

أهم المشكلات الاجتماعية التي تعاني منها الأسر في رعاية الأطفال التوحيديين وسبل المعالجة وإعادة التأهيل دراسة ميدانية

في مركز رامي لرعاية أطفال التوحد وبطبيئي التعلم
أ.م.د. عبير نجم عبد الله أحمد الخالدي
جامعة بغداد/ مركز البحوث التربوية والنفسية

الملخص:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف بأهم المشكلات الاجتماعية والنفسية التي تتعرض لها الأسر في رعاية الأطفال التوحيديين وما هي أبرز الحلول والمعالجات لأسر الأطفال ولاسيما الوالدين في رعاية هؤلاء الأطفال، وما هي أهم الطرق في إعادة التأهيل والمعالجات التي يقدمها معهد الرحمن (رامي سابقاً) في رعاية الطفل التوحيدي التي تسهم في تذليل الصعوبات التي يتعرض لها هؤلاء.

أهم النتائج التي توصل إليها البحث:

- ١- ٧٤% من الأسر التي لديها طفل توحيدي تعاني من صعوبات في العلاقات الاجتماعية.
- ٢- ٩٢% من عينة البحث يعاني فيها الإخوة من الأعباء النفسية والاجتماعية بوجود أخ توحيدي.
- ٣- ٨٠% من أسر الأطفال التوحيديين يعاني فيها الوالدان من مشاكل واضطرابات أسرية.
- ٤- ٧٠% من الأسر يعاني أطفالها التوحيديون من مشاكل اجتماعية نتيجة إصابتهم بالصرع أو العوق العقلي.
- ٥- ٨٠% من الأسر لجأت إلى المنظمات الدولية لرعاية الطفل داخل وخارج القطر.
- ٦- ٧٨% من أسر أطفال التوحد تؤكد قدرة المعهد على إعادة تأهيل الطفل في قدرته في الاعتماد على نفسه.
- ٧- ٧٤% من عينة البحث تؤكد رعاية المعهد طبيياً للطفل التوحيدي.

أهم التوصيات الخاصة بالأسرة:

- ١- يمكن معالجة نطق الطفل مبكراً لمساعدته على تطوير مهاراته الاجتماعية ولغته.
- ٢- منح الطفل فرصة في إنجاز واجباته التي تساعد على منح الثقة بنفسه وتطور حواسه وتجعله مستقراً.

أهم التوصيات الخاصة بالدولة:

- ١- تقديم سلة غذائية ودوائية خاصة بالطفل التوحيدي.
- ٢- تقديم دعم مادي.
- ٣- تدريب الملاكات المهنية على كيفية إدامة التواصل مع أسر أطفال التوحد.

الفصل الأول/ التعريف بالبحث:

اهتم العالم اهتماماً كبيراً بالأطفال المعاقين في توفير الخدمات التربوية والاجتماعية والنفسية والصحية والتأهيلية اللازمة لهم، وذلك من أجل تنمية قدراتهم الذاتية والعقلية والاجتماعية والمهنية، باعتبارها حقاً من حقوقهم الإنسانية التي اعترف بها الكثير من دول العالم والمواثيق والأعراف

الدولية. ويعد أطفال التوحد أحد فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الذين بحاجة خاصة إلى الاهتمام والرعاية الخاصة وإن أسر هؤلاء الأطفال بهم حاجة إلى الاسترشاد والتوجيه فيما يتعلق برعاية هؤلاء الأطفال وإعادة تأهيلهم والتعرف على أسباب هذه الإعاقة ومشكلات أبنائهم وأساليب الرعاية والتربية والتعليم لهم.

ويرمي البحث التعرف بأطفال التوحد وخصائصهم الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية ومحاولة تبصير أسر هؤلاء الأطفال بفهم سلوكهم والمشكلات المتعلقة بهم وأساليب تدريبهم وعلاجهم وهذا ما توصل اليه البحث الميداني الحالي من أجل احتواء هذه الظاهرة ومحاولة تحجيم المشكلات التي تعاني منها هؤلاء الأسر وسبل المعالجة وإعادة التأهيل.

المبحث الأول/ مشكلة البحث وأهميته:

أولاً: مشكلة البحث

يعد الاهتمام بالجانب الاجتماعي والنفسي لأسر الأطفال التوحديين من الأمور البالغة الأهمية بالنظر لحجم مشكلة الضغط الاجتماعي والنفسي الشديد الذي قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض وتختلف درجة الضغط الاجتماعي والنفسي من فرد إلى آخر داخل الأسرة الواحدة أو بين أسرة وأخرى. ومما لا شك فيه أن الوالدين هم أكثر أفراد الأسرة تعرضاً لتلك الضغوط لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم وعلاقتهم الاجتماعية في البيئة التي يسكنون بها أو في مكان عملهم. ويمكن ملاحظة ذلك من المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين، كمشاعر الذنب، والرفض المستمر للطفل، والحماية الزائدة، وحبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس، والانعزال عن الحياة الاجتماعية، والشعور بالدونية والنقص، والهرب من الواقع، وعدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة، وعدم الانسجام النفسي بين الوالدين وبينهم وبين بقية أفراد الأسرة تبدأ من اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة الطفل في الأسرة هذا الأمر يقود إلى تغيير جذري في مسار الحياة الاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين وكل فرد من أفراد الأسرة.

إن شدة الصدمة والألم قد يشعر بها الوالدان ولاسيما الأم عندما تستقبل نبأ إعاقة طفلها، وليس متساوياً بين الآباء بل يتراوح في شدته بين فرد وآخر، وبين أسرة وأخرى وكذلك بين إعاقة وأخرى. تبرز مشكلة البحث الحالي في عدم قدرة أفراد الأسرة ولاسيما الوالدين على فهم متطلبات الطفل الجديد وطريقة التعامل معه، وكيفية تربيته، وقدرته على التعلم، وهل سينمو مثل بقية الأطفال وهل هناك احتمال لشفائه من هذه الإعاقة وكيفية إعادة تأهيله، وبذلك يكون لولادة الطفل التوحدي في الأسرة الأثر في إيجاد الخلل في التنظيم النفسي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة بغض النظر عن درجة تقبل هذه الأسرة لهذا الطفل.

إن معرفة أهم المشكلات التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحيديين التي سيكون لها الأثر البالغ في التكيف الأسري والاجتماعي والنفسي وكيفية مواجهة هذه المشكلة والتعامل معها ومعالجتها على وفق أسس علمية موضوعية تحد من الآثار والمعوقات التي تعيق مسار هذه الأسر في الحياة الاجتماعية وفي البيئة والمحيط التي تنتمي إليه.

ثانياً: أهمية الدراسة

تؤدي الخبرة المبكرة لدى الأهل دوراً مهماً، من خلال إتباعهم منذ سنوات الأولى، من عمر الطفل، الأساليب العلمية التربوية السليمة للتعامل مع طفلهم، ثم التقليل من السلوك غير المرغوب فيه، وذلك لما يتصف به الطفل في هذا العمر، من المرونة والقابلية للتغيير، إضافة إلى تقليل الضغط والقلق، الناتجين عن عدم معرفتهم الطرق والأساليب المناسبة للتعامل مع طفلهم.

هناك دور كبير ومهم، تلعبه الخبرة المبكرة في حياة الطفل، تلك الخبرة التي يكتسبها الطفل من والديه ومن بيئته المحيطة به، فتأخر الأهل في الكشف عن مشكلة ما، يعاني منها الطفل، يؤدي إلى التأخر في تقديم الخدمات المناسبة له، فالطفل التوحيدي مثلاً، الذي يعاني من ضعف شديد في اللغة، إذا لم تتوافر له الخدمات العلاجية المناسبة في مراحل مبكرة من عمره، أدى به ذلك إلى التأخير في النمو اللغوي.

أثبتت الدراسات المتعددة، أن التدخل المبكر يسهل تطوير نمو الطفل، إضافة إلى تقديم الدعم والمساعدة للأهل، وإيصال الأهل والطفل التوحيدي إلى أقصى حد ممكن، من الإفادة والمساعدة لمجتمعهم.

وتقوم المراكز المتخصصة بعلاج مرض التوحد، بزيادة وعي المجتمع بحاجات الأشخاص الذين يعانون من التوحد وأسرههم ومن يعتني بهم.

وتعد المشكلات التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحيديين والتي لها الأثر البالغ على التكيف الأسري والاجتماعي والنفسي وكيفية مواجهة هذه المشكلة والتعامل معها ومعالجتها على وفق أسس علمية موضوعية ولاسيما الأمر الذي يتعلق بأهمية التدخل المبكر لرعاية وتأهيل الطفل التوحيدي في السنوات الأولى من عمر الطفل إذ تكون المراكز العصبية والحسية في الجهاز العصبي لا تزال في طور التشكل مما يسهل تعديلها وتطويرها، كذلك إن عدم الكشف عن المشكلة في مرحلة مبكرة، يؤثر سلباً في مظاهر النمو الأخرى لدى الطفل، فعدم معالجة أنماط السلوك الحركي الشاذ لدى الطفل التوحيدي، يؤثر سلباً في مظاهر النمو الحركي والمعرفي لديه.

وتبرز أهمية بحثنا الحالي في تسليط الضوء على أهم المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحيدي، ولعل الاضطرابات السلوكية والانفعالية من أكثر المشكلات التي تواجه الأطفال والتي تؤرق الآباء وجميع أفراد الأسر التي ينتمون إليها، ويتميز الأطفال ذوو الاضطرابات الانفعالية أو

السلوكية بأنهم غير قادرين على إقامة علاقات صداقة ناجحة، والواقع أن مشكلتهم الكبرى هي الإخفاق في تكوين روابط عاطفية مَرْضِيَّة ومقنعة مع الآخرين. ويمتاز هؤلاء الأطفال بأنهم انسحابيون وانطوائيون، وقد يحاول الآخرون التقرب إليهم لكن جهودهم هذه تلقى عدم الاهتمام أو الخوف من جانب الطفل. وفي كثير من الحالات إن هذا النمط من الرفض الهادئ يستمر عند الطفل حتى يشعر الذين يحاولون التقرب من الطفل بالملل والضجر.

ومن الخبرات المزعجة للأسر هي محاولة تعليم الأطفال الذين يتميزون بالسلوك العدواني غير الاجتماعي، ويشعر أفراد الأسرة عادة بالقلق بسبب معرفتهم بوجود مشكلة لدى الطفل، وشعورهم بعدم القدرة على عمل أي شيء حيالها، ويتحمل الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية عبئاً لا يتحمله الآخرون الذين يعانون من أنواع أخرى من الاضطرابات.

ثالثاً/ أهداف البحث:

(١) التعرف بأهم المشكلات الاجتماعية والنفسية التي تتعرض لها الأسر في رعاية الأطفال التوحيديين.

(٢) ما هي أبرز الحلول والمعالجات للأسر أطفال التوحيديين ولاسيما الوالدين في رعاية هؤلاء الأطفال.

(٣) أهم الطرق في إعادة التأهيل والمعالجات التي يقدمها معهد الرحمن (رامي سابقاً) في رعاية الطفل التوحيدي والتي تسهم في تذليل الصعوبات التي يتعرض لها هؤلاء.

المبحث الثاني/ تحديد أهم المفاهيم والمصطلحات الواردة في البحث:

(١) التوحد Autism:

كلمتا التوحد Autism وتوحيدي Autistic مشتقتان من الأصل اليوناني Autos وتعني النفس، واليوم تطبق بشكل مباشر على اضطراب تطوري نسميه التوحد، وقد أعطيت التسمية المفضلة توحد الطفولة المبكر Early Infantile Autism أو توحد الأطفال Children Autism. (الزريقات: ٢٠٠٤، ص ٣٨).

والتوحد إعاقة نمائية تطويرية تتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتميز بقصور التفاعل الاجتماعي والاتصال، والأفراد التوحيديون يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة.

(Crepeau et al., 2003 , P.16).

ويعرف عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدمياطي التوحد بأنه من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يؤثر في عمليات النمو بصفة عامة، وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة، إذ يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما

يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين وتبّد المشاعر. (الشخص، ود. عبد الغفار، ١٩٩٩، ص ٢٨٠).

أما هولين Howlin؛ فيعرفه بأنه مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو التلقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغوي، ثم في نمو القدرة على التواصل والتخاطب، والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، وتصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، فيصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل، وكما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه، وأصبح الطفل يعيش منعقلاً على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية هادفة لفترة طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص. (خارج: ٢٠٠٢: ص ٥٢).

وعرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي Association Psychiatric American أن التوحد إعاقة نمو شاملة، يتسم الفرد بالانسحاب من الحياة الاجتماعية، والتأخر الفكري والمشكلات اللغوية والعدوانية تجاه الآخرين، قبل بلوغ الثلاثين شهراً من العمر، والذي يمكن أن تظهر أعراضه المرتبطة به وتشخص لاحقاً، كما أن الاضطرابات التي يعاني منها الطفل لا تكون واضحة أو أكيدة في بداية الأمر، وعادة ما يتضمن طيف الاضطرابات المرتبطة بالعزلة تأثيرات نوعية في التفاعل والتواصل الاجتماعي. (Willis, 2003, p. 16)

مفاهيم حول اضطرابات التواصل

المتعارف عليه	الحقيقة
الأطفال الذين لديهم اضطرابات لغوية لديهم صعوبات كلامية بالتأكيد.	من الممكن أن يمتلك الأطفال نطقاً صحيحاً للحروف وأصوات الكلام ولكن يكون عندهم اضطراب لغوي
الأطفال الذين لديهم اضطرابات بالاتصال هم بالتأكيد يعانون من اضطراب عقلي أو عاطفي.	بعض الأطفال الذين لديهم اضطرابات اتصالية هم أطفال عاديون في التطور الاجتماعي والمعرفي والعاطفي.
الأطفال الذي يتعلمون كما أكبر من اللغة أكثر قدرة على التواصل.	على الرغم من الأبحاث الحديثة في اللغة ونظريات تطور اللغة التي كشفت أشياء كثيرة عن اللغة، إلا إن كم ما يتعلمه الطفل في الصفة ما يزال غير معروف.
اللجلجة هي مظهر أساسي للاضطرابات بين الأفراد مرتفعي الذكاء فالأفراد الذين يتمتعون في الصغر يكبرون وهم يتمتعون.	اللجلجة في أي مستوى من القدرة العقلية بعض الأطفال الذين يتمتعون في الصغر يتفوقون عن التمتمة في الكبر والمراهقة، واللجلجة مشكلة أساسية في الأطفال وعند الذكور أكثر.
الاضطراب النطقي ليس صعباً ويمكن دائماً تصحيحه.	الاضطراب النطقي يمكن أن يجعل الكلام غير منطقي ومن الصعب تصحيحه إذا كان الطفل مضطرباً ومهتزاً.
الأطفال الذين يمتلكون شقاً في سقف الحلق يمتلكون لغة غير سليمة.	الأطفال الذين يولدون بهذا النقص يمكن أن يكون عندهم اضطراب اتصالي وهذا غير صحيح ويعتمد على طبيعة الشق والعلاج الطبيعي.
لا توجد علاقة بين الذكاء والاضطرابات الكلامية.	اضطرابات الاتصال تميل للحدوث مع الأطفال المتدني الذكاء وليس من المستبعد أن تحدث مع الأطفال الذين لديهم مستوى عال من الذكاء.
لا يوجد تداخل بين اضطرابات اللغة وعدم القدرة على التعلم.	الاضطرابات اللغوية (كتابة، قراءة، استماع، محادثة) هي سمات رئيسة لعدم القدرة على التعلم.

(Hall ahan, D.P. Kauffwan, J.M. (1991) Exception Children introduction to special Education, New York, P. 154.

التأهيل: عرّف هاميلتون (١٩٥٠) التأهيل: عملية تهدف إلى تقدير القدرات النافعة لدى الفرد المعوق وتنميتها وتوظيفها أو الاستفادة منها. أما المغلوث (١٩٩٩)؛ فقد عرّف التأهيل بأنه عبارة عن مجموعة الجهود التي تبذل خلال مدة محدودة نحو هدف محدد لتمكين الشخص وعائلته من التغلب على الآثار الناجمة عن العجز واكتساب أو استعادة دوره في الحياة معتمداً على نفسه والوصول به إلى أفضل مستوى وظيفي عقلي أو جسماني أو اجتماعي. (المغلوث: ١٩٩٩، ص٤٦)

وبشير القريوتي (١٩٩٥) إلى أن التأهيل يمثل مجموعة من الجهود والأنشطة والبرامج المنسقة والمنظمة والمتصلة التي تقدم للأفراد بقصد تدريبهم أو إعادة تدريبهم لمساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم الجسمية أو العقلية أو النفسية أو الاجتماعية. أما الشناوي (١٩٩٨)؛ فقد عرف التأهيل بأنه العملية التي تتصافر فيها جهود فريق من المختصين في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص المعوق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق في الحياة بتقدير طاقاته ومساعدته على تنميتها والاستفادة منها لأقصى ما يمكنه. (الشناوي: ١٤١٩هـ، ص٢٨).

وإذا نظرنا إلى وجهة النظر التشريعية فقد جاء بتعريف منظمة الصحة العالمية أن التأهيل ((هو الإفادة من الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية من أجل تدريب وإعادة ترتيب الأفراد لتحسين مستوياتهم الوظيفية)). (الشهري: ١٤١٤هـ، ص١٧) أما أنواع التأهيل؛ فهي:

١) التأهيل المجتمعي (Community Based Rehabilitation (CBR): استراتيجية أو منهج يقوم على استثمار الموارد والخدمات المحلية المتاحة في كل مجتمع سكاني وتسهيل إمكانية الاستفادة المعاقين من تلك الموارد والخدمات أسوة ببقية أفراد المجتمع. (الروسان: ١٩٩٦، ص٢٨)

٢) التأهيل الاجتماعي Social Rehabilitation: هو جانب من جوانب عملية التأهيل العامة التي يمر بها المعاق ويهدف إلى مساعدته على التكيف مع مطالب الأسرة والمجتمع، والعمل على تخفيض الأعباء الاجتماعية والاقتصادية، وتعمل على تسهيل دمج المعاق في المجتمع والمحيط الذي يعيش فيه. (سالم: ٢٠٠٨، ص٦)

٣) التأهيل النفسي Psychological Rehabilitation: هو ذلك الجانب من عملية التأهيل الشاملة والتي ترمي إلى تقديم الخدمات النفسية التي تهتم بتكيف الشخص المعوق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقته مع هذا العالم، كما يهدف التأهيل النفسي إلى الوصول بالفرد لأقصى درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته وتقبل إعاقته.

٤) التأهيل التربوي الأكاديمي (التربية الخاصة) Educational Academic Rehabilitation (Special-Education): هو تنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية من حيث إعداد الوسائل التعليمية والتقنية التي تعد ضرورة لنماء الجوانب المعرفية والعقلية لذوي الحاجات الخاصة، مع الاهتمام بالبرامج الوقائية التي تقلل من حدوث الإعاقات بينهم من طريق التربية الخاصة، والمقصود بها مجموعة من البرامج التربوية المتخصصة التي تقدم لفئات الأطفال غير العاديين من أجل: أ- مساعدتهم على التكيف، ب- تحقيق ذواتهم، ج- تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن.

٥) التأهيل الطبي: هو محاولة استعادة أقصى ما يمكن توفيره للشخص المعاق من قدرات بدنية سواء من طريق علاج هذه الحالة بالأدوية أو بالعلاج الجراحي أو بالعلاج الطبيعي أو العلاج بالعمل أو علاج عيوب النطق مع الاستعانة بالأجهزة المساعدة. (الزارع: ٢٠٠٦، ص ٥٨) ومن عرضنا لما سبق من توضيح لمفهوم التأهيل يمكننا أن نتوصل إلى التعريف الإجرائي لهذا المفهوم بأنه جهد مشترك لمجموعة من الاختصاصات بهدف تدعيم وتوظيف قدرات الفرد ليكون قادراً متكيفاً مع الإعاقة ومتطلباتها إلى أعلى درجة ممكنة، بتوفير الفرص والإمكانات لتعليم المعوق والعمل على اكتساب المعرفة ونموها في الميادين والمراحل التعليمية المختلفة.

الفصل الثاني/ الإطار النظري:

المبحث الأول/ النظريات المفسرة للتوحد:

١. نظرية المنشأ النفسي الاجتماعي:

تؤكد هذه النظرية بأن عدم دراية الأبوين وإهمالهم وعدم العناية بتربية الأبناء، يُعد من الأسباب الرئيسة للإصابة بالتوحد.

ومن المؤيدين لهذا التفسير برونو بينتلهايم Bruno Bettelheim، إذ كان يقوم بنقل الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كأسلوب لعلاج التوحد، وإذ كان ذلك يبعث على الارتياح عند آباء وأمّهات أبنائهم المصابين بالتوحد.

والواقع أن هذه النظرية استبدلت بالنظريات البيولوجية القائمة على وجود خلل في بعض أجزاء المخ نتيجة لعوامل بيولوجية (مثل الجينات، صعوبات فترة الحمل والولادة، أو الالتهابات الفيروسية). (الوقفي: ٢٠٠٠، ص ١٦).

٢. النظرية البيولوجية Biological Theory

تؤكد هذه النظرية أن الإصابة في الغالب مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية أو مشكلات صحية محددة مثل الصرع، ويصعب تحديد عوامل اجتماعية للإصابة بالتوحد، ومن حيث النظرية البيولوجية نجد أن التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث وينتشر في كل المجتمعات والثقافات. ومن حيث الإعاقات المصاحبة للتوحد، فإنه تتمثل في الإعاقة العقلية، والصرع وأعراض

العصبية وصعوبات أثناء الحمل ومشكلات أثناء الولادة. ومن حيث الارتباط بين التوحد وحالات أخرى، نجد أن هناك حالات وراثية (جينية) وحالات أيضية، والتهابات فيروسية. وفي الواقع أن هناك أسباباً بيولوجية مستترة (خفية)، تصاحب كل حالة من حالات التوحد، ولم يتم التعرف على هذه الأسباب إلا في حالات قليلة، كما أنه يصعب القبول بالنظرية البيولوجية عندما نجد أن الإصابة بالتوحد لا يصاحبها عوق عقلي أو صرع، في حين عند الكشف عن الإصابة بالتوحد عند بعض الأطفال نجد أن الإصابة مصحوبة بحالات طبية مختلفة. (Bockeley: 1998, P. 16).

وهناك العديد من المؤشرات الدالة على أن التوحد يحدث نتيجة لعوامل بيولوجية تؤدي إلى خلل في بعض أجزاء المخ، ومن تلك المؤشرات أن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية.

كل ذلك يقودنا إلى الاستنتاج بأن هناك أسباباً طبية مستترة خفية وراء كل حالات التوحد لم يتم التعرف إلا على القليل منها. (Green, 1996, P.15).

٣. نظرية الاختلال الوظيفي لمراكز التحكم في المخ

تتمثل هذه النظرية في أن كل جزء من الدماغ له خاصية وعمل معين، فقشرة الدماغ تتكون من جزئين أيمن وأيسر أو كل فعالية لها موقعها الخاص فيهما، أحدى قشريتي الدماغ عادة ما تكون المسيطرة وفيها مركز المقدرات اللغوية ويقع مركز الوقف في الجزء الصدغي، ويعد الجزء الحيزي مركزاً لتحديد المكان والإدراك الحسي. وقد لوحظ أنه مع الزيادة في العمر هناك زيادة في القدرات والتركيز في الدماغ، لكن في حالة التوحد هناك نظرية الاختلاف الوظيفي لمراكز التحكم من المخ حيث يعمل نصفاً قشرة المخ بطريقة غير طبيعية، فيكون هناك بعض الفعاليات تعمل في النصف المعاكس، مما يؤدي إلى فوضى وتشويش في عمل المراكز الحسية. (Bergeson, 2003, P.22)

المبحث الثاني/ أسباب التوحد:

هناك عدة عوامل للإصابة بمرض التوحد.

(١) العوامل الجينية: يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي، فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، إذ تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة أكثر من التوائم الأخوية.

(٢) العوامل المناعية: أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي فالعوامل الجينية وكذلك الشذوذ في منظومة المناعة مقررة لدى التوحديين.

٣) العوامل العصبية: النسبة الكبيرة في الحجم في كل من الفص الفقري Occipital Lobe والفص الجداري Temporal Lobe وأظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضاً في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ تحتوي على الفص الجداري Temporal lobe مما يؤثر في العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة، أما باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي. (Abrahams: 2008, P. 16)

٤) عوامل كيميائية حيوية: العديد من الدراسات بينت ارتفاعاً في مادة حمض الهوموفانينيك Homovaniticacid في السائل النخاعي وهذه المادة هي الناتج الرئيس لأبيض الدوبامين مما يشير إلى احتمالات ارتفاع مستوى الدوبامين في مخ أطفال التوحد.

٥) التلوث البيئي: ثبتت علاقة الإصابة بالتوحد نتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيمياءويات وتركيزات مرتفعة في الهواء المملوء بالزئبق والكاديوم Cadmium في ارتفاع نسبة الأطفال التوحديين.

٦) العفاقير: ارتباط الإصابة بالتطعيمات وخاصة التطعيم الثلاثي، ويعزز هذا الافتراض زيادة التطعيمات التي تعطى للأطفال إلى أن وصلت (٤١) تطعيماً قبل بلوغ الطفل العامين كما أن وجود نسبة عالية من المعادن الثقيلة داخل جسم الأطفال المصابين بالتوحد التي هي من مصادر بيئية ومن ضمنها اللقاحات أعطت دعماً قوياً للفرضية.

٧) الخمر والمخدرات: اهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني Alcohol Symptom Fetal والتوحد فالأثينول Ethanol معروف أنه سبب للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي، ويبدو أنه من المعقول أن نتوقع زيادة مخاطر الإصابة بالتوحد. (American Psychiatric Association: 2000, P. 16)

٨) التدخين: انتهت نتائج دراسة هيلتمن وآخرين (Hultman et al., 2002) إلى ارتفاع تدخين الأم في أثناء الحمل قد يكون سبباً في إصابة الطفل بالتوحد.

٩) إصابة الأم بالأمراض المعدية: أوضحت بعض الدراسات بأن الأعراض التي نراها في الأطفال المصابين باضطراب الطيف التوحدي ASC من المحتمل أن تكون ناتجة عبر العدوى، حيث أوضح Vojdani أن عينات دم الأطفال المصابين بالتوحد أظهرت وجود أجسام مضادة تتفاعل مع بروتين الحليب، وهما عدويان شائعتان، والمشكلة أن هذه الاجسام المضادة التي تتفاعل مع هذه البروتينات والعدوى ربما تتلف الحاجز الدموي الدماغي BBB الذي يضم هذه مع السموم مثل الزئبق أو المادة الحافظة في تحصينات الأطفال ويمكن أن تعبر المخ من خلال الحاجز الدموي الدماغي التالفة مسببة تلفاً لخلايا المخ.

١٠) أسباب اجتماعية: ويؤكد ذوو الاختصاص في مجال علم الاجتماع أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم فضلاً عن وجود بعض المشكلات

الأسرية وهذا يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه وبعد ذلك تظهر عليه أعراض التوحد (Morries: 1981, P.31).

ومن الذين يتبنون هذه النظرية (Bootman & Zurck,1960) واعتقد بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات غير الطبيعية. فقد كتب كانر أنّ جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبل كانوا من ذوي التحصيل العلمي العالي لكنهم كانوا غربيي التصرف مفرطي الذكاء والإدراك الذهني، صارمين، منعزلين، جديين، يكرسون أوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم. وهو يرى بأن توحد الطفولة المبكر قد يكون مبكراً عائداً إلى وراثة الطفل لعامل بعد أو انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة أو نتيجة للأساليب الغربية التي يعتمد عليها الأبوان الغربيان أثناء تربية طفلهما أو بسبب تداخل تلك المشكلات معاً. (IPid. P.93).

المبحث الثالث/ انعكاسات الأطفال التوحديين على الأسرة:

المحور الأول/ الآثار الجانبية المترتبة على وجود الطفل التوحدي في الأسرة:

أكد Farber في أبحاثه أثر وجود الطفل التوحدي في العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة بعضهم ببعض وبين أفراد الأسرة والآخرين خارج نطاق الأسرة نفسها، وأشار إلى وجود آثار سلبية وأخرى إيجابية على تكيف الأخوة والأخوات في المجتمع ولاسيما المدرسة التي يدرسون بها. وأشار Simeonsson عام ١٩٨١ إلى أن وجود الطفل التوحدي في الأسرة قد يخلق جواً من عدم التنظيم الأسري، وتبرز الخلافات بين أفراد الأسرة، وقد تؤدي إلى انفصال الوالدين أو إلى المشكلات في العلاقات بينهم وقد تميل بعض الأسر إلى عزل نفسها عن المجتمع وقطع علاقتها بغيرها من الأسر لاعتقادهم بأن الأسر الأخرى عادة ما تتكلم عليهم في لقاءاتها. (الجلبي، ٢٠٠٥م، ص٢٦).

المحور الثاني: الآثار الاقتصادية المترتبة على وجود الطفل التوحدي في الأسرة

لاشك أن وجود الطفل التوحدي في الأسرة يضيف إلى أعباءها النفسية والاجتماعية أعباءً أخرى مالية أو اقتصادية، هذا إذا ما علمنا أن هذه الأعباء غالباً ما تكون دائمة وتستمر طوال فترة حياة هذا الطفل، إذ إن الطفل التوحدي يحتاج إلى متطلبات أكثر بكثير من غيره من الأطفال في الأسرة، فهم يحتاجون إلى وقت ورعاية وحضانة وتدريب وتكاليف أكثر من غيرهم، فضلاً عن أن قضاء الأم معظم وقتها مع الطفل أسهم بشكل كبير في انقطاع الأم عن العمل. (Farber: 2000, P.116).

المبحث الرابع/ استجابة الأسرة لمولد الطفل التوحيدي:

تمر أسرة الطفل التوحيدي بخمس مراحل يمكن تمييزها بشكل نسبي والإشارة إليها بالخطوات الآتية:

١. مرحلة الصدمة:

وهذا الشعور الذي يشعر به الوالدان بمجرد مولد الطفل التوحيدي أو بمجرد علمهما بوجود إعاقة لدى الطفل. هذا الواقع يوقظهما من الحلم الجميل على طفل معوق يعاني من مشكلة أو مشكلات واضطرابات انفعالية وسلوكية ونفسية وجسدية وحسية فضلاً عن العقلية في بعض الأحيان.

٢. مرحلة الإنكار والتشكيك:

وغالبا ما يتبع الشعور بالصدمة إنكار لهذا الواقع الصادم وعدم تصديقه أو التشكيك في صحته ولاسيما إذا كانت المعلومات عن إعاقة الطفل قد توافرت قبل مولده، ويظل الأمل قائماً في عدم دقة المعلومات المتاحة والرجاء في أن يولد الطفل سليماً بريئاً من أي عيوب. (كفاني: ٢٠٠٩: ص ٢٨١).

٣. مرحلة الانفعالات العنيفة:

وعادة لا تستغرق المرحلتان السابقتان وقتاً طويلاً حيث يفيق الوالدان من الصدمة أو الإنكار بالشك على الواقع المر الذي عليهما أن يتجرعاه وان يعترف به، وهي مرحلة تتسم بالحزن العميق المزدوج بالقلق الشديد، وبتفاوت الحزن والقلق مع الشعور بالغضب والسخط وعدم الرضا بما حدث مع التساؤل عن سبب هذه الإعاقة، وكيف حدثت؟ وما عسى أن يكون موقفهما من الطفل ومن الشعور نحوه وما مستقبله؟

٤. مرحلة التكيف وقبول الأمر الواقع:

وبعد مرحلة الانفعالات العاصفة أو العنيفة من حزن وقلق وشعور بعدم الرضا تأتي مرحلة قبول الأمر الواقع ومحاولة الأسرة التكيف مع هذه الواقع الجديد، علماً بأن مرحلة الانفعالات قد تطول عند بعض الأسر، وتتأخر مرحلة التكيف وقبول الأمر الواقع، وتعاني هذه الأسر الأخيرة من مرحلة طويلة نسبياً من التخبط والسلوك العشوائي والقرارات المتناقضة والمضطربة التي تتم على غير أساس موضوعي، وقد تقصر هذه المدة عند بعض الأسر الأخرى ولا تأخذ وقتاً طويلاً حتى تصل الأسرة إلى مرحلة التكيف المعتمدة على تقبل الأمر الواقع. (العيسوي: ١٩٩٩، ص ٦٠)

ويتوقف طول مدة الفترة السابقة (مرحلة التكيف) على بعض العوامل منها شخصية الوالدين ودرجة إيمانها بقضاء الله وقدره ومدى المعلومات المتاحة أمامها وعن أساليب مواجهتهما وثقتهم في قدرتهما على تحمل الموقف وتجاوزه والتعامل مع الواقع الصعب بموضوعيه وعلى تصورهما لمستقبل هذا الطفل.

وبصرف النظر عن طول مرحلة الانفعالات أو قصرها فإن معظم الأسر التي فيها طفل معوق تصل إلى مرحلة تقبل فيها الأمر الواقع وتحاول أن تكيف نفسها وأوضاعها مع الواقع الذي يمثله وجود طفل توحدي فيها. مع الأخذ بنظر الاعتبار أن هناك فروقاً فردية كبيرة بين الأسر في درجة تقبل الوالدين للوضع، وسرعة التقبل، وإصدار الوالدين السلوك الرشيد والناصح للموقف. (كفاني: مصدر سابق، ص ٢٨٥)

٥. مرحلة البحث عن الخدمات:

وهذه المرحلة تعتمد على التشخيص الجيد لإعاقة الطفل التوحدي وعلى درجة الضرر الذي يعاني منه من اضطرابات أو خلل وظيفي وحركي وحسي وإدراكي للطفل وتتوقف إلى حد كبير على مدى توفر هذه الخدمات في المجتمع. ويمكن أن نلخص الخدمات بالآتي:

أولاً: الخدمات الطبية: ولاسيما خدمات الاكتشاف المبكر، وهي من واجبات وزارتي الصحة والتعليم فيما يتحقق من المسوح والكشوف الدورية، فضلاً عن الإشراف الطبي المستمر والرعاية الصحية الشاملة.

ثانياً: خدمات النوعية مثل خدمات العلاج الطبيعي ولاسيما الأطفال الذين يعانون من خلل واضطراب وظيفي حركي كبير والذين يعانون من عجز أو قصور في الأداء الحركي، وكذلك خدمات اللغة والتخاطب وتوفير الأجهزة التعويضية التي تسهل حركة الطفل. (Abrahams, Ipd, P. 191)

ثالثاً: الخدمات التعليمية: التعليم خدمة أساسية للمواطن، وهناك الخدمات التعليمية المناسبة لمرضى التوحد ومعظم الدول المتقدمة توفر الخدمات التعليمية للذين يعانون الإعاقات العقلية (مدارس التربية الخاصة الفكرية).

رابعاً: خدمات التأهيل والتوظيف: وهي من حق الطفل الذي يعاني من مرض التوحد لينال فرصة في التعليم بحيث يعد للعيش حياة مستقلة وهي ما تقوم به المراكز التأهيلية والتدريبية لرعاية الأطفال بطيئي التعلم والأطفال التوحديين من اختصاصيين في مجال علم الاجتماع والنفس فضلاً عن الفريق الطبي للاختصاصات التي تتعلق بأخذ العلاجات الطبية في هذا المجال وهو مكمل لفريق المختصين في حقل علم الاجتماع وعلم النفس الموجود في المعهد. (Iped, P. 199)

إلى بعض الدراسات المنشورة في الانترنت، وبعد ذلك قامت الباحثة بإجراء زيارات ميدانية إلى المعهد الذي يتواجد فيه الأطفال التوحيديون في مدينة بغداد/ معهد الرحمن، رامي سابقاً.

وقد تضمنت الدراسة الاستطلاعية سؤالاً مفتوحاً موجهاً إلى أفراد العينة الاستطلاعية البالغ عددهم (٣٠) أعطيت بموجبها الفرصة للمبحوثين للإجابة عن هذا السؤال بصدق وصراحة أكبر مما لو كان مغلقاً^(*).

١. ما هي باعتقادك أهم المشكلات الاجتماعية التي تعاني منها الأسر في رعاية الطفل التوحيدي؟ وبعد الحصول على إجابة العينة فرغت وحولت الإجابات الواردة فيها إلى فقرات، إذ كانت الإجابات المصدر الأساس لإعداد الاستبانة، وتمكنت الباحثة من صياغة فقرات أضيفت إلى الفقرات المستحصلة من الدراسات السابقة من الإطار النظري. وبعد تسلم الاستبانات تمكنت الباحثة من استخلاص مجموعة من الفقرات تضمنت محورين، محور المعلومات الأولية، والمحور الآخر حول المعلومات الاختصاصية. وتم إعداد الاستبانة بصورتها النهائية وتهيأتها للدراسة الميدانية بعد أن مرت بالمرحلتين الآتيتين:

أ. اختبار صدق المقياس - Validity of the lest.

ب. اختبار ثبات المقياس - Reliability of the lest.

أولاً: اختبار صدق المقياس:

عرضت الباحثة الاستبانة على عدد من الخبراء والأساتذة المختصين في العلوم ذات الصلة وذلك للتحقق من صدق فقرات الاستبانة وأبداء آرائهم حولها من زاوية موافقتهم أو عدمها، للتأكد من دقة المعلومات التي انطوى عليها المقياس، هذا وقد اكتسبت الاستبانة قيمة صدق الاستبيان بعد أن قومه الخبراء ووجدنا أن قيمة الثبات عالية، إذ كانت (٩٢%) وهذا يشير إلى أن المقياس يتسم بالمصدقية ويمكن الاعتماد عليه في جمع المعلومات الميدانية من الأسر المبحوثة.

^(*) يفضل الاعتماد على الحصر الشامل إذا كان مجتمع البحث صغيراً ومركزاً في مكان محدد، وإذا كان هدف البحث هو جمع البيانات من مجتمع البحث بكامله، أو إذا كانت النتائج المطلوب التوصل إليها على درجة كبيرة من الأهمية. انظر: السعدي، الغول، مناهج البحث، الدار الجامعية للطباعة، القاهرة، ١٩٩٩.

الخبراء

أ.د. عدنان ياسين مصطفى	علم الاجتماع	كلية التربية بنات / جامعة بغداد.
أ.م.د. أساور عبد الحسين عبد السادة	علم الاجتماع	كلية التربية بنات / جامعة بغداد
أ.م.د. زينب محمد صالح	علم الاجتماع	كلية التربية بنات / جامعة بغداد
أ.م.د. أحلام شيت خطاب	علم الاجتماع	كلية التربية بنات / جامعة بغداد
أ.م.د. أركان سعيد خطاب	فلسفة تربية	مركز البحوث التربوية والنفسية /
أ.م.د. سعاد راضي الأعرجي	علم الاجتماع	كلية التربية بنات / جامعة بغداد
أ.م.د. وجدان جعفر الحكاك	قياس وتقويم	مركز البحوث التربوية والنفسية /
أ.م.د. ناطق فحل الكبيسي	علم النفس الإكلينيكي	مركز البحوث التربوية والنفسية
أ.م.د. إيمان محمد حمدان	إرشاد تربوي	مركز البحوث التربوية والنفسية

ثانياً/ اختبار ثبات المقياس :Reliability of the test

نعني بثبات المقياس قدرة المقياس على الحفاظ على الدرجات التي يتوصل إليها مهما تكون عدد المرات التي يكرر فيها الاختبار. ومن أهم القضايا أن يكون إعادة الاختبار تحديد المدة التي تفصل بين تنفيذ الاختبارين، وأن تكون كافية نوعاً ما ولا تكون قصيرة جداً فتسمح لشخص أن يستذكر ما أجاب، ولكن يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار بأن المدة لا تكون طويلة جداً بحيث تستجد ظروف وعوامل جديدة فتؤثر في طبيعة الإجابة وقد قامت الباحثة بإجراء مقابلتين مع (١٠) مبحوثين، وبعد أن تمت إجاباتهم عدنا إليهم مرة ثانية بعد مرور (١٠) أيام من المقابلة الأولى، وقد قمنا بإحصاء درجات كل مبحوث بعد أن تمت إجاباتهم عن الاسئلة الاستيعابية بالمقابلة الأولى والثانية، ووجدنا بعد استخدام قانون سبيرمان أن هناك ترابطاً عالياً بين المقابلتين، فكانت قيمة الترابط (+٠.٩١) أي أن المبحوثين يفهمون أسئلة المقياس وأن إجاباتهم في المقابلتين تقريباً متطابقة، وعليه إن المقياس يتسم بالثبات أي المقياس معتدل ويمكن الاعتماد عليه في المقابلات الميدانية.

المحور الثاني: المقابلة Interview

قامت الباحثة في أثناء مقابلة أولياء أمور المبحوثين وأعضاء الهيئة التعليمية في المعهد أن ما يدلون به من معلومات ستكون بأمانة الباحثة ولم يطلع أحد على الأسرار والمشكلات والمعوقات التي تتعرض لها أسر أطفال التوحد وهي خاصة لأغراض الدراسة والبحث العلمي، وكانت الأسئلة توجه بلغة بسيطة وسلسلة، كما حرصنا في أثناء عملية إجراء المقابلة على توفير عامل الثقة بين الطرفين بتحاشي السؤال عن اسم الأسرة الكامل ومراعاة عامل المرونة في الزمن الذي تتطلبه المقابلة.

ومن المقابلة الميدانية للباحثة مع مديرة مركز رمي تبيّن أن أهداف التي يسعى المعهد إلى تحقيقها في رعاية الأطفال التوحديين تتمثل بما يأتي:

- ١- العلاج باللعب.
- ٢- تقليل العزلة الموجودة لديه بإشراكه تدريجياً مع الآخرين.
- ٣- تشجيع المهارات والأنشطة الاجتماعية.
- ٤- علاج النطق لتحسين التواصل.
- ٥- العلاج الوظيفي لتطوير المهارات الحسية لدى الطفل.
- ٦- مساندة الأهل لتخطي أهم المعوقات والصعوبات التي يواجهونها في رعاية الطفل التوحدي.
- ٧- التركيز في إشراك الطفل في أنشطة اجتماعية صغيرة مع أطفال عاديين أي اتباع سياسة الدمج. من خلال إعادة التأهيل لبعض الأطفال الذين يعانون من طيف توحدي بسيط يمكن أن يتم دمجهم في المدارس والمؤسسات التربوية الخاصة بالأطفال غير المعوقين (الأسياء).

تحليل البيانات الإحصائية

جدول (١)

النسبة	التكرارات	الجنس
٨٤	٤٢	ذكر
١٦	٨	أنثى
%١٠٠	٥٠	المجموع

أكدت نتائج التحليل الإحصائي أن أغلبية العينة من الذكور وبمجموع (٤٢) وبنسبة (٨٤%)، في حين كانت نسبة الإناث فقط (١٦%) وبمجموع (٨). وهذه النتائج تؤكد ما أكدته البحوث والدراسات العلمية حول ارتفاع نسبة إصابة الذكور بهذا المرض إذا ما قارناه بمعدل إصابة الإناث به.

جدول (٢)

النسبة	التكرارات	العمر
٤٠	٢٠	٥ - ٢
٣٦	١٨	٨ - ٦
٦	٣	١١ - ٩
١٤	٧	١٤ - ١٢
٤	٢	١٥ - فأكثر
%١٠٠	٥٠	المجموع

وفي الجدول (٢) نلاحظ ارتفاع نسبة الأطفال في الأعمار (٥-٤) سنوات وبمجموع (٢٠) وبنسبة (٤٠%) وفي المرتبة الثانية (٨-٦) سنوات وبمجموع (١٨) وبنسبة (٣٦%). أما في المرتبة الثالثة (١٤-١٢) سنة وبمجموع (٧) وبنسبة (٦%)، والمرتبة الأخيرة (١٥ - فأكثر) وبمجموع (٢) وبنسبة (٤%) فقط.

جدول (٣)

النسبة المئوية	التكرارات	الحالة التعليمية
٤	٢	أمية
٢	١	ابتدائية
٢	١	متوسطة
١٢	٦	ثانوية
٤٨	٢٤	كلية
٣٢	١٦	دراسات عليا
١٠٠%	٥٠	المجموع

نلاحظ في الجدول (٣) ارتفاع مؤشر التعليم لدى آباء أطفال التوحد بشكل لافت للنظر فسجلت أعلى نسبة الحالة التعليمية لوالد الطفل (البكالوريوس) الكلية ومجموع (٢٤) ونسبة (٤٨%) تلتها بالمرتبة الثانية حملة الشهادات العليا وبمجموعة (١٦) ونسبة (٣٢%) يليها من حملة شهادة الثانوية مجموع (٦) ونسبة (١٢) وهكذا النسبة تنخفض كلما قل مستوى تعليم والد الطفل، وهذا ما أكده العالم كارنر أن الإصابة بالتوحد لدى الأطفال الذين لديهم آباء مفرطو الذكاء بسبب طبيعة شخصيتهم لكونهم صارمين منعزلين وجديين يكرسون أوقاتهم لمهنتهم أكثر من أسرهم يكون العامل الرئيس لإصابة أطفالهم بطيف التوحد.

جدول (٤) الحالة التعليمية للأم

النسبة	التكرارات	الحالة التعليمية للأم
٤	٢	أمية
٦	٣	ابتدائية
٦	٣	متوسطة
٤	٢	ثانوية
٤٦	٢٣	كلية
٣٤	١٧	دراسات عليا
١٠٠%	٥٠	مجموع

ويشير الجدول (٤) إلى ارتفاع المستوى التعليمي لوالدة الطفل التوحد إذ سجلت بالمرتبة الأولى من هم حملة شهادة البكالوريوس ومجموع ٢٣ ونسبة (٤٦%)، يليها في المرتبة الثانية حملة الشهادات العليا وبمجموع (١٧) ونسبة (٣٤%)، وتتنخفض نسبة الإصابة كلما قل المستوى التعليمي لوالدة الطفل.

أما السبب الذي يرجع إلى ارتفاع مستوى الإصابة كلما ارتفع مستوى التعليم فيعود إلى:

١ - أن أغلب أولياء أمور هؤلاء الأطفال هم من الأطباء والمهندسين وحملة الشهادات العليا وكل ذلك بسبب العزلة الاجتماعية المؤدية إلى إصابة الطفل بالتوحد نتيجة قضاء أغلب أوقات الوالدين خارج المنزل ويبقى الطفل وحيداً مع الألعاب الإلكترونية وقضاء ساعات طويلة أمام التلفاز مما يزيد عزلته وإصابته بهذا المرض.

جدول (٥) تسلسل الطفل بين إخوته

النسبة المئوية	التكرارات	تسلسل الطفل بين إخوته
٥٨	٢٩	الأول
١٢	٦	الثاني
٢٠	١٠	الثالث
١٠	٥	الرابع
%١٠٠	٥٠	المجموع

يشير الجدول رقم (٥) إلى ارتفاع نسبة تسلسل الطفل الذي يحتل المرتبة الأولى بين إخوته ومجموع (٢٩) ونسبة (٥٨%) و يليه المرتبة الثانية الطفل الذي يحمل التسلسل الثالث ومجموع (١٠) ونسبة (٢٠%)، ثم الذي يحتل التسلسل الثاني (بمجموع ٦) ونسبة (١٢%)، وأخيراً تحيل المرتبة الرابعة (بمجموع ٥) بنسبة (١٠%) عينة البحث.

جدول (٦) الحالة الاقتصادية لأسرة الطفل

النسبة المئوية	التكرارات	الحالة الاقتصادية
٦	٣	فقيرة
٦	٣	مكتفية
٤٠	٢٠	متوسطة
٤٨	٢٤	مرفهة
%١٠٠	٥٠	المجموع

يشير الجدول (٦) إلى ارتفاع نسبة الأسر المرفهة وبمجموع (٢٤) أسرة ونسبة (٤٨%) تليها الأسر ذوي الدخل المتوسط العالي ونسبة (٤٠%) وبمجموع (٢٠) أسرة وينخفض المعدل بشكل ملحوظ لدى الأسر الفقيرة والمكتفية.

جدول (٧) مهنة وعمل والد الطفل تكفي للإعالة

النسبة المئوية	التكرارات	اكتفاء والد الطفل
٧٠	٣٥	نعم
٣٠	١٥	لا
%١٠٠	٥٠	المجموع

أكدت أغلبية العينة بواقع (٣٥) أسرة اكتفاء مهنة وعمل والد الطفل لإعالته في حين أكدت (١٥) أسرة ونسبة (٣٠%) بعدم اكتفاء مهنة الوالد لإعالة الطفل التوحيدي وأغلب من كانت إجابتهم ب(لا) من الأسر التي يكون فيها والدا الطفل من ذوي مهن لها مردود مادي للتعاون من أجل الإنفاق على طفلهم، لأن هذا المرض يستدعي نفقات مالية عالية.

جدول (٨) صعوبة العلاقات الاجتماعية في الأسر التي لديها طفل توحيدي مع الأسر الأخرى

النسبة المئوية	التكرارات	صعوبة العلاقات داخل الأسرة
٧٤	٣٧	نعم
٢٦	١٣	لا
%١٠٠	٥٠	المجموع

أظهرت البيانات الإحصائية الواردة في الجدول (٨) أن مجموع الأسر التي تعاني من صعوبات في العلاقات الاجتماعية مع الأسر والمحيط الاجتماعي (٣٧) ونسبة (٧٤%)، في حين

أن الأسر التي لا تعاني تلك الصعوبات بلغت (١٣) وبنسبة (٢٦%) وقد اتضح أن الأسر التي كانت لا تعاني من ذلك الحرج أو البصمة الاجتماعية من الأسر التي تمتاز بمستوى علمي وثقافي واجتماعي عالٍ قادر على مواجهة المواقف المختلفة الصعبة منها والبسيطة.

جدول (٩) الأعباء النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الاخوة في الأسرة

النسبة المئوية	التكرارات	الأعباء النفسية والاجتماعية
٩٢	٤٦	نعم
٨	٤	لا
١٠٠%	٥٠	المجموع

تبين نتائج التحليل الإحصائي ارتفاع مؤشر الأعباء النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الإخوة مما قد يسبب في أغلب الأحيان الحرج ويصاحب هذا الشعور رغبة الأسرة التي لديها هذا الطفل بالعزلة وعدم الاختلاط مع بقية الأسر التي لديها أبناء أسوياء وبنسبة (٩٢%) في حين أجابت ب(لا) أربع أسر فقط (٤) وبنسبة (٨%) فقط من العينة المبحوثة.

جدول (١٠) مشاكل واضطرابات أسرية يعاني منها والدي الطفل التوحيدي

النسبة المئوية	التكرارات	مشكلات واضطرابات أسرية
٨٠	٤٠	نعم
٢٠	١٠	لا
١٠٠%	٥٠	المجموع

تبين البيانات الإحصائية التي يشير إليها الجدول (١٠) حقيقة معاناة أغلب الأسر التي لديها طفل توحيدي بسبب كون هذا الطفل يحتاج إلى عناية ومعاملة خاصة بسبب الاضطراب الحركي وما يصاحب هذه الحالة من أحيان كثيرة إعاقة أو نشاط حركي مفرط أو بكاء مستمر وعدم قدرة على التفهم والتواصل مع هذا الطفل كل هذه الأمور تتعكس بشكل مباشر أو غير مباشر على العلاقة الزوجية بين والدي الطفل مما يجعلهم كثيري المشاحنات والتوتر المستمر داخل الأسر وهذا ما أوضحته البيانات الإحصائية بواقع (٤٠) أسرة وبنسبة (٨٠%) وأجاب ب(لا) (١٠) أسر وبنسبة (٢٠%) فقط من العينة المبحوثة.

جدول (١١) الأعباء المالية لأسرة الطفل التوحيدي

النسبة المئوية	التكرارات	الأعباء المالية لأسرة الطفل
٨٠	٤٠	نعم
٢٠	١٠	لا
١٠٠%	٥٠	المجموع

يؤكد الجدول (١١) الأعباء المالية التي تعاني منها أسرة الأطفال التوحيدين معاناة كبيرة بسبب أنه يحتاج إلى غذاء خاص ومراجعة طبيب اختصاص بشكل دوري ومستمر وبحاجة إلى ألعاب خاصة بالأطفال التوحيدين وشراء أدوية علاجية وأحياناً بالنظر إلى الظروف الاستثنائية التي يمر بها العراق تضطر الأسر نوات الدخل المالي الجيد إلى السفر خارج العراق للاطلاع وإعادة تأهيل الطفل وفق آخر ما توصل إليه العلم الحديث وهذا ما أكدته نتائج البحث بمجموعة

(٤٠) أسرة بإجاباتهم ب(نعم) وبنسبة (٨٠%)، علماً بأن أغلب أو معظم العينة التي كانت إجاباتهم ب(نعم) هم ينتمون إلى الفئة التي لديها مردود مادي جيد جداً وهم في الغالب الأطباء والصيدالدة، وتليهم بالمرتبة الثانية المهندسون وأصحاب المهن الحرة، في حين أكد بمجموع (١٠) وبنسبة (٢٠%) فقط عكس ذلك.

جدول (١٢) المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها الطفل التوحدي نتيجة إصابته بالصرع أو

عوق عقلي

النسبة المئوية	التكرارات	المشكلات الاجتماعية نتيجة الصرع
٧٠	٣٥	نعم
٣٠	١٥	لا
%١٠٠	٥٠	المجموع

ويوضح الجدول (١٢) مجموع (٣٥) أسرة وبنسبة (٧٠%) من العينة المبحوثة يعاني منها

الأطفال مشاكل اجتماعية عديدة منها:

- (١) عدم القدرة على التواصل الاجتماعي مع الأطفال الذين بسنهم.
- (٢) نبذ الإخوة لهم ولاسيما الأكبر سناً.
- (٣) عدم القدرة على التواصل الاجتماعي مع الأم، وبذلك يقوم المعهد بإرسال فيديوات وصور حول كيفية التعامل والتدريب، وأيضاً تقوم الأم في أغلب الأحيان أو الأب بإرسال كتب مراسلة مع المختصة النفسية أو المعلمة في حقبة الطالب.

ولاسيما هناك تواصل مع الأطفال الذين يعانون من الصرع أو عوق منهم الطفل:

١. يوسف عنده ضمور خلايا الدماغ + توحّد.
٢. عبد الرحمن ضمور خلايا المخ + توحّد.
٣. إبراهيم عوق فيزيائي + توحّد. وقد أسهم المعهد بإعادة تأهيله بشكل جيد والآن يمشي، لكنه يحتاج إلى مزيد من العلاج الطبيعي والتأهيل الاجتماعي.
٤. الطفلة بنين لديها صرع وتوحّد وهي بعمر خمس سنوات.
٥. الطفل يوسف لديه صرع وتوحّد وهو بعمر ٦ سنوات.
٦. الطفل علي لديه صرع وتوحّد وعمره ٧ سنوات.

أما الذين كانت إجاباتهم ب (لا) فكانوا بمجموع (١٥) وبنسبة (٣٠%) من العينة المبحوثة.

جدول (١٣) شعور والدي الطفل بالقلق على مستقبل الطفل التوحدي

النسبة المئوية	التكرارات	شعور الوالدين بالقلق
٧٨	٣٩	نعم
٢٢	١١	لا
%١٠٠	٥٠	المجموع

ويبين الجدول (١٣) شعور والدي الطفل بالقلق النفسي الشديد على الطفل بشكل لافت للنظر وهذا ما لاحظته الباحثة بشكل واضح حيث أجاب مجموع (٣٩) وبنسبة (٧٨%) ب(نعم) أو الذين كانت إجاباتهم ب(لا) فكان المجموع (١١) وبنسبة (٢٢%). وهناك حالة سلبية لاحظتها الباحثة عند عدد قليل من الأمهات هي الشعور بالنبذ حول الطفل التوحيدي ويسعى المعهد إلى إعادة تأهيل الاجتماعي للطفل والأم ويعقد جلسات مع الأمهات الرافضات من أجل تحويل الشعور السلبي إلى إيجابي اتجاه الطفل التوحيدي والتأكيد على ضرورة احتوائه ومحبته.

جدول (١٤) لجوء أسرة الطفل التوحيدي إلى مراكز طبية وعلاجية خارج القطر

النسبة المئوية	التكرارات	لجوء أسرة الطفل إلى الخارج
٨٤	٤٢	نعم
١٦	٨	لا
%١٠٠	٥٠	المجموع

يؤكد الجدول (١٤) لجوء أسرة الطفل التوحيدي إلى مراكز طبية وعلاجية خارج القطر وأغلب الأسر كانت ترسل أبناءها إلى الدول الغربية ومنها بريطانيا وفرنسا، وأما الدول العربية فهي الأردن ولبنان لاسيما الأسر الميسورة، وبلغ مجموع الأسر التي أجابت ب(نعم) (٤٢) أسرة وبنسبة (٨٤%) من عينة البحث في حين أجاب ب(لا) (٨) أسر وبنسبة (١٦%) وهي تنتمي إلى الأسر ذات الدخل المتوسط العالي.

جدول (١٥) لجوء الأسرة إلى المنظمات الدولية لرعاية الطفل التوحيدي خارج القطر وداخله

النسبة المئوية	التكرارات	لجوء الأسرة إلى المنظمات الدولية
٨٠	٤٠	نعم
٢٠	١٠	لا
%١٠٠	٥٠	المجموع

أوضحت البيانات الإحصائية لجوء أغلب الأسر إلى المنظمات الدولية لرعاية الطفل التوحيدي وبنسبة (٨٠%) وبمجموع (٤٠) أسرة، في حين أكدت (١٠) أسر عدم الاتصال بتلك المنظمات وبنسبة (٢٠%)، وأكدت أغلب الأسر الاتصال بالمنظمات الدولية في بداية المشوار عند تشخيص حالة الطفل المرضية وأنه ليس سويّاً كبقية إخوته.

جدول (١٦) رأي الأسرة في قدرة المعهد لرعاية الطفل التوحيدي على تأهيله وقدرته على

الاعتماد على نفسه

النسبة المئوية	التكرارات	رأي الأسرة في تأهيل الطفل التوحيدي في المعهد المختص
٧٨	٣٩	نعم
٢٢	١١	لا
%١٠٠	٥٠	المجموع

بينت نتائج البحث الميداني أن أغلب الأسر وبواقع (٣٩) أسرة وبنسبة (٧٨%) أكدوا قدرة المعهد لرعاية الطفل التوحيدي وتمكينه من الاعتماد على نفسه ولاسيما تمكينه من الاستحمام بشكل

منفرد دون مساعدة والدته، وكذلك تفريش الأسنان وتمييز الأشياء الخاصة به، والاندماج مع الأقران وإعطاءه برامج تساعد على ترك تشتت الانتباه وبرنامج تفريغ الطاقة لترك الحركة العشوائية غير الهادفة، وبرنامج التواصل ولاسيما التواصل البصري والتواصل السمعي. وأخيراً للتواصل اللفظي الذي يبدأ بالنطق وبرنامج اللغة وبرنامج الانتباه والتركيز والذاكرة وبرنامج التقليد والمحاكاة يقلد الأشياء مثل تقليد صوت الحيوانات، وبرنامج المعرفة الإدراكية (الأشكال الهندسية والصفات، والأحجام، تصنيف أدوات الطعام، تصنيف الملابس) وغيرها. وأخيراً تأتي المهارات الأكاديمية:

(١) مسك القلم.

(٢) مهارات قرائية وحسابية.

أما مجموع الأسر التي أجابت بـ(لا)؛ فهي (١١) أسرة وبنسبة (٢٢%) وأغلبهم كانوا ينتمون إلى الأسر التي لديها أطفال شديدي العوق فضلاً عن تزامن هذا العوق مع مرض التوحد.

جدول (١٧) رعاية المركز الطبية للطفل التوحدي

النسبة المئوية	التكرارات	رعاية المركز الطبية للطفل
٧٤	٣٧	نعم
٢٦	١٣	لا
١٠٠%	٥٠	المجموع

البيانات الإحصائية الواردة بالجدول (١٧) أكدت نتائج البحث وواقع (٧٤%) وبمجموع (٣٧) أسرة رعاية المراكز الطبية للطفل التوحدي وعند الدراسة الميدانية لاحظت الباحثة وجود معالج طبي من مركز الحمزة التابع لوزارة الصحة يحضر إلى المعهد كل يوم أربعاء يقدم العلاج الطبي للأطفال الذين يعانون من مشكلة الحركة (المشي، أو مسك الأشياء)، أما مجموع الأسر التي أجابت بـ(لا) فهي (١٣) وبنسبة (٢٦%) من العينة المبحوثة.

جدول (١٨) قلق الأسرة في إنجاب طفل توحدي آخر مستقبلاً

النسبة المئوية	التكرارات	قلق الأسرة في إنجاب طفل توحدي آخر
٨٢	٤١	نعم
١٨	٩	لا
١٠٠%	٥٠	المجموع

تشير البيانات الإحصائية أن أغلب الأسر التي لديها طفل توحدي تشعر بالقلق البالغ من إنجاب طفل آخر يعاني من نفس المشكلة وواقع (٤١) أسرة وبنسبة (٨٢%)، أما الذين لا يؤيدون ذلك فمجموع (٩) أسرة وبنسبة (١٨%).

أبرز نتائج البحث:

(١) نسبة الذكور تمثل (٨٤%) من العينة المبحوثة ونسبة الإناث فقط (١٦%).

- (٢) نسبة الأطفال من عمر (٥-٤) %٤٠، (٨-٦) %٣٦، (١١-٩) %٦، (١٤-١٢) %١٤، (١٥-١٤) %٤.
- (٣) الحالة التعليمية لوالد الطفل. أمية (٤%)، ابتدائية (٢%)، متوسطة (٢%)، ثانوية (١٢%)، كلية (٤٨%)، دراسات عليا (٣٢%).
- (٤) الحالة التعليمية لأم الطفل (والدته). أمية (٤%)، ابتدائية (٦%)، متوسطة (٦%)، ثانوية (٤%)، جامعية (٤٦%)، دراسات عليا (٣٤%).
- (٥) تسلسل الطفل بين إخوته. الأول (٥٨%)، الثاني (١٢%)، الثالث (٢٠%)، الرابع (١٠%).
- (٦) الحالة الاقتصادية لأسرة الطفل. فقيرة (٦%)، مكتفية (٦%)، متوسطة (٤٠%)، مرفهة (٤٨%).
- (٧) (٧٠%) من مجتمع الدراسة ومهنة والد الطفل تكفي لإعالتهم في حين (٣٠%) لا تكفي.
- (٨) (٧٤%) من الأسر التي لديها طفل توحدي تعاني صعوبات في العلاقات الاجتماعية، في حين (٢٦%) لا تعاني من هذه الصعوبة.
- (٩) (٩٢%) من عينة البحث يعاني فيها إخوة الطفل التوحدي من الأعباء النفسية والاجتماعية. و(٨%) فقط لا يعانون منها.
- (١٠) (٨٠%) من أسر الأطفال التوحديين يعاني منها الوالدان من مشاكل واضطرابات أسرية و(٢٠%) لا يعانون من ذلك.
- (١١) (٨٠%) يعانون من الأعباء المالية الكبيرة الملقاة على عاتق الأسرة و(٢٠%) لا يعانون من ذلك.
- (١٢) (٧٠%) من الأسر يعاني أطفالها التوحديون من مشاكل اجتماعية نتيجة إصابتهم بالصرع أو العوق العقلي، في حين (٣٠%) لا يعانون من ذلك.
- (١٣) (٧٨%) من الأسر لديها قلق على مستقبل الطفل و(٢٢%) لا يوجد لديها.
- (١٤) (٨٤%) من الأسر لجأت إلى مراكز طبية وعلاجية خارج القطر مقابل (١٦%) لم تلجأ إلى ذلك.
- (١٥) (٨٠%) من الأسر لجأت إلى المنظمات الدولية لرعاية الطفل التوحدي داخل وخارج القطر في حين (٢٠%) لا تؤكد ذلك.
- (١٦) (٧٨%) من أسر أطفال التوحد تؤكد قدرة المعهد على اعتماد الطفل على نفسه مقابل (٢٢%) لا تؤكد ذلك.
- (١٧) (٧٤%) رعاية المركز الطبية للطفل التوحدي في حين (٢٦%) لا تؤكد ذلك

(١٨) (٨٢%) لدى أسر أطفال التوحد قلق في إنجاب طفل توحدي ثانٍ مقابل (١٨%) لا تؤكد ذلك

الفصل الرابع/ الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات:

١- الاستنتاجات:

- ١- ارتفاع نسبة إصابة الذكور مقارنة بالإناث.
- ٢- ارتفاع مؤشر التعليم والمستوى العلمي لوالد ووالدة الطفل التوحدي وهناك علاقة طردية بين المستوى العلمي وارتفاع مؤشر الإصابة لدى الأطفال بهذا المرض.
- ٣- ارتفاع نسبة إصابة الطفل الأول بمرض التوحد.
- ٤- ارتفاع نسبة الأعباء النفسية والاجتماعية التي يعاني منها إخوة الطفل التوحدي.
- ٥- ارتفاع نسبة الأسر التي لديها طفل توحدي من مشاكل واضطرابات أسرية صعبة قد تؤدي إلى انفصال الوالدين.
- ٦- الأعباء المالية الكبيرة التي تعاني منها أسرة الطفل التوحدي.
- ٧- هناك مشاكل اجتماعية كبيرة يعاني منها الطفل التوحدي الذي تتزامن إصابته بالتوحد بمرض عضوي كالصرع أو العوق العقلي أبرزها:
أولاً: صعوبة التواصل الاجتماعي.
ثانياً: صعوبة بالنطق.
ثالثاً: صعوبة الحركة.
رابعاً: الانعزالية والكآبة والتبول اللاإرادي في أحيان كثيرة.

التوصيات:

التوصيات الخاصة بأسر أطفال التوحد:

١. ضرورة التحلي بالصبر مع الطفل وتعليمه إدارة ذاته التي تعد المشكلة الكبرى للطفل التوحدي.
٢. منح الطفل الفرصة في إنجاز واجباته التي تساعد على منحه الثقة بنفسه وتطور حواسه وتجعله مستقراً.
٣. يمكن معالجة نطق الطفل مبكراً لمساعدته على تطوير مهاراته الاجتماعية ولغته وتعلم اللغة بطريقة الإشارة وتسهيل التواصل.
٤. التزود بالمعلومات التي تتعلق بحقوق الأطفال المعاقين، وإن له الحق في التعليم.

التوصيات الخاصة بالدولة:

- (١) تقديم سلة غذائية ودوائية خاصة بالطفل التوحدي.

- ٢) تقديم دعم مادي للأسر المتعففة لرعاية الطفل بشكل دوري ومستمر لحماية الطفل في المستقبل ولاسيما أن العراق يخلو من معهد حكومي خاص لرعاية الأطفال التوحيين.
- ٣) تسهيل مهمة منح موظفي الدولة إجازات لما يتطلبه رعاية الطفل من اهتمام ومتابعة يتعذر في بعض الأحيان منحهم إجازات وبراتب تام.
- ٤) تدريب الملاكات المهنية لكيفية إدامة التواصل مع أسر أطفال التوحد من طريق:
- أ) توفير وسائل النقل.
- ب) توفير مخصصات مهنية.
- ت) إرسال تلك الملاكات إلى الخارج من أجل الاطلاع على تجارب وخبرات الدول المتقدمة في مجال رعاية وتأهيل الأطفال التوحيين.
- المقترحات:**

إنشاء معهد حكومي نموذجي لرعاية الطفل التوحي يكون مدعوماً بشكل كامل من الدولة وتدريب ملاكات مهنية خاصة لرعاية الطفل التوحي بإرسالهم بشكل دوري خارج القطر للاطلاع على أحدث نماذج وطرائق العلاج وإعادة تأهيل الطفل.

المصادر العربية:

- ١- الجلبي، سوسن شاکر الدكتوراة (٢٠٠٥)، التوحد الطفولي، أسبابه - خصائصه - تشخيصه، علاجه، مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع، ط٢، دمشق.
- ٢- خليل عبد الهادي البدو (٢٠٠٩)، علم الاجتماع السكاني، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط١، المملكة الاردنية الهاشمية.
- ٣- الروسان، فاروق (١٩٩٦)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- ٤- الزارع، نايف (٢٠٠٦)، تأهيل ذوي الاحتياجات الخارج، دار الفكر، ط٣، عمان.
- ٥- الزريقات، ابراهيم عبد الله فرج (٢٠٠٤)، التوحد السمات والعلاج، الاردن، دار وائل للطباعة والنشر.
- ٦- الزعمر، يوسف شلبي (٢٠٠٥)، التأهيل المهني للمعوقين، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- ٧- سالم، ياسر عثمان (٢٠٠٨)، التأهيل المهني والاجتماعي، جامعة القدس، دار القدس للطباعة، القدس.
- ٨- الشخص، عبد العزيز، ود. عبد الغفار الدماكي، (١٩٩٢)، قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير الاسوياء، مصر، مكتبة الانجلو مصرية.
- ٩- الشناوي، محمد محروس (١٤١٩هـ)، تأهيل المعوقين وإرشادهم، دار المسلم للنشر والتوزيع، ط١، الرياض.
- ١٠- الشهري، صالح بن محمد (١٤١٤هـ)، تكلفة برامج التأهيل وعائدها بمؤسسات رعاية المعوقين، رسالة ماجستير، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
- ١١- العزة، سعيد حسين (٢٠٠١)، التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، ط٢، عمان.
- ١٢- العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٩)، النمو النفسي ومشاكل الطفولة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- ١٣- الغول، السعدي الغول (٢٠٠٦)، مناهج البحث العينات وأنواعها، الدار الجامعية للطباعة.
- ١٤- فراج، عثمان لبيب (٢٠٠٢)، الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة.
- ١٥- كفاني، علاء الدين (دكتوراة)، علم النفس الأسري، ٢٠٠٩، دار الفكر، المملكة الاردنية الهاشمية، ط١.
- ١٦- الملغوث، فهد حمد أحمد (١٩٩٩)، رعاية وتأهيل المعوقين في المملكة العربية السعودية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.
- ١٧- الوقي، راضي (٢٠٠٠)، أساسيات التربية الخاصة، الطبعة التجريبية، منشورات كلية الاميرة ثرون، المركز الوطني لصعوبات التعلم، عمان.

المصادر الأجنبية:

1. Abrahams BC, G. Schwind D.H. (2008). Advances in autism genetics on the threshold of a new neurobiology. Nature Reviews Genetics.
2. American Psychiatric Association, (2000), Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV, Washington DC, American Psychiatric Association.
3. Bergeson. T. Heuschel. M.A. Harmon, B. (2003). The Educational Aspects of Autism spectrum Disorder. Office or superintendent of public Instruction Olympia: www.k12.wa.us/specialEd/pubdoes/Autism20%.manual.doc.
4. Berkeley, CA. (1998), Shirley Cohen , Targeting Autism. University of California Press.
5. Crepeau, E, & Cohn, E, Schell, B. (2003), Willard & Sparkman's occupation therapy, Occupational therapy trends, Rehabilitation and vocational Philadelphia: Lippincott.
6. Farber B, Effects of severely Mentally retarded child on Family integration, Monographs of Social research on child development. 2000.
7. Green , G. (1996) Early behavioral intervention for autism, what does research tell us? Maurice Catherin (Ed) Green, Gain (Ed) et al., (1996) Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals (p.p 29 – 44). Autism TX, Us PRO Ed. Inc.
8. Morries, Choen, development of Language behaviour in an autistic child using to tale communication exceptional children , 1981. UK.
9. Willis , S.L (2003), A comprehensive Guide to Managing Autism. <http://www.concertutor.com/autism/ comprehensive Guide.doc>

The most important social problems faced by families in caring for children with autism and ways of treatment and rehabilitation

A field study Rami in the center to care for autistic children and slow learners

**Assistant professor Dr. Abeer Najim Abdullah Ahmad
University of Baghdad / Educational and Psychological
Research Center**

Abstract:

"The most important social problems of the family in the care of Autistic children and ways of treatment and rehabilitation (Rami in a field study center for the care of autistic children and slow learners)"

(Social problems, Autistic children, rehabilitation)

The current research aims to identify the most important social and psychological problems experienced by families in the care of children Autistic and what are the most prominent solutions and treatments to the families of the children, especially the parents in the care of these children, and what are the most important roads in the rehabilitation and treatment provided by Rahman Institute which (Rami previously) in care autistic child and that contribute to overcome the difficulties faced by them.

The most important findings of the research:

1-74% of families with autistic children suffer from difficulties in social relations.

2-92% of the sample in which the brothers suffer from psychological and social burden the existence of an autistic brother.

3-80% of the children's families in which the parents of Autistic problems and disorders family suffers.

4-70% of households Autistic children suffer injury as a result of social epilepsy or mental disability problems.

5-80% of households have resorted to international organizations to take care of the child within and outside the country.

6-78% of the families of autistic children confirms the ability of the Institute on the rehabilitation of the child in its ability to rely on himself.

7-74% of the sample confirms the auspices of medically Institute of autistic children.

The most important recommendations on the family:

1. Child can be treated early bands to help him develop social and language skills.

2. The child was given an opportunity in the completion of his duties, which help him to give confidence in himself and the evolution of his senses and make it stable.

The most important recommendations for the state:

1. Provide special food and medical basket autistic child.

2. Providing material support.

3. Training professional cadres in the perpetuation of how to communicate with the families of autistic children.

Proposals:

1. Create a typical governmental Institute for the care of an autistic child is fully supported by the State and the training of professional cadres especially to take care of these children.

Note that the current research was on the ground has been selected sample of all existing and Institute's (50) boy and girl using a comprehensive survey approach to take in all the details of vocabulary, study scientific community an objective comprehensive study.