالَتِي فَوَعَاهَا؛ فَرُبَّ مُبَلَّغٍ أَوْعَى مِنْ سَامِعٍ ) ( **جبران خليل:** ٢٠٠٨ ، ٦٥) .

ويعرف الوعى بأنه معرفة يكتسبها الفرد من مجتمعه ومن تفاعله معه ، وتترسخ هذه المعرفة بحيث تصبح مركزه في اللاوعي ، أي في العقل والشعور الباطن لدى الإنسان ثم هي معرفة قابلة للنمو والتطور .

الوعي هو حالة من الإدراك الذي يجمع بين تفعيل دور العقل والمشاعر لفهم ما يدور حول الإنسان ، ولتنظيم علاقته بالموجودات المحيطة به ، ولا يكتمل الوعي إلا إذا عمل الإنسان على تنميتها بشكل مستمر من خلال تطوير قدراته الفكرية ومن خلال ربط تلك القدرات بتجاربه الحسية التي تشكل خبرته في الحياة ( **حسن أحمد ، جبار وادي، ٢٠١٤، ٢٤**) .

**٢- حاجات الطفل التوحدى :**

يمثل وعى أمهات الطفل التوحدي دور كبير وفعال في تقدم وتنمية مهارات الطفل التوحدي ، حيث تهيئة البيئة المناسبة في المنزل تساعده للوصول بنجاح بقدر الإمكان وتعمل علي تعديل سلوكه ، حيث إن رعاية وعطف الأمهات يمثلان الجهد الأساسي في رعاية التوحديين كأساس لعلاج الطفل التوحدي وتعديل سلوكه ، ومن ثم يتعلم مهارات مهارات رعاية الذات التي تساعده علي اكتساب الكثير من المهارات الأخرى .

والطفل التوحدي له نفس الحاجات التي للطفل العادي وهى أن يكون محبوبا ومرغوبا فيه ، فهو يحتاج إلى الإحساس بالأمان وإلى أن ينتمي إلي الآخرين وان تكون علاقته بهم طيبة ، كما يحتاج أن يكون نشيطا مبدعا ، فما أن تستوفى هذه الحاجات ويصبح الطفل ملما بالعالم المحيط به ، حتى تظهر في الطفل معرفته بمن يكون هو وبما هو قادر على أدائه ، وتتمثل تلك الحاجات فى الآتي : ( **أسامة فاروق ، السيد كامل** ، ٢٠١١ ، ٤١ )

**( أ ) الحاجات الأساسية** : وتتمثل فى :

- الحاجة إلى الطعام والشراب واللبس : وهذه الاحتياجات هي الأساس الأول للطفل التوحدي والتي يحتاجها يومياً بمساعدة أحد والديه .

- الحاجة لتكوين صداقات مع الآخرين : وهذا يتيح له فرصة التفاعل الاجتماعي مع الأطفال ومشاركتهم في اللعب والعمل ، ويحرص كل طفل بالفطرة في سلوكياته ، على إرضاء أقرانه ، حتى يجلب لنفسه السرور ويجد منهم الحب والتقدير .
- الحاجة إلى اللعب الحر : اللعب الحر يزود الطفل التوحدي بوسيلة من أفضل الوسائل للتعبير عن نفســـــه ، ويجب أن يراقب لعب الطفل التوحدي بدقـــــة للوصول إلى معرفـــــة مشكلات الطفل الخاصة ، مجرد معرفــة الطفل أن له الحرية في اختيار النشاط الذي يروق له ، يزيل التوتر عنه.
– الحاجة إلى الصحة الجيدة: يحتاج الطفل التوحدي التمتع بالصحة الجيدة والممتلئ حيوية ونشاط حتى يستطيع أن يواجه المشكلات اليومية ويستطيع أن يقاوم القلق والمخاوف أكثر من الطفل المعتل الصحة. كما أنه سيتمكن من أداء الواجبات المطلوبة منه في سهولة فيشعر بقدرته وبثقة في نفسه وبالتالي يشعر بالطمأنينة والاستقرار والهدوء النفسي، فالصحة الجسمية عامل مهم في توفير الصحة النفسية للطفل التوحدي.

**(ب) الحاجات الاجتماعية**: وتتمثل في:

- الحاجة إلى الجو الأسرى المستقر: الجو العائلي الهادئ الذى تسوده روح المحبة والتفاهم والتعاون من جميع الأفراد يعطى الطفل التوحدي شعورا بالاطمئنان والثقة بالنفس وتحميه من القلق وتوقع الخطر فالعلاقة بين الأبوين يجب أن تكون على درجة جيدة من الوفاق وفاق، ومبنية على الاحترام المتبادل والتعاون على مشكلات الحياة، بحيث يضع كل منهما الآخر في اعتباره دائما حتى يتمكنا معا من مساعدة طفلهما التوحدي على النمو في جو هادئ بعيدا عن الاضطرابات والصراعات الانفعالية التي تضيف عبئا انفعاليا ونفسيا على طفلهما التوحدي .
- الحاجة إلى المشاركة والتواصل مع الآخرين: الاختلاط يساعد الطفل التوحدي على النمو الاجتماعي السليم والتعاون، ويشعره بأنه ينتمي إلى مجموعة كبيرة تحميه وقت اللزوم ، وفى ذلك شعور بالأمن والاطمئنان . كما أنه على الوالدين تشجيع الطفل التوحدي كأي طفل طبيعي على مشاركة أخوته المنافسة أو المشاجرة أحيانا، لان هذا يخلق جوا من الحب والمشاركة ، وعدم الغيرة بينه وبين أخوته وبين الأطفال الآخرين وهو الجو الطبيعي للأطفال جميعا .
- الحاجة إلى العلاقة الطيبة بالأم : يعتبر حب الأم حجر الأساس لتوفير الصحة النفسية لطفلها التوحدي ، فالرعاية الكاملة لحاجات الطفل الأولية تعطى الطفل شعورا بالأمن والهدوء والاستقرار. فعلى الأم إشباع الحاجات النفسية والعاطفية في الوقت المناسب لها. فالطفل التوحدي شانه شان جميع الأطفال يحتاج في السنوات الأولى إلى حماية تامة ورعاية كاملة من الأم والمحيطين به ، ويحتاج إلى إشباع حاجاته الأولية بانتظام مثل الطعام والنظافة والحنان والحب .

**( ج) الحاجات النفسية** : وتتمثل في :

– الحاجة للأمن النفسي: يمثل الأمن العاطفي الحاجة الثابتة لدى كل الأطفال ، وشعور الأطفال بالأمن يعني بأن هناك شعوراً بأن هناك من يهتم به ويحميه .
– الحاجة إلى التقبل من الآخرين: فالاستحسان والاستهجان الذي يمارسه الكبار ،،تجاه ما يصدر من الأطفال التوحديين بالذات ، يلعب دوراً هاماً في تقدير الطفل لذاته ولشعوره بالتقبل من الآخرين ، وإشباع هذه الحاجة يعمل على نمو علاقة الطفل بالآخرين ، وعدم إشباعها يؤدي إلى فقدان الأمن ، والاستقرار النفسي والاجتماعي .
– الحاجة إلى التقدير من الآخرين : وترتبط هذه الحاجة بالحاجة إلى الحب والعطف ، فالطفل عموماً وبالذات الأطفال التوحديين ، ويحتاج إلى أن يحوز على إعجاب البالغين وإلى تقديرهم وتشجيعهم له ، ويحتاج كذلك لتشجيع أقرانه

## سادساً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

### ١ـ نوع الدراسة:

تنتمي هذه الدراسة إلى البحوث شبة التجريبية والتي تستهدف اختبار تأثير متغير مستقل وهو برنامج الإنتقائى ، على متغير تابع وهو وعي الأمهات بحاجات الأطفال التوحديين ، وذلك لعدم توافر

الشروط اللازمة لإجراء البحث التجريبي الحقيقي ، بما يسمح بالاختيار العشوائي للعينة كأحد شروط البحوث التجريبية .

**٢- منهج الدراسة والتصميم المستخدم:**

اعتمدت الباحثة على المنهج شبة التجريبي بما يتوافق مع طبيعة الدراسة الحالية، وللتأكد من مدى صحة فروض الدراسة استخدمت تصميم التجربة القبلية البعدية لمجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.

**٣- أدوات الدراسة:**

اعتمدت الباحثة في جمع البيانات على مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي من إعداد الباحثة، وفيما يلي توضيح خطوات بناء هذا المقياس

**(أ)** قامت الباحثة عند تصميم المقياس بالاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة، والكتابات النظرية التي اهتمت بتنمية وعي الأمهات وحاجات الطفل التوحدي، وقد تم تصميم المقياس على جزئين ، وهما على النحو التالي :

- **الجزء الأول:** يشمل البيانات الشخصية المتعلقة (السن، الحالة التعليمية ، الحالة العملية ، عدد الأبناء ، متوسط الدخل الشهري ) .
- **الجزء الثاني:** ويشتمل على (٣٦) فقرة لقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي موزعة على ثلاثة محاور هي الحاجات (الأساسية، الاجتماعية ، النفسية ) .

**(ب) قد راعت الباحثة في تصميم المقياس ما يأتي:**

- تحديد نوع البيانات الواجب الحصول عليها.
- وضع العبارات التي ترتبط ارتباطا وثيقا بهدف الدراسة.
- سهولة العبارات ووضوح مضمونها والتأكد من ذلك عند اختبار المقياس.
- وضعت الباحثة تدرج ثلاثي (كثيرا- أحياناً- أبداً) بحيث تعطى درجات قياسية وزنية للاستجابة حول كل عبارة، حيث تعطى كثيراً (ثلاثة درجات)، واحياناً (درجتان)، وأبداً (درجة واحدة) ولذا فكلما ارتفعت الدرجة الكلية كان ذلك مؤشرا لوعي الأمهات بحاجات طفلها التوحدي، وعليه فقد بلغت الدرجة القصوى التي يمكن الحصول عليها في المقياس ككل هي (١٠٨)، أما الدرجة الدنيا فهي (٣٦) ، وذلك على النحو التالي :

**جدول رقم (١)**
**يوضح توزيع درجات المقاييس الجزئية والدرجة الكلية لوعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي**

| حاجات الطفل التوحدي | الدرجة الدنيا | الدرجة المتوسطة | الدرجة العليا |
|---|---|---|---|
| الحاجات الأساسية | ١٢ | ٢٤ | ٣٦ |
| الحاجات الاجتماعية | ١٢ | ٢٤ | ٣٦ |
| الحاجات النفسية | ١٢ | ٢٤ | ٣٦ |
| المقياس ككل | ٣٦ | ٧٢ | ١٠٨ |

**(ج)** ثم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرضه على عدد (٥) محكمين من المتخصصين في نسق الخدمة الاجتماعية، وذلك لإصدار الرأي والحكم على مدى ملائمة ابعاده وعباراته لطبيعة موضوع الدراسة وهدفها الرئيسي، وبناء على استجابات السادة المحكمين فقد تم تعديل الصياغة اللغوية لعدد (٨) عبارات وحق واستبدل (٤) عبارات اخرى والإبقاء على العبارات التي حظيت باتفاق المحكمين.

(د) قامت الباحثة بالتحقق من ثبات المقياس وذلك من خلال تطبيقه على عينة قوامها (٣٢) مفردة من أمهات الأطفال التوحديين المترديين على كل من مدرسة التمكن الشاملة ، مركز الثقة التعليمي لذوى الاحتياجات الخاصة (خارج نطاق عينة الدراسة) ، ثم حساب معامل الارتباط بين درجات العبارات الفردية والعبارات الزوجية التي أسفر عنها نتائج التطبيق على تلك العينة ، وقد بلغت قيمة معامل الثبات

للمقياس ككل (٠.٧٢) ولكل بُعد من أبعاده الأربعة على الترتيب (٠.٧٤ ، ٠.٦٩ ، ٠.٧٢ ) وقد جاءت جميع هذه القيم دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠.٠١ مما يؤكد على تمتع المقياس بقدر مناسب من الثبات ..

**٤ـ مجالات الدراسة**

**( أ ) المجال المكاني**

طبقت هذه الدراســـة بمركز الدوحـــــة العالمي لـــــذوي الاحتياجات الخاصة بالدوحة. وهو من أوائل المراكز المتخصصة في مجال الإعاقة في دولة قطر، حيث تأسس عام ٢٠٠٤ ويضم جميع الاعاقات، وقد وقع اختيار الباحثة على هذه المركز لتوافر العينة المطلوبة من أمهات الأطفال التوحديين وموافقة إدارة المركز على إجراء الدراسة، إلى جانب تفهم الأخصائيين الاجتماعيين بالمركز لموضوع الدراسة وإبداء رغبتهم في التعاون مع الباحثة خلال تنفيذ البرنامج.

**(ب) المجال البشرى**

تكون إطار المعاينة من (٣٦) مفردة يمثلون جميع أمهات الأطفال التوحديين المترددات على المركز، وتبين أن عدد الأمهات اللائي انطبقت عليهن شروط اختيار العينة (٢٨) مفردة تم اختيار عدد (٢٠) مفردة بطريقة عشوائية ثم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية ولآخري ضابطة قوام كل منهما (١٠) حالات، وقد تم اختيار هذه العينة وفقاً للشروط والمحددات التالية:

- أن تكون من بين المترددات على المؤسسة بصفة منتظمة
- أن تقبل التعاون مع الباحثة وتنفيذ مراحل وخطوات البرنامج
- أن تحصل على درجات منخفضة على مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي المستخدم في الدراسة (أقل من ٧٢ درجة) .
- ألا يعاني طفلها التوحدي من أي إعاقة أخرى عدا التوحد

**(ج) المجال الزمنى**

استغرقت هذه الدراسة بجانبيها النظري والعملي مدة ثمانية أشهر وقد استغرق تطبيق البرنامج بمفردة مدة زمنية قدرها ثلاثة أشهر ونصف وذلك في الفترة من ٢٥ /١١/ ٢٠١٩ إلى ١٠ / ٣ / ٢٠٢٠.

**سابعاً: برنامج التدخل المهني:**

**١ـ الأهداف العامة للبرنامج:**

( أ ) هدف علاجي: يتمثل في خفض الدرجة المرتفعة من الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال التوحديين .

(ب) هدف نمائي: يتمثل في إتاحة الفرصة لأمهات الأطفال التوحديين لتنمية الوعي بحاجات أطفالهن.

( ج) هدف وقائي : يتمثل في تحصين أمهات الأطفال التوحديين لتحقيق قدر مناسب من الوقاية من احتمالية التعرض لمجموعة من الأفكار الخاطئة التي قد تسبب لهن الضغوط الأسرية .

( د) هدف وجداني : يتمثل في مساعدة أمهات الأطفال التوحديين على كيفية الاندماج في البرنامج والتخلص من المشاعر السلبية .

**٢ـ الأسس التي يقوم عليها البرنامج:**

( أ ) نتائج الدراسات السابقة وما انتهت إليه من نتائج وتوصيات حول الحاجات اللازمة .

(ب) الاطلاع على الإطار النظري لخدمة الفرد مع بما تضمن من معارف حول الاطفال ذوي التوحد وما تحويه من معارف ومهارات مهنية، بالإضافة إلى المفاهيم التي تعتمد عليها الدراسة.

(ج) الأهداف الأساسية والفرعية التي تسعى الدراسة إلى تحقيقها.

**٣ـ محتوي البرنامج:**

والمقصود هنا المادة العلمية والتدريبية والعلاجية التي تستخدم في عملية العلاج والتي يتم تحديدها في ضوء أهداف البرنامج الإرشادي وكذلك تتناسب مع الأمهات والمدى الزمني للبرنامج، وتقدم بأسلوب يجذب الأمهات للاستفادة ويشمل الآتي :

أ- تحديد المادة العلمية الخاصة بحاجات الطفل التوحدي.

ب- إكساب الأمهات معارف ومهارات وخبرات للتعامل مع الطفل التوحدي.

**٥- مراحل تطبيق البرنامج :**

**( أ ) مرحلة التمهيد** : وتتضمن التمهيد للبرنامج ، والتعارف ، والتعرف على مدى وعي الأمهات بحاجات أطفالهن التوحديين من خلال القياس القبلي ، ومناقشة أهم المشكلات المرتبطة بها من وجهة نظرهم .

**(ب) مرحلة التنفيذ** : وتتضمن وضع بناء معرفي يوعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي، كما يفيد الأمهات في التعامل مع حالات ذوي التوحدي، وذلك من خلال تطبيق البرنامج بجميع جلساته .

**( ج) مرحلة التقويم والإنهاء** : وتم فيها تقويم استجابات الأمهات على البرنامج من خلال القياس البعدي ، والوقوف على مدى استفادتهن من البرنامج ، وأخيرا إجراء جلسة ختامية يتم بها شكر الأمهات .

**٦- أدوات قياس البرنامج:**

اعتمدت الباحثة على مجموعة من الأدوات والأساليب التي تم استخدامها في نقل المادة العلمية والمعرفية والتدريبية إلى الأمهات بما يتناسب مع الغرض الأساسي الذي صمم البرنامج من أجله وهي:

( أ ) مقياس تنمية وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي .

(ب) المحاضرات.

(ج) المناقشة الجماعية.

( د) الوثائق والسجلات .

(هـ ) المقابلات المهنية .

( و) الوسائل السمعية والبصرية

**٧- مرحلة التدخل المهني:**

وتم فيها اختيار وتطبيق الاستراتيجيات والأساليب العلاجية طبقا للبرنامج الانتقائى والذي استخدم الأساليب التالية:

**(أ ) أساليب العلاج المعرفي السلوكي:**

١. **أسلوب المناقشة المنطقية:** مناقشة أمهات الأطفال التوحديين عن طرق تعاملهن مع أطفالهن وأساليب تفكيرهن حول تلبية حاجات أطفالهن النفسية والاجتماعية والترفيهية للوصول إلى أفضل أساليب تلبية حاجات أطفالهن التوحديين مما يؤدى معرفة الأمهات بمهارات التعامل مع الاطفال.

٢. **أسلوب التشجيع:** تشجيع الأمهات بالمجموعة التجريبية على الحديث ومعرفة خبراتهن الإشكالية وسرد أفكارهن المرتبطة بوعيهن بحاجات الأطفال التوحديين ولمعرفة وجهة نظرهن حول سمات وخصائص هذه الفئة من الأطفال وطرح أفكار جديدة وبيان مزاياها وبناء حديث ذات جديد أكثر إيجابية مما يساعد على معرفة أكثر لحاجات أطفالهن التوحديين.

٣. **أسلوب التحليل المنطقي:** من خلال تعليم الأمهات كيفية استخدام التحليل والاستدلال والاستنباط لاكتشاف العلاقة بين أفكارهن وسلوكهن التوعوي وربط المقدمات بالنتائج حتى يقتنعوا بتعديل أفكارهن غير العقلانية وتحقيق الاتساق بين أفكارهن وانفعالاتهن.

٤. **التفسير:** ويتضمن إيجاد العلاقة بين سلوك أمهات الأطفال التوحديين ووعيهن بحاجات أطفالهن التوحديين وما يترتب على ذلك من نتائج ايجابية فى معرفة الأمهات وفهمهن لحاجات الأطفال التوحديين سواء الاساسية أو النفسية أو الاجتماعية.

٥. **أسلوب التأمل للذات:** من خلال جعل الأم تتأمل نتائج انفعالاتها السلبية وأحاديثها الذاتية اللاعقلانية وارتباطها بسلوك غير مرغوب ما قد ينتج عنه تدهور علاقة الأم بطفلها التوحدي وتأمل العبارات الداخلية الهدامة التي ترددها لنفسها، حتى تقتنع بتعديل أفكارها وأحاديثها الذاتية الخاطئة وبالتالي تعديل سلوكها غير المرغوب.

٦. **أسلوب التدريب والتعليم :** بأن تتعلم الأم تنمية وعيها بحاجات طفلها الأساسية مثل تعليمه أسماء الفواكه والخضراوات ، وبعدها تعليمه الألوان ، وبعد أن يتقنها تسأل الطفل عن لون الفاكهة الفلانية ، لأن هذا ينمي الصورة الذهنية في ذهن الطفل ، وهو ما يزيد من قضية الذاكرة .

٧. **أسلوب التحويل المعرفي**: يستخدم مع الأمهات أثناء الغضب أو الإحباط من خلال ربط الأم بأنشطة تحويلية كالاندماج في الألعاب الرياضية لطفلها التوحدي أو الانشاد لتحقيق تفاعلات اجتماعية فتشعرها بالتقدير والاحترام لذواتها مما يزيد من معرفتها بالحاجات الترفيهية لطفلها التوحدي.

٨. **أسلوب التدعيم الإيجابي :** تدعيم السلوك المرغوب من خلال مكافأة تقدمها الباحثة للأم وذلك في حالة نجاح الأم في معرفة وفهم حاجات طفلها التوحدي مثل إدراك الأم على كيفية ضبط انفعالات طفلها التوحدي .

٩. **أسلوب الواجبات المنزلية:** ويتضمن مجموعة من المهام التي تقوم بها الأم أثناء المقابلة أو بين المقابلتين للتدريب على ما تم التوصل إليه أثناء المقابلة مثل، كيفية تلبية حاجة من حاجات الطفل سواء الاجتماعية أو الترفيهية والتدريب على ضبط انفعالاته وتعديلها وكتابة التقارير الذاتية أو قراءة كتب عن حاجات التوحديين ومناقشتها مع الأم في المقابلات التالية فيما بعد

**(ب) أساليب العلاج الأسرى:**

**( أ ) أسلوب توظيف مفاهيم نظرية الاتصال :**

يمكن أن يطبق هذا الأسلوب من خلال استخدام مجموعة متنوعة من التكنيكيات العلاجية التي تمكن المعالج من مساعدة الأمهات على تقهم وتلبية حاجات الطفل التوحدي علي النحو التالي:

( أ ) فتح قنوات اتصال جيدة بين الوالدان وأعضاء الأسرة والمحيطين بهم والتي يمكن من خلالها نقل الرسائل اللازمة لتفهم حاجات الطفل .

(ب) تعديل قنوات الاتصال غير السليمة بين الزوجة / الزوج وأعضاء أسرة الزوج / الزوجة والمحيطين بهم .

(ج) الاهتمام بوسائل الاتصال بين أفراد الأسرة وسوء الاتصالات والتركيز على الاتصال غير لفظي بين الام وأعضاء الاسرة لمحاولة فهم الرسالة وتعديل سوء الفهم.

**(ب) أسلوب إعادة التوازن الأسري:**

يسعي المعالج في ضوء هذا الأسلوب إلي مساعدة الأسرة علي المحافظة علي استقرارها وتوازنها وتوجيه التغيرات في ضوء توظيف أساليب التفاعل والاتصال بالإضافة إلي بعض الأساليب النظرية ويعتمد نجاح هدف هذا الأسلوب علي نجاح الأساليب السابقة ويقوم المعالج بالآتي:

( أ ) مساعدة الأسرة علي تقبل الوضع الحالي لوجود طفل توحدي داخل الأسرة والاستقرار في ضوء التغييرات الجديدة نتيجة وجود خلل في علاقاتهم .

(ب) مساعدة الأسرة على التوجه للمؤسسات الاجتماعية المتاحة بالمجتمع والتي تقدم خدمات تعليمية وتأهيلية للأطفال التوحديين.

(ج) تشجيع الأمهات وتدعيمنا من خلال التركيز علي نقاط الانجاز والنجاح التي تحققت خلال مرحلة التدخل.

**( ج) أساليب العلاج المتمركز حول العميل :**

وتصل هذه الأساليب بتقوية قدرة الأمهات عينة الدراسة على مواجهة الضغوط التي يتعرضن لها في ظل وجود الطفل التوحدى حتى يتمكن من القيام بتلبية وتفهم حاجاته المتنوعة وتشمل كل من :

١ - **أسلوب توضيح المشاعر (Clarifying)** والهدف منه السماح للأمهات بإطلاق سراح المشاعر السالبة الواقعية والخاصة بوعى الأم لحاجات الطفل التوحدي ثم العمل على توضيح النتائج السلبية التي ستعود على العميل نتيجة تلك المشاعر.

٢ - **أسلوب التقبل غير المشروط ( تقبل المشاعر Fellings Acceptance ) :** وهى تقبل كل المشاعر الموجبة والسالبة التي يعبر عنها الأمهات والمرتبطة بتنمية وعى الأمهات بشرط إلا تتم مقابلة المشاعر الموجبة بالاستحسان والمدح بل يتم تقبل المشاعر الموجبة كجانب من الشخصية .

٣ - **أسلوب عكس المشاعر ( Fellings reflection )** : من خلال القيام بانعكاس استجابات الأمهات بأسلوب آخر له نفس المعنى لتحقيق مزيد من الإدراك لتلك المشاعر ، والقيام بتشجيع الأمهات للتعبير عن المزيد منها ، وذلك من خلال إعادة الصياغة لهذه المشاعر بألفاظ أخرى مع الحفاظ على المعنى .

## ثامناً: عرض وتفسير نتائج الدراسة:

**١- عرض نتائج الدراسة:**

يتم عرض نتائج الدراسة الميدانية وفق اختيار الفروض الأساسية التى طرحتها الدراسة والتي تتمثل فيما يلى:

**( أ ) نتائج اختبار الفرض الفرعي الأول :** ومؤداه "لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي لحالات كل من المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي" وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجدول التالي :

**جدول رقم (٢)**

**يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي**

| م | نتائج الاختبار / البُعـد | المتوسط الرتبى: المجموعة التجريبية | المتوسط الرتبى: المجموعة الضابطة | قيمة (Z) لمان ويتنى | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ | الحاجات الأساسية | ١١.٤٤ | ١٢.٦٦ | ١.٣٦٧ | غير دالة |
| ٢ | الحاجات النفسية | ١٢.٠٩ | ١٣.٧٢ | ٢.٨٤٤ | غير دالة |
| ٣ | الحاجات الاجتماعية | ١٣.٣٧ | ١٢.٨٤ | ١.٧٠٦ | غير دالة |
| | الدرجة الكلية للمقياس | ١٢.٣٦ | ١٣.٠٧ | ٢.٩١٦ | غير دالة |

يوضح الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات نتائج التطبيق القبلي لمقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي على المجموعتين التجريبية والضابطة حيث أن بلغت قيمة Z في البعد الأول المتصل بالحاجات الأساسية بالقياس القبلي للمجموعتين (١.٣٦٧) كما بلغت قيمة Z في القياس القبلي للمجموعتين على بعد الحاجات النفسية (٢.٨٤٤) ، كما بلغت قيمة Z في القياس القبلي للمجموعتين على البعد الثالث الخاص بالحاجات الاجتماعية (١.٧٠٦) وكليهما غير دال إحصائياً مما يشير إلى وجود قدر مقبول من التجانس بين مفردات عينة الدراسة من أمهات الأطفال التوحديين من كلا المجموعتين التجريبية والضابطة.

**( ب ) نتائج اختبار الفرض الفرعي الثاني :** ومؤداه "توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي" وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض الفرعى من خلال الجدول التالي :

**جدول رقم (٣)**

**يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي**

| م | نتائج الاختبار / البُعـد | المتوسط الرتبى: المجموعة التجريبية | المتوسط الرتبى: المجموعة الضابطة | قيمة (Z) لمان ويتنى | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ | الحاجات الأساسية | ٤.٦٢ | ١٢.٦٦ | ٢.٤٦١ | دالة عند ٠.٠١ |
| ٢ | الحاجات النفسية | ٥.١٦ | ١٣.٧٢ | ٣.٥٦٥ | دالة عند ٠.٠١ |
| ٣ | الحاجات الاجتماعية | ٤.٧٨ | ١٢.٨٤ | ٢.٧٢٢ | دالة عند ٠.٠١ |
| | الدرجة الكلية للمقياس | ٥.٨٥ | ١٣.٠٧ | ٢.٩١٦ | دالة عند ٠.٠١ |

يوضح الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطات درجات نتائج التطبيق البعدي لمقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي على المجموعتين التجريبية والضابطة على الأبعاد لصالح المجموعة التجريبية مما يشير إلى فعالية البرنامج الانتقائي القائم على العلاج المعرفي

السلوكي والعلاج المتمركز حول العميل والعلاج الأسرى فى تنمية وعي الأمهات بحاجات أطفالهم التوحديين.

**( ج) نتائج اختبار الفرض الفرعي الثالث :** ومؤداه " توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي لصالح القياس البعدي " وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجدول التالي :

**جدول رقم (٤)**

**يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي**

| م | نتائج الاختبار / البُعـد | المقاييس الوصفية | | | | قيمة (Z) لولككسون | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القياس القبلى | | القياس البعدي | | | |
| | | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الوسط الحسابى | الانحرا ف المعياري | | |
| ١ | الحاجات الأساسية | ١٦.٤٨ | ٣.١٨ | ٢٨.٧٦ | ٢.٨٥ | ٢.٧٨٦ | دالة عند ٠.٠١ |
| ٢ | الحاجات النفسية | ١٥.٣٦ | ٤.٥٨ | ٣٢.٤٨ | ٣.٨٠ | ٣.٠٦٤ | دالة عند ٠.٠١ |
| ٣ | الحاجات الاجتماعية | ١٨.٥٢ | ٣.٣٢ | ٢١.٤٢ | ٢.٦٥ | ٢.٥٣٠ | دالة عند ٠.٠١ |
| | الدرجة الكلية للمقياس | ٥٠.٣٦ | ٣.٦٩ | ٩٢.٦٦ | ٣.٠٨ | ٢.١٢ | دالة عند ٠.٠١ |

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لحالات لمجموعة التجريبية وذلك لصالح القياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي في القياس القبلي (٥٠.٣٦) بانحراف معياري (٣.٦٩) بينما المتوسط الحسابي للقياس البعدي (٩٢.٦٦) بانحراف معياري (٣.٠٨) كما بلغت قيمةz =(٢.١٢) وهي دالة عند مستوى معنوية (٠.٠١) مما يشير إلى فعالية برنامج التدخل المهني ويؤكد صحة الفرض بوجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح البعدي في المجموعة التجريبية .

**( د ) نتائج اختبار الفرض الفرعي الرابع :** ومؤداه " لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي " وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجدول التالي :

**جدول رقم (٥)**

**يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي**

| م | نتائج الاختبار / البُعـد | المقاييس الوصفية | | | | قيمة (Z) لولككسون | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | القياس القبلى | | القياس البعدي | | | |
| | | الوسط الحسابي | الانحرا ف المعيار ي | الوسط الحسابي | الانحرا ف المعيار ي | | |
| ١ | الحاجات الأساسية | ١٧.٧٤ | ١.٥٧ | ١٨.٣٣ | ٢.٨٤ | ١.٤٥٦ | غير دالة |
| ٢ | الحاجات النفسية | ١٦.٤٣ | ٣.١٨ | ١٧.٤٠ | ٣.٦٠ | ٢.٤٨٣ | غير دالة |
| ٣ | الحاجات الاجتماعية | ١٥.٢٨ | ٢.٨٦ | ١٦.٥٧ | ٢.٧٧ | ١.٤٣٦ | غير دالة |
| | الدرجة الكلية للمقياس | ٤٩.٤٥ | ٤.٦١ | ٥٢.٣٠ | ٣.٩٤ | ٢.٣٥٦ | غير دالة |

يتضح من هذا الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة حيث بلغ المتوسط

الحسابي في القياس القبلي (٤٩.٤٥) بانحراف معياري (٤.٦١) بينما المتوسط الحسابي للقياس البعدي (٥٢.٣٠) بانحراف معياري (٣.٩٤) كما بلغت قيمةz=(٢.٣٥٦) ويؤكد صحة فرض الدراسة بعدم وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة لعدم تعرضها لبرنامج التدخل المهني.

**٢- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:**

سعت الدراسة الحالية إلى إعداد وتصميم برنامج للتدخل المهني يستهدف زيادة وعى الأمهات بحاجات أطفالهم التوحديين ولتت تضمنت كل من الحاجات الأساسية والنفسية والاجتماعية وذلك من خلال الأساليب العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي والعلاج الأسرى والعلاج المتمركز حول العميل ، وقد تم تطبيق برنامج التدخل المهني على عينة من أمهات الأطفال التوحديين قوامها ( ٢٠ ) مفردة ،وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج الهامة والتي أثبتت صحة الفرض الرئيسي كمحصلة نهائية لما جاءت به الفروض الفرعية ، ويمكن مناقشة تفسير النتائج على النحو التالي :

أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات نتائج التطبيق القبلي لمقياس وعى الأمهات بحاجات الطفل التوحدي على المجموعتين التجريبية والضابطة حيث أن قيمة Z في بعد الحاجات الأساسية بالقياس القبلي للمجموعتين بلغت (١.٣٦٧) كما بلغت قيمة Z في القياس القبلي للمجموعتين على بعد الحاجات النفسية (٢.٨٤٤) ، كما بلغت قيمة Z في القياس القبلي للمجموعتين على بعد الحاجات الاجتماعية (١.٧٠٦) وكليهما غير دال إحصائياً مما يشير إلى وجود تجانس بين الأمهات عينة الدراسة من المجموعتين التجريبية والضابطة . مما يدعو إلى قبول صحة الفرض الأول القائل " لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي لحالات كل من المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي "

وقد خلصت نتائج الدراسة كذلك إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطات درجات نتائج التطبيق البعدي لمقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي على المجموعتين التجريبية والضابطة على الأبعاد الثلاثة للمقاس لصالح المجموعة التجريبية مما يشير إلى فعالية البرنامج الإنتقائي القائم على العلاج المعرفي السلوكي و والعلاج الأسرى والعلاج المتمركز حول العميل في تنمية وعي الأمهات بحاجات أطفالهم التوحديين ، ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات التى استخدمت المدخل الانتقائى فى زيادة الوعى ومهارات التواصل مع فئات مختلفة مثل دراسة ( ممدوح محمود محمد ، ٢١٠٤ ) للتدخل المبكر لتحسين النمو اللغوي والنطق لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم) ، (هبة عطية التباع ،٢١٠ ) لتحسين فاعلية الذات وطرق الاستذكار لدى المكفوفين المتأخرين دراسياً ) ، ( يحيى صلاح سليمان، ٢٠١٤ ) لتحسين جودة الحياة لدى عينة من ذوى الإعاقة السمعية ) ، ( رضا جاد كرامة ، ٢٠١٨) لتحقيق الكفاءة الاجتماعية لحالات متلازمة دوان )

وقد سعت الدراسة من خلال تطبيق برنامج التدخل المهني باستخدام المدخل الانتقائي إلى تنمية وعى أمهات أطفال التوحد بحاجاتهم الأساسية والتي تتمثل فى الحاجة إلى الطعام والشراب واللبس، وحاجاتهم الاجتماعية والتي تتمثل في الحاجة إلى التواصل والمشاركة مع الآخرين والحاجة إلى العلاقة الطيبة مع الأم، وحاجاتهم النفسية والتي تتمثل الحاجة إلى الأمن والأمان النفسي والحاجة إلى الطمأنينة والحب والعطف. ومن جانب اخر فقد استخدمت الدراسة الحالية أساليب نموذج العلاج المعرفي السلوكي لتوعية الأمهات وتنمية معرفتهم لحاجات أطفالهم وذلك من خلال الأساليب التالية ( المناقشة المنطقية – التدعيم الإيجابي – النصح – التشجيع -الواجبات المنزلية ) ، وترتب على استخدام تلك الأساليب العلاجية فهم الأمهات لحاجات أطفالهم سواء الأساسية أو النفسية أو الاجتماعية .بينما استخدمت الدراسة الحالية أساليب نموذج العلاج الأسرى لمساعدة الأسرة علي تقبل الوضع الحالي لوجود طفل توحدي داخل الأسرة والاستقرار في ضوء التغييرات الجديدة نتيجة وجود خلل في علاقاتهم ، وذلك من خلال الأساليب التالية ( توظيف مفاهيم نظرية الاتصال – إعادة التوازن الأسرى ) وترتب على استخدام تلك الأساليب التالية فتح قنوات اتصال جيدة بين الزوجين وأعضاء الأسرة والمحيطين بهم ،تعديل قنوات الاتصال غير السليمة بين الزوجة / الزوج وأعضاء أسرة الزوج / الزوجة والمحيطين بهم ، الاهتمام بوسائل الاتصال بين أفراد الأسرة وسوء الاتصالات اللفظية أو غير اللفظية والتركيز علي الاتصال الغير لفظي بين الزوجين لمحاولة فهم الرسالة وتعديل سوء الفهم .

وبالإضافة الى الأساليب العلاجية السابقة فقد استخدمت الدراسة الحالية أساليب نموذج العلاج المتمركز حول العميل والتى تمثلت فى الأساليب التالية ( توضيح المشاعر – تقبل المشاعر – عكس المشاعر ) وذلك لتحسين نظرة الأمهات لأطفالهم التوحديين ومساعدتهم على تنمية وعيهم بحاجات أطفالهم التوحديين والعمل على زيادة الثقة بالنفس .مما يدعو إلى قبول صحة الفرض الثاني القائل " توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي" .

- وأسفرت نتائج الدراسة ايضاً عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لحالات لمجموعة التجريبية وذلك لصالح القياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي في القياس القبلي (٥٠.٣٦) بانحراف معياري (٣.٦٩) بينما المتوسط الحسابي للقياس البعدي (٩٢.٦٦) بانحراف معياري (٣.٠٨) كما بلغت قيمةz =(٢.١٢) وهي دالة عند مستوى معنوية (٠.٠١) مما يشير إلى فعالية برنامج التدخل المهني ويؤكد صحة الفرض بوجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح البعدي في المجموعة التجريبية .ويرجع ذلك إلى التكامل بين العلاجات المستخدمة فى الدراسة وهما العلاج المعرفي السلوكي ، والعلاج المتمركز حول العميل ، والعلاج الأسرى ، وانتقاء أساليب مناسبة تتضمن العلاجات للتعامل مع كل موقف ، وبناء علاقة مهنية علاجية ، وتركيز البرنامج العلاجي على تنمية وعى الأمهات بحاجات أطفالهم التوحديين ، واستجابات الأمهات في معرفة حاجات أطفالهم التوحديين ، وثراء الأساليب العلاجية مما ساعد على فهم الأمهات لحاجات الأطفال التوحديين ، كما ساعدت الأساليب العلاجية على ترسيخ قيم إيجابية وتبنى فلسفة جديدة في الحياة للأمهات مع أطفالهم التوحديين ، كما ساهم تأثير أسلوب المناقشة المنطقية والواجبات المنزلية والتأمل الذاتي كأهم الأساليب المستخدمة في ثراء تعامل الأمهات مع أطفالهم التوحديين في تلبية حاجاتهم سواء الأساسية أو النفسية أو الاجتماعية .

- ومن ناحية أخرى يرجع ذلك التحسن أيضاً إلى تأثير برنامج التدخل المهني الإنتقائى مع العملاء بشكل عام وتصنيف التكامل الاستيعابي بشكل خاص والذى ساعد على اختيار الأساليب الملائمة لتنمية وعى الأمهات والتي حققت تغيرات إيجابية في تنمية معارف الأمهات بحاجات أطفالهم التوحديين وتمثلت تلك التغيرات في تنمية وعى الأمهات بالحاجات النفسية والاجتماعية لأطفالهم التوحديين والتي تمثلت في الحاجة إلى الحب والتقبل من الآخرين والتي تولد لديه الثقة بالنفس وفي الآخرين ، والحاجة إلى الأمان العاطفي والذى يشعر الطفل بالدفء والأمان ، والحاجة إلى التقدير الاجتماعي حتى يشعر بأنه موضع فخر واعتزاز من قبل أسرته والمحيطين به ، والحاجة إلى النجاح والتفوق ، والحاجة إلى تأكيد الذات ، والحاجة إلى الحرية والاستقلال ، واستقرار الأسرة وذلك من خلال فتح قنوات اتصال جيدة بين الزوجين وأعضاء الأسرة والمحيطين بهم ، وتعديل قنوات الاتصال غير السليمة بين الزوجة / الزوج وأعضاء أسرة الزوج / الزوجة والمحيطين بهم ، والاهتمام بوسائل الاتصال بين أفراد الأسرة وسوء الاتصالات اللفظية أو غير اللفظية والتركيز علي الاتصال الغير لفظي بين الزوجين لمحاولة فهم الرسالة وتعديل سوء الفهم . وقد اتفقت الدراسة الحالية إلى ما سعت إليه دراسة كلاً من (Ingersoll & Schreibman,2006) ، (Crockett, et al ,2007)، ( Cavkaytar & Ollard,2009) ، (Massey,2008) ، (Elder & Alessandro,2009)، (Minnes & Steiner,2009)، ( 2009, Noland, et al)، (Young, et al,2009)، (Mulligan et al , 2010) ، ( رضا سمير، ٢٠١٦) ، ( عبد اللطيف خلف ، أحمد عبد الحميد ٢٠١٨ ) ، حيث أكدت نتائجها على أهمية تنمية وعـــــى الأمهات للأطفال التوحديـــــن بحاجاتهم الأساسية والنفسية والاجتماعية والعمل على فهمهـــــا ومعرفتها ، وأهمية الإرشاد الأســـــري والتدخل المبكر في علاج الأطفـال التوحـديين ، وتنمية مهاراتهم الاجتماعية ، وأهمية تدريب الأمهات على المهارات الحياتية لكى يساعدوا أطفالهم التوحديين ، اقتراح برنامج قائم على التعاون بين الوالدين والمعالج لتنمية مهـارات الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية لـــــدى عينة من والدى الأطفال التوحديين ..مما يدعو إلى قبول صحة الفرض الثالث القائل " توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي لصالح القياس البعدي " .

- وقد أشارت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة حيث بلغ المتوسط الحسابي في القياس القبلي (٤٩.٤٥) بانحراف معياري (٤.٦١) بينما المتوسط الحسابي للقياس البعدي (٥٢.٣٠) بانحراف معياري (٣.٩٤) كما بلغت قيمة z =(٢.٣٥٦) ويؤكد صحة فرض الدراسة بعدم وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة لعدم تعرضها لبرنامج التدخل المهني .مما يدعو إلى قبول صحة الفرض الرابع القائل " لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي " .

**ملحق الدراسة**

**مقياس تنمية وعي الأمهات بحاجات الطفل التوحدي**

**أولا: البيانات الأولية:**

الاسم ( اختياري ) : .....

**١- السن** (  ) عام .....

**٢- الحالة التعليمية :**

( أ ) أمية (  ) (ب) أقرأ وأكتب (  )

( ج) تعليم متوسط (  ) ( د ) تعليم فوق متوسط (  )

( ه) تعليم عالي (  ) ( و ) دراسات عليا (  )

**٣- الحالة العملية :** .....

**٤- عدد الأبناء :** .....

**٥- متوسط الدخل الشهري :** .....

**( أ ) الحاجات الأساسية ( الأكل - الشرب - الإخراج - اللبس )**

| م | العبـــــــــــــارة | الاستجابة | | |
|---|---|---|---|---|
| | | كثيرا | أحيانا | أبدا |
| ١ | أعرف الوجبات المفضلة للطفل . | | | |
| ٢ | أفهم طفلي عندما يرغب في تناول شراب معين . | | | |
| ٣ | لدي القدرة على معرفة المشروبات المفضلة للطفلي . | | | |
| ٤ | أسعى دائما لعمل وجلات تنال إعجاب طفلي . | | | |
| ٥ | استطيع معرفة الوقت الذي يعطش فيه طفلي . | | | |
| ٦ | أعرف الوقت الذي يريد فيه طفلي القيام بعملية الإخراج . | | | |
| ٧ | أدرب طفلي على تغير ملابسه بمفرده . | | | |
| ٨ | أشعر بطفلي عندما يجوع . | | | |

| م | العبـــــــــــــارة | الاستجابة | | |
|---|---|---|---|---|
| | | كثيرا | أحيانا | أبدا |
| ٩ | أدرب طفلي على الذهاب إلى الحمام بمفرده . | | | |
| ١٠ | أحرص على تعليم طفلي النظافة الشخصية . | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ١١ | أساعد طفلي على اختيار ملابسه . | | | |
| ١٢ | أقوم على تدريب طفلي على كيفية قضاء حاجته بمفرده . | | | |

**( ب ) الحاجات الاجتماعية ( التواصل ـ المشاركة ـ التفاعل ) :**

| م | العبـــــــــــــــــــــارة | الاستجابة | | |
|---|---|---|---|---|
| | | كثيرا | أحيانا | أبدا |
| ١ | أفهم أشارات طفلي بسهولة . | | | |
| ٢ | لدي القدرة على أتواصل البصري مع طفلي . | | | |
| ٣ | أساعد طفلي في التعبير عن احتياجاته . | | | |
| ٤ | أستطيع أن اقنع طفلي بسهولة . | | | |
| ٥ | احرص على إسعاد طفلي . | | | |
| ٦ | أشارك طفلي في وقت لعبه . | | | |
| ٧ | أساعد طفلي على التفاعل مع الآخرين . | | | |
| ٨ | أحرص على مكافأة طفلي عندما ينفذ التعليمات . | | | |
| ٩ | أحفز طفلي على اللعب مع أقران . | | | |
| ١٠ | أتعامل مع طفلي بشكل طبيعي . | | | |
| ١١ | طفلي يهرب من الآخرين . | | | |
| ١٢ | أستطيع أن افهم تعبيرات وجه طفلي ، | | | |

( جـ ) الحاجات النفسية ( الأمن ـ الأمان ـ الطمأنينة ) :

| م | العبـــــــــــــــــــــارة | الاستجابة | | |
|---|---|---|---|---|
| | | كثيرا | أحيانا | أبدا |
| ١ | أشعر طفلي بالطمأنينة . | | | |
| ٢ | أساعد طفلي بان يخرج غضبه . | | | |
| ٣ | أشعر بخوف طفلي من الآخرين . | | | |
| ٤ | أدرب طفلي على عدم التزاحم عند صعود وهبوط السلالم . | | | |
| ٥ | أجيد التعامل مع طفلي عندما يلعب بأسلاك الكهرباء . | | | |
| ٦ | أشعر طفلي بالحنان والدفء ، | | | |
| ٧ | أوعي طفلي بعدم اللعب بالآلات حادت . | | | |
| ٨ | أقوم بتدريب طفلي على استخدام أدوات النظافة الشخصية . | | | |
| ٩ | احرص على تشجيع طفلي بشكل دائم . | | | |
| ١٠ | أجيد التعامل مع طفلي عندما يثور . | | | |
| ١١ | استطيع أن أتعامل مع طفلي عندما يحزن . | | | |
| ١٢ | طفلي يحتاج إلى الهدوء . | | | |

قائمة المراجع


أولاً : المراجع العربية :

١- **أبو الفضل جمال الدين محمد** : لسان العرب ، المجلد الرابع ، بيروت : دار صادر للنشر ، ٢٠٠٣ .

٢- **إبراهيم مدكور** : المعجم الوجيز ، القاهرة : مجمع اللغة العربية ، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية ، ١٩٩٠ .
٣- **إبراهيم مصطفى وآخرون :** المعجم الوسيط ، القاهرة : مجمع اللغة العربية ، ٢٠١١.
٤- **أحمد زكى بدوى** : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، بيروت : مكتبة لبنان ، ١٩٩٩ .
٥- **أحمد شفيق السكرى** : قاموس الخدمة الإجتماعية والخدمات الاجتماعية ، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر ، ٢٠١٣ .
٦- **أحمد مصطفى الشكات :** فعالية برنامج إرشادي إنتقائى للحد من إدمان المواد الإباحية فى خفض التحرش الجنسى والإستمناء للمراهقين ، بحث غير منشور ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، ٢٠١٥.
٧- **أسامة فاروق مصطفى ، السيد كامل الشربينى** : سمات التوحد ، الأردن ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ٢٠١١ .
٨- **أسامة كمال محمد :** فعالية نموذج إنتقائى فى خدمة الفرد لخفض سلوكيات العنف لدى طلاب المرحلة الثانوية ، بحث عير منشور ، رسالة دكتوراه ، كلية الخدمة الإجتماعية ، قسم خدمة الفرد ، جامعة حلوان ، ٢٠١٧ .
٩- **أمل على محمد** : فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الحياتية لدى عينة من الأطفال التوحديين ، كلية رياض الأطفال ، قسم العلوم النفسية ، جامعة الإسكندرية ، ٢٠١١.
١٠- **أمون بنت محمد العتيبى** : أثر برنامج إرشادى أسرى لتقبل الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين بالمنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية ، كلية التربية ، قسم الصحة النفسية ، جامعة المنيا ، ٢٠٠٦ .
١١- **إيمان عيد جابر حسين :** مدخل انتقائي للتخفيف من الضغوط الاجتماعية للأسر حديثة التكوين ، بحث غير منشور ، رسالة دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ٢٠١٥ .
١٢- **إيناس محمود لطفى :** فاعلية برنامج إرشادي انتقائي لتحسين مهارات التواصل بين الزوجين لدى عينة من المعلمين ، بحث غير منشور ، رسالة ماجستير، كلية التربية ، قسم الصحة النفسية ، جامعة عين شمس ، ٢٠١٣ .
١٣- **جبران خليل جبران** : معجم الغنى ، بيروت : دار الساقى للنشر ، ٢٠٠٨ .
١٤- **جودث ميلز ، باتريك أوبيرنى ، ترجمة عبد الناصر عوض ، عبد الناصف شومان :** التقدير فى الخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، ٢٠١٢ .
١٥- **حسن أحمد القرة غولي ، جبار وادي العكيلي** : سيكولوجية الوعي الذاتي والإقناع الاجتماعي ، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، ٢٠١٤ .
١٦- **حسين حسن سليمان وآخرون :** الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة ، بيروت : المؤسسة الجامعية للنشر ، ٢٠٠٥ .
١٧- **سارة أحمد فرج** : العلاقة بين وعى الأم وأساليب المعاملة الوالدية للطفل التوحدى ، كلية الخدمة الاجتماعية ، قسم خدمة الفرد ، جامعة حلوان ، ٢٠١٩.
١٨- **عبد الناصر عوض أحمد:** الخدمة الاجتماعية الأسرية ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ، ٢٠١١ .
١٩- **عفاف محمد السيد :** فاعلية برنامج إرشادى إنتقائى فى تنمية مشاعر السعادة لدى عينة من الأطفال الأيتام ، بحث غير منشور ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ٢٠١٦ .
٢٠- **على حسين زيدان** : خدمة الفرد نماذج ونظريات ، القاهرة : دار المهندس للطباعة ، ٢٠٠٤ .
٢١- **علياء عفان إسماعيل :** استخدام مدخل انتقائي في خدمة الفرد لتنمية تقدير ذات الأطفال الأيتام في المؤسسات الإيوائية ، ، بحث غير منشور ، رسالة دكتوراه ، جامعة الفيوم ، كلية الخدمة الاجتماعية ، ٢٠١٢ .
٢٢- **عمرو محمد عبد المجيد عامر :** تصور مقترح في خدمة الفرد من منظور المدخل الانتقائي للتخفيف من حدة الضغوط الحياتية لدى أسر ضحايا الهجرة غير الرسمية ، ، بحث غير منشور ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، قسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع ، جامعة الأزهر ، ٢٠١٦ .
٢٣- **محمد شريف صفر :** أهم المداخل النظرية الحديثة في خدمة الفرد وتطبيقاتها في المجال المدرسي ، القاهرة : دار النشر بجامعة حلوان ، ١٩٩٧ .
٢٤- **محمد عاطف غيث :** قاموس علم الاجتماع ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٧ .
٢٥- **محمد محروس الشناوي** : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، ٢٠٠٦ .
٢٦- **محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن** : العلاج السلوكي الحديث ، القاهرة : دار قباء للطباعة و النشر ، ٢٠٠٨ .
٢٧- **محمد مصطفى حلمى** : فعالية برنامج انتقائي في خدمة الفرد للتقليل من حدة الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى أبناء قاتلات أزواجهن ، رسالة دكتوراه ، قسم خدمة الفرد ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١٩.

٢٨- **محمد مصطفى عبد الرازق :** فعالية الإرشاد الإنتقائي في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد ، بحث غير منشور ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة المنيا ، ٢٠١٦ .
٢٩- **محمد ياسر الخواجه ، حسين الدريني** : المعجم الوجيز فى علم الاجتماع ، القاهرة : مصر العربية للنشر والتوزيع ، ٢٠١١ .
٣٠- **مصطفى إبراهيم وآخرون** : المعجم الوسيط ، مجمع اللغة العربية ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٨٩.
٣١- **هبة عطية عبد الحميد التباع :** برنامج إرشادي انتقائي لتحسين فاعلية الذات وطرق الاستذكار لدى المكفوفين المتأخرين دراسياً ، بحث غير منشور ، رسالة دكتوراه ، بحث غير منشور ، كلية التربية ، قسم الصحة النفسية، جامعة طنطا ، ٢٠١٤ .
٣٢- **هشام سيد عبد المجيد وآخرون :** التدخل المهني مع الأفراد والأسر في إطار الخدمة الاجتماعية ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ٢٠٠٨ .
٣٣- **هشام سيد عبد المجيد :** أساسيات العمل مع الأفراد والأسر في الخدمة الاجتماعية ، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ٢٠١٥ .
٣٤- **هشام سيد عبد المجيد :** عمليات الممارسة المهنية مع الأفراد والأسر، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ٢٠١٦ .
٣٥- **هناء مصطفى السيد :** برنامج إرشادي لتنمية وعي وسلوك أمهات الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير ، كلية الاقتصاد المنزلي ، جامعة الإسكندرية ، ٢٠١٩.
٣٦- **يحيى صلاح عمر سليمان :** فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في تحسين جودة الحياة لدى عينة من ذوى الإعاقة السمعية ، بحث غير منشور ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، قسم علم النفس ، جامعة أسيوط ، ٢٠١٤ .
٣٧- **يحى حسن درويش** : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، القاهرة : دار نوبار للطباعة ، ١٩٩٨ .
٣٨- **يحيى على عودة :** برنامج إرشادي إنتقائى لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال ، بحث غير منشور ، رسالة دكتوراه ، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية ، جامعة عين شمس ، ٢٠١٦ .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

1- **Caykyatar,A& Ollard, E :** Effectiveness of Parent and Therapist Collaboration Program (PTCP) for Teaching Self- Care and Domestic Skills to Individuals with Autism, Education and Training in Developmental Disabilities, v44 n3,2009.
2- **Crockett, J. L., Fleming, R. K., Doepke, K, J.& Stevens, J.):** Parent training : Acquisition and generalization of discrete trials teaching skills with parents of children with autism. Research in Developmental Disabilities , V26 (1) , 2007.
3- **Dan sinion in praise of pedantic eclecticism :** pitfalls and opportunities in psychotherapy of judying , new York ,oxford university,USA ,2010 .
4- **Donette considine :** Theoretical orientation and clinical practice , Asurvey of eclecticism Amory social workers , capella university , Ph.D , united states , 2006 .
5- **David,N.G:**You Tube Sensation Miranda Seduces Broadway. Los Angeles Times. Adolescent Sibling of individuals with an autism: Testing adiathesis-stress model of sibling well being. Journal of Autism and Developmental Disorder,V39(7),1053-1065,2009.
6- **Elder, J. H., & Alessandro, T:** Supporting Families of children with autism. Pediatric Nursing,V35(4),2009.
7- **Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G Bolt, D. (2010) :** The relative risk and timing of divorce in families of children with an. autism spectrum disorder. Journal of Family Psychology, 24(4).
8- **Ingersoll, B. & Schreibman, L. (2006) :** behavioral intervention to promote learning in individuals with autism. John Wiely Sons,11.
9- **Joachim, Kuclenhoff :** How to combine psychotherapies the integrative process from eclecticism to integration, Schweitzer Archiv fur neurologic and psychiatry, vol 160, (1) , 2009 .
10- **Johnc. Markotwitz :** Psychotherapy and eclecticism , Psychiatric services , vol(56) , (5) , 2005 .

11- **Lindsay Sander : thorb :** Effectiveness of an eclectic social work approach with afourteen year old adolescent female, M.S.W,southern Connecticut university,united states , 2013.
12- **Massey, G. M. (2008) :** Generalizing Prosocial Skills on the playground for children with autism. Dissertation Abstracts International , 68(7) , 2008.
13- **Minnes, P. & Steiner, K :** Paren views on enhancing the quality of health care for their children with Fragile Xsyndrome, Autism or Down syndrome. Child care Health and Development , V35(2) ,2009.
14- **Noland, J. S., Wendy, L. S., Reznick, J. S., Walden, T**: Betterworking memory for non-social targets in infantsibligs of children with autism. Developmental Science, Blackwell Publishing,2009.
15- **Orsmond, I. & Seltzer, M. M :** Adolescent Sibling of individuals with an autism : Testing adiathesisstress model of sibling well-being. Journal of Autism and Developmental Disorder,V39(7),1053-1065,2009.
16- **Sigman, M., Spence, S. J. & Wang, A. T** : Autism From developmental and neuropsychological perspectives. Autism Revclin Psychol,2,3,2006.
17- **Reichman, nancy E , Hope corman and Kelly noonan :** Impact of child disability on the family maternal and child health journal,12.6,2008.
18- **Woods, J** :Increasing Functional and symbolic play skills of children with autism using activity schedules and script-fading. Dissertation – Abstracts International, 68 (10-B) 6949, 2008.
19- **Young, G. S., Merin, N., Rogers,S.J. & Ozonoff, S** : Gaza behavior and affect at 6 months: Predicting Clinical outcomes and language development in typically developing infants and infants at risk for autism Developmental Science,12(5),798-814,2009.