المشاركة الاجتماعية وعلاقتها بالدعم الأسري المقدم لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية

إعـــــداد

أ.م. د/أيمن سالم عبدالله

أستاذ التربية الخاصة المساعد

كلية الدراسات العليا للتربية–جامعة القاهرة

أ.م. د/محمد مصطفى طه

أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة المساعد

كلية التربية– جامعة بني سويف

المشاركة الاجتماعية وعلاقتها بالدعم الأسري المقدم لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية

أ.م. د/ أيمن سالم عبدالله وأ.م. د/محمد مصطفى طه*

المستخلص:

يُعتقد أن مستوى المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية يتأثر بالدعم الأسري المقدم لهم، ومع ذلك فإن تأثير توافر أو نقص هذا الدعم غير معروف. وهدف البحث إلى تحديد العلاقة بين المشاركة الاجتماعية(الأنشطة الاجتماعية، الأنشطة الترفيهية، الأنشطة الرياضية) والدعم الأسري المُقدم (دعم الاستقلال، الدعم النفسي، الدعم الاجتماعي) لذوي اضطراب طيف التوحد البسيط وذوي الإعاقة الفكرية البسيطة. وتكونت عينة البحث من (٢٠١) طفلاً ومراهقا(١١٤) ذوو اضطراب طيف التوحد و(٨٧) ذوو إعاقة فكرية ووالديهم من مراكز التربية الخاصة والملتحقين بمدارس الدمج، وتم استخدام المنهج الوصفي، ومقياس المشاركة الاجتماعية ومقياس الدعم الأسري ومقياس المستوى الاجتماعي الثقافي. وأشارت النتائج إلى أن مستوى المشاركة الاجتماعية متوسط لذوي اضطراب طيف التوحد ومنخفض لذوي الإعاقة الفكرية وأن الوالدين هم الأكثر تواجدا خلال أنشطة المشاركة الاجتماعية، وأن الدعم الأسري مرتفع لكلا الفئتين. ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري، ووجود قدرة تنبؤية لأبعاد الدعم الأسري في التنبؤ بالمشاركة الاجتماعية. ووجود فروق دالة إحصائيا في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري لصالح اضطراب طيف التوحد. ووجود فروق دالة إحصائيا في ضوء النوع بالمشاركة الاجتماعية لصالح اضطراب طيف التوحد إناث، وفي الدعم الأسري لصالح اضطراب التوحد ذكور. وفي ضوء العمر الزمني في كل من المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري لصالح ذوي اضطراب طيف التوحد من(٨–١٢)سنة. وفي ضوء المستوى الاجتماعي في كل من المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري لصالح اضطراب طيف التوحد مرتفعي المستوى الاجتماعي. وتدعم هذه النتيجة البحث في الحواجز التي تعترض المشاركة الاجتماعية، كما يُوصي بمزيد من البحث عن طرق لزيادة المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد– الإعاقة الفكرية– المشاركة الاجتماعية– الدعم الأسري.

* **أ.م.د/ أيمن سالم عبدالله:** أستاذ التربية الخاصة المساعد– كلية الدراسات العليا للتربية– جامعة القاهرة.

أ.م.د/ محمد مصطفى طه: أستاذ الصحة النفسية–والتربية الخاصة المساعد– كلية التربية– جامعة بني سويف.

Social participation and its relationship to Family support provided among autism spectrum disorder and intellectual disabilities

Abstract:

The level of social participation(SP)of autism spectrum disorders(ASD)and with intellectual disabilities(ID) is believed to be affected by family support(FS), yet the impact of the availability or lack of such support is unknown. This research aims to determine the relation between social participation (social, recreational, sports activities)and family support (independence, psychological, social supports) for mild ASD and mild ID. The research sample consisted of (201) children and adolescents (114) with ASD and(87) with ID and their parents from special education centers enrolled in inclusion schools. The descriptive method was used, The scales of SP, FS and sociocultural level were applied. The results indicated that the level of SP for participants with ASD was average while it was low for participants with ID, and that parents' presence was more in SP activities, FS was high for both groups. There was a positive correlation between SP and FS and a predictive ability of FS to predict SP. There are statistically significant differences in SP and FS in favor of ASD. concerning gender in SP in favor of females with ASD and in FS in favor of males with ASD. concerning age in both SP and FS in favor of the age group (8-12) with ASD. concerning social level in both SP and FS in favor of high-social level with ASD. This finding supports research on barriers that hinder SP and recommends further research to increase SP of people with ASD and with ID.

Key Words: Autism spectrum disorder ASD - Intellectual disabilities ID- Social participation SP - Family support FS.

مقدمة:

يواجه كل من الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية قيودا عديدة في المشاركة الاجتماعية عبر الاندماج في الأنشطة ذات الطابع الاجتماعي عبر مراحل حياتهم المختلفة، وتتعدد هذه القيود ما بين خصائص هذه الفئات من ناحية أو القيود التي يفرضها المجتمع بأعضائه سواء الأسر نفسها أو الأقران أو مؤسسات المجتمع ما بين الخوف والرفض والاستبعاد، وفي النهاية لا تتاح الفرص المتساوية لتضمين هؤلاء الأفراد في أنشطتها. وبشكل عام، غالبا ما يُنظر إلى الأطفال ذوي الإعاقة على أنهم منخفضي الكفاءة الاجتماعية وأقل امتلاكا للمهارات الاجتماعية عند مقارنتهم بأقرانهم غير ذوي الإعاقة، وتتعمق هذه الفجوة مع ذوي الإعاقة الإدراكية ومنها ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية.

وتُعد المشاركة الاجتماعية ضرورة لنمو سوي للأطفال، وتلعب دورًا مهمًا في صحتهم الجسمية والنفسية والعقلية، حيث تُعزز فرص تطوير المهارات البدنية والمعرفية فضلا عن التواصل والسماح بالعلاقات الاجتماعية وامتلاك سلوكيات تكيفية. فكل شخص يزدهر لديه علاقات دافئة مع أشخاص آخرين، سواء كان زوج أو صديق أو عائلة أو كل ما سبق، فالعلاقة بين الازدهار والتمتع بعلاقات اجتماعية قوية شرط ضروري (Fredrickson, 2009, 191). ويُعد نقص الأصدقاء وقلة الأنشطة الاجتماعية والوحدة من بين المشاكل الأكثر شيوعًا التي تواجه الأفراد ذوي الإعاقة على مدار العمر Newton & (Horner,1993). وتشير الأبحاث المتعلقة بمشاركة الأفراد ذوي الإعاقة في الأنشطة إلى أنهم لا يتمتعون بنفس الفرص التي يتمتع بها أقرانهم غير المعاقين على الرغم من أنهم قد يكون لديهم رغبات مماثلة (Cowart, et al. 2004). مع مستويات أقل من المشاركة والدعم للمشاركة في المنزل (Egilson, et al.,2018) والمدرسة (Germani, et al., 2017., Hodges, et al., 2020) والمجتمع.

وتُشير الأدبيات المتعلقة بهذا الشأن إلى أن تَقييد المشاركة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يرتبط بشكل أساسي بمحدودية المهارات الاجتماعية والتواصل، حيث يميل هؤلاء الأطفال إلى المشاركة في الأنشطة الرسمية وأقل مشاركة في الأنشطة الترفيهية غير الرسمية، لاسيما تلك التي تنطوي على تفاعل اجتماعي (Egilson, et al., 2017). كما يميلون إلى المشاركة في أنشطة فردية ومستقرة، وعند المشاركة في أنشطة أخرى، فهنا يجب تضمين مشاركة البالغين (الآباء أو المهنيين) فنادرًا ما يرتبطون بأقرانهم بمفردهم أو بدون مساعدة (Dovgan & Mazurek,2019). وعندما يشارك المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية وذوي

اضطراب طيف التوحد في أنشطة ترفيهية فإنها تتم في المنزل وتتصف بأنها أكثر انفرادية وسلبية(Buttimer & Tierney, 2005; Orsmond, et al.,2004).

وعلى الجانب الآخر فإن الأسرة هي الوعاء الأساسي لاحتواء ذوي الإعاقة فأي عملية تشخيص أو تأهيل لأي جانب من جوانب الشخصية أو حتى ممارسة وتطبيق المهارات المكتسبة من حيث الفترة الزمنية أو معدل الحدوث والتكرار تتم في الوسط الأسري أكثر من أي وسط بيئي آخر. وهنا يُشير Modula (2022) بأن معظم الأسر التي تُربي الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية تواجه مجموعة من الصعوبات وتتطلب أنظمة داعمة للتعامل مع المتطلبات الجسدية والاجتماعية والعقلية في بيئة المنزل. كما يشير Ghanouni, et al., (2019) بأن فقر الدعم البيئي يمكن أن يؤدي إلى تقليل الفرص المتاحة لمشاركة لذوي اضطراب طيف التوحد، وبالتالي الحد من ممارسة وتطوير مهاراتهم الاجتماعية في البيئات الطبيعية مع أقرانهم.

ومن هنا تظهر الحاجة إلى إلقاء الضوء على طبيعة المشاركة الاجتماعية في مجتمعنا وفي علاقتها بالدعم الأسري المقدم لدى كل من ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية.

مشكلة البحث:

يواجه الشباب ذوو الإعاقة الإدراكية "من لديهم مشكلات في القدرات العقلية" عندما يكبرون حواجز أمام تطوير الشبكات الاجتماعية بشكل مثالي والحفاظ عليها، حيث تُعد الشبكات الاجتماعية مسرحا للمشاركة الاجتماعية(Kreider,2013). ولا يُعرف سوى القليل عن أنماط المشاركة في الأنشطة الاجتماعية بين المراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد على المستوى الوطني في الولايات المتحدة، أو فحص العوامل المؤثرة في المشاركة الاجتماعية المحدودة(Shattuck, et al.,2011). وتدعم هذه النتيجة الدراسات السابقة التي وجدت ارتباطًا بين ضعف المشاركة الاجتماعية واضطراب طيف التوحد، والتي تشير إلى أن البالغين ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من العزلة الاجتماعية(Orsmond,2004). ونقص الأصدقاء المقربين(Billstedt, 2007) ولا يشاركون في الأنشطة الاجتماعية (Orsmond, 2013). ويعانون من تحديات متوسطة إلى عميقة فيما يتعلق بالمهارات المطلوبة للمشاركة الاجتماعية (Ávila- Álvarez,2020).

وفي نفس السياق فقد تم استبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية تاريخيًا من عمليات اتخاذ القرار، حيث تشير الأدبيات السابقة إلى أن زيادة المشاركة الاجتماعية قد تكون وسيلة فعالة لمعالجة هذا الاستبعاد، ولكن لم يتم إجراء مراجعة منهجية للتدخلات المصممة لزيادة

المشاركة الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية أو تحديد العوامل المرتبطة بهذه التدخلات(Aparicio, et al.,2021). وفي حين تُمثل المراهقة فترة لزيادة الحريات الاجتماعية وفرصة للمشاركة في الأنشطة الترفيهية، لكن بالمقارنة مع طلاب المدارس الثانوية غير المعاقين؛ يمكن أن يواجه ذوي الإعاقة الفكرية المزيد من الحواجز للمشاركة في هذه الأنشطة (Burbidge,2008). حيث يعاني الأشخاص ذوو الإعاقات الفكرية والنمائية من الاستبعاد من المساحات الاجتماعية، خصوصا الاندماج الاجتماعي والعلاقات بالأقران (Schwartz, 2019).

وعلى الجانب الآخر، عندما يتلقى الآباء خبر تشخيص طفلهم باضطراب التوحد أو الإعاقة الفكرية تتأثر الأمهات والآباء بشكل مختلف، فضلا عن التكاليف التي تتحملها الأسر سواء على المستوى الشخصي والاجتماعي والمالي والمعيشة اليومية. حيث يتعرض الآباء لخطر زيادة مستويات التوتر، كما تسهم سلوكيات الطفل غير المقبولة اجتماعيًا ومشكلات التواصل في الضغوط النفسية للوالدين، وغالبًا ما تكون خدمات الدعم المتاحة والتي يمكن الوصول إليها لهؤلاء الأطفال ومقدمي الرعاية والأسر غير كافية(Hall & Graff,2011). فقد أبلغت الأسر التي لديها أطفالًا ذوي اضطراب طيف التوحد عن ضعف في الأداء الأسري، في حين قد يعزز الدعم الاجتماعي أداء الأسرة (Lei,&Kantor,2021). وتتصف الأسر التي لديها أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باحتياجات دعم ملحة وتزداد حدة مع وصول أطفالهم إلى مرحلة البلوغ، حيث يرتبط استخدامهم للخدمات والدعم الاجتماعي بنتائج إيجابية لهؤلاء الأطفال ومقدمي الرعاية لهم؛ على العكس، تُسهم نقص الخدمات والدعم الاجتماعي، خاصة مع تقدم الأطفال في العمر، في إجهاد مقدمي الرعاية وتوتر الأسرة (Sticinski,2022). فهناك نقص في الدعم والخدمات المقدمة لتلبية الاحتياجات التي يتصورها الآباء في الأسر التي لديها أطفال تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد (Acevedo,2022).

وعلى الرغم من أن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والبدنية تعود بعدد من الفوائد على الأطفال ذوي الإعاقة أو غير المعاقين، فغالباً ما يُستبعد الأشخاص ذوو الإعاقة من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية. كما ركزت معظم الأبحاث حول المشاركة في الأنشطة على الشباب ذوي الإعاقات البسيطة، وغالبًا ما يتم استبعاد الأطفال والمراهقين ذوي الاحتياجات الشديدة والمعقدة (Taheri, et al.,2016).

يتضح من خلال هذا العرض أن هناك تحديات تحول دون الوصول إلى مستوى مناسب من المشاركة الاجتماعية لذوي الإعاقة، وأن هناك تباين مع موقف الدعم الأسري ما بين

الدعم المُقدم من المجتمع إلى الأسر، وبين الدعم المُقدم من الأسر لأبنائها ذوي الإعاقة، ومن ثم يسعى البحث الحالي إلى الوقوف على طبيعة المشاركة الاجتماعية من ناحية فضلا عن تحديد طبيعة علاقتها وتأثرها بمتغير مهم وهو الدعم الأسري المقدم لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية من ناحية أخرى. ومن ثم يمكن صياغة مشكلة البحث في الأسئلة التالية:

١- ما مستويات الأداء في أنشطة المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية عينة البحث؟ ومع من يمارسون الأنشطة الاجتماعية؟
٢- ما العلاقة بين المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري المُقدم لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية؟
٣- ما إمكانية التنبؤ بالمشاركة الاجتماعية وأبعادها من الدعم الأسري المُقدم لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية؟
٤- هل يختلف أداء ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري في ضوء نوع الإعاقة؟
٥- هل يختلف أداء ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري في ضوء النوع الاجتماعي؟
٦- هل يختلف أداء ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري في ضوء العمر الزمني؟
٧- هل يختلف أداء ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري المقدم في ضوء المستوى الاجتماعي لأسر عينة البحث؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى الوقوف على طبيعة العلاقة وإمكانية التنبؤ بأنشطة المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في ضوء الدعم الأسري المقدم لهم، فضلا عن الفروق لدى عينتي البحث في ضوء بعض المتغيرات.

أهمية البحث:

يمكن أن يُفيد البحث الحالي في:

- **الأهمية النظرية:**

١-إلقاء الضوء على متغيرات المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري المقدم لفئات ذوي الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد، هي موضوعات قليلة التناول في مجتمعاتنا.

٢–معرفة تأثير الدعم الأسري كأحد العوامل المسئولة عن مستوى المشاركة الاجتماعية لذوي الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد.
٣–المقارنة بين مستويات المشاركة الاجتماعية بما يسهم في التشخيص الفارق بين فئات ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد.
٤–التأكيد على دور الدعم الأسري المقدم لفئات ذوي الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد.

- **الأهمية التطبيقية:**

١–يمكن الاستفادة من أدوات قياس مستويات المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري من قبل العاملين في ميدان التربية الخاصة.
٢–تحديد مستوى المشاركة الاجتماعية لفئات البحث بما يسهم في اقتراح حلول وأساليب لزيادة وإتاحة الفرص للمشاركة الاجتماعية.
٣–توجيه انتباه أسر ذوي الإعاقة لزيادة حجم الدعم الموجه منذ الطفولة المبكرة لاندماج أطفالهم في الأنشطة ذات الطابع الاجتماعي سواء الرسمية أو غير الرسمية.

المفاهيم الإجرائية للبحث:

ذوي اضطراب طيف التوحد البسيط Mild Autism Spectrum Disorder :

يعرَّفون إجرائياً بأنهم يتصفون بقصور في التفاعل والتواصل الاجتماعي، وأنماط مقيدة ومتكررة من السلوك والاهتمامات في المدى العمري من٤– ١٦ سنة، ومؤشر اضطراب طيف التوحد المستوى الأول(٥٥–٧٠)ومعامل ذكاء أعلى من ٧٥ وليس في حدود الإعاقة الفكرية.

ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة Mild Intellectual Disability :

يعرَّفون إجرائياً بأنهم يتصفون بأداء وظيفي عقلي منخفض يُحدد بمعامل ذكاء (٥٥–٧٠) مع قصور فى السلوك التكيفي في المدى العمري من٤– ١٦ سنة.

المشاركة الاجتماعية:Social participation

تُشير إلى التواجد والتكامل مع الآخرين(أفراد الأسرة والأقرباء الزملاء والأصدقاء فى المدرسة أو السكن..)، فى ممارسة بعض الأنشطة بشكل رسمى أو غير رسمى، سواء كانت هذه الأنشطة ذات طابع اجتماعى أو رياضى جماعى أو ترفيهي جماعي. وتُحدد بالدرجة التي يتم الحصول عليها على المقياس المستخدم بالبحث الحالي.

الدعم الأسري المقدم: Family Support provided

يُشير إلى المساعدة التي تُقدم من قبل الأسرة إلى أبنائها ذوي الإعاقة، وتشمل ثلاثة أبعاد هى: دعم الاستقلال، بما يتضمن الاستقلال الشخصي وتحمل المسئولية الفردية والاعتماد على النفس. والدعم النفسي، بما يتضمن تدعيم الثقة بالنفس وضبط الانفعالات والاحتواء

والتقارب العاطفي. والدعم الاجتماعي، بما بتضمن تدريب الأبناء على مواجهة المواقف الاجتماعية وتلمس المساعدة من المؤسسات الاجتماعية في ذلك. وتتحدد بالدرجة التي يتم الحصول عليها على المقياس المستخدم بالبحث الحالي.

الإطار النظري:

أولاً– اضطراب طيف التوحد والإعاقة الفكرية:

تتمثل السمات الأساسية لاضطراب طيف التوحد في وجود نمو غير طبيعي أو قصور بشكل ملحوظ في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع أنشطة واهتمامات متكررة ومحدودة(American Psychiatric Association, A.P.A.,1994, 66). ومن ثم تتمثل معايير تشخيص اضطراب التوحد في تزامن ظهور(٦)مؤشرات أو أكثر من الأبعاد الثلاث معا والتي تتمثل في: التفاعل الاجتماعي، التواصل، أنماط مقيدة ومتكررة من السلوك والأنشطة(A.P.A.,1994,70). ثم تناولته الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي الخامس بصورة أخرى وفي بُعدين فقط تحت مسمى، اضطراب طيف التوحد ويتصف بقصور مستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة عبر ثلاثة مؤشرات "لازمة" شملت القصور في كل من التبادل الاجتماعي العاطفي، وسلوكيات التواصل غير اللفظي، وتطوير العلاقات الاجتماعية. وكذلك أنماط مقيدة ومتكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة عبر مؤشرين على الأقل من أربعة مؤشرات، شملت النمطية أو التكرارية، الإصرار على الروتين، اهتمامات محدودة وثابتة، فرط أو انخفاض في الاستجابة للمدخلات الحسية(DSM–V,2013,p.50–51).

وعلى الجانب الآخر تتمثل السمات الأساسية للإعاقة الفكرية في أداء وظيفي عقلي عام دون المتوسط بشكل ملحوظ، يتزامن مع قصور في الأداء التكيفي على الأقل في اثنين من مجالات المهارات الآتية: التواصل، حماية الذات، المعيشة المنزلية، المهارات الشخصية/ الاجتماعية، استخدام امكانات المجتمع، التوجيه الذاتي، المهارات الأكاديمية الوظيفية، العمل، الترفيه، الصحة، الأمن، ويحدث هذا القصور قبل عمر ١٨ سنة(A.P.A.,1994,39). ومن ثم تتمثل معايير تشخيص وتعرِّيف الإعاقة الفكرية في تزامن ثلاثة شروط معا هي: الأداء العقلي دون المتوسط بشكل كبير، القصور في الأداء التكيفي الحالي، تكون بداية القصور قبل سن ١٨ سنة(A.P.A.,1994,46). ثم تناولته الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي الخامس بصورة أخرى لكن في ضوء نفس الأبعاد الثلاث السابقة على أنه، اضطراب يبدأ خلال فترة النمو ويشمل قصورا في كل من في الأداء الفكري والتكيفي في المجالات المعرفية والاجتماعية والعملية، حيث يجب استيفاء المعايير الثلاثة التالية: القصور

في الوظائف العقلية، مثل التفكير وحل المشكلات والتخطيط والتفكير المجرد والقدرة على الحكم والتعلم الأكاديمي والتعلم من الخبرة. والقصور في الوظائف التكيفية التي تؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير النمائية والاجتماعية والثقافية لتحقيق الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية. ويبدأ ظهور القصور الفكري والتكيفي خلال فترة النمو (A.P.A.,2013,33). وبشكل عام عند التركيز على الخصائص الاجتماعية لكلا فئتي البحث فيُعد القصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي مع الأخرين شروط لازمة لتشخيص اضطراب طيف التوحد، ويُعد القصور في السلوك التكيفي أو التوافقي شرط لازم لتشخيص الإعاقة الفكرية.

ثانيا: اضطراب طيف التوحد والإعاقة الفكرية والدعم الأسري:

يمثل الدعم الأسري صورة من صور المساندة الاجتماعية والتي تنطوي على فكرة تلقي الفرد المساعدة من قبل الاخرين. حيث تُشير المساندة إلى العلاقات مع الآخرين التي يُدركها الفرد بأنها يمكن أن تعاضده حينما يحتاج إليها(محمد الشناوي، محمد عبد الرحمن، ١٩٩٤، ٤). أو أنها الدعم العاطفي والمعرفي والمادي الذي يتلقاه الفرد من الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل في المواقف التي يواجهها(علي عبدالسلام،٢٠٠٥، ٥). أو إدراك الشخص بوجود شبكة من العلاقات الاجتماعية ذات ثقة على مستوى الأسرة، والأصدقاء تُقدم للفرد ما يحتاجه من دعم نفسي أو مادي وخدمي(سيد جارحي، ٢٠١٨). في حين يُشير الدعم الأسري إلي إدراك الفرد للعلاقات مع أفراد أسرته، بحيث يمكن الاعتماد عليهم في تقديم الدعم الإرشادي والمعرفي والوجداني عند الحاجة(إيناس ماهر، ٢٠٠٠). كما يعرَّف الدعم الأسري المقدم لذوي اضطراب طيف التوحد بالمساعدة المقدمة لهؤلاء الأطفال عبر أبعاد الدعم التدريبي والدعم الترفيهي والدعم النفسي(سهير التل،٢٠٢١). أو بأنه يشمل المعلومات والمشورة ومجموعات الدعم والعلاج للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأولياء أمورهم(Milosevic,2022).

وتتنوع أنماط وأشكال المساندة الاجتماعية، ما بين المساندة الانفعالية، التي تنطوي على الرعاية والتعاطف، والمساندة الأدائية، التي تنطوي على المساعدة في العمل أو بالمال، والمساندة بالمعلومات، التي تنطوي على إعطاء نصائح أو معلومات، ومساندة الأصدقاء، التي تنطوي على تقديم أوجه المساعدة وقت الشدة(House,1981,158). كما تُصنف إلى المساندة النفسية، بأن ننقل للآخرين أننا مقدَرون لقيمتهم. والمساندة بالمعلومات، بإعطاء الفرد معلومات تساعده في حل المشكلات. والصحة الاجتماعية، بقضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ وتسمى بمساندة الانتماء. والمساندة الاجرائية، بتقديم الإمكانات المادية اللازمة لتخفيف الضغط عن الآخرين وتسمى بالمساندة الملموسة(محمد الشناوي، محمد عبدالرحمن،١٩٩٤، ٤٠-٤١).

أما عن أهم التوجهات النظرية المفسرة للمساندة الاجتماعية تتمثل في نموذج الأثر، حيث يتناول المساندة من وجهة نظر علم الاجتماع في ضوء مستوى علاقات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية والتي قد ترفع من مستوى الصحة النفسية بالإبقاء على أداء ثابت خلال فترات التغير السريع. ونموذج المُخفف والذي يعتبر المساندة الاجتماعية أحد المتغيرات الوسيطة الواقية في العلاقة بين الأحداث الضاغطة والإصابة بالمرض، فمن خلال المساندة والعلاقات الدافئة تقل نسبة الأشخاص الذين يتعرضون للإصابة بالأمراض والاضطرابات (Buunk & Hoorens,1992,449).

يتضح من هذا العرض تنوع أشكال المساندة ما بين الدعم بالمعلومات إلى الدعم النفسي والأدائي والاجتماعي، وأن الدعم الأسري أحد مستويات المساندة الاجتماعية التي تتسع لتشمل الدعم الأسري ودعم الأصدقاء والدعم المجتمعي. ويتم الحديث هنا عن الدعم الذي تُقدمه الأسر لأبنائها ذوي الإعاقة بما يشمل كل جوانب المساعدة في صور دعم الاستقلال الشخصي والدعم النفسي والدعم الاجتماعي، مع الإشارة إلى أن دعم الاستقلال يُعد ضرورة مع ذوي الإعاقة تَسبق كل من الدعم النفسي الاجتماعي.

وتمثل الأسرة شبكة من العلاقات الإنسانية الاجتماعية، وينشأ الطفل في هذه الشبكة ويعتمد عليها في سنوات حياته الباكرة التي تُشكل شخصيته، ويعتمد الوليد في بداية حياته على الأم اعتمادا كاملا في توفير سائر ألوان الرعاية، مما يجعل الأم شخصا ذو مكانة خاصة لديه. وتختلف الأسر فيما يتعلق بردود أفعالها تجاه وجود طفل ذو اضطراب التوحد، فالأمهات يظهرن تأثرا أكبر من الآباء، وذلك لأن الأمهات هن اللائي يتحملن مسئولية تربية الأطفال في حين يقضي الآباء معظم أوقاتهم في العمل ولذلك يختلف إدراك الأب والأم للموقف، ومع ذلك فإن التكيف مع احتياجات هذا الطفل يصاحبه قدر من الضغوط الأسرية، فكل فرد يسعى لاستغلال وقته في عمله وترفيهه كما يحتاج الوالدان لقضاء وقت للراحة من أجل متابعة هموم الحياة، غير أن كل ذلك قد يتبخر لاحتياج هذا الطفل من الجميع جهد مضاعف(علاء كفافي، ١٩٩٩، ٢٣٧–٢٣٨).

وتحتل مشاركة الأسرة مكانة مركزية في قانون تعليم ذوي الإعاقة لعام ٢٠٠٤، وهي داعم رئيسي في نجاح الأشخاص ذوي الإعاقة، وترتبط زيادة مشاركة الأسرة وتوافر الدعم الاجتماعي بزيادة المشاركة الاجتماعية واستقلال الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية (Verdonschot, et al.,2009). كما يوجد توافق على أن الأساليب التي تركز على الأسرة لتقديم الدعم للأشخاص ذوي الإعاقة جديرة بالتقدير، فقد أظهرت المقابلات مع أسر الأطفال ذوي الإعاقة إلى أنه من المهم تضمين صوت الوالدين في تصميم التدخلات لذوي الإعاقة

(Worcester, et al.,2008). وعندما يشارك الوالدان، يصبح ذوو الإعاقة الفكرية أكثر قدرة على تعميم مهاراتهم(Batu,2008). ومن ثم يكون من المفيد لمقدمي الرعاية التواصل مع الأسر.

وتبذل الأسر كل ما في وسعها لتلبية احتياجات أبنائها، فقد قام آباء ذوي الإعاقة الفكرية بمجموعة من الأنشطة المعقدة عبر مجالات الحياة المتنوعة شملت: إدارة العلاقات مع الخدمات؛ سواء الشؤون المالية وسلوك أفراد أسرهم. تثقيف أنفسهم والآخرين؛ عبر الالتحاق بالتعليم الرسمي أو بالوصول للمعلومات عبر الإنترنت. طلب الدعم؛ بتوفير محام والحصول على رعاية مؤقتة والحصول على مكان في مرحلة ما قبل المدرسة أو المدرسة. مقاومة سوء تقديم الخدمات؛ عبر إجراء مراجعات داخلية وخارجية وكتابة رسائل إلى الوزراء وأعضاء البرلمان المحليين. مساعدة الآخرين؛ عبر مساعدة الآخرين في ظروف مماثلة في شكل أنشطة دعم الأقران للعائلات أو العمل كمرشد. إجراء تغييرات على حياتهم؛ للوصول إلى الخدمات التي من شأنها دعم أفراد أسرهم وسلوكهم وحياتهم بشكل أفضل مثل تغيير الموقع أو تغيير عملهم، بالإضافة إلى ما يمكن اعتباره تغييرات صغيرة نسبيا في الطرق التي يعيشون بها حياتهم اليومية(Dreyfus& Dowse,2020).

في المقابل توجد معاناة لدى أسر ذوي الإعاقة، حيث وجدت ارتباطات كبيرة بين المشكلات السلوكية للطفل، والرضا المبلغ عنه عن توافر الدعم الأسري، والتأثير السلبي على مجالات مختلفة من أداء الأسرة (Tam,2021). وفي محاولة لفهم تجارب آباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كشفت النتائج عن عدد من التحديات، منها أن المهنيين الصحيين يجب أن يكون لديهم اهتمام بديناميات أسر هؤلاء الأطفال. فضلا عن الحاجة إلى دعم إضافي للآباء، بما في ذلك مجموعات الدعم للتوجيه والتعليم والصحة العقلية للوالدين، وأن الخدمات المساندة (النقل) يمكن أن تكون متاحة بشكل أكبر(Acevedo,2022). وعبر استخدام استبيان لفهم كيف تدعم الأنظمة المدرسية الآباء في التربية الخاصة كان السؤال الرئيسي، ما أشكال الدعم المدرسي الموجودة بأنظمة المدارس العامة الدامجة، والتي يتم الوصول إليها من قبل الأسر التي لديها طفل ذي اضطراب التوحد؟، أكمل (١١) مشاركًا من الوالدين/مقدمي الرعاية هذا الاستطلاع، واتضح أن ما يقرب من ٥٠٪ من المشاركين لم يتلقوا أي دعم من المدرسة (Castro,2022).

على الجانب الآخر تتعدد وتتنوع احتياجات الأسر ذوي الإعاقة، فتمثلت احتياجات الدعم المدركة لأسر الأطفال اضطراب طيف التوحد في، التشخيص والتعليم/التدريب، وأن الدعم على مستوى المجتمع مثل الرعاية النهارية والكنيسة والمدرسة ساعدت الأطفال على

التغلب على بعض أوجه القصور لديهم، وأن صور الدعم مثل جداول العمل البديلة للآباء والأشقاء والأقارب المهتمين تساعد الآباء على الحفاظ على حياتهم المهنية والمساهمة في الرعاية الفعالة للطفل ذي اضطراب طيف التوحد(Onwukwe–Nwagwu,2022). وعند استكشاف احتياجات الدعم المقدمة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، أجريت مقابلات فردية مع(٢٦)أسرة، وتمثلت احتياجات الدعم في المعلومات المتعلقة برعاية هؤلاء الأطفال، والتعاون المهني بشأن سلامتهم، ومشاركة المجتمع في رعاية الأطفال وتحسين ظروفهم المعيشية حيث أن معظم الأسر كانت ترأسها امرأة وذات دخل منخفض وتحتاج إلى مزيد من الدعم النقدي(Modula,2022).

وحينما تتوفر المساندة والدعم المجتمعي لأسر ذوي الإعاقة فإن المردود ينعكس على هؤلاء الأطفال، حيث ارتبطت آراء أولياء الأمور حول الدعم الذي تلقته أسرهم بشكل إيجابي بسلوكيات الوالدين التي ركزت على التكيف الأسري والعمل الجماعي(Hall & Graff, 2011). وفي استطلاع عبر الإنترنت لـ(١٣٥)من الآباء باستخدام استبيان المعلومات العامة، ومقاييس أداء الأسرة، والدعم الاجتماعي، والمشكلات السلوكية، والضغوط الوالدية المدركة، أتضح أن الدخل والدعم الاجتماعي لهما ارتباطات مهمة بأداء الأسرة؛ وأن الدخل وضغوط الوالدين المدركة لهما ارتباطات مهمة بالدعم الاجتماعي؛ والدعم الاجتماعي يتوسط العلاقة بين السلوكيات المشكلة وأداء الأسرة، وأن المستويات الأعلى من الدعم الاجتماعي والدخل تؤثر بشكل إيجابي على أداء الأسرة (Lamminen,2008). وأن الدعم الاجتماعي يرتبط بشكل إيجابي بتماسك الأسرة والقدرة على التكيف(Lei,& Kantor,2021). وعند تحليل آراء الأسر والمتخصصين حول مشاركتهم في برنامج التدخل لأسر البالغين ذوي الإعاقة الفكرية، شاركت ثلاث عشرة أسرة وثمانية متخصصين في الدراسة التي استخدمت المقابلات ومجموعات المناقشة، واستبيان لجمع معلومات على مدى عام واحد، وأشارت النتائج إلى العلاقة الإيجابية بين نموذج الدعم القائم على التعاون بين العائلات والمتخصصين وتمكين الأسرة(Villaescusa, 2021).

وتزداد حاجة الأسر للدعم مع تواضع إمكانيات الأسرة، فقد تم تحليل تجارب الأسر ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض التي لديها أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في لوس أنجلوس، باستخدام مقابلات شبه منظمة مع (٢١) مشاركًا، وتم تحديد العوامل التي تؤثر على دعم هؤلاء الأطفال عبر ثلاثة أبعاد رئيسية: (١)احتياجات دعم الوالدين، وتمثلت في استحقاق الدعم، والدعم الأسري في المنزل، والأمور المالية، وتوفير المدرسة، ومجموعات الدعم، وحواجز اللغة الإنجليزية كلغة إضافية.(٢)التصورات عن اضطراب طيف التوحد داخل

الأسر والمجتمعات المحلية؛ وتمثلت في الضغوط الأسرية وإدراك الاضطراب داخل هذه المجتمعات. (٣)تحسين وتوفيره خدمة اضطراب طيف التوحد؛ وتمثلت في الحاجة إلى المعلومات، وإلى فريق متعدد التخصصات يقوم بالتشخيص وإيصاله إلى الأسرة وعملية المتابعة كجزء من الشراكة بين الوالدين والمهنيين(Hussain, 2013). وفي دراسة استقصائية لاحتياجات الدعم والضيق النفسي والعلاقات الأبوية للآباء العرب ذوي اضطراب طيف التوحد الذين يعيشون في المملكة المتحدة، أبلغ الآباء عن مستويات عالية من الضيق النفسي، ومستوى عالٍ من الرضا عن العلاقة الأبوية مع الزوج، وقلة الخلافات الأبوية حول طفلهم ذو اضطراب طيف التوحد، وأن المشكلات السلوكية المتزايدة للطفل تنبأت بمزيد من احتياجات الأسرة(Alallawi, et al.,2022).

يتضح من العرض السابق أن الأسرة هي السند الأول والأهم في رعاية ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية، وأن كم التحديات والصعوبات التي تواجه الأسر في سبيل هذه الرعاية يصعب حصره، وحينما يساند المجتمع هذه الأسر وتتاح لها الفرصة في التغلب على الصعوبات وتُقدم مستويات مناسبة من الدعم الأسري بصوره المختلفة سواء في سبيل الاستقلال المعيشي والاجتماعي أو الدعم النفسي أو الدعم الاجتماعي يظهر المردود في امتلاك أبنائهم ذوي الإعاقة مستوى مناسب من المهارات الاجتماعية تجعلهم يسايروا أقرانهم غير المعاقين في أنشطة المشاركة الاجتماعية المختلفة.

ثالثا: اضطراب طيف التوحد والإعاقة الفكرية والمشاركة الاجتماعية:

تم تناول مفهوم كل من المشاركة الاجتماعية Social Participation والدمج الاجتماعي Social integration بشكل مترادف أحيانا، وفي بعض البحوث لم يتم تعريف المشاركة إلا من خلال استخلاص مظاهرها من الأدوات المستخدمة لقياس مستوى المشاركة الاجتماعية، والتي تتراوح ما بين التأكيد على أن التفاعلات الاجتماعية أو القبول الاجتماعي أو الفرص المتاحة لمشاركة الأقران هي الجزء الأهم في المشاركة الاجتماعية.

وتعني المشاركة الاجتماعية القيام بدور ما في نشاط اجتماعي وما يتضمنه من تأثير متبادل (كمال دسوقي، ١٩٩٠، ١٣٥). كما تُشير إلى الأنشطة المرتبطة بأنماط السلوك المُتوقعة من الفرد وتصرفه مع الآخرين في إطار اجتماعي (American Occupational Therapy Association, 2002,621). أو الوقت الذي يقضيه الفرد في التواجد مع الآخرين, سواء مع جهات رسمية أو غير رسمية مثل النوادي، العمل التطوعي, الزيارات, الاتصالات الهاتفية, الخروج من المنزل(Michael,2008,409). كما تعني انغماس الفرد في أنشطة توفر له درجة من التفاعل في مجتمعه الكبير أو الصغير(Levasseur, et al.,2010). أو

هي قدرة الطفل على التفاعل والاندماج وإقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين (فايزة عبدالمجيد، محمد البحيري، هناء عواد، ٢٠١١). أو أنها إتاحة الفرص أمام الأشخاص للمشاركة المتساوية مع أقرانهم الآخرين في المواقف المختلفة(Benka, et al.,2016).

كما تشير المشاركة الاجتماعية إلى قدرة الطفل ذي اضطراب التوحد على مشاركة الآخرين من الأقران أو الكبار في الأنشطة الاجتماعية كاللعب الجماعي، والتعاون، وتقديم المساعدة، وبناء صداقات(عصام زيدان، ليلى المتولي، أحمد سلامة، ٢٠١٧). كما تشير إلى وجود تواصل إيجابي وتفاعل اجتماعي وصداقة بين التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية وأقرانهم العاديين في الصف، وتصور التلاميذ عن أنفسهم وقبول الآخرين لهم(غادة الموسى، ٢٠١٨). أو قدرة الطفل ذي اضطراب التوحد على الانخراط في النشاط الفردي والجماعي مع الأقران، بالنظر والاقتراب واللمس، والتناول، والتحية، وطلب المشاركة(دعاء مصطفى، ٢٠٢٢).

وعند محاولة تحديد أبعاد ومكونات المشاركة الاجتماعية فإن الأمر صعب للغاية، فتُعد المشاركة أي سلوك له علاقة بالأخرين. وتتنوع صور المشاركة الاجتماعية، بحيث تنطوي على التواجد بالأنشطة الرسمية وغير الرسمية مع الأقران، وقد أُشير إلى الأنشطة الرسمية على أنها أنشطة منظمة تنطوي على قواعد أو أهداف ولديها قائد أو مدرب مُعين رسميا "مثل الألعاب الرياضية المنظمة أو الدروس"، في حين أن الأنشطة غير الرسمية تنطوي على القليل أو حتى عدم التخطيط المسبق، وغالبا وليس دائما ما تكون بمبادرة من الطفل "مثل القراءة أو اللعب"(King, et al., 2003). وتُوصف المشاركة الاجتماعية بأنها عملية وناتج في نفس الوقت، حيث يشمل توصيفها الحضور، ويُعرف بالتواجد ويُقاس بتكرار التواجد وعدد الأنشطة(Imms, 2017,18).

وفي هذا السياق يُشار بأنه لا يوجد اتفاق على تعريف المشاركة الاجتماعية وأبعادها الأساسية، فباستخدام تحليل المحتوى لـ (٤٣) تعريفًا للدلالة على من، وكيف، وماذا، وأين، ومع من، ومتى، ولماذا؟ اتضح أنها ركزت على مشاركة الشخص في الأنشطة التي توفر التفاعلات مع الآخرين في المجتمع. واعتمادا على الهدف الرئيسي لهذه الأنشطة، تم تحديد ستة مستويات للمشاركة: القيام بنشاط للتواصل مع الآخرين، التواجد مع الآخرين، التفاعل مع الآخرين دون القيام بنشاط، القيام بنشاط مع الآخرين، مساعدة الآخرين، المساهمة في الجماعة(Levasseur, et al.,2010). وعبر تحليل (٧٦) مقالة تم تحديد ثلاثة أبعاد أساسية للمشاركة الاجتماعية: الأداء، الخبرة الذاتية، والتواصل بين الأشخاص(cogan& Carlson, 2017). وتناولت دراسة Oliveria(2021) المشاركة الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب

طيف التوحد في أبعاد: عدد الأنشطة، الرغبة في التغيير، والانغماس في المشاركة في البيت والمدرسة والمجتمع.

وفي ضوء العرض السابق للتعريفات التي تناولت المشاركة الاجتماعية وأبعادها لدى الأطفال ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة فإنها تُجمع على التواجد مع الآخرين في ممارسة بعض الأنشطة في صورة جماعية بهدف اجتماعي، وهى تنطوي على القيام بدور ما في أي عمل أو نشاط جماعي. ولعل أكثرها تعبيرا عن معنى المشاركة الاجتماعية ما أشار إليه Bedell(2012) بأنها التضمين أو التواجد في مجموعة من الأنشطة التى تنطوي على مواقف اجتماعية مع الآخرين. لذا تُعرَّف المشاركة الاجتماعية بأنها ممارسة ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد لبعض الأنشطة التى تتطلب التواجد والتكامل مع الآخرين سواء كانت هذه الأنشطة ذات طابع اجتماعي أو رياضي جماعي أو ترفيهي جماعي.

ومن ناحية أخرى فقد ارتبط مفهوم الإعاقة الفكرية وفقا لتعديلات الجمعية الأمريكية للطب النفسي بالقصور في الأداء التكيفي الذي ينتج عنه الفشل في تلبية المعايير النمائية والاجتماعية والثقافية للاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية. وبدون الدعم المستمر، فإن أوجه القصور التكيفية هذه تُحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية مثل التواصل والمشاركة الاجتماعية والعيش المستقل، عبر بيئات متعددة مثل المنزل والمدرسة والعمل والمجتمع (A.P.A.,2013,33) ووفقا لمنظمة الصحة العالمية تتضمن الإعاقة قيود المشاركة، والتي تُوصف بأنها مشاكل في المشاركة في المواقف الحياتية. وبالنظر إلى هذا التعريف الواسع، يمكن أن تشمل المشاركة أي نشاط خارج المنزل أو خارج البيئة المدرسية (Taheri, et al.,2016).

وهناك أدلة متزايدة على أهمية مشاركة الأفراد ذوي الاضطرابات النمائية ومنهم ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية، فإن المشاركة في نشاط بدني تنافسي مثل الألعاب البارالمبية، ارتبط بالمفاهيم الإيجابية مثل الكفاءة والقبول الاجتماعي وتقدير الذات (Weiss, et al., 2003). كما أن المشاركة في الأنشطة الترفيهية تتنبأ بنوعية الحياة وتُعزز الاندماج في المجتمع لذوي الاضطرابات النمائية(Buttimer&Tierney,2005). بينما نفص الفرص المتاحة للمشاركة في الأنشطة قد يحول دون استكشاف مختلف مجالات النمو الاجتماعية والمعرفية والعاطفية والتواصلية والجسدية التي تحدث عادة خلال هذه المشاركة (King, et al.,2003). وأن انخفاض مستويات المشاركة في الأنشطة البدنية للأطفال ذوي الإعاقة يرتبط بضعف الحالة الصحية والعزلة الاجتماعية(Rimmer, et al.,2007).

وعلى الرغم من فوائد المشاركة الاجتماعية، تُشير الأدبيات إلى أن الأفراد ذوي الاضطرابات النمائية غالبًا ما يتم استبعادهم من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية(Bigby, 2012). وأنهم أقل عرضة للمشاركة في أنشطة خارج المنزل أو المدرسة بالمقارنة مع أقرانهم غير المعاقين، ويشاركون بشكل أقل في الأنشطة البدنية والترفيهية والاجتماعية (Solish, et al., 2010). وأن الأطفال والشباب ذوي الاضطرابات النمائية البسيطة والمتوسطة شاركوا في عدد أقل من الأنشطة البدنية والأنشطة القائمة على المهارات ولكن شاركوا في الأنشطة الترفيهية بشكل أكبر، بالمقارنة مع أقرانهم غير المعاقين(King, et al.,2013) .

وعند مقارنة مقدار المشاركة الاجتماعية بين الأطفال ذوي الإعاقة وغير المعاقين تظهر فروق جوهرية في هذا الشأن، فقد تم رصد استجابات أولياء أمور الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية حول الأنشطة الترفيهية التي شاركوا فيها بالمقارنة بأقرانهم غير المعاقين. أظهرت النتائج أن الطلاب العاديين كانوا أكثر مشاركة في الأنشطة الترفيهية غير المنظمة من ذوي الإعاقة؛ ومع ذلك، لم يكن هناك فرق في المشاركة بين المجموعتين للأنشطة الترفيهية المنظمة (Burbidge, 2008). بينما يبدو مستوى المشاركة بشكل عام ضعيفا لذوي الإعاقة، فقد أشار Koster, et al, (2008) بعدم وجود فروق بين ذوي الإعاقة الفكرية، أو الإعاقة البدنية أو اضطراب التوحد في مستوى المشاركة، وجميعهم يواجهون مشكلات في المشاركة الاجتماعية مع أقرانهم غير المعاقين.

ولقد بحث كل من(2005) Buttimer &Tierney المشاركة في الأنشطة الترفيهية لذوي الإعاقة الفكرية البسيطة الذين تجاوزوا عمر(١٦) سنة وملتحقين بمدرسة ثانوية خاصة، كما أفاد الطلاب وأولياء أمورهم، عبر مقياس من خمس أبعاد هى: الاختيار، التنشئة والتفاعل الاجتماعي، التمتع، المساعدة، المشاركة وهوية الفرد الذي شارك في النشاط الترفيهي. وشمل الجزء الأخير من المقياس استبيان من (١٠) بنود يُحدد القيود التي تَحول دون الترفيه عبر تدرج رباعي. وأشارت النتائج إلى أن الأنشطة الترفيهية المرتبطة بالخدمات اليومية كانت انفرادية وسلبية وموجهة نحو الأسرة. وعبر أقسام الاستبيان التسعة كان واضح الطبيعة المنزلية والسلبية للأنشطة. وكان هناك اتفاقًا بين الآباء والطلاب فيما يتعلق بنوع الأنشطة الترفيهية التي يقومون بها. وكما كان متوقعًا، كانت مشاهدة التلفزيون هي الأكثر انخراطًا في النشاط الترفيهي، وكان النشاط الأكثر ذكرًا والذي تضمن التواصل أو التفاعل مع الآخرين هو التحدث عبر الهاتف.

وفي نفس السياق بحث Solish et al. (2010) المشاركة عبر ثلاثة أنواع من الأنشطة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥–١٧ سنة ذوي الإعاقة الفكرية(ن=٣٠)، واضطراب

طيف التوحد (مع أو بدون إعاقة فكرية؛ن=٦٥) وغير المعاقين(ن=٩٠)، أكمل الآباء استبيانًا حول مشاركة أطفالهم في هذه الأنشطة. وتم وصف الأنشطة الاجتماعية بأنها تلك التي تتم بشكل غير رسمي مع أقرانهم(مثل الذهاب إلى السينما مع الأصدقاء)، والأنشطة الترفيهية كأنشطة رسمية ومنظمة، والتي تشمل رياضة الفريق والدروس(مثل اللعب في فريق أو أخذ دروس) والأنشطة الترفيهية غير الرسمية باعتبارها أنشطة أكثر سلبية(مثل مشاهدة التلفزيون). وأشارت النتائج إلى أن مشاركة الأطفال العاديين في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية أكثر ولديهم أصدقاء أكثر من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد، ولم توجد أي اختلافات في المشاركة بالأنشطة الترفيهية بين مجموعات الأطفال الثلاث.

وفي دراسة مهمة تناول(Taheri, et al.,(2016 المشاركة الاجتماعية والصداقة للأطفال والمراهقين ممن تتراوح أعمارهم بين(٣-١٩)سنة. وشملت ذوي الإعاقة الفكرية (ن=١٨٦)، وذوي اضطراب طيف التوحد بالتزامن مع الإعاقة الفكرية(ن=٢٣٢)، وغير المعاقين(ن=٢١٠). أكمل الآباء الأسئلة حول مشاركة أطفالهم في ستة أنشطة، وعدد وجودة صداقات أطفالهم، وأسئلة تتعلق بسن الطفل ونوع جنسه وتشخيصه ومستوى مهاراته، وسن الوالدين ونوع الجنس والعلاقة بالطفل والحالة الاجتماعية ومتوسط دخل الأسرة. وشملت الأدوات نسخة موجزة من استبيان الأنشطة(Solish, et al.). واستنادا إلى تقرير مقدمي الرعاية، فحص الاستبيان تواتر مشاركة ستة أنواع من الأنشطة على مقياس ليكرت الخماسي، على النحو التالي: اللعب غير المنظم، النُزهات الاجتماعية، مناسبات خاصة، الفريق الرياضي، الدروس أو الحصص التدريبية، والأنشطة الاجتماعية. وأشارت النتائج إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية، وذوي الإعاقة الفكرية بالتزامن مع اصطراب طيف التوحد شاركوا في عدد أقل بكثير من الأنشطة من أقرانهم غير المعاقين. بالإضافة إلى ذلك، شارك ذوي اضطراب طيف التوحد المقترن بإعاقة فكرية بشكل أقل في بعض الأنشطة وكان لديهم عدد أقل من الأصدقاء مقارنة بمن لديهم الإعاقة الفكرية فقط.

يتضح من العرض السابق الفوائد العديدة التي يمكن أن يُجنيها ذوي الإعاقة من خلال الاندماج في أنشطة المشاركة الاجتماعية، وأن هناك العديد من التحديات التي تحول دون هذا الاندماج، وأن مشاركة ذوي الإعاقة في المشاركة الاجتماعية أقل من أقرانهم غير المعاقين، كما تقل المشاركة كلما ازدادت حدة الإعاقة. وفي ضوء العرض السابق لمفاهيم المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية يمكن صياغة فروض البحث على النحو التالي:

فروض البحث:

١- ما مستويات المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري المُقدم لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية عينة البحث. ومع من يمارسون المشاركة الاجتماعية؟
٢- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين درجات ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري.
٣- يمكن التنبؤ بأبعاد المشاركة الاجتماعية وأبعادها من الدعم الأسري المقدم لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية.
٤- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري في ضوء نوع الإعاقة.
٥- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري في ضوء النوع (ذكور/إناث).
٦- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري في ضوء العمر(٤-٨،٨.١-١٢،١٢.١-١٦سنة).
٧- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري في ضوء المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي لأسر عينة البحث(مرتفع-متوسط- منخفض).

منهجية البحث:

أولاً- منهج البحث:

تم استخدام المنهج الوصفي لمعرفة مستوى وطبيعة العلاقات وإمكانية التنبؤ في كل من المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري وكذلك الفروق في ضوء عدة متغيرات لذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد.

ثانيًا- عينة البحث:

تكونت عينة البحث من و (١١٤) طفلاً ومراهقا ذا اضطراب طيف التوحد البسيط و(٨٧) طفلاً ومراهقا ذا إعاقة فكرية بسيطة من مراكز التربية الخاصة وملتحقين أيضا بمدارس الدمج وبمشاركة والديهم، بمحافظات القاهرة والجيزة وبنها والمنيا، وتم تصنيف العينة طبقا للنوع إلى (ذكور، إناث)، وطبقا للعمر إلى فئات(٤-٨ ،٨.١-١٢ ،١٢.١-١٦سنة) وطبقا لمعامل للمستوى الاجتماعي الثقافي تم تقسيم بيانات التطبيق على المقياس الى ثلاث فئات تجميعية(منخفض١٩.٦-٩٥.٢٦، متوسط ٩٦.٢٦-٨١.٥٨، مرتفع ٨٢.٥٨-٨٣.٧٨)، والجدول التالي يوضح خصائص العينة.

جدول (١) توزيع عينة البحث

المتغيرات	النوع		العمر			المستوى الاجتماعي			المكان		
	ذكور	إناث	٤–٨	٨–١٢	١٢–١٦	منخفض	متوسط	مرتفع	القاهرة	بنها	المنيا
اضطراب طيف التوحد (ن١١٤)	٨٣	٣١	٢٨	٦١	٢٥	١٧	٤٦	٥١	٨٦	١٩	٩
الإعاقة الفكرية (ن٨٧)	٥١	٣٦	٣٦	٣٦	١٥	١٦	٤٣	٢٨	٤٠	١٣	٣٤

ثالثًا– أدوات البحث:

١– مقياس ستانفورد بنيه للذكاء" الصورة الخامسة" (إعداد/ محمد طه, عبد الموجود عبد السميع، مراجعة محمود أبو النيل, ٢٠١١).

بهدف. تحديد مستوى. معاملات. الذكاء. كأحد معايير تشخيص ذوي. الإعاقة الفكرية وكذلك لاختيار. ذوي. اضطراب. طيف التوحد غير المقترن. بإعاقة فكرية. تم الاستناد. إلى معاملات الذكاء بالسجلات الخاصة بعينة البحث، وتطبيق هذا المقياس على عينة صغيرة للتحقق من صحة البيانات. ويُطبق مقياس الذكاء بشكل فردي لتقييم القدرات المعرفية. وقام معدوا المقياس. بحساب الثبات. للاختبارات. الفرعية حيث تراوحت معاملات الثبات بإعادة التطبيق ما بين (٠,٨٣٥–٠,٩٨٨). وحساب صدق المقياس بطريقة صدق التمييز العمري, وكانت الفروق جميعها دالة عند مستوي(٠,٠١)، وحساب معامل ارتباط درجة ذكاء المقياس بالدرجة الكلية للصورة الرابعة, وتراوحت بين(٠,٧٤–٠,٧٦).

٢– مقياس جيليام–٣ (تعريب إيهاب الببلاوي، أيمن سالم، محمد الخطاري، ٢٠٢٢):

بهدف تشخيص وتحديد مستوى شدة اضطراب طيف التوحد تم الاستناد إلى معاملات الاضطراب بالسجلات الخاصة بهم، وتطبيق هذا المقياس على عينة صغيرة للتحقق من صحة البيانات. وقد تم طباعة الإصدار الأول من هذا المقياس عام ١٩٩٥، والإصدار الثاني عام ٢٠٠٦، والإصدار الثالث(الحالي) عام ٢٠١٤، ويتكون مقياس جيليام لتقدير التوحد– الإصدار الثالث Gilliam Autism Rating Scale-Third edition (GARS-3) من (٦) مقاييس فرعية عبر(٥٨) مفردة وهي:السلوكيات المتكررة، التفاعل الاجتماعي، التواصل الاجتماعي، الاستجابات الانفعالية، الأسلوب المعرفي، الكلام غير الملائم. ووزن مُدرَّج من (٠–٣)، ويقدم المقياس تحديدًا لمستوى شدة الاضطراب:(المستوى: الأول، الثاني، أو الثالث) وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5. وقام معدوا المقياس بحساب

الخصائص السيكومترية في البيئة المصرية على عينة من ذوي اضطراب طيف التوحد بلغ عددها(١٧٦)طفلًا، تتراوح أعمارهم من٣–١٢عامًا، بمتوسط عمري ٧,٥٢ وانحراف معياري ٢,٥٣، من (٨)محافظات مصرية. وتم حساب الاتساق الداخلي وكانت جميعها دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١. وحساب الصدق بطريقة صدق المحك التلازمي باستخدام مقياس جيليام لتقدير التوحد–الإصدار الثاني(ترجمة وتقنين:عادل عبدالله، ٢٠٠٦) وتراوحت معاملات الارتباط بين(٠.٥٤–٠.٨٦)، وتم حساب الثبات باستخدام إعادة الاختبار وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٨٥– ٠.٩٤)، وتراوحت معاملات ارتباط ألفا بين(٠.٧٧– ٠.٩٠).

٤–مقياس السلوك التكيفي(عبدالموجود عبدالسميع، ٢٠١٦):

بهدف تشخيص عينة البحث من ذوي الإعاقة الفكرية تم الاستناد إلى معاملات السلوك التكيفي بالسجلات الخاصة بهم، وتم تطبيق هذا المقياس على عينة صغيرة للتحقق من صحة البيانات. ويتكون المقياس من(٤)مجالات رئيسية، يندرج منها(١٨)اختباراً فرعياً، بواقع (٣٢٢) فقرة، وأمامها وزن مدرج(٠،١،٢،٣)، وتشمل الدرجة الكلية للمقياس على المجالات الثلاثة (العملي،المفاهيمي،الاجتماعي) أما الحركي فغير متضمن في الدرجة الكلية، وتتراوح الفئات بين: مرتفع جداً– مرتفع– أعلى من المتوسط– متوسط– أقل من المتوسط– بيني– منخفض للغاية في المدى العمري(١–٨٠سنة). وقام معدوا المقياس بحساب الخصائص السيكومترية على عينة من(٢١١٣)فرد،(١٠٦٢)ذكور، و(١٠٥١)إناث، بعدة مناطق جغرافية في مصر والسعودية. وتم حساب الاتساق الداخلي لارتباط الفقرات بالاختبارات الفرعية داخل المجالات الأربعة. وحساب الصدق العاملي، وحساب الثبات باستخدام ارتباط ألفا وإعادة الاختبار التي تراوحت للمجالات والدجة الكلية بين(٠.٩٥٦– ٠.٩٧١).

٥–مقياس تقدير المستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة المصرية (أيمن سالم, ٢٠١٨).

بهدف تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي لعينة البحث، تم استخدام هذه الأداة. واستهدف المقياس مراجعة وتحديث المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة المصرية في ضوء التغيرات الحالية من خلال تطبيق المقياس على عينة من الأسر المصرية بلغت ٧٠١ أسرة،. تنوعت بين محافظات. المحضر (المريف وللمدينة). في الموجهين القبلي والبحري، وتم تحديد المتغيرات الأهم في تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة

المصرية، وهي: مستوى التعليم، الوظيفة أو المهنة، مستوى الدخل، أسلوب الحياة. ويتم تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسرة المصرية من خلال المعادلة التنبؤية التالية: ص=– ١,٤٢٥+١,٠٤٤ (مؤهل الأب) +٠,٩٩١(مؤهل الأم) +٠,٩٩٤(وظيفة الأب)+ ١,٠٢٥(وظيفة الأم) +١,٠٤٠(دخل الأب) +٠,٩٩٢(دخل الأم) +١,٥٣٥(أسلوب الحياة)، ومن ثم ينتج عن ذلك متصل من الدرجات من ٦,١٩–٧٨,٨٤ يتوزع في سبعة مستويات تقديرية، وتشغل الأسرة إحدى هذه المستويات في السلّم الاجتماعي الاقتصادي الثقافي.

٦–مقياس المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد/ذوي الإعاقة الفكرية(إعداد الباحثين):

لتحقيق هدف البحث الحالي تم إعداد مقياس المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية ومر إعداد المقياس بعدة خطوات:

–الاطلاع على الأطر والمقاييس السابقة، ومن المقاييس التي تم الاستعانة بها وفي حدود ما تَوفر:

جدول (٢) مقاييس المشاركة الاجتماعية السابقة

المقياس	مكوناته
The TRAIL Leisure Assessment Battery" TLAB" (Buttimer, & Tierney, 2005).	الاسترخاء بالمنزل، الترفيه بالمنزل، ترتيب المنزل، الأنشطة الاجتماعية بالمنزل، الأنشطة الترفيهية التعليمية، معدلات المشاركة بالأنشطة الاجتماعية، الأنشطة الترفيهية بالأماكن المفتوحة، الأنشطة الجسمية الرياضية، الأنشطة الترفيهية الأخرى
Social Engagement Observation Checklist (kirschenbaum,2009)	المشاركة الاجتماعية، غياب المشاركة الاجتماعية.
The Activities Questionnaire (Solish, et al,2010)	الأنشطة الاجتماعية، الترفيهية، وقت الفراغ.
مقياس المشاركة الاجتماعية للمسنين (منال عبدالفتاح، ٢٠١٠)	الأنشطة الاجتماعية، الأعمال التطوعية، الأتناس، العبادات.
Leisure Time activity enjoyment scale (Eversole, et al,2016)	الأنشطة الترفيهية، الرياضية أو البدنية، أنشطة تحسين الذات، الأنشطة الاجتماعية، الأنشطة القائمة على المهارات.

يتضح من جدول (٢) توافر بعض المقاييس للمشاركة الاجتماعية إلا أن بعضها صمم لعينات تختلف عن عينة البحث الحالي أو أنها صممت في بيئات أجنبية لا تتناسب بنودها مع خصائص عينة البحث، وقد تم الاستفادة من المقاييس السابقة في تحديد أبعاد المشاركة الاجتماعية والتي اتضح أنها تأخذ صور التواجد مع الاخرين في ممارسة الأنشطة المختلفة،

وأن أكثر هذه الأنشطة تكرارا وأكثرها اتساقا مع خصائص عينات البحث تم تحديد الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والرياضية، وهو ما لم يتوافر معا في أحد هذه المقاييس، مما يعطي مبررا لتصميم مقياس للمشاركة الاجتماعية.

–تم بناء الصورة الأولية لمقياس المشاركة الاجتماعية في صورة مفردات أدائية تطبق على أحد الوالدين أو القائمين على الرعاية، وتم عرض الصورة الأولية من المقياس على مجموعة من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة والعاملين مع ذوى الاحتياجات الخاصة (ن=٩) وتم مراعاة كافة ملاحظاتهم.

– الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم حساب الخصائص السيكومترية على عينة استطلاعية بلغت (٤٠) طفلا ومراهقا ذو اضطراب طيف التوحد (٤٠) طفلا ومراهقا ذو إعاقة فكرية، على النحو الآتي:

جدول (٣) الخصائص السيكومترية لمقياس المشاركة

لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية

	اضطراب طيف التوحد				الإعاقة الفكرية			
	الاتساق الداخلي		الصدق	الثبات	الاتساق الداخلي		الصدق	الثبات
الأبعاد	ارتباط البنود بالبعد	الأبعاد/ الكلية	المحك التلازمي	إعادة الاختبار	ارتباط البنود بالبعد	الأبعاد/ الكلية	المحك التلازمي	إعادة الاختبار	ألفا
الأنشطة الاجتماعية	–٠.٦٠١ ٠.٧٨٢	٠.٨٦٩		٠.٩٦	٠.٨٣٤	–٠.٦١٩ ٠.٧٥٩	٠.٩١١		٠.٩٢	٠.٨٤٥
الأنشطة الترفيهية	–٠.٦٨٨ ٠.٧٩٢	٠.٨٣٥		٠.٩١	٠.٦٣٨	–٠.٥٨٣ ٠.٧٧٢	٠.٧٧٨		٠.٩٦	٠.٦٠٧
الأنشطة الرياضية	–٠.٦٠٤ ٠.٧٦١	٠.٨٤١		٠.٩٠	٠.٦٧٩	–٠.٥٩٧ ٠.٧٣٧	٠.٨١٤		٠.٩٥	٠.٦٩٤
المشاركة الاجتماعية			٠.٦٦	٠.٩٥	٠.٨٣٨			٠.٦١	٠.٩٧	٠.٨٣٨

يتضح من جدول (٣) أن مقياس المشاركة الاجتماعية يتسم بخصائص سيكومترية جيدة وذلك على النحو التالي:

١–نسخة اضطراب طيف التوحد:

أولاً– الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الارتباط في مقياس المشاركة الاجتماعية بين درجة كل مفردة ودرجة البُعد الذي تنتمي إليه وتراوحت في بُعد الأنشطة الاجتماعية بين(٠.٦٠١–٠.٧٨٢)، وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١ في حين المفردة(١٣، ١٧)دالة عند مستوى٠.٠٥ مع استبعاد مفردات

رقم(٨، ١٢)غير دالة إحصائيا، وتراوحت في بُعد الأنشطة الترفيهية بين(٠.٦٨٨–٠.٧٩٢) وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١، وتراوحت في بُعد الأنشطة الرياضية بين(٠.٦٠٤–٠.٧٦١)، وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١ في حين المفردة(٢)دالة عند مستوى٠.٠٥، وتم حساب معامل الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس حيث بلغت بالترتيب(٠.٨٦٩–٠.٨٣٥–٠.٨٤١) وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١.

ثانيًا– الصدق:

أ) صدق البناء: تم صياغة بنود المقياس في ضوء التعريفات الإجرائية المشتقة من الأطر النظرية والمقاييس السابقة، بما يفيد صدق التكوين والبناء.

ب) صدق المحك التلازمي: تم حساب صدق المحك بين مقياس المشاركة الاجتماعية مع استبيان الأنشطة(ترجمة الباحثين) للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية (Solish, et al.,2010)، وبلغت معاملات الارتباط للدرجة الكلية(٠.٦٦).

ثالثًا– الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين:

أ) طريقة إعادة الاختبار: تم حساب الارتباط بعد أسبوعين بين درجات نفس العينة على مقياس المشاركة الاجتماعية وبلغ معامل ارتباط بيرسون بين القياسين في الأنشطة الاجتماعية(٠.٩٢)، وفي الأنشطة الترفيهية(٠.٩٦) وفي الأنشطة الرياضية(٠.٩٥) والدرجة الكلية(٠.٩٧).

ب) طريقة ألفا لكرونباخ: تم حساب معاملات الثبات بطريقة ألفا حيث بلغت للأبعاد الفرعية للمقياس بالترتيب(٠.٨٣٤–٠.٦٣٨–٠.٦٧٩)، والدرجة الكلية(٠.٨٣٨) مما يشير لمستوى ثبات مناسب.

٢–نسخة ذوى الإعاقة الفكرية:

أولاً– الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الارتباط في مقياس المشاركة الاجتماعية بين درجة كل مفردة ودرجة البُعد الذي تنتمي إليه وتراوحت في بُعد الأنشطة الاجتماعية بين(٠.٦١٩–٠.٧٥٩)، وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١ في حين المفردة(١١، ١٧)دالة عند مستوى٠.٠٥ مع استبعاد المفردات رقم(٨،١٠) غير دالة إحصائيا، وتراوحت في بُعد الأنشطة الترفيهية بين(٠.٥٨٣– ٠.٧٧٢) وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١،وتراوحت في بُعد الأنشطة الرياضية بين(٠.٥٩٧–٠.٧٣٧)، وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١ في حين المفردة(٢)دالة عند مستوى٠.٠٥، وتم حساب معامل الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس وبلغت بالترتيب(٠.٩١١–٠.٧٧٨–٠.٨١٤) وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١.

ثانيًا– الصدق:

أ) صدق البناء: تم صياغة بنود المقياس في ضوء التعريفات الإجرائية المشتقة من الأطر النظرية والمقاييس السابقة، بما يفيد صدق التكوين والبناء.

ب) صدق المحك التلازمي: تم حساب صدق المحك بين مقياس المشاركة الاجتماعية مع استبيان الأنشطة(ترجمة الباحثين) للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية(Solish, et al.,2010)، وبلغت معاملات الارتباط للدرجة الكلية (٠.٦١).

ثالثًا– الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين:

أ) طريقة إعادة الاختبار: تم حساب الارتباط بعد أسبوعين بين درجات نفس العينة على مقياس المشاركة الاجتماعية وبلغ معامل ارتباط بيرسون بين القياسين في الأنشطة الاجتماعية(٠.٩٦)، وفي الأنشطة الترفيهية(٠.٩١) وفي الأنشطة الرياضية(٠.٩٠) والدرجة الكلية (٠.٩٥).

ب) طريقة ألفا لكرونباخ: تم حساب معاملات الثبات بطريقة ألفا حيث بلغت للأبعاد الفرعية للمقياس بالترتيب(٠.٨٤٥– ٠.٦٠٧– ٠.٦٩٤)، والدرجة الكلية(٠.٨٣٨) مما يشير لمستوى ثبات مناسب.

الصورة النهائية لمقياس المشاركة الاجتماعية:

أصبح مقياس المشاركة الاجتماعية بعد استبعاد المفردات غير الدالة في نسخة كلا العينتين، يتكون في صورته النهائية من(٣٧) مفردة أدائية ترصد ملاحظات الوالدين لأداءات أبنائهم ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية عبر ثلاثة أبعاد: الأنشطة الاجتماعية (١٧) مفردة، الأنشطة الترفيهية(١٠) مفردات، والأنشطة الرياضية(١٠) مفردات، وأمام كل منها تدرج ليكرت الخماسي، ووزن كمي على الترتيب(١–٢–٣–٤–٥)، وبذلك يتراوح مدى المقياس ما بين(٣٧–١٨٥) درجة. وتدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من المشاركة الاجتماعية والعكس صحيح، وبناء على ما تقدم من عرض الخصائص السيكومترية للمقياس يمكن القول إن هذه الإجراءات تدعو للثقة في استخدامه.

٧– **مقياس الدعم الأسري المقدم لذوي اضطراب طيف التوحد/ذوي الإعاقة الفكرية** (إعداد الباحثين):

لتحقيق هدف البحث الحالي تم إعداد مقياس الدعم الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية وقد مرَّ إعداد المقياس بعدة خطوات:

– الاطلاع على الأطر والمقاييس السابقة، ومن المقاييس التي تم الاستعانة بها وفي حدود ما تَوفر:

جدول (٤) مقاييس الدعم الأسري السابقة

المقياس	مكوناته
Family Support Scale (Dunst, et al.,1984)	القرابة غير الرسمية؛ دعم الزوج؛ المنظمات الاجتماعية، القرابة الرسمية، الخدمات المهنية
scale of perceived social support (Zimet,1988)	١٢ مفردة لقياس المساندة الاجتماعية
Family Quality of Life Scale (Beach Center on Disabilities,2006)	التفاعل الأسري، الأبوة/الأمومة، الرفاهية العاطفية، الرفاهية المادية، الدعم المرتبط بالإعاقة.
Family Fun Day Survey (Lock, et al.,2011)	يوم عائلى ممتع أسئلة/ مقابلة شخصية
مقياس مصادر الدعم لاضطراب طيف التوحد (جيهان عبدالله، ٢٠١٧)	الدعم الاجتماعي، الدعم النفسي، الدعم الأسري
مقياس الدعم الأسري أثناء جائحة كورونا(سهير التل وآخرون، ٢٠٢١)	الدعم النفسي، دعم التدريب، الدعم الترفيهي

يتضح من جدول (٤) توافر بعض المقاييس للدعم الأسري إلا أن بعضها صمم لعينات تختلف عن عينة البحث الحالي أو أنها صممت في بيئات أجنبية لا تتناسب بنودها مع خصائص عينة البحث، أو أن بنودها تتناول الدعم المقدم إلى أسر ذوي اضطراب التوحد في حين يهدف المقياس الحالي إلى قياس الدعم المقدم من الأسر إلى أبنائهم ذوي الإعاقة، وهو ما يتشابه مع مقياس سهير التل وآخرون(٢٠٢١) إلا أنه تم إعداده في بيئة مختلفة وارتبطت بنوده بأزمة كورونا فقط، مما يعطي مبررا لتصميم مقياس جديد.

-الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم حساب الخصائص السيكومترية على عينة استطلاعية بلغت(٤٠) طفلا ومراهقا ذو اضطراب طيف التوحد(٤٠) طفلا ومراهقا ذو إعاقة فكرية، على النحو الآتي:

جدول (٥) الخصائص السيكومترية لمقياس الدعم الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية

	اضطراب طيف التوحد					الإعاقة الفكرية				
	الاتساق الداخلي		الصدق	الثبات		الاتساق الداخلي		الصدق	الثبات	
الأبعاد	ارتباط البنود بالبعد	الأبعاد/ الكلية	المحك التلازمي	إعادة الاختبار	ألفا	ارتباط البنود بالبعد	الأبعاد/ الكلية	المحك التلازمي	إعادة الاختبار	ألفا
دعم الاستقلال	-٠.٦٥٦ ٠.٨٣٧	٠.٩٢ ٢		٠.٨٩	٠.٧٠٥	-٠.٦٣٢ ٠.٧٨٨	٠.٩٠٤		٠.٩٧	٠.٦٦٧
الدعم النفسي	-٠.٦٧٦ ٠.٨٥٠	٠.٨٩ ٨		٠.٨٧	٠.٧٧١	-٠.٦٠١ ٠.٨٥٣	٠.٩٠٣		٠.٩٩	٠.٧٨٥
الدعم الاجتماعي	-٠.٦٤١ ٠.٨١٧	٠.٩٢ ٣		٠.٩٤	٠.٧٤٢	-٠.٥٩٩ ٠.٧٤٢	٠.٩٠٠		٠.٩٢	٠.٧٥٣
الدعم الأسري			٠.٦٩	٠.٩٤	٠.٨٦٦			٠.٦٥	٠.٩٨	٠.٨٦١

يتضح من جدول (٥) أن مقياس الدعم الأسري يتسم بخصائص سيكومترية جيدة وذلك على النحو التالي:

١-نسخة اضطراب طيف التوحد:

أولاً- الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الارتباط في مقياس الدعم الأسري بين درجة كل مفردة ودرجة البُعد الذي تنتمي إليه وتراوحت في بُعد دعم الاستقلال بين(٠.٦٥٦-٠.٨٣٧) وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١، وتراوحت في بُعد الدعم النفسي بين(٠.٦٧٦-٠.٨٥٠) وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١ مع استبعاد مفردة رقم (١٥)غير دالة إحصائيا، وتراوحت في بُعد الدعم الاجتماعي بين (٠.٦٤١-٠.٨١٧)، وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١ في حين المفردة (١٣) دالة عند مستوى٠.٠٥ مع استبعاد مفردة رقم(٢٩)غير دالة إحصائيا، وتم حساب معامل الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس حيث بلغت بالترتيب(٠.٩٢٢-٠.٨٩٨-٠.٩٢٣) وجميعها دالة عند مستوى٠.٠١.

ثانيًا- الصدق:

أ) **صدق البناء:** تم صياغة بنود المقياس في ضوء التعريفات الإجرائية المشتقة من الأطر النظرية والمقاييس السابقة، بما يفيد صدق التكوين والبناء.

ب) **صدق المحك التلازمي:** تم حساب صدق المحك بين مقياس الدعم الأسري مع مقياس الدعم الأسري للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد(سهير التل وآخرون،٢٠٢١)، وبلغت معاملات الارتباط للدرجة الكلية(٠.٦٩).

ثالثًا- الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين:

أ) طريقة إعادة الاختبار: تم حساب الارتباط بعد أسبوعين بين درجات نفس العينة على مقياس الدعم الأسري وبلغ معامل ارتباط بيرسون بين القياسين في دعم الاستقلال(٠.٩٧)، وفي الدعم النفسي (٠.٩٩) وفي الدعم الاجتماعي(٠.٩٢) والدرجة الكلية(٠.٩٨).

ب) طريقة ألفا لكرونباخ: تم حساب معاملات الثبات بطريقة ألفا حيث بلغت بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس بالترتيب (٠.٧٠٥-٠.٧٧١-٠.٧٤٢)، والدرجة الكلية (٠.٨٦٦) مما يشير لمستوى ثبات مناسب.

٢-نسخة ذوى الإعاقة الفكرية:

أولاً- الاتساق الداخلي:

وتم حساب معامل الارتباط في مقياس الدعم الأسري بين درجة كل مفردة ودرجة البُعد

الذي تنتمي إليه وتراوحت في بُعد دعم الاستقلال بين(٠.٦٣٢–٠.٧٨٨) مع استبعاد مفردة رقم (٧)غير دالة إحصائيا، وتراوحت في بُعد الدعم النفسي بين(٠.٦٠١– ٠.٨٥٣)، وتراوحت في بُعد الدعم الاجتماعي بين(٠.٥٩٩– ٠.٧٤٢) وجميع المفردات السابقة دالة عند مستوى٠.٠١ في حين المفردة(٨–٩–١٥)دالة عند مستوى٠.٠٥، وتم حساب معامل الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس وبلغت بالترتيب(٠.٩٠٤– ٠.٩٠٣– ٠.٩٠٠) وجميعها دالة عند مستوى٠.٠٠١.

ثانيًا– الصدق:

أ) صدق البناء: تم صياغة بنود المقياس في ضوء التعريفات الإجرائية المشتقة من الأطر النظرية والمقاييس السابقة، بما يفيد صدق التكوين والبناء.

ب) صدق المحك التلازمي: تم حساب صدق المحك بين مقياس الدعم الأسري مع مقياس الدعم الأسري للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد(سهير التل، ٢٠٢١) وبلغت معاملات الارتباط للدرجة الكلية (٠.٦٥).

ثالثًا– الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين:

أ) طريقة إعادة الاختبار: تم حساب الارتباط بعد أسبوعين بين درجات نفس العينة على مقياس الدعم الأسري وبلغ معامل ارتباط بيرسون بين القياسين في دعم الاستقلال (٠.٨٩)، وفي الدعم النفسي(٠.٨٧) وفي الدعم الاجتماعي(٠.٩٤) والدرجة الكلية (٠.٩٤).

ب) طريقة ألفا لكرونباخ: تم حساب معاملات الثبات بطريقة ألفا حيث بلغت بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس بالترتيب(٠.٦٦٧–٠.٧٨٥–٠.٧٥٣)، والدرجة الكلية (٠.٨٦١) مما يشير لمستوى ثبات مناسب.

الصورة النهائية لمقياس الدعم الأسري:

أصبح مقياس الدعم الأسري بعد استبعاد المفردات غير الدالة في نسخة كلا العينتين يتكون في صورته النهائية من(٤٠) مفردة أدائية ترصد ملاحظات الوالدين لأداءات أبنائهم ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية عبر ثلاثة أبعاد: دعم الاستقلال(١١) مفردة، والدعم النفسي(١٤) مفردة، والدعم الاجتماعي(١٥) مفردة، وأمام كل منها تدرج ليكرت الخماسي، ووزن كمي على الترتيب(١–٢–٣–٤–٥)، وبذلك يتراوح مدى المقياس ما بين (٤٠–٢٠٠)درجة. وتدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من الدعم الأسري المقدم والعكس صحيح، وبناء على ما تقدم من عرض الخصائص السيكومترية للمقياس يمكن القول إن هذه الإجراءات تدعو للثقة في استخدامه.

رابعًا– خطوات البحث:

١– تم الاطلاع على الدراسات والأطر النظرية التي تناولت المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري المقدم لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية.

٢– تصميم أدوات البحث المتمثلة في مقاييس المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري.

٣– اختيار أفراد عينة البحث وفق معايير وأدوات التشخيص المستخدمة بالبحث.

٤– تطبيق مقاييس المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري والمستوى الاجتماعي الثقافي على عينة البحث.

٥– تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة والتوصل للنتائج وتفسيرها ومناقشتها واقتراح التوصيات والبحوث المقترحة.

خامسًا– المعالجة الإحصائية:

تم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة عبر برنامج (SPSS) الإحصائي، وشملت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار واختبار "ت" واختبار تحليل التباين للمجموعات المستقلة.

نتائج البحث:

الفرض الأول: ما مستويات المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري المُقدم لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية عينة البحث؟

للتعرف على مستوى المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري وأبعادهم الفرعية لكلتا الفئتين، تمّ حساب المتوسطات الحقيقية الفعلية الملاحظة ومقارنتها بقيمة مقياسية(المتوسط الفرضي/ القيمة الاختبارية) والتي تعادل(عدد عبارات المقياس Xالدرجة الوسيطة "٣" =٦٠%) من الدرجة الكلية لكل بُعد والدرجة الكلية للمقياس ككل، وتمّ حساب الاختبار التائي للمجموعة الواحدة one sample t–test، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (٦) مستويات الأداء على مقاييس المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد والإعاقة الفكرية

المتغيرات	اضطراب طيف التوحد (ن ١١٤)					الإعاقة الفكرية (ن ٨٧)				مستوى الأداء
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة ت	مستوى الأداء	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة ت	
الأنشطة الاجتماعية	٥٧.٢٢٨	١٠.٣٥٣	٥١	٦.٢٣٤**	مرتفع قليلا	٤٩.٤٩٤	١١.٠٨٠	٥١	-١.٢٦٧	متوسط
الأنشطة الترفيهية	٢٧.٢١٩	٥.٢٠٨	٣٠	-٥.٧٠٠**	منخفض	٢٥.٣٦٧	٧.٤٤٩	٣٠	-٥.٨٠٠**	منخفض
الأنشطة الرياضية	٢٧.٠٦١	٥.٢٣٦	٣٠	-٥.٩٩٢**	منخفض	٢٤.٥٤٠	٧.٣٦٣	٣٠	-٦.٩١٥**	منخفض
الدرجة الكلية للمشاركة	١١١.٥٠٨	١٧.٦٧٢١	١١١	.٣٠٧	متوسط	٩٩.٤٠٢	٢٣.٢٣١	١١١	-٤.٦٥٦**	منخفض

المتغيرات	اضطراب طيف التوحد (ن ١١٤)				الإعاقة الفكرية (ن ٨٧)				مستوى الأداء
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة ت	مستوى الأداء	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة ت
دعم الاستقلال	٤٤.١٧٥	٥.٧٢٧	٣٣	٢٠.٨٣٤**	مرتفع	٣٨.٧٨١	٨.٦٨٦	٣٣	٦.٢٠٨**	مرتفع
الدعم النفسي	٥٦.٠٣٥	٧.٩٥٣	٤٢	١٨.٨٤٢**	مرتفع	٥١.٣٧٩	١١.٠٩٠	٤٢	٧.٨٨٨**	مرتفع
الدعم الاجتماعي	٥٦.٧٠١	٩.١٧٢	٤٥	١٣.٦٢١**	مرتفع	٥٠.١١٤	١١.١٥٠	٤٥	٤.٢٧٩**	مرتفع
الدرجة الكلية للدعم الأسري	١٥٦.٩١٢	٢٠.٠٧١	١٢٠	١٩.٦٣٥**	مرتفع	١٤٠.٢٧٥	٢٩.٠٥٣	١٢٠	٦.٥٠٩**	مرتفع

** دالة عند مستوي دلالة (٠.٠١)، * دالة عند مستوى (٠.٠٥)

بالنظر إلى حساب المتوسطات الحقيقية الفعلية الملاحظة لكل من المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري والأبعاد الفرعية، وبمقارنتها بالمتوسط الافتراضي(القيمة الاختبارية) لكل بُعد منهم، كانت أبعاد المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد ما بين مرتفع إلى منخفض والدرجة الكلية متوسطة، وكانت أبعاد المشاركة الاجتماعية لذوي الإعاقة الفكرية ما بين متوسط إلى منخفض والدرجة الكلية منخفضة، وبالنسبة للدعم الأسري كانت الفروق جميعها في اتجاه ارتفاع مستوى الدعم الأسري بأبعاده المختلفة عن المتوسط الفرضي لكل من ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية.

مع من يمارس ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية المشاركة الاجتماعية؟

جدول (٧) التكرارات والنسب المئوية لمن يتواجدون مع ذوي اضطراب طيف التوحد والإعاقة الفكرية في أنشطة المشاركة الاجتماعية

	اضطراب طيف التوحد (ن ١١٤)						الإعاقة الفكرية (ن ٨٧)					
	التكرار/ النسبة المئوية						التكرار/ النسبة المئوية					
المشاركة الاجتماعية	الوالدين	%	الأقران	%	الكبار	%	الوالدين	%	الأقران	%	الكبار	%
الأنشطة الاجتماعية	٩١	٨٠%	–	–	٢٣	٢٠%	٦٦	٧٦%	–	–	٢١	٢٤%
الأنشطة الترفيهية	٦٤	٥٦%	٧	٦%	٤٣	٣٨%	٣٩	٤٥%	١٦	١٨%	٣٢	٣٧%
الأنشطة الرياضية	٤٥	٤٠%	٣٩	٣٤%	٣٠	٢٦%	٤٣	٥٠%	٢١	٢٤%	٢٣	٢٦%

يتضح من جدول (٧) أن الأكثر تواجدا مع ذوي اضطراب طيف التوحد في أنشطة المشاركة الاجتماعية هم الوالدين، حيث تم ممارسة الأنشطة الاجتماعية في أغلبها مع الوالدين(٨٠%) مع عدم وجود الأقران، وأن الأنشطة الترفيهية شغل فيها الكبار(الأقارب والقائمين على الرعاية) مساحة أكبر(٣٨%) وكذلك الأقران (٦%) بجانب الوالدين (٥٦%)، أما الأنشطة الرياضية فقد توازن فيها كل من الكبار(٢٦%) والأقران (٣٤%) معاً بجانب الوالدين (٤٠%).

وأن الأكثر تواجدا مع ذوي الإعاقة الفكرية في أنشطة المشاركة الاجتماعية هم الوالدين، حيث تم ممارسة الأنشطة الاجتماعية في أغلبها مع الوالدين(٧٦%) مع عدم وجود الأقران، وأن الأنشطة الترفيهية شغل فيها الكبار(الأقارب والقائمين على الرعاية)مساحة أكبر(٣٧%) وكذلك الأقران

(١٨%) بجانب الوالدين(٤٥%)، أما الأنشطة الرياضية فقد توازن فيها كل من الكبار(٢٦%) والأقران(٢٤%) معاً بجانب الوالدين (٥٠%).

الفرض الثاني: توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين درجات ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري.

للتحقق من صحة هذا الفرض إحصائيا تم حساب معاملات الارتباط الخطي لبيرسون بين درجات أطفال العينة على مقاييس المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري، وكانت كالتالي:

جدول (٨) معاملات الارتباط بين درجات المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري لدى عينة البحث

	اضطراب طيف التوحد (ن ١١٤)				الإعاقة الفكرية (ن ٨٧)			
المتغيرات	دعم الاستقلال	الدعم النفسي	الدعم الاجتماعي	الدرجة الكلية	دعم الاستقلال	الدعم النفسي	الدعم الاجتماعي	الدرجة الكلية
الأنشطة الاجتماعية	.٤٤٧ **	.٤٢٥ **	.٥٢٤ **	.٥٣٥**	.٥٨٠ **	.٥٤٢ **	.٦٢١ **	.٦١٨ **
الأنشطة الترفيهية	.٢٧٣**	.١١٣	.٢٤٣**	.٢٣٤*	.٤٩٣**	.٣٦٤ **	.٥٢٤**	.٤٨٧ **
الأنشطة الرياضية	.٣٠٤ **	.١٧٩٠	.٢٨٤**	.٢٨٨**	.٥٠١ **	.٣٣٩٠**	.٥٥٣**	.٤٩٢**
الدرجة الكلية	.٤٣٢**	.٣٣٥ **	.٤٦٣**	.٤٦٨**	.٥٩٣**	.٤٨٣ **	.٦٣٩**	.٦٠٧**

** دالة عند مستوي دلالة (٠.٠١)، * دالة عند مستوى (٠.٠٥)

يتضح من الجدول (٨) لذوي اضطراب طيف التوحد:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند مستوى(٠.٠١) بين الأنشطة الاجتماعية والدرجة الكلية للمشاركة الاجتماعية وبين أبعاد دعم الاستقلال والدعم النفسي والاجتماعي والدرجة الكلية للدعم الأسري.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا في أغلبها عند مستوى(٠.٠١) بين الأنشطة الترفيهية والأنشطة الرياضية وبين أبعاد دعم الاستقلال والدعم الاجتماعي والدرجة الكلية للدعم الأسري.
- عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الأنشطة الرياضية والترفيهية وبين بُعد الدعم النفسي.

ويتضح من الجدول (٨) لذوي الإعاقة الفكرية:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند مستوى (٠.٠١) بين الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والرياضية والدرجة الكلية للمشاركة الاجتماعية وبين أبعاد دعم الاستقلال والدعم النفسي والاجتماعي والدرجة الكلية للدعم الأسري، مما يعني تحقق صحة الفرض.

الفرض الثالث: يمكن التنبؤ بالمشاركة الاجتماعية وأبعادها من الدعم الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية.

أ- بالنسبة لذوي اضطراب طيف التوحد.

للتحقّق من هذا الفرض تم إجراء تحليل الانحدار الخطوي "المتدرج" Step-Wise Regression (بعد التأكّد من تحقّق شروط استخدامه من وجود علاقة خطية وطبيعية واعتدالية توزيع البيانات في نموذج الدرجات في مستويات المشاركة الاجتماعية كمتغيّر تابع، وأبعاد الدعم الأسري كمتغيرات مستقلة)، حيث تدخل المتغيرات واحدة تلو الأخرى على أساس ارتباطها بالمتغيّر التابع من جانب والمتغيرات المستقلة الأخرى من جانب آخر، ففي كل خطوة يتمّ اختيار أعلى المتغيرات المستقلة ارتباطًا بالمتغيّر التابع بأسلوب حذف أثر ارتباطها بالمتغيرات المستقلة الأخرى، وكانت النتائج الدالة لكل مستوى من مستويات المشاركة الاجتماعية والدرجة الكلية لها ممثلة في الجدول التالي:

جدول (٩) تحليل الانحدار الخطوي لمتغير الدعم الأسري على المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد(ن=١١٤)

البُعد	المتغيّر المستقل المنبئ	قيمة الثابت	معامل الارتباط المتعدّدR	التباين المشترك R^2	نسبة الإسهام	معامل الانحدار	معامل الانحدار المعياري et	قيمة ت	القيمة (ف) F
الأنشطة الاجتماعية	الدعم الكلي	١٣.٩٠٢	٠.٥٣٥	٠.٢٨٧	%٢٨.٧	٠.٢٧٦	٠.٥٣٥	**٦.٧٠٧	**٤٤.٩٨٧
الأنشطة الترفيهية	دعم الاستقلال	١٦.٢٧١	٠.٢٧٣	٠.٠٧٤	%٧.٤	٠.٢٤٨	٠.٢٧٣	*٢.٩٩٨	**٨.٩٨٥
الأنشطة الرياضية	دعم الاستقلال	١٤.٧٦٤	٠.٣٠٤	٠.٠٩٣	%٩.٣	٠.٢٧٨	٠.٣٠٤	**٣.٣٨٣	**١١.٤٤٢
الدرجة الكلية المشاركة الاجتماعية	الدعم الكلي	٤٦.٨٩٣	٠.٤٦٨	٠.٢١٩	%٢١.٩	٠.٤١٢	٠.٤٦٨	٥.٦**	**٣١.٣٦١
	الدعم النفسي	٤٧.٦٧٠	٠.٤٩٨	٠.٢٤٨	(%٢.٩)	-٠.٨١٦	-٠.٣٦٧	*٢.٠٧	**١٨.٢٨٢

** دال إحصائيا عند مستوى٠,٠١ * دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠٥.

يتضح من جدول (٩) وجود تأثير دال إحصائيا لبعض أبعاد الدعم الأسري كمتغير مستقل دون غيرها في قدرتها على التنبؤ بالأبعاد والدرجة الكلية للمشاركة الاجتماعية كمتغير تابع، مما يعني تحقق صحة الفرض جزئيا، وذلك على النحو التالي:

- بالنسبة لبعد الأنشطة الاجتماعية، كانت الدرجة الكلية للدعم الأسري دالة إحصائيا ومنبئة بها بنسبة إسهام (٢٨.٧٪).
- بالنسبة لبعد الأنشطة الترفيهية، وبُعد الأنشطة الرياضية، كان دعم الاستقلال فقط دال إحصائيا ومنبئ بهما على الترتيب بنسب إسهام (٧.٤٪)، (٩.٣٪).

- بالنسبة للدرجة الكلية للمشاركة الاجتماعية، كانت الدرجة الكلية للدعم الأسري وبُعد الدعم النفسي دالان إحصائيا ومنبئان بهما على الترتيب بنسب إسهام(٢١.٩٪)، (٢.٩%).

ويمكن التنبؤ بالمتغير التابع وذلك من خلال المعادلات الانحدارية التالية:

- درجات التلاميذ في الأنشطة الاجتماعية = ١٣.٩٠٢+ (٠.٢٧٦ × الدعم الكلي).
- درجات التلاميذ في الأنشطة الترفيهية = ١٦.٢٧١+ (٠.٢٤٨× دعم الاستقلال).
- درجات التلاميذ في الأنشطة الرياضية = ١٤.٧٦٤+ (٠.٢٧٨× دعم الاستقلال).
- درجات التلاميذ في المشاركة الاجتماعية =

١–الخطوة الأولى= ٤٦.٨٩٣+ (٠.٤١٢ × الدعم الكلي)

٢–الخطوة الثانية= ٤٧.٦٧٠+ (٠.٨١٦ × الدعم النفسي)

ب–بالنسبة لذوي <u>الإعاقة الفكرية</u>:

للتحقّق من هذا الفرض تم إجراء تحليل الانحدار الخطوي "المتدرج" Step-Wise Regression، وكانت النتائج الدالة لكل مستوى من مستويات المشاركة الاجتماعية والدرجة الكلية لها ممثلة في الجدول التالي:

جدول (١٠) تحليل الانحدار الخطوي لمتغير الدعم الأسري على المشاركة الاجتماعية لذوي الإعاقة الفكرية (ن=٨٧)

البُعد	المتغير المستقل المنبئ	قيمة الثابت	معامل الارتباط المتعدّدR	التباين المشترك R^2	نسبة الإسهام	معامل الانحدار	معامل الانحدار المعياري et	قيمة ت	القيمة (ف) F
الأنشطة الاجتماعية	الدعم الاجتماعي	١٨.٥٨	٠.٦٢١	٠.٣٨٥	%٣٨.٥	٠.٦١٧	٠.٦٢١	**٧.٣	**٥٣.٢٨٣
الأنشطة الترفيهية	الدعم الاجتماعي	٧.٨٢٨	٠.٥٢٤	٠.٢٧٤	%٢٧.٤	٠.٣٥٠	٠.٥٢٤	**٥.٦٧	**٣٢.١٥٣
الأنشطة الرياضية	الدعم الاجتماعي	٦.٢٢٦	٠.٥٥٣	٠.٣٠٦	%٣٠.٦	٠.٣٦٥	٠.٥٥٣	**٦.١٢٥	**٣٧.٥١٤
المشاركة الاجتماعية	الدعم الاجتماعي	٣٢.٦٣٥	٠.٦٣٩	٠.٤٠٤	%٤٠.٢	١.٣٣٢	٠.٦٣٩	**٧.٦٦٨	**٥٨.٨٠٣

** دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ * دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من جدول (١٠) وجود تأثير دال إحصائيا لبعض أبعاد الدعم الأسري كمتغير مستقل دون غيرها في قدرتها على التنبؤ بالأبعاد والدرجة الكلية للمشاركة الاجتماعية كمتغير تابع، مما يعني تحقق صحة الفرض جزئيا، وذلك على النحو التالي:

- بالنسبة لبُعد الأنشطة الاجتماعية، وبُعد الأنشطة الترفيهية، وبُعد الأنشطة الرياضية، والدرجة الكلية للمشاركة الاجتماعية، كان الدعم الاجتماعي من أبعاد الدعم الأسري فقط دال إحصائيا ومنبئ بهم بنسب إسهام على الترتيب (٣٨.٥٪)، (٢٧.٤٪)، (٣٠.٦٪)، (٤٠.٩٪). ويمكن التنبؤ بالمتغير التابع وذلك من خلال المعادلات الانحدارية التالية:

- درجات التلاميذ في الأنشطة الاجتماعية= ١٨.٥٨ + (٠.٦١٧× الدعم الاجتماعي).
- درجات التلاميذ في الأنشطة الترفيهية= ٧.٨٢٨ + (٠.٣٥٠× الدعم الاجتماعي).
- درجات التلاميذ في الأنشطة الرياضية= ٦.٢٢٦ + (٠.٣٦٥× الدعم الاجتماعي).
- درجات التلاميذ في المشاركة الاجتماعية=٣٢.٦٣٥+(١.٣٣٢ × الدعم الاجتماعي).

الفرض الرابع: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري في ضوء نوع الإعاقة(اضطراب طيف التوحد/إعاقة فكرية).

للتحقق من صحة هذا الفرض إحصائيا تم حساب قيمة ت بين متوسطات درجات أفراد العينات على مقاييس المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري، وكانت على النحو التالي:

جدول (١١) نتائج تحليل ت لدلالة الفروق بين المجموعتين في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري طبقا لنوع الإعاقة

البعد	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف	درجات الحرية	ت	قيمة الدلالة
الأنشطة الاجتماعية	اضطراب طيف التوحد	١١٤	٥٧.٢٢٨	١٠.٣٥٣	١٩٩	**٥.٠٩٠	.٠٠٠
	الإعاقة الفكرية	٨٧	٤٩.٤٩٤	١١.٠٨٦			
الأنشطة الترفيهية	اضطراب طيف التوحد	١١٤	٢٧.٢١٩	٥.٢٠٨	١٩٩	*٢.٠٧٢	.٠٤٠
	الإعاقة الفكرية	٨٧	٢٥.٣٦٧	٧.٤٤٩			
الأنشطة الرياضية	اضطراب طيف التوحد	١١٤	٢٧.٠٦١	٥.٢٣٦	١٩٩	**٢.٨٣٦	.٠٠٥
	الإعاقة الفكرية	٨٧	٢٤.٥٤٠	٧.٣٦٣			
المشاركة الاجتماعية	اضطراب طيف التوحد	١١٤	١١١.٥٠٨	١٧.٦٧٢	١٩٩	**٤.١٩٧	.٠٠٠
	الإعاقة الفكرية	٨٧	٩٩.٤٠٢	٢٣.٢٣١			
دعم الاستقلال	اضطراب طيف التوحد	١١٤	٤٤.١٧٥	٥.٧٢٧	١٩٩	**٥.٢٩٣	.٠٠٠
	الإعاقة الفكرية	٨٧	٣٨.٧٨١	٨.٦٨٦			
الدعم النفسي	اضطراب طيف التوحد	١١٤	٥٦.٠٣٥	٧.٨٣٥	١٩٩	**٣.٤٦٥	.٠٠١
	الإعاقة الفكرية	٨٧	٥١.٣٧٩	١١.٠٩٠			
الدعم الاجتماعي	اضطراب طيف التوحد	١١٤	٥٦.٧٠١	٩.١٧٢	١٩٩	**٤.٥٩٢	.٠٠٠
	الإعاقة الفكرية	٨٧	٥٠.١١٤	١١.١٥٠			
الدعم الأسري	اضطراب طيف التوحد	١١٤	١٥٦.٩١٢	٢٠.٠٧١	١٩٩	**٤.٧٩٧	.٠٠٠
	الإعاقة الفكرية	٨٧	١٤٠.٢٧٥	٢٩.٠٥٣			

** دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ * دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من جدول (١١) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي(٠.٠١) بين ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في الأنشطة الاجتماعية والرياضية والدرجة الكلية للمشاركة الاجتماعية، باستثناء الأنشطة الترفيهية عند مستوى(٠.٠٥) لصالح اضطراب طيف التوحد. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي(٠.٠١) في أبعاد دعم الاستقلال

والدعم النفسي والدعم الاجتماعي والدرجة الكلية للدعم الأسري لصالح ذوي اضطراب طيف التوحد. مما يعني عدم تحقق الفرض.

الفرض الخامس: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات ذوي اضطراب طيف التوحد والإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري في ضوء النوع (ذكور/إناث)؟

للتحقق من صحة هذا الفرض إحصائيا تم حساب تحليل التباين بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياسي المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري، وكانت على النحو التالي:

جدول (١٢) نتائج اختبار تحليل التباين لدلالة الفروق بين المجموعات في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري وفق النوع

البعد	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الأنشطة الاجتماعية	توحد ذكور	٨٣	٥٦.٨١٩	١٠.٥٢٠	بين المجموعات	٣١٢٤.٥٧	٣	١٠٤١.٥٢	٩.١٢٠	٠.٠٠
	توحد إناث	٣١	٥٨.٣٢٢	٩.٩٧٤						
	فكري ذكور	٥١	٥٠.٤٩٠	١٢.٤٥٣	داخل المجموعات	٢٢٤٩٨.٥٥	١٩٧	١١٤.٢٠		
	فكري إناث	٣٦	٤٨.٠٨٣	٨.٧٥٥	المجموع الكلي	٢٥٦٢٣.١٣	٢٠٠			
الأنشطة الترفيهية	توحد ذكور	٨٣	٢٦.٨٦٧	٥.٥٠٧	بين المجموعات	٣٢٦.٥٤١	٣	١٠٨.٨٤٧	٢.٧٩٢	٠.٠٤٢
	توحد إناث	٣١	٢٨.١٦١	٤.٢٤٣						
	فكري ذكور	٥١	٢٦.٣٥٢	٧.٥٥٩	داخل المجموعات	٧٦٨٠.٣٥٥	١٩٧	٣٨.٩٨٧		
	فكري إناث	٣٦	٢٣.٩٧٢	٧.١٦١	المجموع الكلي	٨٠٠٦.٨٩٦	٢٠٠			
الأنشطة الرياضية	توحد ذكور	٨٣	٢٦.٧٥٩	٥.٧٥٢	بين المجموعات	٤٩٢.٥٣٧	٣	١٦٤.١٧٩	٤.٢٦٥	٠.٠٠٦
	توحد إناث	٣١	٢٧.٨٧١	٣.٤٥١						
	فكري ذكور	٥١	٢٥.٦٤٧	٨.٠٥٦	داخل المجموعات	٧٥٨٣.٢٨٤	١٩٧	٣٨.٤٩٤		
	فكري إناث	٣٦	٢٢.٩٧٢	٦.٠١٦	المجموع الكلي	٨٠٧٥.٨٢١	٢٠٠			
المشاركة الاجتماعية	توحد ذكور	٨٣	١١٠.٤٤	١٨.٧٨٠	بين المجموعات	٨٧٥٢.١٧٢	٣	٢٩١٧.٣٩١	٧.١٦٧	٠.٠٠
	توحد إناث	٣١	١١٤.٣٥	١٤.١٧١						
	فكري ذكور	٥١	١٠٢.٤٩	٢٥.٧٤٠	داخل المجموعات	٨٠١٨٥.٣٢	١٩٧	٤٠٧.٠٣٢		
	فكري إناث	٣٦	٩٥.٠٢	١٨.٦٠١	المجموع الكلي	٨٨٩٣٧.٤٩	٢٠٠			
دعم الاستقلال	توحد ذكور	٨٣	٤٤.٤٠٩	٥.٩٢٦	بين المجموعات	١٥٢٨.٦٤٦	٣	٥٠٩.٥٤٩	٩.٩٣٦	٠.٠٠١
	توحد إناث	٣١	٤٣.٥٤٨	٥.١٩٥						
	فكري ذكور	٥١	٣٩.٥٦٨	٩.١٢٨	داخل المجموعات	١٠١٠٢.٢٦	١٩٧	٥١.٢٨١		
	فكري إناث	٣٦	٣٧.٦٦٦	٨.٠١٠	المجموع الكلي	١١٦٣٠.٩٠	٢٠٠			
الدعم النفسي	توحد ذكور	٨٣	٥٧.٠٦٠	٨.٢٣٦	بين المجموعات	١٥٧٦.٣٧٢	٣	٥٢٥.٤٥٧	٦.٠١١	٠.٠٠
	توحد إناث	٣١	٥٣.٢٩٠	٦.٤٩٢						
	فكري ذكور	٥١	٥٢.٦٠٧	١١.٨٨٢	داخل المجموعات	١٧٢١٩.٥٤	١٩٧	٨٧.٤٠٩		
	فكري إناث	٣٦	٤٩.٦٣٨	٩.٧٥٧	المجموع الكلي	١٨٧٩٥.٩٢	٢٠٠			
الدعم الاجتماعي	توحد ذكور	٨٣	٥٧.٣٩٧	٩.٣٣٩	بين المجموعات	٢٤٦٥.٧١٩	٣	٨٢١.٩٠٦	٨.١٤٦	٠.٠٠
	توحد إناث	٣١	٥٤.٨٣٨	٨.٥٧٩						
	فكري ذكور	٥١	٥١.٣١٣	١١.٠٨٩	داخل المجموعات	١٩٨٧٥.٨٠	١٩٧	١٠٠.٨٩٢		
	فكري إناث	٣٦	٤٨.٤١٦	١١.١٦٩	المجموع الكلي	٢٢٣٤١.٥٢	٢٠٠			

الدعم الأسري	توحد ذكور	٨٣	١٥٨.٨٦	٢٠.٨٣٨	بين المجموعات	١٦٠٩٦.٩٨	٣	٥٣٦٥.٦٦٠	٩.١٣٨	٠.٠٠٠
	توحد إناث	٣١	١٥١.٦٧	١٧.٠٧٩						
	فكري ذكور	٥١	١٤٣.٤٩	٣٠.٤٤٦	داخل المجموعات	١١٥٦٧٦.٢	١٩٧	٥٨٧.١٨٩		
	فكري إناث	٣٦	١٣٥.٧٢	٢٦.٧٠٨	المجموع الكلي	١٣١٧٧٣.٢	٢٠٠			

** دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ * دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠٥.

يتضح من الجدول(١٢) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى(٠.٠١) بين متوسطات درجات أفراد المجموعات في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمشاركة الاجتماعية والدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للدعم الأسري، مما يعني عدم تحقق الفرض. ولتعرف اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه والجدول التالي يبين نتائج ذلك:

جدول (١٣) نتائج اختبار شيفيه لدلالة الفروق في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري وفق النوع

المشاركة الاجتماعية	المجموعة (أ)	المجموعة (ب)	متوسط الفروق (أ–ب)	الدعم الأسري	المجموعة (أ)	المجموعة (ب)	متوسط الفروق (أ–ب)
الأنشطة الاجتماعية	اضطراب توحد إناث	توحد ذكور	١.٥٠٣٣٠	دعم الاستقلال	اضطراب توحد ذكور	توحد إناث	٨٦١٢٥.
		فكري ذكور	٦.٣٢٩٠٨ *			فكري ذكور	٤.٨٤١٠١ *
		فكري إناث	٨.٧٣٥٩٤ *			فكري إناث	٦.٧٤٢٩٧ *
الأنشطة الترفيهية	اضطراب توحد إناث	توحد ذكور	١.٢٩٣٨٢	الدعم النفسي	اضطراب توحد ذكور	توحد إناث	٣.٧٦٩٩٢
		فكري ذكور	١.٨٠٨٣٥			فكري ذكور	٤.٤٥٢٤٠ *
		فكري إناث	٤.١٨٩٠٧ *			فكري إناث	٧.٤٢١٣٥ *
الأنشطة الرياضية	اضطراب توحد إناث	توحد ذكور	١.١١١٩٣	الدعم الاجتماعي	اضطراب توحد ذكور	توحد إناث	٢.٥٥٨٨٨
		فكري ذكور	٢.٢٢٣٩١			فكري ذكور	٦.٠٨٣٨٦ *
		فكري إناث	٤.٨٩٨٧٥ *			فكري إناث	٨.٩٨٠٩٢ *
المشاركة الاجتماعية	اضطراب توحد إناث	توحد ذكور	٣.٩٠٩٠٦	الدعم الأسري	اضطراب توحد ذكور	توحد إناث	٧.١٩٠٠٥
		فكري ذكور	١١.٨٦٤٦٤			فكري ذكور	١٥.٣٧٧٢٧ *
		فكري إناث	١٩.٣٢٧٠٦ *			فكري إناث	٢٣.١٤٥٢٥ *

* دالة عند مستوى دلالة ٠.٠٥

يتضح من الجداول السابقة (١٢، ١٣)كما يتضح من قيم متوسطات المجموعات واختبار شيفيه وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة(٠.٠٥) بين أفراد المجموعات في أغلب الأبعاد والدرجة الكلية للمشاركة الاجتماعية لصالح اضطراب طيف التوحد إناث– اضطراب التوحد ذكور–فكري إناث– فكري ذكور على الترتيب وبالتالي الفروق لصالح اضطراب طيف التوحد إناث. ووجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة(٠.٠٥) بين أفراد المجموعات في أغلب الأبعاد والدرجة الكلية للدعم الأسري لصالح اضطراب طيف التوحد ذكور–اضطراب التوحد إناث–فكري إناث– فكري ذكور على الترتيب، وبالتالي الفروق لصالح اضطراب طيف التوحد ذكور بالمقارنة مع المجموعات الأخرى.

الفرض السادس: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري المقدم في ضوء العمر الزمني(٤-٨،٨-١٢،١٢-١٦سنة).

للتحقق من صحة هذا الفرض إحصائيا تم حساب تحليل التباين بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياسي المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري، وكانت على النحو التالي:

جدول (١٤) نتائج تحليل التباين لدلالة الفروق بين المجموعات في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري وفق العمر

البعد	المجموعة	العمر الزمني	ن	المتوسط	الانحراف	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الأنشطة الاجتماعية	اضطراب طيف التوحد	٤-٨	٢٨	٥٥.١٠٧	١١.٤٧٤	بين المجموعات	٣٧١٢.٢٦	٥	٧٤٢.٤٥٣	٦.٦٠٨	٠.٠٠
		٨-١٢	٦١	٥٩.٣٤٤	٩.٥٤٧						
		١٢-١٦	٢٥	٥٤.٤٤٠	١٠.١٩٤	داخل المجموعات	٢١٩١٠.٨٧	١٩٥	١١٢.٣٦٣		
	الإعاقة الفكرية	٤-٨	٣٦	٤٨.٥٥٥	١٤.٢١٥	المجموع الكلي	٢٥٦٢٣.١٣	٢٠٠			
		٨-١٢	٣٦	٤٩.١٩٤	٩.٣٧٤						
		١٢-١٦	١٥	٥٢.٤٦٦	٤.١٧٢						
الأنشطة الترفيهية	اضطراب طيف التوحد	٤-٨		٢٣.٩٦٤	٥.٧٥٧	بين المجموعات	٦٤٨.١٥٤	٥	١٢٩.٦٣١	٣.٤٣٥	٠.٠٠٥
		٨-١٢		٢٨.٢٤٥	٣.٩٥٢						
		١٢-١٦		٢٨.٣٦٠	٥.٩١٥	داخل المجموعات	٧٣٥٨.٧٤١	١٩٥	٣٧.٧٣٧		
	الإعاقة الفكرية	٤-٨		٢٤.٢٥٠	٨.٦٣٣	المجموع الكلي	٨٠٠٦.٨٩٦	٢٠٠			
		٨-١٢		٢٥.٨٨٨	٧.٠٦٦						
		١٢-١٦		٢٦.٨٠٠	٤.٨٥٧						
الأنشطة الرياضية	اضطراب طيف التوحد	٤-٨		٢٤.٢١٤	٦.٩٦٧	بين المجموعات	٧٧٢.٦٠٤	٥	١٥٤.٥٢١	٤.١٢٦	٠.٠٠١
		٨-١٢		٢٨.٦٠٦	٣.٦٣٩						
		١٢-١٦		٢٦.٤٨٠	٥.٠٥٠	داخل المجموعات	٧٣٠٣.٢١٧	١٩٥	٣٧.٤٥٢		
	الإعاقة الفكرية	٤-٨		٢٣.٤١٦	٩.١١٦	المجموع الكلي	٨٠٧٥.٨٢١	٢٠٠			
		٨-١٢		٢٥.٣٨٨	٥.٦٧٨						
		١٢-١٦		٢٥.٢٠٠	٦.٢٥٨						
المشاركة الاجتماعية	اضطراب طيف التوحد	٤-٨		١٠٣.٢٨	٢١.٥٨١	بين المجموعات	١١٣٨٠.١٧	٥	٢٢٧٦.٠٣	٥.٧٢٣	٠.٠٠
		٨-١٢		١١٦.١٩	١٣.٧٢٨						
		١٢-١٦		١٠٩.٢٨	١٨.٣١٣	داخل المجموعات	٧٧٥٥٧.٣٢	١٩٥	٣٩٧.٧٣٠		
	الإعاقة الفكرية	٤-٨		٩٦.٢٢٢	٢٩.٩٤٥	المجموع الكلي	٨٨٩٣٧.٤٩	٢٠٠			
		٨-١٢		١٠٠.٤٧	١٩.٣٠٤						
		١٢-١٦		١٠٤.٤٦	٩.٢٤١						
دعم الاستقلال	اضطراب طيف التوحد	٤-٨		٤٣.٣٥٧	٦.٤٠٧	بين المجموعات	١٥٢٩.٩٨٢	٥	٣٠٥.٩٩٦	٥.٩٠٧	٠.٠٠٠
		٨-١٢		٤٤.٨١٩	٥.٢٨٣						
		١٢-١٦		٤٣.٥٢٠	٦.٠١٤	داخل المجموعات	١٠١٠٠.٩٢	١٩٥	٥١.٨٠٠		
	الإعاقة الفكرية	٤-٨		٣٨.٨٠٥	٩.٧٤١	المجموع الكلي	١١٦٣٠.٩٠	٢٠٠			
		٨-١٢		٣٩.٣٣٣	٧.٥٥٩٢						

البعد	المجموعة	العمر الزمني	ن	المتوسط	الانحراف	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
		١٢-١٦		٣٧.٤٠٠	٨.٩٧٤						
الدعم النفسي	اضطراب طيف التوحد	٤-٨		٥٧.٢٥٠	٧.٧٥٨	بين المجموعات	١١٧٤.١٢٥	٥	٢٣٤.٨٢٥	٢.٥٩٩	٠.٠٢٧
		٨-١٢		٥٥.٤٧٥	٨.٠٢٢						
		١٢-١٦		٥٦.٠٤٠	٨.١٦٧	داخل المجموعات	١٧٦٢١.٧٩	١٩٥	٩٠.٣٦٨		
	الإعاقة الفكرية	٤-٨		٥١.٣٠٥	١٢.٥٣٥	المجموع الكلي	١٨٧٩٥.٩٢	٢٠٠			
		٨-١٢		٥٠.٨٣٣	١٠.٦١٩						
		١٢-١٦		٥٢.٨٦٦	٨.٨١٤						
الدعم الاجتماعي	اضطراب طيف التوحد	٤-٨		٥٥.٩٦٤	١٠.٤٤٠	بين المجموعات	٢٢٤٧.٨٦٩	٥	٤٤٩.٥٧٤	٤.٣٦٣	٠.٠٠١
		٨-١٢		٥٧.٢٤٥	٨.٩٦٢						
		١٢-١٦		٥٦.٢٠٠	٨.٤٣١						
	الإعاقة الفكرية	٤-٨		٥٠.٢٢٢	١٣.٦٧٣	داخل المجموعات	٢٠٠٩٣.٦٥	١٩٥	١٠٣.٠٤٤		
		٨-١٢		٥٠.٧٧٧	٩.٩٨٨	بين المجموعات	٢٢٣٤١.٥٢	٢٠٠			
		١٢-١٦		٤٨.٢٦٦	٦.٤٨٥						
للدعم الأسري	اضطراب طيف التوحد	٤-٨		١٥٦.٥٧	٢١.٣٤١	بين المجموعات	١٣٧٧٩.٠٧	٥	٢٧٥٥.٨١	٤.٥٥٤	٠.٠٠١
		٨-١٢		١٥٧.٥٤	٢٠.٠١٢						
		١٢-١٦		١٥٥.٧٦	١٩.٥١١	داخل المجموعات	١١٧٩٩٤.١	١٩٥	٦٠٥.٠٩		
	الإعاقة الفكرية	٤-٨		١٤٠.٣٣	٣٤.٢١١	المجموع الكلي	١٣١٧٧٣.٢	٢٠٠			
		٨-١٢		١٤٠.٩٤	٢٦.٣٨١						
		١٢-١٦		١٣٨.٥٣	٢٢.٦٨٣						

يتضح من الجدول(١٤) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى(٠.٠١) بين متوسطات درجات أفراد المجموعات في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمشاركة الاجتماعية والدعم الأسري، مما يعني عدم تحقق الفرض. ولتعرف اتجاه هذه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه والجدول التالي يبين نتائج ذلك:

جدول (١٥) نتائج شيفيه لدلالة الفروق بين المجموعات في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري وفق العمر

المشاركة الاجتماعية	المجموعة (أ)	المجموعة (ب)	متوسط الفروق (أ–ب)	الدعم الأسري	المجموعة (أ)	المجموعة (ب)	متوسط الفروق (أ–ب)
الأنشطة الاجتماعية	اضطراب طيف توحد عمر زمنى ٨-١٢	توحد ٤-٨	٤.٢٣٧١٢	دعم الاستقلال	اضطراب طيف توحد عمر زمنى ٨-١٢	توحد ٤-٨	١.٤٦٢٥٣
		توحد ١٢-١٦	٤.٩٠٤٢٦			توحد ١٢-١٦	١.٢٩٩٦٧
		فكري ٤-٨	١٠.٧٨٨٧١ *			فكري ٤-٨	٦.٠١٤١٢*
		فكري ٨-١٢	١٠.١٤٩٨٢ *			فكري ٨-١٢	٥.٤٨٦٣٤*
		فكري ١٢-١٦	٦.٨٧٧٦٠			فكري ١٢-١٦	٧.٤١٩٦٧*
الأنشطة الترفيهية	اضطراب طيف توحد عمر زمنى ١٢-١٦	توحد ٤-٨	٤.٢٨١٦٢	الدعم النفسي	اضطراب طيف توحد عمر زمنى ٨-١٢	توحد ٤-٨	١.٧٧٤٥٩-
		توحد ١٢-١٦	١١٤١٠.-			توحد ١٢-١٦	٥٦٤٥٩.-
		فكري ٤-٨	٣.٩٩٥٩٠			فكري ٤-٨	٤.١٦٩٨٥
		فكري ٨-١٢	٢.٣٥٧٠١			فكري ٨-١٢	٤.٦٤٢٠٨
		فكري ١٢-١٦	١.٤٤٥٩٠			فكري ١٢-١٦	٢.٦٠٨٧٤

الأنشطة الرياضية	اضطراب طيف توحد عمر زمنى ٨-١٢	توحد ٤-٨	٤.٣٩٢٢٧	الدعم الاجتماعي	اضطراب طيف توحد عمر زمنى ٨-١٢	توحد ٤-٨	١.٢٨١٦٢
		توحد ١٢-١٦	٢.١٢٦٥٦			توحد ١٢-١٦	١.٠٤٥٩٠
		فكري ٤-٨	٥.١٨٩٨٩ *			فكري ٤-٨	٧.٠٢٣٦٨
		فكري ٨-١٢	٣.٢١٧٦٧			فكري ٨-١٢	٦.٤٦٨١٢
		فكري ١٢-١٦	٣.٤٠٦٥٦			فكري ١٢-١٦	٨.٩٧٩٢٣
المشاركة الاجتماعية	اضطراب طيف توحد عمر زمنى ٨-١٢	توحد ٤-٨	١٢.٩١١٠١	الدعم الأسري	اضطراب طيف توحد عمر زمنى ٨-١٢	توحد ٤-٨	٩٦٩٥٦.
		توحد ١٢-١٦	٦.٩١٦٧٢			توحد ١٢-١٦	١.٧٨٠٩٨
		فكري ٤-٨	١٩.٩٧٤٥٠ *			فكري ٤-٨	١٧.٢٠٧٦٥
		فكري ٨-١٢	١٥.٧٢٤٥٠ *			فكري ٨-١٢	١٦.٥٩٦٥٤
		فكري ١٢-١٦	١١.٧٣٠٠٥			فكري ١٢-١٦	١٩.٠٠٧٦٥

* دالة عند مستوى دلالة ٠.٠٥

يتضح من الجداول السابقة (١٤، ١٥) كما يتضح من قيم متوسطات المجموعات واختبار شيفيه وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) في بعض الأبعاد طبقا للفئات العمرية، لصالح ذوي اضطراب طيف التوحد في المشاركة الاجتماعية على التوالي: اضطراب التوحد٨-١٢، توحد١٢-١٦، فكري ١٢-١٦، توحد٤-٨، فكري٨-١٢، فكري٤-٨. ولصالح ذوي اضطراب طيف التوحد في الدعم الأسري على التوالي: اضطراب طيف التوحد٨-١٢، ٤-٨، ١٢-١٦، إعاقة فكرية٨-١٢، ٤-٨، ١٢-١٦سنة وبالتالي الفروق لصالح اضطراب طيف التوحد ٨-١٢ سنة بالمقارنة مع المجموعات الأخرى.

الفرض السابع: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري في ضوء المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي لأسر عينة البحث.

للتحقق من صحة هذا الفرض إحصائيا تم حساب تحليل التباين بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري، وكانت على النحو التالي:

جدول (١٦) نتائج تحليل التباين لدلالة الفروق بين المجموعات في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري وفق المستوى الاجتماعي

البعد	المجموعة	المستوى الاجتماعي	ن	المتوسط	الانحراف	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الأنشطة الاجتماعية	اضطراب طيف التوحد	منخفض	١٧	٥١.٦٤٧	١١.٢٨٠	بين المجموعات	٥٠١٤.٦٧٦	٥	١٠٠٢.٩٣٥	٩.٤٩٠	٠.٠٠
		متوسط	٤٦	٥٥.٨٢٦	١٠.٩٦٧						
		مرتفع	٥١	٦٠.٣٥٢	٨.٤٢٠٩	داخل المجموعات	٢٠٦٠٨.٤٥	١٩٥	١٠٥.٦٨٤		
	الإعاقة الفكرية	منخفض	١٦	٤٤.٠٦٢	١٠.٠٦٢	المجموع الكلي	٢٥٦٢٣.١٣	٢٠٠			
		متوسط	٤٣	٤٨.٨٨٣	١٠.٣٢٨						
		مرتفع	٢٨	٥٣.٥٣٥	١١.٥٧٠						

البعد	المجموعة	المستوى الاجتماعي	ن	المتوسط	الانحراف	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الأنشطة الترفيهية	اضطراب طيف التوحد	منخفض		٢٥.٨٢٣	٦.١٢٦	بين المجموعات	٨٥٥.٢٩٩	٥	١٧١.٠٦٠	٤.٦٦٤	٠.٠٠
		متوسط		٢٧.١٣٠	٦.٢٠٢						
		مرتفع		٢٧.٧٦٤	٣.٧٠١	داخل المجموعات	٧١٥١.٥٩٧	١٩٥	٣٦.٦٧٥		
	الإعاقة الفكرية	منخفض		٢١.٩٣٧	٦.٧٧٧	المجموع الكلي	٨٠٠٦.٨٩٦	٢٠٠			
		متوسط		٢٤.٢٠٩	٦.٩٣٣						
		مرتفع		٢٩.١٠٧	٧.٢٦٩						
الأنشطة الرياضية	اضطراب طيف التوحد	منخفض		٢٥.٤٧٠	٦.٦٣٤	بين المجموعات	١٦٣٠.٨٦١	٥	٣٢٦.١٧٢	٩.٨٦٩	٠.٠٠
		متوسط		٢٥.٦٧٣	٦.٠٥٩						
		مرتفع		٢٨.٨٤٣	٢.٩٩٥	داخل المجموعات	٦٤٤٤.٩٦٠	١٩٥	٣٣.٠٥١		
	الإعاقة الفكرية	منخفض		١٩.٧٥٠	٦.٧٠٨	المجموع الكلي	٨٠٧٥.٨٢١	٢٠٠			
		متوسط		٢٣.٣٢٥	٧.٠١٦						
		مرتفع		٢٩.١٤٢	٥.٧٦٥						
المشاركة الاجتماعية	اضطراب طيف التوحد	منخفض		١٠٢.٩٤	١٩.٨٤١	بين المجموعات	١٨٠٣٥.٧٣	٥	٣٦٠٧.١٤٧	٩.٩٢١	٠.٠٠
		متوسط		١٠٨.٦٣	٢٠.٤٩٣						
		مرتفع		١١٦.٩٦	١١.٧٨٨	داخل المجموعات	٧٠٩٠١.٧٦	١٩٥	٣٦٣.٥٩٩		
	الإعاقة الفكرية	منخفض		٨٥.٧٥٠	٢٠.٥٣٧	المجموع الكلي	٨٨٩٣٧.٤٩	٢٠٠			
		متوسط		٩٦.٤١٨	٢٠.٨٩٢						
		مرتفع		١١١.٧٨	٢٢.٨٤٩						
دعم الاستقلال	اضطراب طيف التوحد	منخفض		٤٠.٢٣٥	٥.٣٧٩	بين المجموعات	٣٣٦٣.٧٦٥	٥	٦٧٢.٧٥٣	١٥.٨٦٨	٠.٠٠
		متوسط		٤٤.٨٠٤	٦.٢٣٨						
		مرتفع		٤٤.٩٢١	٤.٨٦١	داخل المجموعات	٨٢٦٧.١٤٠	١٩٥	٤٢.٣٩٦		
	الإعاقة الفكرية	منخفض		٣١.٢٥٠	٧.٢٨٠	المجموع الكلي	١١٦٣٠.٩٠	٢٠٠			
		متوسط		٣٨.٣٢٥	٨.٥١٨						
		مرتفع		٤٣.٧٨٥	٦.١٧٢						
الدعم النفسي	اضطراب طيف التوحد	منخفض		٥١.٥٨٨	٨.٧٠٣	بين المجموعات	٣٨٦٧.٧٦٣	٥	٧٧٣.٥٥٣	١٠.١٠٥	٠.٠٠
		متوسط		٥٦.٦٣٠	٨.١٩٥						
		مرتفع		٥٦.٩٨٠	٧.٠٩٢	داخل المجموعات	١٤٩٢٨.١٥	١٩٥	٧٦.٥٥٥		
	الإعاقة الفكرية	منخفض		٤١.٠٠٠	١٠.٠٦٦	المجموع الكلي	١٨٧٩٥.٩٢	٢٠٠			
		متوسط		٥٢.٠٩٣	٩.٧٧٣						
		مرتفع		٥٦.٢١٤	٩.٩٠٠						
الدعم الاجتماعي	اضطراب طيف التوحد	منخفض		٥٠.٥٨٨	١٠.٣٣٢	بين المجموعات	٥٢٦٢.٩٤٤	٥	١٠٥٢.٥٨٩	١٢.٠١٨	٠.٠٠
		متوسط		٥٦.١٧٣	٩.٠٦٥						
		مرتفع		٥٩.٢١٥	٧.٩١٢						
	الإعاقة	منخفض		٤٠.٦٢٥	٩.٧٦٩	داخل المجموعات	١٧٠٧٨.٥٧	١٩٥	٨٧.٥٨٢		

البعد	المجموعة	المستوى الاجتماعي	ن	المتوسط	الانحراف	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
	الفكرية	متوسط		٥٠.٣٧٢	١١.٠٠٢	المجموع الكلي	٥٢٦٢.٩٤٤	٢٠٠			
		مرتفع		٥٥.١٤٢	٨.٦٦١						
الدعم الأسري	اضطراب طيف التوحد	منخفض		١٤٢.٤١	٢١.٨٢٠	بين المجموعات	٣٦٣٦٨.٦٠	٥	٧٢٧٣.٧٢٠	١٤.٨٦٧	٠.٠٠
		متوسط		١٥٧.٦٠	٢٠.١٣٦						
		مرتفع		١٦١.١١	١٧.٤١٣	داخل المجموعات	٩٥٤٠٤.٦٦	١٩٥	٤٨٩.٢٥٥		
	الإعاقة الفكرية	منخفض		١١٢.٨٧	٢٥.٤٩٤	المجموع الكلي	١٣١٧٧٣.٢	٢٠٠			
		متوسط		١٤٠.٧٩	٢٧.١٤٩						
		مرتفع		١٥٥.١٤	٢٢.٥٠٠						

يتضح من جدول(١٦) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى(٠.٠١) بين متوسطات درجات أفراد المجموعات في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمشاركة الاجتماعية والدعم الأسري، مما يعني عدم تحقق الفرض. ولتعرف اتجاه هذه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه والجدول التالي يبين نتائج ذلك:

جدول (١٧) نتائج اختبار شيفيه لدلالة الفروق في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري وفق المستوى الاجتماعي

المشاركة	المجموعة (أ)	المجموعة (ب)	متوسط الفروق (أ–ب)	الدعم الأسري	المجموعة (أ)	المجموعة (ب)	متوسط الفروق (أ–ب)
الأنشطة الاجتماعية	اضطراب توحد مرتفع اجتماعي	توحد منخفض	٨.٧٠٥٨٨ *	دعم الاستقلال	اضطراب توحد مرتفع اجتماعي	توحد منخفض	٤.٦٨٦٢٧
		توحد متوسط	٤.٥٢٦٨٥			توحد متوسط	١١٧٢٢.
		فكري منخفض	١٦.٢٩٠٤٤ *			فكري منخفض	١٣.٦٧١٥٧ *
		فكري متوسط	١١.٤٦٩٢٢ *			فكري متوسط	٦.٥٩٥٩٩ *
		فكري مرتفع	٦.٨١٧٢٣			فكري مرتفع	١.١٣٥٨٥
الأنشطة الترفيهية	اضطراب توحد مرتفع اجتماعي	توحد منخفض	١.٩٤١١٨	الدعم النفسي	اضطراب توحد مرتفع اجتماعي	توحد منخفض	٥.٣٩٢١٦
		توحد متوسط	٦٣٤٢٧.			توحد متوسط	٣٤٩٩٦.
		فكري منخفض	٥.٨٢٧٢١ *			فكري منخفض	١٥.٩٨٠٣٩ *
		فكري متوسط	٣.٥٥٥٤٠			فكري متوسط	٤.٨٨٧٣٧
		فكري مرتفع	-١.٣٤٢٤٤			فكري مرتفع	٧٦٦١١.
الأنشطة الرياضية	اضطراب توحد مرتفع اجتماعي	توحد منخفض	٣.٣٧٢٥٥	الدعم الاجتماعي	اضطراب توحد مرتفع اجتماعي	توحد منخفض	٨.٦٢٧٤٥ *
		توحد متوسط	٣.١٦٩٢٢			توحد متوسط	٣.٠٤١٧٧
		فكري منخفض	٩.٠٩٣١٤ *			فكري منخفض	١٨.٥٩٠٦٩ *
		فكري متوسط	٥.٥١٧٥٦ *			فكري متوسط	٨.٨٤٣٥٩ *
		فكري مرتفع	-٢٩٩٧٢.			فكري مرتفع	٤.٠٧٢٨٣
المشاركة الاجتماعية	اضطراب توحد مرتفع اجتماعي	توحد منخفض	١٤.٠١٩٦١	الدعم الأسري	اضطراب توحد مرتفع اجتماعي	توحد منخفض	١٨.٧٠٥٨٨ *
		توحد متوسط	٨.٣٣٠٣٥			توحد متوسط	٣.٥٠٨٩٥
		فكري منخفض	٣١.٢١٠٧٨ *			فكري منخفض	٤٨.٢٤٢٦٥ *
		فكري متوسط	٢٠.٥٤٢١٨ *			فكري متوسط	٢٠.٣٢٦٩٥ *
		فكري مرتفع	٥.١٧٥٠٧			فكري مرتفع	٥.٩٧٤٧٩

* دالة عند مستوى دلالة ٠.٠٥

يتضح من الجداول السابقة(١٦ ،١٧)كما يتضح من قيم متوسطات المجموعات واختبار شيفيه وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة(٠.٠٥) في بعض الأبعاد بكل من المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري وفي كلا عينتي البحث طبقا للمستوى الاجتماعي الثقافي لصالح المستوى الأعلى ثم المتوسط ثم المنخفض، وكانت الفروق لصالح اضطراب طيف التوحد ذوي مستوى اجتماعي اقتصادي ثقافي مرتفع في كل من المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري بالمقارنة مع المجموعات الأخرى.

المناقشة والتفسير:

تُشير نتائج الفرض الأول إلى أن مستوى الأداء في المشاركة الاجتماعية وأبعادها الفرعية سواء الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والرياضية متوسط لذوي اضطراب طيف التوحد ومنخفض لذوى الإعاقة الفكرية. وتتفق هذه النتيجة جزئيا مع الدراسات التي أشارت إلى قصور في مستوى المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد (Aparicio, et al.,2021., Ávila-Álvarez,2020., Egilson, et al.,2017, Shattuck, et al.,2011., & Orsmond,2013,) وتدني مستوى المشاركة الاجتماعية لذوي الإعاقة الفكرية(Aparicio,et al.,2021., Burbidge,2008.,& Schwartz, 2019).

وكانت الأنشطة الأكثر تكرارا وشيوعًا بشكل عام لذوي اضطراب طيف التوحد ذات طبيعة اجتماعية وبمساعدة الأسرة وهي تبادل الزيارات الاجتماعية وأقلها تكرارا على الإطلاق الذهاب إلى المكتبات العامة. وكان الأكثر تكرارا في الأنشطة الاجتماعية هو تبادل الزيارات الاجتماعية، والذهاب للحدائق والمتنزهات، وأقلها تكرارا المشاركة في عمل مجتمعي منظم مثل الأندية واتحاد الطلاب. وفي الأنشطة الترفيهية كان أكثرها تكرارا الاستماع إلى الموسيقى بشكل جماعي بدون سماعات الرأس، وأقلها تكرارا الذهاب إلى المكتبات العامة. وفي الأنشطة الرياضية كان أكثرها تكرارا الانتظام في دروس رياضية فردية في إطار اجتماعي مثل السباحة، وأقلها تكرارا ركوب الدراجة في سباق مع أقرانه.

وكانت الأنشطة الأكثر شيوعًا بشكل عام لذوي الإعاقة الفكرية ذات طبيعة اجتماعية وبمساعدة الأسرة وهي تبادل الزيارات الاجتماعية وأقلها تكرارا على الإطلاق الذهاب إلى حدث يبث مباشرة. وكان الأكثر تكرارا في الأنشطة الاجتماعية هو تبادل الزيارات الاجتماعية، والذهاب للحدائق والمتنزهات. وأقلها تكرارا القيام بأعمال تطوعية مثل تنظيف الشارع. وفي الأنشطة الترفيهية كان أكثرها تكرارا استخدام الانترنت بغرض المشاهدة لفترة طويلة، وأقلها

تكرارا الذهاب إلى حدث يبث مباشرة مثل مباراة للكرة. وفي الأنشطة الرياضية كان أكثرها تكرارا تفضيل اللعب مع أقرانه، وأقلها تكرارا مشاركة أقرانه في تحديد موعد لممارسة الرياضة.

ويمكن تفسير المستوى المتأرجح ما بين المتوسط إلى المنخفض للمشاركة الاجتماعية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية إلى قيود الإعاقة بوجه عام ومنها على سبيل المثال القصور في امتلاك المهارات الاجتماعية، وفي هذا الشأن أشار Chung, et al, (2012) إلى أن افتقار التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد للمهارات الاجتماعية يُعد أحد أسباب انخفاض مستوى المشاركة الاجتماعية، حيث نادراً ما يبدؤون في التفاعل، كما أنهم يستجيبون بشكل غير مناسب لمبادرات الأقران غير المعاقين.

ويمكن إجمال بعض القيود التي تحول دون المشاركة الاجتماعية لفئات البحث؛ إلى أن غالبية هؤلاء الأطفال يعتمدون على آبائهم أو أفراد أسرهم للمشاركة في أنشطتهم الاجتماعية وتنظيمها لهم، فتظهر قيود عدم وجود وقت كافٍ بالنسبة لهؤلاء الآخرين المهمين في حياتهم، وكذلك عدم وجود مكان قريب للأنشطة، أو عدم امتلاك وسيلة للوصول إلى أماكن هذه الأنشطة، فضلا عن خوف الأسر من ترك أبنائهم بمفردهم في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والرياضية لعدم تعرضهم للاستغلال ومن ثم الحاجة إلى مزيد من الإشراف والمتابعة مما يترتب عليه محدودية فرص مشاركتهم. على الجانب الآخر شكوى بعض الآباء من القصور لدى مؤسسات المجتمع المعنية بتنفيذ أنشطة المشاركة اللاصفية لذوي الإعاقة على الرغم من قيمتها في تدعيم صور التفاعل والمشاركة مع الأقران غير المعاقين، وإن تنوعت الأسباب في ذلك سواء لضعف اهتمام المعلمين والذين ينصب على الإنجاز الأكاديمي وهو ما يظهر فيه قصور لدى الكثير من عينة البحث من ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد، أو لقلة المختصين في هذا المجال أو لقصور الإمكانات المادية أو لقلة الوعي باحتياجات هؤلاء الأطفال.

فضلا عن خصوصية ذوي اضطراب طيف التوحد من قصور في مهارات اللغة وخصوصا التعبيرية، وكذلك القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي بتفضيله لتجنب كل صور التفاعل الاجتماعي، وكذلك الرفض من قبل أقرانهم غير المعاقين من التعامل معهم، فضلا عن الاهتمامات والأنشطة المحدودة والسلوكيات المتكررة، بحيث يسهم كل هذا في الحَد من قدرتهم على الاندماج والتضمين في أنشطة المشاركة الاجتماعية. في المقابل فإن خصائص ذوي الإعاقة الفكرية من تواضع القدرات العقلية من انتباه وإداك وذاكرة، وتفكير يظل عند المستوى العياني ولا يصل إلى المستوى التجريدي، فضلا عن القصور في مظاهر السلوك التكيفي، بالإضافة لقلة وجود أصدقاء وقلة الشعور بالترحيب من قبل الآخرين، كل هذا يَحد من قدتهم على مسايرة أقرانهم غير المعاقين في ممارسة أنشطة المشاركة الاجتماعية المختلفة.

كما أشارت نتائج الفرض الأول أيضا، أن مستوى الدعم الأسري بأبعاده الفرعية مرتفع لكلا فئتي البحث. وتتفق هذه النتيجة جزئيا مع دراسات(جيهان عبدالله،٢٠١٧؛ سهير التل وآخرون,٢٠٢١؛ السيد الشبراوي، وليد عاطف,٢٠٢١).

ويمكن تفسير المستوى المرتفع للدعم الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد البسيط إلى الاهتمام من قبل أسرهم والناتج عن تصورهم بتمتع أبناهم بمظاهر جسمية عادية وأداء عقلي في المدى المتوسط وأعلى من المتوسط مما يُثير لديهم الحيرة عن إمكانيات أبناهم وتوقعاتهم المستقبلية فيبذلون قصار جهدهم في توفير سبل الدعم الأسري بصوره المختلفة سواء على مستوى دعم الاستقلال المعيشي والمدرسي أو الدعم النفسي لمواجهة التفاعلات اليومية لأبناهم مع البيئة الاجتماعية أو الدعم الاجتماعي عبر محاولات مستمرة لإدماج وتضمين أبناهم في الأنشطة الاجتماعية المختلفة على الرغم من الصعوبات الكثيرة وحاجة هذه الأسر نفسها إلى الدعم بصوره المختلفة. وفي هذا السياق أشار Milosevic(2022) أن الأسر كانت تنظر إلى الدعم المتخصص لاضطراب التوحد، جنبا إلى جنب مع الدعم من الآباء الآخرين والمنظمات التطوعية، على أنه أكثر فائدة من الدعم الرسمي وغير المتخصص. وشملت احتياجات الدعم غير الملاباة نقطة اتصال مستمرة للحصول على المعلومات والمشورة، وتوفير الصحة النفسية المتخصصة للأطفال.

ويمكن تفسير المستوى المرتفع في الدعم الأسري لذوي الإعاقة الفكرية بأنه نظرا لما تحدثه الإعاقة الفكرية من تواضع للقدرات العقلية والتي تترك آثارها السلبية على تواضع باقي جوانب الشخصية خصوصا الاجتماعية والانفعالية والاكاديمية منها، مما يحدث حالة من تدني للتوقعات المستقبلية لأبناهم إلا أن الأسر تظل تتمسك بالأمل في تنمية قدرات أبنائها إلى أقصى حد ممكن خصوصا التدريب على الاستقلال المعيشي والمهارات الاجتماعية بما تسمح به قدراتهم الفردية. على الرغم من التحديات الكثيرة وحاجة هذه الأسر إلى الدعم بصوره المختلفة. وفي هذا السياق أشار Modula(2022) إلى حاجة الأسر لمعلومات كافية عن الإعاقة الفكرية من المهنيين الصحيين بعد تشخيص أطفالهم، والحاجة إلى دعم المجتمع بما في ذلك دعم الجيران والمجتمعات المحلية، والحاجة إلى الدعم لتحسين الظروف المعيشية والتي شملت سوء التغذية والسكن ونقص مرافق الصرف الصحي فضلا عن الصعوبات المالية التي تفاقمت بسبب البطالة.

كما أشارت نتاج الفرض الأول، بأن الأكثر تواجدا مع ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في أنشطة المشاركة الاجتماعية خصوصا الأنشطة الاجتماعية هم الوالدين، ثم ينحصر هذا الدور تدريجيا في الأنشطة الترفيهية وبصورة أوضح في الأنشطة

الرياضية. ويمكن تفسير ذلك بأنه نظرا لخصائص هؤلاء الأطفال فإن مواقف الأنشطة الاجتماعية لا يمكن أن تتم إلا بتواجد أفراد الأسرة نظرا لقيود المشاركة المذكورة سلفا، ولكن بالانتقال إلى الأنشطة الترفيهية والرياضية يزداد الأمر تنظيما في شكل فرق ومجموعات منظمة من قبل المؤسسات الاجتماعية وهنا ينحصر دور الأسر. وبشكل عام مع من تتم الأنشطة؟ تجدها مع الوالدين وأفراد الأسرة ثم مقدمي الرعاية، مع قليل من التواجد مع الأقران وليس بمعنى الأصدقاء هنا إلا في حدود ضيقة.

وفي هذا السياق يشارك الأطفال ذوي الإعاقة في عدد قليل من الأنشطة، وعندما يشاركون غالبًا ما يكون ذلك مع البالغين، لذا ينبغي أن يظل البحث المتعلق بالمشاركة في الأنشطة يأخذ في الاعتبار ليس فقط ما إذا كان الأطفال يشاركون في الأنشطة، بل ينبغي أن يستكشف على نحو أدق، مع من تجري هذه الأنشطة(Solish, et al.,2010). كما أن ذوي الاضطرابات النمائية بشكل عام لديهم شبكة اجتماعية محدودة، تتكون في معظمها من أفراد الأسرة والموظفين بأجر، وفي المتوسط، فإن الشبكة الاجتماعية لديهم تتكون من(١-٣) أشخاص، أحدهم مقدم خدمة مدفوع الأجر، ومن الأرجح أن يرافقهم الموظف في هذه الأنشطة الاجتماعية والترفيهية(Amado, et al.,2013). وبالمثل، كانت العلاقات الأسرية سائدة في شبكة الدعم لأكثر من ٤٠٠ بالغ ذي اضطراب نمائي، وأن ٤٢% من المشاركين ليس لديهم أصدقاء خارج أسرهم(Krauss, et al.,1992).

وبعد مسح أكثر من٢٠٠عائلة أشارت إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية عندما يشاركون في أنشطة الترفيه، فإنها عادة ما تكون ذات طبيعة انفرادية ومستقرة، وأنهم يقضون وقتًا أطول في التفاعل مع البالغين أكثر من أقرانهم غير المعاقين(Oates, et al.,2011). وأن مشاركة الأطفال ذوي الإعاقة جرت(٧٣%)من أنشطتهم الاجتماعية و(٦٩%)من أنشطتهم الرياضة في بيئة أسرية(Modell, et al.,1997). وعندما سُئل المراهقون والشباب ذوو الإعاقة الفكرية البسيطة مع من يشاركون في الأنشطة الترفيهية، أبلغوا عن مشاركتهم في النشاط بمفردهم أو مع أفراد أسرهم المباشرة أو الممتدة أو مع زملائهم في الفصل، كما أبلغوا عن انخفاض معدلات العضوية في النوادي، ولم يشيروا إلى الصداقات خارج بيئة المدرسة (Buttimer &Tierney,2005).

وفي محاولة لاستكشاف ارتباط الشبكات الاجتماعية بالمشاركة لدى(١٩) شابًا ذوي صعوبات تعلم واضطراب نقص الانتباه واضطراب طيف التوحد. تم مقارنة الشبكات الاجتماعية والمشاركة مع(١٧) شابًا غير معاق، وتم العثور على اختلافات في تكوين أعضاء

الشبكة حيث كان لدى الشباب ذوي الإعاقة عدد أكبر من البالغين وعدد أقل من الأقران في شبكتهم، وتنبأ تكوين الشبكة وهيكلها بمكان المشاركة ومع من(Kreider,2013).

ويُعد مقدمو الرعاية مكونًا جوهريًا في بيئة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية. ومع ذلك، قد تكون قدرة مقدمي الرعاية على دعم مشاركة الأطفال مرتبطة بالدعم الاجتماعي الذي يتلقونه كمقدمي رعاية(Dada,2020). وتأكيدا على دعم الأقران؛ فهناك مقولة، بأن الشباب على استعداد للتفاعل مع الأشخاص ذوي الإعاقة طالما تم تشجيعهم في البداية على القيام بذلك وأن البالغين غير حاضرين باستمرار(Dattilo,2013). فقد بدأ(2011),.Carter, et al تدخلًا مصممًا لتعزيز دعم الأقران، ووجدوا أن تدخلهم– الذي يتضمن تسهيل القرب المستدام من الأقران، وتقليل القرب المستمر للبالغين، وتوفير المعلومات والتوجيه، وتشجيع موظفي الدعم على استخدام استراتيجيات التيسير الاجتماعي، وإنشاء فرص التفاعل– كان ناجحًا في زيادة تفاعلات الأقران.

ويشير الفرض الثاني إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المشاركة الاجتماعية وأبعادها الفرعية من الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والرياضية، وبين الدعم الأسري وأبعاده سواء دعم الاستقلال والدعم النفسي والاجتماعي لدى كل من ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية. وتتفق هذه النتيجة مع دراسات(Ghanouni,et al.,2019; Verdonschot, et al.,2009).

ويمكن تفسير هذه العلاقة الايجابية في إطار الدعم الأسري المقدم بمستوى مرتفع لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية، مما يشير إلى اهتمام الأسر بدعم ومساندة أبناهم ذوي الإعاقة والذي تم رصده عبر الاستجابة على أبعاد مقياس الدعم الأسري المقدم، عبر دعم الاستقلال المعيشي والاعتماد على الذات فضلا عن التأهيل اللغوي والأكاديمي. مرورا بالدعم النفسي من خلال تَقبل الطفل والعمل على تطوير قدراته فضلا عن توفير الاحتواء العاطفي والانفعالي وصولا إلى مرحلة يدرك فيها الطفل بأن هناك ملاذ آمن داخل أسرته يمكن اللجوء إليه عند مواجهة المشكلات. مرورا بالدعم الاجتماعي متمثلا في التركيز على لفت انتباه الطفل للبيئة الاجتماعية من حوله والتركيز مع أنماط التفاعلات الاجتماعية مرورا بمحاولات مستمرة لإكسابه المهارات الاجتماعية سواء عبر اصطحابه في المواقف والمناسبات ذات الطابع الاجتماعي أو عبر تلمس المساعدة من قبل المتخصصين في مراكز التأهيل أو عبر الإنترنت، وصولا لأقصى قدر تسمح به قدرات الطفل على الاندماج الاجتماعي.

وفي سياق العلاقة بين الدعم الأسري والمشاركة الاجتماعية، يُعد دور الدعم الأسري عاملاً مهماً في تيسير المشاركة في أوقات الترفيه في السياقات الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية، ولا سيما الدعم الذي يشجع على تطوير الشبكات الاجتماعية. فغالبًا ما يتم تسهيل تطوير الشبكات والروابط الاجتماعية بين الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية وأقرانهم من خلال الدعم المقدم من أفراد الأسرة وموظفي الخدمة الترفيهية(Mahy, et al.,2010). في المقابل، فإن نقص الأنشطة ووسائل النقل وضعف دعم المعلمين وضعف دعم الوالدين أُعتبر من الحواجز التي تحُد من المشاركة الاجتماعية لذوي الإعاقة (Carter, et. Al.,2010).وفي دراسة طولية تم ملاحظة(١٢٠) تلميذا في أنشطة اجتماعية داخل وخارج المدرسة، واتضح وجود ارتباط بين التفاعل الأسري مع التلميذ والتفاعل الاجتماعي مع الأقران(Zurbriggen, et, al., 2018).

في حين يمكن تفسير عدم وجود علاقة ارتباطية بين الأنشطة الرياضية والترفيهية وبين الدعم النفسي لذوي اضطراب طيف التوحد فقط، بأن هذه الأنشطة في مضمونها ذات طابع حركي سواء الحركة العامة أو النوعية ومن ثم يتجاوز الأمر الاحتواء العاطفي ويحتاج إلى الرفقة من الآخرين في ممارسة هذه الأنشطة الرياضية والترفيهية، والتي تحتاج الحركة والتنقل لممارسة أنماط الألعاب الرياضية الفردية والجماعية فضلا عن التنقل والقدرة على الاستمتاع بالأنشطة الترفيهية المتنوعة. وفي هذا الشأن أشارت دراسة(Oliveira(2021 إلى العلاقة بين القدرة الحركية الإجمالية والوظيفة الاجتماعية والمشاركة لدى(٣٠) طفلاً ذا اضطراب طيف التوحد بسيط ومتوسط بين(٥–١٠)سنوات، وكلما زادت القدرة على أداء الأنشطة التي تتطلب توازنًا وظيفيًا ثابتًا وديناميكيًا، زادت النسبة المئوية لعدد الأنشطة التي يقوم بها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ويشير الفرض الثالث إلى إمكانية التنبؤ بالمشاركة الاجتماعية وأبعادها من خلال الدعم الأسري وأبعاده الفرعية حيث كانت الدرجة الكلية للدعم الأسري مُنبئة ببُعد الأنشطة الاجتماعية، وكانت الدرجة الكلية للدعم الأسري والبعد النفسي مُنبئان بالدرجة الكلية للمشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد. ويمكن تفسير ذلك بأن الدعم الأسري بما يتضمنه من دعم الاستقلال المعيشي والمعرفي والأكاديمي، بجانب الدعم النفسي وما يتضمنه من تقبل الأسر لأوجه القصور لدى أبنائها واحتوائهم والسعي لتطوير قدراتهم والوقوف بجانبهم في جميع المواقف، بجانب الدعم الاجتماعي بما يتضمنه من محاولات عديدة ومُجهدة من قبل الأسرة لإكساب أبنائها ذوي الإعاقة للمهارات الاجتماعية وتلمس كل أوجه المساعدة من المهنيين والمتخصصين عبر كل السبل في المدارس والمراكز والإنترنت ومحاولة التواجد

والتشجيع على الاندماج في الأنشطة الاجتماعية المختلفة؛ كل هذا التدخل بشكل عام على مدى زمني كافي يسهم في تواجد ذوي اضطراب طيف التوحد في أنماط المشاركة الاجتماعية لكن يظل في ضوء اعتبارات مُحددة.

كما يشير الفرض الثالث إلى تنبؤ دعم الاستقلال فقط بكل من بُعد الأنشطة الترفيهية والأنشطة الرياضية لذوي اضطراب طيف التوحد، ويمكن تفسير ذلك بأن دعم الاستقلال احتوى على رصد استجابات الوالدين حول مهارات الاستقلال والتدريب على المهارات الحياتية وإدراك الوقت والمهارات المعرفية والاعتماد على النفس واتخاذ قرارات ولو بسيطة، وجميعها مهارات تعكس اهتمام الأسر بمبدأ التدخل المبكر ومن يمتلك هذه المهارات يستطيع أن يشارك في الأنشطة الترفيهية والرياضية بشكل مناسب.

كما يشير الفرض الثالث إلى بالنسبة لذوي الإعاقة الفكرية أن الدعم الاجتماعي من الدعم الأسري فقط مُنبئ بالدرجة الكلية للمشاركة الاجتماعية وكل الأبعاد الفرعية (الأنشطة الاجتماعية، الأنشطة الترفيهية، الأنشطة الرياضية)، ويمكن اعتبار هذه النتيجة؛ علاقة في سياق طبيعي فالدعم الاجتماعي المقدم من الأسر لأبنائها، والمتمثل في تشجيعهم على اكتساب المهارات الاجتماعية وتوفير فرص للتفاعل مع الأقران واصطحابهم عند الخروج من المنزل والحصول على التواصل مع المهنيين لتعديل سلوك أبنائهم، كل هذا الدعم الاجتماعي والفرص المتاحة من شأنه أن يسهم في تواجد ذوي الإعاقة الفكرية في أنماط المشاركة الاجتماعية المختلفة. على العكس لم يظهر هذا الارتباط بين الدعم الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد الذين يتحاشون كل صور التفاعل الاجتماعي وهى أحد المظاهر التشخيصية الفارقة بين ذوي الإعاقة الفكرية باعتبار أنهم أفضل حالا في النواحي الاجتماعية من ذوي اضطراب طيف التوحد.

وفي ضوء هذه النتيجة يتضح تأثير الدعم الأسري في معدل المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية، لكن في نفس الوقت لا يمكن تجاهل تأثير عوامل أخرى على المشاركة الاجتماعية، ومنها الرغبة في المشاركة الاجتماعية، وفي هذا السياق أشار Froese, et al.,(1999) إلى أن ضعف المشاركة وضعف الشبكات الاجتماعية لذوي الاضطرابات النمائية لا تعكس عدم رغبتهم في المشاركة في الأنشطة مع الأقران، فهناك أدلة على أنهم يريدون المشاركة في الأنشطة الاجتماعية وأن يكون لديهم أصدقاء، على سبيل المثال، بعد إجراء مقابلات مع(٥٢)مراهقًا ذي اضطراب نمائي، وُجد أن ٨١٪ منهم يريدون الحصول على المزيد من الأصدقاء، و٦٥٪ أرادوا الفرصة لتطوير علاقة "الصديق المفضل".

وتُعد الفرص المتاحة أيضا من العوامل المؤثرة في المشاركة الاجتماعية، حيث أشارت الأدبيات التي تناولت تأثير العوامل البيئية على المشاركة الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية، إلى أن العوامل التي لها تأثير إيجابي على المشاركة الاجتماعية تشمل الفرص المتاحة لتكون مستقل وتتخذ قراراتك فالاستقلال الذاتي واتخاذ القرار، عنصران مهمان لتقرير المصير(Verdonschot, et al.,2009). وعند النظر في الفرص المتاحة لمشاركة ذوي الإعاقة في الأنشطة الرسمية وغير الرسمية، فمن المهم التمييز بين الدمج المادي والدمج الاجتماعي الحقيقي، فالقرب الجسدي وحده لا يضمن دمج ذوي الإعاقة اجتماعياً في أنشطة وتفاعلات الأقران(Hughes, et al. 2002). أو أن الاندماج الاجتماعي الحقيقي يحدث. وفي هذا الشأن أشار Solish, et al., (2003) أن ٩٧% من الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية بدوا مندمجين اجتماعياً، إلا أن الفحص الدقيق للبيانات المرتبطة بمن شارك في الأنشطة الاجتماعية مع هؤلاء الأطفال يسفر عن نتائج أقل إيجابية؛ فقد أفاد ما يقرب من(٤٦%) من مقدمي الرعاية أن أطفالهم ليس لديهم أصدقاء مقربون، ومن بين الأطفال الـ(٣٤) الذين يبدو أنهم مندمجون، أفاد(١٦) من مقدمي الرعاية بأنهم هم الذين يقدمون الدعم اللازم للقيام بالأنشطة الاجتماعية.

وقدمChen, et al.(2015) عامل آخر مؤثر في المشاركة الاجتماعية وهو الدافعية، فعند دراسة الدافع وراء الطبيعة السياقية للمشاركة الاجتماعية لـ(١٤)أستراليًا و(١٦) تايوانيًا، ما بين(١٦–٤٥عامًا) ذوو متلازمة أسبرجر واضطراب التوحد عالي الأداء. أظهرت التحليلات أنهم كانوا أكثر عرضة لتقرير مصيرهم أثناء الانخراط في أوقات الترفيه الانفرادية والأنشطة الاجتماعية مقارنة بالأنواع الأخرى من الأنشطة. وعلى الرغم من أن المشاركين لم يروا صعوبة أثناء الانخراط الاجتماعي، إلا أنهم ما زالوا يقضون وقتًا محدودًا في المواقف الاجتماعية. وقد يحتاج الباحثون إلى النظر في طرق تعزيز الكفاءة المتصورة لبدء التفاعلات الاجتماعية، فقد تكون التحديات المتصورة في بدء التفاعل الاجتماعي نتيجة للتجارب السابقة ومنها الاستبعاد سببا لذلك.

ويشير الفرض الرابع إلى جود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المشاركة الاجتماعية **و**الدعم الأسري وأبعادهم الفرعية لصالح ذوي اضطراب طيف التوحد البسيط بالمقارنة مع ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة. وتتعارض هذه النتيجة مع دراسات(Koster, et al., 2008., Solish, et al.,2010).

ويمكن تفسير الفروق لصالح ذوي اضطراب طيف التوحد في الدعم الأسري إلى أنهم من ذوي اضطراب التوحد البسيط وتمتعهم بقدرات جسمية عادية فضلا عن قدرات عقلية في

المدى المتوسط وفوق المتوسط على اختبارات الذكاء الفردية، ومن ثم فإن خصائص عينة البحث بهذا الشكل تدفع الوالدين إلى مزيد من بذل الجهد لمساعد أبنائهم وتوفير سبل الدعم المختلفة، ومن ناحية أخرى تسمح لهم هذه الخصائص بمزيد من الفرص وإمكانية الالتحاق وممارسة أنواع مختلفة من الأنشطة. ومن ثم يمكن تفسير ارتفاع المشاركة الاجتماعية في ضوء العلاقة الايجابية بين ارتفاع الدعم الأسري والمشاركة الاجتماعية.

كما يشير الفرض الرابع إلى أن الفروق لصالح اضطراب طيف التوحد بالمقارنة بذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة الاجتماعية، ويمكن تفسير ذلك بأنه من الثابت في الأدبيات أن المشاركة الاجتماعية تتأثر بنوع الإعاقة ودرجتها، وأن ذوي اضطراب طيف التوحد في البحث الحالي من فئة الاضطراب البسيط وأداء وظيفي عقلي مرتفع ولا تتزامن معهم إعاقة فكرية. وفي هذا السياق تمثلت بعض العقبات التي قلصت مشاركة ذوي الإعاقة الفكرية بالأنشطة في: قلة الأصدقاء الذين يمكنهم المشاركة في الأنشطة، ونقص الاستقلالية، وضعف القدرات المعرفية والمهارات الاجتماعية (Browder& Cooper,1994., Hoge& Dattilo,1995). كما أشارت دراسة Taheri, et al., (2016) إلى أن الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد المقترن بإعاقة فكرية "متعددو الإعاقة" شاركوا بشكل أقل في بعض الأنشطة وكان لديهم عدد أقل من الأصدقاء مقارنة بمن لديهم الإعاقة الفكرية فقط. وقد لفت الانتباه Taheri, et al.(2016) لهذه النقطة حيث أشاروا إلى أن ذوي الاضطرابات النمائية يشكلون مجموعة غير متجانسة، بما في ذلك ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد، ومع ذلك، فقد جمعتهم معظم الدراسات في مجموعة واحدة دون التمييز بينهما. وانتقدوا دراسة Solish et al حيث تم الجمع بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد، ولم يحدد المؤلفون شدة الإعاقة (في الواقع، لم يجمعوا مثل هذه البيانات)، كما اختلفت المجموعات ديموغرافيًا، حيث كان لمجموعة غير المعاقين آباء يتمتعون بمستويات تعليم أعلى. بالإضافة إلى ذلك، كانت مجموعة ذوي اضطراب طيف التوحد تتكون من أطفال تتزامن لديهم الإعاقة الفكرية مما يشير إلى تباين كبير داخل المجموعة.

ويشير الفرض الخامس إلى وجود فروق دالة إحصائياً في ضوء النوع في المشاركة الاجتماعية والأبعاد الفرعية، لصالح اضطراب طيف التوحد إناث بالمقارنة بالمجموعات الأخرى، وتختلف هذه النتيجة مع دراسات (King, et al.,2010; Oliveira,2021).

ويمكن تفسير هذه الفروق إلى امتلاك ذوي اضطراب طيف التوحد لمستويات مرتفعة من المشاركة الاجتماعية على المقياس الحالي. أما عن الإناث فربما يعكس ذلك امتلاكهم قدرات ومهارات أكبر من الذكور، أو قد يرجع ذلك إلى حجم أكبر من تعاطف الوالدين مع

الإناث فيحاولون إشراكهم في أكبر عدد من الأنشطة، أو ربما يرجع لانتماء شريحة من أسر ذوي اضطراب طيف التوحد إناث إلى مستوى اجتماعي اقتصادي ثقافي مرتفع بعينة البحث أسهم بشكل كبير في ارتفاع مستوى مشاركتهم.

وفي هذا السياق فإن الجنس في الأدبيات منبئ مهم بالمشاركة الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة أو غير المعاقين. حيث تشير الأدبيات إلى أن الجنس هو أحد المؤشرات الرئيسية المنبئة بأنماط تنوع وشدة مشاركة الأطفال، حيث تشارك الفتيات بشكل عام في الأنشطة الاجتماعية القائمة على العلاقات الشخصية والتواصل، فضلا عن أنشطة تحسين الذات مثل الذهاب إلى المكتبة. على الجانب الآخر، يمثل الذكور تنوعًا أكبر، وكثافة في المشاركة في الأنشطة البدنية النشطة والتفاعلية السائدة في بيئة المدرسة(King, et al., 2010). وقد أثر متغير الجنس في الارتباط بين المهارات الحركية والمشاركة المدرسية، حيث أدت الفتيات نشاطات أقل بالمقارنة بالذكور(Oliveira,2021).

كما يشير الفرض الخامس إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات في الدعم الأسري وأبعاده الفرعية لصالح اضطراب طيف التوحد ذكور بالمقارنة مع المجموعات الأخرى. وتختلف هذه النتيجة مع دراسة(السيد الشبراوي، وليد عاطف، ٢٠٢١). ويمكن تفسير هذه الفروق لصالح اضطراب طيف التوحد لأنهم أعلى في الحصول على الدعم الأسري بالمقياس المستخدم في البحث الحالي، أما لصالح الذكور بالمقارنة بالإناث، ربما يعكس الميول الأسرية والاجتماعية لتفضيل الذكور على الإناث في نمط التربية والتنشئة الاجتماعية في المجتمعات الشرقية، ومنحهم مزيد من الرعاية والاهتمام ومزيد من الفرص المتاحة.

ويشير الفرض السادس إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمشاركة الاجتماعية لصالح ذوي اضطراب التوحد عمر زمني٨-١٢سنة، وكانت الفروق لنفس الفئة في الدعم الأسري، وتختلف هذه النتيجة مع دراسة كل من (جيهان عبدالله،٢٠١٧؛ سهير التل وآخرون، ٢٠٢١).

فمن الطبيعي أن تكون الفروق في المشاركة الاجتماعية لصالح الأكبر عمرا؛ وهو أمر منطقي يعكس نمو الأداء والمهارات الاجتماعية عبر الزمن بقدر يسمح باندماجهم "تحت إشراف الكبار" في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والرياضية. فقد تم اعتبار العمر في الأدبيات منبئ بالمشاركة لدى الأطفال ذوي الإعاقة أو غير المعوقين. فيشير King, et al.,(2010) إلى أن القدرة على إقامة علاقات اجتماعية والوقت الذي يُقضى في الأنشطة الرسمية يميلان إلى الزيادة مع تقدم العمر، حيث يشارك الأطفال الأصغر سنًا بشكل أكبر في الأنشطة غير المنظمة وغالبا في العزلة أو بالشراكة مع الوالدين. ومع تقدم العمر تقل مشاركتهم في الأنشطة

الترفيهية غير الرسمية، وتزداد المدة التي تستغرقها الأنشطة المنظمة، فضلا عن لعب ألعاب الفيديو ومشاهدة التلفزيون، ويزداد تكرار التفاعل مع الأشخاص من خارج أفراد الأسرة.

وعلى عكس التوقعات فإن نتيجة الفرض تشير إلى أن الفروق ليست لصالح الأكبر عمرا، وإنما لصالح الفئة العمرية الوسطى بالبحث من٨–١٢عام. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن هذه الفئة تشكل أكثر من نصف عينة البحث من ذوي اضطراب التوحد فربما وفرت تكرار أكبر لمتوسطات أعلى من الفئات الأخرى. أو بأن هذه فئة تتسم بالنشاط والحيوية وبدء التكيف مع المهارات الأكاديمية، كما أنها مرحلة انتقالية حيث يبدأ فيها الاعتماد على الأسرة يقل تدريجيا؛ فمن المفترض أن ذوي الإعاقة في هذه المرحلة قد تجاوزوا مهارات رعاية الذات وامتلكوا بعض المهارات الحياتية وبدت عليهم مظاهر الاستقلال بما تسمح به قدرات كل منهم. كما تظهر في هذه المرحلة الرغبة في الحركة واللعب مما يتيح الفرص للتواجد في بعض الانشطة والاحتكاك والتفاعل مع الآخرين. في حين أن الفئة العمرية الأكبر قد دخلت مرحلة المراهقة التي تشهد اتساع الفجوة بينهم وبين أقرانهم غير المعاقين في امتلاك المهارات الاجتماعية وتراكم سلوكيات التجنب الاجتماعي التي تصبح من السمات الشخصية لذوي اضطراب طيف التوحد، كما تزداد الفجوة الاجتماعية لذوي الإعاقة الفكرية من حيث امتلاك المهارات الاجتماعية بالمقارنة بأقرانهم غير المعاقين. مما يترتب على ذلك قلة المشاركة الاجتماعية عبر أنشطتها المختلفة لكلا الفئتين في هذه المرحلة العمرية.

كما يشير الفرض السادس إلى أن الفروق في الدعم الأسري كانت لنفس الفئة العمرية(٨–١٢سنة)،ويمكن تفسير ذلك بأنه نظرا للحصول على القدر الأكبر من الاهتمام والدعم الأسري بصوره المختلفة، وهو ما يفسر أيضا ارتفاع نسب المشاركة الاجتماعية لهذه الفئة العمرية لكلا عينتي البحث، كأنها مرحلة عمرية فاصلة ومحورية بين الطفولة والمراهقة، بين بداية الالتحاق بالسلم التعليمي وبين إنهاء المرحلة الابتدائية، بين الاعتماد على الأسرة وبين الاستقلال والتواجد بين الأقران، بين الاحتواء داخل الأسرة وبين الرغبة في توسيع دائرة الاحتكاك بالمجتمع.

ويشير الفرض السابع إلى وجود فروق دالة إحصائياً بكل من المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري لكل من ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية طبقا للمستوى الاجتماعي الثقافي لصالح المستوى الأعلى، وكانت الفروق لصالح اضطراب طيف التوحد ذوي مستوى اجتماعي اقتصادي ثقافي مرتفع بالمقارنة مع المجموعات الأخرى. وتختلف هذه النتيجة عن دراسة كل من(جيهان عبدالله، ٢٠١٧؛سهير التل وآخرون، ٢٠٢١).

وتشير هذه النتيجة إلى أن الفروق لصالح ذوي اضطراب طيف التوحد ثم ذوي الإعاقة الفكرية وكليهما ذوي مستوى اجتماعي مرتفع بالمقارنة بالمجموعات الأخرى، مما يعني أن توافر مستوى مرتفع في المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري قد ارتبط بارتفاع المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة. ويمكن تفسير ذلك بأن الأسر ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المرتفع على المقياس المستخدم بالبحث الحالي تَجمع ما بين المكانة الاجتماعية والدخل المرتفع والتعليم الأعلى وأسلوب ممارسة حياة يتسم بالتنوع والترفيه، وهذه المعادلة تنعكس بالضرورة على أسلوب هذه الأسر في تربية أبنائها ذوي الإعاقة، ومن ثم تتاح فرص أكبر لتضمين هؤلاء الأبناء في مدارس ومراكز دامجة بوضعية أفضل، فضلا عن الاشتراك في الأندية وما توفره من أنشطة متنوعة اجتماعية وترفيهية ورياضية. مما يدعم الاعتقاد بوجود علاقة بين ارتفاع المستوى الاجتماعي الثقافي وبين إتاحة فرص أكبر للأبناء ذوي الإعاقة للاندماج في أنشطة المشاركة الاجتماعية.

وفي هذا السياق تم تحليل بيانات دراسة طولية لثلاث مجموعات من ذوي الإعاقة، وكان المراهقون ذوو اضطراب طيف التوحد أكثر عرضة لعدم رؤية الأصدقاء خارج المدرسة (٤٣.٣٪)، وعدم الاتصال بهم من قبل الأصدقاء(٥٤.٤٪)، وعدم دعوتهم إلى الأنشطة الاجتماعية(٥٠.٤٪)، وعند مقارنتهم بالمراهقين من المجموعات الأخرى، اتضح ارتباط المشاركة الاجتماعية المحدودة بانخفاض دخل الأسرة وضعف القدرة على المحادثة والتواصل الاجتماعي والمهارات المعرفية الوظيفية، وكانت هناك اختلافات ملحوظة في المشاركة الاجتماعية حسب الدخل، وهو بُعد من السياق الاجتماعي نادرًا ما يتم فحصه في الأبحاث حول ذوي اضطراب طيف التوحد(Shattuck,et al.,2011). كما تظهر مشاركة المجتمع للأطفال ذوي الإعاقة بأنها مقيدة عند مقارنتها بالأطفال غير المعاقين. وارتبطت بعدة عوامل، منها العوامل المتعلقة بالطفل مثل الصعوبات السلوكية والاجتماعية، ومنها ما يرتبط بالأسرة مثل مستوى الدخل وتثقيف الوالدين ودعم الأسرة، ومنها العوامل البيئية مثل النقل، وبرامج الدعم الاجتماعي(Lim, et al.,2016; Tint, et al., 2017). ويمكن أيضًا ربط ضعف المشاركة الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بوجود حواجز بيئية، بما في ذلك الهياكل المادية وقلة الموارد المتاحة، وأن الحواجز البيئية تواجه بشكل عام بشكل متكرر ويبدو أنها أكثر صعوبة في المجتمع منها في المنزل أو في المدرسة(Egilson, et al.,2017).

❖ **دراسة حالة لأعلى طفل ذو اضطراب طيف التوحد:**

الاسم	درجة الإعاقة	النوع	العمر	معامل الذكاء	المستوى الاجتماعي	عدد الأخوة	الترتيب بين الأخوة	المشاركة الاجتماعية	الدعم الأسري
ع. م.	المستوى الأول	ذكر	١٠.٥	٨٨	مرتفع	ولد وبنت	الأول	د. الكلية:١٣٦ المستوى: مرتفع	د. الكلية: ١٥٢ المستوى: مرتفع
تاريخ الحالة	تم تشخيص الحالة عن طريق السفر إلى الولايات المتحدة الأمريكية "نظرا لرفض الأم الاعتراف بمشكلة الطفل" في سن ثلاث سنوات ونصف، وتم التوصية بضرورة التدخل الفوري لتأهيل الطفل. –التحق بحضانة تعمل بنظام الدمج(٥)أيام أسبوعيا بمصاحبة "معلم الظل– Shadow Teacher"، مع تكثيف الجلسات والتدخل باستخدام مجموعة برامج تأهيل اضطراب طيف التوحد(السلوك التطبيقي) –اتباع نظام Home program داخل المنزل بعد انتهاء اليوم الدراسي وخارجه يتضمن(التخاطب، تنمية المهارات، المهارات الأكاديمية). – تكثيف جلسات التأهيل الاجتماعي"Social" خارج المنزل نظرا لكثرة السلوكيات النمطية، والتخريب داخل المنزل، والدخول في مرحلة السمنة المبكرة بالإضافة لضعف المهارات الاجتماعية.								
المشاركة الاجتماعية	–الاشتراك في تدريب السباحة. –الاشتراك في دروس تعليم الموسيقى(آلة الكمان). –الاشتراك في جميع الرحلات التي تقام بالحضانة والاختلاط مع الزملاء خارج الاطار المدرسي. – الاشتراك في جلسات التأهيل الاجتماعي "Social" بوجه خاص في أيام العطلة الأسبوعية بتنظيم: زيارات عائلية، ورش تصنيع الفخار، حرب الألوان ، ملاهي، حديقة الحيوان،....								
الدعم الأسري	–مثابرة الأم على نجاح الطفل وتقدمه، وتقديم كل ما هو متاح ودعمه نفسيا ومشاركتها للأخصائيين في متابعة التقارير الخاصة بالطفل، واتباع تعليمات المتخصصين في مجال التربية الخاصة. –اختيار الحضانة المناسبة وتقبل العاملين بها لظروف الطفل، مع وجود مدرس الدعم ساهم في اشتراك الطفل في الانشطة المختلفة داخل الحضانة واندماجه مع أقرانه. –إتاحة الامكانيات اللازمة للطفل داخل المنزل(غرفة نوم خاصة، أساس بسيط، ألوان الحائط، ترتيب الأدوات في دواليب منظمة) – وجود أخصائي للبرنامج المنزلي بعد انتهاء اليوم الدراسي، لعمل الواجبات المنزلية وعمل الكثير من الأنشطة الترفيهية باشتراك الأم والاخت الصغرى. –رغم انفصال الوالدين إلا أنه لم يؤثر على دعم الأب ومشاركته، حيث يذهب الطفل مع الأب إلى بيت الجد واللعب مع أولاد العم والعمة. –تعليم الطفل العزف على آلة الكمان جعله يشعر بالسعادة والثقة وينتظر يوم التدريب بسعادة، كما أن نجاح الطفل في تعلم السباحة ساهم في تفريغ الطاقة للطفل وتنظيم النوم ليلا. – يستطيع الطفل الآن القراءة والكتابة بمساعدة بسيطة واجراء بعض العمليات الحسابية البسيطة.								

❖ **دراسة حالة لأعلى طفل ذو إعاقة فكرية:**

الاسم	درجة الإعاقة	النوع	العمر	معامل الذكاء	المستوى الاجتماعي	عدد الأخوة	الترتيب بين الأخوة	المشاركة الاجتماعية	الدعم الأسري
ع م	بسيطة	ذكر	٧	٦٠	مرتفع	ولدان	الثالث والأخير	د. الكلية:١٣٢ المستوى: مرتفع	د. الكلية:١٦٨ المستوى: مرتفع
تاريخ الحالة	لاحظ الآباء أن الطفل متأخر في القدرات المعرفية وفي المراحل النمو، وعند بلوغه العام والنصف، لم يتمكن من المشي بصورة مستقلة، كما ظهر عليه التأخر في التواصل اللفظي، أخذت الأسرة قرار التدخل المبكر بعد نصيحة طبيب، فالتحق الطفل بمركز للرعاية النهارية في محافظة القاهرة، والي الآن مستمر في الحصول على الخدمات التأهيلية. – تم تشخيص الطفل عن طريق تطبيق مقياس الذكاء، ومقياس السلوك التكيفي، واختبار اللغة، وبرنامج البورتاج، وكانت نتيجة التقييمات هي تأخر الطفل بمقدار(٣)سنوات عن عمره الزمني. –تم تصميم البرنامج الفردي للطفل في مركز الرعاية النهارية يشمل: تنمية المهارات، والتخاطب، والعلاج الوظيفي، ورعاية الذات، والتفاعل الاجتماعي، والتدخل السلوكي.								
المشاركة الاجتماعية	–اشترك الطفل عندما كان عمره أربع سنوات بفريق كرة القدم لذوي الإعاقة بنادي الشمس، واستمر في التدريبات الأسبوعية –وعند بلوغه عمر(٥)سنوات التحق بفرقة موسيقية لذوي الإعاقة، ليؤدي دوراً أدائياً تم التدريب عليه من مدير الفرقة الموسيقية.								
الدعم الأسري	– تماسك وتكيف الأسرة مع وجود طفل من ذوي الإعاقة الفكرية؛ خلق طبيعة أسرية جيدة احتضنت الطفل وتقبلت إعاقته وتوجهت بشكل مبكر للتدخل لمساعدته في التقدم. –الطفل لديه أخوين يكبراه سناً، وهذا ما خلق للطفل مجال للعب داخل الأسرة مروراً بكل مراحل اللعب وصولا للعب التعاوني والتنافسي مع إخوته، كما كانا يصحباه معهما في كافة الأنشطة الرياضية والترفيهية الخاصة بهما، وكانا ملازمان له في الأنشطة الخاصة به. –كان دور الأم دوراً محورياً في بث الثقة في الطفل عن طريق الدعم النفسي والاجتماعي الكامل. –على الرغم من عمل الأب خارج البلاد، كان يوفر للطفل كافة المتطلبات المادية للحصول على كافة الخدمات، وعند عودته لمصر كان يغمر الطفل بهدايا ومزيداً من الترفيه داخل البيت وخارجه. –كان لاشتراك الطفل في تمارين كرة القدم عاملا مهماً في دعم السلوك التكيفي للطفل، عن طريق اللعب الجماعي الذي يتطلب مهارات تواصلية لفظية ومهارات اجتماعية، والالتزام بالقواعد، وغيرها... –كان لاشتراك الطفل في الفرقة الموسيقية التي تتكون من ذوي الإعاقة، سبيلاً للطفل للحركة المتكررة والتردد على الحفلات والأنشطة الموسيقية التي تنظمها الدولة أو تنظمها الفرقة الموسيقية، والتنقل مع الفرقة إلى أماكن مختلفة داخل مصر وكان يلازمه فيها إما الأم أو أحد إخوته.								

توصيات البحث:

- البحث في العوامل المؤثرة في المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد وذي الإعاقة الفكرية.
- تحديد أهم التحديات والصعوبات التي تحول دون المشاركة الاجتماعية لفئات البحث.

- الحاجة لدراسة أعمق للمشاركة الاجتماعية لفئات البحث عبر أعداد أكبر وتنوع اجتماعي وجغرافي أكبر.
- التوعية بحقوق ذوي اضطراب طيف التوحد وذي الإعاقة الفكرية في الاندماج والمشاركة.
- التوعية بمفهوم الدعم الأسري المقدم لأبنائهم ذوي الإعاقة بما يسهم في اكتسابهم المهارات المختلفة.
- ضرورة وجود برامج تتبناها الدولة عبر الوزارات المختصة والتخصصات الأكاديمية بالجامات لتحتوي أسر ذوي الإعاقة بداية بالإرشاد والمشورة المستمرة ومرورا بالتدريب لينعكس هذا على أبنائهم ذوي الإعاقة.

بحوث مقترحة:

- دراسة العلاقة بين المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد المقترن بإعاقة فكرية.
- دراسة العلاقة بين المشاركة الاجتماعية والدعم الأسري لذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة.
- دراسة التحديات الأسرية والاجتماعية والبيئة التي تؤثر على المشاركة الاجتماعية لعينة البحث.
- الإسهام النسبي للدعم المجتمعي للأسرة بكل من الأداء الوظيفي الأسري والمهارات الاجتماعية لعينة البحث.
- الدعم الأسري كمتغير وسيط بين التفاعل الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية لذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.
- نمذجة العلاقات بين المبادأة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد.
- دارسة مهارات الصداقة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وذي اضطراب طيف التوحد.
- فعالية برنامج قائم على الوظائف التنفيذية في تنمية المشاركة الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد البسيط.
- فعالية برنامج قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تنمية المشاركة الاجتماعية لذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

المراجع

أيمن سالم عبدالله(٢٠١٨). مقياس تقدير المستوي الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسرة المصرية. *مجلة كلية التربية، جامعة بنها*، ٢(١١٦), ٢٤٥-٢٨٣.

إيناس ماهر الحسيني(٢٠١٣). الدعم الأسري وعلاقته بأساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة للشباب الجامعي. *مجلة علوم وفنون–دراسات وبحوث، جامعة حلوان*, ٢٥(١)، ٢٢٧-٢٥٦.

جيمس جيليام(٢٠٢١). *مقياس جيليام لتقييم التوحد (الإصدار الثالث) GARS-3* (إيهاب الببلاوي؛ أيمن سالم؛ محمد الخطاري؛ مترجمون ومقننون). القاهرة: تحت الطبع.

جيهان عبدالله الطالب(٢٠١٧). *مصادر الدعم الاجتماعي والنفسي والأسري لذوي اضطراب طيف التوحد وعلاقتها بالمشكلات السلوكية لديهم*. رسالة ماجستير، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية.

دعاء محمد مصطفى(٢٠٢٢). أثر تحليل السلوك التطبيقي في تنمية التقليد وعلاقته بمهارات المشاركة الاجتماعية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد: دراسة حالة. *مجلة دراسات في الطفولة والتربية*،(٢٢)، ٥٦٦- ٦٥٤.

سهير ممدوح التل، وفاء عايد العبد، فؤاد عيد الجوالدة، هيام موسى مصطفى التاج(٢٠٢١). الدعم الأسري المقدم للأبناء ذوي اضطراب طيف التوحد في ظل جائحة كورونا ١٩-COVID. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*،(٥)، ١٦٤- ١٨٦ .

السيد الشبراوي أحمد، وليد عاطف منصور(٢٠٢١). جودة الحياة الأسرية والمساندة الاجتماعية والصمود النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب طيف التوحد في مصر :دراسة تنبؤية فارقة. *دراسات عربية في التربية وعلم النفس*،(١٢٩)، ٥٥٧ – ٥١٩.

سيد جارحي السيد(٢٠١٨). الوصمة المُدركة في علاقتها بكل من الاكتئاب والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة. *دراسات نفسية*،٢٨(٣)،٤٩٩-٥٥٥.

عبد الموجود عبد السميع(٢٠١٦). مقاييس السلوك التكيفي. القاهرة: المؤسسة العربية لإعداد وتقنين ونشر الاختبارات النفسية.

عصام محمد زيدان، ليلى عبدالعظيم المتولي، أحمد سليمان سلامة(٢٠١٧). فعالية السيكودراما فى تنمية المشاركة الاجتماعية لدى التوحديين. *المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة*،٤(١)،٢٩-٧٣.

علي عبد السلام علي (٢٠٠٥). *المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العلمية*. القاهرة: الأنجلو المصرية.

غادة ناصر الموسى(٢٠١٨). المشاركة الاجتماعية في المدرسة الشاملة لذوى الإعاقة الفكرية : مراجعة الأدبيات. *مجلة التربية الخاصة والتأهيل*،٦(٢٤)،٦١-٩٨.

فايزة يوسف عبدالمجيد، محمد رزق البحيري، هناء مصطفى عواد(٢٠١١). مهارة المشاركة الاجتماعية وعلاقتها بالمهارات الاتصالية لدى عينة من أطفال الروضة. *مجلة دراسات الطفولة*،١٤(٥٠)،١-١٣.

محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن(١٩٩٤): *المساندة الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

محمود السيد أبو النيل، محمد طه, عبد الموجود عبد السميع(٢٠١١). *مقياس ستانفورد بينية للذكاء– الصورة الخامسة. القاهرة*: المؤسسة العربية لإعداد وتقنين ونشر الاختبارات النفسية.

منال ثابت عبدالفتاح(٢٠١٠).بناء مقياس المشاركة الاجتماعية للمسنين. *مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس*،(٢٤)،١٨٣-٢٠٤.

Acevedo, U. (2022). *Autism and the family: The importance of personalizing services and support to fit their needs*. P.H.D. Dissertation, School of Social and Behavioral Sciences, Northcentral University.

Alallawi, B., Hastings, R., & Aabe, N. (2022). Support needs and parent outcomes in arab families of children with autism living in the united kingdom. *Brain Sciences*,12(8),1114.doi:https://doi.org/10.3390/brains ci12081114

Amado, A., Stancliffe, R. J., McCarron, M. & McCallion, P.(2013). Social inclusion and community participation of individuals with intellectual/ developmental disabilities.*Intellectual and Developmental Disabilities*, 51, 360–75. DOI:10.1352/1934-9556-51.5.360.

American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of adult disorders(5th ed). DSM-V*, Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association(1994).*Diagnostic and statistical manual of adults disorders(4th ed*). *DSM-IV*, Washington, DC: Author.

Aparicio, A., Arango, P., Espinoza, R., Villate, V., & Tenorio, M. (2021). Factors leading to effective social participation promotion interventions for people with intellectual disability: A protocol for a systematic review. *Syst Rev*.,10(1)165.doi:https://doi.org/ 10.1186/ s13643-021-01716-3

Ávila-Álvarez, A., Alonso-Bidegain, M., De-Rosende-Celeiro,I., Vizcaíno Cela, M., Larrañeta-Alcalde, L., (2020). Improving social participation of children with autism spectrum disorder: Pilot testing of an early animal-assisted intervention in Spain. *Health Soc Care Community*; 28:1220–1229.

Batu, S. (2008). Caregiver-delivered home-based instruction using simultaneous prompting for teaching home skills to individuals with developmental disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 43(4),541–555.

Beach Center on Disabilities(2006). *Family Quality of Life Scale.* Beach Center on Disabilities, Lawrence, KS, USA.

Bedell, G.(2012). Measurement of social participation. In V. Anderson,& M. H. Beauchamp (Eds.), *Developmental social neuroscience and childhood brain insult: Theory and practice* (pp. 184–206). New York, NY: Guilford Press.

Benka. J., Nagyova, I., Rosenberger, J., Macejova, Z., Lazurova, I., van der Klink, J., Groothoff, J., van Dijk, J.(2016). Social Participation and Health Related Quality of Life in Early and Established Rheumatoid Arthritis Patients. *J Dev Phys Disabil*, 28:381–392

Bigby, C. (2012). Social inclusion and people with intellectual disability and challenging behaviour: a systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37,360–74. DOI:10.3109/13668250.2012. 721878.

Billstedt, E., Carina, Gillberg, I. & Gillberg, C.(2007). Autism in adults: symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. *J Child Psychol Psychiatry*; 48: 1102–1110.

Browder, D.& Cooper, K.(1994) Inclusion of older adults with mental retardation in leisure opportunities. *Mental Retardation*,32, 91–99.

Bunk, B. & Hoorens, V. (1992). Social support and stress. The role of social comparison and social exchange Processes. *British Journal of Clinical Psychology*.31(4),445-457.

Burbidge, J.(2008). Social interaction and participation in activities for students with and without intellectual disabilities. Master thesis, Queen's University.

Buttimer, J. & Tierney, E. (2005) Patterns of leisure participation among adolescents with a mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9, 25–42. DOI:10.1177/1744629505049728.

Carter, E., Moss, C., Hoffman, A., Chung, Y., & Sisco, L.(2011). Efficacy and social validity of peer support arrangements for adolescents with disabilities. *Exceptional Children*,78(1), 107–125.

Castro, G.(2022). *School supports for parents of special education: An observational study of the individualized education plan process for families with children with autism*. Master thesis, Tufts University.

Chen, Y., Bundy, C., Cordier, R., Chien, Y., Einfeld, S.(2015).Motivation for everyday social participation in cognitively able individuals with autism spectrum disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*,11,2699–2709

Chung, Y., Carter, E., & Sisco, L.(2012). Social interactions of students with disabilities who use augmentative and alternative communication in inclusive classrooms. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*,117(5), 349-367.

Cogan, A.& Carlson, M.(2017). Deciphering participation: an interpretive synthesis of its meaning and application in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*,40(22),1-12. DOI:10.1080/09638288.2017.1342282

Cowart, B., Saylor, C., Dingle, A. & Mainor, M.(2004).Social skills and recreational preferences of children with and without disabilities. *North American Journal of Psychology*, 6, 27–42.

Dada, S., Bastable, K., & Halder, S.(2020). The role of social support in participation perspectives of caregivers of children with intellectual disabilities in India and south Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6644. doi:https://doi.org/10.3390/ijerph17186644

Dattilo, J.(2013). Inclusive Leisure and Individuals With Intellectual Disability. *INCLUSION*,1(1),76-88. DOI: 10.1352/2326-6988-1.1.076

Dovgan, K., & Mazurek, M.(2019). Relations among activity participation, friendship, and internalizing problems in children with autism spectrum disorder. *Autism*,23(3),750–758. https://doi. org/ 10. 1177/ 13623 61318 775541

Dreyfus, S.,& Dowse, L.(2020).Experiences of parents who support a family member with intellectual disability and challenging behavior: "This is what I deal with every single day". *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 45(1),12-22. 10.3109/13668250.2018. 1510117

Dunst, C., Jenkins, V., & Trivette, C.(1984). Family Support Scale: Reliability and validity. *Journal of Individual, Family, and Community Wellness*, 1(4), 45-52.

Egilson, S., Jakobsdottir, G., Olafsson, K., & Leosdottir, T.(2017). Community participation and environment of children with and without autism spectrum disorder: Parent perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(3),187–196. https:// doi. org/ 10. 1080/ 11038 128. 2016. 11984 19

Egilson, S., Jakobsdóttir, G., & Ólafsdóttir, L.(2018). Parent perspectives on home participation of high-functioning children with autism spectrum disorder compared with a matched group of children without autism spectrum disorder. *Autism*, 22(5),560–570. https://doi.org/10.1177/ 1362361316 685555

Eversole, M., Collins, D., Karsbaek, A., Colton, L., Quinn, J., Karsbaek, R., Johnson, J., Callier, N., Hilton, C.(2016).Leisure Activity Enjoyment of

Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, 46(1),10-20. doi: 10.1007/s10803-015-2529-z.

Fredrickson, B. (2009). *Positivity: Top-notch research reveals the 3 to1ratio that will change your life*. New York: Crown Publishing.

Froese, P., Richardson, M., Romer, L. & Swank, M. (1999). Comparing opinions of people with developmental disabilities and significant persons in their lives using the individual supports identification system (ISIS). *Disability& Society*, 14, 831–43. DOI:10.1080/09687 599925920.

Germani, T., Zwaigenbaum, L., Magill-Evans, J., Hodgetts, S., & Ball, G. (2017). Stakeholders‟ perspectives on social participation in preschool children with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, 20(8), 475–482. https:// doi.org/10.1080/17518 423. 2016. 12141 88

Ghanouni, P., Jarus, T., Zwicker, J., Lucyshyn, J., Chauhan, S., & Moir, C. (2019). Perceived barriers and existing challenges in participation of children with autism spectrum disorders: “He did not understand and no one else seemed to understand him.” *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(8),3136–3145. https:// doi. org/ 10. 1007/ s10803- 019- 04036-7

Hall, H.& Graff J.(2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism spectrum disorder, their family support networks, parental stress, and parental coping. *Issues Compr Pediatr Nurs*.34(1):4-25.doi:10.3109/01460862.2011.555270.PMID: 21341964.

Hodges, A., Joosten, A., Bourke-Taylor, H., & Cordier, R.(2020). School participation: The shared perspectives of parents and educators of primary school students on the autism spectrum. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 103550. https//:doi. org/10.1016/j. ridd. 2019. 103550

Hoge, G. & Dattilo, J. (1995) Recreational participation patterns of adults with and without Mental Retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 30,283–298.

House, J. S.(1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Hughes, C., Copeland, S., Wehmeyer ,M., Agran, M., Xinsheng, C. & Hwang, B. (2002). Increasing social interaction between general education high school students and their peers with mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 14, 387–402.

Hussain, J. (2013). *The perspectives of key stakeholders involved in the process of identification, assessment, diagnosis and accessing of support for children with autism spectrum disorder in families with lower socioeconomic status in one outer London local authority*. Doctoral thesis, Institute of Education, University of London.

Imms,C., Granlund, M., Wilson,P., Steenbergen, B., Rosenbaum, P., Gordon, A.(2016). Participation, both a means and an end: a conceptual analysis of

processes and outcomes in childhood disability. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(1),16-25. DOI:10.1111/ dmcn.13237

Kirschenbaum, R.(2009). *Making connections and learning together: A school-based program to promote social participation of students with an autism spectrum disorder*. Doctoral Project, Boston University.

Kreider, C. M. (2013). Social networks and participation of youth with learning disability, attention deficit disorder or autism spectrum disorder: A mixed-method study using personal network analysis and qualitative interview. *Can J Occup Ther*,83(1),14-26.doi: 10.1177/000841741 5583107.

King, G., Law, M., King, S., Rosenbaum, P., Kertoy, M.& Young, N. (2003). A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*,23, 63–90. DOI: 10.1080/J006v23n01_05.

King, G., Law, M., Hurley, P., Petrenchik, T., & Schwellnus, H.(2010). A developmental comparison of the out-of-school recreation and leisure activity participation of boys and girls with and without physical disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education,* 57(1),77–107. https://doi.org/10.1080/1034912090 35379 88

King, M., Shields, N., Imms, C., Black, M. & Ardern C. (2013). Participation of children with intellectual disability compared with typically developing children. *Research in Developmental Disabilities*,34, 1854–62. DOI: 10.1016/j.ridd.2013.02.029.

Kirschenbaum, R.(2009).*Making connections and learning together: a school-based program to promote social participation of students with an autism spectrum disorder*. doctoral project, Sargent College Of Health And Rehabilitation Sciences, Boston University.

Koster, M., Nakken, H., Pijl, S., van Houten, E., & Lutje Spelberg, H.(2008). Assessing social participation of pupils with special needs in inclusive education: The construction of a teacher questionnaire. *Educational Research and Evaluation*, 14(5),395-409.

Krauss, M., Seltzer, M. & Goodman, S.(1992) Social support of networks of adults with mental retardation who live at home. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 432–41.

Lamminen, L.(2008). *Family functioning and social support in parents of children with autism spectrum disorders*. Doctoral thesis, College of Education, University of Kentucky.

Lei, X., & Kantor, J. (2021). Social support and family functioning in chinese families of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3504. doi:https://doi.org/10. 3390/ijerph18073504

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., Raymond, É.(2010).Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*,71(12),2141-2149.

Lim, C., Law, M., Khetani, M., Pollock, N., & Rosenbaum, P.(2016) .Participation in out-of-home environments for young children with and without developmental disabilities. OTJR: Occupation, *Participation and Health*, 36(3), 112–125. https:// doi. org/ 10.1177/ 15394 49216 659859

Lock, R.; Hendricks, C.; Bradley, L.; Layton, C.(2011). Using Family Leisure Activities to Support Families Living With Autism Spectrum Disorders. *Journal of Humanistic Counseling, Education & Development*. 49(2), p163-180. DOI: 10.1002/j.2161-1939.2010.tb00095.x.

Mahy, J., Shields, N., Taylor, N., & Dodd, K.(2010). Identifying facilitators and barriers to physical activity for adults with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*,54(9), 795–805.

Michael, B.(2008). Work Participation of the Elderly Populations. *Journal General Psychology*,135(3),409-423.

Milosevic, S., Brookes-Howell, L.,Randell, E., Williams-Thomas, R., Delport, S., Busse, M., Gillespie, D., Ahuja, A., McKigney, A., Glarou, E., McNamara, R.,(2022). Understanding the support experiences of families of children with autism and sensory processing difficulties: A qualitative study. *Health Expectations*. 25(3),1118-1130. DOI: 10.1111 /hex.13465.

Modula, M.(2022). The support needs of families raising children with intellectual disability. *African Journal of Disability* 11(1), a952. https://doi.org/10.4102/ajod.v11i0.952

Newton S. & Horner R. (1993) Using a social guide to improve social relationships of people with severe disabilities. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 18, 36–45.

Oates, A., Bebbington, A., Bourke, J., Girdler, S., & Leonard, H.(2011). Leisure participation for school-aged children with Down syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1880–1889.

Oliveria, k.(2021).Motor Skills are Associated with Participation of Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, https://doi.org/10.1007/ s10803-021-05318-9

Onwukwe-Nwagwu, N. (2022). *Perceived support needs of families of children with autism: A qualitative descriptive study*. Doctoral thesis, Northcentral University.

Orsmond, G., Krauss, M. & Seltzer, M. (2004) Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 245–256. DOI: 10.1023/B: JADD.0000029547.96610.df.

Orsmond, G., Shattuck, P., Cooper, B., Sterzing, P., Anderson, K.(2013). Social participation among young adults with an autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*; 43: 2710–2719.

Rimmer, J., Rowland, J. & Yamaki, K. (2007) Obesity and secondary conditions in adolescents with disabilities:addressing the needs of an underserved population. *Journal of Adolescent Health*, 41, 224–29. DOI: 10.1016/j.jadohealth. 2007.05.005.

Schwartz, A. (2019). "*Presuming competence and assuming that accommodations will be the inroads to access and participation": Factors facilitating inclusive research and peer mentoring as opportunities for social inclusion for people with Intellectual/Developmental disabilities*. doctoral thesis, boston university.

Shattuck, P., Orsmond, G., Wagner, M., & Cooper, B.(2011). Participation in social activities among adolescents with an autism spectrum disorder. *PLoS One*, 6(11)doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0027176

Solish, A., Minnes, P. & Kupferschmidt, A. (2003) Integration of children with developmental disabilities in social activities. *Journal on Developmental Disabilities*,10,115–121.

Solish A., Perry, A. & Minnes, P. (2010) Participation of children with and without disabilities in social, recreational and leisure activities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23,226–236. DOI: 10.1111/j.1468-3148.2009.00525.x.

Sticinski, E.(2022). *Assessing service and support disparities among families of children on the autism spectrum*. doctoral thesis, University of Delaware

Taheri, A., Perry, A. & Minnes, P. (2016)Examining the social participation of children and adolescents with Intellectual Disabilities and Autism Spectrum Disorder in relation to peers. *Journal of Intellectual Disability Research*,60(5),435-443.doi: 10.1111/jir.12289

Tam, C. (2021). *The impact of problem behaviors, parenting and availability of supports on aspects of family life in children with autism spectrum disorder.* doctoral thesis, College of Arts & Sciences, University at Albany.

Tint, A., Maughan, A., & Weiss, J. (2017). Community participation of youth with intellectual disability and autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(2), 168–180.https://doi.org/ 10. 1111/ jir. 12311

Verdonschot, M., Witte, L., Reichrath, E., Buntinx,W. , & Curfs, L. (2009).Impact of environmental factors on community participation of persons with an intellectual disability: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(1), 54–64.

Villaescusa, M., Martínez-Rueda, N., & Fernández, A.(2021).Support for families of youths and adults with intellectual disabilities: Contributions of a program from families' and specialists' perspectives. *Education Sciences*, 11(2), 88. doi:https://doi.org/10.3390/educsci11020088

Weiss, J., Diamond, T., Demark, J. & Lovald, B. (2003).Involvement in special Olympics and its relations to self-concept and actual competency in participants with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 281–305. DOI: 10.1016/S0891-4222(03)00043-X.

Worcester, J., Nesman, T., Raffaele-Mendez, L., & Keller, H.(2008). Giving voice to parents of young children with challenging behaviors. *Exceptional Children*,74(4), 509–525.

Zimet, G.; Dahlem, N.; Zimet, S.; Farley, G.(1988). The multidimensional scale of perceived social support. *J. Pers. Assess*.,52(1), 30–41.

Zurbriggen, C., Venetz, M., & Hinni, C.(2018). The quality of experience of students with and without special educational needs in everyday life and when relating to peers. *European Journal of Special Needs Education*, 33(2), 205-220.