تقييم خدمات التربية الخاصة للأطفال التوحديين بمنطقة الجوف من وجهة نظر الوالدين

إعـــداد

د. هيام فتحي مرسي

أستاذ مساعد بقسم التربية الخاصة- جامعة الجوف

الملخـــص

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى رضا أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن خدمات التربية الخاصة المقدمة لهم في المؤسسات والمراكز التعليمية. وتكونت عينة الدراسة الحالية من مجموعة من أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمنطقة الجوف, والذين يقدر عددهم بـ (٣٠) أب وأم لهؤلاء الأطفال. وتكونت الأداة من استبيان أعدته الباحثة لهذا الغرض مكون من (٢١) فقرة موزعة على محورين على سلم تقديري مكون من ثلاث درجات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن معظم أفراد عينة البحث راضون عن الخدمات المقدمة إليهم. وأن (٥٠%) من أفراد العينة راضون تماما عن البرامج التوعوية ووسائل الإعلام المقدمة لهم. وقد أوصت الدراسة بالحفاظ على ذلك المستوى من الخدمات والتوسع فيه، وتبني فلسفة توعية شاملة لأولياء الأمور حول الخدمات المقدمة، وزيادة إشراك الآباء في إعداد البرامج المختلفة، وتحديد طبيعة الخدمات المقدمة للطلبة ذوي اضطراب التوحد، والعمل على معالجة الجوانب التي حظيت بعدم رضا منهم.

مشـكلة الدراسـة والإطـار النـظري:

شهدت العقود الأخيرة من القرن العشرين وبداية القرن الحادي والعشرين اهتماما متزايدا بنوعية الاضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال، وتؤثر على نموهم وبالتالي على مستقبل حياتهم، وأدت الزيادة السريعة في كم المعلومات البحثية والطبية إلى فهم أفضل لفئات ذوي الاحتياجات الخاصة والخدمات المقدمة لهم، وتطور طرق وأساليب البحث عن الأسباب وطرق الوقاية والعلاج والتدريب على المهارات.

وخدمات التربية الخاصة هي خدمات متخصصة تهدف إلى إعداد الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة للتعليم والعمل والحياة المستقلة، وذلك من خلال مسئولية الممارسين في توفير الخدمات، وتحديد الاستراتيجيات والإجراءات التعليمية، وتوفير الموارد التي من شأنها العمل على التخفيف من أثر الإعاقة، ومساعدة الطفل في الاستفادة من المنهاج الدراسي مما يزيد من فرصه التعليمية والمجتمعية اللاحقة (Bateman & Linden 2006).

وقد حظيت الخدمات والبرامج التربوية الخاصة المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الآونة الأخيرة باهتمام كبير من قبل القائمين على اتخاذ القرار، ويتجلى هذا الاهتمام في كثافة الأبحاث المنشورة في الدوريات المتخصصة، وكذلك في إنشاء أقسام أكاديمية للتربية الخاصة بالجامعات، كما أنه يمكن رصد ذلك الاهتمام من خلال عقد الندوات التوعوية لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وإشراك الأسر في وضع الأهداف والخطط التربوية.(Becker, & Ichino, 2002) . ويبلغ عدد المستفيدين من خدمات التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية ٦مليون طفلا ومراهقا تقريبا بنسبة (٧% من مجموع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة) (Morgan, Frisco Farkas, & Hibel, 2017).

وحسب المركز الوطني لتقدير مدى انتشار الأمراض والاضطرابات؛ فإن اضطراب التوحد يزداد انتشارا بدرجة كبيرة عن ذي قبل، فبعد أن كان

معدل انتشاره من ٢: ٥ حالة من كل ١٠.٠٠٠ مولود، أصبحت نسبة الانتشار (١: ٨٨) حالة ولادة، بنسبة تقدر بحوالي ٦% من مجموع الناس، ويصيب اضطراب التوحد الذكور أكثر من الإناث بثلاثة أضعاف أي بنسبة ٤: ١ (في هيام فتحي، ٢٠١٣).

ونظرا لهذه الزيادة أصبح التوجه العام هو الاهتمام بهذه الفئة وتقديم خدمات التربية الخاصة لها، وازداد هذا التوجه منذ أن ضم اضطراب التوحد لقانون تعليم المعاقين في عام (١٩٩٠) حيث كانت بداية الاهتمام بهذه الفئة ومحاولة دمجها في البيئات الأقل تقييدا، وشملت الخدمات المقدمة حوالي ٦٠% من الطلاب التوحديين، وأصبحوا يقضون اكثر من نصف اليوم داخل فصول ومدارس التعليم العام (Cowan, Abel & Candel, 2017)

ويعتبر اضطراب التوحد Autism Disorder أحد الاضطرابات النمائية الشديدة والمعقدة التي يتعرض لها الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة (الثلاث سنوات الأولى)؛ فيؤثر سلبا على كثير من جوانبه النمائية، وذلك بعد أن يكون قد مر الطفل بمرحلة من النمو العادي مثل بقية أقرانه. وتعد الأسرة هي حجر الأساس في عملية تدريب الطفل وعلاجه فهي من يقضي اكبر وقت مع الطفل، ويشاهد التغيرات التي تطرأ على الطفل.

ويرى جلبرج اضطراب التوحد على أنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة، ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفضة وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي، وقصور في القدرة على التواصل (فهد المغلوث، ٢٠٠٦: ٢٧). كما عرفته الجمعية الأمريكية للتوحد Society of America the Autism على أنه اضطراب يظهر بأعراضه الرئيسية في الثلاثين شهرا الأولى من العمر، التي تشمل كل من نسبة النمو والتطور وما يتبعها، والاستجابة للمثيرات الحسية، والنطق واللغة، والقدرات المعرفية، والقدرات المرتبطة بالناس والأحداث والأشياء (رائد العبادي، ٢٠٠٦: ٧).

وتتعدد الأعراض الدالة على اضطراب التوحد، وتختلف مستويات حدته فهو اضطراب نمائي حاد يتسم بثلاثة أعراض رئيسية أولها: قصور في التواصل الاجتماعي ويتضح في مشكلات في التواصل البصري، الإخفاق في فهم الآخرين والاستجابة لمشاعرهم، يبدو كما لو كان الطفل معزول حتى لو كان في حجرة مليئة بالناس، عدم القدرة على تقليد ومحاكاة الآخرين ، والعرض الثاني: هو ضعف التواصل اللغوي وأبرز مظاهره المصاداة Echolalia، الفهم الحرفي Literal Meaning، وثالث الأعراض السلوك النمطي والاهتمامات المحدودة Stereotypic behavior فالطفل ذو اضطراب التوحد لديه مقاومة شديدة للتغيير والنفور من التجديد، وغالبا ما تقل هذه النمطية في ذوي اضطراب التوحد البالغين بسبب زيادة حصيلتهم السلوكية من خلال التعليم والخبرة(سايمون كوهين وباتريك بولتون، ٢٠٠٠: ٨٨ ، أحمد سليم النجار، ٢٠٠٦، نادية أبو السعود،٢٠٠٧: ٨٦). وهذا التعدد يعد دليل على أنه ليس هناك سبب واحد بل عدة أسباب تعتبر المسؤولة عنه، وعلى الرغم من ترجيح البعض للعوامل الوراثية والجينية؛ إلا أنه لا يمكن الجزم بما إذا كانت العوامل الوراثية، أو العضوية، أو العصبية، أو البيوكيميائية أو التفاعل بين أكثر من عامل من هذه العوامل هو ما يؤدى إلى حدوث اضطراب التوحد (عادل عبد الله، ٢٠٠٨: ٣٨-٤٥)

ويوجد حوالى ٢.٥ مليون طفل في عمر المدرسة لديهم مشكلات خاصة ويحتاج الشباب إلى أنظمة متعددة داخل المجتمع لتقديم الخدمات لهم مثل الصحة، الصحة السلوكية، التربية الخاصة، التأهيل المهني، كما أن نظام الرعاية المقدم للأطفال لا يناسب الشباب وتزداد هذه المشكلة مع التقدم في العمر (Geenen &Powers, 2006)

وهذه الرعاية والخدمات التي من شانها مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على مواجهة الصعوبات من خلال استراتيجية منظمة وهادفة تؤديها المؤسسات لتبلية الحاجات الفردية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وهذا ما

يعرف بخدمات التربية الخاصة (جمال الخطيب، ومنى الحديدي، ٢٠١١). ونتيجة لأوجه القصور والخصائص التي يتسم بها الطفل ذو اضطراب التوحد؛ فيجب أن تتسم الخدمات أن تقدم له بالجدارة والمزيد من الاهتمام والجهد المتواصل، للعمل على التخفيف أو خفض هذه المشكلات، ومن ثم التخفيف عن كاهل الأسرة التي تعاني من تلك المتاعب أو الاضطرابات وتتنوع تلك الخدمات منها الخدمات التشخيصية فالتشخيص الدقيق وواضح يساعد إلى حد كبير في وضع الخدمات والبرامج الأخرى المناسبة التي يحتاجها الطفل التوحدي لعلاجه من قبل التربويين المختصين والعكس صحيح. ويشمل التشخيص جميع جوانب شخصية الطفل الجسمية والصحية والعقلية والأدائية والاجتماعية والنفسية وغيرها. وكلما كان التشخيص مبكرا من عمر الطفل، كلما مكّن ذلك الطفل من الاستفادة من الخدمات التعليمية والتأهيلية بصورة أفضل وأسرع.

وهناك الخدمات الاجتماعية وتشمل الخدمات التي من شأنها تحسين القدرة على اقامة علاقات إيجابية والألفة مع الآخرين، والتعامل مع الأدوات (كاللعب)، والتعرف على البيئة واستخدام الموارد البيئية بشكل سليم، والتشجيع على التفاعل مع المجتمع المحيط، والتعامل مع موقف الألم، واكساب الأسرة مهارة التعامل مع طفلها، تدعيم العلاقة بين الأسرة والمركز، وتحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل، والاعتماد على النفس في الحالات الخاصة.

كما تشمل الخدمات النفسية التي تقدم التدعيم النفسي والمساندة للأسرة والطفل، والمساعدة في تقريب الطفل من أمه، وتشمل أيضا الخدمات الأسرية المقدمة لأسرة الطفل التوحدي مثل اكتساب الأسرة مهارة التعامل مع طفلها من خلال التدريب، وتشجيع الأسرة على زيارة المركز للإطلاع على كيفية تقديم الخدمة للطفل، وتدعيم العلاقة بين الأسرة والمركز، وإمداد الأسرة بالمعلومات النظرية والمصادر العلمية، وعمل زيارة للمنزل أسرة الطفل من وقت لآخر أو عند الضرورة (توم سميت– آلان هيلتون، ٢٠١٣: ٧٩).

وتصاب أم الطفل التوحدي بالعديد من المشاعر بدءا من التشتت والنكران والقلق والحيرة وصولا إلى الإحباط، وقد تمر بأيام عصيبة حتى تتقبل الأمر، وكذلك الأب ولاسيما عندما يصل ابنه إلى مرحلة المدرسة حيث يلاحظ الأب عدم تقدم ابنه، وكذلك عند مرحلة بلوغ ابنه سن الرشد إذ يبدأ الوالد بالتفكير بما عليه فعله حتى يحمي ابنه بعد رحيله ورحيل العائلة. وتكون نصيحة الاختصاصيين إلى الوالدين هي عدم جعل مشكلة الطفل التوحدي كل حياتهما، وضرورة الحفاظ على المودة التي بينهما وذلك بالخروج معا والتحدث في أي شيء غير التوحد، وتبادل الهدايا بعضهما البعض لأن الطفل سيشعر بأمن وآمان عندما تكون علاقة والديه سليمة، فللأسرة دورا أساسياً في تطبيق البرامج التربوية والعلاجية للطفل التوحدي والسبب في ذلك يعود إلى أن الأسرة التي تقضي أكبر وقت مع الطفل، وأنها هي التي تراقب وتلاحظ على الأغلب وجود أي مشكلة أو تطورات على سلوكه، وهي التي تفهم العديد من جوانب الضعف أو القوة لدى الطفل، وهي التي تشارك وتتفاعل مع طفلها منذ عملية تشخيص حتى صياغة البرامج التربوية وتطبيقها وتقييمها، وهي التي تتابع التدريب والتسجيل والتقدم الذي يطرأ على الطفل بالمنزل، هي التي تدربه على تعميم المهارات التي تعلمها في المدرسة، أو المركز (توم سميت– آلان هيلتون، ٢٠١٣: ٩٦–٩٧).

ومن خصائص برامج التربية الخاصة الفاعلة حرصها على التركيز على الأسرة في برنامج الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة؛ حيث أن أي مجهود يقوم به فريق العمل متعدد التخصصات (معلم التربية الخاصة، معلم التربية العام، الأخصائي النفسي، أخصائي التخاطب) بمعزل عن الأسرة فهو مجهود قليل الفائدة (على رب عبد النبي حنفي،٢٠١٠ :٢٤٥)

وتحدد الخدمات المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة من خلال دور الأخصائي نحو الطفل فالأخصائي هو المختص بتقديم الخدمة استنادا على الوضع الوظيفي والمهني، ويقدم خبرة على مستوى أعلى, ويلبي حاجات الطفل

الأساسية. يتابع الطفل منذ البداية وملاحظة نموه والتغيرات الحادثة، يقدم الحاجات الأساسية؛ تعليمية ولغوية وطبية ونفسيه اجتماعية للطفل خلال مراحل تعلمه في مسارات التربية الخاصة، ييسر تقديم الخدمة وربما تأخذ وضع تقديم الخدمة المباشرة والبحث عن مزيد من التواصل مع الطفل.

ويتحدد دور الأسرة نحو الطفل في قيام الأسرة بواجباتها ومراعاة حقوق الطفل، وتقدم الأسرة خبرة مباشرة للطفل لوجوده بصفة مستمرة معها، ومتابعة تطوره ونموه في العديد من المراحل نموه منذ كان رضيع وحتى سن البلوغ، يألف الطفل لغة عائلته وكل من له صلة قرابة وتكون هي مصادره لتحقيق احتياجاته،بعض الأسر هي الحارس القانوني والشرعي والقائم على رعاية الطفل ومسئولة عنه قانونيا حتى يكبر (إيمان فؤاد كاشف، ٢٠١١: ص٨).

وتعاني أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من مجموعة من الضغوط منها: ضغوط رعاية الطفل ضغوط التوافق الزواجي، ضغوط رعاية الأبناء العاديين، ضغوط الهموم المستقبلية ضغوط ردود فعل الآخرين ضغوط مادية ونتيجة لهذه الضغوط يصبح لهذه الأسر احتياجات لابد من العمل على اشباعها منها احتياجات معرفية،واحتياجات مادية واحتياجات إلى توفير الخدمات،واحتياجات رعاية الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة والطفل العادي،احتياجات مرتبطة بالتكيف مع المجتمع (إيمان فؤاد كاشف، ٢٠١١: ص٤) .

تلك الضغوط والمشكلات على مستوى الأبوين توجب عليهم التعامل مع سلسلة المشكلات العاطفية، والعملية فعلى الأبوين أن يتحملا عملية تغيير شاملة حالما يكتشفان حالة ابنهما, كما أن عليهما مقاومة الشعور بالإحباط والفشل "وهي في جوهرها أمور ليست منطقية" ومواجهة المشكلات العملية المباشرة التي يواجهها الآباء والمتمثلة بمشكلات التغذية والصحة والمشكلات السلوكية الصعبة التي يظهرها الطفل ذوو اضطراب التوحد والتي تختلف شدتها بشدة الاضطراب والعمر (كوثر قواسمة،٢٠١٤ :٤).

ويتم تبصير الوالدين ومساعدتهم على مواجهة هذه المشكلات من قبل الأخصائيين من خلال تقديم خدمات متخصصة تهدف إلى اعداد الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة للتعليم والعمل والحياة المستقلة، ووضع وتحديد الاستراتيجيات والإجراءات التعليمية، وتوفير الموارد التي من شأنها العمل على التخفيف من أثر الإعاقة، ومساعدة الطفل في الاستفادة من المنهاج الدراسي مما يزيد من فرصه التعليمية والمجتمعية اللاحقة (Bateman & Linden 2006) ترتبط الآثار الناتجة عن وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة داخل الأسرة بسلسلة من العوامل قابلة للتحديد وغير قابلة للتحديد منها درجة وشدة الإعاقة والمشكلات السلوكية التي يظهرها الطفل ذو اضطراب التوحد،كذلك اتجاهات الأبوين والإخوة نحو وجود طفل داخل الأسرة من ذوي اضطراب التوحد.

وقد اختلفت الآراء حول جدوى خدمات التربية الخاصة المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فهناك فريق يرى أنها مكلفة اقتصاديا وأنها غير ذات جدوى في تحسين مهارات الأطفال وأن نسبة قليلة لا تتجاوز ٢٤% من مجموع المقدم لهم الخدمات هم الذين يمكنهم الالتحاق بوظائف في المستقبل، كما أثبت هذا الفريق أن اداء الأطفال في مرحلة الثانوي مازال سيئا وأنهم مازالوا يعانون من مشكلات مجتمعية مقارنة بالأطفال العاديين (Phelps, & Hanley-Maxwell 1997). ، وأن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا يحصلون دائما على الخدمات التي من شأنها خفض حدة مشكلاتهم، مثال الأطفال الذين يتلقون تعليمهم في غرف خاصة يحصلون على درجات أقل مما كانت عليه قبل التحاقهم بهذه الغرف (Lane, Wehby, Little & Cooley, 2005)، وأظهر تقرير NCES (2001-2004) أن خدمات التربية الخاصة المقدمة للأطفال في السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية ليست ذات تأثير فعال في التعليم أو في تعلم السلوكيات.

وقد توصلت دراسة Lightfoot, Hill, LaLiberte (2011) إلى أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تتراوح أعمارهم من (٢ إلى ١٨ سنة) يتلقون معاملة سيئة داخل مؤسسات التربية الخاصة مقارنة بفئة الشباب من ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أن الأفراد الذين يعانون من مشكلات انفعالية يتلقون معاملة سيئة مقارنة بالأفراد ذوي المشكلات الأخرى غير الانفعالية.

وفي المقابل أثبتت دراسة Blackorby & Wagner (1996) فعالية خدمات التربية الخاصة وكانت معظمها قائم على عقد مقارنة بين مجموعة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يتلقون الخدمات ومجموعة آخرى لا يتلقون خدمات، وأثبتت الدراسة جدوى خدمات التربية الخاصة في تحسين الأطفال.

وكشفت دراسة Morgan& Sideridis (2006) أن خدمات التربية الخاصة لها تأثير في تحسين مهارات القراءة والكتابة لدى مجموعة من الأطفال في سن ٨ إلى ٩ سنوات كما أنها فعالة في تعديل السلوكيات غير المرغوبة.

ويرى Kang-Yi & Adams (2017) أن الشباب من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تلقوا رعاية داخل مؤسسات التربية الخاصة وهم أطفال حصلوا على درجات منخفضة على مقياس جودة الحياة مقارنة بالذين لم يلتحقوا بهذه المؤسسات، وعلى الرغم من ذلك إلا أن تشخيص مشكلاتهم في مرحلة الشباب يتميز بالدقة.

لذا يقوم الأخصائيون النفسيون والمعلمون بتحديد وتنفيذ الممارسات القائمة على الأدلة العلمية لمختلف الطلاب التوحديين عبر الجلسات التربوية (Cowan, Abel& Candel, 2017)والتي تشمل ثلاث مستويات هي كمدخل تربوي سلوكي للأفر اد التوحديين، تقييم الأسرة أو مقدمي الرعاية أو التربويين وعلماء النفس المدرسي باستخدام البيانات والمعلومات عن علاج ورعاية الأفراد التوحديين، وتحديد مدى تكرار استخدام الممارسات في الأدبيات

(Wong, Odom, Hume, Cox, Fettig, Kucharczyk, Schultz, 2013).

وتشير التقارير إلى أن التدخلات التي تقدمها خدمات التربية الخاصة تستند إلى تحليل السلوك التطبيقى Applied Behavior Analysis & Discrete Trial Training وأنها مازالت أكثر الطرق فعالية في تعليم وعلاج الأفراد التوحديين وذلك لما تتضمنه من مزايا مثل أنها وقائية، وأقل ضررا من الممارسات التي تستند على التوبيخ والعقاب، وتؤدي إلى تطوير البيئة بشكل أكثر إيجابية. وبالرغم من المميزات هذه إلا أن الأمر يستوجب في بعض الأحيان تعديل في النشاط أو الجدول الزمني، تغيير الفئة التي تم دمج الطفل بها، وتقليل مستوى الصعوبة أو ترتيب التعليمات أثناء التدريس، تعديل جداول التعزيز (Wong, et al.,2013) .

وهناك تراجع لبعض المهارات المكتسبة لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ويتضح هذا في تراجع القدرات العقلية وزيادة شدة أعراض التوحد، مثل التراجع في مهارات التفاعل الاجتماعي، والتواصل، اللعب والتخيل، وتراجع كبير في الوظائف العصبية كما أنهم معرضين للخطر بشكل أكبر مقارنة بالأفراد العاديين (Barger, Campbell, McDonough, 2013; Hansen, Ozonoff, Krakowiak, Angkustsiri, Jones, Deprey& Hertz-Picciotto, 2008)

وكشفت دراسة Gadow, Perlman, Rebecca, Weber (2017) من خلال الفحص الطبي النفسي والعيادي لبعض التقارير الوالدية للأطفال التوحديين (٢١٧ طفلا ومراهقا) الذين تراوحت أعمارهم ما بين ٦ إلى ١٨ سنة للوقوف على المهارات التي فقدها الأطفال بعد اكتسابها، وقد أوضحت التقارير أن أعلى نسبة في فقد المهارات تحدث في فترة ما بين (١٨ إلى ٣٦ شهرا)، وكانت هناك معدلات مرتفعة من انخفاض القدرات العقلية، أن حوالي (٣٦%) من التراجع في المهارات المكتسبة كان لدى

الشباب وأن هناك حاجة للمزيد من خدمات التربية الخاصة التي تقدم في بيئات أكثر تقيدا، وتراجع في النمو الاجتماعي لدى التوحديين، وتصلح هذه التقارير في تحديد التأخر الوظيفي العام. كما لا يوجد عمر محدد لعلاج المشكلات السلوكية وقد تكون الرعاية المقدمة للطفل هي خطوة أساسية لتعديل السلوكيات غير المرغوبة في مرحلة الشباب، وتقدم المؤسسات خدماتها للأفراد في سن (١٥- ١٦ سنة) ثم يتبعها وضع خطة انتقالية في عمر (١٨ سنة) حتى يتم إعداد هؤلاء الأفراد للانتقال من مؤسسات الأطفال إلى مؤسسات الشباب (Geenen, Powers, 2006) .

وقد استخدمت الدراسات التي تناولت تقييم خدمات التربية الخاصة في المجتمعات الغربية عدة مقاييس منها بطارية وود كوك للتحصيل الأكاديمي Woodcock-McGrew-Werder Mini-Battery of Achievement, لتقييم القراءة والكتابة والحساب والمعرفة، مثل دراسة Michelle,Farkas, and Hibel (2017)التي افترضت أن هناك تأثيرا لخدمات التربية الخاصة في تحسين الأداء الأكاديمي لدى مجموعة من الأطفال من ذوي صعوبات التعلم وصعوبات النطق والكلام (٣٦٣ طفلا). وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود اختلاف بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في درجاتهم على مقاييس التحصيل، وفي منهجية التدريس في القراءة والحساب وفي مدى تحسن وزيادة السلوكيات المرغوبة لدى المجموعة التجريبية، وأضحت أن هناك امكانية لاستخدام خدمات التربية الخاصة في التنبؤ بتحسن الأداء على مقاييس القراءة والحساب، وخفض السلوكيات السلبية.

واستخدم Christo & Ponzuric (2017) العمليات المعرفية كوسيلة لتقييم نواحي القوة أو الضعف في أحد المنهاج الخاصة التي تقدم للطلاب ذوي صعوبات التعلم في ولاية كاليفورنيا باولايات المتحدة الأمريكية، مثل استجابة الطلاب للتعليمات الموجهة اليهم، وملاحظة أدائهم أثناء جلسات

التدخل، بالإضافة الى التقييم المباشر لنوحي القوة والضعف في المجالات المعرفية والأكاديمية.

ومن خلال تحليل دراسة Cowan, et al.(2017) لعدد من الدراسات التي تناولت خدمات التربية الخاصة المقدمة للأطفال التوحديين بهدف دمجهم داخل المجتمع العام، أوضحت النتائج استخدام هذه الدراسات لأساليب وطرق مختلفة لتقييم نجاح هذه الخدمات في تحقيق الهدف الذي حاولت تحقيقه، ومنها قياس أداء الأفراد التوحديين على الاختبارات الأكاديمية وأدائهم للأنشطة والمهام المختلفة، وخفض السلوكيات غير المرغوبة لدى الأفراد التوحديين.

واهتمت دراسة Kang-Yi &Adams(2017) بتحليل مجموعة من الدراسات التي تناولت معالجة المشكلات السلوكية لدى الأطفال والشباب من ذوي الاحتياجات الخاصة، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن جميع الدراسات كان اهتمامها منصب على اختيار الوقت المناسب للدمج، التخطيط والتنسيق لنقل ذوي الاحتياجات الخاصة من مؤسسات التربية الخاصة إلى مؤسسات عامة.

وقد قامت بعض الدراسات بعمل مسح للتقارير ذوي الاحتياجات الخاصة أنفسهم أو والديهم كوسيلة لتقييم خدمات التربية الخاصة ومدى رضائهم عنها Rautkis, et al. (2009)

وهدفت دراسة على عبد رب النبي حنفي (٢٠٠٧) إلى معرفة واقع الخدمات المساندة للتلاميذ المعوقين سمعياً وأسرهم، ومدى الرضا عنها من وجهة نظر المعلمين والآباء وتكونت عينة الدراسة (٣١٠) معلم وولي أمر التلميذ المعوق سمعياً (الأصم ، ضعيف السمع)، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين آراء المعلمين والآباء حول الخدمات المقدمة للأطفال. وبشكل عام يلاحظ وجود مستوى من الرضا بدرجة متوسطة بدلالة سلّم الإجابة.

وكشفت دراسة واصف العايد (٢٠١١) عن رضا أولياء أمور الطلبة ذوي صعوبات التعلم عن الخدمات المقدمة لهم في غرف المصادر، وتوصلت نتائج الدراسة الى أن أكثر الخدمات التي نالت رضا أولياء الأمور هي الخدمات المقدمة من قبل معلم غرفة المصادر, يليها خدمات البيئة الصفية لغرفة المصادر.

واستخدمت دراسة Unrau, Font & Rawls (2012) مقياس الدافعية الأكاديمية والاجتماعية للمقارنة بين مجموعتين من الشباب من ذوي الاحتياجات الخاصة مجموعة تتلقى رعاية وخدمات التربية الخاصة، ومجموعة أخرى لا تتلقي أي خدمات، وقد أسفرت النتائج عن أن مجموعة الشباب الذين لم يتلقوا خدمات التربية الخاصة كانوا أكثر دافعية في النواحي الأكاديمية والاجتماعية واكثر تقبلا للخدمات الطلابية والمشورة الشخصية في المجالات الأكاديمية والاجتماعية، وعلى العكس من ذلك كانت مجموعة ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تلقوا خدمات التربية الخاصة فقد كانوا أقل في النواحي الأكاديمية وأقل في تقديم الدعم لأسرهم، فهم يفضلون البقاء داخل مجموعات محددة، وفي السكن الخاص بهم. ونظرا لآن تقييم الأطفال الذين يتلقون الخدمات يتم بشكل عشوائي وباستخدام مقاييس مختلفة، فإن النتائج تختلف بين تقييم الأهالي وتقييم المتخصصين لمدى تأثير خدمات التربية الخاصة في التعليم وفي تعديل السلوك لدى الأطفال. (Becker, & Ichino, Shavelson, & 2002; Schneider, Carnoy, Kilpatrick, Schmidt 2007).

وهدفت دراسة كوثر قواسمة (٢٠١٤) إلى الوقوف على مدرى رضا الأسر عن خدمات التربية الخاصة المقدمة لأطفالها من ذوي اضطراب التوحد داخل المؤسسات والمراكز المعنية بتقديم الخدمة، وذلك من خلال استبانة لقياس مستوى رضا الأسر وتوصلت نتائج الدراسة إلى رضا الأسر عن الخدمات المقدمة لأبنائها.

ويتبين مما سبق أن هناك اهتماما متزايدا نشأ حديثا بذوي الاحتياجات الخاصة يتحتم أن يتزامن معه رصد وكشف مدى رضا أولياء أمور هذه الفئات عن الخدمات المقدمة لأطفالهم. وقد بينت الدراسات في السنوات الماضية أن البرامج التي يشارك فيها أولياء الأمور والأسر تحقق نتائج أفضل بالنسبة للأطفال، كما أن الرؤية المستقبلية القائمة على برامج التدخل المبكر ومشاريع التأهيل المجتمعي تستلزم إعادة التفكير في طبيعة العلاقة بين مؤسسات التربية الخاصة والأسر، وأن تكون هذه العلاقات تشاركية جديدة يتساوى فيها الطرفان، فمن الأهمية أن يشارك الأطفال وأسرهم بشكل فعال في تحديد البرامج والخدمات التي توضع لمساعدتهم وأن يسهموا بشكل نشط في تقييم مدى ملاءمتها لحاجاتهم، ومدى فاعليتها في تحقيق ما يصبون إليه، حيث يسهم تقييم الأسرة للخدمات المقدمة لأطفالهم في تطوير وتحديث هذه الخدمات، وفي جعل هذه الأسر أكثر وعيا باحتياجات طفلها ذوي الاحتيات الخاصة والإلمام بحاجاته، ودفع المؤسسات المنوط بها تقديم الخدمات الخاصة بالاهتمام بالأسرة والدور الذي تلعبه في تنمية وتطوير قدرات ومهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عامة، والأطفال ذوي اضطراب التوحد بشكل خاص.

وهناك ندرة في الدراسات التي اهتمت بالخدمات المقدمة لأطفال ذوي اضطراب التوحد، لذا تحاول هذه الدراسة تقييم الخدمات المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد كما يراها الآباء أو من وجهة نظرهم. لذا يجب أن يقف القائمون على اتخاذ القرارات الخاصة بالمراكز التي تقدم خدماتها للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مدى رضا هذه الأسر عن الخدمات المقدمة لأطفالهم.

<u>وبناء على ما تقدم تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات التالية:</u>

- ما مستوى رضا أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن خدمات التربية الخاصة في منطقة الجوف؟

- ما مستوى رضا أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن الخدمات التي تقدمها مراكز الرعاية لأطفالهم؟
- ما مدى رضا أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن البرامج التوعوية المتاحة للتعريف باضطراب التوحد؟

أهـــمية الدراســـة:

- تسهم الدراسة الحالية في زيادة المعلومات والحقائق عن الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وخصائصهم.
- تسهم نتائج الدراسة في التعرف على جوانب القصور –إن وجدت– في الخدمات المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- تسهم في العمل على تطوير هذه الخدمات ومساعدة الآباء.
- قلة البحوث العلمية المقدمة في هذا المجال حسب حدود علم الباحثة.
- تسهم في مساعدة الأهل على تخطي مرحلة الخجل لديهم بسماع آرائهم عن هذه الخدمات المقدمة.

أهـــداف الدراســـة :

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى رضا أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن الخدمات المقدمة لأبنائها في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في منطقة الجوف.

إجـــراءات الدراســـة :

العينة:

تألفت عينة الدراسة الحالية من (٣٠ ولي أمرا) من آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد ممن يترددون على المؤسسات المختلفة بمنطقة الجوف والتي تقدم خدماتها لذوي اضطراب التوحد سواء للتشخيص أو المتابعة أو حضور برامج توعية بكيفية التعامل مع هذه الفئة تحديدا أو تلقي العلاج التدريبي المختلف.

الأدوات:

قامت الباحثة باعداد استبيان "**الرضا عن الخدمات المقدمة لأطفال ذوي اضطراب التوحد**"، وبناء على ما مراجعة بعض الأدبيات التي تناولت خدمات التربية الخاصة مثل دراسة واصف العايد (٢٠١١)، دراسة كلا من كوثر قواسمة (٢٠١٤)، ودراسة على عبد رب النبي حنفي (٢٠٠٧) ودراسة كلا من (Becker, & Ichino, 2002; Schneider, Carnoy, Shavelson, 2007 & Kilpatrick, Schmidt) ، ودراسة Huefner, Rautkis, O'Brien K, et al. (2009) ويتألف الاستبيان من (٢١) عبارة موزعة على محورين: المحور الأول يقيس مدى رضا الآباء عن الرعاية المقدمة، والمحور الثاني مدى رضاهم عن البرامج التوعوية الموجهة إليهم.

محاور المقياس كيفية تصحيحها:

يتألف عبارات المقياس من محورين (ثلاثية الاستجابة)، موزعين على (٢١ عبارة) أدنى درجة كلية كانت (٢١ درجة) (٢١×١)، وأقصاها ٦٣ درجة (٢١×٣).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس:

١- صدق المحكمين:

تم عرض الاستبانة على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس في مجال التربية الخاصة، لإبداء الرأي حول مدى ملاءمة بنودها للهدف التي أعدت من أجله، والتأكد من صحة وصياغة عباراتها. وبعد الأخذ بملاحظاتهم ومقترحاتهم تم استبعاد العبارات التي قرر المحكمون عدم صلاحيتها، وإجراء التعديلات اللازمة لبعض العبارات.

٢- صدق الاتساق الداخلي للمقياس:

يعتمد صدق الاتساق الداخلي على حساب العلاقة الارتباطية بين المفردة والدرجة الكلية للمحور المنتمية إليه العبارة؛ حيث يعطي هذا النوع من

الصدق مؤشرا مبدئيا على صدق عبارات المقياس، وتشير القيمة العالية لمعامل الارتباط بين المفردة والدرجة الكلية إلى صدق المفردة أو العبارة في ارتباطها بالمقياس.وتم حساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معاملات ارتباط كل عبارة بدرجة المحور من خلال معامل ارتباط بيرسون.

وقد كشفت النتائج أن جميع عبارات الاستبانة ارتبطت بالدرجة الكلية ارتباطا دالا (من ٠.٨١ إلى ٠.٣٦) كما كانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥ أو اقل) باستثناء العبارة رقم (١)، ورقم (١٥).

وأن عبارات المحور الأول –باستثناء العبارة الأولى– قد ارتبطت ارتباطا دالا بدرجة للمحور الأول أكثر من ارتباطها بدرجة المحور الثاني حيث تراوحت من (من ٠.٧٤ إلى ٠.٥٤)، كما أن عبارات المحور الثاني قد ارتبطت بدرجة المحور الثاني ارتباطا اكبر من ارتباطها بالدرجة الكلية للمحور الأول تراوح (من ٠.٧٤ إلى ٠.٥١) مما يؤكد على صدق الاستبانة في محوريها والدرجة الكلية. ويعرض الجدول رقم (١) قيم معاملات ارتباط كل عبارة بالمحورين وبالدرجة الكلية.

جدول رقم (١)

ارتباط عبارات الاستبانة بالمحورين والدرجة الكلية

المفردة	المحور ١	المحور ٢	الدرجة الكلية	المفردة	المحور ١	المحور ٢	الدرجة الكلية
المفردة١	٠.١٦	٠.١٥	٠.١٧	المفردة ١١	٠.٦٤**	٠.٦٠٨**	٠.٧٠**
المفردة ٢	٠.٧٠**	٠.٤٩**	٦٨**	المفردة ١٢	٠.٧٤**	٠.٧٠٥**	٠.٨١**
المفردة ٣	٠.٥٤**	٠.٢٩	٠.٤٨**	المفردة ١٣	٠.٤٠*	٠٧٣٥**	٠.٦١**
المفردة ٤	٠.٦٥**	٠.٥٠**	٠.٦٥**	المفردة ١٤	٠.٤٠*	٠.٥٢٠**	٠.٥١**
المفردة ٥	٠.٦٣**	٠.٠٢٧	٠.٤١**	المفردة ١٥	٠.٠٦٧	٠.٦٣٤**	٠.٣٦
المفردة ٦	٠.٥٩**	٠.٣١	٠.٥٢**	المفردة ١٦	٠.٣٣	٠.٦٢٤**	٠.٥١**
المفردة ٧	٠.٥٩**	٠.٣٤	٠.٥٦**	المفردة ١٧	٠.٢٦	٠.٦٦٨**	٠.٥٠**

المفردة ٨	٠.٥٦**	٠.٢٣	٠.٤٦**	المفردة ١٨	٠.٥٩**	٠.٦٧٥**	٠.٧٠**
المفردة ٩	٠.٧٢**	٠.٣١	٠.٦٠**	المفردة ١٩	٠.٧٠**	٠.٦٩٨**	٨٠**
المفردة ١٠	٠.٦٢**	٠.٤٤٦*	٠.٦١**	المفردة ٢٠	٠.٣٩*	٠.٥٠٩**	٠.٥٠**
المفردة ١١	٠٦٤**	٠.٦٠٨**	٠.٧٠**	المفردة ٢١	٠.٣٣	٠.٥٧**	٠.٤٩**

الثبات:

كشفت نتائج ثبات الاستبيان أن له معامل ثبات مرتفع بلغت قيمته (٠.٨٨) باستخدام أسلوب الفا كرونباخ، كما بلغت قيمة ثبات البعد الأول (٠.٨٣) وثبات البعد الثاني (٠.٨٠)

حـــدود الدراســة:

الحدود المكانية:

تم تطبيق أداة الدراسة وهي استبيان رضا أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن الخدمات المقدمة لأبنائها على مجموعة من آباء وأمهات هؤلاء الأطفال في منطقة الجوف.

الحدود الزمنية:

تم تطبيق أداة الدراسة في الفصل الدراسي الأول لعام (١٤٣٧- ١٤٣٨ هـ)

المنهــج المستخدم:

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي المسحي، بهدف استقصاء الآراء وحصرها وحساب نسبتها.

خـطوات إجـراء الدراسـة:

قامت الباحثة بالخطوات التالية في سبيل إنجاز دراستها:

١. مسح للدراسات العربية والأجنبية المتعلقة بهذا الموضوع.
٢. إعداد الإطار النظري والاطلاع على الدراسات السابقة المتعلق بموضوع الدراسة.
٣. إعداد الأدوات وتطبيقها على أفراد العينة، على مجموعة من آباء الأطفال التوحديين.
٤. تصحيح الاستجابات ورصد الدرجات.
٥. استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاستخلاص النتائج.
٦. تحليل البيانات وتحديد ما تسفر عنه الدراسة من نتائج في ضوء الفروض المختلفة.
٧. تفسير نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.
٨. اقتراح التوصيات في ضوء نتائج الدراسة.

الأسـاليب الإحـصائية:

تم استخدام البرنامج الإحصائي SPSS V.16 لإجراء المعالجات الإحصائية اللازمة، وحساب النسب المئوية، والتكرارات، ومعاملات الثبات ومعاملات الصدق (معاملات الارتباط).

نتائـج الدراسـة ومناقشتها

اجابة السؤال الأول

ينص السؤال الأول على:

- **ما مستوى رضا أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن خدمات التربية الخاصة في منطقة الجوف؟**

وللاجابة على السؤال الأول قامت الباحثة بحساب التكرارات والنسبة المئوية للدرجات وكذلك حساب المتوسط والانحراف المعياري لرضا أولياء الأمور عن خدمات التربية الخاصة في منطقة الجوف، ويعرض الجدول رقم (٢) الدرجة الكلية استجابة الآباء .

جدول رقم (٢)
إحصاءات الاستبانه الكلية

الدرجة الكلية		
الدرجة	التكرار	النسبة المئوية
١٦	١	٣.٣
١٧	١	٣.٣
٢٠	٢	٦.٧
٢١	٣	١٠
٢٣	٢	٦.٧
٢٦	١	٣.٣
٢٧	١	٣.٣
٢٩	١	٣.٣
٣١	٢	٦.٧
٣٢	١	٣.٣
٣٣	١	٣.٣
٣٤	٢	٦.٧
٣٥	١	٣.٣
٣٦	١	٣.٣
٣٧	٢	٦.٧
٣٨	٢	٦.٧
٤٠	١	٣.٣
٤٢	٥	١٦.٧
المجموع	٣٠	١٠٠

يتضح من الجدول السابق وفيما يتعلق بالدرجة الكلية للاستبيان فقد استجاب الآباء بدرجات كلية تراوحت ما بين (١٦إلى ٤٢) وهي أقصى درجة للاستبيان بمتوسط قدره (٣١) وانحراف معياري قدره (٨.٤٢).

وقد أجاب خمسة من أفراد العينة بالدرجة القصوى (٤٢) كما أن نصف العينة (١٥) قد أجابوا بدرجات من (٣٣ إلى ٤٢) مما يؤكد على أن معظم أفراد العينة راضون تماما عن الخدمات المقدمة والبرامج التوعوية ووسائل الإعلام المقدمة لهم ولأطفالهم. وهذا يتفق مع دراسة على عبد رب النبي حنفي (٢٠٠٧) التي أسفرت وبشكل عام عن وجود مستوى من الرضا بدرجة متوسطة بدلالة سلّم الإجابة. ودراسة كوثر قواسمة (٢٠١٤) التى اسفرت عن أن هناك مستوى مرتفع من رضا الأسر عن الخدمات المقدمة لأبنائها. ودراسة (Bateman & Linden 2006) التي أوضحت رضا أولياء الأمور عن خدمات التربية الخاصة ودورها في مساعدة الطفل في الاستفادة من المنهاج الدراسي مما يزيد من فرصه التعليمية والمجتمعية اللاحقة.

اجابة السؤال الثاني

ينص السؤال الثاني على:

- **ما مستوى رضا أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن الرعاية المقدمة التي تقدمها مراكز الرعاية لأطفالهم؟**

وللاجابة على هذا السؤال قامت الباحثة بحساب التكرارات والنسبة المئوية للدرجات وكذلك حساب المتوسط والانحراف المعياري لرضا أولياء الأمور على محور الرعاية المقدمة ويوضح جدول رقم (٣) الدرجة وعدد التكرارات

جدول رقم (٣)
إحصاءات المحور الأول من الاستبانه

البعد الأول		
الدرجة	التكرار	النسبة المئوية
٩	١	٣.٣
١٠	٣	١٠
١٢	٣	١٠
١٣	١	٣.٣
١٤	٢	٦.٧
١٥	٢	٦.٧
١٦	١	٣.٣
١٧	٢	٦.٧
١٩	١	٣.٣
٢٠	٣	١٠
٢١	١	٣.٣
٢٢	٢	٦.٧
٢٣	١	٣.٣
٢٤	٧	٢٣.٣
المجموع	٣٠	١٠٠

ويتضح من الجدول السابق مستوى الرضا عن الرعاية المقدمة في المحور الأول من الاستبانة الذي يتألف من (١٢ سؤالا) تتروح درجته من (درجة صفر إلى ٢٤ درجة).

وقد أسفر تحليل البيانات لبنود الاستبيان أن آباء الأطفال قد أجابوا على هذا المحور بدرجات متفاوتة تراوحت ما بين (٩ درجات إلى ٢٤ درجة) بمتوسط قدره (١٧.٧) وانحراف معياري قدره (٥.٢)، وقد حصل نصف العينة

(١٥ من الآباء) على درجات تراوحت من (١٩ إلى ٢٤) وهي الدرجة القصوى للبعد الأول مما يشير إلى أن نصف أفراد عينة البحث راضون عن الخدمات المقدمة إليهم والنصف الآخر غير راضون

وتعتبر هذه النتيجة منطقية حيث رضا (٥٠%) العينة عن الخدمات المقدمة قد يفسر بأن عبارات المحور الأول وهو محور الرعاية المقدمة للطفل تتضمن جانبين أساسين الأول هو تلقي الطفل للرعاية المطلوبة على أيدى أخصائيين متدربين، ومن هذه العبارات (يوفر المركز الصحي العناية الصحية التامة لطفلي، يستجيب المعلمون لاحتياجات طفلي الفردية، القائمون برعاية طفلي على مستوى عال من الكفاءة والمهنية، تمارس المراكز الخاصة أساليب علمية في تعاملهم مع طفلي، تحظى ملاحظاتي باهتمام القائمين على رعاية طفلي، .....) مراكز ومؤسسات تقديم خدمات التربية الخاصة حريصين على توافر هذه الخدمات المهنية في معظم مراكز خدمات التربية الخاصة حيث أن هذه الأماكن تتطلب شروطا مهنية وشخصية يجب توافرها في الأفراد الذي يتقدمون للعمل بها وذلك في المراكز التي تسعى إلى تقديم خدمة مميزة لذا نجد أن نصف العينة لديه مستوى من الرضا عن هذه الخدمات، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة كوثر قواسمة (٢٠١٤) إلى جودة الخدمات التي تقدم للأطفال ذوي اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية، ودراسة Becker, & Ichino, (2002) عن رضا والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عنالخدمات المقدمة وان هذه الخدمات لها تأثير إيجابي في تحسن الطفل. ودراسة Bateman & Linden (2006) التي ترى أن خدمات التربية الخاصة تعمل على التخفيف من أثر الإعاقة، ومساعدة الطفل في الاستفادة من فرصه التعليمية والمجتمعية اللاحقة.

بينما عدم رضا النصف الآخر عن الخدمات المقدمة قد يرجع إلى عمل أفراد غير متخصصين بهذه المراكز الخدمية وذلك لحداثة الاهتمام باضطراب التوحد نسبيا وحيث لا يتوافر لدى المراكز التي تقدم خدماتها لذوي

اضطراب التوحد أخصائيين في المجال ولكن يكون العاملين من ذوي تخصصات آخرى وهذا ينعكس على جودة الخدمة المقدمة. وهذا يتفق مع النتيجة التي توصلت اليها دراسة Lane, Wehby, Little & Cooley (2005) بأن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عامة لا يحصلون دائما على الخدمات التي من شأنها خفض حدة مشكلاتهم، كما أظهر تقرير NCES (2004-001) أن خدمات التربية الخاصة المقدمة للأطفال في السنوات الأولى ليست ذات تأثير فعال في التعليم أو أن دورها في تعلم السلوكيات لا يظهر في هذه المرحلة من العمر.

كما أن مراكز التربية الخاصة في منطقة الجوف تعد حديثة نسبيا، وخاصة المراكز التي تقدم خدماتها لفئة التوحديين وهذا من شأنه جعل الخدمات ليست على المستوى المطلوب لقلة الخبرة.

ويمكن تفسير عدم وجود الرضا التام من قبل كل أفراد العينة على محور الرعاية المقدمة للطفل تتضمن جانبين تناولنا الجانب الأول (تلقي الطفل للرعاية) تحدثنا عنه سابقا، الجانب الثاني (الخدمات المادية) وتمثل في عبارات مثل (توجد أعداد كافية من المراكز الخاصة، تتوفر المواصلات المناسبة للطفل،....) وهذا الجانب قد يكون غير متوفر نتيجة لحداثة نشأة هذه المراكز.كما أنه يحتاج إلى توافر امكانات مادية كبيرة وهذا احدى المشكلات التى تواجه مؤسسات التربية الخاصة حيث انها لا تتلقي دعما من مؤسسات المجتمع مثل المؤسسات الطبية (Geenen & Powers, 2006)

إجابة السؤال الثالث

ينص السؤال الثالث على:

- **ما مدى رضا أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن البرامج التوعوية المتاحة للتعريف باضطراب التوحد؟**

وللاجابة على السؤال الثالث قامت الباحثة بحساب التكرارات والنسبة المئوية للدرجات وكذلك حساب المتوسط والانحراف المعياري لمدى رضا أولياء

الأمور على محور البرامج التوعوية وقد تراوحت درجات أفراد العينة على هذا المحور ما بين (صفر إلى ١٨درجة). وبتحليل بنود الاستبيان اتضح أن استجابة آباء الأطفال على هذا المحور كانت بدرجات تراوحت من (٦ إلى ١٨ درجة) بمتوسط قدره (١٣.٣) وانحراف معياري قدره (٤.١٨). وقد حصل (١٠) من أفراد العينة (ثلث العينة) في هذا المحور على الدرجة النهائية وهذا يعني أن ثلث أفراد العينة راضون تماما عن البرامج التوعوية التي تقدم إليهم، كما أن هناك (٢١) من أفراد العينة حصلوا على درجات تراوحت من (١٠ إلى ١٨). ويعرض جدول (٤) هذه الاحصاءات.

جدول رقم (٤)

إحصاءات المحور الثاني من الاستبانه

البعد الثاني		
الدرجة	التكرار	النسبة المئوية
٦	١	٣.٣
٧	١	٣.٣
٨	٢	٦.٧
٩	٥	١٦.٧
١٠	٢	٦.٧
١١	١	٣.٣
١٣	٢	٦.٧
١٤	٤	١٣.٣
١٦	٢	٦.٧
١٨	١٠	٣٣.٣
المجموع	٣٠	١٠٠

يتضح مما تقدم أن هناك رضا عن الخدمات المقدمة إلى الأطفال التوحديين من جانب اولياء الأمور و(٥٠%) من أفراد العينة راضون تماما

عن البرامج التوعوية ووسائل الإعلام المقدمة لهم. ومع تلك النتائج ؛ تطرح الدراسة الحالية مجموعة من التساؤلات التي تحتاج إلى المزيد من الجَهد لتسليط الضوء للإجابة عنها مثل: ما مدى اختلاف مستوى رضا أولياء الأمور عن الخدمات المقدمة لأطفالهم التوحديين باختلاف أماكن اقامتهم في المملكة؟ وهل يعزى عدم رضا اولياء الأمور عن الخدمات المقدمة نتيجة لوجود قصور فعلي في الخدمات أم لعوامل نفسية؟

توصـيات الدراسـة:

- الحفاظ على ذلك المستوى من الخدمات المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في منطقة الجوف.
- التوسع في تلك الخدمات لتشمل المزيد من فئات التربية الخاصة.
- زيادة الخدمات المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في منطقة الجوف
- إشراك أولياء الأمور في تحديد طبيعة الخدمات المقدمة للطلبة ذوي اضطراب التوحد.
- تبني فلسفة توعية شاملة لأولياء الأمور حول الخدمات المقدمة.
- تبني فلسفة تعتبر أولياء الأمور ضمن دائرة الخدمات المقدمة لأبنائهم بحيث يلعبوا الدور المطلوب في إكمال ما تقدمه المدرسة وذلك بإشراكهم في البرامج التربوية المقدمة لأبنائهم.

المراجـــــع :

أحمد سليم النجار (٢٠٠٦). التوحد واضطراب السلوك. عمان، دار المشرق الثقافي.

إيمان فؤاد كاشف (٢٠٠٧). حق أسر ذوي الاضطرابات الخاصة في الحصول على خدمات ارشادية. المؤتمر العلمي الاول، قسم الصحة النفسية،كلية التربية– جامعة بنها.

جمال الخطيب، ومنى الحديدي (٢٠١١). المدخل إلى التربية الخاصة.عمان، دار الفكر ناشرون وموزعون.

رائد خليل العبادي (٢٠٠٦). التوحد. عمان، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٨). العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين: أسس وتطبيقات. القاهرة، دار الرشاد.

عبد الله الحمدان (٢٠٠٠). حقائق عن التوحد. سايمون كوهين، وباتريك بولتون، الرياض، أكاديمية التربية الخاصة.

علي عبد رب النبي (٢٠٠٧). واقع الخدمات المساندة للتلاميذ المعوقين سمعياً وأسرهم والرضا عنها في ضوء بعض المتغيرات من وجهة نظر المعلمين والآباء. المؤتمر العلمى الأول بقسم الصحة النفسية ، كلية التربية جامعة بنها " التربية الخاصة بين الواقع والمأمول.

علي عبد رب النبي (٢٠١٠). العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة دليل المعلمين والوالدين. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع – دسوق – جمهورية مصر العربية.

كوثر قواسمة (٢٠١٤).مدى رضا الأسر عن الخدمات. مجلد (١) ع (٢)، ص ٢٠١ – ٢٢٨.

نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٧). الطفل التوحدي في الأسرة. الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية للنشر.

نايف عايد الزارع، ، وائل محمد مسعود (٢٠١٣). العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة :الشراكات المهنية والأسرية، توم سميت- آلان هيلتون، نيكي موردیك، الأردن، الناشر الدولي للنشر والتوزيع.

هيام فتحي مرسي (٢٠١٣). فاعلية برنامج تدريبي للوظائف التنفيذية في خفض السلوك النمطي لدى الأطفال التوحديين وتحسين تفاعلهم الاجتماعي. رسالة دكتوراه، قسم التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

واصف العايد (٢٠١١). مدى رضا أولياء أمور الطلبة ذوي صعوبات التعلم عن الخدمات المقدمة لهم في غرف المصادر في مدينة عمان.كلية العلوم الإدارية والإنسانية- جامعة المجمعة، المملكة العربية السعودية.

Barger, B.D., Campbell, J.M., & McDonough, J.D. (2013). Prevalence and onset of regression within autism spectrum disorders: A meta-analytic review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 43(4), 817-828.

Bateman, B. D., & Linden, M. A. (2006). Better IEPs: How to develop legally correct and educationally useful programs (4th ed.). Verona, WI: IEP Resources, Attainment Co.

Becker, S. O., & Ichino, A. (2002). Estimation of average treatment effects based on propensity scores. Stata Journal, 2, 358-377

Blackorby, J., & Wagner, M. (1996). Longitudinal postschool outcomes of youth with disabilities: Findings from the National Longitudinal Transition Study. Exceptional Children, 62 ,399-413.

Christo,C. & Ponzuric, J.(2017). CASP Position Paper: Specific Learning Disabilities and Patterns of Strengths and Weaknesses.Contemp School Psychol, 21,7–9.

Cowan, Abel& Candel, (2017). A Meta-Analysis of Single-Subject Research on Behavioral Momentum to Enhance Success in Students with Autism, Journal Autism Development Disorders,47, 1464-1477.

Geenen, S. Powers, L.E.(2006). Are we ignoring youths with disabilities in foster care? An examination of their school performance. Social Work, 3, 233–241.

Hansen, R. L., Ozonoff, S., Krakowiak, P., Angkustsiri, K., Jones, C., Deprey, L. J., & Hertz-Picciotto, I. (2008). Regression in autism: Prevalence and associated factors in the CHARGE study. Ambulatory Pediatrics, 8(1), 25–31.

Kang-Yi,C. D. & Adams, D. R.,(2017). Youth with Behavioral Health Disorders

Aging Out of Foster Care: a Systematic Review and Implications for Policy, Research, and Practice. The Journal of Behavioral Health Services & Research,1, 25-51.

Katowitz, D. S. &Thurman, S. K.(2017). Critical Examination of the Implicit Assumptionsin Special Education: Introduction to the Special Section. Child Youth Care Forum,46, 157–160.

Lane, K. L., Wehby, J. H., Little, M. A., & Cooley, C. (2005(Students educated in self-contained classrooms and selfcontained schools: Part II. How do they progress over time. Behavioral Disorders, 30, 363-374.

Lightfoot, E., Hill, K., LaLiberte, T. (2011).Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: an examination of administrative records. Child and Youth Services Review, 1, 2069-2075.

Morgan, P. L., & Sideridis, G. D. (2006). Contrasting the effectiveness of fluency interventions for students with or at risk for learning disabilities: A multilevel random coefficient modeling meta-analysis. Learning Disabilities: Research and Practice, 21, 191-210.

Morgan,P., Frisco,M., Farkas, G. & Hibel, J. (2017). Republication of "A Propensity Score Matching Analysis of the Effects of Special Education Services. The Journal of Special Education,50,197-214 .

Phelps, A., & Hanley-Maxwell, C. (1997). School to work transitions for youth with disabilities: A review of outcomes and practices. Review of Educational Research, 67, 197-226.

Rautkis, M.E., Huefner, J.C., O'Brien K, et al. (2009). Measuring restrictiveness of living environments for children and youth: reconceptualizing restriction. Journal of Emotional and Behavioral Disorders,3, 147-163.

Schneider, B., Carnoy, M., Kilpatrick, J., Schmidt, W. H., &Shavelson, R. J. (2007). Estimating causal effects using experimental and observational designs. Washington, DC: American Educational Research Association

U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics. (2004). User's manual for the ECLS-K third grade public-use data file and electronic code book (NCES 2004-001). Washington, DC: U.S. Department of Education, Institute for Education Sciences.

Unrau, Y.A., Font, S.A., Rawls, G. (2012). Readiness for college engagement among students who have aged out of foster care. Children and Youth Services Review. 34, 76–83.

Wong, C., Odom, S. L., Hume, K., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., Schultz, T. R. (2013). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism Spectrum Disorder.Chapel Hill, NC: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, Autism Evidence- Based Practice Review Group.

Abstract

The current study aimed to explore satisfying parents of children with autism about special education services at AlJouf region. The participants were (30) parents taking a survey contains of (21) items divided on two factors rating (3) scores. Results indicated that the majority are satisfied about special education services. About (50%) perfect satisfied about consulting media directed for them. The implications of the satisfaction about special education services are discussed, and the recommendations for these results are reviewed.