بحث بعنوان

واقع أداء الأخصائي الاجتماعي للأدوار المهنية في التعامل مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا دراسة ميدانية بلجان حماية الطفل

إعـداد

رندا محمد سيد أحمد

الأستاذ المساعد بقسم خدمة الفرد

كلية الخدمة الاجتماعية –جامعة أسيوط

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن واقع أداء الاخصائى الاجتماعي للأدوار المهنية في التعامل مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا. واستخدمت الدراسة منهج المسح الاجتماعى. وتكونت عينة الدراسة من جميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بلجنة حماية الطفل بأسيوط وعددهم(29). وفريق العمل المكون من 59 عضوا، وتمثلت أداة الدراسة فى استبيان لرصد واقع أداء للاخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا من وجهة نظر الاخصائيين وفريق العمل . وأثبتت نتائج الدراسة أن مستوى اداء الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم كان متوسطا من وجهة نظر الاخصائيين وفريق العمل ، كما أن مستوى المعوقات التي يواجهها الاخصائى في تعامله مع الحالات مرتفع، وأخيرا أثبتت أنه لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من الأخصائيين الاجتماعيين مع حالات الأطفال المساء إليهم ف دور (مدير الحالة، معلم ووسيط، مدافع) ، وأوصت الدراسة بضرروة الاهتمام بالتدريب المستمر لثقل الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في لجان حماية الطفل، وذلك في ضوء الاتجاهات الحديثة للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، والاهتمام بتوفير الإمكانيات لإيجاد مناخ إيجابى في العمل وتمكين الاخصائيين من تطبيق أدوارهم المهنية.

الكلمات الدالة: الأداء المهني، الأدوار المهنية للأخصائيين الاجتماعيين، الإساءة الجنسية للأطفال.

Abstract

The study aimed to reveal the reality of the social worker's performance of professional roles in dealing with cases of sexually abused children. The study used the social survey method. The study sample consisted of all (29) social workers working in the Committee for the Protection of Children in Assiut. And the 59-member work team. The study tool consisted of a questionnaire to monitor the reality of the performance of social workers on their professional roles with cases of sexually abused children from the point of view of specialists and the work team. The results of the study proved that the level of social workers' performance of their roles was average from the point of view of the specialists and the work team, as the level of obstacles faced by the specialist in his dealing with cases is high.

Finally, the results of the study proved that there are no fundamental differences with statistical significance at the level of significance (0.05) between Type of specialists (male / female) with regard to the performance of professional roles (case manager, therapist, teacher and mediator, defender). The study recommended the necessity of paying attention to the continuous training of the weight of social workers working in child protection committees, in light of recent trends in the professional practice of social service, and attention to providing capabilities to create a positive atmosphere in the work and enabling specialists to use and apply their professional roles.

Key words: professional performance, occupational roles of social workers, child sexual abuse.

أولا: تحديد مشكلة الدراسة :

تحفل مجتمعاتنا في الوقت الحالي بالعديد من التغييرات والمستحدثات والتي انعكست على ظهور مشكلات عديدة بالمجتمع، ومن هذه المشكلات إساءة معاملة الأطفال والتي تعد من المشاكل العالمية التي تؤدي إلى عواقب وخيمة تدوم مدى الحياة مع الفرد. وتعد الإساءة للأطفال بشكل عام أمرا حساسا وليس من السهل التطرق إليه أو التعامل معه وعلى نحو خاص الإساءة الجنسية مما يتطلب تفهم مدى خطورة المشكلة.

وتمثل الاساءة الجنسية ضد الأطفال انتهاكاً صارخا لحقوق الطفل. وواقعاً عالمياً في كافة البلدان وبين جميع الطبقات الاجتماعية. وتتخذ شكل العنف الجنسي أو الاغتصاب أو الاعتداء الجنسي أو البغاء أو الاستغلال في الأعمال الإباحية. (تقرير منظمة اليونيسف ،2013، ص.3). وتشير الإحصائيات لزيادة المعدلات عام عن الاخر، حيث رصدت اليونيسف في تقريرها السنوي لعام 2016 تعرض 3 مليون طفل للإساءة الجنسية فيما تزايدت الحالات لتصل 4,2 مليون طفل حول العالم في 2017، مع العلم أن هذه الأرقام قد تكون غير الكلية، وتشير الأدلة إلى أن العنف الجنسي ينتج عنه عواقب خطيرة قصيرة الأجل وطويلة الأجل وتأثيرات بدنية ونفسية واجتماعية، ليس فقط بالنسبة للبنات أو الأولاد، ولكن أيضاً لأسرهم ومجتمعاتهم المحلية. وهذا يشمل تزايد مخاطر الأمراض، والحمل غير المرغوب فيه والضغوط النفسية ووصمة العار والتمييز ومواجهة صعوبات حياتية مختلفة. (UNICEF Humanitarian report, 2017, P.2). ومن المرجح أن يتم استغلال ملايين آخرين سنويًا، ومع ذلك، لا يزال الحجم الحقيقي للعنف الجنسي مخفيًا، بسبب طبيعته الحساسة وغير القانونية.

وهذا النوع من الإساءة يمكن أن يحدث في المنازل أو المدارس أو المؤسسات أو أماكن العمل أو مرافق السفر والسياحة، وداخل المجمعات الاستهلاكية والمجتمعات المحلية، ولقد ساهم الإنترنت والهواتف النقالة، بشكل متزايد، في تعرض الأطفال لمخاطر الإساءة الجنسية حيث يسعى بعض البالغين عبر الإنترنت وراء إقامة علاقات جنسية مع أطفال. هذا بالإضافة لزيادة تداول صور الاعتداء على الأطفال. وكذلك يرسل الأطفال لبعضهم البعض رسائل أو صوراً إباحية على هواتفهم النقالة، ما يسمى 'sexting" أو "الرسائل الجنسية"، الأمر الذي يعرضهم لمخاطر أخرى من الاستغلال (تقرير منظمة اليونيسف ،2013، ص.3).

تكشف الدراسات الدولية عن أنّ نحو ربع مجموع المعتدى عليهم يبلّغون عن تعرّضهم للإيذاء الجسدي في مرحلة الطفولة، وأن1 من كل 5 نساء و1 من 13 رجل يبلّغون عن تعرّضهم للإيذاء الجنسي في مرحلة الطفولة. ويُسجّل، كل عام، مقتل نحو 41000 من الأطفال دون سن15 سنة. وهذا الرقم يقلل من الحجم الحقيقي للمشكلة، لأنّه يتم تسجيل وفيات الأطفال الناجمة عن إساءة معاملتهم إلى حالات السقوط والحروق وحالات الغرق وغير ذلك من الأسباب (UNICEF Humanitarian report, 2017, P.4). وللأسف تتفاقم هذه المشكلة بشكل أكبر لعدم تعاون معظم الأطفال وأسرهم بالإبلاغ عن حالات الإساءة والاستغلال بسبب وصمة العار والخوف وانعدام الثقة في السلطات. وايضا عدم التسامح الاجتماعي وانعدام الوعي في ضعف

الإبلاغ. ويبقى الآباء الذين ينبغي أن يحموا أطفالهم صامتين إذا ارتكب الإساءة أحد أفراد الأسرة، أو فرد آخر أكثر قوة في المجتمع وهذا ما أثبتته دراسة كل من دوبى،اندى وآخرون(2005) Dube , Anda & Etal، عمران(2008)، جون، مارسا(2013) ,John, Marsa.

أما في مصر أشارت دراسة الطنبارى (2002) أن الاعتداء الجنسي على الأطفال يمثل 18% من إجمالي حوادث الإساءة للطفل وانه في تزايد مستمر. ورصد تقرير مصر الدوري المقدم للجنة حقوق الطفل بالأمم المتحدة (2017) عددًا من الحالات. وبلغت أكثر من133,66ألف حالة فيما بين اغتصاب وتحرش واستغلال جنسي خلال الفترة من عام 2012 حتى 2015، تضاف إليها (5909) جنحة تعرض لأنثى خلال عام 2016تضم الفعل الفاضح وهتك العرض وممارسة الدعارة. وهذه هي الحالات المعلنة والمبلغ عنها. وتعتبرالقاهرة والجيزة والإسكندرية والمنوفية والقليوبية وأسيوط وقنا والمنيا من أكثر المحافظات في الجمهورية التي تشهد اعتداءً جنسياً. وتتم هذه الحوادث في أماكن متفرقة ما بين استدراج داخل دورة مياه بمسجد، أو الزراعات في الأقاليم، أو المناطق المهجورة في المناطق الشعبية. عمل الأطفال كخدم في المنازل(ص.ص.124–127). وتبين الإحصاءات أن الفئة العمرية الأكبر المعرضة للاستغلال الجنسي من الأطفال تنحصر في(6–12سنة) فهم غير قادرين على حماية أنفسهم من خطر التعرض للإساءة، وتشير إلى ذلك تقريبًا واحدة من كل ثلاث فتيات وواحد من كل ستة أولاد تعرضوا لاعتداء جنسي. المجلس القومي للطفولة والأمومة(2011).

وأفاد تقرير المجلس القومي للطفولة والأمومة(2011) أن أكثر من90٪ من المعتدين جنسيا والمتحرشين بالأطفال من الذكور، وشخصت دراسة دوبي، اندى وآخرون(2005) Dube &Anda & Etal أسباب ذلك إلى (أ) تربية الذكر تركز على الأفعال الجنسية بدلاً من بث الجوانب العاطفية. (ب) الرجال بطبيعتهم أكثر عدوانية، ويروا ان الشريك الجنسي المناسب يجب أن يكون أصغر منهم. على النقيض من ذلك، فإن النساء يتم تنشئتها بأن الشركاء المناسبين للجنس يكون أكبر عمرا مما هم عليه. (ج) وأخيرا، المرأة دوما هي القائمة برعاية الأطفال والأكثر انسجامًا وتعاونا مع الأطفال من الرجال، وأكثر خوفا عليهم في أغلب الأوقات لذلك ترفض لرؤية الأطفال بطرق جنسية غير معتادة وعنيفة.

وتأخذ الإساءة الجنسية عدة أشكال حددتها دراسة الزيود،العكروش (2007) مثل مشاهدة حقيقية لممارسات جنسية وقد تكون على شكل اغتصاب؛ هتك العرض من قبل الأخ الأكبر أو اصدقاؤه، شكل مداعبات جنسية باليد والفم. وأكد ان المسؤولية التربوية والأخلاقية للأسرة تجاه أنماط الإساءة إلى الأطفال عامل رئيسي لحدوث الإساءة للطفل. ويقف وراء أشكال الإساءة الجنسية للطفل آثارا متعددة سعت دراسة والش(2010) Walsh لتصنيفها. حيث انحصرت في البدايات على الآثار الجسمية، إلا أنها اثبتت بعد ذلك حدوث الاضطرابات العقلية والنفسية للضحية .كذلك هناك أسبابًا عديدة تساهم في وقوع الإساءة تناولتها دراسة جون، مارسا(2013) John& Marsa منها عوامل ترتبط بأفراد الأسرة، وعوامل ترتبط بالظروف

الاجتماعية، والثقافية، والبيئة الأسرية، والاقتصادية وخاصة الفقر الذي يعتبر من الأسباب المرتبطة بإساءة معاملة الأطفال، وذلك بسبب عدم القدرة على توفيروتلبية الحاجات الأساسية، فالمعدلات الأعلى للإساءة تحدث ضمن العائلات ذات الدخل المتدني، كذلك فان الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الآباء مثل الانطوائية والاكتئاب تسهم في زيادة وقوع الإساءة للأطفال.

ولمعرفة طبيعة الاختلاف بين الإساءة الجنسية الواقعة داخل الأسرة وخارجها، قام فيشر ومكدونالد(2008) Fischer & McDonald بدراسة أثبتت أن ضحايا الإساءة داخل الأسرة أصغر عمرًا من ضحايا الإساءة خارجها، كما أن الإساءة الجنسية داخل الأسرة أشد قوة، وأطول من الناحية الزمنية، كما أن المسيء داخل الأسرة يستخدم العنف الجسدي واللفظي مع الطفل أكثر من المسيء من خارج الأسرة .أما من حيث الجنس فقد تبين أن الإناث أكثر تعرضًا للإساءة الجنسية من داخل الأسرة وخارجها. من هنا لابد من تصميم البرامج الوقائية الكفيلة بحماية هذه المرحلة العمرية من الإساءة التي قد يتعرضون لها. وما يترتب عليه من صعوبة التعبير عن مشاعره واتجاهاته نحو الآخرين وهذا ما أثبتته دراسة الخالدي (2008).

وأفادت نتائج دراسات بامفورد،روبرت (2004) Bamford &Robert، عمران (2008)، موسى (2009)، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (2011) أن صمت الأطفال المُساء إليهم جنسياً ما هو إلا الآم جسدية ونفسية جسيمة يصعب التعامل معها أو استيعابها وتحتاج للمساندة ودعم الآخرين. كما أن فتح قنوات الاتصال والتفاعل معهم له أثر في تنمية الوعي لديهم بمفاهيم الحماية من الإساءة الجنسية. إلا أنه هناك نقص بمعرفة الإجراءات الوقائية لدى الأطفال فيما يتعلق بالإساءة الجنسية وهذا ما أثبتته دراسة جرادى وآخرون(2015) Grady, Etal,

ولقد أدى الانتشار المتزايد لإساءة معاملة الأطفال وإهمالهم إلى زيادة الطلب على توفير متخصصين في رعاية الأطفال للعمل وبشكل احترافي مع الحالات المبلغ عنها أوالتي تحتاج لدعم. لأن هذه المشكلة معقدة ومتعددة الأسباب وتتطلب إشراك العديد من المهن والموارد المجتمعية. الرعاية الصحية، تنفيذ القانون، والصحة النفسية، والخدمة الاجتماعية وذلك للتحقيق في الادعاءات وتوفير الحماية وإعادة تأهيل الطفل وأسرته بمجرد أن يثبت أخصائي الحالة إساءة معاملة الأطفال. لذلك أوصت دراسة ال سعود (2001) بإنشاء فريق عمل مكون من طبيب، طبيب نفسي، وأخصائي اجتماعي، أخصائي نفسي للتعامل مع حالات الأطفال المعرضة للإيذاء وتحال لهم جميع الحالات مع أهمية تفعيل دورهم وتطوير أسلوب عملهم. كذلك اتفقت دراسة محمد (2016)، السوالقة (2016) على أهمية تقديم المساعدة الاجتماعية والنفسية والدعم المباشر للفتيان والفتيات المعتدى عليهن جنسيا وذلك من خلال دور رعاية متخصصة وتحت إشراف متدربين متخصصين بهذا المجال لما له تأثير في مساندتهم اجتماعيا ونفسيا وعاطفيا في مشكلات اضطراب ما بعد الصدمة وخفض حدة الاكتئاب والقلق، الغضب والوساوس القهرية، الميل للعزلة الاجتماعية، الشعور بالخزي والعار، والميول الانتحارية، والتخلص من الممارسات السلوكية الشاذة، واضطراب الوزن.

وتعد مهنة الخدمة الاجتماعية بشكل عام وطريقة خدمة الفرد بشكل خاص أحد المهن الأساسية في مجال رعاية الطفولة وتقوم بالتعامل مع مشكلة الإساءة الجنسية للأطفال من خلال قدر مناسب من المرونة والمهنية وباستخدام وسائل وأدوات ونماذج متنوعة يطبقها الأخصائي الاجتماعي بهدف إحداث التغيير والدفاع عن الأطفال الذين يواجهون مثل هذه الإساءات.

وتمارس مهنة الخدمة الاجتماعية أدوارها المختلفة مع حالات الإساءة الجنسية في عديد من المؤسسات الأولية منها والثانوية، مثل برامج الصحة النفسية والمجتمعية والمستشفيات والمدارس وبرامج إعادة التأهيل ولجان الحماية والأمان للطفل بالإضافة للممارسة الخاصة (NASW,2013,p.7) وبشكل عام أهم هذه المؤسسات وأكثرهم تفعيلا هي لجان حماية الطفولة ويتمثل دورها في الاستجابة للمخاطر المرتبطة بمشكلات الحماية (مثل العنف، الاستغلال والإساءة والإهمال) والتصدي لها على جميع المحاور وبالأخص الرعاية الاجتماعية والتعليم والصحة والأمن والعدل.و يرتبط عمل لجان حماية الطفولة العامة والفرعية ارتباطاً وثيقاً بحق الطفل في الحماية من الإساءة والعنف المذكور في المادة 19 من الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل وليس حماية حقوق الطفل كما هو شائع، حيث أن حماية الطفل وحقوقه المختلفة من صحة وتعليم وغيرها هي مسئولية مؤسسات الدولة ووزارتها على مختلف مستوياتها، ويقتصر اختصاص عمل لجان حماية الطفل فقط على حق حماية الأطفال من العنف والإساءة (المجلس القومي للأمومة والطفولة،2014،ص.4). وذلك من خلال اخصائيين اجتماعيين قد تدربوا في هذا المجال او لا، ومع الآسف إذا لم يتحقق ذلكً عمليا فإنه ينعكس على الآداء المهني للأخصائي الاجتماعي بما لا يمكنه من التعامل مع العملاء، وبالتالي يصبح غير قادر على حل مشكلاتهم، مما يؤدي إلى تفاقم المشكلات الاجتماعية، وسلبية دور الأخصائي في حل قضايا المجتمع. لذا فإن الوقوف على الممارسة الملموسة والظاهرة هو جانب أساسي من ممارسة الخدمة الاجتماعية. حيث يعمل على زيادة الفعالية والمساءلة حول الطريقة التي يعامل بها الممارسون العملاء.

ولضمان فعالية المهنة، طبق مجلس تعليم الخدمة الاجتماعية (CSWE) معايير معتمدة أبرزها استخدام الأخصائيين الاجتماعيين الممارسة لإجراء البحوث، واستخدام التدخلات المستندة إلى الأدلة، لضرورة تحديد ممارساتهم الخاصة وفقا للأدوار أو المهارات أو المعارف والقيم التي يتم الاستعانة بها واستخدام نتائج البحث لتحسين وتطوير الممارسة، وتقديم الخدمات الاجتماعية(CSWE,2008,5) .علاوة على ذلك، أشار الميثاق الأخلاقي للرابطة الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين (NASW) أنه يجب على الممارسين أن يبنوا ممارستهم على المعرفة المعترف بها، بما في ذلك المعرفة القائمة على التجريب والعمل الميداني الواقعي لهم من خلال الاحتكاك والتفاعل مع الحالات بما لا يخل بأسس وأخلاقيات المهنة (NASW, 2013,p.12) .

ويعد دراسة واقع الأداء المهنى وما يحويه من أدوار مهنية وتنفيذ للمهام والوظائف المهنية من الآليات والوسائل المستخدمة للتعرف على مستوى الآداء، تضع أمام أعين الاخصائيين رأيهم المهني بما يساعد على

تطوير أعمالهم وأنشطتهم وتحديد أوجه القصور ومعالجتها وتحقيق معدلات أعلى من الآداء وبالتالي تطوير مسار العمل وتجويده بشكل أكثر كفاءة وفعالية.

وتكشف مراجعة أبحاث رعاية الطفل أنه على الرغم من استخدام فرق عمل متعددة التخصصات بشكل متزايد للتدخل مع حالات إساءة معاملة الأطفال ، إلا أن المجال لا يعرف ما يكفي عن الاختلافات الهيكلية أو الفعالية. علاوة على ذلك، مع أن بعض المقالات التي تدعو إلى بناء فرق عمل متعددة التخصصات تعدد نقاط قوتها الظاهرة، إلا أنها تفتقر إلى الانتباه إلى نقاط الضعف المحتملة وكيفية علاجها وتحسينها (Hibbard, Etal,2000, p.514).وترجع صعوبة ذلك إلى عدم قدرة بعض الاخصائيين على تحليل التفاعلات بينهم وبين العملاء، او انه يعمل بدون أدوات يتم تقويمها فيما بعد مثل الأسئلة والتفاعلات اللحظية، كما وجد أن معظم المبحوثين المشاركين لديهم عامل يعيق ممارستهم وهو عبء العمل، والآثار والقيود التي تفرضها المؤسسة وهذا ما أكدته نتائج دراسة كيفر (2014)Kiefer .

وتناولت بعض الدراسات أدوار الاخصائيين الاجتماعيين مع حالات إساءة الأطفال مثل دراسة هيبرد وآخرون (2000) Hibbard,Etal، روبرت، بامفورد(2004) Roberts& Bamford ستيل Steele. (2013) وأثبتت انخفاض الأداء المهنى للأخصائيين الاجتماعيين وذلك لأنهم لم يحصلوا على تدريب سابق في حماية الطفل من الإيذاء وكيفية التعامل معه. وأشارت دراسة ستيفنسون وآخرون(Stevenson &Etal 2012) ان الممارسون يواجهون صعوبة في إجراء المقابلات الأولي مع الأطفال الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي وذلك نتاجا لانخفاض مستواهم المهنى بعد تقييم جهودهم ومهاراتهم ومدى مدافعتهم عن حقوق عملائهم؛ وعدم توفر عامل الخبرة عند البعض منهم مما يتطلب التدريب المستمر، بينما أكدت دراسة محمود (2013) ان مستوى مهارات الاخصائيين الاجتماعيين مرتفعة إلا أنهم يحتاجون لتوفير الإمكانات المادية للممارسين فى مجال الحماية الاجتماعية، أما دراسة العواودة(2017) توصلت إلى أن الاخصائيين لديهم إلمام معرفى بطبيعة العنف ضد الأفراد وجوانبه وأسبابه وآثاره وطرق علاجه وأخيرا أشكاله. وتتباين اتجاهاتهم نحو العنف تبعا لمتغير الجنس وجاء الفرق لصالح الذكور منهم، ولا توجد فروق تبعا للمستوى التعليمى وعدد سنوات الخبرة والتدريب.

وقد أجريت دراسات وبحوث أخرى لدراسة واقع الاخصائى الاجتماعي في مجالات مختلفة وتباينت بين الآداء المهنى والأدوارالمهنية والممارسات المهنية وأخيرا المهارات المهنية. انطلاقا من أهمية متابعة الاخصائيين الاجتماعيين بصفة مستمرة ومنتظمة لتحسين وتدعيم أدائهم، والوقوف على أوجه الصعوبات التي تقابلهم. بغرض القيام بأدوارهم على أكمل وجه ووفقا للجدول الزمنى المعد. ومنها دراسة يماني (2005)، معاذ (2005) والتي أثبتت أن الأخصائي الاجتماعي يلتزم بأداء أدواره فى كل عملية بمستوى مرتفع، بينما أوضحت دراسة عبد النبي (2009) ان مستوى أداء الأخصائي الاجتماعي لأدواره متوسطا، ومن أكثر العوامل تأثيرا في أداء ادواره عامل السن الأكبر وارتفاع الخبرة والحصول على مستوى تعليمي أكثر تقدما كالماجيستر والدكتوراه

والحصول على دورات تدريبية في المجال كما ان تعاون المؤسسة وتوفيرها للموارد والأماكن تدعم اداؤه. كذلك ترى دراسة الكواري (2014) أن مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي متوسط ويحتاج لإعادة تأهيل على الصعيد الوقائي والعلاجي والتنموي. وتفيد دراسة بدوى (2016) أن أهمية الدور المهني للأخصائي يتمثل في سرية معلومات العملاء، وأكدت دراسة القحطاني (2017) أن دور الاخصائى مع الطفل يتطلب بناء علاقة إيجابية مهنية، وتحديد العوائق التي تحول دون إشباع احتياجات الطفل، والتدخل المهني، وتعديل السلوك غير المرغوب فيه ومتابعته وإقامة الأنشطة وتشجيعه علي المشاركة بها. ودوره مع أسرة الطفل هو مساعدتهم على التخلص من الاتجاهات السلبية، وإرشادهم لكيفية التعامل الصحيح مع طفلهم، وتوعيتهم بالخدمات المتاحة وطبيعة البرامج المقدمة.

وارتبط مستوى أداء الأخصائي الاجتماعي لأدواره المهنية في مجالات متباينة بجوانب سلبية والعديد من أوجه القصور أهمها عدم الانصات والاستماع الجيد لمقترحات العملاء وعدم تطبيقهم لبعض مبادئ المهنة كالتقبل وعدم اجراء مقابلات مع أسر العملاء، كما أن زيادة عدد العملاء ومشكلاتهم تعد من معوقات أداء مهامهم. كذلك هناك تداخل في الاختصاصات بالعمل، وممارسة المهنة من غير المتخصصين. هذا ويجب تقويم أدوار الممارسين المبتدئين ومساعدتهم على دمج النظرية والتطبيق وتدعيم الأداء المهاري لأدوارهم حيث أن تطبيق أدوار الأخصائي بشكل مهنى يؤثر إيجابيا بعملية المساعدة وفعاليتها وعلى قدرة الأخصائي فى العمل مع العملاء وهذا ما دعمته نتائج دراسة أنور(2005)، لافيت(2009) Lavitt، عبدالعزيز (2012)، عبد الخالق (2013)، الدسوقي (2013)،غانم، جبران (2015)، وانتهت دراسة الجهني (2017) إلى عدد من التوصيات أهمها: تقديم دورات تدريبية في المجال للأخصائي الاجتماعي ودورات في التدخل المهني، وتفعيل دوره كمنسق بين الأسرة والمؤسسة، وتفعيل الأدوار الأخرى لضمان الاستفادة من الخدمات المقدمة .

وهناك معوقات تحد من دور الأخصائي الاجتماعي وتضعف من إنتاجيته، صنفتها دراسة شهاب (2016) الي عوامل شخصية ترجع للأخصائي وتتمثل في الأخطاء المهنية التي يرتكبها في بعض الأوقات، وعوامل اجتماعية تتمثل في الصعوبات المحيطة به والتي يتعرض لها فلا يستطيع حيالها القيام بدوره المهني كما ينبغي. وتضيف دراسة بدوي (2016)، القحطاني (2017) أن عدم توفر ميزانية خاصة تخدم عمل الأخصائي الاجتماعي، زيادة الأعباء الإدارية عليه التي لا علاقة لها بدوره الأساسي يعيق قيامه بمهامه ومسئولياته بشكل كامل.

وفي إطار الطرح النظري وتحليل نتائج الدراسات السابقة وإيجازا لما سبق لقضية الإساءة الجنسية للأطفال وبالرغم من تباين الدراسات السابقة إلا انها أجمعت على وجود إساءات جنسية تتم ضد الأطفال، وأنها تحدث ضد الأطفال الإناث أكثر من الذكور، وأوضحت مدى الآثار التي يتعرض لها الطفل. كما نجد أنها مشكلة متعددة الأوجه، معقدة للغاية في خصائصها، وديناميكيتها، وأسبابها، وعواقبها، ولذلك تحتاج لوعى أكاديمي ودراسة الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بهذا المجال. سعيا لتحقيق جودة في الآداء

ووضعا مهنيا ومجتمعيا أفضل خاصة إذا تغلب الممارسون على العقبات وقاموا بتحديث أساليب التعامل مع مثل هذه الحالات المتضررة. هذا لان الإساءة الجنسية للأطفال تشكل نسبة لا يستهان بها في مجتمعاتنا العربية.

وبمراجعة الكتابات النظرية للخدمة الاجتماعية وخدمة الفرد خاصة لوحظ ندرة الدراسات في هذا الموضوع، عدم وجود دراسة تناولت واقع آداء الأدوار المهنية في التعامل مع هذه الحالات، لاسيما وأن هذه المشكلة لا تقتصر على الأطفال بمرحلة الطفولة فقط؛ وإنما يستمر تأثيرها خلال مراحل عمرهم المختلفة مما يسبب لهم مشكلات متعددة. **وبناء عليه يمكن صياغة مشكلة الدراسة على النحو التالي:** ما واقع أداء الأخصائي الاجتماعي للأدوار المهنية في التعامل مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا، ومعرفة نقاط الضعف وتصحيحها لتدعيمها لدى الأخصائيين الأخرين العاملين بنفس المجال.

ثانيا: أهمية الدراســة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في الآتي:

- تسليط الضوء على مشكلة الإساءة الجنسية للأطفال والتي أصبحت تنتشر بكثرة في مجتمعاتنا العربية بالرغم من عقائدنا الدينية والتقاليد المجتمعية والمطالبات بحقوق الطفل التي تتنافى مع طبيعة هذه المشكلة.
- تحتل نسب الإساءة الجنسية ضد الأطفال المركز الثاني من احصائيات الإساءة للأطفال بشكل عام بنسبة (32%) يتخللها عنف جنسي صريح وتعديات جسدية، وتحرش جنسي، وذلك وفقا للجنة الوطنية الأميركية لمنع إساءة معاملة الطفل. كذلك تتمثل أغلب الحالات في محافظة أسيوط تبعا لتقرير لجنة حماية الطفل بالمحافظة (96) حالة منذ يناير 2019 وحتى أكتوبر 2019 من مجمل بلاغات (284) بلاغ للإساءة ضد الأطفال وهى كالتالى :

جدول(1) بيان إحصائي لحالات الإساءة الجنسية لمحافظة أسيوط (يناير 2019 وحتى اكتوبر 2019)

م	بيـــــان الحـــالات	العدد
1	ختان	23
2	اغتصاب	14
3	هتك عرض	8
4	تحرش جنسى	12
5	زواج قاصرات	18
6	حالات تعدى مدرسى	21
7	المجمـــــــــوع	96

- تحدث مشكلة الإساءة الجنسية مع شريحة عمرية رئيسية وهم الاطفال، لذا لزم الاهتمام بمشاكلهم وسلوكياتهم حيث يمتد تأثير هذه المشكلة عليهم لسنوات تتمثل في مشاكل نفسية واجتماعية، صحية جسدية أو سلوكية أو عاطفية أو صحية عقلية قد لا تنتهي بما لا يخدم مصلحة المجتمع.

- ضرورة الوقوف على أهمية دور الخدمة الاجتماعية في مجال الطفولة، ومعرفة لأين تقف الممارسات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين مع حالات الإساءة للأطفال بشكل عام والإساءة الجنسية بشكل خاص. وذلك للارتقاء بالآداء المهني في برامج التعامل مع هذه الحالات.

- ثالثا: أهداف الدراسة:

تستهدف الدراسة الراهنة تحقيق الأهداف التالية:

1) تحديد واقع أداء الأخصائي الاجتماعي للأدوار المهنية في التعامل مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل.

ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال الأهداف الفرعية التالية:

- تحديد واقع أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره كمدير للحالة مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل.
- تحديد واقع أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره كمعالج مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل.
- تحديد واقع أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره كمعلم وكوسيط مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل.
- تحديد واقع أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره كمدافع عن حالات الإساءة الجنسية للأطفال من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل.

2) تحديد واقع المعوقات والتحديات لاداء الاخصائيين الاجتماعين لأدوارهم المهنية في التعامل مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل.

3) تحديد فروق أداء الاخصائين الاجتماعين لأدوارهم المهنية مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا فيما بين الذكور والإناث.

4) وضع برنامج إرشادى لتنمية الأداء المهنى للإخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال.

رابعا: المنطلقات النظرية للدراسة ومفاهيمها العلمية

أولا: الموجهات النظرية للدراسة (نظرية الدور):

وتستند الدراسة الحالية على نظرية تتناسب مع تحقيق أهدافها، وهي "نظرية الدور" ويعد "الدور الاجتماعي" مصطلح سوسيولوجي ظهر في إطار نظريات علم الاجتماع ما لبث أن انتقل إلى علم النفس، والخدمة الاجتماعية، ويركز على دراسة الأدوار والمكانات في البناء الاجتماعي على النحو الذي حدده "جوردن هيرن" من منظوره لنسق الوظائف الاجتماعية والتعرف على السلوكيات والمهام المرتبطة بكل دور.

ومفهوم الدور في خدمة الفرد هو سلوك الأفراد أثناء قيامهم بأدوار معينة في الوظائف التي يقومون بها نظرا لاتساع السلوك الاجتماعي للأفراد أثناء قيامهم بالدور. والدور الذي يمارسه الشخص فعلا يسمى الدور الممارس، وهناك أنواع متعددة من الدوار أهمها: الدور الفعلي، الدور المتوقع، الدور الموصوف، الدور المكتسب.

يمكن القول ان الهدف العام من نظرية الدور في خدمة الفرد:

- هو اكساب العميل القدرة على أداء أدواره المختلفة بما يتفق مع القيم والمعايير المجتمعية السائدة وازالة أي معوقات يمكن ان تعوق عمليات الاداء.
- تتمثل استخدامات نظرية الدور في ممارسة عمليات خدمة الفرد.
- التعرف على حالات الفشل في أداء الدور من خلال عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج.

وترتكز نظرية الدور على مفاهيم رئيسية أهمها: مشكلات الفرد هي بالضرورة فشل في أداء الدور التي وضع فيها، ينشأ هذا العجز حين لا يتعلم الفرد الدور ومهامه، تعدد أدوار الفرد ومكاناته يفسح مجالا لمشكلات الدور ويسبب صراع الأدوار والتي بالتالي تؤدى لمشكلات سوء التكيف والاضطراب الانفعالي (اللهيب ،2017، ص. ص. 132 -134).

وسوف يتم الاستفادة من نظرية الدور في إطار هذه الدراسة من خلال عرض المهام والأفعال التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي بحكم مركزه الوظيفي في القيام بأدواره المهنية (كمدير للحالة، معالج، معلم، وسيط، مدافع) للتعامل مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا.

ثانيا: مفهوم أداء الدور المهني: Professional Performance Role:

ويشير مفهوم الأداء في اللغة إلى الفعل أو الإنجاز أو التنفيذ وهو الفعل الممارس او النشاط المبذول (مجمع اللغة العربية،1973، ص.223)، وعرفه بدوي (1995) في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية "القيام بأعباء وظيفية وواجبات وفقا للمعدل المطلوب من العامل الكفء المدرب" (ص. 74)، ويعرف " توافر الأسس المعرفية الموجهة للممارسة المهنية وتطبيق القيم المهنية العامة والالتزام بالتنمية المهنية المتواصلة للأخصائي (Bruce, 2013,p,20).

ويعرف الأداء المهني في الخدمة الاجتماعية بأنه" قيام الأخصائي الاجتماعي بالأعمال والواجبات المنوط بها لمباشرة مهام وأعباء وظيفته، أو سلوك عملي يؤديه فرد أو جماعة أو مؤسسة، يتمثل في أعمال وتصرفات مقصودة من أجل عمل معين لتحقيق هدف محدد أو مخطط". كما يقصد به "درجة تنفيذ التكليفات والمهام المرتبطة بوظيفة معينة، ويعكس الكيفية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي بمتطلبات العمل الخاص به" (شهاب،2016، ص. 159).

لذلك فالأداء فعل مرتبط بشخص معين. وتختلف مستويات القدرة وكيفية الأداء من شخص الى آخر ومن ثم يختلف الأداء المهني من شخص لآخر، والأداء يتضمن بداخله الأدوار المهنية والأفعال والإجراءات. والتي سنتناولها في السطور التالية:

- مفهوم الدور المهنى:

يعرف بارسونز الدور المهني بأنه " مجموعة أفعال الفرد أثناء علاقته مع الآخرين ضمن نظام اجتماعي معروف"، ويعرف بأنه " العمل الذي يؤديه شخص ما في أي نشاط من الأنشطة التي يلعبها في الحياة "، كما يشار إليه بأنه "مجموعة السلوكيات والأنشطة المحددة التي ينتظر من الفرد القيام بها في موقف معين". (اللهيب ،2017، ص. 132).

ويعرفه باركر بأنه "السلوك أو النشاط المعين الذى يقوم به الآخصائى الاجتماعي لهدف معين في الموقف الاجتماعي " (Barker, 1987, P.137)

وعرفه السكري (2000) في قاموس الخدمة الاجتماعية " نماذج محددة ثقافيا وملزمة للفرد الذى يحتل مكانة معينة ومعيار اجتماعى معين يملى علاقات وتفاعلات تبادلية معينة "(ص. 87) ، كما يعنى "الجهود المهنية التي يقوم بها الاخصائيون الاجتماعيون بالتعاون مع غيرهم من التخصصات الأخرى " ويعرف بأنه " سلوك للدور له دافع يرتبط بنسق القيم وتوقعات الأدوار حيث إن أداء الدور فى داخل الموقف الاجتماعي هو استجابة لتوقعات الأخرين وتحقيق للمعايير الاجتماعية". (عبد النبى ،2009، ص.263)

وفي سياق ما سبق يعرف أداء الدور المهنى اجرائيا وفقًا للدراسة الحالية " بأنه المسئوليات والواجبات التي يقوم بها الاخصائى الاجتماعي فى تطبيق الأدوار المهنية (كمدير للحالة، معالج، معلم ، وسيط، مدافع) لتحقيق الأهداف المرجوة في التعامل مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا بلجان حماية الطفل، وقد تختلف هذه المسئوليات عما هو متوقع أداؤه وقد تتطابق معه.

- ثالثا: مفهوم الإساءة الجنسية للأطفال Child sexual abuse (CSA)

تمثل الإساءة الجنسية أخطر أنواع الإساءة التي يتعرض لها الطفل داخل الأسرة أو خارجها، وبالرغم من إنكارها إلا أنها الأكثر شيوعا في المجتمع، وتكمن خطورتها في بقاء أثارها.

يعرف قاموس الخدمة الاجتماعية الإساءة بصفة عامة بانها " سلوك خاطئ وغير سوى يقصد به إلحاق الضرر والأذى الجسمي والنفسي والمالي بالفرد أو الجماعة. وهي" سلوك يحدث في محيط الصغير والكبير بشكل يعوق جهوده ليصبح انسانا" (السكرى ،2000، ص 114).

وتوجد أشكال لسوء المعاملة والإساءة تتمثل في الإساءة الجسمية، الإساءة النفسية، الإساءة الاجتماعية والإهمال، وأخيرا الإساءة الجنسية الاعتداء الجنسي أو التحرش والاستغلال. والتي هي محور دراستنا. أما لفظ الجنسي فمأخوذ من كلمة الجنس وجمع أجناس وهي أعم من النوع، وتشمل (ذكر، أنثى) (المصباح المنير، ص.69). وتوجد العديد من الاجتهادات من قبل المنظمات الدولية والباحثين لتعريف هذا المفهوم منها: عرفت منظمة الصحة العالمية (2009) الإساءة الجنسية للطفل بأنها " استغلال الطفل في فعل جنسي بحيث أنه لا يدرك ماهيته، وغير قادر على إعطاء موافقه عليه، ويكون في مرحلة نمو غير مهيأ له، أو أنه يخرق القانون والمحرمات الاجتماعي السائدة".

وأشار لها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات DSM-5 بأنها" أي فعل جنسي يتضمن طفلا، ويهدف لتحقيق الإشباع الجنسي عند أحد الوالدين أو غيرهم من الأشخاص الذين يتحملون مسؤولية الطفل، ويشمل أنشطة مداعبة الأعضاء التناسلية، اللواط، الاغتصاب، كما يشمل إجبار الطفل وتهديده أو خداعه وإغوائه للمشاركة في أفعال تحقق الإشباع الجنسي للآخرين، بالاتصال الجسدي المباشر بين الطفل والمعتدي عليه(DSM-5,2014, p.94) .

أما الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) تعرفها بأنها " أي انتهاك واستغلال أو اتصال جنسي بين البالغين والأطفال باستخدام الوسائل الجنسية. ويشار إليها " هى كل فعل أو قول إيحائى يصدر من فرد تجاه الطفل أو استغلال جنسي غير مشروع، ويشمل ذلك الممارسة ذات الطبيعة الجنسية بالفم، أو الضم، أو الاحتضان، أو التحرش اللفظي. كما تشمل استغلال الطفل في أعمال منافية للآداب، تصويره عاريا، أو استغلال الطفل لأعراض جنسية عبر وسائل الاتصال و(الإنترنت)(Hyde & DeLamater, 2011,P.74) .

وعرف" (السوالقة،2016) الإساءة الجنسية بأنها" عنف ضد الطفل يتمثل في السلوك اللفظي أو الحركي أو الاعتداء المادي المباشر بدافع الرغبة الجنسية، أو الرغبة في استخدام السلطة وإزلال الطرف الآخر الأضعف" (ص.34). ويشير السنبل، رمضان (2018) بأنها" أي فعل جنسي يتم من خلاله إكراه الأطفال بالاعتداء عليهم جنسيا باستخدام القوة أو السلطة واستغلالهم عن طريق تعريضهم لأنشطة جنسية لا يفهمونها بغرض المتعة الجنسية التي يحققها الشخص المعتدى ".(ص.161).

وتعرف الإساءة الجنسية اجرائيا فى الدراسة الراهنة بأنها" سلوك يهدف لاستثارة جنسية موجه للطفل ذكر أو أنثى بشكل مباشر أو غير مباشر من قبل الوالدين أو أحدهما، الأقارب أو المحيطين بالطفل داخل أوخارج المنزل بهدف المتعة الجنسية وقد يصاحبها عنف أو لا. ويتعامل معها الاخصائى الاجتماعي من خلال أداء أدوار مهنية (مدير للحالة، معالج، معلم وسيط، مدافع).

أ- أنواع المعتدين جنسيا:

والمعتدى الجنسي أو (المتحرش) هو شخص يتربص للطفل الضحية وينتظر للتعدي عليه وهو يمشي أو يلعب بمفرده، والحقيقة هي أن الجاني في معظم الحالات يكون أحد معارفه أو صديقه أو قريبه. (إذا كان الجاني أحد الأقارب، فإن الاعتداء يسمى سفاح القربى). ولقد ثبت أن عشرات الآباء والأمهات، الزوج للأم والزوجة للأب، الأقارب، وقادة الكشافة، والعاملين في رعاية الأطفال، والأشخاص من جميع مناحي الحياة على أنهم متحرشون بالأطفال. ويحاول المعتدي بشكل عام إمكانية الوصول الجنسي إلى الطفل عن طريق التلاعب والإغراء بدلاً من استخدام القوة أو الضرر. وتتراوح طبيعة الإساءة على سلسلة متصلة من اللمس غير المناسب إلى الجماع الفعلي. ويمكن القول أن استراتيجية المعتدى تقوم بإضعاف الضحية و إرغامها على القبول مما يثير عند الضحية مشاعر الارتباك والانزعاج (عبد العزيز،2009، ص. 65).

حدد جروث(Growth (1998 نوعين للمتحرشين بالأطفال: " الثابتون والمتراجعون "مرتدون". ويفضل النوع الأول دائمًا الطفل كشريك جنسي على الشخص البالغ. ويهتموا بشكل عام بالأطفال الذكور. بينما النوع الثاني: هو الشخص الذي يكون اهتمامه الجنسي المعتاد في الشركاء البالغين، ويحدث ذلك عندما يواجه ضغطًا هائلاً (الصعوبة الزوجية، فقدان الوظيفة، الموت في الأسرة، وما إلى ذلك)، فإنه "يتراجع" عاطفيًا (يصبح نفسياً الأصغر سنا) ويتصرف جنسيا تجاه الأطفال لتلبية احتياجاته. وغالبا يبحثون عن الأطفال الإناث كشركاء جنسيين لهم؛ ومعظم مرتكبي سفاح القربى من النوع الثاني"المتراجع"؛ يعملون بشكل جيد في المجتمع، وهم في علاقة مستقرة بين الجنسين، لكنهم يتعاملون مع التوتر بشكل غير لائق عن طريق التصرف الجنسي تجاه الأطفال. (Abel, Et al, 2008. P.154).

وقد حددت نتائج دراسة (العقرباوي،2003) الخصائص الشخصية للمسيئين للأطفال وعلاقتها بنمط الإساءة، وأشار إلى أن أغلب المسيئين للأطفال جسديا وجنسيا لديهم أعراض اضطرابات عقلية، يتسمون بسمات الشخصية العصابية والاكتئاب، بينما يتسم المسيئين للأطفال إساءات جنسية بسمات الشخصية السيكوباتية التي تتسم بالعنف غير الطبيعي، والسلوكيات الخطيرة و الانحرافية غيرالمسؤولة، ويسبب المعاناة لمن حوله في الأسرة والمجتمع. حيث يمارسون القليل من السيطرة على دوافعهم الجنسية؛ واكتشف هابيل وزملاؤه أن الفتيات أكثر عرضة للإبلاغ عن الإيذاء الجنسي؛ بينما يميل الأولاد إلى التفكير في الأمر باعتباره سيكون "غير ذكوري" لهم الإبلاغ عن تعرضهم للإيذاء الجنسي (Abel, Et al, 2008. P.154).

ب-مراحل وقوع الاعتداء الجنسي على الأطفال:

تتم عملية تحويل الطفل إلى ضحية جنسية من خلال المراحل التالية:

- **الإغراء والتودد**: يختلي المعتدي بالطفل من خلال اغراؤه بدعوته لممارسة نشاط معين كالمشاركة في لعبة أو ما شابه، وقد يكونوا أشخاص ذو صلة به أو من خارج نطاق العائلة، وإذا صدرت المحاولة الأولى من قريب، فإن الطفل يطمئن بأن الأمر لا عيب، وعادة تقابل بالاستجابة لها وذلك لأن الأطفال يميلون إلى الرضوخ لسلطة البالغين خصوصا البالغين المقربين لهم.
- **الإرهاب والتخويف**: عندما يحاول الطفل الانسحاب والهروب من المعتدى يلجأ الآخر لاستخدام أساليب العنف أو التهديد والخشونة لإخضاع الطفل جنسيا لنزواته.
- **التفاعل الجنسي والإدمان**: يولد الاعتداء الجنسي بالأطفال سلوك إدماني لدى الطفل الذي يتم الاعتداء عليه، هذا السلوك له طابع تصاعدي مطرد فهو قد يبدأ بمداعبة الطفل أو ملامسته ولكنه سرعان ما يتحول إلى ممارسات جنسية دائمة ومحببة لدى الطفل نفسه (سامي، بلحاج، 2017، ص. 166).

ج-اثار الإساءة الجنسية:

تعرض الطفل للإساءة في مراحل مبكرة من عمره يسبب له اضطرابات نفسية كالقلق والخوف والتوتر والاكتئاب. وتؤكد الدراسات ازدياد فرص الإصابة بالاكتئاب لدى البالغين الذين تعرضوا في طفولتهم لاعتداء

جنسي أو إيذاء جسدي مقارنة بالآخرين الذين لم يسبق لهم التعرض لمثل هذه المشاكل. كما يمكن أن تسبب الإساءة ضد الأطفال مشاكل في النمو عصبيا ونفسيا، حيث تظهر لديهم مشاكل صعوبات التعلم والتواصل والتخاطب مع الآخرين و مشاكل ترتبط بالنمو اللغوى والفكري واعتلال المزاج وفقدان السيطرة على السلوك وكذلك الاضطرابات الاجتماعية والعاطفية (Zastrow , 2017,P.196).

ومما يزيد من التأثير السلبي لها:

1. تكرار الإساءة الجنسية خاصة عندما يكون سن الطفل صغيراً.
2. أن يكون المعتدي من أحد الوالدين أو كلاهما أو أقارب الطفل المساء إليه.
3. تزامن الإساءة الجسمية مع الإساءة الجنسية والنفسية من قبل الوالدين أو أحداهما
4. طول مدة الاعتداء؛ طبيعة السلوكيات الجنسية الفعلية التي انخرط فيها الطفل.
5. عدد الجناة؛ ردود فعل الآخرين إذا تم الكشف عن الإساءة.
6. عدم توافر المهنيين واستخدام التدخل الصحيح والفعال مع الضحية، المسيء، والآخرين.
7. الصحة العقلية والعاطفية للطفل واستراتيجيات التكيف (Horwitz, 2005,P.209).

د- العلامات والأعراض المشيرة إلى الاعتداء الجنسي:

الطفل المعرض لإساءة جنسية تظهرعليه جوانب مختلفة من الأعراض منها الأعراض النفسية كإيذاء الذات أو محاولة الانتحار، اضطرابات في النوم، التبول اللاإرادي، الخجل، وأعراض اجتماعية كالعجز عن التعبير والتفاعل والكلام مع الأهل أو مع الاخرين. والشعور بالذنب والارتباك. ولا يستطيع الطفل أو الطفلة سرد ما يلقاه من سوء معاملة، خاصة إن كان القائم بإساءة المعاملة أحد والديه أو أحد الأقارب أو صديق للعائلة. لذلك من الضروري جدًّا البحث عن علامات إنذار أهمها أنه تظهر على الطفل أعراض جسمية تتمثل فى

- صعوبة المشى والجلوس، دماء في الملابس الداخلية الخاصَّة بالطفل.
- الإصابات غير المبررة، مثل الألم والكدمات أو الكسور أو النزيف.
- الحكة واصابات بفتحة الشرج. أو العدوى بأمراض جنسية كالزهري والسيلان والإيدز.
- السُّلوكيات الجنسية والتثقيف غير المُناسب لهذه المرحلة العُمرية من حياة الطفل.
- حدوث الحمْل للفتيات، تهتك للأجزاء التناسلية للطفل.
- التواصُل الجنسي غير المُلائم مع الأطفال الآخرين
- عبارات قد تُوضِّح تَعرُّضه/ها للاعتداء الجنسي (John& Marsa ,2013,P.313)

وهذه العلامات قد تختلف من طفل لآخر، كما لا بد أن نضع في اعتبارنا أنها قد تكون بعضها علامات تحذير. ووجود علامات التحذير لا يعني بالضرورة وجود إساءة معاملة للطفل.

هـ-النماذج والنظريات المفسرة للإساءة الجنسية:

هناك العديد من النماذج والنظريات النفسية والاجتماعية المفسرة للإساءة الجنسية وأهمها:

1-نموذج فنكلور Finkelhor Precondition Model

حدد أربعة شروط يجب توفرها جميعها لحدوث الإساءة وهي: توفر الدافع للإساءة الجنسية، عدم التغلب على المثيرات الداخلية والمثيرات الخارجية كالغضب، الجرأة، توفر الظروف البيئية مثل وجود الطفل وحده، وأخيرا التغلب على مقاومة الطفل واستغلال قلة المعرفة بالأمور الجنسية.

2-اتجاه التحليل النفسي The psychoanalytic approach

يرى " فرويد " أن عقدة أوديب والتي توضح أن الأطفال يمرون بمرحلة من الانجذاب الجنسي لوالديهم، الأولاد إلى أمهاتهم والبنات إلى آبائهم لها علاقة بالإساءة الجنسية، ويضيف فرويد أن نتيجة الفشل في حل عقدة أوديب، تستثير لدى الفرد مشاعر عدم الكفاءة الجنسية والحاجة إلى أن يكون الفرد مسيطرا ومهيمنا جنسيا على من هم أضعف منه (Berliner.2013,218).

3-نموذج هال وهاري شمان Hall and Hirschman Quadripartite model

تبنى النموذج أربعة عوامل رئيسة تؤدي لحدوث الإساءة الجنسية وهي :العوامل الفسيولوجية وهي الدافع الرئيسي للإساءة، العوامل المعرفية والذي تشتمل على مخططات معرفية مشوهة ومغلوطة متمثلة بتبرير أن الإساءة الجنسية للأطفال مقبولة، إلقاء اللوم على الضحايا، العوامل المتعلقة بعدم التنظيم العاطفي، مما يؤدي لسلوكيات المبالغة في استعمال الجنس للتغلب على الانفعالات السلبية مثل الغضب والقلق والاكتئاب، العوامل الشخصية الناتجة عن الخبرات المؤلمة في الطفولة والتي تتمثل بالتنشئة الاجتماعية والفقر.

4-النظرية التكاملية Marshall and Barbaree integrated theory

تعود الإساءة الجنسية للأطفال لعوامل تتعلق بالنمو غير الآمن في الطفولة، وسوء التنشئة الأسرية، وعدم الثقة بالآخرين، وتدني احترام الذات والخوف من التعبير عن المشاعر مما يشكل أفكار بأن الجنس مع الأطفال أمر طبيعي، إن خبرات الطفولة المؤلمة تؤدي لعجز تطوير المهارات الاجتماعية اللازمة لتطوير العلاقات الودية بين الأفراد أو المحافظة عليها، بالنسبة للمسيء فإن الإساءة تخلصه من التوتر النفسي وتزيد من الشعور بالسيطرة والفعالية، وزيادة احترام الذات ومشاعر الذكورة لديه (Cohen, Judith. 2005,P.137) .

من خلال الاطلاع على النظريات والنماذج التي فسرت أسباب حدوث الإساءة الجنسية للأطفال، لوحظ أنها فسرت الإساءة من جميع جوانبها الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية والبيولوجية، وبعضها ربط الإساءة بخبرات الطفولة المؤلمة، والآخرربطها بأنها سلوك متعلم بالملاحظة والقدوة، وتبنت الباحثة نموذج Marshall) (and Barbaree التكاملي، لأنه فسر الإساءة من جوانبه النفسية والاجتماعية، تمثلت في خلل التنشئة الأسرية، وخبرات الطفولة المؤلمة، ونقص المهارات الاجتماعية وتدني احترام الذات.

و-دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال: يقصد بخدمة الفرد في مجال رعاية إساءة الأطفال بالطريقة التي يمارسها الاخصائي مع الاطفال الذين تواجههم مشكلات ذاتية أو

بيئة تجعلهم عاجزين عن التكيف اجتماعيا مما يجعلهم في أمس الحاجة للعون والمساعدة التي يجدونها. وتمارس في مؤسسات رعاية الطفولة.

ويجب أن يدرك الأخصائي الاجتماعي جيداً أن التعامل مع الأطفال ليس بالأمر اليسير لأنه يختلف كثيراً عن التعامل مع العملاء الكبار، فهو يعلم كيف يكتسب ثقتهم وكيف يقنعهم بضرورة التعاون معه في العمليات المهنية المختلفة بخلاف الأطفال الصغار الذين يحتاجون لمزيد من الجهد الفني والوقت اللازم لاكتساب ثقتهم والتأثير فيهم مهما اختلف الجهد، وتحدث التدخلات الأكثر فائدة بعد الاعتداء الجنسي على الأطفال عندما يعتمد جميع الأطراف الهامة (المهنيين، والآباء، والأشقاء، وما إلى ذلك) تقرير الطفل، وعندما يتحمل الجاني المسؤولية الكاملة عن أفعاله، وعندما يكون لدى الطفل منتديات تعزز الفهم والشفاء في مراحل مختلفة من تطوره لاحقًا.(Dube& Anda & Et al ,2015,P.274).

ويتولى الأخصائيون الاجتماعيون بشكل يومي مسؤولية البحث والتحقيق في أي ادعاءات خاصة بإساءة معاملة الأطفال أو تعرضهم للخطر الجنسي أو أي ظروف أخرى قد لا يكون فيها الطفل أو الأطفال آمنين. وتأتى الحالة للمؤسسة غالبًا من قبل العائلة أو الأصدقاء أو المدارس والأطباء والأطراف المعنية الأخرى التي شهدت أو اشتبهت في وجود مشكلة تتعلق بسلامة الطفل، وهذا يتطلب من الأخصائيين الاجتماعيين جمع الأدلة والوثائق إما لإثبات المزاعم أو رفضها. وتعقد المقابلات مع الطرف المُحيل، أو الآباء أو الأوصياء، والأطفال المشاركين في القضية للبدء في تحديد مسار العمل التالي. من المقابلات إلى جمع الأدلة المادية، وتتطلب أداء الوظيفة التفاعل اليومي والبحث الاجتماعي السريع وكتابة التقرير لتوثيق جميع النتائج (Leung, 2011,P.292). **وتتعدد الأدوار المهنية للممارسين في مجال الطفولة** بشكل عام وفى الإساءة الجنسية ضد الأطفال بشكل خاص إلا ان الباحثة حددت بعض الأدوار الأكثر احتياجا وقربا للعمل بهذا المجال وهي كالتالي:

<u>دور مدير الحالة</u>: وفى هذا الدور يقوم الأخصائي الاجتماعي بتقييم ادعاءات سوء المعاملة / الإهمال وإحالة العملاء إلى الخدمات المناسبة، تقدير احتياجات العملاء، تحديد الأهداف للتعامل مع الحالة في ظل وظيفة المؤسسة وخدماتها المقدمة، جمع الوثائق والتي تشمل تقارير الشرطة والمحكمة ان وجد والتاريخ الاجتماعي للطفل. كما يقوم بتنظيم عمل الإدارات والأجهزة المختلفة التي يعمل من خلالها ويقدم عملية المساعدة للطفل.

ويجب أن يكون لدى الأخصائي مهارات مشاركة الأسرة في التخفيف من المخاطر وتعزيز السلامة التي سيتم استخدامها في كل من المؤسسة ومنازل العملاء والبيئة المحيطة بالطفل. التنسيق بين الأنشطة من أجل التوصل للأهداف الموضوعة والتقويم وإجراء التغييرات اللازمة لذلك. بالإضافة إلى تهيئة البيئة والحصول على الموارد اللازمة والخدمات بصورة مباشرة. يتعاون أيضا مع فريق العمل المرتبط بالمؤسسات الأخرى فى إنفاذ القانون والمدارس والعاملين في المجال الطبي ووكالات الصحة العقلية والمحاكم(Berliner, 2013,P.220).

دور المعالج: يقوم بتحديد الموقف الإشكالي للأطفال والذي يجعلهم عاجزين عن التوافق الاجتماعي، ويقوم بالاختيار بين البدائل المتاحة من أجل التوصل للأهداف الموضوعة لإحداث التغيير الموضوع بقدر من الواقعية. ويتدخل من خلال عملية المساعدة ليقدم لهم العون على مواجهة مشكلاتهم وإزالة الخلل أو سبب الاضطراب والتعامل معه واستيعابه. مما يكسبهم خبرات حياتية اجتماعية وانفعالية سوية ومنضبطة. كما يقوم الأخصائي بالتأثير في الطفل لمساعدته في حل مشكلاته وكذلك علاج البيئة الاجتماعية المحيطة وهم الوالدين.

دور المعلم: يتعلق هذا الدور بتعليم الطفل وإرشاد أسرته وتقديم المعلومات والبيانات الهامة لهم. ويقوم الأخصائي الاجتماعي في هذا الدور بتعريف العميل امكانياته وقدراته وتعليمه كيفية استغلالها ليحقق التوافق النفسي والاجتماعي مرة أخرى، ومنحه الفرص ليؤدي أعمال ناجحة (Berliner, 2013,P.220). وبالتالي على الأخصائي في مثل هذه الحالات تزويد الطفل بالخبرات والمعلومات التي تعلمه كيفية منع تعدى الآخرين عليه بالإساءة، كما يكسبه كيفية تخطى شعور الإساءة، والدفاع عن نفسه، اكساب الطفل ووالديه مجموعة من القيم والاتجاهات الإيجابية. ويتطلب ممارسة هذا الدور أن يكون الأخصائي الاجتماعي لديه معرفة كافية بالمجال، بالإضافة إلى مهارته في توصيل المعلومات بشكل كامل وواضح للعملاء وذويهم. وكذلك مراعاة الفئة العمرية للطفل من حيث كم المعلومات وطريقة توضيحها.

دور الوسيط: وفى هذا الدور يقوم الإخصائي الاجتماعي بتوضيح مصادر الخدمات المتاحة في المجتمع والتي يمكن الاستفادة منها، وربط الأنساق المختلفة المحيطة بحالة الطفل بها. كما يركز على تحسين العلاقات وفتح قنوات الاتصال بين (الفرد/ الأسرة/المؤسسة/ المجتمع) وإمدادها بالموارد والخدمات الموجودة بالمجتمع ببعضها البعض.

دور المدافع: وفى هذا الدور يتبنى الأخصائي الاجتماعي مواقف وقضايا الطفل المساء إليه، ويقوم بالعمل لصالح العميل من أجل الحصول على حقوقه، والقيام بدفاع الحالة ضد المعتدى عليه سواء من داخل الأسرة أو من خارجها، الدفاع عن حقوق العميل ومساعدته على الحصول الخدمات المستحقة له. ويجب على الممارس أن يكون لديه القدرة على الدفاع عن العائلات والأطفال، وحثهم على الإدلاء بشهادتهم في المحكمة، وتقليص المواقف المتقلبة المحتملة. كما أن هناك اخصائيين يكتشفوا بعض الحالات دون ان يتم الإبلاغ الشخصي عنها مما يتطلب منهم دفاع الحالة عنهم وتشجيعهم للإبلاغ والاعتراف بالاعتداء أو محاولات الشروع فيه (السيد، أشرف، وآخرون،2016، ص ص.111 -114).

خامسا: الإجراءات المنهجية والتطبيقية للدراسة:

اعتمدت الباحثة على منهجية لتحقيق أهداف دراستها وهي نوع الدراسة وتساؤلاتها، والمنهج المستخدم، مجالات الدراسة الثلاثة، كذلك الجانب التطبيقي لأدوات الدراسة.

1-**نوع الدراسة**: تنتمي إلى الدراسات الوصفية التي تحدد واقع أداء الأخصائي الاجتماعي لأدواره المهنية والوقوف على معوقات تنفيذها في التعامل مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال.

2-**المنهج المستخدم:** اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي الشامل: وتم استخدامه لجميع للأخصائيين الاجتماعين ولفريق العمل العاملين بلجان حماية الطفل بمحافظة أسيوط.

3- **تساؤلات الدراسة:** في ضوء مشكلة الدراسة وأهدافها ومن خلال العرض السابق يمكن صياغة تساؤلات الدراسة الحالية على النحو التالي:

1) التساؤل الرئيسي الأول: ما هو واقع أداء الاخصائي الاجتماعي لأدواره مع حالات الأطفال المساء لهم جنسيا من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل.

وانبثق منه التساؤلات الفرعية التالية:

- ما متوسط درجات واقع أداء الاخصائي الاجتماعي لدوره كمدير للحالة مع حالات الأطفال المساء لهم جنسيا من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل.
- ما متوسط درجات واقع أداء الاخصائي الاجتماعي لدوره كمعالج لحالات الأطفال المساء لهم جنسيا من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل.
- ما متوسط درجات واقع أداء الاخصائي الاجتماعي لدوره كمعلم ووسيط لحالات الأطفال المساء لهم جنسيا من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل.
- ما متوسط درجات واقع أداء الاخصائي الاجتماعي لدوره كمدافع عن حالات الأطفال المساء لهم جنسيا من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل.

2) التساؤل الرئيسي الثاني: ما متوسط درجات واقع المعوقات التي تواجه الاخصائي الاجتماعي لأدواره المهنية مع حالات الأطفال المساء له جنسيا من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل.

3) التساؤل الرئيسى الثالث: هل يوجد فروق بمتوسطات درجات أداء الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا فيما بين الذكور والإناث؟

4) التساؤل الرئيسى الرابع: ما البرنامج المقترح لتنمية أداء الاخصائي الاجتماعي لأدواره مع حالات الأطفال المساء لهم جنسيا؟

4- **أدوات الدراسة:** اعتمدت الدراسة على الأدوات البحثية التي تتلاءم مع موضوعها وهي:

1-استبانة أدوار الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا. من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعين، ومن وجهة نظر فريق العمل (إعداد الباحثة).

استخدمت الباحثة استبيان تضمنت البيانات الأولية و(5) بنود رئيسية وتم وضعها في صورتين (صورة مطبقة على الاخصائيين الاجتماعيين، وصورة مطبقة على فريق العمل) وذلك من خلال الخطوات التالية:

أ–تم الاطلاع على الدراسات والبحوث العلمية السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، وكذلك الاطلاع الأدوات العلمية والمقاييس ذات الصلة بالدراسة. ثم إجراء مقابلات مع بعض الاخصائيين الاجتماعيين والإداريين والخبراء بالمجال للاستفادة من واقع الممارسة.

ب– تحديد الأبعاد الرئيسية لاستبانة الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل حيث اشتملت على البيانات الأولية، المتغيرات الرئيسية للدراسة على النحو التالي:

1–دور الأخصائي الاجتماعي من منظور خدمة الفرد في التعامل مع حالات الأطفال المساء إليهم ويتفرع منه اداؤه للأدوار التالية (مدير للحالة – معالج–معلم ووسيط – مدافع).

2–المُعوقات التي تواجه قيام الأخصائي الاجتماعي بدوره كما بجب أن يكون مع الحالات.

ج–وللإجابة على الأداة تم تحديد ثلاث استجابات (نعم، إلى حد ما، لا) قيمة الاستجابات (1،2،3) للعبارات الموجبة والعكس للسالبة وتم مراعاتها أثناء تكويد وإدخال البيانات وإجراء الاختبارات الإحصائية عليها.

د–اختبار صدق وثبات الأداة: تم حساب صدق الأداة من خلال صدق المضمون والرجوع إلى الأدبيات والدراسات النظرية التي احتوت عناصر الموضوع. كما تم عرضه على 4 خبراء من أساتذة الخدمة الاجتماعية، وذلك لإيجاد اتفاق حول الصياغة اللغوية ومضمون الفقرات علميا وارتباطها بمتغيرات البحث وتم استبعاد العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق أقل من (80%)، وتم تعديل 9عبارات وحذف 5 عبارات.

وتم حساب ثبات الأداة باستخدام التجزئة النصفية: حيث تم استخدام معادلة (سبيرمان) للتجزئة النصفية حيث قسمت إلى نصفين، ضم القسم الأول القيم التي تم الحصول عليها من استجابات العبارات الفردية، وضم القسم الثاني قيم العبارات الزوجية، وجاءت نتائج الاختبار ككل 84.، تراوحت معاملات الثبات فيما بين (,69– ,82) وهى معاملات ارتباط معنوية عند(,01) وتم حذف العبارات التي انخفضت معامل ثباتها عن (,69) ، وفي ضوء ذلك يمكن القول أن الأداة على درجة من الصدق والثبات تمكننا من الاعتماد على نتائجها. تم دمج عبارات استبانة الأخصائيين الاجتماعيين/فريق العمل مع بعضها البعض دون عناوين رئيسيه للأبعاد حتى لا تأتي الاستجابات في اتجاه واحد، وبذلك أصبحت الاداة صالحة للتطبيق في صورتها النهائية بعدد عبارات (52). و**تراوحت مستويات المتوسطات** الحسابية للعبارة أو البعد للاستبيان بين١–1,66 مستوى منخفض، قيمة المستوى المتوسط بين1,67 –2.33، وأخيرا تراوح متوسط المستوى المرتفع بين 2.34: 3.

2– المقابلات الفردية المقننة: وتم استخدامها مع مديري المؤسسات والأخصائيين الاجتماعيين لمعرفة مهامهم الوظيفية الحالية، وطبيعة الحالات التي تتردد عليهم ومراحلهم العمرية، وكيفية اكتشافها والإبلاغ عنها، التعرف على نوع السجلات المستخدمة والاطلاع على محتوى التقارير للحالات، معرفة الأدوات التقديرية المستخدمة مع الحالات لتشخيصها، ومعرفة نسب أعداد الحالات التى نجح الممارسين في التعامل معها في المؤسسة وكذلك التي لم تنجح وما معوقات ذلك. كما تمت بعض المقابلات مع بعض الأطفال وأولياء أمورهم الذين كانوا متواجدين بالمؤسسة للتعرف على مدى استفادتهم من الخدمات المؤسسية المقدمة.

5-مجالات الدراسة:

أ- المجال البشرى: تم تطبيق الدراسة على عينتين

-العينة الأولى: الحصر الشامل لجميع الاخصائيين الاجتماعين العاملين في مجال حماية الأطفال المساء إليهم جنسيا وقوامها (29) أخصائي واخصائية اجتماعية. وتم استبعاد من غير التخصص الأكاديمي.

-العينة الثانية: جميع فريق العمل العاملين مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا وعددهم (59). وفيما يلي وصف لعينتي الدراسة.

- **خصائص عينة الدراسة للأخصائيين الاجتماعيين:**

جدول رقم (2) وصف خصائص عينة الدراسة للأخصائيين الاجتماعيين

م	الاستجابات		ك	%	ت
النوع	أ	ذكر	12	%42,3	2
	ب	أنثى	17	%57,7	1
المؤهل الدراسي	أ	معهد خدمة اجتماعة	8	% 27,5	2
	ب	بكالوريوس خدمة اجتماعية	12	%41.3	1
	ج	ليسانس أداب إجتماع	5	%17 .2	3
	د	دبلوم الخدمة الإجتماعية	2	%6.8	4
	ه	ماجيستروددكتور خدمة اجتماعية	2	%6.8	4
عدد سنوات الخبرة	أ	أقل من 5 أعوام	6	%21.0	3
	ب	من 5 لأقل من 10 أعوام	14	%48.2	1
	ج	من 10 لأقل من 15 أعوام	8	%27.6	2
	د	من 15 عام فأكثر	1	%3.4	4

م	الاستجـابات		ك	النسب	ت
عدد الدورات	أ	لم يشارك فى دورات	0	%0	4
	ب	دورتين	13	%44.8	3
	ج	ثلاث دورات	9	31.1	1
	د	أكثر من ذلك	7	%24.1	2
مدى الإستفادة	أ	استفادة كاملة	6	%20.6	3
	ب	استفادة متوسطة	12	%41.3	1
	ج	استفادة محدودة	7	%24.1	2
	د	لا توجد استفادة	4	%13.7	3
ن = 29			النسبة المنوية = 100%		

جاءت قراءات الجدول رقم (2) لتوضح أن خصائص عينة الدراسة تتسم بالآتي:

- غالبية مفردات الدراسة من الإناث بنسبة (57,7%) بينما الذكور (42,3%) وقد يرجع ذلك لإقبال الاناث على العمل بهذا المجال ولديهم خبرة أكثر في التعامل مع الأطفال وتحمل التعامل مع مشكلاتهم واضطراباتهم وفهم متطلباتهم بسهولة.

- يتضح أن أعلي نسبة من عينة الدراسة تتراوح أعمارهم من (35 لأقل 45 سنة) حيث بلغت (76.1%) من إجمالي العينة، وفى الترتيب الأخير (من 45 فأكثر) بنسبة مئوية (3.3%)، وتلائم المرحلة العمرية للأخصائيين التعامل مع حالات الإساءة للأطفال ويرجع ذلك لأن اغلبهم لديهم أبناء في مثل عمر الضحايا، وأكثر متابعة لمستحدثات مثل هذه الجرائم.

- تباينت نسب المؤهل الدراسي فجاءت في الترتيب الأول نسبة (41.3%) من الأخصائيين الحاصلين على بكالوريوس خدمة اجتماعية، وفي الترتيب الثاني معهد خدمة اجتماعية بنسبة (27,5%)، وليسانس اداب بنسبة (17.2%). وتساوى الحاصلين على دبلوم دراسات عليا والحاصلون على ماجيستير ودكتوراه في المرتبة الأخيرة بنسبة (6,8%)، ويلعب التعليم يلعب دورا هاما في إعداد الأخصائي الاجتماعي حيث يرتبط المستوى التعليمي

المرتفع له بمدى أداؤه لأدواره وتقدير المشكلة وأبعادها، والبحث عن الوسائل التقديرية والعلاجية الحديثة، فمن المتوقع ان نجد اختلافا بين أداء الأخصائي لأدواره تبعا لاختلاف مستواه التعليمي فكلما ارتفع المستوي التعليمي ارتفعت الكفاءة المهنية لديه.

- وجاءت سنوات الخبرة لعينة الدراسة من (5لأقل من 10 أعوام) بنسبة (48.2%) يليه (من 10 لأقل من 15 أعوام) بنسبة (27.6%)، وأقل نسبة (3.4%) حصل عليها فئة (15عام فأكثر) مما يشير لارتفاع مستوى الخبرة المهنية لدى الاخصائيين الاجتماعيين بهذا المجال.
- النسبة الأكبر من المبحوثين حصلت على دورتين بنسبة (44.8%)، تلاها الحاصلين على ثلاث دورات بنسبة (31,4%)، واخيرا الحاصلين على أكثر من دورة (8.6%) وقد يدلل ذلك على تنوع المعارف المهنية حول الاساءة للأطفال بشكل عام والإساءة الجنسية بشكل خاص.
- أعلى نسبة استفادة من الدورات هي استفادة متوسطة بنسبة (41.3%) تلاها استفادة محدودة بنسبة (24.1%) ويرجع ذلك إلى أن الدورات التدريبية التي حصل عليها بعض الأخصائيين الاجتماعيين لم تكن المادة العلمية بها جيدة أو متلائمة مع واقع الحالات التي يتم التعامل معها .كما أن بعضهم لا يستطيع استكمال هذه الدورات لبعد المكان، عدم سماح جهة العمل بالاستمرار بها بغرض التواجد لمتابعة الحالات بالمؤسسة.

- خصائص عينة الدراسة لفريق العمل:

جدول رقم (3) وصف خصائص عينة الدراسة لفريق العمل

خ ع	الاستجابات		ك	ا%	ت
النوع	أ	ذكر	32	٥٤,٢%	2
	ب	أنثى	27	٤٥,٨%	1
المؤهل الدراسي	أ	طبيب	8	%13.5	5
	ب	أخصائي نفسي	16	% 27,1	1
	ج	أخصائي قانوني	9	%15.2	4
	د	الإداريين	15	% 25,4	2
	ه -	تخصصات اخرى	11	%18.6	3
عدد سنوات الخبرة	أ	أقل من 5 أعوام	19	%32.2	2
	ب	من 5 لأقل من 10 أعوام	22	%37.3	1
	ج	من 10 لأقل من 15 أعوام	6	%10.2	4
	د	من 15 عام فأكثر	12	%20.3	3

خ ع	الاستجابات		ك	النسب	ت
عدد الدورات	أ	لم يشارك فى دورات	6	%10.1	4
	ب	دورتين	30	%50.8	1
	ج	ثلاث دورات	13	% 22.2	2
	د	أكثر من ذلك	10	%16.9	3
مدى الاستفادة	أ	استفادة كاملة	9	%15.3	4
	ب	استفادة متوسطة	14	%23.7	3
	ج	استفادة محدودة	20	%33.9	1
	د	لا توجد استفادة	16	%27.1	2
ن = 59				النسبة المئوية = 100%	

نستخلص من استقراء الجدول السابق رقم (3) ما يلي: -

- توزيع فريق العمل العاملين طبقاً للنوع أن عدد الذكور يفوق عدد الإناث بنسبة (٥٤,٢%).
- يحتوي فريق العمل على عدد من الاخصائيين النفسيين بنسبة (27,1%)، أطباء لفحص الحالة بنسبة (13.5%)، أخصائي قانوني بنسبة (15.2%)، الإداريين (25,4%)، وأخيرا تخصصات اخرى بنسبة (18.6%) كمعلم، شرطة، رائدة صحية.

- تركزت مدة الخبرة الأعلى في الفئة (5 لأقل10أعوام) بنسبة (37.3%). وأخيرا فئة (10لأقل من 15عام) بنسبة (10.2%). ويدل ذلك أن لديهم خبرة متوسطة بالمجال والتعامل مع الحالات.
- أعلى عدد دورات التدريبية حصل عليها فريق العمل هي دورتين فقط بنسبة (50.8%) وذلك لمن حصل على دورات تدريبية ويتضح من ذلك أن هناك قصور في الدورات التدريبية التي تنفذ للعاملين. كما أشار أغلبهم انها كانت من خلال السعي الشخصي والقليل منها ترشيح من قبل المؤسسة. هذا وان هناك دورات لا تأتى لبعض التخصصات منهم، كذلك عزوف البعض عن الذهاب لارتفاع تكاليف التدريب ولأولوية المتطلبات الاجتماعية والحياتية الخاصة به.
- تعد استفادة محدودة من الدورات أعلى نسبة بنسبة (33.9%) ويرجع ذلك إلى أن الدورات التدريبية التي حصل عليها فريق العمل بعيدة عن المجال، والتي ترتبط بمجال العمل نسبتهم محدودة جداً ولا تتفق مع المؤهل الدراسي، وكان المتوقع أن تتم الدورات التدريبية بما يلائم طبيعة الوظيفة.

ب-المجال المكاني: تم التطبيق من خلال لجنة حماية الطفل بمحافظة اسيوط، والتي تمتلك فروعا بقرى المحافظة وذلك للأسباب التالية:

- تعاون المؤسسة لإجراء البحث وهي الجهة المختصة بالكشف والتحقيق في مثل هذه المشكلات.
- تقديم الباحثة لدورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعين بها.
- توفر عينة البحث من الاخصائيين الاجتماعيين.

ج-المجال الزمني: تم البدء بالبحث ابريل 2018، واستغرق إجراؤه ستة أشهر تقريبا بشقيه النظري والميداني لينتهي اكتوبر 2018.

المعالجات الإحصائية المستخدمة: اعتمدت الباحثة على بعض الأساليب الإحصائية البسيطة مثل مُعامل ارتباط" سبيرمان "لحساب مُعامل الثبات لأدوات الدراسة، التكرارات والنسب المئوية، الوسط الحسابي والانحراف المعياري، اختبار ت لعينة مستقلة Independent sample Test.

سادسا: نتائج الدراسة وتحليلها وتفسيرها:

المحور الأول: النتائج الخاصة بتساؤلات الدراسة:

التساؤل الأول: ما متوسط درجات أداء الاخصائي الاجتماعي لأدواره مع حالات الأطفال المساء لهم جنسيا من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل؟

ويتضمن عرض نتائج الأدوار المهنية للأخصائيين الاجتماعيين مع حالات الأطفال كل على حدي. والمتوسط النهائي لهم من وجهة نظر الاخصائيين وفريق العمل.

1-دوره كمدير للحالة:

جدول (4) يوضح أداء الاخصائيين الاجتماعين لدور مدير الحالة ن خ.ج = 29 ن ف.ع =59

م	العبارة	استجابات الاخصائيين			استجابات فريق العمل			
		م.ح	ح.ع	ت	م.ح	ح.ع	ت
1	انسق الوثائق والتقارير الخاصة بحالة الطفل.	2.67	.86	3	2.54	.54	1
2	أقدر الخلل الناتج عن بيئة الطفل الأسرية.	1.79	0.05	7	1.58	0.75	6
3	أقوم بالمهام الإدارية التي أكلف بها.	2.74	.69	2	2.06	0.53	3
4	أحدد مصادر المعلومات المطلوبة لتقدير المشكلة.	1.69	,86	8	1.46	0.60	7
5	أفرق بين احتياجات كل حالة ومتطلباتها.	2.18	0.73	6	2.02	0.59	4
6	أشجع الحالة على عرض ما تم معها للمختصين دون حرج.	2.23	.84	5	2.13	.71	2
7	أحدد الموارد والامكانات التى تلائم طبيعة حالة الطفل من المؤسسة	2.37	.95	4	1.07	0.64	9
8	ادرس ملف الحالة مع فريق العمل قبل مقابلتها.	1.02	0.67	9	1.18	0.09	8
9	احرص على صياغة الأحكام التقديرية للحالة	2.82	0 .7	1	1.67	0.84	5

يتضح من الجدول (4): أن أكثر المهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي كمدير حالة تمثلت فى الآتي احتل الترتيب الأول عبارة (9) بمتوسط(2,82) أما في الترتيب الأخير عبارة (8) "بمتوسط (1,02). بينما استجابات فريق العمل لدور الاخصائى كمدير للحالة حددت العبارة(1) في الترتيب الأول بمتوسط (2.54)، وفى الترتيب الأخير عبارة (7) بمتوسط(1.07).

2-دوره كمعالج:

جدول (5) يوضح أداء الاخصائيين الاجتماعين لدور المعالج ن خ.ج = 29، ن ف. ع =59

م	العبارة	استجابات الاخصائيين			استجابات فريق العمل		
		م.ح	ح.ع	ت	م.ح	ح.ع	ت
1	أبدأ بالأهداف الصغرى للوصول للأهداف الكبرى	2.84	.95	1	1.67	.80	5
2	استعين بقدرات الوالدين المتاحة لمساعدة حالة الطفل	2.58	0.65	3	1.62	.78	7
3	أقدم الدعم للحالة وتشجعيها على مواجهة الموقف.	1.02	0.73	9	2.20	0.58	2
4	اضع خطة علاجية متكاملة لحالة الطفل	2.46	0.40	4	2.18	0.60	3
5	اشرح الموقف للطفل بطريقة مبسطة لمرحلته العمرية.	2.06	0.57	6	1.74	.95	4
6	اقوم بزيارات لبيئة الطفل إذا تطلب الأمر	1.13	.83	8	1.58	.76	8
7	أوضح مسئولياتي للوالدين وأدوارهم في خطة علاج ابنهم.	2.60	.95	2	2.32	0.89	1
8	يصعب على تحديد أكثر الأساليب العلاجية الملائمة لتأهيل الطفل.	2.23	0.8	5	1.13	0.59	9
9	أستطيع إعادة التوازن لحالة الطفل في فترات متقاربة.	1 .43	.63	7	1.65	76.	6

يتضح من قراءة الجدول (5) ما يلي: جاءت فى الترتيب الأول لاستجابات الاخصائيين الاجتماعين لأداء أدوارهم كمعالجين عبارة (1) بمتوسط (2.84) أما في الترتيب الأخير جاءت عبارة (3) بمتوسط (1,02)، ويدلل ذلك على عدم تقديم الأخصائي الاجتماعي المساندة الاجتماعية الكافية للطفل بالشكل الكافي والذي يعد من أركان جوانب العلاج الرئيسية خاصة ان الدعم الاجتماعي والبيئي للطفل ينعكس على حالته الذاتية من خلال مدى تقبل الآخرين للتعامل معه واحتوائه مرة أخرى وادماجه في أنشطة تنمى ما خلفته جوانب الإساءة. ما بالنسبة لاستجابات فريق العمل فجاءت عبارة (7) في الترتيب الأول بمتوسط (2.32)، وفي المرتبة الأخيرة عبارة (6) بمتوسط (1.58).

3- دوره كمعلم ووسيط:

جدول (6) يوضح أداء الاخصائيين الاجتماعين لدور المعلم ن خ.ج = 29 ن ف.ع العمل =59

م	العبارة	استجابات الاخصائيين			استجابات فريق العمل		
		م.ح	ح.ع	ت	م.ح	ح.ع	ت
1	**اعلم الطفل كيفية حماية نفسه من الآخرين.**	2.02	1.07	5	2,34	,57	3
2	**أقدم معلومات للوالدين عن كيفية التعامل مع الابن.**	1.58	1.25	7	2,22	,71	4
3	**اوضح للوالدين معلومات كافية عن حقوق طفلهم ضد الإساءة.**	1.06	0.53	9	1,27	,46	9
4	**أوضح فائدة التدخلات الوقائية والعلاجية الملائمة لكل حالة.**	2.46	0.40	3	1,44	,63	8
5	**اشرح اثار الاساءة للطفل وأسرته.**	1.13	.83	8	1,63	,84	5
6	**اساعد الطفل للاستفادة من قدراته لتحقيق أهدافه وتكيفه.**	2.60	.95	2	2,44	,65	2
7	**أقوم بتحويل الطفل إلى مصادر المساعدات في المجتمع**	2.23	0.06	4	2,74	,57	1
8	**إيجاد علاقات تعاونية بين الطفل والمؤسسات الأخرى التي تمده بالدعم**	2.72	.58 0	1	1,53	,8	7
9	**ربط الوالدين بالخدمات الأولى بتقديم الدعم لابنهم.**	1.61	0.77	6	1.58	0.69	6

يتضح من قراءات الجدول (6) ما يلي: جاء فى الترتيب الأول لاستجابات الاخصائيين الاجتماعين لأداء أدوارهم كمعلم ووسيط عبارة (8) بمتوسط (2.72) وانحراف معياري(0.5) أما في الترتيب الأخير جاءت عبارة (3) بمتوسط (1,06). اما بالنسبة لاستجابات فريق العمل فجاء في الترتيب الأول عبارة (6) بمتوسط (2.74) وانحراف معياري(.57)، أما في الترتيب الأخير جاءت عبارة (3) بمتوسط (1,27) وانحراف معياري (,46) .

4-النتائج المرتبطة بدوره كمدافع:

جدول (7) يوضح أداء الاخصائيين الاجتماعين لدور المدافع ن خ.ج = 29 ن ف. ع =59

م	العبارة	استجابات الاخصائيين			استجابات فريق العمل		
		م.ح	ح.ع	ت	م.ح	ح.ع	ت
1	**اتخاذ تدابير للكشف المبكر عن حالات اساءة الطفل.**	2.02	07.	7	2,34	0,77	3
2	**اقنع الوالدين بضرورة استرداد حق ابنهم من المعتدى.**	2.58	0.55	2	2,22	0,50	4
3	**أهمل متابعة القوانين العقابية لحالات الإساءة للأطفال.**	1.06	0.53	10	1,47	0,61	8
4	**استخدم إمكانات المؤسسة في تقديم خدمات دفاع الحالة.**	2.46	0.60	4	1,34	0,64	10
5	**أقوم بابلاغ الإدارة المسئولة التي تعرض فيها الطفل للإساءة**	2.13	.83	6	1,63	0,82	5
6	**أدافع عن حالات الإساءة داخل وخارج المؤسسة.**	1.60	.95	9	2,44	0,43	2
7	**أقوم بحماية الطفل من المعتدى عليه.**	2.23	0.06	5	1,59	0,67	6
8	**أشجع الطفل على الاعتراف بالمعتدى عليه وعدم الخوف منه.**	2.94	.54	1	2,59	0,53	1
9	**أطالب المؤسسة بتوفير الموارد اللازمة لممارسة البرامج والأنشطة للحالات**	2.53	0.05	3	1,58	0,07	7
1	**أوضح للوالدين حقوق الابن المعرض للإساءة الجنسية.**	1.83	.94	8	1,49	0,72	9

يتضح من الجدول (7): أن أكثر المهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي كمدافع بالنسبة لاستجابات الاخصائيين الاجتماعين عبارة (8) بمتوسط (2.94) وانحراف معياري (.54)، وهذا يؤكد على اهتمامه باسترجاع حق الطفل من المعتدى عليه والسعي لاستعادة الطفل لثقته بنفسه وتجاوز مخاوفه من الشخص المعتدى سواء كان من اقرباؤه أو بعيدا عنه. وفى الترتيب الأخير عبارة (3) بمتوسط (1.06) وبانحراف معياري (0.53) وهذا يدلل على جوانب قصور حيث يجب على الأخصائي متابعة مستحدثات

القوانين بل والمطالبة بتغيرها وتعديلها بإجراءات أكثر ردعا إن أمكن لصالح حالات الطفال مما قد ينعكس على قلة أعداد الحالات التي يتم التبليغ والإعلان عنها.

بينما جاء في الترتيب الأول تبعا لاستجابات فريق العمل لأداء دور الأخصائي الاجتماعي كمدافع لعبارة "(8)" بمتوسط (2,59) ومن خلال ملاحظة الباحثة يمكن القول إن هناك لوائح يمكن أن يفسرها الأخصائي بشيء يختلف عن ما يتم تطبيقه فعليا مع الحالات ولذلك يوجد تضارب بين ما يقوم به وبين مهامه مع فريق العمل وكذلك ما تريده الإدارة مما يسبب مشكلات سوء الفهم والخطأ، وذلك يشير لحاجة الأخصائيين الاجتماعيين للتدريب على معرفة حقوقهم وواجباتهم في جوانب مدافعة الحالة نحو عملائهم بالمؤسسة. واحتل الترتيب الأخير عبارة(4) بمتوسط (1,34) حيث يتردد على الأخصائي الاجتماعي حالات مختلفة ومن الملاحظ قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين ذوي الخبرة الكافية مما يشكل ضغطاً على الأخصائي والتأخر فى تقديم المساعدة التى تحتاجها حالة الطفل مما يؤدى لفقد الأدلة وضياع حق الطفل من المعتدى عليه.

1-عرض النتائج العامة لترتيب لواقع أداء الإخصائيين الإجتماعيين لأدوارهم المهنية:

جدول (8) يوضح واقع أداء الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية : ن (خ ج) = 29 ن (ف ق) = 59

م	ابعاد الاستبانة	استجابات الاخصائيين الاجتماعيين				استجابات فريق العمل			
		م.ح	ن.ح	ت	مستوى	م.ح	ن.ح	ت	مستوى
1	دوره كمدير للحالة	2.11	0.55	2	متوسط	1.64	0.45	3	منخفض
2	دوره كمعالج	2.16	0.64	1	متوسط	1.79	0.36	2	متوسط
3	دوره كمعلم ووسيط	2.08	0.61	3	متوسط	1.58	0.08	4	منخفض
4	دوره كمدافع	2.04	0.52	4	متوسط	1.90	0.51	1	متوسط
5	المجموع	2.09	0.63		متوسط	2.13	0.61		متوسط

يتضح من الجدول السابق (8): أن مجموع متوسطات درجات استجابات المبحوثين عينة الدراسة على استبيان أداء الاخصائيين لأدوارهم المهنية نحو الأطفال المساء إليهم جنسيا " حيث بلغ المتوسط الحسابي لدوره كمدير للحالة من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين(2.11) درجة بانحراف معياري قدره (0.55)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لدوره كمدير للحالة من وجهة نظر فريق العمل(1.64) درجة بانحراف معياري قدره (0.45) ونلاحظ ضعف مستوى أداء الأخصائي لهذا الدور من استجابات فريق العمل.

وتشير النتائج أن البعد الخاص "دوره كمعالج" تمثلت نتائجه في أن متوسط درجات عينة الدراسة قد بلغ (2.16) درجة بانحراف معياري قدره (0.64)، وذلك يشير إلى أن الأخصائي الاجتماعي متوسط فى مستوى ممارسته المهنية. وتشير نتائج فريق العمل أن متوسط درجات عينة الدراسة على بعد "دوره كمعالج" بلغ (1.79) ودرجة انحراف معياري قدره (0.36). كذلك متوسط درجات عينة الدراسة على البعد الثالث دوره كمعلم ووسيط من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين قد بلغ (2.08) درجة بانحراف معياري قدره (0.61)، وذلك يعنى أن الأخصائي الاجتماعي يستطيع القيام بتعليم الطفل عادات جديدة ومساعدته على اكتساب أساليب حماية عن نفسه. وتحديد كيفية الاستفادة من الموارد البشرية والمادية المتاحة لحل مشكلة الإساءة

التي تعرض لها الطفل. بينما من وجهة نظر فريق العمل بلغ المتوسط الحسابي (1.58) ونلاحظ ضعف مستوى أداء الأخصائي لهذا الدور من استجابات فريق العمل. وأشارت نتائج البعد الرابع "لدور المدافع" بلغ المتوسط الحسابي (2.04)، والانحراف المعياري (0.52) من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين، بينما من وجهة نظر فريق العمل بلغ المتوسط الحسابي لدور المدافع (1.90) والانحراف المعياري بلغ(0.51).

وأخيرا بلغ متوسط مجموع الأدوار ككل (2.09) من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين، بينما من وجهة نظر فريق العمل بلغ المتوسط الحسابي (2.13).

ثانيا: عرض نتائج المعوقات التي تواجه الاخصائي الاجتماعي لأدواره المهنية مع حالات الأطفال المساء لهم جنسيا من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل.

جدول (9) يوضح معوقات أداء الاخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية ن (خ ج) = 29 ن (ف ق) = 59

م	العبارة	استجابات الاخصائيين			استجابات فريق العمل		
		م.ح	ح.ع	ت	م.ح	ح.ع	ت
1	ضيق الوقت المخصص للحالة يمنع صياغة تقدير دقيقة لحالة الطفل	2.27	0.64	10	1,24	0,42	14
2	عدم تعاون الجهات التي لها ارتباط بحدوث الإساءة مع الأخصائي.	2.79	.70	3	2,46	0,53	3
3	يصعب على القيام بمتابعة الحالة بعد الذهاب من المؤسسة.	2.94	.66	1	1,58	0,67	9
4	امتنع عن مشاركة فريق العمل في اتخاذ بعض القرارات العلاجية.	1.83	.94	12	1,49	0,53	11
5	عدم وجود مرونة من جانب الوالدين في مساعدتي في حالة ابنهم.	1.54	.82	13	2,27	0,63	5
6	أتمسك باستخدام الوسائل التقليدية المعتاد عليها.	2.46	.96	8	1,46	0,67	12
7	عدم وجود خطة عمل موحدة لتسجيل ومتابعة الحالات من الجهات المختصة.	2.06	0.52	11	1,61	0,71	8
8	صعوبة الالتزام بتعليمات المؤسسة عند التعامل مع الطفل.	2.53	0.55	7	1,51	0,55	10
9	افتقد القدرة على معرفة الفروق بين تشخيص مشكلات حالة كل طفل.	2.82	.67	2	2.96	.86	1
10	عدم مساعدة الوالدين على إدراك طبيعة مشكلة ابنهم.	2.46	.95	8ك	1.90	0. 01	6
11	إعدادي المهني أثر على قيامي بأدواري مع الحالات.	2.76	.88	4	1,44	0,42	13
12	عدم وجود دورات تدريبية تعريفية متخصصة بالأدوار المهنية بالمجال	2.69	0.63	5	1,63	0,51	7
13	قلة الإمكانيات تؤثر على تقديم المساعدة للطفل وعلاجه.	2.79	0.69	3ك	2,44	0,60	4
14	عدم استجابة الطفل للتفاعل معي يشعرني بفشل عملي معه.	2.62	0.78	6	2,59	0,59	2
15	أعاني من كثرة الأعباء الإدارية بالإضافة لعملي مع الحالات.	2.35	.95	9	1.90	**0. 01**	6 ك

يتضح من قراءة الجدول (9): ان أبرز المعوقات التى تنتاب اداء الأخصائي الاجتماعي لأدواره مع حالات الإساءة للأطفال من جانب استجابات الاخصائيين الاجتماعيين عبارة (3)" حيث جاءت فى الترتيب الأول بمتوسط (2.94) وانحراف معياري(.66)، أما الترتيب الأخير للعبارة (5) بمتوسط (1.54) وانحراف معياري قدره (,82) وتدل هذه المعوقات على إمكانية الوقوع فى التقدير الخاطئ من جانب الأخصائي الاجتماعي للحال نظرا لعدم الالتزام بمعيار مهني ومؤسسي ثابت في التعامل مع حالة إساءة الطفل، وعدم مساعدة الوالدين له في اتباع الخطوات العلاجية. **بينما استجابات فريق العمل لمعوقات اداء دور الأخصائي الاجتماعي** مع حالات الإساءة جاءت في الترتيب الأول عبارة (9) بمتوسط (2.96) وانحراف بقيمة (.86)، وفي الترتيب الأخير جاءت عبارة (1) بمتوسط (1,24) بانحراف معياري (.42).

-عرض النتائج العامة لمتوسطات معوقات أداء الإخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية

جدول (10) يوضح واقع معوقات أداء الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية : ن (خ ج) = 29 ن (ف ع) = 59

م	ابعاد الاستبانة	استجابات الاخصائيين الاجتماعيين			استجابات فريق العمل		
		م ح	ن ع	المستوى	م ح	ن ع	المستوى
1	المعوقات	2.67	0.39	مرتفع	2.53	0.53	مرتفع

يتضح من الجدول (10): بلغ متوسط نتائج بعد معوقات أداء الأخصائي الاجتماعي لأدواره ككل (2.67) بانحراف معياري قدره (0.39)، وذلك يعنى أن الأخصائي الاجتماعي لديه العديد من التحديات في القيام بعمله. **ومن وجهة نظر فريق العمل** بلغ المتوسط (2.53) والانحراف المعياري بلغ (0.53).

ثالثا: فروق متوسطات درجات أداء الاخصائين الاجتماعين لأدوارهم مع حالات الأطفال المساء إليهم فيما بين الذكور والإناث؟

جدول رقم (11) يوضح الفروق بين الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الأطفال المساء إليهم وفقاً لمتغير النوع باستخدام Independent Samples Test

	الأدوار المهنية		ن	م ح	ن ح	قيمة تا	الدلالة
1	دوره كمدير للحالة	ذكر	12	1.91	٠,١٩	١,٣٨٩-	غير دال
		أنثي	17	1.98	٠,٢١		
2	دوره كمعالج	ذكر	12	2.14	٠,١٨	١,٩٨٧	دال**
		أنثي	17	2.05	٠,١٥		
3	دوره كمعلم ووسيط	ذكر	12	1.85	٠,١٤	١,٧٨٣-	غير دال
		أنثي	17	1.92	٠,١٧		
4	دوره كمدافع	ذكر	12	1.96	٠,٠٩	٠,٨٣٤	غير دال
		أنثى	17	1.97	٠,٠٩		
5	المعوقات	ذكر	12	1,87	,23	١,٦٩	دال*
		أنثي	17	2.04	.04		

**معنوى عند ٠,٠١ * معنوى عند ٠,٠٥

يتضح من بيانات الجدول (11) أنه:

-لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من الأخصائيين الاجتماعيين مع حالات الأطفال المساء إليهم فى دوره كمدير للحالة، عند قيمة ت (-١,٣٨٩). دوره كمعلم ووسيط حيث قيمة ت (-١,٧٨٣) ، وأخيرا دور المدافع حيث أن قيمة ت(٠,٨٣٤).

-توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من الأخصائيين مع حالات الأطفال المساء إليهم فى دوره كمعالج حيث قيمة ت (١,٩٨٧). كذلك المعوقات التي يواجهها في اداؤهم لأدوارهم حيث قيمة ت (1,69).

المحور الثاني: تحليل وتفسير النتائج العامة للدراسة:

تشير نتائج البحث مجملة إلى توسط أداء الاخصائيين الاجتماعين مع حالات الاطفال المساء إليهم جنسيا من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل. إلا أن استجابات فريق العمل أثبتت ضعف أداء الاخصائيين لأدوارهم كمدير للحالة، ومعلم ووسيط بينما مستوى أدائهم لأدوارهم (كمعالج ومدافع) متوسط. واتفقت هذه النتائج مع دراسة عبد النبي (2009)، الكواري (2014). كما أكدت النتائج أنهم يواجهون العديد من الصعوبات والتحديات بالممارسة المهنية لأدوارهم.

أوضحت نتائج التساؤل الأول أن مستوى أداء الاخصائيين الاجتماعين لأدوارهم المهنية مع حالات الاطفال المساء إليهم جنسيا كان متوسطا من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين وجاء ترتيبها كالتالي (دورالمعالج، مدير للحالة، دور معلم ووسيط وأخيرا دور المدافع). واختلفت هذه النتائج مع دراسات هيبرد وآخرون (2000) Hibbard ,Etal،روبرت، بامفورد(2004) Roberts& Bamford ، ستيفنسون وآخرون Stevenson ,EtaL(2012) ، ستيل (2013) Steele والتي قيمت أداء الاخصائيين مع الأطفال المساء إليهم بالضعيف. بينما رأت دراسة محمود (2013)، العواودة (2017) بأن مستوى أداء أدوارهم مرتفع.

وتدعم النتائج أن عمل الممارس مع الأطفال المساء إليهم جنسيا يتطلب مجموعة من الأدوار والمهام المحددة والمتنوعة في نفس الوقت من أجل حمايتهم ومساعدتهم على أفضل وجه. للبدء من جديد، ويجب أن يكون الأخصائي قادر على التعامل بشكل جيد، وتقديم التعاطف، والتواصل الجيد شفهيًا ومن خلال الكتابة لأنها فئة عمرية حرجة، ولديهم القدرة على القيام بمهام متعددة. ميزة أخرى مهمة يجب أن تكون من أجل العمل بشكل أكثر فاعلية في هذا المجال هي أن يكون قادرًا على تحقيق التوازن بين العمل مع المواقف الصعبة وعدم نقلها إلى الحياة خارج العمل.

إلا أنه من الملاحظ أن الأخصائي الاجتماعي لديه جوانب قصور فى مستوى اداؤه لأدواره فى الواقع نحو حالات الأطفال ذوي الإساءة الجنسية مما يؤثر على طبيعة عملية المساعدة المقدمة للطفل ومدى نجاحها وفعاليتها حيث تميل نتائج الدراسة للتوسط الأقرب للضعيف. فمثلا بتحليل استجابات أداؤه لدوره كمدير للحالة وجد أن بعض الاخصائيين لديهم صعوبة في تحديد بعض السلوكيات والاضطرابات والأعراض الخاصة بالإساءة التي تعرض لها الطفل، وبالتالي يصعب عليه تحديد نقطة البدء والعمل فى أغلب الأحيان، كما أنه يتأخر فى كتابة التقرير المبدئي عن الحالة نظرا لغموض الحالة عليه وعدم قدرته على تحليل جوانبها الشخصية والبيئية. كما لوحظ أن أغلب الممارسين يستخدموا اجتهاداتهم السابقة في التعامل مع الحالة دون دراستها بشكل كافي. لذلك تطبيق أدوار الأخصائي بشكل مهنى سليم يؤدى لنجاح عملية المساعدة وفعاليتها ويؤكد على قدرة الأخصائي فى العمل مع مثل هذه الحالات وهذا ما دعمته نتائج كل من أنور (2005)، لافيت(2009) Lavitt، عبد العزيز (2012)، عبد الخالق(2013)، غانم، جبران(2015).

كذلك أشارت النتائج من وجهة نظر فريق العمل لتوسط أداء الاخصائيين الاجتماعين بشكل عام. بينما هناك ضعف في مستوى القيام بأدوار (مدير للحالة ودورالمعلم والوسيط) وهذه النتائج اتفقت مع دراسة الجهني (2017)، كما أكدت النتائج توسط مستوى أدائهم لأدوارهم المهنية (المعالج والمدافع) مع حالات الاطفال المساء إليهم جنسيا وهذا ما اتفق مع استجابات وجهة نظر الاخصائيين عن نفسهم. ونلاحظ من النتائج أن استجابات فريق العمل لدور الممارسين من الاخصائيين اغلبها جاءت منخفضة جدا عن استجابات الاخصائيين الاجتماعين لأنفسهم وعن تقييمهم الذاتي لأدائهم أدوارهم.

اثبتت نتائج الدراسة للتساؤل الثاني: ارتفاع مستوى المعوقات والتحديات التي يواجهها الاخصائيين الاجتماعيين مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا أثناء القيام بأدوارهم ومهامهم الوظيفية من جانب وجهة نظر كل من الاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل وهذا ما اتفق مع نتائج دراسة هيبرد وآخرون (2000) Hibbard & Et al، كيفر(2014) Kiefer وقد يرجع ذلك لصعوبة المجال مهنيا وحداثة بعض جوانبه على الممارسين، صعوبة تناول مثل هذه القضايا بجرأة أكثر في مجتمعنا. وعدم تعبير اغلب الضحايا وذويهم عن الأحداث بصدق أو الإبلاغ في نفس التوقيت بسرعة. واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة شهاب (2016)، بدوى (2016)، القحطانى (2017) في أن عدم توفر الإمكانيات وتوفر ميزانية خاصة بالأنشطة والأعمال التي تخدم عمل الأخصائي الاجتماعي تعد من المعوقات.

كما رصدت نتائج الدراسة عدم حرص بعض الأخصائين على التواصل مع زملائهم من فريق العمل أو الممارسين سواء داخل المؤسسة او خارجها مما يؤدى لحدوث مشكلات. ومن الملاحظ أن أغلب الأسر للأسف لا تتعاون بشكل كاف مع الممارس وتقوم بإخفاء بعض البيانات والمعلومات عنه، وذلك إما لعدم إدراكها لطبيعة عمله وأهميته لهم أو بسبب الخوف من تناول المشكلة ووصمة العار المرتبطة بذلك. وأفادت النتائج أن هناك فجوة بين الجانبى النظري والميداني لدى الاخصائيين تعرقل مصلحة العمل والممارسة المهنية، وقد تتعلق هذه المعوقات بجوانب التدريب أو بالمؤسسات التدريبية التي تقدم دورات ليست متوائمة مع احتياجات الاخصائيين أو بالأخصائي الاجتماعي نفسه وخبراته أوبالحالات المساء إليها، بالإضافة لوجود قصور فى الجوانبً البنائية والوظيفية للتعامل مع الحالات وكيفية استيعاب افكارها ومشاعرها في لحظات الأزمة التي تمر بها.

أما التساؤل الثالث فأثبت أنه لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من الأخصائيين الاجتماعيين مع حالات الأطفال المساء إليهم فى دور مدير الحالة، معلم ووسيط، مدافع ، بينما توجد فروق دالة بين الذكور والإناث فى دور المعالج وفى المعوقات التي يواجهونها في ادائهم لأدوارهم. ونعلل ذلك لارتفاع نسب الخبرة الميدانية في الممارسة لدى بعضهم، وانتقاء أغلبهم لأساليب علاجية مناسبة وملائمة لطبيعة كل حالة كان اغلبها سلوكيا. كما ان هذه المشكلة جريمة إنسانية في المقام الأول يرفضها كل من الذكر والأنثى. بالإضافة إلى أن الأخصائي الذى يعمل مع حالات الإساءة للأطفال يحتاج مجموعة من المعارف والمهارات إذا توافرت له استطاع القيام بأدواره المهنية وإذا لم تتوافر أصبحت احتياج يتطلب التعامل معه من خلال برامج مخصصة لذلك فالنوع لا يؤثر فى أداء الأدوار وإنما الاستعداد المهنى للقيام بتنفيذ فنيات ومهام الدور الفعلية والمتوقعة. واختلفت هذه النتائج مع دراسة العواودة (2017) والذي اثبت وجود فروق في الأداء المهني بين الذكور والاناث.

وختاما لتحليل الملاحظات الميدانية للباحثة والنتائج الكمية للدراسة نستطيع القول أنه مع دخول العديد من الممارسين في خدمات حماية الطفل (CPS) من الإساءة إلى الميدان دون أي خبرة في العمل الاجتماعي، فإن التدريب والتقييم المستمر لهما أهمية قصوى. حيث من الصعب الاعتماد فقط فى الوصول للحالات عن

طريق انها مسجلة اما بالمستشفيات أو بأقسام الشرطة فقط وحالات قليلة التي تكتشف قبل ذلك. كذلك عدم عدم وجود استراتيجية مفعلة لحماية الطفل، هذا بالإضافة لعدم فاعلية الدور الوقائي والتوعوي للمجلس القومى للأمومة والطفولة في نشر ثقافة مكافحة الإساءة الجنسية للأطفال ومحاربة أشكاله من انتهاكات واستغلال للأطفال وزواج من هن دون السن القانوني بشكل دورى، عرض مشكلاتهم على أجندة الحكومة.

أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالتدريب المستمر لثقل الأدوار المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في مكاتب ولجان حماية الطفل في ضوء الاتجاهات الحديثة للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية. كما توصي بضرورة تنمية الوعي المجتمعى لأهمية التعامل الإيجابى من جانب الأسرة مع حالات الإساءة وعدم الصمت عنها، أو التعامل معها كوصمة عار للطفل فهو مجنى عليه وليس جانى، وإظهار الأثر الفعال للتعامل الفوري مع الحالة والتوجه بها للمتابعة والعلاج من جانب الممارسين المتخصصين، والاهتمام بتوفير الإمكانيات بلجان حماية الطفل لإيجاد مناخ إيجابى في العمل وتمكين الاخصائيين من استخدامها وتطويعها لتنفيذ أدوارهم المهنية في تقديم عملية المساعدة لحالات الأطفال المساء إليهم. وذلك من خلال وجود آلية تتمثل في الآتى :

- ضرورة اختيار العناصر المتميزة وممن لديهم الرغبة للعمل بهذا المجال.
- تكثيف تقديم الدورات وإعداد الندوات التخصصية للاخصائي الاجتماعي، ومحاولة تحديد دليل للعمل المشترك يتضمن مسئوليات واضحة لكل العاملين في المجال.
- زيادة الحوافز المادية والمعنوية للأخصائيين وتزيدهم بالمعارف الجديدة في المجال.
- إعداد دورات توعية لأفراد الأسرة حول كيفية حماية الطفل من الإساءة الجنسية، وكذلك إعداد دورات وبرامج للتعامل مع ضحايا الاعتداء. ومواجهة أزماتهم النفسية والاجتماعية.
- وجود برامج وخطط موحدة وقائية وتنموية وتوعوية فيما بين الجهات المختصة بحقوق الطفل والمجلس القومى للأمومة والطفولة لرصد الحالات والاحصائيات داخل المجتمع.
- التشديد على وجود عدالة ناجزة فى قضايا الاطفال المعرضين للاعتداء الجنسي أو المعتدى عليهم جنسيا، وتفعيل الملاحقة الأمنية للمجرمين المعتدين على الاطفال.

التساؤل الرابع: بناء برنامج تدريبى لتنمية الأدوار المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال.

من خلال النتائج التى توصلت إليها الدراسة وتحديد واقع أداء الأخصائي لأدواره المهنية مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال يمكن اقتراح عناصر برنامج تدريبى من شأنه أن يكسب الأخصائي المعارف والمهارات التى يحتاجها لتحسين أداؤه لأدواره المهنية.

أولا: الاستراتيجية العامة للبرنامج: مساعدة الإخصائيين الاجتماعيين على تنمية أدائهم الفعلى لأدوارهم المهنية، وتدعيم الاتجاهات التى تمكنهم من الممارسة الفعالة مع حالات الأطفال.

ثانيا:الأسس النظرية التي يقوم عليها البرنامج: نظرية الدور كموجه نظرى رئيسى، نتائج الدراسات السابقة من حيث رسائل الماجستير، والدكتوراه، والأبحاث وما انتهت إليه من نتائج وتوجيهات.

– الاطلاع على الإطار النظري لدور اخصائى خدمة الفرد في مجال الطفولة بشكل عام والإساءة للأطفال خاصة وما تحويه من معارف بالإضافة إلى المفاهيم التى تعتمد عليها الدراسة.

– الأهداف التي تسعي الدراسة للتوصل اليها. والنتائج التى تعتبر ركيزة لهذا البرنامج المقترح.

ثالثا: أهداف البرنامج : وتتمثل هذه الأهداف فى: تدريب الأخصائيين وإكسابهم المعارف والمعلومات الأكاديمية المرتبطة بالأداء المهنى لأدوارهم المهنية مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال.

ويتحقق هذا الهدف من خلال الأهداف الفرعية التالية:

- تنمية الأداء المهني لدورالاخصائى الاجتماعي كمدير للحالة مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال.
- تنمية الأداء المهني لدور الأخصائي الاجتماعي كمعالج مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال.
- تنمية الأداء المهني لدور الأخصائي كمعلم ووسيط مع حالات الإساءة الجنسية للأطفال.
- تنمية الأداء المهني لدور الأخصائي الاجتماعي كمدافع عن حالات الإساءة الجنسية للأطفال.

رابعا: المحتوي الذي سيقدمه البرنامج:

هي المادة التدريبية المستخدمة فى التدريب وتحدد فى ضوء أهداف البرنامج التدريبى وتشمل:

– المادة العلمية الخاصة بأداء الأدوار المهنية للأخصائيين الاجتماعين في مجال الطفولة والتى تشمل خطوات تطبيق الدور، إدراك وظيفة كل دور ومهامه، الفروق المهنية بين الدور المتوقع والفعلي لكل دور من الأدوار.

– إكساب الأخصائيين مهارات وخبرات للتعامل مع حالات الأطفال المساء إليهم جنسيا مع الأخذ فى الاعتبار أن تكون وثيقة الصلة باحتياجهم فى هذا المجال.

خامسا– مراحل ممارسة البرنامج:

- المرحلة التمهيدية: وتتضـــمن التمهيد للبرنامج والتعارف، وتحديد أولوياتهم والقيام بالقياس القبلي، ومناقشـــة أهم المشكلات المرتبطة بها من وجهة نظرهم.
- المرحلة التنفيذية: تقديم بناء معرفي يفيد الأخصائيين فى التعامل مع حالات الاساءة الجنسية من خلال التدريب، كذلك التركيز على تنمية أدائهم لأدوارهم ومعرفة أوجه الصعوبات فى تنفيذها.
- مرحلة التقويم والإنهاء: ويتم فيها التوجيه لكيفية الوقاية من قصـــور أدائهم لأدوارهم وتأكيد الحفاظ على مســـتواهم المهنى، تقويم اســـتجاباتهم على البرنامج من خلال تطبيق أداة القياس البعدى، والوقوف على مدى اســـتفادتهن من البرنامج، وتحديد الأوجه السلبية وحثهم على المتابعة.

ســـادســـا –أدوات قياس البرنامج: سيعتمد البرنامج على مجموعة من الأدوات والأساليب بما يناسب الغرض من البرنامج، مع مراعاة تنوعها للمساعدة في الاستفادة من البرنامج وهى: –

أ–الوثائق والسجلات الخاصة بكل أخصائي. ب–إستبيان أداء الأدوار.

ج–المحاضرات د–المناقشة الجماعية هـ–أنشطة تدريبية (واجبات منزلية).

و–الوسائل السمعية والبصرية كمشاهدة مقاطع فيديو والتعليق عليها (بعض المواقف المرتبطة بالتعامل مع حالات إساءة وترك الفرصة للتعليق عليها).

ي– المقابلات: وستستخدم علي النحو التالي: المقابلات المهنية بأنواعها الآتية:

➢ المقابلات الفردية أو المشتركة: سواء كانت مع الأخصائي أو أي من الأنساق (الطفل،الأسرة، فريق العمل)

سابعا–تحديد زمان التدريب ومكانه:

أ – مكان التدريب: فى مؤسسات ولجان حماية الطفولة، مع مراعاة توفر الأدوات التدريبية والمساحة والتهوية والإضاءة، وألا يكون بعيد حتى لا يكلف الأخصائى جهد ومال ووقت.

ب–الزمن: سيستغرق تطبيق البرنامج (16) جلسة، وقت الجلسة من (60–120دقيقة) وهذا يتناسب مع طبيعة تبعية برامج التدريب القصيرة المدى وذلك حتى يتمكن من متابعة حالات الأطفال التى يعمل معها.

ثامنا –استراتيجيات التدخل فى البرنامج:

سيعتمد البرنامج على العمل مع الاخصائيين من خلال مجموعة من الاستراتيجيات التالية:

– تكوين علاقة مهنية	· التوضيح والتعليم	–العصف الذهنى
– البناء المعرفى	· التوجيه والإرشاد	–لعب الدور والنمذجة.

تاسعا –متطلبات نجاح البرنامج:

1. اختيار عدد مناسب من الأخصائيين الاجتماعيين للبرنامج حتى يتم الاستفادة التامة من البرنامج ، واختيار المدربين من ذوي الخبرة فى المجال الخاص بحاجات الأطفال وإيذاء الطفل وحقوق الطفل، وكذلك الأكاديميين من كليات الخدمة الاجتماعية لتقديم الجانب المهنى لأدوار الأخصائي وكيفية العمل مع الحالات الفردية.
2. تقويم البرنامج ومحتواه تقويما مستمرا للتعرف على ما تم تحقيقه أثناء التنفيذ بمشاركة الأخصائيين المتدربين من خلال أداة علمية مقننة علميا تتضمن الأدوار المهنية قبل وبعد البرنامج، ومقارنة النتائج الإحصائية حتى يمكن الوقوف على جوانب القوة والضعف فى البرنامج ومدى استفادتهم.

عاشرا –خطوات تنفيذ البرنامج وتتمثل فى الجدول الآتى:

جدول الزمنى	محتوى الجلسة	أهداف الجلسة	الإستراتيجية المستخدمة	التكنيكات المستخدمة	القائم العمل	زمن الجلسة	الصعوبات المتوقعة
الجلسة الأولى	التعريف بالبرنامج والهدف منه	- بناء علاقة مهنية مع الاخصائين ، وبيان أهداف البرنامج، وعدد جلساته. -توضيح محاور الجلسات وأهداف كل جلسة.و بيان الأدوار التي سيتم تناولها. -عرض الاستراتيجيات المستخدمة في كل جلسة، ودور المدرب ودور المتدرب - القيام بقياس قبلي لأدوار الأخصائيين من خلال الأداة المعدة .	- العلاقة المهنية من خلال :- البداية المناسبة مع الاخصائي والترحيب به 2- الملاحظة : ملاحظةالسلوك	-المحاضرة -عرض مخطط توضيحي للبرنامج. .	الباحثة	ساعتين	عدم تفاعل البعض فى بادئ الأمر، ويمكن التغلب عليها عن طريق إعطاء مزيد من التقبل والتأكيد على أهمية الإستفادة المهنية

جدول الزمني	محتوى الجلسة	أهداف الجلسة	الإستراتيجية المستخدمة	التكنيكات المستخدمة	القائم العمل	زمن الجلسة	الصعوبات المتوقعة
الجلسة الثانية	-الدور المهنى تطبيقات	-شكر الحضور، وبث روح الود بينهم0 -تعريف الدور المهنى. - أنواع الأدوار المهنية فى الخدمة الاجتماعية. - تحديد أهم الخطوات العلمية لتطبيق الدور مع الحالة، و تنفيذها التدريب على ماتم تناوله	- البناء المعرفي عصف ذهني	- المحاضرة باستخدام لوحات إيضاحية -ورشة عمل	أستاذ بخدمة الفرد. الباحثة	ساعة ساعة	عدم استطاعة بعض الأخصائيين تحديد أولويات الدور المهنى.
الجلسة الثالثة	دور المدافع تطبيقات	- التعريف بمعنى المدافع -كيفية دفاع الحالة. -تحديد مستويات الدفاع. -تنفيذ فنيات الدور كمدافع الملائمة للحالة. التدريب على ماتم تناوله	– توضيح – عصف ذهنى – التعليم/النمذجة	- محاضرة ورشة عمل	خبيربحالات الاساءة -أستاذ بخدمة الفرد. الباحثة	ساعة ساعة	
الجلسة الرابعة	استكمال دور المدافع في ظل تشريعات الطفل المساء إليه	-دور الأخصائي في توجيه الطفل للإدلاء بالجانى . -توضيح القوانين و تدابير الكشف المبكر للطفل المساء إليه -معرفة مستحدثات القوانين وكيفية الاستفادة من خدمات المؤسسة لصالح الطفل. -توضيح دور الوالدين الهام في الدفاع عن حق ابنهم وطرق استرداده.	– التوجيه والتوضيح – النمذجة	-المناقشة الجماعية –	المستشار القانوني أستاذ بخدمة الفرد	ساعتين	
الجلسة الخامسة	مدير الحالة	- التعريف بمدير الحالة -توضيح أدوارمدير للحالة من خلال واجبات الأخصائي بالمؤسسة ومهامه.	– التوضيح	-محاضرة	دكتور تخصص		
الجلسة السادسة	الاحتياج المعرفي الخاص بدور مدير الحالة ووظائفه.	-الالمام بتدابير وشروط قبول الطفل بالمؤسسة. -الإلمام باللوائح والمشكلات الناتجة عن عدم فهمها. - الدور الفعلى بلائحة المؤسسة للاخصائى - تنسيق دوره مع فريق العمل لادارة الحالة .	– البناء المعرفي	-تحديد الواجبات الخاصة بتنفيذ الدور وإحضارها الجلسة التالية.	أحد مديرى لجنة حماية الطفل	ساعتين	عدم قدرة البعض إدراك الفرق بين الحقوق والواجبات المهنية
	تطبيقات	التدريب على ما تم تناوله	– التعليم/النمذجة	ورشة عمل	الباحثة	ساعة	
الجلسة السابعة	دور المعالج	-توضيح دور المعالج. -شرح مهام الأخصائي كمعالج -التدريب على صياغة أهداف علاجية واقعية لحالة الطفل. - توضيح كيفية وضع خطة علاجية تلائم طبيعة تشخيص الحالة. -كيفية استخدام وانتقاء الأساليب العلاجية مع الحالات.	- البناء المعرفى - التوضيح - الملاحظة.	- محاضرة - مناقشة جماعية	دكتور خدمة الفرد	ساعتين	صعوبة تعلم البرامج العلاجية الحديثة لإساءة الأطفال .

جدول الزمنى	محتوى الجلسة	أهداف الجلسة	الإستراتيجية المستخدمة	التكنيكات المستخدمة	القائم العمل	زمن الجلسة	الصعوبات المتوقعة
الجلسة الثامنة	-الأساليب العلاجية المستخدمة لدور المعالج مع المساء لهم أمثلة تطبيقية	- التدريب على الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية. لتشخيص اضطرابات حالة الطفل. -توضيح كيفية ملء الدليل - الإلمام ببرامج التدخل الأسرى والسلوكى وغيرها. تدريب للتعامل مع الدليل تطبيقيا.	– البناء المعرفي – التوجيه	- محاضرة. ورشة عمل	دكتور تربية علم نفس دكتور خدمة الفرد الباحثة	ساعتين ساعة	تمسك الأخصائيين ببعض الخلفيات السالبة.
الجلسة التاسعة	– دور المعلم	ادراك تعريف دور المعلم تناول المهارات اللازمة لأدائه كمعلم. إدراك معانى التعبيرات الحركية واللفظية للطفل واستغلالها في إرشاده.	البناء المعرفى - تعلم ملاحظة السلوك - لعب الدور	– ندوة -عرض شريط فيديو قصير يوضح كيفية تنفيذ المهارة.	دكتور بخدمة اجتماعية	ساعتين	
الجلسة العاشرة	استكمال دور المعلم	- إكتساب دور المعلم للاخصائى. - تحديد أهم الحاجات التي يحتاج الطفل لتعلمها لتجاوز أزمته. -إدراك كيفية متابعة حالة الطفل لمعرفة استجابته للمعلومات والمعارف التي يتلقاها	– البناء المعرفي -التوجيه والتوضيح	–محاضرة - واجبات منزلية	- الباحثة	ساعتين	بعض المتدربين سيشعر بصعوبة أداء الدور.
الجلسة الحادية عشر	اكتساب الخبرات التعليمية المتنوعة	-استخدام فنيات كاللعب مع الطفل لإكسابه مهارات الحماية عن ذاته. - تعلم كيفية التعامل مع أسرة الطفل وإشراكهم فى علاج الحالة	-التعليم والشرح، -لعب الدور -العصف الذهني	محاضرة -اسئلة واستفسارات	أخصائيإجتماعى ذو خبرة - الباحثة	ساعة	نقص قدرة الأخصائيين على ابتكار حلول للمشكلات
	تطبيقات	التدريب على ماتم تناوله	– التعليم/النمذجة	ورشة عمل	الباحثة	ساعة	
الجلسة الثانية عشر	دور الوسيط	-معرفة مفهوم الوسيط -اكتساب دور الوساطة التعامل مع فريق العمل الخاص بالحالة.	-لعب الدور -التخيل والتحليل	محاضرة كتابة أدوار فريق العمل	دكتور خدمة الفرد	ساعتين	
الجلسة الثالثة عشر	استكمال دور الوسيط	- تنمية مهارات التواصل اللفظى وغير اللفظى بين الأخصائي والطفل - كيفية فتح قنوات الاتصال مع المحيطين بالطفل لتوفير الخدمات العلاجية والتنموية للحالة.	- عصف ذهني	–ورشة عمل –فيديوتوضيحي –تدريب عملي	أستاذ خدمة الفرد	ساعتين	فشل الأخصائي فى أداء مهمة معينة وهنا يمكن تجزئتها أو استبدالها
الجلسة الرابعة عشر	- تحديد الأنماط الناجحة.	-عرض أنماط مختلفة من الأخصائيين الإجتماعيين الناجحين بالمجال -الإلمام بأخطاء يمكن تجنبها عند التعامل مع الطفل المساء له.	- التوجيه والإرشاد	لعب الدور عرض توضيحى	أخصائيين إجتماعيين ذو خبرة	ساعتين	–

جدول الزمنى	محتوى الجلسة	أهداف الجلسة	الإستراتيجية المستخدمة	التكنيكات المستخدمة	القائم العمل	زمن الجلسة	الصعوبات المتوقعة
الجلسة الخامسة عشر	الوقوف على أهم النتائج وماتم تحقيقه من أهداف للبرنامج.	-القيام بالقياس البعدى لمعرفة تأثير البرنامج. - تقييم الأداء المهنى لأدوارهم والتأكد من الاستمرار في التدريبات - تحديد المشاكل المتوقعة بعد ذلك ومناقشة كيفية مواجهتها 0 - توجيه الشكر إلى أفراد عينة الدراسة, والإشارة إلى أنة سوف يكون هناك لقاء معهم بعد شهرين للمتابعة	التقييم	-تزويد الأخصائيين بالمواد العلمية الخاصة محتوي جلسات البرنامج كلها.	الباحثة	ساعتين	عدم وصول بعض الأخصائيين لإشباع أداء إحدى الأدوار المهنية .
الجلسة السادسة	الجلسة الختامية	- شكر الأخصائيين على التزامهم بالبرنامج - تقديم هدايا رمزية للأخصائيين .	التعزيز	كتيبات مهنيةعن الدور المهنى وإيذاء الأطفال وسبل علاجه	الباحثة	ساعة ونصف	

مراجـــع الدراســـــة :

أنور، أنور محمد (2005): تقويم الدور المهني للاخصـــائى الاجتماعي فى العمل مع الحالات الفردية للطلبة المكفوفين بالمرحلة الإعدادية دراســـة مطبقة على معاهد النور للمكفوفين بمحافظات الدلتا رســـالة ماجيستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

الخالدي، عطا الله (2008). إرشاد المجموعات الخاصة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

الزيود، محمد، العكروش ، ميسون (2007) .المسؤولية التربوية والأخلاقية للأسرة تجاه الإساءة إلى الأطفال في المجتمع الأردني، مجلة دراسات العلوم التربوية، مج34 ، الجامعة الأردنية، الأردن.

الطنبارى، رندا مصطفى:(2002) التحرش الجنسي بالأطفال وطرق الوقاية منه دراسة استطلاعية، بحث منشور ,مجلة رعاية وتنمية الطفولة، ع2 ، المجلد الثانى ، جامعة المنصورة.

آل سـعود، منيرة عبدالرحمن (2001) إيذاء الأطفال : انتشـاره وأنواعه وأسـبابه والآثار الناجمة عنه ، مجلة الخدمة الاجتماعية، مج 19 ، ع45 ، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين.

السكرى، أحمد شفيق (2000): قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

السوالقة، رولا عودة(2016) . المساندة الاجتماعية للفتيات القاصرات المُساء إليهن جنسياً :دراسة تجريبية على إحدى دور الرعاية والإصـلاح للفتيات في الأردن، دراسـات - العلوم الإنسـانية والاجتماعية، الجامعة الأردنية - عمادة البحث العلمي.

السنبل، منيرة رمضـان، جيهان (2018)، ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأفراد والأسر للتعامل مع الأزمات والكوارث، مكتبة الرشد، المملكة العربية السعودية.

السـيد، وفاء جلال، أشـرف، إيمان وآخرون (2016) مقدمة في الخدمة الاجتماعية بمنظور معاصـر، ط2، مكتبة الرشد ، المملكة العربية السعودية.

الجهني، أحمد عبدالله (2017) التحرش الجنسـي ضـد الأطفال والدور الإرشـادي للخدمة الاجتماعية للحد منه: المملكة العربية السعودية ، ع 9، مجلة كلية الآداب ، جامعة أم درمان الإسلامية - كلية الآداب

العقرباوي، إيمان (2003) الخصـائص الشخصية للمسيئين للأطفال وعلاقتها بنمط الإساءة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

العواودة، أمل سالم (2017) اتجاهات الاخصائيين الاجتماعيين نحو حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي ، مجلد 26،ع2، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الإنسانية ،عمان ، 263-293

القحطاني، هاجر محمد مفلح (2017) واقع الممارســـة المهنية للاخصـــائيين الاجتماعيين في مراكز التوحد: دراســـة مطبقة في مدينـة الرياض، ع57, ج6: ، مجلـة الخـدمـة الإجتمـاعيـة، الجمعيـة المصـــريـة للأخصائيين الإجتماعيين، القاهرة.

الكواري، كلثم جبر(2014) تقييم الأداء المهني للأخصـــائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال مكافحة الإتجار بالبشر، ع 15، مجلة دراسات وأبحاث، جامعة الجلفة

اللهيب، لطيفة عبدالله (2017) الخدمة الاجتماعية في المحاكم الشـــرعية، مكتبة الرشـــد، المملكة العربية السعودية.

المجلس القومى للأمومة والطفولة(2014).تقرير حماية الطفولة .

المفوضية السامية لشؤون اللاجئين :شعبة الحماية الدولية، (2011) دراسة العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس، منشورات الأمم المتحدة.

بدوى، احمد زكي (1995) معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، بيروت.

بدوى، أحمد محمود (2016) واقع الأداء المهني للأخصائي الإجتماعي الطبي في ضوء متطلبات المرضى ، ع181 ,ج3 ، مجلة التربية ، كلية التربية ، جامعة الأزهر.

تقرير مصر الدوري المقدم للجنة حقوق الطفل بالأمم المتحدة (2017).

سامي، فضيلة. بلحاج، فروجة (2017). العواقب النفسية والاجتماعية للإساءة الجنسية للأطفال، الملتقى العلمي: دراسات العنف والاعتداء الجنسي على الطفل، جامعة مولود معمري ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

شهاب، نصر الدين عبد الرافع (2016) .واقع الأداء المهني للاختصاصي الاجتماعي المدرسي في ضوء النزعة الانتقائية : دراسة ميدانية المجلد/العدد: مج22 ,ع ، 2دراسات تربوية واجتماعية: كلية التربية.،جامعة حلوان

عبد الخالق، ياسمين محمد (2013): تقويم عائد الممارسة المهنية للأخصائى الاجتماعي فى مؤسسات رعاية الأطفال التوحديين، رسالة ماجيستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.

عبدالعزيز، أبو بكر علي (2012) عوائق الدور المهنى للأخصائى الاجتماعي فى المجال المدرسى: دراسة ميدانية مطبقة على عينة من الأخصائيين الاجتماعيين، *مجلة كلية الآداب* .ع277:21-312

عبدالنبي، عبدالنبي أحمد (2009) ، تقييم أدوار الاخصائي الاجتماعي كممارس عام في اكساب الطلاب قيم المواطنة، ع 27 , ج5 ، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان.

عمران، منى مصطفى (2008). أثر الاتصال الشخصي في تنمية الوعي بمفاهيم الحماية من الإساءة الجنسية للأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط، مج , 11 ع 39، مجلة دراسات الطفولة، جامعة عين شمس - كلية الدراسات العليا للطفولة.

غانم، محمد فاروق ، جبران، منى عزيز(2015) تقييم دور أخصائى خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح : دراسة مطبقة على المستشفيات الحكومية بمدينة مسقط بسلطنة عمان، ع 54 ، مجلة الخدمة الاجتماعية ، الجمعية المصرية للأخصائيين الإجتماعيين.

محمود، خالد صالح (2013) تقويم المهارات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين فى مجال الحماية الاجتماعية : دراسة تقويمية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المرأة المعنفة بمكة المكرمة، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ع , 35 ج6، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

مرجان، عبلة (2011) التربية الجنسية للأطفال حق لهم واجب علينا) ، مطبوعات خليفة، الإمارت العربية.

معاذ، سلطانة (2005): تقييم عمليات ومراحل التدخل المهني لأخصائي العمل مع الجماعات فى المجال رعاية الشباب، المؤتمر العلمى الثامن عشر، كلية الخدمة الإجتماعية ، جامعة حلوان .

موسى، م .(2009) تساؤلات حول التحرش والاغتصاب الجنسي، عالم الكتب للنشر، القاهرة،

منظمة الصحة العالمية (2009) الوقاية من اساءة معاملة الأطفال. المكتب للشرق الأوسط، المكتبة القومية.

منظمة اليونيسف (2013) التقرير السنوي لجلسات الحماية من الإساءة ضد الأطفال.

يماني، سعيد (2005): تقييم الأدوار المهنية لأخصائي الجماعة من خلال عمليات الممارسة المهنية لطريقة العمل مع الجماعات، المؤتمر العلمى الثانى لقطاع المعاهد العليا للخدمة الاجتماعية، بورسعيد.

Abel, G. G., Et al (2008) "Multiple Paraphilic Diagnoses among Sex Offenders," Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 16, no. 2.

American Psychological Association. (2015). Dictionary of Psychology.

Bamford, F., & Roberts, R. (2004). Sexual Abuse. (Edit). Meadow, R., ABC of Child Abuse. Fourth Impression, BMI Publishing Group.

Berliner, L. (2013). Child sexual abuse: Definitions, prevalence, and consequences. The APSAC handbook on child maltreatment, 3, 215-232.

Bruce, L (2013), Reflective practice for social workers: a handbook for developing professional confidence, England, open university press.

Cohen., Judith. A., (2005). Treating Sexuality Abused Children: 1 Year Follow- up of a Randomized Controlled Trial, Child Abuse and Neglect, 29 (2):, Ebsco.

Council on Social Work Education (2008) Educational policy and accreditation standards. Retrieved from http://www.cswe.org/Accreditation/2008EPASDescription.aspx

Dube, R., Anda, R., & Et al (2015). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. American Journal of Preventive Medicine, 28

Fischer, D. & Mcdonald., (2008). Characteristics of Inter- Familial and Extra Familial Child Sexual, Child Abuse and Neglect, 22 (9).

Hibbard, R., & Et al (2000) Educational program on evaluation of alleged sexual abuse victims, Child Abuse & Neglect ,Vol 11, Issue 4, 513-519

Horwitz, J., (2005), Retrospective Reports of Social Support &Coping, With Neglect, Emotional, Physical & Sexual Abuse in the Childhood Home Environment of Adult with Early-Onset Chronic Depression, UN Published PH.D. Virginia Commonwealth University

Hyde, S. & Delamater D, (2016). Understanding Human Sexuality,11ed. McGraw-Hill.

John, W.& Marsa, A. (2013). Childhood sexual abuse the term squeal and implication for psychological assessment, Journal of social Interpersonal violence, 8, (3): 312- 330.

Kiefer, L. (2014). How Social Work Practitioners Evaluate their Practice. Master of Social Work Clinical Research Papers, Sophia, the St. Catherine University.

Lavitt, M., (2009) What is Advanced in Generalist Practice A Conceptual Discussion, Journal of Teaching in Social Work, 29, Routledge: Taylor & Francis Group,

Leung, Lai, (2011), "Gender Sensitivity Among Social Workers Handling Cases of Domestic Violence: A Hong Kong Case", Journal of Women and Social Work, Vol 26 (3):291-303.

National Association of Social Workers. (2013). NASW standards for social work practice in child protection. Washington, DC: NASW Press.

Steele, D. (2013). Evaluating multidisciplinary responses to child abuse. NRCCSA News, 1, 1-4.

Stevenson, K., &Et al (2012) Competency-based evaluation of interviewing skills in child sexual abuse cases, Social Work Research and Abstracts, Volume 28, I3.

UNICEF (2017) Humanitarian Action for Children report.

Zastrow, C., (2017) Introduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People,12th ed, Cengage Learning, Canada.

تم بحمد الله وتوفيقه