

نموذج متعدد الأبعاد للعمل مع أسر التلاميذ

ذوى الاحتياجات الخاصة

أ.د/ إمام مصطفى سيد

أستاذ علم النفس التربوى ووكيل كلية التربية لشئون خدمة المجتمع وتنمية البيئة – جامعة
أسيوط

محمود محمد إمام

مدرس مساعد بقسم علم النفس – كلية التربية – جامعة أسيوط

وحاصل على منحة هيئة الفولبرايت فى التربية الخاصة بجامعة كانساس بالولايات المتحدة
الأمريكية

مقدمة :

ما زال الجدل والنقاش مستمر حول أهمية مشاركة الأسر فى تعليم التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة والفوائد المتوقعة لهذه المشاركة. ولقد كانت مشاركة الأسرة فى تعليم التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة وكذلك برامج التدخل العلاجى والخدمات المخططة لهم محل اهتمام من الباحثين فى مجال التربية الخاصة لعقود عديدة (Williams, Fox, Thousand & Fox, 1990; Hilton & Henderson, 1993; Spidel, 1995; Hilton, 1998) ، وقد أكدت هذه الأبحاث على ضرورة إتاحة الفرصة للأسر لكى تلعب دوراً فى كل جوانب تربية وتعليم التلاميذ ذوى الإعاقات ، ولكن لكى يتم ذلك لابد من التعاون المباشر بين معلمى التلاميذ ذوى الإعاقات وأسراهم. غير أنه غالباً ما يجد المعلمون صعوبة فى القيام بذلك حيث تختلف أسر الأطفال ذوى الإعاقات فى ردود أفعالهم عند تشخيص طفلهم على أنه ذو إعاقة ، وكذلك فى كيفية تعاملهم مع الضغوط الناتجة عن هذا التشخيص ، وكذلك فى احتياجاتهم الشخصية ، وردود أفعالهم عند العمل مع المتخصصين ومقدمى خدمة الرعاية والدعم ، وفى طرق المواجهة والاستخدام لجوانب القوة الشخصية فى مواجهة هذا الموقف وأخيراً فى استخدامهم لأنظمة الدعم المتاحة. وهذا التباين والاختلاف بين الأسر يجعل من كل أسرة وحدة فريدة فى كيفية تعاملها مع المجتمع التربوى ، كما أنه يزيد من صعوبة فهم المتخصصين لاحتياجات الأسر والعمل بفاعلية مع الوالدين. وعلى الرغم من أن العمل مع أسر الأطفال والتلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة بدون إطار **Framework** محدد أو نموذج **Model** معين للفهم والعمل معهم قد يكون جذاباً لبعض العاملين فى مجال تقديم الرعاية والخدمات إلا أن ذلك قد لا يكون المدخل الفعال من ناحية الاستخدام الأمثل لعامل الوقت مع الوالدين والمتخصصين. وعلى الرغم من ظهور بعض النماذج للعمل مع أسر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة إلا أن هذه النماذج لا تشكل أداة متكاملة تساعد المتخصصين والوالدين على فهم الطبيعة متعددة الأبعاد **Multidimensional nature** لاحتياجات الأسرة. وقد أشار (Meyer & Bailey, 1993; Hilton, 1998) إلى ضرورة تبنى نظرة شمولية **Comprehensive view** للطفل ذى الإعاقة وأسرته مع الأخذ فى الاعتبار كل من جوانب القوة والمعوقات الموجودة فى الوقت الحالى فى محيط الأسرة. وهذا المدخل يشجع على معرفة جوانب القوة للأسرة ، ويحترم فرديتها **Individuality** ، وقدرات المسايرة والمواجهة **Coping abilities**. وفى ورقة العمل هذه سوف نعرض للعوامل الرئيسة التى تؤثر على أداء الأسرة **Family functioning** وتفاعلاتهم مع المتخصصين ثم نعرض لنموذج أو إطار متعدد الأبعاد لفهم الوالدين والعمل معهم يتناسب مع البيئة المصرية.

العوامل الرئيسة التى تؤثر على أداء الوالدين والأسرة :

إن قيام أسر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بأداء ناجح يعتبر أمر هام لإحراز تقدم فى حياة أطفالهم بوجه عام وفى مسار تربيتهم وتعليمهم. ويمكن الإشارة لهذا النجاح بما يسمى المواجهة **Coping** والتوافق **Adjustment** ، وقد حدد (McCubbin, 1983) ثلاثة أنماط للمواجهة الوالدية **Parent coping** والتي تنطبق على أسر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وهذه الأنماط هى الحفاظ على تكامل الأسرة **Maintaining family integration** ، التعاون **Cooperation** ، التفاؤل **Optimism** ، ويتمثل النمط الثانى فى بناء الدعم الاجتماعى والحفاظ عليه **Social support** ، تقدير الذات **Self-esteem** والاستقرار الفسيولوجى **Physiological stability** ، أما النمط الثالث فيركز على فهم الإعاقة أو العرض **Syndrome**. ويستطيع الوالدان تحقيق هذه الأهداف من خلال استخدام قدراتهم الشخصية وأنظمة الدعم.

ومدخل آخر لفهم أسر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة يتمثل فى فحص استراتيجيات المواجهة **Coping strategies** لدى الوالدين. وترتبط المواجهة ارتباطاً مباشراً بكيفية التعامل مع الضغوط **Stress**. وقد اهتم الباحثون ليس بكيفية التعامل مع الطفل ذى الإعاقة بل بكيفية تعامل الوالدين مع الضغوط المرتبطة بتشخيص طفلهم على أنه من ذوى الاحتياجات الخاصة وكذلك العيش معه. وقد أشار (Hilton, 1998) إلى أن المصادر الشخصية **Personal resources** تؤثر على مواجهة هذه الضغوط. وقد اقترح (Lazarus, 1984) خمسة أنواع لمصادر المواجهة **Coping resources** وهى : الشبكات الاجتماعية **Social networks** ، مهارات حل المشكلات **Problem-solving skills** ، المعتقدات العامة والخاصة **General and specific beliefs** ، المصادر النفعية **Utilitarian resources** ، بالإضافة إلى الجانب المعنوى والصحة والنشاط. وقد أشارت الأبحاث بعد ذلك إلى تفاعل وارتباط هذه الأنماط الخمس وأن الضغوط يجب وضعها فى نموذج متعدد الأبعاد **Multidimensional model** لفهم أسر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. ونلقى الضوء هنا على بعض العوامل المؤثرة على أداء الأسرة.

1- القدرات الشخصية **Personal strengths**

تشير الأبحاث إلى أن هناك علاقة بين طرق مواجهة الوالدين للضغوط المرتبطة بوجود طفل ذى احتياجات خاصة داخل الأسرة وقدرات الوالدين على تقييم مصادر الضغوط وتعبئة جوانب القوة الشخصية لديهم؛ حيث تلعب القدرات الشخصية للوالدين دوراً رئيسياً فى نمو جوانب القوة داخل الأسرة. وقد أشار (Lambie & Daniels-Mohring, 1993) إلى أن الصحة النفسية والقدرة على التفاعل مع العالم الخارجى يُعدان أمرين هامين لكى يبنى الوالدان اتصالاً بأنظمة الدعم ويحتفظوا بهذا الاتصال بصورة دائمة. ويشير (Poetner, 1993) إلى أن مدخل تركيز المتخصصين ومقدمى الخدمة والرعاية على جوانب القوة داخل الأسرة يعتبر أمر ضرورى عند تقديم المساعدة وذلك فى مقابل المدخل القديم الذى كان متبعاً من قبل والذى يركز فقط على جوانب الضعف **Weaknesses**. وتصنف (Hilton, 1998) جوانب القوة الشخصية للأسرة إلى:

- البناء الأسرى والتفاعل **Family structure and interaction**

- الثقافة والعرقية **Culture and ethnicity**

- النمو الأسرى والتغير **Family development and change**

- الوظائف الأسرية **Family functions**

ويمكن النظر إلى جوانب القوة الشخصية على أنها المعرفة الداخلية والمهارات والخبرات، والاتجاهات والمعتقدات التى يدخل بها الفرد دوره الجديد كأب أو أم مسنول فى أسرة لها احتياجاتها. ويمكن لكل جانب من جوانب القوة الشخصية السابق ذكرها أن يؤثر

بالسلب أو الإيجاب على عملية المواجهة **Coping process** الوالدية للضغوط المرتبطة بتشخيص طفل داخل الأسرة على أنه من ذوي الإعاقات النمائية. فعلى سبيل المثال قد تلعب القيم الدينية والثقافية دوراً في تقبل الأسرة لطفل ذي إعاقة نمائية داخل الأسرة حيث ينظرون إليه على أنه هبة من الله أو في المقابل عقاب نزل بالأسرة.

وقد اختلف الباحثون في تصنيفهم لجوانب القوة الشخصية التي تساعد الأسرة على المسابرة والمواجهة ، فمنهم من رأى أنها تشمل الصحة الجسمية الجيدة **Good physical health** ، مهارات حل المشكلات **Problem - solving skills** ، الإدراك الإيجابي **Positive perception (Garber, 1992)** وهناك من رأى أنها تشمل : احترام الذات **Self-respect** ، الحماية **Protectiveness** ، التحمل **Tolerance** ، الوجدان **Affection** ، المرونة **Flexibility** ، الأمل **Hope** ، والكبرياء الأسرى **Family pride (Karpel, 1986)**.

ويذكر **(Meyer & Bailey, 1993)** أن المواجهة **Coping** مفهوم متعدد الأوجه **Multifacted** يختلف من أسرة لأخرى. وانطلاقاً من هذا التباين في عملية المواجهة من أسرة لأخرى وجد **(Paul, Porter & Falk, 1993)** أن الاستقرار الاقتصادي للأسرة **Economic stability** يسهم في تعزيز جوانب القوة الشخصية لها.

2- أنظمة الدعم **Support systems**

قضية أخرى ترتبط بقدرة الأسرة على مواجهة التحديات المرتبطة بتربية طفل ذي إعاقة نمائية هي قدرة الوالدين على بناء أنظمة الدعم والحفاظ عليها. ويعكس مستوى التوافق لدى الأسرة الدعم الذي تتلقاه من الأقارب وهيئات تقديم الخدمات والرعاية داخل المجتمع. وقد تكون القدرة على استخدام أنظمة الدعم محدودة بسبب ضعف القدرات الشخصية (على سبيل المثال ضعف مهارات الاتصال **Poor communication skills** ، عدم الثقة في الغرباء **(Distrust of strangers)** ، ومع ذلك فإن استخدام المصادر المتاحة للدعم قد يعوض مثل هذه المعوقات.

وتشير الأبحاث إلى وجود تباين بين الآباء والأمهات في احتياجاتهم للدعم حيث تظهر الأمهات في الغالب احتياجاً أكبر لأنظمة الدعم الرسمية وغير الرسمية ، كما أن الدعم بوجه عام يُعد ضرورياً للأسر التي لديها أفراد ذوي إعاقات نمائية ، وأيضاً تبرز خدمات الراحة **Respite care** كأمر هام لمثل هذه الأسر كي تستعيد نشاطها مرة أخرى. **(Beckman, 1991; Simeonsson & Simeonsson, 1993)**

3- المصادر الأسرية **Family resources**

يعتبر أفراد الأسرة مصدر رئيسي لقدرتها على المواجهة. فالوإدان والأخوة يلعبوا دوراً دائماً للأسرة التي لديها طفل ذي احتياجات خاصة. ويرى **(Lambic & Daniels - Mohring, 1993)** إلى أن الأسرة ذات الوالد أو الوالدة فقط تؤدي إلى خلق أسرة بها بعض الخلل **Dysfunctional family** بعكس الأسرة الممتدة **Extended family** التي يتكاتف فيها الوالدان والأخوة والأقارب لدعم الأسرة ومواجهة التحديات المرتبطة بالطفل ذي الإعاقة. وقد يكون وجود طفل ذي إعاقة من الأمور التي تؤدي إلى تقوية الرباط بين أفراد الأسرة وقد يكون الأثر عكسياً **(Smith, 1993; Hanline, 1991; Spidel, 1995)** ويمثل الأعباء المادية ، التعامل مع متخصصي الرعاية الطبية والتعليمية ، فقدان التحكم في عملية اتخاذ القرارات **Loss of control of decision making** ، المتطلبات الثقافية وتحدياتها ، نقص الخدمات أو عدم الإبقاء باحتياجات الأسرة ، مراحل الانتقال **Transition periods** ، جوانب العجز في الطفل ذي الإعاقة ، باقى أفراد الأسرة ، تحديات ضخمة تواجهها أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

والملاحظ اجتماعياً ورصدته الأبحاث الميدانية أن نقص أنظمة الدعم للأسرة يؤدي إلى زيادة الضغوط الأسرية. ومن المصادر الرئيسية للضغوط الأسرية هي التفاعلات الحازمة بين الأسرة والمتخصصين في تقديم الرعاية **Parent-professional interactions** حيث أن المتخصصين ومقدمي الرعاية غالباً لا يهتمون بتأثير تدخلهم في محيط الأسرة ويركزون فقط على مجرد أداء خدمة التدخل العلاجي دون مراعاة لمحيط الأسرة وأفرادها وهو الأمر الذي قد يؤدي بعد ذلك إلى وجود مقاومة **Resistance** بل ورفض من جانب الأسرة لمقدمي الرعاية. كما أن نقص معرفة المتخصصين بظروف الأسرة وتركيزهم فقط على مجرد الحصول على المعلومات لأداء عملهم دون إظهار الاحترام والتقدير **Appreciation** لمشاعر الأسرة قد يزيد من الضغوط الوالدية.

وقد تؤدي هذه الضغوط إلى حدوث تغيرات في العلاقات الأسرية، وظهور بعض المشكلات الانفعالية للوالدين ، وضعف التواصل بين أفراد الأسرة بل وحدوث نوعاً من الصراع بين الأسرة ومقدمي خدمات الرعاية والتدخل العلاجي ، بالإضافة إلى حدوث تغييرات في المعتقدات الأسرية وإحساس الأسر بفقدان القدرة والكفاءة في مواجهة التحديات مع فقدان تقدير الذات وقد يكون لمثل هذه الآثار تأثيراً سلبياً على الطفل ذي الإعاقة.

وترى (Thomas, 1993; Turnbull, 1991) أن هناك عدداً من المتغيرات التي يجب الاعتناء بها عند محاولة فهم احتياجات الأسرة وتضم هذه المتغيرات المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة **Socioeconomic status** ، البناء الأسري **Family structure** ، الدعم الشخصي **Personal support**.

4- مصادر المجتمع **Community resources**

بالإضافة إلى الدعم الموجود داخل الأسرة هناك بعض المصادر المجتمعية التي تقدم الدعم للأسرة. وتختلف هذه المصادر المجتمعية من بلد إلى آخر وإن كانت خدمات التربية الخاصة في العصر الحالي بدأت تأخذ الشكل العام ، ففي مصر على سبيل المثال بدأت بعض الجمعيات الأهلية تأخذ على عاتقها مسئولية تقديم الرعاية للأسر التي لديها احتياجات ضخمة مرتبطة بوجود طفل ذي إعاقة بين أفرادها. كما تسهم الحكومة من خلال مؤسسات الرعاية ومراكز الطفولة والأمومة في تقديم الخدمات لهذه الأسر.

وقد أشارت الأبحاث أن البرامج الرسمية لتقديم الخدمة والرعاية لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تلعب دوراً رئيسياً في مساعدة هذه الأسر على التغلب على التحديات المرتبطة بذلك. (Simeonsson & Simeonsson, 1993)

5- الضغوط **Stress**

على الرغم من مواجهة كل الأسر لقدر من الضغوط أثناء قيامها بعملية تربية أطفالها إلا أن الأبحاث قد أشارت إلى زيادة نسبة هذه الضغوط عند أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (Beckman, 1991; Meyer & Bailey, 1993) والضغوط نفسها لا تسبب الخلل في الأسرة وينبغي ألا ينظر إلى الأسرة على أنها تعاني من العجز **Deficit** بل يجب أن ننظر إلى هذه الضغوط على أنها شئ طبيعي في حياة أسر الأطفال ذوي الإعاقات وأن استخدام الأسرة وضع الضغوط من عدد من المصادر المتنوعة منها ما يرتبط بالقدر الكبير من الوقت الذي يتم قضاؤه في الرعاية اليومية أو الإبقاء باحتياجات الرعاية الطبية ، وكذلك زيادة المسئوليات الوالدية ، وزيادة.

6- ردود الأفعال / الحزن **Reactions/Grieving**

يعتبر تشخيص طفل داخل الأسرة على أنه من ذوي الإعاقات النمائية حدث يسبب صدمة لأفراد الأسرة ، كما أن هذا الحدث يكون له آثار مادية وانفعالية. وعلى الرغم من التباين

الموجود بين الأسر إلا أن الدراسات البحثية قد أشارت إلى وجود أنماط متشابهة من ردود الفعل من جانب الآباء. (Simeonsson & Simeonsson, 1993)

وتتمثل ردود الفعل هذه في وجود مشاعر الحزن **Grieving** وفقدان الطفل السليم **Perfect child** وقد أطلق على هذه المشاعر السليمة عرض الحزن المزمن **Chronic sorrow syndrome**. كما أشار (Jaffe, 1991) إلى أن هناك عدد من المشاعر التي يظهرها الوالدان منها الشعور بالذنب **Feelings of guilt** ، الغضب ، خيبة الأمل ، الانسحاب ، الحزن ، والإنكار وذلك في البداية ثم تتحول هذه المشاعر إلى الاكتئاب ، العجز ، التناقض والشعور بوجود حمل ثقيل على عاتقهم **Burden** ، غير أن هذه المشاعر جميعها تتباين في شدتها من أسرة لأخرى بناءً على عجز الطفل وكذلك شدة مستوى إعاقته ، وقد تؤدي شدة مستوى الإعاقة إلى زيادة قدر الضغوط التي تتعرض لها الأسرة.

وقد ركزت المحاولات الخدمية المبكرة في مجال التربية الخاصة على عملية الحزن **Grieving process** التي تتعرض لها الأسر. ويعتبر نموذج **Kubler ross** للعمل مع الأسرة من أجل القضاء على دائرة الحزن التي تعيش فيها الأسرة من أهم النماذج التي اقترحت مبكراً ويتكون من خمس مراحل بدءاً من الإنكار **Denial** التي تظهرها الأسرة ثم المرور بالغضب **Anger** ، والتفاوض **Bargaining** ، والاكتئاب **Depression** حتى يتم الوصول إلى القبول **Acceptance** وقد اتسمت النماذج التي تلت هذا النموذج الذي صدر مبكراً باستخدام نفس اللغة التي استخدمها هذا النموذج وإن أضافت بعض التعديلات عليه. فقد اقترح (Gargiulo, 1985) نموذج مكون من 10 خطوات تندرج تحت ثلاث مراحل وتنتهي هذه المراحل بعملية القبول.

ومع ذلك فقد أشارت بعض الأبحاث إلى وجود بعض جوانب الضعف في هذه النماذج (Mary, 1990) مثل عدم القدرة على التعامل مع التنوع **Variety** ، والشدة **Intensity** والاتجاه **Direction** في التغيير الذي يظهره الآباء خلال المراحل. ويختلف الآباء في معدلات مرورهم بهذه الدائرة من المشاعر حيث يعودون في بعض الأحيان إلى مشاعر معينة أثناء زيادة فترة الضغوط وبالتالي لا يتم الوصول إلى حالة القبول الكامل. والنماذج الموجودة حالياً لا توضح هذه الفروق كما أنها لا توضح آثار العلاقات الاجتماعية وكذلك خدمات الدعم في تحقيق عملية التوافق. وقد أدت جوانب القصور هذه إلى ظهور نموذج جديد لفهم آباء وأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعمل معهم بفاعلية ، وقد اقترح (Hilton, 1998) نموذج متعدد الأبعاد يتفادى أوجه القصور الواردة في النماذج السابقة ، وسوف تقدم وصفاً ملخصاً لهذا النموذج ثم يعرض لروئيتنا في كيفية تطبيق هذا النموذج داخل المجتمع المصري ، كما تترك للقارئ التفكير معنا في كيفية مواءمة هذا النموذج مع طبيعة الأسر المصرية.

وينطلق هذا النموذج من أساس منطقي مؤداه أنه من الصعب تفسير حلقة مشاعر الحزن الوالدي من خلال استخدام نموذج مكون من مراحل خطية **Linear-stages** ذات بداية ونهاية. وتقدم في ورقة العمل هذه نموذجاً ذات طبيعة متعددة الأبعاد ، وطبيعة فردية في عملية التوجيه ، كما أنه يتسم بالمرونة ومن ثم يتخلص من جوانب النقد التي وجهت للنماذج السابقة ، وأخيراً فإن هذا النموذج يتسم بأنه نموذج وظيفي **Functional** حيث أنه ينظم مداخل التدخل العلاجي المستخدمة من قبل المتخصصين.

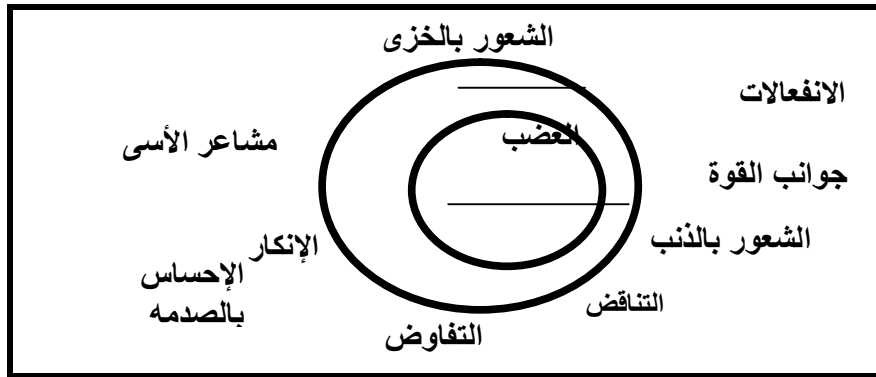
وتظهر الأشكال (1-1 ، 1-2 ، 1-3) تعبيراً بيانياً عن النموذج متعدد الأبعاد المقترح لفهم آباء وأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعمل معهم. وقد عبرنا عن النموذج من خلال شكل بياني دائري ، حيث تمثل الدائرة الداخلية الفهم والمهارات وجوانب القوة الموجودة لدى الآباء ويضم ذلك عوامل مرتبطة بالشخصية مثل الفلسفة الشخصية عن الإعاقة ، والقدرة الشخصية الداخلية **Internal ability** على التعامل مع الضغوط

والمشاعر المرتبطة بالتحكم الشخصي **Personal control** وهذه العوامل تتأثر بالخبرات السابقة مثل التعرض للأفراد ذوي الإعاقات ، الدين ، التربية ، والتعليم. ويحدد حجم هذه الدائرة الداخلية بالمستوى والمدى التي تكون عندها هذه العوامل موجودة داخل الفرد ، وفي الدائرة الخارجية يتم وضع المشاعر الوالدية المرتبطة بالإحساس بالضيق وتشكل هذه المشاعر حلقة يمكن للفرد الوصول إليها. وتختلف هذه المشاعر من حيث نوعها وشدتها باختلاف شخصية الفرد.

ويتكون النموذج متعدد الأبعاد من ثلاث مراحل :

أ- التشخيص الأولى **Initial identification**

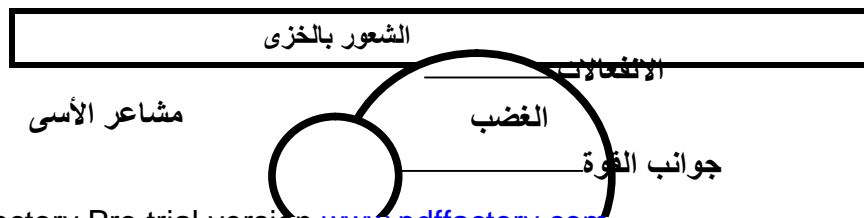
من المهم أن نعرف أن الآباء يمتلكون مجموعة من المهارات وأنماط الفهم وجوانب القوة والتي تظهر عند تشخيص طفل لديهم على أنه من ذوي الإعاقات النمائية. وفي ظل النموذج متعدد الأبعاد يُعبر عن هذه المجموعة بمركز الدائرة. ويتم التعبير عن المشاعر والانفعالات التي تظهر عند عملية التشخيص على الدائرة الخارجية ، ولذلك تظهر الدائرة الخارجية في الشكل على أنها صغيرة الحجم في قطرها انظر الشكل (1-1). أما المشاعر التي يحددها الخليط الانفعالي الشخصي للوالدين فتكون قريبة من بعضها البعض وكذلك من مركز الدائرة. وقد تؤدي هذه المشاعر إلى توقف الوالدين عن العمل وأخذ المبادرة في مواجهة وتتفاوت الأسر في فترة استمرار مثل هذه المشاعر اعتماداً على عدد من العوامل التي تحددها الخبرات السابقة ، والحالة العقلية والصحة النفسية الحالية للوالدين. ويحتوي النموذج أيضاً على الدعم الذي يقدمه المتخصصون ومجموعات الدعم والأقران وأفراد الأسرة بالإضافة إلى احتواء النموذج على استراتيجيات مواجهة الضغوط ، والحصول على المعلومات والفهم الأسري لظروف الطفل ذي الإعاقة في الوقت الحالي وما ستتطور إليه ، بالإضافة إلى فهم المشاعر الشخصية التي يمر بها الوالدان وعدد من الجوانب المرتبطة باستقرار البيئة الحالية مثل الصحة الشخصية ، الأخوة ، وتأثير الحزن على أفراد الأسرة الآخرين.

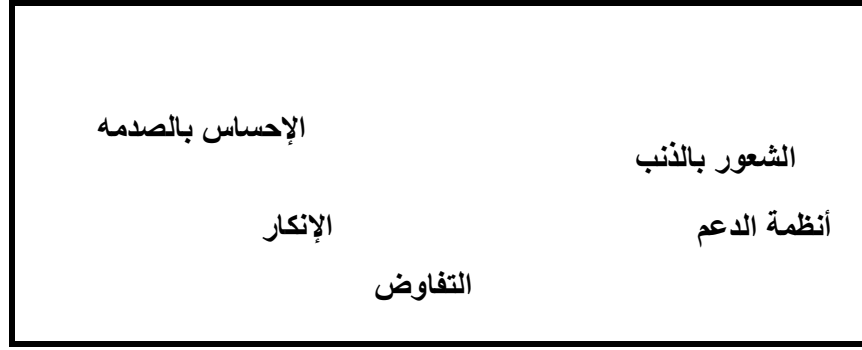


الشكل (1-1) التشخيص المبدئي

ب- عملية المواجهة والتكيف **The coping/adaptation process**

مع تفاعل جوانب حياة الوالدين يصبح الوصول إلى مشاعر الضيق أقل سرعة. وفي إطار النموذج ، فإن محيط الدائرة يصبح أكبر وبالتالي يأخذ الفرد وقتاً طويلاً للوصول إلى هذه المشاعر. ويظهر ذلك في الشكل (1-2). ومع مرور الوقت ونمو أنظمة الدعم واستخدام جوانب القوة الشخصية ونمو فهم الوالدين فإن الدائرة الخارجية تستمر في التمدد ، وبالتالي يصبح الوالدان أكثر قدرة على التكيف مع حياتها وترتيبها وتنظيمها.





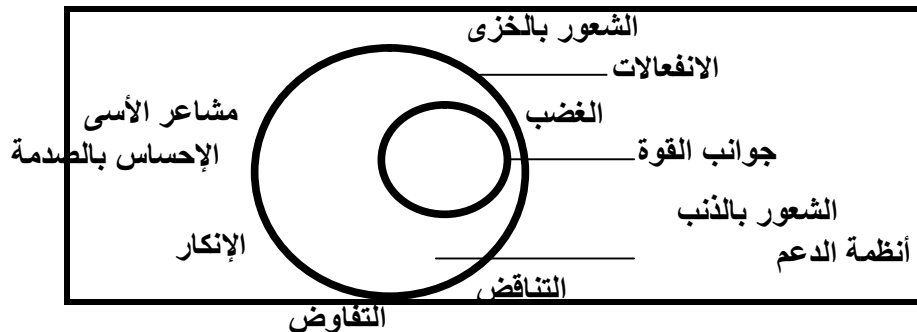
الشكل (1-2) المسابرة والتكيف

ويتباين قطر الدائرة بناءً على قدر الخبرات والدعم والفهم الذي يلقاه الوالدان. وأمثلة ذلك قيام هيئات الخدمة برعاية الأبناء وإتاحة الفرصة للوالدين للحصول على قدر من الراحة وتقديم معلومات حول أسباب إعاقة الطفل. وعلى الرغم من أهمية مثل هذا الفهم والدعم إلا أن النماذج السابقة لم توردها بداخلها. ويتغير قطر الدائرة الخارجية بناءً على كيفية قيام الفرد بالتكيف مع المشاعر المرتبطة بالضيق وانخفاض أو زيادة الضغوط.

ج- تأثير الضغوط Impact of stress

يمر آباء وأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بنفس الضغوط التي تمر بها الأسر العادية ، وعلاوة على ذلك فإن الضغوط المرتبطة بتربية طفل ذي إعاقة داخل الأسرة تزداد في قدرها بالإضافة إلى المتطلبات التي تفرضها هذه الظروف على الأسرة تجاه مقدمي الخدمى ، وتوفير الرعاية للطفل ، والصراع مع المتخصصين. والضغوط الناتجة عن مثل هذه البيئة تلعب دوراً محدداً في مرور الوالدين بمشاعر الأسى والحزن. وطبقاً للنموذج فإن الضغوط هي التي تسرع بوصول الفرد إلى مشاعر الحزن ويظهر هذا الأثر من خلال طريقتين، الأولى أن الضغوط يمكن أن تزيل العديد من آثار الدعم والفهم والتوافق. وفي هذه الحالة فإن الوالدين يرتدان إلى المشاعر السلبية مثل نقص التحكم ، عدم الاستقرار الانفعالي ، الخراب الانفعالي **Emotional devastation** وتعمر هذه المشاعر الوالدين والأسرة لفترة مؤقتة يعود بعدها الوالدان إلى حالة الاستقرار الانفعالي التي كانت قبل بداية الضغوط. وبمعنى آخر فإن أنظمة الدعم ومهارات المواجهة الشخصية يخفضان من تأثير الضغوط وبالنسبة للتمثيل البياني للنموذج فإن الدائرة تعود إلى حالة شبيهة بالشكل (1-1). أما الكيفية الثانية التي قد يتأثر من خلالها الوالدان بالضغوط فتتمثل في أن الدائرة الداخلية تصبح في بداية الدائرة الخارجية. أى أن الوالدين في ظل الضغوط يتجهان نحو مشاعر معينة. ومثال ذلك أن يمر الوالدان بمشاعر الغضب نتيجة لعدد من الأنشطة التي يقوم بها مقدموا الخدمة أو المعلمون في المدرسة. ويوضح الشكل

(1-3) الاتجاه نحو مشاعر الغضب.



الشكل (1-2) تأثير الضغوط

والجدير بالذكر أن هناك بعض المتخصصين أو بعض البيئات التي قد تسبب ضغوطاً غير عادية للوالدين وهو الأمر الذي قد يؤدي بالوالدين إلى التركيز على مجموعة معينة من المشاعر عند التعامل مع هذا الشخص أو عند الوجود في تلك البيئة. فعندما تبتعد مشاعر الوالدين عن المركز ، فإن الحاجة لبعض الخطوات التي تتضمن البحث عن المساعدة والدعم تصبح أمر ضروري لعودة الوالدين إلى مجموعة المشاعر المركزية. وفي بعض الأحيان قد يختار الوالدان المكث في هذه الحالة لفترة من الوقت، وبالتدريج وبمرور الوقت وتوفر الدعم تقل الضغوط أو تختفي.

مسلمات النموذج متعدد الأبعاد :

من خلال الوصف السابق نستطيع أن نستشف عدد من المسلمات التي يقوم عليها هذا

النموذج :

- 1- أن الحزن ومشاعر الأسى هي عملية مستمرة **Ongoing process**.
 - 2- أن حالة الحزن هي عملية طبيعية وظاهرة صحية لكل أسر الأطفال ذوي الإعاقات النمائية.
 - 3- أن المدى الذي تؤثر عنده هذه الحالة على حياة الأسر تختلف بناءً على العوامل الفردية التي تكون عناصر النموذج عند تطبيقه على كل أسرة على حده.
 - 4- أن حالة الحزن ليست عملية استاتيكية **Static process** فالضغوط ، الوقت ، المعرفة ، وأنظمة الدعم والخدمات المتاحة تلعب دوراً في إحداث تغيير في تلك الحالة.
 - 5- أنه تبعاً للطبيعة المستمرة وغير الثابتة لحالة الحزن ومشاعر الأسى التي تلم بالأسرة فإن أنواع التدخل العلاجي ينبغي أن تركز على احتياجات الوالدين في كل أسرة على حده.
 - 6- أن النموذج لا يعرف المواجهة أو حالة الحزن للأسرة بل إن ذلك يعتمد على التفاعل بين المتخصصين ومقدمي الدعم مع الوالدين وأفراد الأسرة.
- وفي النهاية ينبغي أن يعرف المتخصصون في تقديم خدمات الرعاية والدعم لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أن العمل تبعاً لهذا النموذج متعدد الأبعاد يغير من طبيعة أدوارهم والتي يجب أن تضم ما يلي :
- أ - تسهيل فهم الأسرة لحالة الحزن ، والضغوط ، وأنظمة الدعم وجوانب القوة الشخصية.
 - ب- مساعدة الوالدين وأفراد الأسرة على معرفة أن تفاعل الضغوط والأفعال الانفعالية في حالة الحزن أمر طبيعي وظاهرة صحية.
 - ج- مساعدة الوالدين وأفراد الأسرة على إدراك أن حالة الحزن عملية مستمرة ومتغيرة.
 - د - تقوية الأسرة والوالدين على المواجهة والسلوك الاستقلالي.
 - هـ- تقديم التدريب للأسر حول مكونات النموذج.
 - و - تسهيل تفاعلات الوالدين مع أسر أخرى تمر بنفس الخبرات.
 - ز- تجنب أخذ أدوار تتعدى مسؤولياته كمقدم للخدمة والدعم (على سبيل المثال مرشد للأسرة أو معلم لأفرادها).
 - ح- مساعدة الأسر على فهم أن كل فرد في الأسرة هو وحدة فريدة من الاحتياجات بناءً على جوانب القوة ، وأنظمة الدعم وردود الفعل الانفعالي نحو الضغوط.
 - ط- معرفة أن التفاعل قد يكون أكثر فاعلية في أوقات محددة بين حالة الأسرة.

وفى النهاية نذكر أن البيئة المصرية وما بها من كثرة الأعباء الملقاه على أسر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة تتطلب من مقدمى الرعاية ومنفذى الخدمات العمل طبقاً لهذا النموذج متعدد الأبعاد مع إحداث التغييرات التى تتلاءم مع طبيعة المجتمع المصرى.

References for Further Readings

- Able-Boone, H. (1993). Family participation in the IFSP process: Family or professional driven? *Infant-Toddler Intervention*, 3(1), 63-71.
- Abudabbeh, N. (1996). Arab families. In M. McGoldrick, J. Giordano, & J.K. Pearce (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (2nd ed., pp. 333-346). New York: The Guilford Press.
- Adelman, H.S., & Taylor, L. (1997). Addressing barriers to learning: Beyond school-linked services and full-service schools. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(3), 408-419.
- Ainge, D., Covin, G., & Baker, S. (1998). Analysis of perceptions of parents who have children with intellectual disabilities: Implications for service providers. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33(4), 331-341.
- Allen, R.I., & Petr, C.G. (1996). Toward developing standards and measurements for family-centered practice in family support programs. In G.H.S. Singer, L.E. Powers, & A.L. Olson (Eds.), *Redefining family support: Innovations in public-private partnerships* (pp. 57-86). Baltimore: Brookes.
- Alsop, G. (1997). Coping or counseling: Families of intellectually gifted students. *Roeper Review*, 20(1), 28-34.
- Bahr, M.W., Whitten, E., Dieker, L., Kocarek, C.E., & Manson, D. (1999). A comparison of school-based intervention teams: Implications for educational and legal reform. *Exceptional Children*, 66(1), 67-83.
- Batshaw, M.L., & Conlon, C.J. (1997). Substance abuse. In M.L. Batshaw (Ed.), *Children with disabilities* (4th ed., pp. 143-162). Baltimore: Brookes.
- Bennett, T., Deluca, D.A., & Allen, R.W. (1996). Families of children with disabilities: positive adaptation across the life cycle. *Social work in education*, 18(1), 31-44.
- Bennett, T., Lee, H., & Lueke, B. (1998). Expectations and concerns: What mothers and fathers say about

- inclusion *.Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33, 108-122
- Benton Foundation. (1998). About foster care, take this heart: The foster care project [On-line] Available: <http://www.kidscampaigns.org/hot/fostercare/started/about/about1.htm/>
- Bergman, A.I., & Singer, G.H.S. (1996). The thinking behind new public policy. In G.H.S. Singer, L.E. Powers, & A.L. Olson (eds.), *Redefining family support: Innovations in public-private partnerships* (pp. 435-464). Baltimore: Brookes.
- Berrick, J.D. (1998). When children cannot remain home: Foster family care and kinship care. *The Future of Children*, 8(1), 72-87.
- Blacher, J., Baker, B.L., & Abbott-Feinfield, K. (1999). Leaving or launching? Continuing family involvement with children and adolescents in placement. *American Journal on Mental Retardation*, 104(5), 452-465.
- Boone, H.A., McBride, S.L., Swann, D., Moore, S., & Drew, B.S. (1999). IFSP practices in two states: Implications for practice. *Infants and Young Children*, 10(4), 36-45.
- Braddock, D., Hemp, R., & Parish, S. (1997). Emergence of individual and family support in state service-delivery systems. In K.C. Lakin, D. Braddock, & G. Smith (Eds.), *Mental Retardation* (pp. 497-498). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Braddock, D., Hemp, R., & Parish, S. (2000). Transforming service delivery systems in the states. In M.L. Wehmeyer & J.R. Patton (Eds.), *Mental retardation in the 21st century* (pp. 259-378). Austin, TX: Proed.
- Carter, N., & Harvey, C. (1996). Gaining Perspective on parenting groups. *Zero to three*, 16(6), 1,3-8.
- Mary, N. (1990). Reactions of black, Hispanic, and white mothers to having a child with handicaps. *Mental Retardation*, 28, 1-5.
- Mayer, J.A. (1994). From rage to reform: What parents say about advocacy. *Exceptional Parent*, 24, 49-51.
- Meyer, E.C., & Bailey, D.B. (1993). Family-centered care in early intervention: Community and hospital settings. In J. L. Paul & R.J. Simeonson (Eds.), *Children with*

- special needs: Family, culture, and society (2nd ed., pp. 181-209). Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Nadler, A., Lewinstein, E., & Rahav, G. (1991). Acceptance of mental retardation and help-seeking by mothers and fathers of children with mental retardation. *Mental Retardation*, 29, 17-23.
- Paul, J.L., Porter, P.B., & falk, G.D. (1993). Families of children with disabling conditions. In J.L. Paul & R.J. Simeonson (Eds.), *Children with special needs: Family, culture, and society* (2nd ed., pp. 3-24). Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Ronnau, J., & Poertner, J. (1993). Identification and use of strengths: A family system approach. *Children Today*, 22(2), 20-23.
- Smith, C. (1993). Cultural sensitivity in working with children and families. In J.L., Paul & R.J. Simeonsson (Eds.), *Children with special needs: Family, culture, and society* (2nd ed., pp. 113-121). Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Sontag, J.C., & Schachr, R. (1994). An ethnic comparison of parent participation and information needs in early intervention. *Exceptional Children*, 60, 422-433.
- Spidel, J. (1995). Working with parents of the exceptional child. In E.H. Berger (Ed.), *Parents as partners in education* (4th ed.). Columbus, OH: Merrill.