

حق أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الحصول على خدمات إرشادية

أ.د. أيمن فؤاد كاشف^[*]

مع ولادة طفل جديد بالأسرة و تشخيصه كطفل ذو احتياجات خاصة حسية أو عقلية أو لمرض مزمن , يبدأ التغير في المفاهيم و المحددات الخاصة بتفهم وضع أفراد الأسرة . والأسرة ليست كيان ساكن لا حراك فيه , ولكنها وحدة اجتماعية متطورة متنامية أخذة في النمو و الحركة . كما أن أفراد الأسرة يتغيرون بمرور الوقت , وكذلك احتياجاتهم ومواردهم تتغير , ولا بد أن يواكب هذه التغيرات تغيراً في الخدمات المقدمة مما يعطي الأسرة الاستمرارية والتكيف المرن مع هذه الاحتياجات المتزايدة .

وقد ظل الطفل المعاق و احتياجاته لفترة طويلة هو مركز الاهتمام للقائمين بالإرشاد و أخصائي الرعاية دون الاهتمام بالأسرة أو تسليط الضوء على احتياجاتها ومدى تأثير العلاقة بين الزوجين والعلاقة الأسرية بين جميع أفراد الأسرة بعدم إشباع هذه الاحتياجات وتتنوع هذه الاحتياجات من احتياجات إرشادية لرعاية الطفل , ومعرفته للتعرف على أفضل الطرق للتعامل مع الطفل , و احتياجات معلوماتية لمعرفة معلومات أكثر عن طبيعة الإعاقة التي أصابت الطفل وأسبابها , واحتياجات نفسية و تربوية وتعليمية ومهنية مرتبطة بتنشئة الطفل و مستقبله .

(إيمان كاشف , 2000)

كما أن مشاكل مواجهة الأقارب و المجتمع بإعاقة الطفل , وعدم القدرة على التنشئة الاجتماعية السليمة لأطفال الأسرة العاديين و أخيهام المعاق , تجعل الإعاقة عاقبة اجتماعية في المرتبة الأولى بالإضافة إلى معاناة بعض الأسر من المشاكل الاقتصادية ومشاكل في قلة الموارد المالية نتيجة لتأثير ظروف الإعاقة على عمل الوالدين مما يزيد من الشعور بالعجز والشقاء لدى هذه الأسر .

[*] أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة الزقازيق 0

مما سبق يتضح أن هناك العديد من المحاور والمناحي التي يمكن مساعدة الأسرة من خلالها . وقد أشارت الدراسات الحديثة التي تم أجرائها على عينات مختلفة وفي مجتمعات مختلفة إلى ضرورة التغيير في النظرة إلى طبيعة الخدمات التي يمكن تقديمها لهذه الأسر فلم تعد وظيفة المرشد أو الأخصائي النفسي أو الاجتماعي هي مجرد الاستماع لشكوى هذه الأسر من الطفل المعاق، أو عدم نموه مثل الأطفال في سنه ، أو أن يعمل على امتصاص مشاعر الصدمة الأولى لاكتشاف الإعاقة و المساعدة و المساندة التي يقدمها للوالدين لكي يتخطوا هذه المرحلة ويصلوا إلى مرحلة الرضا و القبول لهذه الإعاقة .

الآن تغيرت هذه النظرة الضيقة وأصبحت أكثر اتساعا وشمولا حيث أصبح المرشد أو الأخصائي الذي يعمل مع الأسرة مقدم خدمة متنوعة شاملة لمساعدة جميع أفراد الأسرة و الاندماج معها لمساعدتها على تلبية احتياجاتها وحل مشكلاتها المباشرة أو غير المباشرة مع الاعاقه . مما يزيد من قدرة الوالدين على مواجهة المشاكل وتبني وجهات نظر أكثر إيجابية تتناسب مع إمكانيات و احتياجات الأسرة .

كما يتضح أن الاتجاه الإرشادي الآن للعمل مع عائلة الطفل المعاق ينحو إلى مشاركة جميع الأفراد المعنيين بالخدمة للتخطيط لبرامج التدخل الأسري و ذلك بهدف إنماء مفهوم (الشراكة) بين الأخصائي أو المرشد و جميع أفراد العائلة وتهدف هذه الورقة البحثية إلى مناقشة عدد من النقاط الهامة وهي :

- ما هي خصائص أسرة الطفل المعاق ؟ وما هي أهم الاحتياجات المشتركة لهذه الأسر ؟
- ما هي الأدوار التي يمكن أن يؤديها المرشد أو الأخصائي النفسي لتلبية هذه الاحتياجات ؟
- هل يمكن تقديم تصور مقترح لنموذج التعاون المشترك بين الأسرة و المرشد النفسي ؟

أولا : خصائص أسرة الطفل المعاق وأهم الاحتياجات لهذه الأسرة :

من الصعب أن نفهم خصائص الأسرة دون أن نشير إلى دورة الحياة الأسرية . إن المفهوم التنموي للأداء الأسري يكون هاما لأنه يتعامل مع الدينامية الأسرية الأخرى و بمرور الوقت تتقدم الأسرة و تحدث التغييرات في بنائها و أدائها . وهذه التغييرات تؤثر بالتالي في الطريقة التي تتفاعل بها الأسرة لمواجهة الإعاقة واحتياجاتها .

ودورة الحياة الأسرية سلسلة من المراحل التنموية و التي تتغير بتغير الأدوار التي يلعبها أفراد الأسرة . وقد تتسبب هذه التغيرات في اضطراب أو احتياج أولى لتحقيق التوازن . فكل مرحلة وظائفها التنموية الخاصة بها و هي تكون مرتبطة بشدة بالمرحلة العمرية للطفل المعاق . فعلى سبيل المثال :

الرعاية الجسمية التي يقدمها الوالدين تكون جوهرية أثناء مرحلة الرضاعة والإرشاد التعليمي والمهني يكون هاما عندما يصل الطفل إلى مرحلة المدرسة , وفي حين يكون الترابط و الاتصال ذو أهمية في مرحلة الطفولة فأن الانطلاق و الاستقلال يكونا هدفا عندما يصل الأبناء إلى مرحلة المراهقة . وهكذا فهناك تغير دائم في الأدوار الأسرية وقد اهتم العلماء بدراسة أسرة الطفل المعاق حيث كان الاتجاه نحو الطفل كركيزة للاهتمام , ثم في تطور أخر تم التركيز على دور الأم مع التأكيد على الرابطة بين الأم و الطفل المعاق . ولكن تطورت النظرة الآن إلى التركيز على (النموذج الأيكولوجي) حيث يؤكد على أن أي تغيير في جزء من النظام الأسري يؤثر في الأجزاء الأخرى من النظام محدثا الحاجة إلى تكييف النظام (إعادة التوازن) فالطفل المعاق لا يعيش بمعزل عن الأسرة , و بالمثل فالأسرة لأتعيش بمفردها بل تعيش في بيئة اكبر أي المجتمع العائلي ثم المحلي وما وراءه (سليجمان , دارلنج , 2000:29) .

وقد قام Turn Bull,1990 : بربط المراحل التنموية لدورة الحياة الأسرية بالضغط التي تتعرض لها أسرة الطفل المعاق و ما يرتبط بها من احتياجات في:

- 1- مرحلة حمل الطفل ورضاعته والحاجة إلى تلقي تشخيص دقيق عن حالة الطفل , عمل توافقات انفعالية , إخبار باقي أفراد الأسرة .
- 2- مرحلة الطفولة وعمر المدرسة=> توضيح وجهات النظر الشخصية الخاصة بالأوضاع السائدة للطفل ، والتعامل مع ردود فعل أقران الطفل، والترتيب لرعاية الطفل و الأنشطة الممكنة .
- 3- مرحلة المراهقة ومواجهة الحالة المزمنة لا عاقبة الطفل , التعامل مع المشكلات الجنسية، التغلب على رفض و عزلة المراهق من قبل الأقران , التخطيط للمستقبل المهني للمراهق المعاق .

- 4- الانطلاق والتوافق مع المسؤولية المستمرة للأسرة , اتخاذ قرار بشأن الوضع السكني اللازم , التعامل مع انعدام فرص الدمج المجتمعي .
- 5- ما بعد الوالديه وإعادة تكوين العلاقات بين الزوجين في ضوء حالة الطفل , التفاعل مع مقدمي الخدمات البديلة من المتخصصين للفرد المعاق , التخطيط للمستقبل .
- إن المشكلات و الاحتياجات الأسرية تزيد من الاحساس بالضغط مما ينعكس على توافق الأسرة واستقرارها , وبالتالي لا يمكنها تلبية احتياجات التغيير المستمر في الدورة الأسرية و عندما تزداد الضغوط التنموية مع ازدياد الضغوط الخارجية و النفسية فأن القضايا الأسرية لايمكن حلها , حيث تتوقف دورة الحياة الأسرية عند نقطة معينة لا تتخطاها . (سها أحمد رفعت ، 2006)
- ومن البحوث العديدة التي اهتمت بالتعرف على أهم الاحتياجات و المشكلات والتي يمكن أن تسبب قدرا هائلا من الضغط على أفراد الأسرة – أمكن تحديد أكثرها شيوعا في:

* مشاكل مرتبطة بنمط الإعاقة عند الطفل 0

* اضطرابات وقت النوم 0

* مشاكل الاتصال والتواصل اللغوي 0

* المشاكل السلوكية الموجودة عند الطفل .

* حالات العجز و الإعاقة المضاعفة .

* مشاكل التعليم الشديدة و المرتبطة بالإعاقة.

* المشاكل المرتبطة بمظهر و شكل الطفل الخارجي .

* الهياج و الإثارة العالية الموجودة عند الطفل .

(RatcliFF,1999;Eiser,1998 ; Sloper& Turner , 1993)

وفى البيئة المصرية أظهرت نتائج دراسة إيمان كاشف : 2000 أن أهم الضغوط التي

تعاني منها اسر الأطفال المعاقين هي :

* ضغوط رعاية الطفل . * ضغوط الهموم المستقبلية .

* ضغوط التوافق أزواجي . * ضغوط ردود فعل الآخرين .

* ضغوط الأبناء العاديين . * ضغوط مادية .

* ضغوط خصائص الإعاقة . * ضغوط مجتمعية .

وقد ارتبطت هذه الضغوط بمجموعة من الاحتياجات الأسرية وهي :

- * احتياجات معرفيه .
- * الحاجات المستقبلية .
- * احتياجات ماديه .
- * حاجات رعاية الطفل .
- * الحاجة إلى توفير الخدمات .
- * حاجات رعاية الأبناء العاديين .
- * الحاجة لدعم الزوج .
- * الحاجات المرتبطة بالمجتمع .

كما يمكن تمييز بعض الخصائص العامة و المشتركة التي تتميز بها اسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مثل :

* العزلة الاجتماعية , والحاجة إلى صديق مقرب , وعدم الاستفادة من المساعدات الاجتماعية المتوفرة محليا .

* الصعوبات الاقتصادية والاجتماعية مثل البطالة , عدم وجود سيارة مما يعيق حركة الأسرة - المسكن الفقير وغير الملائم لحركة الطفل - الاضطرابات المالية و قلة فرص العمل , أو فقد العمل نتيجة عدم المواظبة لارتباط الأب بمواعيد المستشفى أو زيارة مراكز الرعاية .

* المستويات العالية للجهد والمشقة من أحداث الحياة اليومية : كضرورة بقاء احد الأفراد بالمنزل لرعاية الطفل , أو المراقبة المستمرة لسلوكيات الطفل حتى لا يؤدي نفسه عدم الرضا أو التوافق الزوجي .

* أساليب التوافق الضعيفة التي يستخدمها الوالدين و قلة استخدام طرق و أساليب الانسجام العملية، وزيادة استخدام وسائل سلبية للتعامل مع مشكلات الطفل , و التفكير غير المنطقي أو المتمني (أي الأمنيات المبالغ فيها من قبل الوالدين نحو مستقبل و قدرات الطفل) .

* عدم وجود وقت للراحة والاسترخاء لدى أفراد الأسرة.

* التأكيد على القيم و الأخلاقيات الدينية و تقويتها لدى أفراد الأسرة (فهي الملاذ الأخير)

* ضعف العلاقات الأسرية بين أفراد الأسرة (DaLe,1996:108-110)

- وتختلف أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في كيفية إشباع هذه الاحتياجات وتتأثر هذه الطرق و الأساليب بمستوى تعليم الوالدين , ومستوى الخدمات المتوفرة , ومدى توافر المعلومات المسهلة للحصول على هذه الخدمات , و المعتقدات و القيم المسيطرة على الأسرة . كما تختلف هذه الطرق في الأفعال و السلوكيات والأفكار المستخدمة للتعامل مع أو التحكم في أو التغلب على المواقف المثيرة للضغط ومن أمثلة هذه الأساليب أو الطرق لإعادة التوافق قد يلجأ الوالدين إلى :
- * إنكار التشخيص لإعاقة الطفل حتى لا يكون عليهم مواجهتها .
 - * استخدام التسهيلات الخاصة بالراحة و الاسترخاء وذلك لكي يعطوا أنفسهم الوقت لمواجهة موضوع رعاية وتربية الطفل .
 - * البحث عن المساعدة من الأصدقاء والأقارب (مساندة اجتماعية)
 - * التفكير بصورة ايجابية , حيث يعترف الوالدين بأن هناك حالات إعاقة أصعب من طفلها .
 - * تغيير وجهة نظر الفرد تجاه المواقف كالنظر إليه من منظور الرضا بقضاء الله
 - * البحث عن المعلومات المفيدة و النافعة مثل البحث عن الرأي الآخر ، قراءة الكتب المتعلقة بالإعاقة , توجيه الأسئلة للمختصين .
 - * حل المشكلة البناء , مثل تحديد المشكلة ومتابعة الوسائل الفعالة و المؤثرة و الواقعية من اجل حل المشكلة .
 - * الموافقة السلبية على أي برامج علاج يتم تقديمها للطفل (ترك المسؤولية للآخرين أو تجنب المعارضة و المواجهة) .
 - * الانسحاب و التراجع عن المواقف ذات الضغوط العالية مثل التراجع عن الاتصال بالمستشفيات , أو التمني بدون عمل , تجنب أفراد الأسرة الآخرين . (Sloper&turner:1991)
- مما سبق يتضح أن جميع تلك الأساليب تعمل على تحقيق التوافق و خفض الضغوط , وان كان بعضها سلبيا إلا أن هناك بعض الأساليب الايجابية التي يحاول أن يتبعها الوالدين والتي يحتاجها فيها إلى من يرشدهم في إتباع أحسن هذه الطرق و أكثرها فائدة للأسرة وللطفل . مما يزيد من العبء أو المسؤولية الملقاة على كاهل المختصين من المرشدين النفسيين و الاجتماعيين و كل من يتدخل مع هذه الأسر .

كما أن الخدمات التي يقدمها المختصون لأسرة الطفل المعاق إذا لم تكن معدة أعدادا جيدا فقد تؤدي إلى زيادة الشعور بالضغط عند الأسرة و بعبارة أخرى فإن عدم الإشباع للاحتياجات يؤدي إلى إثارة الاحساس بالضغط . فجميع الأسر في حاجة إلى المساعدة الإضافية والاتجاهات الايجابية من الآخرين0

وهذا يقودنا إلى المحور الثاني في هذه الورقة البحثية وهو الخاص بأدوار المرشد النفسي والخدمات التي يمكن تقديمها لهذه الأسر لخفض الضغوط التي تعاني منها وتلبية الاحتياجات الأسرية المرتبطة بالإعاقة ليصل بها إلى درجة من التوافق الايجابي .

وتختلف هذه الخدمات باختلاف الأسر , حيث قد تعتبر إحدى الأسر بعض الاحتياجات هامة و مؤثرة للغاية و سببا مباشرا للإحساس بالضغط , و تعتبر أسرة أخرى نفس هذه الاحتياجات ذات تأثير ضئيل للغاية .

ومن الملاحظ أيضا أن الاحتياجات الخاصة بالمراهقين و الكبار ممن لديهم إعاقات أو من ذوي الحالات الخاصة كانت نادرا ما تؤخذ بعين الاعتبار مع أنه من الممكن لاحتياجاتهم الخاصة أن تكون مختلفة بدرجة كبيرة عن تلك الأسر التي لديها أطفال صغار السن وقد أهتمت الدراسات بالتعرف على مدى القلق البالغ الموجود لدى الوالدين و ذلك نظرا لان هؤلاء الأفراد عاطلين عن العمل , أو إنهم يعيشون وقتهم دون ممارسة أي أنشطة هادفة أو نافعة لهم , كما يصبح الوالدين مهتمين بالمستقبل عندما يكبر الطفل المعاق ولا يستطيع أن يتوافق أو ينسجم مع من هم في مثل سنه , أو كيف سيعيش الطفل بعد وفاة والديه ؟ وأين ؟ (إيمان كاشف , 2000) .

ولذلك يحرص الوالدين نتيجة قلق الانفصال عن أولادهم على استمرار تواجد أطفالهم معهم أطول فترة ممكنة , مما قد يسبب مشاكل و خلافات مع المرشد النفسي و الذي يحاول تنمية الاستقلالية عند هؤلاء المراهقين .

وعلى ذلك لابد عند تقديم الخدمات للأسر من التأكيد على مبدأ الفردية من ناحية و التنوع من ناحية أخرى في حياة هذه الأسر , و من ثم فإن كل أسرة ستكون في حاجة إلى مجموعة من

الخدمات الفردية التي تتناسب مع احتياجاتها وكذا قوتها الخاصة بها ومصادرها في تحقيق التوافق ، وعلى من يقوم بتقديم هذه الخدمة أن يعمل على التأكد من أن التوقيت الزمني ونوعية الخدمات المقدمة أمر يتناسب مع الظروف الحالية للأسرة و قد يحدث نوعا من التداخل بين الأدوار التي تقوم بها الأسرة و الأدوار التي يقدمها الأخصائي مما ينتج عنه نوعا من الإرباك و التضارب في هذه الأدوار .

ويمكن تلخيص هذه الأدوار كما ذكرها Eiser:1990 :

شكل (1) أدوار الأخصائي والأسرة لرعاية الطفل ذو الاحتياجات الخاصة

| أدوار الأسرة نحو الطفل | أدوار الأخصائي نحو الطفل |
|--|--|
| <p>* تقوم الأسرة بواجباتها و مراعاة حقوق الطفل (مسؤولية الأسرة) .</p> <p>* تقدم الأسرة خبرة مباشرة للطفل لوجوده بصفة مستمرة مع الأسرة .</p> <p>* متابعة تطوره و نموه في العديد من المراحل النموية كرضيع وكطفل , وكطفل تحت سن البلوغ .</p> <p>* يألف لغة عائلته و كل من له صلة قرابة , و تكون هي مصادره لتحقيق احتياجاته .</p> <p>* في بعض الأسر تملك حالات مباشرة لتقديم الخدمة (ذاتية أو مدفوعة الأجر) .</p> <p>* تعتبر الأسرة هي الحارس القانوني و الشرعي و القائم على رعاية الطفل و مسؤله عنه قانونيا حتى يكبر , وتهتم الأسرة بطفلها فقط .</p> <p>* ارتباط عاطفي قوي جـــــدا .</p> <p>* تواصل قوي وفي ازدياد .</p> | <p>* يقوم المتخصص بتقديم الخدمة استنادا على الوضع الوظيفي و المهني والتي تدخل ضمن مسؤوليته .</p> <p>* يقدم خبرة على مستوى أعلى , يلبي حاجات الطفل الأساسية خلال اللقاءات مع الأسرة .</p> <p>* المتابعة الجيدة للطفل منذ البداية و ملاحظة نموه والتغيرات الحادثة .</p> <p>* تقديم الحاجات الأساسية من تعليمية ولغوية وطبية ونفسية اجتماعية للطفل خلال مراحل تعلمه في مسارات التربية الخاصة.</p> <p>* تيسير الخدمة , وربما تأخذ وضع تقديم الخدمة المباشرة - وقد تصبح وسيلة للتحكم أو الاعتمادية .</p> <p>* مسئولية الأخصائي تكون لفترة قصيرة , الاهتمام بالجميع مهما اختلفت الإعاقات .</p> <p>* ارتباط عاطفي قليل مع الطفل .</p> <p>* البحث عن مزيد من التواصل مع الطفل.</p> |

وخلال محاولات تطوير الأدوار التي يمكن أن يؤديها الأخصائي نحو الطفل و الأسرة و للانتقال من دور المتلقي للشكوى إلى دور الشراكة بين الأخصائي و الأسرة ظهر العديد من نماذج التداخل في العلاقة بين المرشد و الأسرة و من هذه النماذج :

نموذج المرشد الخبير :

وهنا يستغل المرشد امكاناته و خبراته لوضع أحكام للسيطرة على زمام الأمور , و اقتصر دور الإباء على إمداد المرشد الخبير بالمعلومات عند الحاجة إليها , كذلك الاستجابة لأوامر و نصائح المرشد الخبير .

وربما يعلم المرشد الأب بالقرارات المتخذة لرعاية الطفل و لكن يظل الأب ليس لديه السلطة لاتخاذ هذه القرارات أ و إشراكه في اتخاذها , ولأتخذ مشاعر أو رغبات الوالدين في الاعتبار مثال : المرشد و الأخصائي الاجتماعي قد يقوموا بتحويل الطفل من المدرسة العادية إلى مدرسة خاصة لرعاية المعاقين عقليا مثلا دون استشارة الوالدين ثم يتم كتابة تقرير و عقد اجتماعات و لا يتم إخبار و إشراك الوالدين فيها .

نموذج علاقة النقل :

في بداية السبعينات من القرن الماضي بدأت علاقة جديدة تنظر إلى الوالدين كمحور هام غير مستغل للمساعدة في رعاية الطفل و اعتبار المنزل مكانا هاما للتعلم .
وتبع لهذا النموذج أصبح على المرشد نقل مهاراته و خبراته للوالدين للمساعدة كي يصبحوا أكثر تخصصا و ثقة و مهارة . و أصبح الهدف هو إعداد الآباء لكي يصبحوا مساعدي تدريس أو مساعدي تعليم , أو مساعد مدرب على فنيات معينة . ومن هنا تغيرت العلاقة بين المرشد و الوالدين و أصبح الآباء لديهم خبرات و قدرات يمكن استخدامها بصورة جيدة .
أن المرشد هنا يرشد الوالدين أثناء تعاملهم مع الطفل , ويستخدم لغة الحوار التثائي .
عندما ينقل المهارات للوالدين ويعطي الوالدين التغذية المرتدة اللازمة لمعرفة مدي نجاحهما مع الطفل .

ومع ذلك فالأخصائي يحتفظ بقوي مشابهة (المكانه والخبرة) ويبقى لديه السلطة للتحكم الأخير في صنع القرار . فمثلا يقوم الأخصائي بتصميم البرنامج التعليمي للطفل دون مشاوره الوالدين ولكنه يخبر الوالدين كيف وماذا يدرس الطفل .

نموذج الأب كمستهلك :

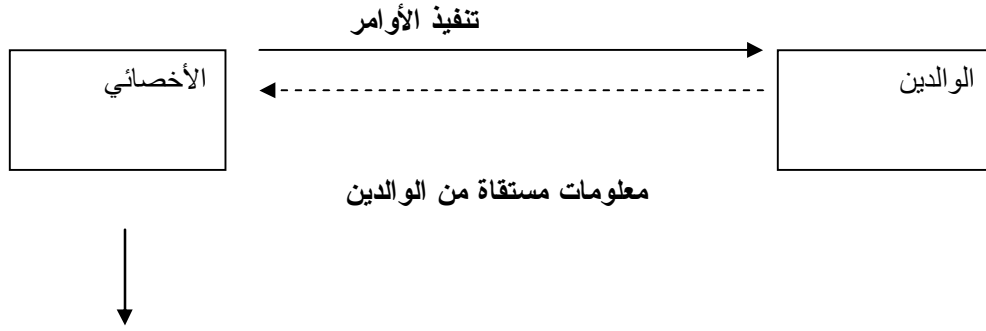
يعد نموذج المستهلك من أوائل إطارات المفاهيم الخاصة بعمل علاقة المشاركة . وقد أكد هذا النموذج علي ضرورة إعطاء الآباء حقوق جديدة مع بعض التغيير في السلطة من المرشد ألي الوالدين فيجب أن يعطي الوالد مصدر جديد للقوة مع بعض السيطرة علي زيادة المصادر , ونعتبره كمستهلك لديه الحق في اختيار الخدمات والتدخلات المناسبة من أجل الطفل .

كما يجب أن يعطى الوالدين سلطة الخبير أيضا , ولأول مرة يتم الاعتراف بأن الوالدين لديهم الخبرة والمعرفة الكاملة بقدرات الطفل وأصبحت مهمة المرشد هي أرشاد الوالدين للوصول إلى القرارات الفعالة والمناسبة كما يقوم بعرض وتقييم البدائل واتخاذ القرارات الفعالة والواقعية والأساس الذي ينظم العلاقة بين المرشد والوالدين هو " الإطار التفاوضي " أي العملية التي يحاول المرشد والوالدين من خلالها الوصول إلى اتفاق مقبول بشكل ثنائي (Dale,1996)

نموذج التقوية :

وهو نموذج آخر لعلاقة المشاركة اقترحه (Crowley&Toylor(1994)حيث يلتقي نموذج الأب المستهلك ونموذج الأنظمة / الشبكات الاجتماعية ليؤلفا نموذجا جديدا لتنظيم العلاقة الوالدية مع الاختصاصي والمرشد وهو نموذج يؤكد على حق الوالدين كمستهلكين في اختيار المشاركة في الخدمة بما يتناسب مع ظروف العائلة وبما يتناسب مع الشبكة الاجتماعية الداعمة للأسرة، حيث تتكون كل عائلة من علاقات اجتماعية متشابكة بداخل العائلة ذاتها أيضا مع الجماعات الاجتماعية الأكبر حجما مثل العائلة الكبيرة , والأصدقاء , والجيران , والجماعات الداعمة محليا ويلاحظ على هذا النموذج أنه ينظر إلى الأسرة كوحدة متكاملة لديها نمط خاص بها واحتياجات مختلفة وهذا ما يجب أن يضعه المرشد في الاعتبار عند التعامل مع العائلة ,أيضا لابد أن يفكر في نوع المساعدة التي قد يحتاج إليها الوالدين ليتخذوا وضع (الشركاء) كأن يزيد من قدرة الوالدين على التحكم في اتخاذ

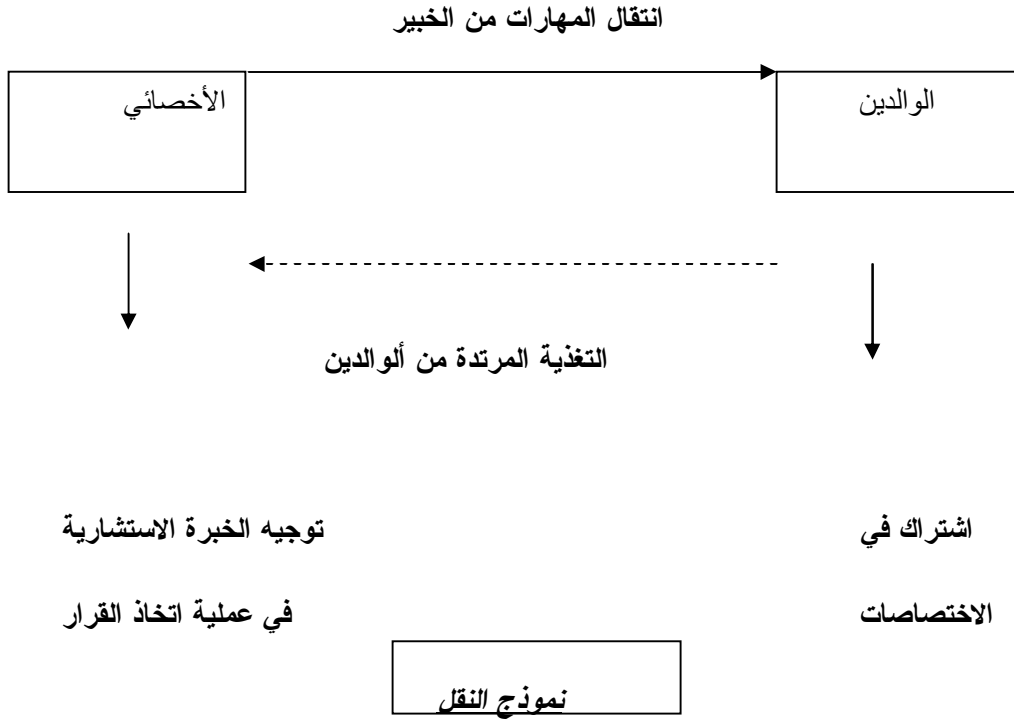
القرارات التي تؤثر على الطفل , وأن يكونا مدركين لحقوق الأباء الخاصة بالمشاركة في الخدمات المقدمة بالقدر الذي يحدد أنه هما والشكل رقم 2 يلخص هذه النماذج للعلاقة بين المرشد والوالدين .



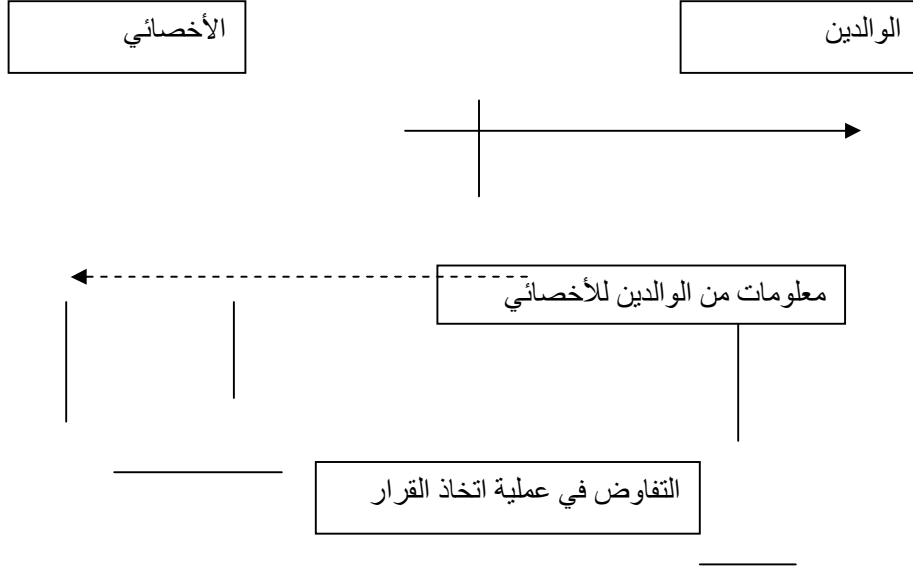
- تحكم الخبرة الكامل

- اتخاذ القرارات المنفردة

نموذج المرشد الخبير



أعطاء الخيارات والمعلومات



توجيه الخبرة الاستشارية

- اختصاصات الخبرة

- تحكم في عملية اتخاذ القرار

نموذج المستهلك

الأخصائي

الوالدين

الشبكة الاجتماعية

- التدهيم الاجتماعى
- القوى الفردية
- تسهيل التقوية
- الرسمى وغير الرسمى
- المصادر والاحتياجات .
- الأخذ بدور الخبير
- مرحلة خاصة من
- مرحلة خاصة من الموائمة
- الموائمة .
- المستهلك .
- محدودة من الوقت .
- النشاط ينمى تحكم وسلطة الوالدين .
- الحساسية و الإدراك للأساليب العائلية الخاصة و الشبكة الاجتماعية .

نموذج التقوية

النموذج التفاوضى :

من جميع النماذج السابقة أمكن التوصل من خلال التحليل النقدي إلى نموذج آخر وهو يقوم على التفاوض لكي يصل إلى علاقة المشاركة ,فهو يقدم إطارا لاكتشاف نشاط علاقة المشاركة الذي يمكنه أن يتضمن أوان يستجيب للقيود وواقع العلاقات الحقيقية بين الأبوين والمرشد داخل السياقات الاجتماعية الحالية والمستقبلية ويمكن تفسير علاقة المشاركة الذي يتضمنه النموذج التفاوضى بأنه علاقة عمل يستخدم فيها الشركاء التفاوض واتخاذ القرار بصورة مشتركة وحل خلافات الراى وعدم

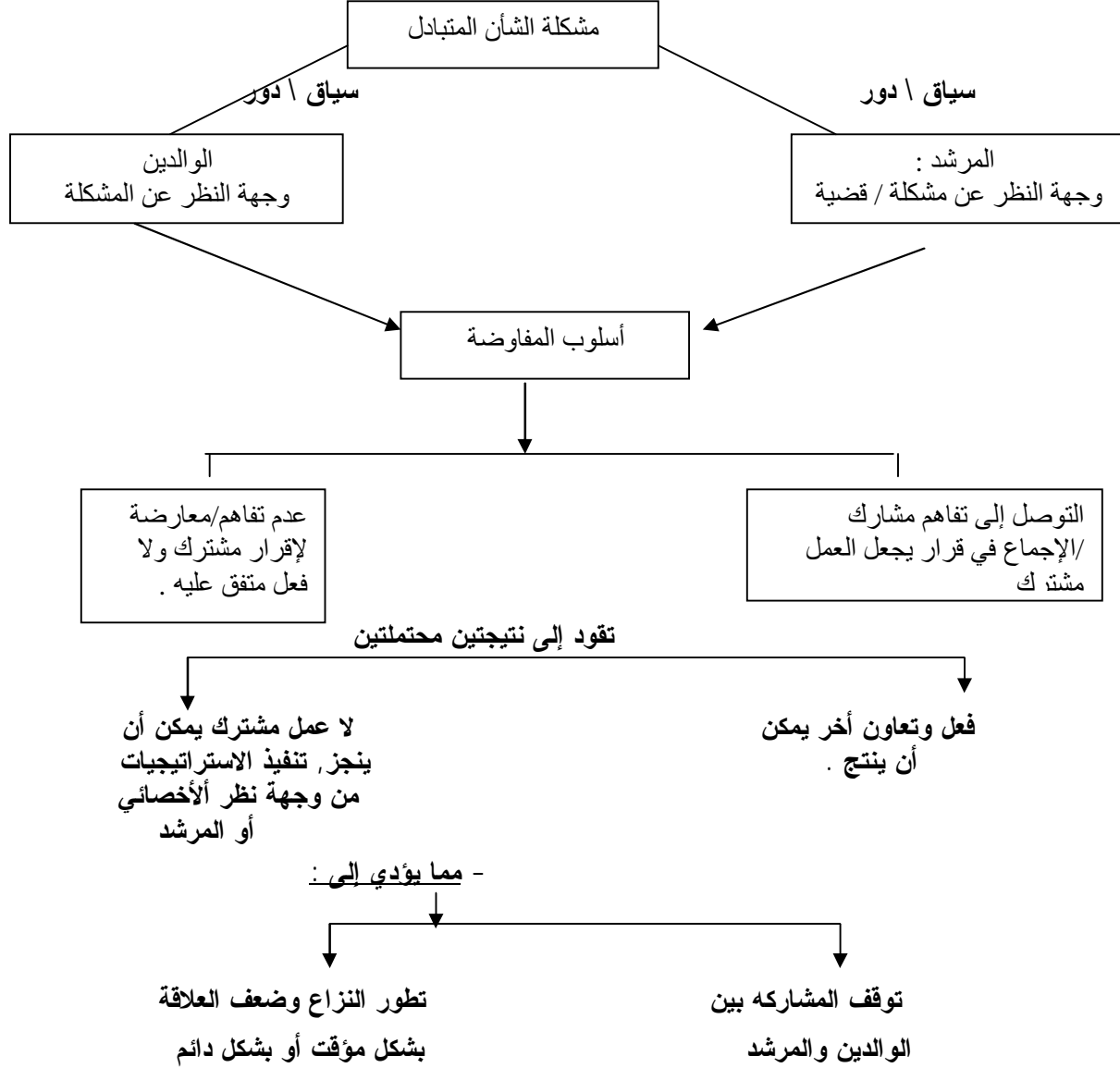
الاتفاق لكي يصلوا إلى منظور مشترك أي كيف يفسرون المواقف المختلفة؟ وكيف يفسرون مشاعرهم حياله؟ ويضم الإدراكات والمشاعر والمفاهيم والقيم والمعتقدات ويحاول النموذج التقريب بين وجهات النظر المختلفة وهي قد تكون متناقضة و يتم عقد تسوية حولها حتى تسمح بحدوث المشاركة في العمل واتخاذ القرار 0

العناصر الأساسية للنموذج :

يفترض في هذا النموذج أن الوالدين والمختصين لديهم مشاركات منفصلة وشديدة القيمة ليقدموها للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ولأعضاء العائلة الآخرين ,ولذلك فقد يحتاج أحدهما لمشاركة الآخر ,ولكن وجهات النظر وتفسير الرؤى قد يختلف تبعا لاعتبارات كثيرة ثقافية وعقائدية واجتماعية (شكل - 3) وهذا يتطلب من المرشد الاستماع والبحث وإقامة علاقة مع الوالدين قائمة على المصارحة والمكاشفة . والاهم أن يتم اتخاذ القرارات من خلال اتخاذ حوار ثنائي أو تفاوضي يعرض فيه كل طرف منظوره الخاص وينتج عن هذا الأسلوب أما تفاهم مشترك ووفاق أو عدم وجود تفاهم مشترك وخلاف .

و يشير الشكل الموضح رقم (3) إلى إن التعاملات في علاقة المشاركة قد تكون عملية دائرية تتقلب جيئة وذهابا بين الاتفاق وعدم الاتفاق والتفاهم المشترك أو الاختلاف في وجهات النظر في عملية اتخاذ القرار النهائي مثل قرارات خاصة بالتشخيص وتقييم الطفل و العلاج والتدخل الطبي ومكان المدرسة و التعليم و العناية المؤهلة و تقييم المستوى التحصيلي وطرق التأهيل و جميعها تتطلب مشاركة متخصصة فعالة لحل المشكلة و اتخاذ القرار .

نموذج مقترح لعمل المشاركة



مميزات الشراكة بين الأباء والمرشد :

- الإباء يصبحوا نشطين و نقطة ارتكاز في صنع القرار وإعداده و تنفيذه .
- يدرك الاباء قدراتهم و خبراتهم , و أهميتها في المساهمة في تنفيذ القرارات وتلبية احتياجات الطفل .
- الاشتراك في المسؤولية بين الوالدين و المرشد يخلق نوع من الشعور بالمسؤولية من جانب الطرفين .
- علاقة المشاركة تعني أن للوالدين الحق في الاختيار و اتخاذ القرار و أيضا اختيار المتخصصين و المرشدين الذين يرغبون في العمل معهم .
- تخلق نوع من أنواع الحوار بين الوالدين والمرشدين . فالمرشد لديه المعلومات والمهارات الخاصة التي تسهم مع خبرة الوالدين في البحث عن أفضل الطرق لمساعدة طفلهم , ولكن ذلك يكون جزء من كل , فالإباء يمكن أن يكونوا شركاء مؤثرين لو أن المرشدين لاحظوا ما يقولون و كيف يعبرون عن احتياجاتهم و احتياجات الطفل حتى لو عجز الوالدين عن إن يقوموا بدور الشركة , فأن خبرتهم و معرفتهم بقدرات الطفل و احتياجاته الأسرية يعتبر الركيزة الأساسية التي يمكن من خلالها للمرشد أن يساعد العائلة (Combs& Avila, 1993) .

مستويات نموذج المشاركة والمفاوضة :

من المفترض في نموذج المفاوضة أن عملية المشاركة تعمل على خمس مستويات

مختلفة0

- 1- شخصية (الوظيفة النفسية الداخلية / المنظور الشخصي) .
- 2- اجتماعية (علاقات بين الأشخاص ومعاملات واتصالات بين الإباء) .
- 3- تنظيمية (بناء وتقديم العائلة / بناء و تقدم فريق العمل) .
- 4- وظيفي (دور وقوة الوظائف) .
- 5- تصوري (معتقدات / مذاهب فكرية) .

ملحوظة :

آخر مستويين يجب أن يحسدا سياسات وقوانين حكومية و محلية .
 كما أن هذه المستويات الخمس غير مرتبة ترتيبا هرميا و لكن العلاقة بينها علاقة ديناميكية متحركة فمثلا الخلفية الثقافية و العفائية للوالدين سيؤثر على نوع العلاقة بينهما , وكذلك البيئة التنظيمية للمرشد ستؤثر على الاختيارات المتاحة أمام المرشد و الوالد و أيضا السياسات الحكومية و القوانين ستؤثر على الاختيارات المتاحة أمام الوالدين و المرشد .
 فقد يكون التغيير المنشود على مستوى معين مرتبط بتغيير على المستويات الأخرى لذلك فإن عملية التغيير يمكن أن تبدأ من أي مستوى , كما يمكن إن تسير و تتحرك على جميع المستويات في أن واحد .

وهناك بعض المعتقدات الخاطئة التي قد تسيطر على المرشد أثناء تداخله مع الأسرة و من هذه المعتقدات الخاطئة أن يعتقد المرشد إن الوالدين غير مهيين أو قادرين على استقبال نأ إعاقاة الطفل في بداية التشخيص . ويذكر (سليجمان , ودارنج , 2000:113) أن عملية التشخيص وما يحيط بها من غموض تمثل خبرتين مؤلمتين للأسرة و هي الشعور باللا معنى و اللا قوة . ومعنى ذلك أن قدرة الأفراد على أن يتبادلوا الأدوار ويفهموا معاني الاتصال بالآخرين تتحدد من خلال التفاعل المباشر خلال مواقف معينة . و تظهر مشاعر انعدام القوة عندما يرفض الأطباء بالمستشفى الحديث عن مدى إعاقاة الطفل بعد الولادة بحجة أنهم غير متأكدون , بينما تتضح مشاعر انعدام المعنى عندما يعتقد الأخصائيون أن الوالدين غير مهيين لاستقبال مثل هذه الأخبار ومعرفة الحقيقة، أن الحيرة و الشك لدى الوالدين ربما يكون أكثر ضغطا وتأثيرا على الوالدين من الحقيقة نفسها ، وتظل هذه المعاني والمشاعر تسيطر على الوالدين طالما ظل المرشد والأخصائي يتعامل مع الأسرة من خلال هذا المنظور وخلال عملية التفاعل بين المرشد و الوالدين تنشأ بعض المشكلات مثل :

* مشكلة الحديث الصامت : فقد تكون وسيلة التفاعل بين المرشد والوالدين . حيث اعتاد المختصون أن يتحدثوا مع أولياء الأمور من وجهة نظرهم الخاصة . وقد يطلقون على الإباء تصنيفات مثل غير الواقعيين , ناكروا الإعاقة , وغير ذلك .

- * **تضارب وجهات النظر** : فقد لا يستطيع المرشد أن يدرك وجهة نظر ومشاعر الوالدين و قد لا يرغب بعض الاباء أن يفصحوا عن مشاعرهم , أو قد يتناقض في آرائه وقد يعبر البعض الآخر عن مشاعر الحزن والقلق و الاكتئاب بصورة تترك المرشد مما قد يمثل حملا عاطفيا على المرشد و يزيد من كم ارتياكه , مما يؤدي إلى فشل التواصل والتفاعل بينهما .
- * **انعكاس ردود الأفعال** : إن القرب الشديد بين خبرات ووجهات نظر كل من المرشد و الوالدين ربما تكون نتيجة لذاتية المختص و سيطرته بصورة كبيرة . وقد تكون ردود أفعال المرشد مبالغ فيها أو غير واقعية أو متناسبة مع ظروف و احتياجات الأسرة . مما يشعر الوالدين بالعجز و عدم القدرة .
- * **توافر الخدمات و ردود أفعال الوالدين** : أن ردود أفعال الوالدين مرتبطة بإعاقه الطفل في المقام الأول , ولكنها تتأثر أيضا بالخبرات الاجتماعية والتفاعلية الناتجة عن وجود الطفل . وقد أظهرت نتائج الدراسات أن أولياء الأمور غير راضين عن مستوى الخدمات المطلوبة وذلك أما لنقص أخدمه أو عدم كفايتها أو لتأخر الاستجابة للطلبات أو لوجود الخدمة و لكنها غير منتظمة أو غير منظمه .
- * **عدم الاهتمام أو التعاون** : قد يشعر المرشد بان الوالدين غير مهتمين أو مكترئين بإعاقه الطفل , وغير متعاونين معه في تنفيذ البرامج العلاجية الخاصة بالطفل , وقد تؤثر طبيعة الأسرة ومعتقداتها أو حالاتها الاقتصادية الفقيرة جدا في قدرة المرشد على تنفيذ هذه البرامج أو الوصول إلى نموذج في المشاركة مع الأسرة حيث يمثل الجهل و الفقر في بعض هذه الأسر العائق الأول أمام المرشد .
- * **المنظور الاكلينيكي** : تسيطر على المرشدين خاصة من تخرج من مدة طويلة رؤية سلبية للأشخاص المعوقين وأسرهم. فلقد تدرب هؤلاء المرشدين من خلال المنظور التحليلي النفسي والذي يصب مصادر مشاكل الفرد داخل الفرد نفسه أو بسبب صدمات مرحلة الطفولة , وعند تحليله لمشاعر الوالدين يصفها بأنها إحساس بالذنب لأنهم أنجبوا طفلا معاقا , وربما ينظر الى حب الوالدين للطفل وتقبله على أنه إنكار , وينعكس هذا المنظور على الوالدين أيضا فعندما يعجزون

عن مواجهة الموقف يلقون باللوم على أنفسهم لعجزهم عن تقبل الطفل . (Darling & Baxter , 1996)

وهذا ينقلنا إلى المحور الثالث في هذه الدراسة وهو التصور المقترح لنموذج التعاون بين المرشد و الأسرة :

- في البداية لابد من تحديد أهم واجبات المرشد أثناء تفاعله مع الأسرة ويمكن تلخيصها في :
- * أن يركز الإجابة و النصائح على ما تثيره العائلة من تساؤلات .
 - * أن يعطي التدعيم المعنوي اللازم لإفراد العائلة .
 - * تقديم وجهات نظر مختلفة و حلول مقترحة لإفراد العائلة .
 - * الاستجابة لرغبات و اهتمامات العائلة .
 - * تقديم المعارف و المعلومات التي تحتاج لها العائلة خاصة أثناء مناقشة الحلول المقترحة. (Beckman,2000) .

ولكي يستطيع المرشد القيام بهذه الواجبات لابد أن يتميز ببعض الخصائص مثل :

- 1- المعرفة : لابد من إن يكتسب المعرفة المتخصصة في المجال , فلا بد أن يكون لديه على الأقل معرفة أولية بديناميات الأسرة و القضايا المتعلقة بالإعاقة و بكيفية تأثير إعاقة الطفل في الأداء الوظيفي للأسرة .
- 2- المجتمع : ينظر المرشد للمجتمع على انه قادرا ليس عاجزا , متعاوننا و ليس متخاذلا
- 3- مفهوم الذات : يشعر المرشد بالكفاءة الشخصية ويتوحد بسهولة مع الآخرين ويشعر بأنه جدير بالثقة وانه مطلوب و جدير بالاحترام .
- 4- الإغراض المعينة : المرشد الفعال محرر غير مقيد , يتعامل مع القضايا الأكبر دون الأصغر , أكثر وضوحا وإدراكا لذاته , متداخل مع العملاء .
- 5- المداخل المساعدة : يتوجه المرشد إلى الخدمات المجتمعية المؤثرة و المفيدة للأسرة وليس إلى الحلول المثالية غير الواقعية . و يبني علاقات دافئة مع الأسرة (Combs&Avila,1993) .

ومن الخصائص التي يمكن إضافتها لما سبق:

* أن يكون إيجابيا : فلا بد أن يقنع المرشد الأسرة بقبوله كشخص جدير بالثقة , بصرف النظر عن أهميته أو ما يفعله .

*التقمص العاطفي : لأبد أن يستطيع المرشد أن يظهر لأفراد الأسرة أنه يشعر بانفعالاتهم ويستفهم احتياجاتهم واهتماماتهم من وجهه نظرهم .

* الواقعية : لابد أن يستجيب المرشد لمطالب الأسرة بدقه ووضوح وبشكل محدد ومباشر .

* الدفاء : لابد أن يظهر المرشد اهتماما من خلال التعبير اللفظي و غير اللفظي , ويظهر هذا المصطلح (الدفاء) في الدراسات الإرشادية لكنه لم يحدد جيدا , ولكن يعرف المرء بفطرته من هو الإنسان ذو الشعور الدافئ المتقبل , ومن هو البارد الراض

* الوعي بالذات أو إدراك أذات والفصل بين ذاتية المرشد و اتجاهاته و بين العمل مع الأسرة أمرا هاما لنجاح المرشد .

مما سبق يتضح أن واجب المرشد الأول هو أن يساعد الوالدين على أن يكون لديهم شعور إيجابياً عن أنفسهم وعن أطفالهم وان يغلبوا المشاعر الإيجابية على السلبية , وان يعمل على مساعدتهم على تقبل الخدمة المقدمة لهم و كيف يستفيدوا منها . ويمكن للمرشد أن يتبع بعض الفنيات الإرشادية التي تساعد على نجاح التداخل مع الأسرة ومن هذه الفنيات :

أولا : تنمية الرغبة في التواصل بين الأسرة و المرشد : ولكي ينجح المرشد في ذلك لابد أن يراعي أن تكون رسالته :

- واضحة تحمل جمل عامة وصريحة وان تكون الكلمات مباشرة ومبسطة وقصيرة وتساعد على التركيز .

- استخدام التأثيرات التي لها أولوية : فان المعلومات التي تعطي أولا يتم تذكرها بطريقة أفضل .

- استخدام المعلومات بطريقة أفضل : عن طريق تصنيفها في مجموعات , ثم وضع أسماء المجموعات في قوائم قبل تقديم المعلومة للوالدين , ثم القيام بتكرار اسم المجموعة قبل تقديم المعلومات الموجودة في المجموعة . وعند الحديث مع الوالدين يجب أن يقوم المرشد بـ :

- استخدام التكرار لكي يساعد على الفهم
- يتجنب اللغة الغامضة قدر الإمكان .
- اختيار لغة بسيطة للشرح : فلا يفترض المرشد أن الوالدين يستطيعون فهم المصطلحات العلمية أو الطبية أو النظريات المستخدمة ، ويجب أن يستخدم لغة اليوم بقدر الإمكان وان يشرح للوالدين المصطلحات والمفاهيم التي يضطر استخدامها إلى شرحا مبسطا وافيا . كما عليه أن يحاول أن يتحقق من وقت لآخر من أن الوالدين يفهمان ما يقوله
- أن يقوم المرشد بكتابة ما يدور بالجلسة حتى يمكن للوالدين مراجعته بعد الانتهاء من المقابلة
- أن يساعد الوالدين على إلقاء الأسئلة، وأن لا يعتقد أن أي سؤال مهما كان بسيطا ليس مهما للوالدين .
- محاولة وضع المعلومات أو الأخبار السيئة والتي يضطر المرشد أن يخبرهم بها في إطار مقبول ، ولا يجب على المرشد أن يستهين بمشاعر أو طموحات الوالدين .
- إن انتقال المعلومة من المرشد عملية ذات وجهين ، فعندما يعطي المرشد المعلومة فإنه أيضا يستقبل معلومة ويكتشف من خلالها الحالة الحسية والنفسية للوالدين ومدى فهمهم للموقف وإدراكهم له ، وهذا يتطلب استفسار جيد ونشط ، وكذلك حصر الإجابات والتعليقات التي يقدمها الوالدين وتحليلها .

ثانيا : الاستماع والفهم :

يعد الاستماع عملية هامة ورئيسية في التواصل بالنسبة للوالدين ، فمن خلال الاستماع الجيد من المرشد سيتم تجميع آراء الوالدين ووجهات نظرهم ، وسيرسل الاستماع الجيد للوالدين رسالة بأن المرشد مهتم وأن رأيهم له قيمة في حل المشاكل وصنع القرارات . ولكي ينجح الاستماع ويكون جيدا لابد أن .

* يلقي اهتمام من المرشد * دقيق لكل ما يقوله كل فرد من أفراد الأسرة

* متصل أي الإيحاء للمتكلم بأن كلامه مفهوم وإنه مستمع إليه .

ثالثاً : حل المشكلة :

- على الرغم من أهمية مساعد الوالدين للوصول إلى فهم أكبر لمواقفهم أو مشكلاتهم إلا أنه في ظروف معينة يحتاج أحد الوالدين أو كلاهما المساعدة للوصول إلى حل أو علاج لمشكلة ما ويعرف هذا بأسلوب حل المشكلة . وهناك نوعين من أساليب حل المشكلة :
- حل المشكلة المنظم : ويشير إلى عملية المساعدة للوالدين في الوصول إلى حل مشكلة خاصة (غالباً ما تكون ذات اهتمام شخصي)
 - حل المشكلة المفاوض : ويشير إلى العملية التي يشترك فيها المرشد مع الوالدين للوصول إلى قرار بالانضمام معاً لحل مشكلة ذات اهتمام متبادل . ويمكن تلخيص مهارات المساعدة من جانب المرشد في الشكل رقم (3) كما أقرحه

(Kahng&davies,1993)

شكل (4) مهارات المساعدة

| 3 | 2 | 1 | المرحلة |
|------------------------------|--------------------------|-----------------|----------|
| حل المشكلة | الفهم | الاستماع | المهارات |
| تفكير بارع مفاجئ | تلخيص | جلسة مفتوحة | |
| تحديد اختيارات | إعطاء معلومات | اتصال مباشر قوى | |
| تقييم الاختيارات | تحديد الموضوعان | تعبيرات بالوجه | |
| تطوير خطط للحدث لما سوف يكون | التعبير عن المضمون | نغمة الصوت | |
| تسهيل التأكيد | عمل العلاقات | عدم الانشغال | |
| تقييم التقدم | ملاحظة التناقضات | صمت تام | |
| إعادة العملية | اقتراح تفسيرات بديلة | تشجيع | |
| الترتيب لاتصال لاحق | اقتراح منظور جديد | أسئلة مفتوحة | |
| المراجعة | اقتراح استنتاجات تجريبية | أسئلة واضحة | |
| اتصال نهائي | كشف الذات | إعادة صياغة | |
| | مناقشات | استماع فعال | |
| الحدث | الفهم | الاستكشاف | الأهداف |
| الحدث | التحليل | المعرفة | |

قائمة المراجع

- 1- إيمان فؤاد وكاشف (2000) دراسة لبعض أنواع الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية. مجلة كلية التربية , جامعة الزقازيق , العدد 36 , ص 199 – 253 .
- 2- سيلجمان , دارلنج (2001) إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة , ت : إيمان فؤاد كاشف . القاهرة : دار قباء للنشر
- 3- سها أحمد رفقت (2006) الاحتياجات النفسية والاجتماعية لوالدي الأطفال المتخلفين عقلياً وعلاقتها بالتوافق الأسري , رسالة ماجستير : كلية التربية , جامعة الزقازيق .
- 4- Beckman , P(2000) : comparison of mother's and father's perceptions of the effect of young children with and without disabilities . American . jor .of mental retardation; v.95, N.5, P585-95 .
- 5- Combs,A &Avila,D .(1993) : helping relationship : basic concepts for the helping professions (3 rd .ed) . Boston . London .
- 6- Crowleg , S.& Taylor ,M., (1994) : mother's and father's perceptions of family function ing in families having children with disabilities .early education and development ;v.5, n.3.
- 7- Dale,N ;(1996) : working with families of children with special needs , London , new york : roughtedge pub .
- 8- Darling, R.,&Baxter,C.,(1996) : families in focus : sociological methods in early intervention . Austin , tx : pro – Ed .
- 9- Eiser , C.(1990) : psychological effects of chronic disease j. of child psychology and psychiatry, v.31,n.1.

-
- 10- Eiser , A ; (1998) : families of the handicapped child : research and practice . family relations ; v.34,p 57 – g5 .
- 11- Kahn,A; Davies ,S; (1993) : conceptualizing social support families of children with special healthneed , family process, n.23,235-248 .
- 12- Ratcliff,D.(1999) : counseling parents of the mentally retarded . Achristion . perspective .j. of psychology and theology ; v.18 ,n.4,3 .
- 13- Sloper,P,(1991) : parental and professional views of the needs of families with a child with severe physical disability . counseling psychology quarterly , n.4 , 323-330 .
- 14- Sloper, P.& Turner,S .(1993) : risk and resistance factors in adaptation of parents of children with severe physical disability ; j of child pasychology and psychiatry , v.34 .
- 15- Turnbull, A .,(1990) : families professionals and exceptionality (2 nd .ed) Columbus , oh : Merrill.