



المكتب التنفيذي

سلسلة
الدراسات الاجتماعية والعمالية

(31)

الرعاية الأسرية للطفل المعاق

إصدار

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية
بموجب مجلس التعاون لدول الخليج العربية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سلسلة

الدراسات الاجتماعية والعمالية

(31)



المكتب التنفيذي

الرعاية الأسرية للطفل المعاق

إصدار

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية

مجلس التعاون لدول الخليج العربية

حقوق الطبع محفوظة
يَجوز الاقتباس من مادة الكتاب بشرط الإشارة إلى المصدر

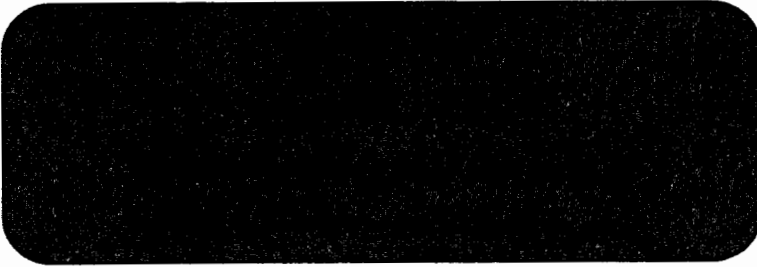
الطبعة الأولى
1996

إن الآراء الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي الكاتب أو الجهة ولا تعبر بالضرورة عن رأي المكتب التنفيذي

للمكتب التنفيذي
ص . ب : 26303 - النامة - البحرين
هاتف : 530202 - فاكس : 530753 - برقياً : تنفيذ

سلسلة الدراسات الاجتماعية والعلمية

سلسلة علمية متخصصة
تعتنى بنشر البحوث والدراسات الاجتماعية والعلمية
بمعدل مجلس التعاون الخليجي



الإشراف العام: كامل صالح الصالح

التحرير والإعداد: خلف أحمد العصفور،

جميّل حميدان

فهيمة الزبيّرة

العدد "الحادي والثلاثون" محرم - صفر 1417 هـ الموافق حزيران / يونيو 1996 م

المحتويات

الصفحة من إلى	
10 - 7	تقديم المدير العام:
62 - 11	الفصل الأول: مدخل حول المسؤولية الأسرية في تربية الأبناء ورعايتهم
	إعداد: الدكتور جمال محمد الخطيب
113 - 63	الفصل الثاني: الحاجات الخاصة للأطفال المعاقين وأسرهم
	إعداد: الدكتور جمال محمد الخطيب
	الأستاذ غانم البسطامي
	الأستاذة أمينة راشد
	الأستاذة منى عبدالكريم
137 - 115	الفصل الثالث: الصعوبات والمشكلات في الرعاية الأسرية للطفل المعاق وحالات من الواقع الإكلينيكي
	إعداد: الدكتور أحمد مال الله الأنصاري
157 - 139	الفصل الرابع: تجارب أسرية في رعاية الأطفال المعاقين (البحرين نموذجاً)
	إعداد: الأستاذ محمود حافظ

الصفحة
من إلى

189 - 159

الفصل الخامس: المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل
الأطفال المعاقين
إعداد: الدكتور جمال محمد الخطيب
الأستاذ غانم البسطامي
الأستاذة أمينة راشد
الأستاذة منى عبدالكريم

221 - 191

الفصل السادس: تدريب الأسرة على رعاية أطفالها
المعاقين
إعداد: الدكتور جمال محمد الخطيب
الأستاذ غانم البسطامي
الأستاذة أمينة راشد
الأستاذة منى عبدالكريم

277 - 223

الفصل السابع: إرشاد ودعم الأسرة في رعاية أطفالها
المعاقين
إعداد: الدكتور جمال محمد الخطيب
الأستاذ غانم البسطامي
الأستاذة أمينة راشد
الأستاذة منى عبدالكريم

320 - 279

الفصل الثامن: تدريب الوالدين في تعديل سلوك الأبناء
تعريب: الدكتور جمال محمد الخطيب

أصبح التركيز على رعاية الشؤون الأسرية والاهتمام بدراسة القضايا المرتبطة بها يحتل موقع الصدارة في برامج ومشاريع التنمية الاجتماعية في أقطار مجلس التعاون الخليجي، كما أن العمل من أجل صيانة كيان الأسرة وضمان استقرارها وتلبية مختلف احتياجاتها المعيشية بات يشكل حجر الزاوية في توجهات العمل الاجتماعي والتنموي في هذه الأقطار وعلى الصعيدين الرسمي والأهلي معاً، وذلك انطلاقاً من الإيمان العميق بحيوية الدور الذي يجب أن تنهض به الأسرة في بناء المجتمع وخاصة في مجال الإسهام في برامج الخدمة والرعاية الاجتماعية المقدمة لأفرادها، ومسؤوليتها الأساسية في إنجاح أهداف هذه البرامج نظراً لكون الأسرة هي خلية المجتمع الأولى وهي المحيط الطبيعي للتنشئة الاجتماعية السليمة للأبناء، كما أنها البيئة الصحية التي يتعرع في مناخها الأطفال ويستقيم سلوكهم وتهذب نفوسهم وتنمو عواطفهم ومشاعرهم وتتحدد اتجاهاتهم نحو قيم الاستقامة والانتماء والولاء والمشاركة والاندماج في المجتمع .

وإذا كان ضمان التربية والتنشئة الاجتماعية السوية في المحيط الأسري أمراً لا بديل عنه لجميع أفراد الأسرة فإنه يبدو أكثر ضرورة وإلحاحاً بالنسبة للأفراد والأطفال المعاقين، حيث تكون الأسرة وكل ما يتوفر فيها من دفء عاطفي وترابط حميم هي الأقدر على تعويض

هؤلاء الأفراد والأطفال عن مواطن العجز والقصور التي يعانون منها نفسياً وعقلياً وجسدياً، الأمر الذي يتطلب تقديم كل أوجه الدعم والمساندة للأسرة من أجل أن تتمكن من تحمّل مسؤولياتها في هذا المجال الإنساني النبيل، وذلك من خلال العمل على توفير وإتاحة أوسع الفرص الممكنة لأفرادها لاكتساب مختلف المهارات والخبرات والمعارف اللازمة في مجال الإعاقة ورعاية المعاقين والتعامل الواعي مع مشاكلهم والتركيز على أهمية تدريب الوالدين على الأساليب الحديثة في مجال التعامل الصحي النفسي والجسدي السليم مع طفلها المعاق.

إن التأكيد على مبدأ الرعاية الأسرية للأطفال المعاقين ينسجم مع تعاليم الدين الإسلامي الحنيف وقيم وتقاليده المجتمعية العربية القائمة على روح التكافل الاجتماعي وصلة الرحم والطمأنينة والمحبة والعطف، كما هو في واقع الأمر استجابة موضوعية واعية للاتجاهات العالمية المعاصرة وللتناجج والمؤشرات التي توصلت إليها البحوث والدراسات العلمية التي تم إجراؤها حتى الآن في هذا المجال.

ومن أجل تأكيد أهمية دور الأسرة في رعاية أفرادها المعاقين، وتنفيذاً لقرار صادر عن مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية فقد نظم المكتب التنفيذي في الشارقة خلال شهر نوفمبر عام 1995 ورشة تدريبية حول الرعاية

الأسرية للطفل المعاق وبالتعاون مع كل من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدولة الإمارات العربية المتحدة ومدينة الشارقة للخدمات الإنسانية وهي إحدى مؤسسات العمل الاجتماعي الرائدة في مجال رعاية المعاقين وتأهيلهم ، حيث شاركت بتجربتها الميدانية وخبراتها العلمية والفنية في إثراء أعمال هذه الورشة معززة بذلك جهود المكتب التنفيذي وجهود المشاركين من ممثلي الدول الأعضاء والخبراء ومندوبي الهيئات والجهات المتخصصة الأخرى التي أسهمت جميعاً في توفير متطلبات النجاح من خلال ما تحقق للورشة من أهداف مرسومة ، وخاصة في محور التعريف بمبادئ وأساليب قياس الاحتياجات الخاصة بالأطفال المعاقين وتحديد احتياجات أسرهم حسب نوع كل إعاقة ، كما استطاعت الورشة إلقاء المزيد من الضوء على طرق وآليات إرشاد وتوجيه أسرة الطفل المعاق ورصد مصادر وأشكال الدعم المطلوب توفيره لها من أجل أن تقوم بدورها على النحو الأمثل ، كما أن المناقشات التي دارت في إطار الأوراق والبحوث المعروضة على جلسات العمل أتاحت الفرصة الواسعة أمام المشاركين للاطلاع على نماذج بارزة من التجارب القطرية المحلية والخليجية والعربية المطبقة في هذا الميدان .

لقد شكّلت أبحاث وأوراق عمل الورشة التي يقوم المكتب التنفيذي بنشرها ضمن هذا العدد دليلاً مرجعياً ومرشداً ذا قيمة عملية يمكن أن

يستعين به المسؤولون والعاملون المتخصصون في أداء واجباتهم ومهامهم الوظيفية، كما يمكن أن يستفيد منه جميع المهتمين وبصفة خاصة أولياء أمور الأطفال المعاقين وأفراد أسرهم .

وإنني لأغتتم هذه الفرصة للإعراب عن خالص الشكر والثناء لكل من تعاون مع المكتب التنفيذي وأسهم في إعداد ونشر مادة هذا الإصدار منوهاً بالدعم العلمي والمادي والمعنوي الذي قدّمه المسؤولون في مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية وعلى رأسهم مدير عام المدينة ، كما وأذكر بالتقدير الدور المتميز للدكتور جمال محمد الخطيب خبير الأمم المتحدة بالمدينة ولكافة من أسهم بفكره وعمله في إثراء أبحاث وأوراق هذا العدد الذي نأمل أن يشكل إضافة تعزز مفهوم الرعاية الأسرية للطفل المعاق ويرفد المكتبة العربية المتخصصة بمؤلف يواكب مستجدات قضايا الأسرة والاهتمام بأفرادها في مجتمعنا العربي الخليجي .

والله نسأل دوام التوفيق للجميع ، ، ،

كامل صالح الصالح
مدير عام المكتب التنفيذي

**مدخل حول المسؤولية الأسرية
في تربية الأبناء ورعايتهم**

إعداد
الدكتور جمال محمد الفطيب

خبير الأمم المتحدة
مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية
دولة الإمارات العربية المتحدة

محتويات الفصل

الصفحة	من - إلى
16 - 15	مقدمة :
21 - 17	أولاً : نظام الأسرة
27 - 22	ثانياً : أهمية الأسرة ودورها في التنشئة الاجتماعية
34 - 28	ثالثاً : أنماط التنشئة الأسرية وعلاقتها بنمو الأبناء
41 - 35	رابعاً : العلاقات الأسرية وأثرها على الأبناء
52 - 42	خامساً : المشكلات الأسرية وانعكاساتها السلبية على الأبناء
55 - 53	الخاتمة :
62 - 56	قائمة المراجع :

مقدمة

منذ فجر التاريخ البشري والأسرة تتبوأ مكانة هامة على صعيد حماية أفرادها وتربيتهم وتنشئتهم، بل أن الأسرة في الماضي كانت المؤسسة الاجتماعية الوحيدة التي تؤدي هذه الوظائف وذلك قبل أن تنتزعها المجتمعات المعاصرة منها شيئاً فشيئاً. وبالرغم من ذلك، فما زالت الأسرة تلعب دوراً حاسماً في تشكيل شخصية الفرد في المراحل العمرية المختلفة، فهي بطريقة استجابتها لسلوكه وبالخبرات التي توفرها له وبخاصة في مرحلتي الطفولة والمراهقة تحدد مستوى ثقته بذاته واستقلاليته، بل ونموه وتكيفه السيكولوجي العام، وسواء للأحسن أو للأسوأ فإن قدرات الأفراد وخصائصهم تعكس تأثيرات الوالدين، فهما يتوليان الطفل منذ نعومة أظفاره حيث تكون قابلياته للنمو والتعلم في ذروتها ويمارسان أدوارهما لفترة طويلة في الحياة.

والأسرة نظام اجتماعي ذو خصائص مميزة وحاجات فريدة، تربط أفرادها علاقات قوية ومؤثرة بحيث أن أي خبرة تؤثر في أحدهم تترك تأثيرات تطال الآخرين جميعاً. ومثل هذا القول يستند إلى افتراض مفاده أن الحياة الأسرية الناجحة تعني تفهم حاجات كل الأعضاء وتلبيتها، فكل أسرة تتكون من أفراد لكل منهم خصائص شخصية معينة ومواطن قوة ومواطن ضعف محددة، وعليه فإن خصائص الأسرة تحدد طبيعة استجاباتها، وردود أفعالها لمشكلات الفرد تماماً كما تحدد خصائص الفرد طبيعة استجابات وردود أفعاله لمشكلات الأسرة. والمقصود بالخصائص الأسرية هو حجمها (عدد أفرادها) ونمطها وخلفيتها الثقافية ووضعها الاقتصادي - الاجتماعي، ومكانها الجغرافي، أما

خصائص الأفراد فهي تتمثل بالعمر، والصحة النفسية، والسمات الشخصية، وغير ذلك.

والحياة الأسرية الناجحة تتطلب التكيف مع التغيرات الداخلية والخارجية، والتكيف ليس من خصائص الأسر المتصلبة (الأسر التي تعمل وفقاً لنظم وقواعد صارمة جداً) أو الأسر الفوضوية (الأسر التي لا تعمل وفقاً لقواعد ونظم محددة) وغالباً ما ينطوي التطرف في القواعد التي تحكم العلاقات بين أفراد الأسرة على صعوبات مختلفة ذلك أن النظام الأسري إنما هو أولاً وقبل أي شيء نظام تفاعلي.

ولا مغالاة في القول بأن تربية الأبناء وتنشئتهم قد تكون من أصعب التحديات التي يواجهها الراشدون في حياتهم من جهة ومن أكبرها تأثيراً في إعطاء معنى للحياة وبعث الشعور بالرضا في النفس من جهة أخرى، وبالرغم من الأهمية البالغة للحياة الأسرية بالنسبة لنا جميعاً فكثيرون هم الذين يدخلونها دون أي استعداد، فهم قد لا يعرفون ما فيه الكفاية عن نمو الأطفال وتطورهم مثلما أنهم لا يدركون الأدوار والوظائف التي تتضمنها الأمومة والأبوة.

ماهي تلك الأدوار والوظائف؟ وما الذي يجب أن تكون عليه العلاقات الأسرية؟ وما المتغيرات الرئيسية التي تتحدد في ضوءها تلك العلاقات؟ وما هي انعكاسات تلك العلاقات على الأبناء؟ إن البحث الحالي يسعى إلى الإجابة عن هذه الأسئلة استناداً إلى مراجعة علمية شمولية للأدبيات الاجتماعية والنفسية والتربوية ذات العلاقة.

أولاً - نظام الأسرة

إن من نافلة القول أن الأسرة من أهم عوامل التربية، فالخبرة الأسرية هي أول وأهم الخبرات التي يمر بها الإنسان في حياته، وربما يكون الدور الحاسم للأسرة في تشكيل سلوك الإنسان وفي بناء شخصيته من القضايا القليلة التي لا يختلف بشأنها الاختصاصيون في الأوساط الاجتماعية والنفسية والتربوية. والأسرة لا تشكل سلوك الفرد في مرحلة الطفولة المبكرة فحسب وإنما في مراحل النمو كلها، فإذا كانت الخبرة الأسرية ترسم ملامح نمو الإنسان وقدراته وتكيفه في مرحلة الطفولة فهي تحدد مدى استقلاليته ومفهومه لذاته في مرحلة المراهقة وتحدد مستوى شعوره بالطمأنينة ومدى تحقيقه لذاته ووضوح أهدافه في مرحلة الرشد (Shellhase, L. & Shellhase, f.1972)

وكما تقول الخولي في كتابها «الأسرة والحياة العائلية» (1982) فالأسرة هي نظام اجتماعي رئيس يشكل أساس وجود المجتمع ومصدر الأخلاق فيه، ويؤكد جليك وكسلر (Glick & Kessler, 1980) ذلك فيشيران إلى أن مؤسسة الأسرة هي الوحدة الأساس في كافة المجتمعات البشرية بصرف النظر عن الفروق الثقافية. فالأسرة لا تعمل على تلبية الحاجات الأولية للفرد من طعام ومأوى وملبس فحسب ولكنها تلبى حاجاته الإنسانية الأخرى كالحاجة إلى الحب والانتماء وتنقل من جيل إلى جيل التقاليد والقيم الثقافية والروحية والأخلاقية.

وليس من شك في أن الأسرة احتلت مكانة هامة لم تحتلها أية مؤسسة اجتماعية أخرى في الحقب الزمنية المختلفة من تاريخ التطور الإنساني فيما يتعلق بالتنشئة، فقد كانت الأسرة في المجتمعات الإنسانية القديمة المؤسسة الاجتماعية الوحيدة التي تعلم الأطفال وتعددهم للمستقبل. ولما كانت الحياة

في تلك المجتمعات بسيطة نسبياً فإن التنشئة لم تكن معقدة بل كانت أقرب ما تكون من عملية التربية غير المقصودة وكانت تتضمن استخدام الإيضاح والتعلم بالمحاكاة والممارسة (سليمان، 1979).

ومع تطور الحياة البشرية تغيرت الأدوار التربوية للأسرة حيث أن المجتمعات الحديثة سلبت الأسرة وظائفها تدريجياً. وقد عبّر وافي في كتابه «عوامل التربية» (1958) خير تعبير عن هذه الحقيقة إذ كتب يقول: أن وظائف الأسرة تطورت «من الأوسع إلى الواسع ثم إلى الضيق فالأضيق»، فوظائف الأسرة في الإنسانية في أقدم عهودها كانت واسعة كل السعة شاملة لمعظم شؤون الحياة الاجتماعية، ولكن المجتمع العام أخذ ينتقص هذه الوظائف من أطرافها شيئاً فشيئاً، ويتزعمها من الأسرة واحدة بعد أخرى، ويعهد بكل منها إلى أجهزة خاصة تسير تحت إشرافه، حتى كاد يجردها منها جميعاً» (ص1).

وفي الوقت الراهن، فثمة من يعتقد بأن الأسرة في المجتمعات الغربية في حالة إنحدار وذلك بفعل التناقضات الناجمة عن التوجهات الثقافية والقيمية المتغيرة سريعاً والمتباينة كثيراً. وقد حاولت بين (Bane 1976) تقديم الأدلة الإحصائية التي تشير إلى تزايد نسب الطلاق وتناقص معدلات الإنجاب وتزايد أعداد الأمهات اللواتي يتركن المنازل للعمل وتلاشي الأسرة الممتدة. ويضم نوردهايمر (Nordheimer، 1977) صوته إلى صوت بين فينذر بأن هذا العصر هو عصر الأسرة الهشة وأن الحياة الأسرية أصبحت على مفترق طرق خطير، ويقدم من جانبه أدلة إضافية من أهمها:

(1) إن اثنين من بين كل خمسة أطفال ينجبون في الولايات المتحدة الأمريكية حالياً سيعيشون في منزل ليس فيه إلا أحد الوالدين لجزء غير قصير من حياة شبابهم.

(2) إن عدد الأسر التي تقوم على رعايتها أمهات فقط قد ازداد بشكل ملحوظ في العقدين الماضيين .

(3) إن دور الحضانة ورياض الأطفال ذات النوعية الضعيفة أصبحت تنوب عن الآباء والأمهات في تنشئة عدد كبير من الأطفال الذين يتمون إلى أسر عاملة، فثمة تزايد ملحوظ في عدد الأطفال الذين يقضون جزءاً من يومهم بدون إشراف من آبائهم وأمهاتهم، خاصة في الأوقات ما بين انتهاء الدوام المدرسي وعودة الوالدين للمنزل بعد انتهاء العمل .

وبالرغم من هذا فإن بين (Bane ، 1976) تؤكد أن الأدلة الإحصائية لا تعني بالضرورة أن الحياة الأسرية لم تعد جزءاً هاماً من حياة المجتمعات الغربية ولكن ما تعنيه هو أن أدوار أفراد الأسرة قد تغيرت ، فالدور سلوك متعلم تعلمه الأسرة لأفرادها في ضوء هويتها الثقافية، ويفسر البعض هذا التغير بالإشارة إلى أن الأسرة أصبحت تعني نظاماً متكاملًا يشمل أدواراً تبادلية وبذلك فإن مستوى نجاح أو إخفاق النظام الأسري في تادية وظائفه يتحدد تبعاً لمدى إدراك الدور والتفاعلات ما بين أدوار جميع أفراد الأسرة (Fisher ، 1977) ، ومهما يكن الأمر ، فالأسرة لا تزال من أهم عوامل التربية ، وكما يقول وافي (1958) فإن كفة المنزل بين عوامل التربية ترجح كفة العوامل الأخرى مجتمعة منضماً بعضها إلى بعض ، فآثار هذه العوامل جميعاً تتوقف على المنزل إذ بصلاحه تصلح آثارها وبفساده وانحرافه تنحرف كلها عن جادة القصد ويجانبها التوفيق .

ولكي يتسنى لنا فهم الأدوار التي تقوم بها الأسرة ينبغي التذكر بأن الأسرة نظام ديناميكي ، فالعلاقة ما بين الفرد وأسرته علاقة تبادلية فهو يتأثر بها ويؤثر

فيها، ولا أحد من أفراد الأسرة يعمل بمعزل عن أفراد الأسرة الآخرين، ويوضح الشكل رقم (1) الإطار المفهومي لنظام الأسرة والذي يشتمل على أربعة مكونات رئيسية هي :

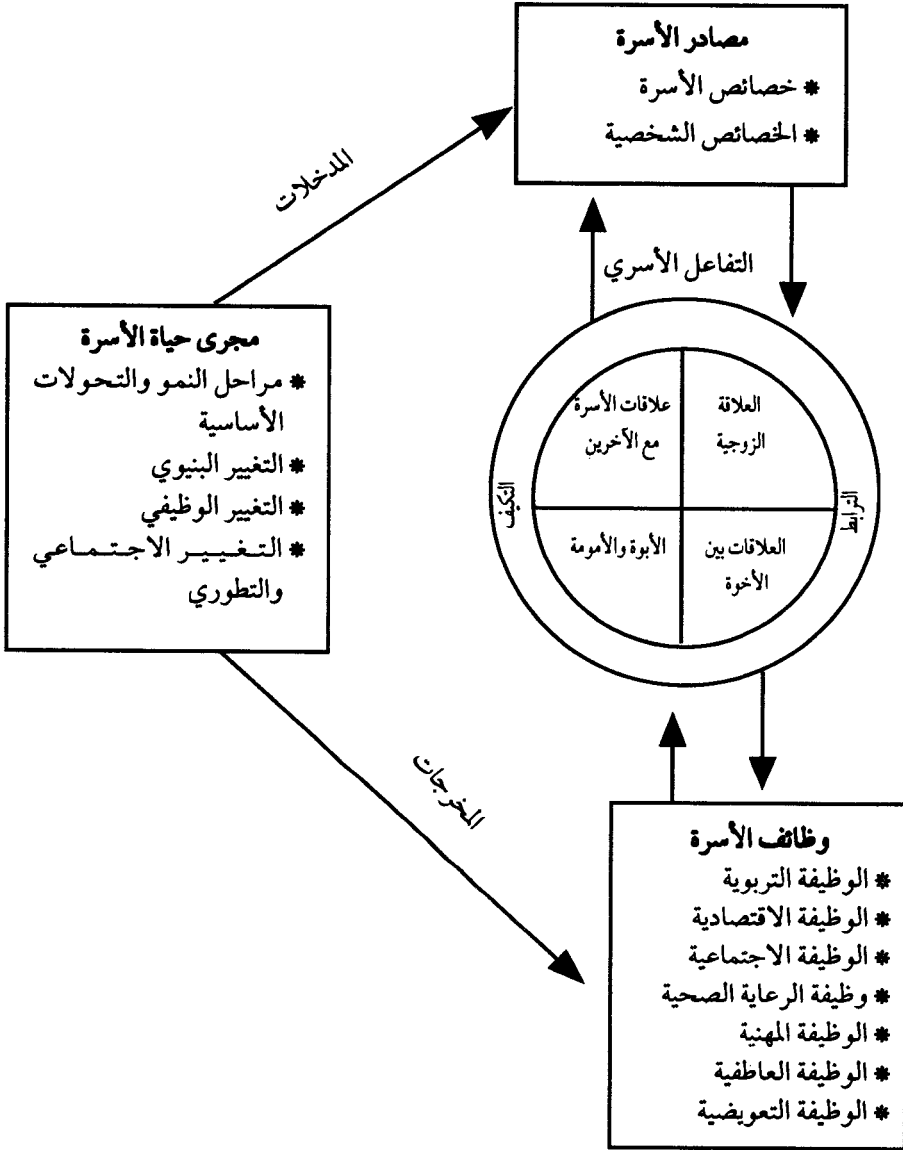
- 1 - المصادر الأسرية (Family Resources) وتمثل الوسائل المتاحة للأسرة لإشباع الحاجات الفردية والجماعية لأعضائها.
- 2 - التفاعل الأسري (Family Interaction) ويشير إلى العلاقات بين أفراد الأسرة والمجتمعات المتفرعة عنها.
- 3 - الوظائف الأسرية (Family Functions) وتمثل جملة الحاجات المختلفة التي تتحملها الأسرة مسؤولية تليتها.
- 4 - مجرى حياة الأسرة (Family Life Cycle) ويمثل سلسلة التغيرات التي تطرأ على الأسرة في المراحل والأوقات المختلفة.

يتضح من الشكل رقم (1) أن الأسرة نظام اجتماعي يشترك كل فرد فيه في نظم فرعية متعددة، ويتضح أيضاً أن المصادر الأسرية تشكل القاعدة التي تنبثق عنها التفاعلات داخل الأسرة وتفاعلاتها مع الأفراد الآخرين في المجتمع، وتمثل المصادر الأسرية بخصائص الأسرة (عدد أفرادها، خلفيتها الثقافية، وضعها الاجتماعي - الاقتصادي) وخصائص أفرادها (وضعهم الصحي، قدراتهم العقلية... الخ). ويمثل مجرى حياة الأسرة سلسلة التغيرات التي تؤثر عليها في المراحل المختلفة (المواليد الجدد، توقف أحد الوالدين عن العمل، المرض... الخ).

أما التفاعلات الأسرية فهي تعني أشكال العلاقات القائمة بين أفراد الأسرة، وأخيراً، فإن الوظائف الأسرية تشكل مجموعة حاجات الأفراد التي على الأسرة إشباعها (الخطيب، 1993).

الشكل رقم (1)

الإطار المفاهيمي للنظام الأسري



ثانياً - أهمية الأسرة ودورها في التنشئة الاجتماعية

إن تحمل المؤسسات التربوية الرسمية لمسؤوليات متزايدة على صعيد تربية الأطفال وتنشئتهم لا يقلل من أهمية دور الأسرة، كما كانت دائماً، أقوى نظم المجتمع، وهي تعلم أفرادها قيم المجتمع وتقاليده. وتوفر لهم الحماية والرعاية، وتوجههم وتطور كفاياتهم الشخصية، وتلبي حاجتهم إلى الشعور بالأمن وتقدير الذات، والمدرسة لا تلغي دور الأسرة ووظيفتها التربوية ولذلك يؤكد التربويون في دول العالم المختلفة على أهمية التعاون بين المدرسة والمنزل، فما تستطيع المدرسة تحقيقه لوحدها محدود، لأن المدرسة التي تعمل بمفردها مدرسة ضعيفة، والمعلم الجيد والسعيد هو الذي ينظر إلى الآباء كشركاء وأصدقاء في العملية التربوية كما أثبتت الأبحاث والتجارب صحة ذلك.

ومع أن الدعوة إلى إقامة علاقات متينة بين المدرسة والمنزل تستند إلى افتراض مفاده أن هذه العلاقات تعود بفوائد جمة على الطفل ومعلميه وأسرته، إلا أن العلاقة بين المدرسة والأسرة ليست قوية أو بناءة في كثير من الأحيان وذلك بفعل اتجاهات وتوقعات كل من التربويين وأولياء الأمور. فالآباء قد يتبنون وجهة نظر تقول أن التعليم مسؤولية المعلمين وحدهم، والمعلمون قد يتعاملون مع الآباء على أنهم عديمو المعرفة بالعملية التعليمية وأنهم مصدر إزعاج إذا تدخلوا بالأنشطة التعليمية والمناهج الدراسية أو لامبالين إذا لم ينفذوا توصيات المعلمين ومقترحاتهم (الخطيب، 1993).

ونتيجة لذلك ، سنت معظم الدول تشريعات تلزم المدارس بإشراك الأسرة في العملية التربوية حتى لا تبقى الأمور رهن رغبات المعلمين أو مواقف أولياء الأمور واتجاهاتهم ، ويشير توك (1992) إلى أن «أحد أهم أسباب تفوق المدرسة اليابانية في السنوات المعاصرة هو جو الدعم والتعاقد ما بين الأسرة والمدرسة ومساندة الأسرة لدور المدرسة وإكمال رسالتها عن طريق الاهتمام بتقديم أبنائها ومتابعة عملهم المدرسي بصبر وشغف» (ص 16).

وتأكيداً منه للدور الهام الذي تلعبه الأسرة في تنشئة الطفل ، فقد أقر مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل في «الإعلان العالمي لبقاء الطفل وحمايته ونمائه وخطة العمل» (اليونيسيف ، 1990) بأن رعاية الأطفال وحمايتهم من مرحلة الطفولة المبكرة إلى مرحلة المراهقة هي مسؤولية الأسرة أساساً ، فقد نص الإعلان على أنه إذا ما أريد تنمية شخصية الطفل تنمية متكاملة ومتناسقة ينبغي أن ينشأ في بيئة أسرية وفي جو من السعادة والمحبة والتفاهم . ويضيف الإعلان بأن على كافة المؤسسات في المجتمع أن تحترم وتدعم الجهود التي يبذلها الآباء من أجل تنشئة أطفالهم والعناية بهم في بيئة أسرية ، ويؤكد عبدالدايم (1988) على أن دور الوالدين في تنشئة الأطفال لا يعدله دور ، ويشير إلى أن العلاقة المتبادلة بين عناصر الثالوث المكون من الأب والأم والطفل هي التي تحدد سلوك الطفل في المستقبل وتلعب الدور الأساسي في تحديد علاقاته بالناس وتمثل بذور السلوك السوي أو المرضي . وأثر البيئة الأسرية على نمو الطفل يكون في ذروته في السنوات الست الأولى من العمر ، حيث أن الطفولة المبكرة تزخر بما يسميه علماء نفس النمو بمراحل النمو الحساسة أو الحرجة . وقد بين بيرتون وايت (White, 1975) هذه الحقيقة في

كتابه المعروف «السنوات الثلاث الأولى من العمر» وقدم المقترحات للآباء حول طرائق تنشئة الأطفال ودعم نموهم في هذه المرحلة العمرية الهامة .

وتقدم الدراسات الحديثة في المجالات التربوية والنفسية والاجتماعية المزيد من الأدلة العلمية التي تدعم أهمية دور الأسرة بوصفه من أهم العوامل التي تحدد مستوى فاعلية الفرد في الحياة (Brooks, 1991) . وتبين البحوث أيضاً أن أصدق متغير للتنبؤ بالنمو المستقبلي لأي طفل هو طبيعة علاقاته مع والديه، ولذلك يتم التأكيد دائماً على أنه ليس من الحكمة في شيء أن تتخذ الأسرة موقفاً سلبياً من عملية تنشئة طفلها، فتكتفي بمراقبة ما يتم تقديمه له من خدمات تربوية وغيرها .

فالآبناء امتداد للآباء، وقدراتهم واتجاهاتهم تعكس تأثيرات آبائهم عليهم (Sanborn, 1979) وقد بينت آلاف الدراسات المسحية والارتباطية بما لا يدع مجالاً للشك أن مستوى تكيف الأفراد ونموهم وتحصيلهم يتأثر بعوامل مختلفة ومنها العوامل الأسرية . وبوجه عام، فإن البحوث في ميدان العلوم الإنسانية غالباً ما تبحث في العوامل ذات الصلة بالأسرة وبخاصة منها: المستوى الاقتصادي - الأسري، وأنماط التنشئة، واتجاهات الآباء وقيمهم، والسمات الشخصية للآباء، والعلاقة الزوجية، والاستقرار والترابط الأسري، وحجم الأسرة (عدد أفرادها)، ودخل الأسرة، والخلفية الثقافية للأسرة .

ولعل من المناسب الإشارة هنا إلى أن تأثير الوالدين على الطفل يبدأ حتى قبل ولادته، فمن خلال العمليات الوراثية ينقل الآباء للآبناء بعض القابليات والخصائص، ومن المعروف أن عدداً غير قليل من الاضطرابات والأمراض

الجسمية والنفسية ذات جذور وراثية، فذلك هو الحال مثلاً بالنسبة لفصام الشخصية، والسكري، والاعاقة السمعية، والهيموفيليا، وغير ذلك العشرات من الأمراض والاضطرابات. علاوة على ذلك، فالبحوث العلمية الحديثة تبين أن للأمهات تأثيراً على أطفالهن حتى وهم ما زالوا أجنة في أحمامهن، وأن للارتباط بين الأم وطفلها جذوراً في مرحلة ما قبل الولادة (Klaus & Kennell, 1982).

والأسرة ليست مركز التأثير الرئيسي على نمو الطفل فحسب، ولكنها أيضاً حلقة الوصل بين الطفل والعالم الخارجي. وعلى الرغم من أن معنى الأسرة قد تغير تماماً في بعض المجتمعات، فإن كل المجتمعات البشرية تدرك وتدعم هيمنة الأسرة على صعيد تنشئة الطفل وحمايته.

والأسرة تشكل الثقافة وتشكل بفعلها، فالثقافة لا تقوم بتعريف الأسرة ويتحدد أنماط تفاعلاتها فقط، ولكنها أيضاً تقرر الخطوط العريضة لأساليب الرعاية الوالدية، والأنماط السلوكية، والتقاليد والقيم، واللغة، وحجم الأسرة، وطرق قيامها بوظائفها ودورها في المجتمع الكبير.

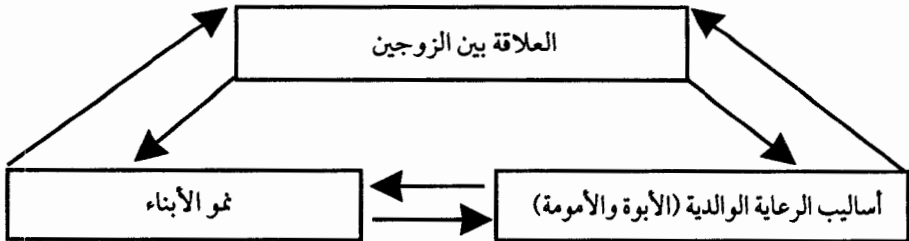
بعبارة أخرى، لن يكون فهمنا للدور الذي تقوم به الأسرة واقعياً بدون تذكر أن الأسرة لا تعمل في فراغ، ولكنها نظام في نظم اجتماعية متعددة يتأثر بها، بعبارة أخرى، إن الأسرة تتشكل بفعل المتغيرات والعوامل الاجتماعية المحيطة بها، وينبغي التنويه أيضاً إلى أن العلاقات بين الآباء والأبناء علاقات تبادلية بمعنى أنها تسير باتجاهين وليس باتجاه واحد، فالآباء يؤثرون على الأبناء، ولكنهم يتأثرون بهم أيضاً.

حقيقة أخرى ينبغي الإشارة إليها هنا هي أن الحديث عن الأسرة لا يقتصر بالطبع على الوالدين فحسب، ولكن هناك إخواناً وأخوات وهؤلاء يؤثرون على سلوك الفرد، فالأخ الأكبر سناً مثلاً قد يعمل بمثابة نموذج مؤثر يتعلم الأطفال منه بالمحاكاة والتقليد ويتوحدون معه. وفي هذا الشأن، ينوه لامب (Lamb, 1992). إلى أن الأخوة يضعون معايير للسلوك ويحافظون عليها ويقدمون نماذج للتعلم الاجتماعي.

بعبارة أخرى، إن الأسرة نظام اجتماعي يشترك كل عضو ينتمي إليه في نظم متعددة تتفرع عنه. وقد اقترح بلسكي (Belsky, 1981) نموذجاً للنظام الأسري بين من خلاله التأثيرات المتبادلة لكل من العلاقة بين الزوجين، وأساليب رعايتهما للأبناء، ونمو الأبناء وسلوكهم (أنظر الشكل رقم 2).

الشكل رقم (2)

نموذج بلسكي للنظام الأسري



إن الأسرة صاحبة الدور الأول والأهم في تشكيل شخصية الفرد وسلوكه وكفايته ، فالبيئة الأسرية تؤثر في تحديد ملامح النمو اللغوي للأطفال ، فالأطفال يتعلمون بالمحاكاة فإذا كانت النماذج التي تقدمها الأسرة ضعيفة لغوياً فهم قد يعانون من التأخر أو الضعف اللغوي (الخطيب ، 1993) .

كذلك فالبيئة الأسرية تلعب دوراً لا يمكن تجاهله على صعيد تعلم الأطفال للقراءة ، فقد أشارت عدة دراسات إلى وجود علاقة ارتباطية وطيدة بين اتجاهات الوالدين نحو القراءة واتجاهات أبنائها نحوها (Meadaws, 1986) .

علاوة على ذلك ، فإن للأسرة دوراً هاماً في النمو المعرفي لأفرادها ، ذلك ما أكده جان بياجيه (Piaget) عالم النفس المعرفي الشهير الذي اعتقد أن النمو المعرفي للأطفال هو محصلة للتفاعل النشط والفاعل مع البيئة والتي يشكل الآباء أهم عناصرها .

من ناحية أخرى ، تجمع البحوث العلمية على أن أثر الأسرة على التحصيل الأكاديمي للتلاميذ لا يقل أهمية عن أثر المدرسة وأن الأسرة تستطيع أن تلعب دوراً هاماً في تغيير نظام الرعاية الصحية (Barnard 1979) وفي النمو والاختيار المهني (Friesen, 1986) .

ثالثاً - أنماط التنشئة الأسرية وعلاقتها بنمو الأبناء

إن دراسات عديدة جداً أجريت بهدف التعرف على أثر أنماط التنشئة الأسرية على مختلف جوانب الشخصية للأبناء، الإيجابية منها والسلبية، فمن جهة وجدت عشرات الدراسات علاقة ما بين معاملة الوالدين ومفهوم الذات لدى الأبناء وتكيفهم العام وقدرتهم على الإبداع ومستوى ضبطهم لأنفسهم ونضجهم الاجتماعي واستقلاليتهم وشعورهم بالأمن (الريحاني، 1985، زيدان 1983)، ومن جهة أخرى وجدت عدة دراسات أخرى علاقة ما بين أنماط التنشئة الأسرية والقلق والعدوانية وجنوح الأحداث وسوء التكيف والاكئاب والانعزال الاجتماعي وانخفاض مستوى الثقة بالنفس والاعتمادية (أبو جبل، 1983).

وقد وجدت حداد (1990) أن الممارسات الوالدية الإيجابية ترتبط إيجابياً بأساليب العزو التكيفية (تفسير الفرد للأحداث التي يمر بها وتعليقه للنتائج التي تتمخض عنها تلك الأحداث بطريقة عقلانية وإيجابية)، وتقدير الذات، وترتبط سلبياً بالاكتئاب لدى الأبناء، وفي معرض مناقشتها للنتائج التي توصلت إليها دراستها، كتبت حداد تقول: «إن العطف والتقبل الوالدي يرتبطان بإدراك الفرد الإيجابي لذاته وبأساليب تعليل واقية للذات وداعمة لها وبقلة الميل إلى الاكتئاب، ويبدو أن المزاج العاطفي الإيجابي الذي يسود علاقة الوالدين بالأبناء ينعكس على مداركات الذات لدى الأبناء والمزاج العام الذي يغلب عليهم» (ص 60).

هذا وكانت دراسة كوبر سميث (Coopersmith, 1967) قد بينت أن التقدير الذاتي لدى الأفراد يرتبط بثلاثة جوانب من ممارسات الوالدين وهي التقبل والعلاقات الواضحة والملزمة لسلوك الأبناء واحترام حرية الأبناء في التصرف وفق الحدود المرسومة لهم.

ويبين البحث العلمي أن العنصر الأكثر أهمية في رعاية الآباء للأبناء هو الاهتمام بهم، والمقصود بالاهتمام هو استخدام أسلوب المناقشة معهم، ومعرفة ماذا يفعلون، ومن هم أصدقاؤهم، وإلى أين يذهبون، وأخذ آرائهم بعين الاعتبار، إن الأبناء الذين يعاملون على هذا النحو من قبل آبائهم يصبحون أهلاً لتحمل المسؤولية وتتطور لديهم الدوافع للإنجاز ويتحكمون بأنفسهم ويكونون سعداء.

وبوجه عام، فإن أنماط التنشئة الأسرية، أو أساليب الرعاية الوالدية من أهم العوامل التي تؤثر على نمو الأطفال، وربما تكون بحوث ديانا بومريند (Baumrind, 1973) من أهم البحوث التي أجريت حول تأثيرات أنماط التنشئة على الأبناء، وقد توصلت بومريند إلى أن أفضل أنماط التنشئة هو النمط الذي يشمل تقبل الأبناء واتباع نظام محدد وتحديد ضوابط معينة لسلوك الأبناء.

واستناداً إلى تلك البحوث، استنتجت هذه الباحثة أن هناك ثلاثة أنماط رئيسية وهي :

- (1) النمط السلطوي (Authoritative Style)
- (2) النمط التسلطي (Authoritarian Style)
- (3) النمط المتساهل (Permissive Style)

(1) النمط السلطوي :

لا يتردد الآباء الذين يستخدمون هذا النمط باللجوء إلى الحزم إذا دعت الحاجة ولكنهم أيضاً يحافظون على استقلالية الأبناء وفرديتهم، فهم وإن كانوا يؤمنون بضوابط حازمة لسلوك أبنائهم إلا أنهم منطقيون وعقلانيون ومرنون وميالون لمراعاة حاجات الأبناء، وبوجه عام، يتمتع الأبناء في هذه الحالة بالاعتماد على النفس وبالثقة بالذات ويستمتعون باستكشاف بيئتهم.

(2) النمط التسلطي :

يمارس الآباء الذين يستخدمون هذا النمط من أنماط التنشئة معايير جامدة وهم لا يؤمنون بالأخذ والعطاء مع الأبناء، ويحرصون على فرض الطاعة على الأبناء دونما مراعاة لفرديتهم وجل اهتمامهم ينصب على التحكم بالأبناء فهم لا يشجعون استقلاليتهم. وبوجه عام، يتصف الأبناء في هذه الحالة بعدم السعادة والانسحاب الاجتماعي وعدم المبادرة والشعور بالضيق.

(3) النمط المتساهل :

قليلة هي القيود التي يفرضها الآباء الذين يستخدمون هذا النمط، فهم متسامحون بدرجة مفرطة ونادراً ما يعاقبون أبنائهم، وهم يتقبلون ما يفعله أبنائهم ويظهرون وكأنهم غير دافئين معهم وغير مهتمين بهم، ولكنهم في بعض الحالات يفقدون القدرة على التحمل فيستخدمون القوة لضبط أطفالهم. وبوجه عام، يتصف الأبناء الذين ينشأون وفقاً لهذا النمط بالاعتمادية وعدم القدرة على ضبط النفس وعدم النضج (انظر الجدول رقم 1).

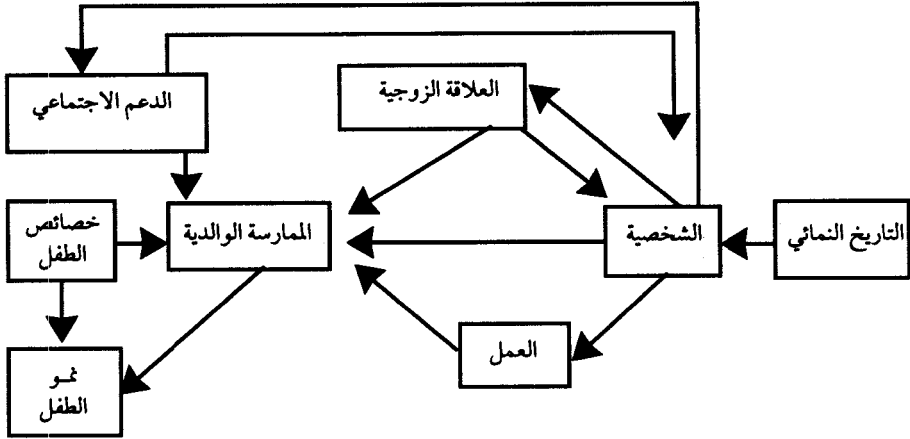
الجدول رقم (1)
أنماط التنشئة الأسرية

النمط	السلوك الوالدي	خصائص الطفل
السلطوي	الضبط والحزم، الدفء، العقلانية، الأخذ والعطاء اللفظي، المحافظة على القواعد والتعليمات، الفردية.	الاستقلالية، ضبط النفس، الاعتماد على الذات، الاستكشاف، النضج الاجتماعي
التسلطي	الضبط المفرط والتقييم الناقد لسلوك الطفل واتجاهاته، دفاء أقل وانفصال عاطفي أكثر، أخذ وعطاء لفظي أقل.	الانسحاب، عدم الثقة بالآخرين، السخط والاستياء.
المسامح	عدم الضبط، عدم استخدام العقاب البدني وقلة استخدام السلطة، الدفء والتقبل، استخدام أسلوب المناقشة.	قصور في مستوى الاعتماد على النفس، والضبط الذاتي والميول الاستكشافية.

وقد اقترح بلسكي (Belsky, 1984) نموذجاً حاول من خلاله توضيح العوامل المختلفة التي تتفاعل فيما بينها لتحديد أنماط التنشئة الأسرية. وفي هذا النموذج، تلعب شخصية الأب وشخصية الأم، واللذان تتشكلان بفعل التاريخ النمائي لكل منهما، دوراً حاسماً في تحديد أنماط التنشئة التي يوظفانها، ولكن الشخصية تتأثر بعوامل أخرى تشمل العلاقة الزوجية والعمل والدعم الاجتماعي (أنظر الشكل رقم 3).

الشكل رقم (3)

نموذج بلسكي لأنماط التنشئة الأسرية



ويعلم الآباء الأبناء السلوك الشخصي والاجتماعي من خلال تزويدهم بالنماذج فالأبناء يتعلمون بالنمذجة ومن النماذج بالغة الأثر عليهم الآباء، والنمذجة عملية حتمية تحدث عفويًا. إضافة إلى ذلك فإن الأبناء يتعلمون من الآباء من خلال عملية التوحد (Identification) والتي تشمل قيام الأبناء بالتمثل الداخلي لاتجاهات الآباء وقناعاتهم وخصائصهم، ومن خلال عملية التوحد وبخاصة توحد الولد مع أبيه والبنت مع أمها يكتسب الأطفال الأدوار الجنسية والقيم الأخلاقية، هذا وتشير الدراسات إلى نزعة الأبناء إلى التوحد مع الآباء الدافئين، ودراسات البرت باندورا (Bandura, 1969) المتصلة بالتعلم الاجتماعي والتعلم بالملاحظة توضح ذلك جيداً. ويستطيع الآباء أيضاً التأثير على سلوك أبنائهم باستخدام التعزيز، ويشير التعزيز (الثواب) إلى أساليب التنشئة الاجتماعية الإيجابية المتمثلة بتزويد الطفل بنتائج إيجابية عند قيامه بسلوك مرغوب فيه (وهذا ما يطلق عليه اسم التعزيز الإيجابي) أو تخليصه من

نتائج سلبية (وهذا ما يسمى بالتعزيز السلبي) الأمر الذي يزيد احتمالات تكرار السلوك في المستقبل في المواقف المشابهة .

وقد أوضحت الدراسات العلمية المستفيضة أن للتعزيز أثراً بالغاً على السلوك الإنساني، فالتعزيز لا يقوّي السلوك فحسب ولكنه يزيد مستوى النشاط العام لدى الفرد، وهو مفتاح الدافعية ويعمل على تزويد الفرد بتغذية راجعة إيجابية حول طبيعة أدائه، كذلك فللتعزيز وظيفة انفعالية حيث أنه يجعل الفرد يشعر بالنجاح وبالثقة بالذات (الخطيب، 1993).

من ناحية أخرى، يبقى العقاب، رغم سيئاته العديدة أسلوب الضبط الأكثر استخداماً في الحياة المعاصرة سواء داخل البيت أو خارجه، فكثيرون هم الذين يعتقدون أنه لا غنى عن التهديد والوعيد وأن اللين يقلل من هيبة الآباء والراشدين الآخرين ومن قدرتهم على ضبط سلوك الأطفال وأن الأطفال لن يطيعوا التعليمات ما لم يدركوا أن عدم قيامهم بذلك سيعود عليهم بعواقب معينة، ولذا قالوا: وفر العصا تفسد الولد.

وتباين الاتجاهات في الأوساط التربوية والنفسية نحو العقاب وأثره على السلوك الإنساني ففي حين يؤكد بعضهم على أن العقاب طريقة غير متحضرة يجب إلغاؤها، يرى البعض الآخر أن العقاب أمر لا بد منه أحياناً وأنه يسهل عملية التمييز بين السلوك المقبول والسلوك غير المقبول ويعتقد الفريق الآخر أن المشكلة لا تكمن في العقاب ذاته بل في كيفية استخدامه . وما من شك في أن الخوض في أثر العقاب على السلوك الإنساني أمر جد معقد وهذا البحث لا يهدف إلى تحليل هذه القضية تحليلاً شاملاً .

وعلى أية حال، فللعقاب سيئات عديدة لا بد من الإشارة إليها هنا فالعقاب أسلوب من أساليب الضبط، والضبط يولد الضبط المضاد وقد يؤدي إلى تدهور العلاقات الاجتماعية بين الآباء والأبناء، ويؤدي إلى الهرب والتجنب وإلى خمود عام في سلوك الأبناء. وغالباً ما تكون نتائج العقاب مؤقتة وهو يؤدي أيضاً إلى النمذجة السلبية (كأن يستخدم الأبناء الأساليب العقابية ذاتها في تعاملهم مع الأشخاص الآخرين) واستناداً إلى ذلك كله فلا بد من التقليل من العقاب والإكثار من الثواب (الخطيب، 1993).

رابعاً - العلاقات الأسرية وأثرها على الأبناء

الترباط الأسري (Family Cohesion) هو مرآة تعكس الطرق التي تتفاعل فيها النظم الأسرية الفرعية مع بعضها البعض . وعلى وجه التحديد، يعرف الترباط الأسري على أنه الرباط العاطفي الذي يشد أفراد الأسرة نحو بعضهم البعض من جهة واستقلالية الفرد في النظام الأسري من جهة أخرى (Turnbull , A. & Turnbull, H. 1986) . وعليه فمن الممكن تصور الترباط بأنه مدرج متصل أحد طرفيه التداخل (Enmeshment) وطرفه الآخر الانفصال (Disengagement) . في حالة التداخل الكبير تكون حدود كل نظام في الحياة الأسرية غير واضحة أو ضعيفة . والتفاعلات الأسرية التي يسودها التداخل الكبير غالباً ما تتسم بالتدخل المبالغ فيه والحماية المفرطة، وهذا الجو الأسري لا يسمح إلا بقليل من الخصوصية وكل القرارات والأنشطة ليست موجهة نحو الأفراد ولكنها تتمركز حول الأسرة كلها . أما الحياة الأسرية التي تتصف بانفصال أفرادها عن بعضهم البعض فهي تتسم بحدود صارمة تفصل النظم الفرعية المكونة للنظام الأسري عن بعضها البعض ، ومثل هذه الحياة الأسرية قد تترك تأثيرات سلبية على أفرادها مثلها في ذلك مثل الحياة الأسرية المتصفة بالتداخل الكبير .

والتوازن بين طرفي الترباط (الانفصال والتداخل) هو من خصائص الأسر التي تقوم بوظائفها بشكل جيد . فالحدود بين النظم واضحة، وأفراد الأسرة يشعرون بالارتباط العاطفي القوي من جهة وبالاستقلالية والخصوصية من جهة أخرى .

ومن المعروف أن تبني الآباء لمواقف متطرفة في تعاملهم مع الأبناء كالإفراط في الحماية من جهة والرفض والإهمال من جهة ثانية غالباً ما يقود إلى عدم النضج وافتقار الشخصية إلى التكامل ، فحماية الطفل بشكل مفرط بصرف النظر عن مبرراتها إنما هي في الواقع حرمانه من فرص ضرورية للنمو والتكيف والقدرة على مواجهة تحديات الحياة اليومية مثلها في ذلك مثل الحرمان والرفض والإهمال ، فإذا كان من المسلمات أن الأطفال بحاجة إلى الحب والحنان والرعاية فذلك قطعاً لا يعني فرض قيود غير واقعية على سلوكهم ومحاولاتهم للاستكشاف والنمو (النصراوي ، 1982).

إن للخلافات بين الوالدين تأثيرات كبيرة على نمو الأبناء ، ففي إحدى الدراسات ، وجد جتمان وكاتز (Gottman & Katz, 1989) أن الأطفال الذين يعيشون مع والدين يتشاجران وعلاقتهم الزوجية غير مرضية يشعرون بالتوتر ويكونون أقل قدرة على التعامل مع مشاعرهم ويلعبون بنشاط مع أقرانهم ، وتعتقد بروكس (Brooks, 1991) أن مثل هذه التأثيرات الواسعة تحدث لأن الوالدين يصبحان أقل فاعلية عندما تكون علاقتهما الزوجية غير سعيدة .

كذلك فإن الجلو الأسري السلبي يقود إلى مشكلات سلوكية لدى الأبناء ، فالأبناء يصبحون أكثر تهوراً وعصياناً ويشعرون بمستويات عالية من الضيق النفسي ، ويتبين أيضاً أن الخلافات الزوجية في مرحلة ما قبل المدرسة تترك تأثيرات طويلة المدى تستمر إلى مرحلة المراهقة حيث يكون الأبناء أقل قدرة من غيرهم على بناء علاقات اجتماعية ايجابية مع الآخرين وأقل قدرة على ممارسة الضبط الذاتي (Vaughn, Block, & Block, 1988).

ومن أوجه عدم الترابط الأسري الصراعات والمشاجرات بين الزوجين وبين أعضاء الأسرة الراشدين . ولا بد من الإشارة هنا إلى أن الصراعات عملية طبيعية في الحياة الأسرية ما دامت في حدود معينة، ويشير حسن (1967) إلى أن الصراع قد يكون بناءً إذا دار حول الموضوعات والمشكلات وكان الهدف منه مواجهة المشكلات وإيجاد الحلول لها وهو قد يكون هدأماً ومدمراً إذا كان موجهاً نحو تجريح ذات الطرف الآخر وانتهى بالتوترات . وعلى أي حال، فالصراعات المستمرة والمتصاعدة وخاصة الصراعات التي تحدث على مرأى ومسمع كافة أعضاء الأسرة قد يكون لها انعكاسات سلبية على الأبناء، فهذه الصراعات لا تبدد الجهود الموجهة نحو رعاية الأبناء فقط ولكنها قد تدفع بالأبناء إلى التشاجر مع الآخرين وهي قد تفقدهم احترامهم لأبائهم وتحد ارتباطهم بهم .

من ناحية أخرى، فإن الصراعات الثقافية بين الزوجين قد تنعكس سلبياً على نمو الأطفال خاصة إذا كانت هذه الصراعات ذات طابع غير بسيط . وهذه الصراعات قد تحدث بفعل الاختلافات الدينية، والزواج بين الأجناس المختلفة، والزواج بين الطبقات الاجتماعية المتباينة (حسن، 1967)، كذلك فمن المشكلات الأسرية ما ينتج عن ضغوط خارجية تتعرض لها الأسرة وهذه الضغوط قد تتمثل في المسكن، والعوامل الاقتصادية، والمركز الاجتماعي للأسرة، وتغيير محل الإقامة، ومدى توفر الوقت والطاقة لرعاية الأبناء .

وهناك أدلة علمية وافرة على أن الخلافات الزوجية غالباً ما تقود إلى استخدام الوالدين للعقاب البدني، وعدم استخدام الأساليب العقلانية، ونواتج سلبية على الأطفال . وتشير نتائج الدراسات العلمية أيضاً إلى أن اتفاق الأب والأم على أساليب تنشئة الأبناء ينبثق عنه بيت أكثر تجانساً وأبناء أكثر كفاية من النواحي العقلية والاجتماعية (Emery, 1982) .

ومن الواضح أيضاً أن عدم الاستقرار الاقتصادي والصعوبات الحياتية الأخرى تترك تأثيرات هامة على نوعية العلاقات بين الآباء والأبناء. فقد وجد مكلويد (Mcloyd, 1990) أن الأسرة الأقل حظاً من الناحية الاقتصادية أكثر استخداماً لأساليب الضبط المنفرة وأقل دعماً لأفرادها من الأسر الأوفر حظاً، ونتيجة ذلك قد تكون جنوح الأبناء ومشاعر الاكتئاب والعزلة.

فجنوح الأحداث كان دائماً يفسر من منظور قصور الرعاية الوالدية، فالباحثون يعتقدون أن الأطفال يتعلمون السلوك غير الاجتماعي في البيت كنتاج مباشر لممارسات التنشئة الوالدية. فالأطفال الذين يتمون إلى أسر تستخدم أساليب ضبط عنيفة ومنفرة يتعلمون استخدام السلوك العدواني والتخريبي لتحقيق أهدافهم.

من ناحية أخرى، فقد وجد هس وكامارا (Hess & Camara, 1979) أن هناك علاقة بين توافق الوالدين ومستوى الضغوط النفسية التي يواجهها الأطفال، فالمستوى العالي من التوافق بين الوالدين يقابله مستوى منخفض من الضغوط. ووجد هذان الباحثان أيضاً أن ثمة علاقة قوية بين طبيعة العلاقة بين الآباء والأبناء ومستوى عدوانية الأبناء وعلاقتهم الاجتماعية وفعاليتهم في عالم العمل.

ووجد جويدوبالدي ورفاقه (Guidubaldi, et al., 1986) أن النزاعات بين الوالدين ترتبط بانخفاض مستوى التكيف وخاصة لدى الذكور وأن تلك العلاقة الارتباطية تصبح أقوى مع تقدم عمر الأبناء. وعلل هؤلاء الباحثون هذه الظاهرة بالقول إن النزاع بين الوالدين يدخل الأبناء في صراع اقبال وإحجام ثنائي يصبح فيه الاقتراب من أحد الوالدين مولداً لخطر المواجهة بالرفض من الآخر. ومن جهتهما، أكد بيترسون وزيل (Peterson & Zill, 1986) أن الطفل الذي يحرم من إمكانية الاختيار بين والديه هو طفل معرض للاضطراب.

والروابط الأسرية إنما هي نتاج تفاعلات معقدة بين جملة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية . ويتحدد ترابط الأسرة واستقرار حياتها في ضوء العديد من العوامل الخارجية والداخلية فالبيئة الاجتماعية لها تأثير كبير على الأسرة، فإذا كانت الأسرة هي اللبنة الأولى في المجتمع، وأساس وجوده، فالمجتمع هو الذي يشكل وينظم نمط الأسرة ووظائفها. أما العوامل الداخلية والتي تشمل طرق استجابة أفراد الأسرة لبعضهم البعض ومدى إشباعهم لحاجاتهم بشكل تبادلي ومستوى الانسجام والتجانس فيما بينهم، فإنها لا تقل أهمية عن العوامل الخارجية على صعيد تحقيق الترابط والانتماء.

والحياة الأسرية بما تتضمنه من تفاعلات مستمرة بين عدة أطراف ومستويات متفاوتة من الاعتماد المتبادل قد تنطوي على صعوبات مختلفة مثلما تنطوي على الشعور بالأمن والانتماء. والنتائج المحتملة لتلك التفاعلات كوحدة وظيفية متكاملة أصبحت أكثر وضوحاً من ذي قبل بفضل الزخم الهائل من البحوث والدراسات العلمية التي أجريت في هذا الصدد. وقد لخص حسن (1967) ما تمخضت عنها الدراسات من نتائج قائلاً: إنه عندما تكون للمعتقدات والتوقعات الخاصة بالعلاقات والروابط الأسرية صفة الاستقرار النسبي، تستطيع الأسرة أن تمارس وظائفها، وتحرر البيئة الأسرية نسبياً من التوترات.

أما إذا حدث تباين وتنافر بين توقعات أفراد الأسرة فقد تكون التأثيرات على وحدة الأسرة كبيرة وعلى علاقاتها بالتالي مع المجتمع الخارجي.

ويأخذ عدم الترابط الأسري عدة أشكال منها الانفصال أو الهجر .
والطلاق أكثر هذه الأشكال خطورة ، فكما تشير الخولي (1982) فإن الطلاق
غالباً ما يعامل بوصفه كارثة أو مأساة تحل بالنظام الأسري .

فإذا كان الطلاق حلاً للمشكلات من وجهة نظر الزوجين فهو سبب كل
المشكلات من وجهة نظر الأبناء (Brooks, 1991) . والحقيقة أن الطلاق
حدث مولد للضغوط النفسية لدى كل من الآباء والأبناء، وهو كذلك
عملية إعادة تنظيم للحياة الأسرية، وبالتالي فهو يقود إلى ضغوط إضافية
متنوعة قد تشمل الضغوط المالية والتعايش مع جيران جدد والالتحاق بمدارس
جديدة وغير ذلك .

وبالنسبة للضغوط النفسية الناجمة عن العلاقة على مستوى الأبناء، فهي
تشمل: الحزن، والخوف، والقلق، والاكتئاب، والاحساس لدى البعض
بأنهم قد يكونون سبب الطلاق (Wallerstein & Kelly, 1980) .

بالإضافة إلى ذلك، فقد بينت نتائج العديد من الدراسات أن الطلاق يرتبط
بمشكلات أكاديمية وسلوكية وجسمية لدى الأبناء (Hammer & Turner, 1990) .

وتبين الدراسات قوة شعور الأبناء بحاجتهم إلى آبائهم، وفي هذا الصدد
يقول كونجر وبيترسون أن أكثر العوامل الخارجية أهمية في تشجيع أو تثبيط
المراهق في إنجاز المهام النمائية لمرحلة المراهقة هما الوالدان، فالسؤال الحقيقي
المطروح ليس إذا كانت النماذج الوالدية هامة أم لا في هذه المرحلة بل هل
النماذج الوالدية فعالة ومناسبة لإعداد المراهق لعالم الغد؟

وفي دراسة مثيرة للاهتمام، طلب ياماموتو ورفاقه (Yamamoto, et al., 1987) من مجموعات من الأطفال تتراوح أعمارهم بين التاسعة والحادية عشرة من الولايات المتحدة الأمريكية، ومصر، وكندا، والفلبين، واليابان، وأستراليا تقدير ردود أفعالهم لعشرين حدثاً حياتياً. تبين من هذه الدراسة أن الحدث الأكثر صعوبة من وجهة نظر الأطفال هو فقدان أحد الوالدين. كذلك اتفق الأطفال من جميع الخلفيات الثقافية على أن تشاجر الوالدين يشكل حدثاً مزعجاً جداً بالنسبة لهم.

على أن نتائج البحوث العلمية المتصلة بالعلاقات الأسرية تشير إلى أن تأثير الوالدين على أطفالهما ليس بالقضية البسيطة والمباشرة حيث أن الأطفال المضطربين مثلاً يؤثرون على آبائهم بقدر ما يؤثر آباؤهم عليهم.

وثمة أدلة متزايدة على أن التأثيرات الأسرية تبادلية بطبيعتها وعليه فقد لا يكون صحيحاً، تماماً أن تعزى مشكلات الأبناء بشكل أساسي لآبائهم (Jacobs, 1975).

خامساً - المشكلات الأسرية وانعكاساتها السلبية على الأبناء

على الرغم من إدراك الاختصاصيين للعواقب المحتملة للمشكلات الأسرية على سلوك الأبناء والانعكاسات السلبية لمشكلات الأبناء على حياة الأسرة إلا أن دراسة النظام الأسري من هذه الزاوية لم تحظ باهتمام الباحثين إلا حديثاً. فبرامج إعداد وتأهيل الاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين والمرشدين والمعلمين لم تعط إلى عهد قريب قضية الأسرة الاهتمام الذي تستحقه، فمن المعروف مثلاً أن ميدان العلاج الأسري لم يظهر إلى حيز الوجود إلا مع بداية عقد الستينات من هذا القرن وهو في دول كثيرة لم ينبثق بعد.

والجدير بالذكر أن هذا الميدان يقوم على افتراض أساسي مفاده أن مشكلات الأبناء إنما هي مجرد أعراض للمشكلة الحقيقية توجد في الأسرة (Parker, 1981)، وقد شهد هذا الميدان تطوراً ملحوظاً في العقدين الماضيين مما أدى إلى ظهور مجلات علمية متخصصة في مجال المشكلات الأسرية والعلاج الأسري ونذكر منها هنا المجلة الدولية للعلاج الأسري (Inter national Journal of Family Therapy) ومجلة الزواج والأسرة (Jour- nal of Marriage and the Family) ومجلة منسق الأسرة (Family Co-ordinator) ومجلة العملية الأسرية (Family Process) ومجلة العلاج الزوجي والأسري (Journal of Marital and Family Therapy).

وإذا كانت المشكلات الأسرية تنعكس سلباً على أفرادها فإن الأسرة تواجه جملة من التحديات في خضم محاولاتها للتكيف والتعايش مع المشكلات التي يعاني منها أفرادها سواء كانت تلك المشكلات تتمثل بالاضطرابات السلوكية أو الصحية أو الإعاقة أو إساءة استعمال العقاقير أو غير ذلك، فهذه الأسر تتعرض لضغوط نفسية من نوع خاص (Gallagher, Beckman, & Cross, 1983).

ويقدم بوتزن (Bootzin, 1980) المثال التوضيحي التالي لدعم وجهة النظر القائلة بأن المشكلة تكمن في الأسرة وأن أعراضها تظهر على الأبناء: « إنه طفل ذكي جداً في الرابعة عشرة من عمره أحيل للمعالجة بسبب الضعف الشديد في أدائه المدرسي . عندما تم الاجتماع بالأسرة فإن المشكلات بين والد الطفل ووالدته غدت واضحة، فالأم كانت تقاطع الأب بشكل متكرر وتقارن بشكل مثير للإستياء بينه وبين ابنه، ومن جانبه فقد كان الأب فظاً مع زوجته وقد وجد الطفل نفسه مقحماً في صراع مع والديه، فقد كان يرغب في أن يحسن أداءه لترضى أمه عنه ولكنه إذا نجح أكاديمياً فهو سيفقد رجولته من وجهة نظر والده الذي يعتقد أن الشخص القوي لا يقضي وقتاً طويلاً بين الكتب المدرسية، والأسوأ من ذلك أن الابن سيوفر لأمه سبباً آخر لتفضله على أبيه مما يعرض علاقته مع أبيه لخطر إضافي، ذلك هو سبب المشكلات الأكاديمية التي يعاني منها الطفل» (ص 400 - 401) .

ومن وجهة نظر اختصاصي العلاج الأسري، فإن اضطراباً أسرياً ما يكمن وراء عدد كبير من مشكلات الطفولة ولذلك لا بد من معالجة ذلك الاضطراب حتى تعالج مشكلات الأطفال بنجاح، وثمة أدلة علمية تدعم مثل هذا الافتراض حيث أن مشكلات كثيرة لدى الأطفال تمت معالجتها من خلال العلاج الأسري (Bootzin, 1980) .

إن من الأمور المتفق عليها أن أثر الأسرة على النمو النفسي الاجتماعي للفرد أكبر من أثر أي عنصر آخر من عناصر المجتمع ، لذا فإن القول بأن الأسرة هي السبب الرئيس الذي يكمن وراء سعادة الفرد أو شقائه قول منطقي من الصعب دحضه .

إن آلاف البحوث العلمية بينت بما لا يدع أي مجال للشك أن مستوى تكيف الأفراد ونموهم وتحصيلهم يتأثر بعوامل مختلفة من أهمها الأسرة ، وبوجه عام ، فإن الدراسات التربوية والنفسية والاجتماعية غالباً ما تبحث في العوامل المرتبطة بالأسرة ، وبخاصة منها إتجاهات الآباء وقيمهم ، والمستوى الاقتصادي - الاجتماعي ، وأنماط التنشئة ، والسمات الشخصية للآباء ، والترابط الأسري ، والعلاقة الزوجية ، ودخل الأسرة وحجمها وخلفيتها الثقافية .

وتبين من الدراسات العلمية في المجالات التربوية والنفسية والاجتماعية أن من الصعوبة بمكان فهم المشكلات التي يعاني منها الأفراد بدون تحليل أدائهم في إطار النظام الأسري الذي يتأثرون به (Lindenberg, 1977) .

ليس ذلك فحسب ، بل أن الباحثين والممارسين في هذه المجالات أصبحوا يدركون جيداً عدم إمكانية معالجة تلك المشكلات بشكل فعال بمعزل عن الأسرة وبدون مشاركتها الفاعلة في البرامج العلاجية سواء كانت تلك البرامج موجهة نحو المشكلات الأكاديمية ، أو الاضطرابات النفسية ، أو حالات الإعاقة ، أو غيرها من الصعوبات المختلفة .

وتجمع نظريات علم النفس المختلفة على أهمية الدور الذي تلعبه الأسرة في نمو الفرد وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة. وكان سيجموند فرويد (Freud) صاحب نظرية التحليل النفسي من أوائل علماء النفس الذين أكدوا على أن شخصية الإنسان تتقرر في ضوء تفاعلاته مع والديه في مرحلة الطفولة، وقد أرجع فرويد معظم الاضطرابات النفسية لخلل في العلاقة ما بين الآباء والأبناء في تلك المرحلة العمرية.

ويعتقد إريك إريكسون (Erickson, 1963) صاحب نظرية النمو النفسي - الاجتماعي أن نمو الإنسان يتشكل على عدة مراحل كل مرحلة منها تمثل أزمة يتطلب النمو السوي التغلب عليها بفعالية، والجدير بالذكر أن إريكسون اعتقد أن الأسرة تحتل مكانة بالغة الأهمية في معظم هذه المراحل النمائية، فمرحلة النمو الأولى وهي مرحلة تطور الثقة الأساسية مقابل عدم تطور الثقة هي القاعدة الأساسية التي ينبثق منها التكيف.

والفكرة الرئيسية التي يطرحها إريكسون في هذا الصدد هي أن نوعية الرعاية التي يحظى بها الطفل من والديه والراشدين الآخرين القائمين على رعايته في هذا العمر تحدد إلى أي مدى ستتطور لديه ثقة بالعالم وبالناس وبالذات. فالطفل الذي يعامل بدفء وحنان ويلعب معه الآخرون ويعانقونه ويتحدثون إليه ويشبعون حاجته فور تعبيره عنها ويخلصونه من مصادر الإزعاج التي يتعرض لها سيتطور لديه لاحقاً إحساس بأن العالم مكان آمن وأن باستطاعته الاعتماد على الناس. أما إذا كانت رعاية الطفل غير منتظمة وغير كافية أو إذا تعرض للرفض والحرمان فإن مشاعر مختلفة ستتطور لديه تتمثل أساساً بعدم الثقة وسيكبر وتكبر معه مشاعر الخوف والتشكك في العالم

والناس . والنقطة الجوهرية التي أشار إليها إريكسون والتي ينبغي التنويه إليها هنا هي أن تطور الثقة مقابل عدم الثقة لا يقتصر على السنة الأولى فقط ولكنه يرتبط بكافة مراحل النمو المستقبلية أيضاً، وأن حاجات الطفل في مرحلة الرضاعة لا تقتصر على الحاجات الجسمية ولكن طبيعة ومدى الإثارة الحسية (البصرية والسمعية واللمسية) واللغوية والحركية والاجتماعية التي يتم توفيرها للطفل الرضيع تترك تأثيرات طويلة المدى على نموه .

أما المرحلة الثانية من مراحل النمو النفسي الاجتماعي التي يصفها إريكسون فهي مرحلة تطور الاستقلالية ، فالطفل في السنتين الثانية والثالثة من العمر يريد أن يفعل لنفسه كل ما تسمح قدراته به ، فإذا شجع الوالدان محاولاته تطور لديه إحساس بالاستقلالية والفخار بالذات .

أما إذا تم حرمانه من فرص التعبير عن قدراته الأخذة بالتطور ، فإن شعوراً بالخجل والشك ينبثق لديه وليس من شك في أن هذه المرحلة ليست سهلة على الوالدين من الناحية العملية ، فهما يريدان الاطمئنان على سلامة طفلهما وعدم تعرضه للأذى . وإذا ما أضيف إلى ذلك السلبية التي يتصف بها الأطفال في هذه المرحلة حيث أنهم كثيراً ما يخالفون رأي الوالدين فإن مدى صعوبة الحفاظ على التوازن المطلوب بين استقلالية الطفل والمحافظة على سلامته يصبح أمراً جلياً .

ويطلق إريكسون على مرحلة النمو النفسي الاجتماعي الثالثة اسم «مرحلة تطور روح المبادرة» فبعد أن تكون قدرات الطفل على العناية بالذات وضبط النفس قد تطورت نسبياً يتحول انتباهه إلى التفاعل مع البيئة الاجتماعية

(الأسرة، الأتراب، والراشدين). إنه يبادر ولا يستجيب فقط، محاكياً الآخرين سواء على الصعيد اللغوي أو الحركي. وتحدد استجابات الوالدين للطفل في هذه المرحلة مدى انبثاق روح المبادرة لديه مقابل الشعور بالذنب في حالة عدم دعمهما وتشجيعهما لمبادراته. وباختصار، فالطفل يحتاج في هذه المرحلة إلى أن يعطى الحرية وأن تتاح له الفرص الكافية لممارسة الأنشطة التي يرغب فيها فإذا ما انتهت مبادراته بعدم موافقة الوالدين ورفضهما وشجبهما تطور لديه شعور بأن أفعاله خاطئة ومن هذا الشعور يتطور لديه الإحساس بالذنب.

أما كارل روجرز (Rogers) أحد مشاهير علم النفس الانساني وصاحب النظرية المعروفة باسم نظرية العلاج المتمركز حول العميل فهو يرى أن العامل الأهم الذي يمكن في ضوءه التنبؤ بالصحة النفسية للفرد وباحتمالات نجاح العملية الإرشادية - العلاجية هو الجو العاطفي الذي يسود الأسرة وهذا الجو يستدل عليه من الطريقة التي يتقبل بها الآباء أبناءهم (الريحاني، 1985).

ويعتقد أصحاب النظرية السلوكية وعلى رأسهم ب. ف. سكنر (Skinner) أن سلوك الفرد إنما هو نتاج تفاعلاته مع بيئته وأن هذه التفاعلات وخاصة التي تحدث في البيت في السنوات المبكرة من العمر هي التي تكسب الفرد مهارات وعادات واستجابات معينة. فالأسرة تشكل شخصية الفرد وسلوكه من خلال الثواب والعقاب وغيرهما من الأساليب الأمر الذي دفع بالباحثين السلوكيين إلى الاهتمام بتحليل سلوك الفرد وتعديله في البيئة الطبيعية وإيلاء تدريب الوالدين اهتماماً خاصاً باعتبارهما أهم عوامل الضبط والتغيير في تلك البيئة.

كذلك اهتمت النظريات الحديثة في ميدان علم النفس مثل نظرية وليام جلاسر (Glasser) المعروفة باسم نظرية العلاج الواقعي ، ونظرية تحليل التفاعل لإريك بيرن (Berne) بالبيئة الأسرية وأثرها على النمو السيكولوجي للفرد . فقد أكد جلاسر على أن الأسرة هي حجر الزاوية بالنسبة لتطور الشخصية وأنه بدون اهتمامها ومشاركتها فإن الاطفال لن يتعلموا حب الآخرين ولن يتطور لديهم إحساس بتقدير الذات . ويتفق بيرن مع جلاسر على أن التربية الأسرية السليمة تنتج شخصاً متزناً وناضجاً وأن التربية الأسرية غير السليمة تنتج شخصاً غير واثق بذاته يعوز شخصيته التكامل .

من ناحية أخرى ، أشار نعيم الرفاعي (1983) إلى أن شخصية الفرد مرآة تعكس حياته الأسرية فأساليب معاملة الآباء للأبناء تلعب دوراً حيوياً في مستوى تفهمهم وأن تأثيرات تلك المعاملة طويلة المدى وتنعكس على أساليب معاملتهم لأبنائهم في المستقبل . وفي الواقع ، هذا ما تشير إليه الدراسات المتعلقة بإساءة معاملة الأطفال ، حيث أنها تدل على أن من تساء معاملته كطفل يكون أكثر نزعة نحو إساءة المعاملة كأب . وهذا ما يؤكد حامد زهران (1977) أيضاً فهو يرى أن الشعور بالأمن وهو الذي يعتبر من المتطلبات الرئيسية للصحة النفسية وللمتعة بالشخصية المترنة والمنتجة إنما هو من النتائج الهامة المترتبة على نمط التنشئة الأسرية .

وفي ضوء تحليل شمولي للأدبيات النفسية - الاجتماعية ذات العلاقة بالعلاج الأسري ، قام فيشر (Fisher, 1977) بتصنيف أنماط الحياة الأسرية التي غالباً ما ينجم عنها مشكلات يعاني منها أفرادها إلى ستة أنماط (أنظر الجدول رقم 2) .

الجدول رقم (2)

أنماط الحياة الأسرية المرتبطة بالمشكلات

الرقم	نمط الأسرة والمشكلات المرتبطة بها
1	<p>الأسرة المقيدة :</p> <ul style="list-style-type: none"> * الكبت * السلبية * ردود الفعل غير التكيفية * الإصرار على بلوغ الكمال
2	<p>الأسرة المتمركزة حول نفسها :</p> <ul style="list-style-type: none"> * الانعزال عن العالم الخارجي * التوحد مع الأسرة . * النزعة الاعتمادية . * الشعور بأن العالم كله عدو
3	<p>الأسرة المتمركزة حول الأشياء :</p> <ul style="list-style-type: none"> * التمرکز حول الذات * التمرکز حول الأطفال * التمرکز حول العالم الخارجي
4	<p>الأسرة المتهورة :</p> <ul style="list-style-type: none"> * العدوانية والتخريب . * الجنوح * الانفعالات غير التكيفية
5	<p>الأسرة الطفولية :</p> <ul style="list-style-type: none"> * عدم النضج * عدم الكفاية * الإلحاح المفرط
6	<p>الأسرة الفوضوية :</p> <ul style="list-style-type: none"> * عدم الترابط * سوء التوافق الاجتماعي

وبما أن تربية الأطفال ليست بالمهمة السهلة، بل هي أكثر المهام الملقة على عاتق الأسرة صعوبة وتعقيداً فقد أصبح الاختصاصيون ينظرون إلى الأبوة والأمومة على أنهما فن ينبغي على الوالدين تعلمه. وما يعينه ذلك هو ضرورة إعداد الرجل والمرأة لتأدية أدوارهما كوالدين بطريقة فاعلة. وقد أوضحت دراسات عديدة في الآونة الأخيرة إمكانية تدريب الآباء وتعليمهم أساليب التربية الصحيحة. كذلك أوضحت الدراسات مقدرة الآباء على التأثير إيجاباً على نمو أطفالهم عن طريق تعليمهم في البيت. فالآباء يعرفون أبناءهم أفضل من الآخرين ويقضون معهم وقتاً أطول من الوقت الذي يقضيه معهم الاختصاصيون.

والآباء معدلو سلوك، فهم يعززون بعض الأنماط السلوكية لدى أبنائهم ويعاقبونهم عند تأديتهم لبعض الأنماط السلوكية الأخرى. وعلى أية حال، فليس جميع الآباء معدلي سلوك فاعلين فمنهم من لا يتعامل مع أبنائه بثبات أو أن معرفته ومهاراته محدودة. وقد دفعت هذه الحقيقة بالباحثين والممارسين في علم النفس والتربية إلى تطوير استراتيجيات تدريب الوالدين (O'Dell, 1974). ومن نماذج تدريب الوالدين المعروفة نموذج ثوماس جوردون (Gordon, 1970) المعروف باسم التدريب بهدف زيادة فاعلية الوالدين (Parent Effectiveness Training) والذي يهدف إلى مساعدة الآباء على التواصل الفعال مع أبنائهم. ويؤكد هذا النموذج على مهارات حلّ المشكلات والطرائق الإيجابية للتغلب على الصراع والتعاون في تحديد الأهداف المشتركة. إضافة إلى ذلك، فقد ظهرت كتب عديدة مؤخراً تعالج موضوع تدريب الآباء (الخطيب، 1993).

وتستطيع الأسرة أن تلعب دوراً حيوياً فيما يتصل بالمهارات الأكاديمية والاجتماعية التي يتعلمها الطفل خارج المنزل. فباستطاعة الآباء مساعدة الطفل على تعميم تلك المهارات ودعمها خارج نطاق المؤسسات التي تقوم على رعايته. وإيماناً منها بذلك، فقد سنت تشريعات تلزم المؤسسات بمشاركة الآباء وتدريبهم للقناعة بأن مشاركة الأسرة في البرامج العلاجية والتربوية تعود بفوائد جمة على كل من الأسرة والمؤسسة والطفل.

وقد أشرنا سابقاً إلى أن عوامل مختلفة قد تطور لدى الآباء القناعة بأنهم لا يستطيعون عمل شيء ذي جدوى وأن مهمة العلاج والتربية يجب أن تترك للاختصاصيين فقط. إن دور الاختصاصيين يختلف عن دور الآباء ومسؤولية المؤسسة أن تعمل كل ما من شأنه تسهيل عملية مشاركة الآباء في العملية التربوية - العلاجية بفعالية ونجاح (أنظر الجدول رقم 3).

الجدول رقم (3) أساسيات تفاعل المؤسسات مع الآباء*

1	إن على المؤسسة أن تدرك أن الوالدين هما المعلم الأول والأهم في حياة طفلهما والأكثر قدرة على تفهم حاجاته .
2	إن على المؤسسة أن تعي أن الأسرة مؤسسة اجتماعية ذات دور بالغ الأهمية ، وأن تدرك الضغوطات التي تتعرض لها الأسرة وأن تعمل على مساعدتها في التغلب على هذه الضغوطات .
3	إن على المؤسسة أن تعمل على توعية الوالدين في ما يتصل بأهداف المؤسسة وأن تعمل بفعالية على مشاركة الوالدين في العملية التربوية - العلاجية .
4	إن على المؤسسة أن تتحقق من فاعلية نشاطاتها من خلال مناقشة الآباء وعليها ألا تنظر نظرة دونية لهم وكأنهم يفتقرون الى المعرفة .
5	إن على المؤسسة أن تتوقف عن اتهام الآباء بعدم الاكتراث أو الاهتمام وعليها أن تقدم برامج التدريب المناسبة لهم عند الحاجة ، وأن تعمل على تعديل ممارساتها لتصبح مناسبة لحاجات الآباء .

* اقتبست المعلومات الواردة في هذا الجدول من الخطيب (1993) .

الخاتمة

الأسرة نظام اجتماعي قديم قدم الإنسان نفسه . وبالرغم من التغيرات التي طرأت على هذا النظام والتي تطرأ عليه من وقت إلى آخر بسبب تغير الظروف الحياتية إلا أن الأسرة كانت وما تزال محط اهتمام كبير من قبل الأفراد في المجتمعات البشرية ، فالتغيرات تطال أنماط الأسرة وكيفية تأديتها لوظائفها أما مكانة الأسرة وخاصة على صعيد تشكيل شخصية الفرد وتحديد ملامح بنائه القيمي فهي تبقى ذات أهمية كبيرة .

فنحن جميعاً نعيش في ظل أسرة تتأثر بها ونؤثر فيها ، وعليه فإن الأسرة كانت وستبقى بؤرة إهتمام الباحثين والمفكرين . وإذا كان عالم الأسرة عالماً صغيراً فهو أكبر نظم المجتمع ومؤسساته تأثيراً وهيمنة على شخصية الفرد وصحته النفسية وانتمائه .

فالأسرة هي قاعدة التعلق والارتباط الإنساني ، وهي الأرضية الآمنة التي يطل منها الإنسان على العالم الخارجي . والأسرة أيضاً هي العامل الرئيسي الذي يرتبط بطبيعة إدراك الفرد لذاته وإدراكه لعالمه الكبير .

وإذا كانت الأسرة المترابطة والفعالة هي العامل الرئيسي المسؤول عن الصحة النفسية للأبناء وتكيفهم ، فالأسرة المفككة التي تفتقر إلى التكاملية في الأدوار والوضوح في الوظائف إنما هي منبت للجنوح والسلوك الشخصي والاجتماعي غير المقبول . فقد وجد رتر (Rutter,1975) مثلاً: أن الأحداث

الجانحين والمضطربين غالباً ما ينحدرون من أسر تستخدم أساليب ضبط غير فعالة، والعلاقة بين أفرادها ضعيفة أو غير بناءة، وحالتها الاقتصادية متدنية، وبعض أفرادها عانى في الماضي من اضطراب سلوكي ما.

فئة إجماع وخاصة بين علماء الاجتماع على أن الأسرة أقوى نظم المجتمع والمهد الحقيقي للطبيعة الإنسانية. فقد كتب حسن (1967) يقول: أن التعمق في دراسة المشكلات الاجتماعية سيقودنا إلى أن ننسبها جميعاً إلى المواقف الأسرية، وأنه لا يمكن مواجهة المشكلات التي يعاني منها المجتمع دون التصدي لعلاج المشكلات التي تعاني منها الأسرة. وهذا ما تؤكد الخولي (1983) أيضاً حيث تقول: «إن كثيراً من خبراتنا وعواطفنا ومشاكلنا تمتد جذورها في الحياة الأسرية» (ص 70).

وقد وضح هذا الفصل أن أساليب الرعاية والتنشئة الوالدية تحتل مكانة بالغة الأهمية على صعيد تشكيل شخصية الأبناء وتكيفهم وقدرتهم على مواجهة الحياة اليومية. فالتساهل المفرط ينتج عنه أبناء يعوزهم النضج والاعتماد على النفس. أما التشدد والتسلط فيقودان إلى أبناء عدوانيين وانطوائيين وساخطين.

وقد دفع هذا بالباحثين والممارسين في ميادين العلوم الإنسانية والاجتماعية إلى الاهتمام الكبير بتحليل أثر العوامل والمتغيرات الأسرية المختلفة على نمو الأبناء وأدائهم في مجالات الحياة المختلفة. وكان من النتائج الحتمية للدراسات والبحوث العلمية في هذه المجالات تزايد اهتمام القائمين علي الخدمات الإنسانية الاجتماعية بمشاركة الأسرة في تخطيط وتنفيذ وتقديم

البرامج التعليمية والعلاجية والإرشادية والتنمية المقدمة لأبنائها. فثمة إجماع في الرأي في الوقت الحاضر على أن المؤسسات لا تلغي دور الأسرة ولا تقلل من أهميته ولكن الرسالة الحقيقية لتلك المؤسسات هي دعم الأسرة وتفعيل أدوارها.

على أن الأسرة بحاجة إلى الاستقرار والترابط لتقوم بوظائفها بشكل إيجابي. فإضافة إلى أساليب الرعاية وأنماط التنشئة الوالدية، تشير المراجع العلمية إلى أهمية إنسجام الآباء وثباتهم في التعامل مع الأبناء. فالثبات والذي يعني عدم التناقض أو التذبذب يقود إلى تكيف الأبناء وإلى شعورهم بالثقة والكفاية الشخصية، ذلك أنه يقود إلى شخصية متزنة وناضجة. وليس من شك في أن تحقيق هذا يتطلب تواملاً فاعلاً بين الوالدين وتفاهماً وعملاً تكاملياً ومشاركاً في ظل تنظيم أسري بناء.

قائمة المراجع

أولاً - المراجع العربية :

- 1 - أبو جبل، فوزي: الأنماط الشخصية والاجتماعية التكيفية لدى المراهقين الجانحين وغير الجانحين في الأردن وعلاقتها بالتنشئة الأسرية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية، الجامعة الأردنية، 1983.
- 2 - توق، محيي الدين: إشكالية التعليم قبل الابتدائي، في التعليم قبل المدرسة. دار الثقافة والإعلام، الشارقة، 1992.
- 3 - حداد، ياسمين: أساليب العزو وتقدير الذات والاكتئاب - ارتباطاتها المتبادلة وعلاقتها بالممارسات الوالدية. دراسات، العدد 17 (3)، الجامعة الأردنية، 1990.
- 4 - حسن، محمود: الأسرة ومشكلاتها. بيروت، دار النهضة العلمية، 1967.
- 5 - الخطيب، جمال: التربية الأسرية في - المرجع في التربية. عمان، دار الشروق، 1993.
- 6 - الخولي، سناء: مدخل إلى علم الاجتماع. الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1982.
- 7 - الخولي، سناء: الزواج والعلاقات الأسرية. بيروت، دار النهضة العلمية، 1983.

- 8 - الرفاعي، نعيم: الصحة النفسية. دمشق، مطبعة ابن حيان، 1983.
- 9 - الريحاني، سليمان: أثر نمط التنشئة في الشعور بالأمن. دراسات، العددان (12)، (11)، الجامعة الاردنية، 1985.
- 10 - زهران، حامد: علم نفس النمو- الطفولة والمراهقة. القاهرة، عالم الكتب، 1977.
- 11 - زيدان، محمد: بعض سمات الشخصية للطلبة في الجامعات الاردنية وعلاقتها برعاية الوالدين. رسالة دكتوراة غير منشورة. جامعة دمشق، 1983.
- 12 - سليمان، عرفات: ديناميكية التربية في المجتمعات. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، 1979.
- 13 - عبدالدايم، عبدالله: التربية قبل المدرسية ودورها في تكوين شخصية الطفل. الطفولة العربية، العدد 14، 1988.
- 14 - النصراوي، مصطفى: المواقف الأسرية وعلاقتها بتأهيل المعوقين، في - قراءات في التربية الخاصة والتأهيل. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، 1982.
- 15 - وافي، علي: عوامل التربية. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، 1958.
- 16 - يونيسف: الأطفال أولاً - الاعلان العالمي لبقاء الطفل وحمايته وثنائه وخطة العمل. 1990.

ثانياً - المراجع الأجنبية :

- 1 - Bandura, A . Social learning theory of identificatory Processes.
In : D.A. Goslin Ed. Handbook of socialization theory and
research. New York : Rand McNally.1969.
- 2 - Bane, M. Here to stay. New York: Basic Books. 1976.
- 3 - Barnard, K. How focusing on the family changes the health
caresystem. In T. Brazelton & V. Vaughn (Eds), the family:
Setting Priorities. New York: Science and Medicine Publishing.
1976.
- 4 - Baumrind, D. The development of instrumental competent
through socialization. In A. D. Pick (Ed.). Minnesota Symposia
on Child Psychology (Vol.7). Minneapolis: University of
Minnesota Press, 1973.
- 5 - Belsky, J. Early human experience : A family Perspective.
Developmental Psychology, 1981.
- 6 - Belsky. J. The Determinants of Parenting :A process model.
Child Development, 1984.
- 7 - Bootzin, R. Abnormal Psychology: Current Perspectives.
New York: Random House. 1980.

- 8 - Brooks, J. B. *The Process of parenting* (3rd ed.). Mountain View, California : Mayfield Publishing Company.1991.
- 9 - Conger, J. & Peterson, A. *Adolescence and youth* (3rd ed.). New York: Harper & Row. 1984.
- 10 - Coopersmith, S. *The antecedents of self-esteem*. San Fransisco, California: W. H. Freeman. 1967.
- 11 - Emery, R. E. *Interpersonal conflict and the children of discord and divorce*. *Psychological Buletin*, 1982.
- 12 - Erickson, E. *Childhood and society*. New York: Norton. 1963.
- 13 - Fisher, L. *On the classification of families*. *Archives of General Psychiatry*, 1977.
- 14 - Friesen, G. *The role of the family in vocational development*. *International Journal for the Advancement of Councelling*, 1986.
- 15 - Gallagher, J. Beckman, P. & Cross, A. *Families of handicapped Children: Sources of stress and its amelioration*. *Exceptional Children*, 1983.
- 16 - Glick, I. & Kessler, D. *Marital and family therapy*. New York: Grune & Stratton. 1980.

- 17 - Gordon, T. Parent effectiveness training. New York: Plenum Press. 1970.
- 18 - Gottman, J. & Katz, L. Effects of marital discord on young Children's peer- interaction and health. *Developmental Psychology*, 25, 1989.
- 19 - Guidubaldi, J. et al. The role of selected Family environment factors in children's post-divorce adjustment. *Family Relations*, 35, (1) 1986.
- 20 - Hallahan, D. & Kauffman, J. Exceptional children (5th ed.) New Jersey: Prentice Hall. 1986.
- 21 - Hammer, T. & Turner, P. Parenting in contemporary society. New Jersey: Prentice - Hall. 1990.
- 22 - Hess, R. & Camara, K. Post-divorce family relationship as mediating factors in the consequences of divorce for children. *Journal of Social Issues*, 35, 1979.
- 23 - Jacobs, T. Family interactions in disturbed and normal families. *Psychological Bulletin*, 82, 1975.
- 24 - Klaus, M. & Kennel, J. Parent-infant Bonding. St. Louis: C.V. Mosby. 1982.

- 25 - Lamb, M. Sibling relationships across the lifespan. In M. E. Lamb and B. Sutton-Smith (Eds.), *Sibling relationship*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum. 1982.
- 26 - Lindenberg, R. Work with families in rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 20, 1977.
- 27 - Mcloyd, V. The impact of economic hardship on black families and children. *Child Development*, 61, 1990.
- 28 - Meadows, S. *Understanding child development*. London: Hutchinson. 1986.
- 29 - Nordheimer, J. The Family in transition. *New York Times*, 27, 1, 4 & 275. 1977.
- 30 - O'Dell, S. Training Parents in Behaviour modification. *Psychological Bulletin*, 81, 1974.
- 31 - Parker, P. *Basic family therapy*. London: Granada Publishing Ltd. 1981.
- 32 - Peterson, J. & Zill, N. Marital disruption, parent-child relationships, and behaviour problems in children. *Journal of Marriage and the Family*, 48 (2), 1986.
- 33 - Rutter, M. *Helping troubled children*. New York: Plenum Press. 1975.

- 34 - Sanborn, M. Working with parents. In N. Colangelo & R. Zaffrann (Eds.), *New voices in counseling the gifted*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt. 1979.
- 35 - Shellhase, L. & Shellhase, F. Role of the family in rehabilitation. *Social casework*, November, 1972.
- 36 - Turnbull, A. & Turnbull, H. *Families, Professionals, and exceptionality*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill. 1986.
- 37 - Vaughn, B. Block, J. & Block, J. Parental agreement on child rearing during early Childhood and psychological characteristics of adolscents. *Child Development*, 59, 1988.
- 38 - Wallerstein, J. & Kelly, J. *Surviving the breakup*. New York: Basic Books. 1980.
- 39 - White, B. *The first three years of life*. New Jersey: Prentice-Hall. 1975.
- 40 - Yamamoto, K. Soliman, A. Parsons, J. & Davies, O. Voices of unison. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 1987.
-

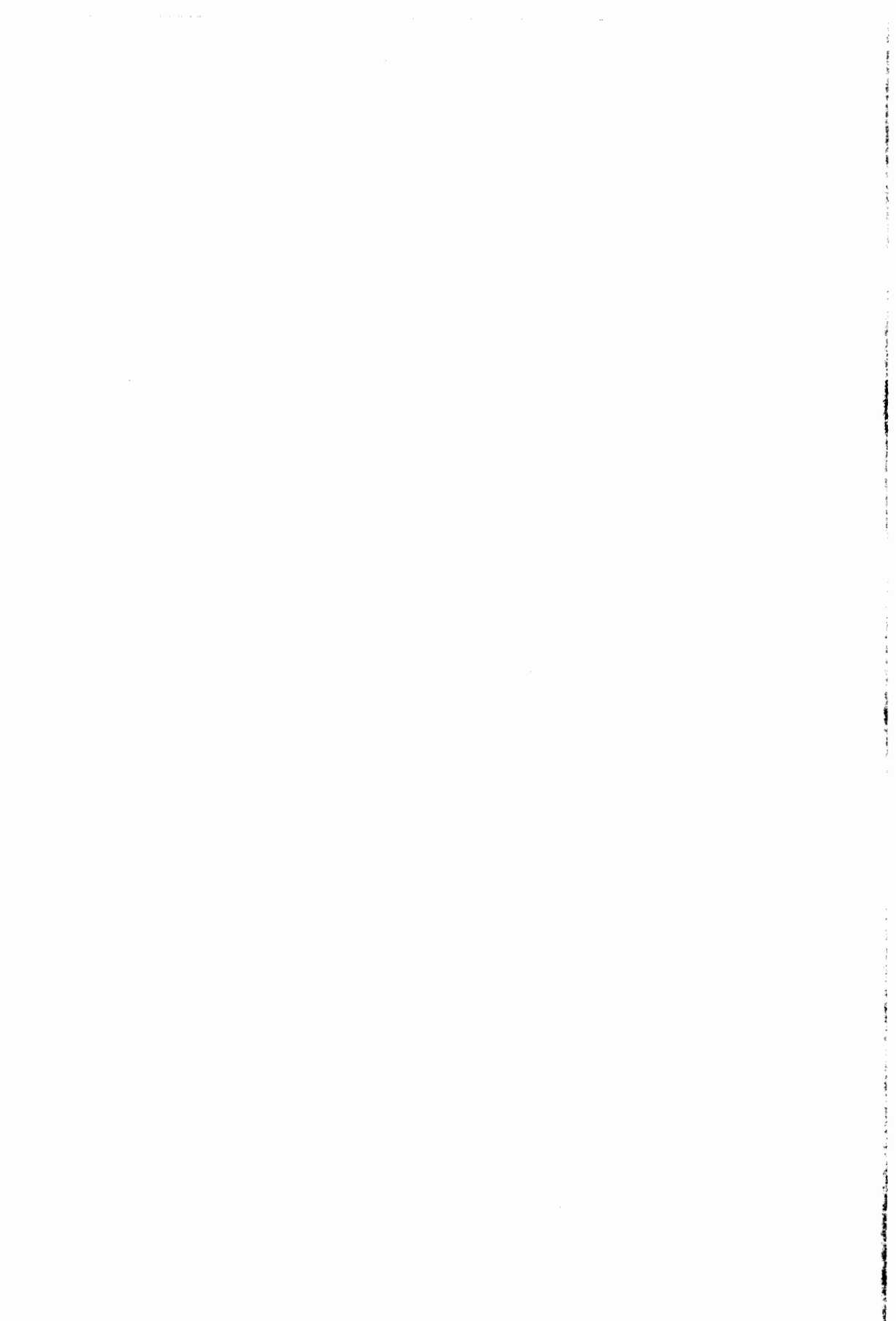
الحاجات الخاصة
للأطفال المعاقين وأسرهم

إعداد

الأستاذة أمنية راشد
الأستاذة منسى عبدالكريم

الدكتور جمال محمد الخطيب
الأستاذ غانم البسطامي

مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية
دولة الإمارات العربية المتحدة



محتويات الفصل

الصفحة	من - إلى
71 - 67	مقدمة :
73 - 72	أولاً : ردود الفعل النفسية لأسر الأطفال المعاقين .
76 - 74	ثانياً : طرق تقييم حاجات الأطفال المعاقين وأسرههم
103 - 77	ثالثاً : دور الأسرة في تقييم حاجات طفلها المعاق .
105 - 104	الخلاصة والاستنتاجات :
106	قائمة المراجع :
113 - 107	ملحق الفصل : استبانة مقياس حاجات أسر الأطفال المعاقين

مقدمة

تتمثل الخطوة الأولى في تنفيذ برامج التربية الخاصة في تحديد حاجات الطفل المعاق. وحاجات الطفل مترابطة ببعضها البعض شأنها في ذلك شأن مظاهر النمو. وبوجه عام تصنف الحاجات إلى ثلاث فئات أساسية وهي:

- (1) الحاجة إلى الرعاية الصحية والطبية.
- (2) الحاجة إلى النمو والتطور.
- (3) الحاجات الأسرية.

وبالنسبة لكل من فئات الحاجات الثلاث هذه، هناك حاجات عادية يشترك فيها الأطفال المعاقون مع الأطفال العاديين وهناك حاجات خاصة تنشأ عن الوضع الخاص والمختلف الذي هم فيه. ويجب على أي برنامج علاجي أن يراعي التوازن النسبي بين الحاجات العادية والحاجات غير العادية (الحديدي والخطيب، 1993).

بالنسبة للحاجات الطبية والصحية للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة فهي تشمل الحاجات الروتينية (مثل التطعيم ضد أمراض الطفولة والفحص الطبي الدوري وتقديم الخدمات اللازمة في حالة إصابة الطفل بالأمراض) والحاجات الطبية الاستثنائية وطويلة المدى التي قد تنشأ بسبب حالة الإعاقة التي يعاني منها الطفل. وفيما يتعلق بالحاجة إلى النمو والتطور فهي تغطي مجالات النمو الأساسية وهي النمو الإدراكي/ المعرفي، والنمو اللغوي الاستقبالي

والتعبيري، والنمو الحسي/ الحركي، والنمو الشخصي/ الاجتماعي. أما الفئة الثالثة من الحاجات وهي الحاجات الأسرية فهي لا ترتبط بالضرورة بالحاجات الخاصة للطفل المعاق بقدر ما ترتبط بالحاجات العامة والخاصة المرتبطة بأسرته.

وتختلف الحاجات الخاصة لأسرة الطفل المعاق باختلاف عدد كبير من العوامل والمتغيرات. فكما أن الأطفال المعاقين لا يشكلون مجموعة متجانسة فأسرهم هي الأخرى ليست فئة متجانسة. وعليه فالتعميمات ليس لها مایبررها والشيء الذي ينبغي احترامه دوماً هو استقلالية الأسرة وطفلها.

وللأطفال المعاقين حاجات تربوية خاصة وهذه الحاجات تنشأ عندما يؤثر أي عجز (جسمي - حسي - عقلي - انفعالي - اجتماعي - أو جميعها) على التعليم إلى الحد الذي يكون فيه الوصول إلى أهداف المنهج واستخدامه بشكل جزئي أو كلي أمراً صعباً وبالتالي يكون توفير منهاج خاص أو معدل، أو يكون تعديل الظروف البيئية والصفية أمراً ضرورياً إذا كان هدفنا تعليم الطفل بفعالية وبشكل مناسب. فالحاجة قد تظهر في أي نقطة على مدى متصل يمتد من المستوى البسيط حتى المستوى الصعب، وقد تعتبر الحاجة شكلاً دائماً أو مؤقتاً في نمو الفرد.

إن الحاجات الأساسية للأطفال المعاقين لا تختلف كثيراً عن الحاجات الأساسية للأطفال جميعاً. وعند الحديث عن الحاجات الأساسية ينبغي الإشارة إلى هرم الحاجات لعالم النفس المعروف ابراهام ماسلو والذي يشمل كلاً من الحاجات الفسيولوجية والحاجات النفسية على النحو الآتي:

- (1) الحاجات الفسيولوجية: وتشمل الماء والهواء والطعام والنوم.
- (2) الحاجة إلى السلامة: وتتمثل بالشعور بالأمن والتحرر من الخوف والحصول على الحماية.
- (3) الحاجة إلى الانتماء والحب: وتتمثل في بناء علاقات إيجابية دافئة يسودها التعاطف والمودة.
- (4) الحاجة إلى التقدير: وتشمل الحاجة إلى الشعور بالكفاية الشخصية والافتقار والمكانة والاحترام.
- (5) الحاجة إلى تحقيق الذات: وتتمثل في الحاجة إلى تحقيق ما تسمح قدرات الفرد الفعلية بتحقيقه.

وكما يعتقد ماسلو، فالهجات الفسيولوجية تقع في قاعدة الهرم ويجب إشباعها ولو بشكل جزئي لتتطور وتشبع الحاجات النفسية الأخرى التي تمت الإشارة إليها. بلغة أخرى، إن الحاجة إلى الانتماء تنبثق بعد تلبية الحاجات الفسيولوجية والحاجة إلى الأمن والسلامة. وليس من شك في أن عدم حصول الإنسان على تقدير الآخرين له ستكون نتيجته الشعور بالرفض الاجتماعي. وبالنسبة للطفل المعاق فالإعاقة غالباً ما تمنع أو تحد من إشباع حاجته إلى الانتماء الأمر الذي يقود إلى التمركز حول الحاجة إلى مجرد البقاء والشعور بالأمن. وللأسف، فإن ذلك كثيراً ما يكون على حساب إشباع حاجة الطفل إلى التقدير والانتماء وبناء العلاقات الاجتماعية اللازمة.

أما إذا توفرت للطفل المعاق الظروف الصحيحة التي تساعد في التغلب على القيود التي تفرضها حالة الإعاقة وإذا توفر الدعم من الأشخاص المهمين في حياته (الوالدين ، المعلمين ، الرفاق) فإن الطفل سيسعى إلى محاولة تحقيق الحاجات النفسية العليا . ولسوء الحظ ، فإن اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة والمعاقين تتصف عموماً بالسلبية مما يحرم الطفل المعاق من فرص النمو والتعلم والنضج (الخطيب ، 1992) .

وكما تمت الإشارة منذ قليل ، فإنه لا يتوقع من العاملين في برامج ومراكز التربية الخاصة تلبية الحاجات الخاصة للأطفال دون تحديد وتلبية الحاجات الخاصة لأسرهم . وتلك مهمة ليست سهلة ولكن لا بد من التصدي لها .

ويمكن تعريف الحاجات على أنها الرغبات التي تعبر عنها الأسرة فيما يتعلق بالخدمات اللازمة أو الأهداف المرجو تحقيقها ، وقد تكون الحاجات بمثابة أشياء مفقودة أو مرغوب فيها ولكنها ضرورية أو مطلوبة لتحقيق هدف ما أو الوصول إلى غاية معينة وبوجه عام ، تصنف حاجات أسر الأطفال المعاقين إلى ست فئات رئيسية وهي :

- 1 - الحاجة إلى المعلومات .
- 2 - الحاجة إلى الدعم .
- 3 - الحاجة إلى التفسير للآخرين .
- 4 - الحاجة إلى الخدمات .

5 - الحاجة إلى الدعم المالي .

6 - الحاجة إلى المساعدة للتعایش مع المشكلات الأسرية الناتجة عن حالة الإعاقة .

ولعل إحدى التحديات الرئيسية التي ينبغي على العاملين في مجال التربية الخاصة التصدي لمواجهتها هي التحديات التي ينطوي عليها العمل مع والدي الطفل المعاق بوجه خاص وأفراد أسرته بوجه عام . فالإعاقة لا تؤثر على الطفل فحسب ولكنها تترك تأثيرات سلبية مختلفة على الأسر كلها . فالطفل ذو الحاجات الخاصة له أسرة ذات حاجات خاصة وتلك الحاجات يجب تفهمها والعمل على تلبيتها . وتتمثل الخطوة الأولى في العمل مع أسرة الطفل المعاق بتحليل ردود الفعل الانفعالية والنفسية لدى الوالدين .

ويشير الخطيب (1992) إلى عدم إمكانية فهم ردود الفعل النفسية الموجودة لدى والدي الطفل المعاق دون فهم التوقعات الطبيعية للآباء والأمهات . فنحن جميعاً نريد أطفالاً عاديين ولا أحد يتوقع أو يتصور أن ينجب طفلاً معاقاً . ولما كان الأمر كذلك فإن الإعاقة تشكل في العادة صفة قوية للوالدين والأسرة وكثيرون هم الذين يواجهون صعوبات جمة في قبول الطفل المعاق .

أولاً - ردود الفعل النفسية لأسر الأطفال المعاقين

إن ردود الفعل النفسية التي قد تحدث لدى الوالدين غالباً ما تشكل حاجزاً حقيقياً يحد من قدرتهما على تربية الطفل المعاق ورعايته. وبالرغم من التباين الشديد في ردود الفعل النفسية من أسرة إلى أخرى إلا أن معظم الأسر يتولد لديها ردود فعل متشابهة. وفيما يلي عرض موجز لردود الفعل تلك:

(1) الصدمة:

وهي تعني عدم تصديق أولياء الأمور للحقائق. والآباء والأمهات في هذه المرحلة بحاجة إلى التفهم والدعم.

(2) النكران:

قد ينكر أولياء الأمور حالة الإعاقة لدى طفلهم خاصة عندما تكون الإعاقة غير واضحة أو إعاقة بسيطة. وفي العادة، يسهم الأخصائيون والأقارب والأصدقاء في تطور النكران وذلك من خلال محاولاتهم طمأنة الأسرة. والنكران لا يواجه بشكل مباشر فالآباء لا يستمعون إلا إلى الآراء الإيجابية وهم ينتقلون بالطفل من أخصائي إلى آخر وذلك ما يعرف بظاهرة التسوق.

(3) الندم والغضب:

كثيراً ما يشعر الآباء والأمهات بالندم على شيء فعلوه أو لم يفعلوه. وهم قد يلقون باللوم على أنفسهم أو على بعضهم البعض أو على الأطباء

وغيرهم . ويرافق هذه العملية شعور بالغضب العارم يعبر عنه أولياء الأمور بأشكال مختلفة .

(4) اليأس :

ومن أهم خصائص ردة الفعل النفسية هذه فقدان الأمل نهائياً بتحسين حالة الطفل ، والبكاء على الحلم الجميل (الطفل العادي الذي كان منتظراً) .

(5) الخجل والخوف :

قد يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الآباء والأمهات وترقبهم لاتجاهات الآخرين وخاصة المهمين منهم . وقد يميل الآباء والأمهات في هذه المرحلة إلى تجنب مخالطة الناس والتفاعل معهم .

(6) الرفض أو الحماية الزائدة :

يتبنى بعض أولياء الأمور مواقف سلبية جداً من طفلهم المعاق مما قد يعرض الطفل للإهمال وإساءة المعاملة الجسمية والنفسية . وبالمقابل ، يلجأ البعض إلى الحماية المفرطة لطفلهم فيعملون كل شيء نيابة عنه . ومن الواضح أن كلاً من الرفض والحماية الزائدة يحرم الطفل من فرص النمو والتعلم .

(7) التكيف والقبول :

تتمثل ردة الفعل الأخيرة عادة في الاعتراف بالحقيقة ومواجهتها . فأولياء الأمور سيدركون إن أجلاً أو عاجلاً أن لدى الطفل حالة عجز مزمن ويبحثون عن الخدمات المناسبة لتلبية حاجاته .

ثانياً - طرق تقييم حاجات الأطفال المعاقين وأسرهم

(1) المقابلة :

عبارة عن محادثة هادفة تتميز بالمرونة ، يتم فيها مقابلة الفرد المعاق أو أسرته وهي أحد المصادر الرئيسية للتعرف على الحاجات ، فالشخص المعاق وأسرته أدري بالحاجات والصعوبات والرغبات أكثر من الآخرين . والمقابلة تسمح للأخصائي بالحصول على مزيد من المعلومات وخاصة فيما يتعلق بتأثيرات الإعاقة واتجاهات ومواقف الوالدين وتطلعاتهما .

(2) الملاحظة :

تعتبر الملاحظة من أهم وسائل التقييم ، ولها فوائد عدة ، حيث أنها قياس مباشر للسلوك الفعلي ، ولها تطبيقات واسعة في مواقف مختلفة وهي ملائمة مع الأطفال الصغار . وتتم ملاحظة الفرد المعاق للتعرف على حاجاته في المواقف الصفية أو المواقف الحرة ، وهذه المواقف تتيح للشخص الملاحظ مراقبة تفصيلات دقيقة حول المظهر العام للطفل المعاق ، حيث يلاحظ مدى حاجة الطفل المعاق للتدريب على مهارات معينة . ويتبين من خلال الملاحظة أيضاً ما إذا كان الطفل بحاجة إلى علاج طبيعي أو علاج وظيفي ، وإذا كان الطفل

يظهر أنماطاً سلوكية غير تكيفية كالغضب والعدوان وما إذا كان بحاجة إلى برامج لتعديل السلوك . كذلك تسمح الملاحظة بتحليل أية صعوبة في التعبير وتسمح بتحديد مدى الحاجة إلى العلاج النطقي .

(3) الاستبيان :

هو عبارة عن مجموعة من الأسئلة أو الفقرات المكتوبة تعطى للأفراد المعاقين أو أفراد أسرهم ليجيبوا عنها . ويعتبر الاستبيان من أكثر الأدوات شيوعاً للتعرف على حاجات المعاقين وأسرهم حيث أنه يمكن استخدامها لتحقيق أغراض عديدة جداً . وتميز الاستبيانات بكونها تمكن المقيم من دراسة عينات كبيرة في فترة زمنية قصيرة . كذلك فالمقيم لا يتدخل في إجابات الشخص ، ولا يواجهه ، وبالتالي يجيب المعاق أو أسرته بلا قيود .

(4) دراسة الحالة :

تتضمن دراسة الحالة المعلومات الأساسية عن الفرد المعاق وأسرته من حيث الخصائص الديموغرافية (مثل العمر ، والجنس ، وعمل الوالدين ، والمستوى الاقتصادي للأسرة) والتاريخ الطبي وخصائص الفرد الاجتماعية والحركية واللغوية ، وجوانب القوة والضعف التي لديه والمعززات والمنفرات . وهذه الدراسة تفيد في تحديد الحاجات التي يجب أن تلبى للفرد المعاق وأسرته .

(5) سلالم التقدير :

في سلالم التقدير يطلب من المقدر أن يحدد مدى وجود الصفة ، ومن الممكن استعمالها لتسجيل الملاحظات حول حاجات الأطفال المعاقين للوقوف على أهم الاحتياجات ، ومن ثم العمل على تحقيقها من خلال تحديد مواطن القوة والضعف عند كل فرد معاق بعد تحليل البيانات ، أو تحديد مدى التقدم أو التحسن في أداء الفرد المعاق وذلك من خلال التطبيق الدوري .

(6) الاختبارات النفسية والتربوية والنمائية :

إن تحديد مستوى نمو الطفل المعاق في المجالات الأساسية (الحركية الكبيرة والدقيقة واللغوية والاستقبلية والاستيعابية والانفعالية/ الاجتماعية والعناية الذاتية والادراكية/ المعرفية) يعمل بمثابة الأرضية التي تنبثق منها البرامج التعليمية والتدريبية . ولتحقيق ذلك ، يجب تقييم مواطن الضعف ومواطن القوة لدى الطفل . وذلك يمكن عمله باستخدام الأدوات التي تمت الإشارة إليها سابقاً إلا أن هناك حاجة دائماً لتطبيق الاختبارات النمائية المناسبة . ويتم اختيار المقاييس والاختبارات في ضوء عوامل محددة منها عمر الطفل وطبيعة إعاقته والهدف من التقييم وغير ذلك . ويجب أن يتمتع الاختبار عادة ببعض الخصائص السيكومترية مثل الصدق والثبات . ويجب أن يقوم بتطبيق الاختبارات وبخاصة الاختبارات الرسمية أخصائيون ذوو خبرة ومعرفة بكل من الأطفال ونموهم من جهة وبالاختبارات نفسها من جهة أخرى .

ثالثاً - دور الأسرة في تقييم حاجات طفلها المعاق

هنالك بعض المعوقات أو الحواجز التي قد تحد من معرفة الأخصائيين بحاجات الطفل المعاق وهنا يبرز دور الأسرة في المساعدة على التعرف على حاجات طفلها المعاق . فمثلاً قد يطلب من الوالدين ملاحظة سلوك معين لدى الطفل . فالأسرة بحكم وجود طفلها معها سواء كان الطفل معاقاً أو غير معاق ، هي الأدرى باحتياجاته الخاصة وهي الخبير الحقيقي بنموه وخصائصه وحاجاته .

(1) الحاجات الخاصة للأطفال المتخلفين عقلياً وأسرههم :

لما كان التخلف العقلي يشير إلى انخفاض ملحوظ في مستوى الأداء العقلي العام يصحبه عجز في السلوك التكيفي فهو بالضرورة ينطوي على حاجات خاصة عديدة ومتنوعة . فالأطفال المتخلفون عقلياً لهم حاجاتهم الخاصة التي قد تختلف قليلاً أو كثيراً عن حاجات ذوي الإعاقات الأخرى . على أن الحاجات النفسية الأساسية تشبه حاجات جميع الأفراد . فالمتخلف عقلياً لديه حاجة لأن يحظى بالحب والتقبل ويحتاج إلى التحرر من الخوف ، وما يعنيه ذلك هو التفاعل مع هؤلاء الأطفال بإيجابية وتطوير اتجاهات واقعية نحوهم فهم يواجهون صعوبات وقيوداً فعلية ، ولكن ذلك لا يعني حرمانهم من فرص النمو والتعلم ، فهم بحاجة إلى تعلم الاعتماد على أنفسهم وإزالة العوائق التي تحول دون اندماجهم مع المجتمع المتمثل بالبيت والعائلة والحي

والمدرسة . ولدى بعض الأطفال المتخلفين عقلياً حاجة خاصة إلى خدمات طبية وصحية مساندة وخصوصاً الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة، فهم قد يكونون بحاجة إلى علاج طبيعي (لتقوية الحركات الكبيرة وتطويرها) وإلى علاج وظيفي (لتقوية الحركات الدقيقة) . كذلك يحتاج الطفل المتخلف عقلياً في معظم الأحيان إلى التدريب على النطق ذلك أنه غالباً ما يعاني من نقص في مهارات التواصل سواء على صعيد اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية . وبالطبع ، فهناك حاجات رئيسية أخرى منها الحاجة للتدريب على المهارات الحسية والمعرفية والاجتماعية والعناية بالذات . وتعتمد طبيعة الحاجات على عوامل عديدة منها مستوى التخلف، وعمر الفرد، وجنسه، وغير ذلك . أما حاجات أسر الأطفال المتخلفين عقلياً فهي الأخرى عديدة ومتنوعة وغالباً ما تشمل :

- 1 - الحاجة إلى معرفة طبيعة التخلف العقلي وأسبابه .
- 2 - الحاجة إلى الدعم والمعلومات حول نمو الطفل ومستقبله .
- 3 - الحاجة إلى معرفة البرامج التدريبية التي يحتاج إليها الطفل كالعلاج النطقي أو الوظيفي أو الطبيعي وغير ذلك .
- 4 - الحاجة إلى التفاعل مع الأسر الأخرى التي لديها أطفال متخلفون عقلياً بهدف تبادل الخبرات والدعم المتبادل .

(2) الحاجات الخاصة للأطفال المعاقين بصرياً وأسرهم :

إن تلبية حاجات الأطفال المعاقين بصرياً لا تقتصر على إزالة الحواجز المادية ولكنها تشمل بالضرورة إزالة الحواجز النفسية أيضاً . فلا بد من تبني التوقعات الإيجابية والاتجاهات البناءة حيث أن ذلك شرط أساسي لتشجيع استقلالية

المعاقين بصرياً وتطوير الكفاية الشخصية والمهارات التكيفية . وتلعب الأسرة دوراً هاماً في هذا الشأن حيث تستطيع مساعدة طفلها المعاق بصرياً على تقبل نفسه وتقبل ضعفه البصري وترسيخ القناعة لديه بأنه قادر على أن يعيش حياة سعيدة . وتحتاج الأسرة لتقوم بهذا الدور إلى التدريب والإرشاد المنظم والهادف بحيث يتم تجنب الحماية الزائدة والقيود التي لا مبرر لها على حركة الطفل وتنقله وتفاعلاته . كذلك تحتاج الأسرة إلى الحصول على المعلومات الصحيحة عن الضعف البصري وأثره على النمو . ففقدان البصر قد يترتب عليه مواجهة صعوبات ومشكلات انفعالية واجتماعية متنوعة . وبالرغم من وجود بعض الحاجات العامة المشتركة لدى المعاقين بصرياً إلا أنهم لا يمثلون فئة متجانسة فهم يختلفون اختلافاً كبيراً عن بعضهم البعض . وبوجه عام ، ينبغي بناء علاقة إيجابية وقوية مع الطفل المعاق بصرياً وأسرته ، ويجب تعريف المجتمع بحاجاته وذلك من خلال استخدام الوسائل المختلفة للاتصال بالمجتمع ، وتطوير استراتيجيات التكيف السليم مع فقدان البصر وما يلازمه من مشكلات ، وتطوير مهارات التعرف على البيئة والتنقل باستقلالية فيها ، واستشارة الدافعية للتعلم والنمو ، وإتاحة الفرص الكافية لممارسة مهارات الحياة اليومية . ونظراً لافتقار الطفل المكفوف إلى حاسة البصر فهو بحاجة إلى تعلم عدة نقاط أساسية منها :

- 1 - تطوير المفاهيم وإدراك الأشياء في صورتها المادية الملموسة بالحواس .
- 2 - الوعي المكاني ويقصد به صياغة الطفل وتكوينه للمفاهيم المتعلقة بمواقع الأشياء واتجاهاتها وأبعادها ومسافاتهما .
- 3 - يحتاج الطفل إلى أن يكون ملماً بالمعرفة الأساسية لتركيب جسمه لكي يكون تصوراً دقيقاً عنه وعن وظائف أجزائه .

- 4 - تشجيع الطفل الكفيف على التحرك بحرية أثناء المراحل المبكرة من نموه حتى يبدأ في تنمية وتطوير تقدير دقيق لكفاءات بدنه وجوانب قصوره.
- 5 - يحتاج الطفل الكفيف إلى التوجيه في وضع جسمه وبخاصة في منطقة الكتف والتي ينتج عنها في أغلب الأحيان وضع جسماني صلب وغير طبيعي.
- 6 - يحتاج الكفيف أو الذي يعاني من صعوبة بصرية إلى تدريبه على المهارات الأساسية ومنها التوازن، والإحساس بالحركة.
- 7 - يحتاج الطفل الكفيف إلى التدريب على الاتجاه والحركة.
- 8 - يحتاج الطفل إلى التدريب على تحديد مصادر الأصوات في البيئة.
- 9 - يحتاج الطفل الكفيف إلى التدريب على طريقة برايل للقراءة والكتابة.

(3) الحاجات الخاصة للأطفال المعاقين سمعياً وأسرههم:

قد لا تختلف حاجات الأطفال المعاقين سمعياً عن حاجات أقرانهم من الأسوياء من ناحية الحاجات الأساسية، إلا أن هناك حاجات خاصة بهم تمكنهم وتؤهلهم إن تمت تلبيةها أن يصبحوا أعضاء فاعلين في مجتمعهم. وقبل أن نتطرق إلى هذه الحاجات، نطرح سؤالاً لا بد من طرحه في بداية حديثنا وهو: من هو المعاق سمعياً؟

يمكن تقسيم الأشخاص المعاقين سمعياً إلى فئتين:

1 - الشخص الأصم (Deaf):

وهو الشخص الذي تحول إعاقته السمعية دون فهمه للكلام عن طريق حاسة السمع وحدها، سواء باستخدام السماع الطبية أو بدونها.

2 - الشخص ضعيف السمع (Hard of hearing):

وهو الشخص الذي يعاني من صعوبات في السمع، بحيث تؤدي هذه الصعوبات إلى أن يواجه هذا الشخص مشكلات - ولكن هذا لا يحول دون فهم الكلام - سواء كان باستخدام السماع الطبية أو بدون استخدامها.

إن الأفراد المعاقين سمعياً لهم حاجات خاصة بهم يجب أن تلبى حالما يتم العلم باعاقتهم، فالطفل الصغير المعاق سمعياً بحاجة إلى التدريب على استخدام السماع، وخاصة قبل اكتساب اللغة. وحتى يستفيد الطفل من السماع بشكل جيد فهو يحتاج إلى تدريب سمعي وتدريب نطقي حيث أن السماع بمفردها تكون قليلة الفائدة. والتدريب السمعي يحتاجه الشخص المعاق سمعياً للتمييز بين الأصوات المختلفة في وقت مبكر قدر الإمكان.

أما بالنسبة للتدريب النطقي فإن النطق يعتبر من الأمنيات التي يتمناها الشخص المعاق سمعياً وأسرته. فعندما ينطق ببعض الكلمات يكون هذا الشيء إنجازاً بحد ذاته. فمنذ البداية يحتاج هذا الطفل إلى أن يتحدث معه الآخرون بشكل متواصل وإلى أن يتم تدريبه على نطق الكلمات المألوفة. ثم

يأتي دور تعليم الطفل قراءة الشفاه (Lip reading) فالطفل المعاق سمعياً بحاجة إلى ذلك لتنشيط وتفعيل مستوى فهمه لما يقوله له الآخرون . وحتى يستطيع الفرد المعاق سمعياً الاتصال مع الذين من حوله بشكل فعال ، فإنه بحاجة إلى أن يقرن كلماته المنطوقة بالإشارات . لذا فهو أيضاً يحتاج إلى تعلم لغة الإشارة فهذه اللغة وسيلة مساعدة للتواصل وللتعبير عن الأفكار والحاجات .

أما من ناحية احتياجات المعاقين سمعياً في الجانب التعليمي فهي لا تختلف عن احتياجات أقرانهم الأسوياء ، فالمناهج هي نفسها التي تدرس للعاديين مع تعديلات بسيطة . فالأصم بحاجة إلى رسومات توضيحية أكثر ، والبيئة التعليمية يجب تنظيمها بشكل يسمح للطفل المعاق سمعياً باستخدام حاسة الإبصار بشكل فعال . وهناك حاجة إلى توفير معينات سمعية وإلى إضاءة إضافية ، ونوافذ كبيرة للفصل حتى يستطيع الطفل المعاق سمعياً قراءة الشفاه بشكل جيد . وبعد أن يكمل الشخص المعاق سمعياً تعليمه الأكاديمي ، يأتي دور التأهيل المهني والذي يجب أن يتوافق وميوله ورغباته واستعداداته وإمكانياته وطبيعة إعاقته والمحدودية التي تفرضها الإعاقة عليه . وحتى عند دخول الأشخاص المعاقين سمعياً إلى عالم العمل فهم بحاجة إلى تجهيزات إضافية لحمايتهم من الأخطار (منبهات حريق) وإضاءة كافية حيث أنه يعتمد على قراءة الشفاه وقد يحتاج أيضاً إلى مساعدين في التواصل (مترجمين) .

وبما أن فقدان حاسة السمع يؤثر على السلوك الاجتماعي للفرد لأنه يشكل عائقاً يحول دون دمجهم في البيئة المحيطة به ، فهو قد يشعر بعدم الكفاية من جراء صعوبات التواصل مع الآخرين . وعليه فهو بحاجة إلى دعم مفهوم الذات لديه وبخاصة إلى تطوير تصور جسمي مناسب فالاتجاهات نحو الجسم

غالباً ما تكون نتيجة العلاقات مع الآخرين . فالفرد المعاق سمعياً بحاجة إلى تقبل السماع الطيبة على أذنه باعتبارها جزءاً منه . وهو كذلك بحاجة إلى أن يتعرض للمواقف الاجتماعية (مثلاً إشراكه في الحفلات الترفيهية والمهرجانات الرسمية حتى يشعر بأن له قيمة وأنه جزء لا يتجزأ من المجتمع ، وبالتالي يتعزز مفهومه لذاته) .

وكما نعلم فإن الإعاقة السمعية كغيرها من الإعاقات تنعكس سلباً على الخصائص الانفعالية ، وبالتالي يتوجب علينا تلبية حاجات المعاق سمعياً من الناحية النفسية . فهو بحاجة إلى الشعور بالأمن والكفاية ، وإلى المساعدة للتعبير عن مكونات نفسه ، وبحاجة إلى إيجاد طرق لتصريف الغضب الذي قد يتولد لديه . وبحاجة إلى تطوير النضج الاجتماعي .

أما بالنسبة لحاجات أسر الأطفال المعاقين سمعياً فهي تعتمد على عوامل متنوعة منها ما يرتبط بالطفل نفسه ومنها ما يرتبط بأفراد الأسرة وخصائصهم . وفي جميع الأحوال فإن ولادة طفل معاق سمعياً للأسرة شيء لا يتوقعه الوالدان وكذلك فهما بحاجة إلى أن يقف الآخرون معهم ويدعمونهم للتغلب على مشاعر الحزن والأسى والصدمة . ويشكل الحصول على المعلومات عن وضع الطفل حاجة ملحة للعديد من الأسر فهم بحاجة إلى فهم طبيعة الإعاقة السمعية وأسبابها وهم بحاجة إلى تدريب حول سبل التعليم الملائمة والخدمات المتوفرة في المجتمع المحلي لطفلهم . والأسر كذلك بحاجة إلى دعم نفسي من الأقارب والأصدقاء والجيران حتى تستطيع التعايش مع حالة الإعاقة . والكثير من الأمهات بحاجة إلى فك القيود التي قد تفرضها إعاقة طفلهن عن طريق مساعدتهن أيام العطل ونهاية الأسبوع في حضانه الطفل

والعناية به .

(4) الحاجات الخاصة للأطفال المعاقين جسماً وأسراً:

تعرف الإعاقة الجسمية على أنها حالات اضطراب أو خلل غير حسي تمنع الفرد من استخدام جسمه بشكل طبيعي للقيام بالوظائف الحياتية اليومية والعناية بالذات . وهذه الحالات غير متجانسة فمنها ما يرتبط بالجهاز العصبي ، ومنها ما يرتبط بالجهاز العضلي - العظمي ، ومنها ما يكون على شكل أمراض مزمنة شديدة .

والإعاقة الجسمية منها ما هو خلقي (منذ لحظة الولادة) ومنها ما هو مكتسب (بعد الولادة) . وقد تعاني الأسرة والطفل من مشكلات كثيرة من الإعاقة ، مما يترتب عليها وجود احتياجات خاصة للأسرة والطفل ، وهناك فروق فردية في الاحتياجات ولكن معظم الأسر والأطفال يشتركون في حاجات عامة هي : الحاجة إلى الدعم النفسي ، الحاجة إلى الدعم الاجتماعي ، الحاجة إلى الدعم المادي ، الحاجة إلى الخدمات الصحية والطبية المساندة ، (الحاجة إلى العلاج الطبيعي ، والحاجة إلى المتابعة الصحية في المستشفى) .

فمن الطبيعي أن أي أسرة تتوقع وتتمنى أن يولد طفلها طبيعياً وتكون قد وضعت خطة لمستقبل هذا الطفل ، ولكن وجود طفل معاق في الأسرة يتطلب عدة توضيحات ، وتكون ردود الفعل لأفراد الأسرة الواحدة مختلفة وقد تشمل الصدمة ، والنكران ، والرفض ، ولوم النفس ، والتسوق الطبي . ولهذا فهي بحاجة إلى الدعم النفسي وإلى من يقف بجانبها في هذه المحنة . فهي بحاجة

إلى الإرشاد في كيفية التعامل مع الطفل، وبحاجة إلى من يسمعها. وقد تتولد لدى الأسرة أسئلة كثيرة تحتاج إلى أجوبة مناسبة ومقنعة. بالإضافة إلى ذلك، فإن أفراد الأسرة بحاجة إلى من يساعدهم على استعادة الثقة بأنفسهم ومن يخفف القلق الذي يراودهم حول مستقبل طفلهم وقد تحتاج الأسرة إلى أن تتعرف على أسرة لديها طفل مثل طفلها لتأخذ المشورة وتستفيد من خبراتها.

أما بالنسبة لحاجات الطفل النفسية فقد يكون من أهمها الجوانب المرتبطة بإدراك الطفل المعاق جسمياً لحقيقة أنه يختلف عن الأطفال الآخرين في الأسرة فهم يمشون ويركضون وما إلى ذلك، أما هو فلا يستطيع ذلك وعليه فقد ينطوي على نفسه ولا يندمج مع الأطفال. وهنا تتضح مدى الحاجة إلى مناقشة الطفل وتعريفه بطبيعة الضعف الذي يعاني منه. ولعل المفتاح لحل معظم المشكلات التي قد يواجهها الطفل يتمثل في أن يتكيف مع نفسه في البداية من جهة، ومع المحيطين به لاحقاً من جهة أخرى حتى يأخذ القرارات السليمة في علاقاته مع المجتمع والمحيطين به. وذلك يتطلب خفض مستويات القلق والإحباط والفشل، وكذلك تعديل بعض العادات السلوكية، ومساعدته في تطوير الشعور بتقدير الذات وقيمه.

فيما يتعلق بالحاجة إلى الدعم المادي فغالباً ما يختلف الوضع من أسرة إلى أخرى. وعلى أي حال، فيما أن أجهزة المعاقين باهظة الثمن وقد يصعب على بعض الأسر شراءها مثل الكرسي المتحرك، وعكاز المشي وأجهزة التقويم، والأسرة الخاصة والتعديلات الخاصة على المراض وكرسي الاستحمام، وكل هذه الأجهزة مكلفة. ومن الحاجات الخاصة للأطفال المعاقين جسمياً الحاجة إلى المتابعة الصحية ومراجعة الأطباء والمستشفيات بشكل متكرر. فمن

الضروري متابعة الطفل من الناحية الصحية والقيام بالفحوصات الطبية المنتظمة، فتعرض هذا الطفل حتى للحالات المرضية البسيطة قد ينتهي بمضاعفات خطيرة إذا لم يتم تدارك الأمر بسرعة وبشكل فعال لأنه أضعف جسماً وصحياً من غيره (الخطيب وآخرون، 1992).

والفحوصات الطبية قد تتضمن فحص الأعصاب، والفحص الفيزيائي العام، وفحص البول والدم، وفحصاً للكليتين والجهاز البولي لمعرفة قدرتهما على أداء وظيفتهما. كذلك يجب على الأسرة أخذ الحيطة من حدوث القروح التي قد تصيب الطفل أثناء جلوسه أو نومه فترة طويلة وإذا حدثت مثل هذه القروح فعلاجها يستغرق فترات طويلة. ويلعب العلاج الطبيعي دوراً كبيراً في العناية بالأطفال المعاقين جسماً فهو ضروري لتقوية عضلات الجسم والحفاظ عليها في أفضل حالة. ويسهم العلاج الطبيعي الفعال في تطوير مهارات الاستقلال الذاتي ومشاعر الثقة بالنفس. وتتضمن المعالجة الأولية حركات يومية للأطراف الضعيفة أو المشلولة وذلك من أجل تحقيق مدى واسع من الحركة في جميع المفاصل وهذا يؤدي إلى عدم التقلص والانقباض والتيبس. ويفضل تنفيذ تمارين التنفس وتمارين الصدر لمعالجة أو لتجنب المضاعفات في الصدر. وعند الوصول إلى مرحلة التأهيل هناك حاجة أخرى وهي الحاجة إلى تطوير القدرة على التحمل الجسمي والتنقل المستقل من مكان إلى آخر وهذا الجزء من التدريب يسهل الجلوس على الكرسي المتحرك دون أن يفقد الفرد توازنه والتنقل في الكرسي سواء في المنزل أو خارجه.

وأخيراً فمن الحاجات الهامة للأطفال المعاقين جسماً وأسرهـم الحاجة إلى الدعم الاجتماعي. فهناك حاجة إلى تفهم المجتمع وقبوله. ولا بد من بذل الجهود لتغيير المواقف من الشفقة والعطف إلى الاحترام والتعامل بواقعية.

ويمكن لأجهزة الإعلام أن تقوم بدور حيوي في تغيير نظرة أفراد المجتمع . من ناحية أخرى ، فهناك حاجة إلى تعديل البيئة المحيطة وخصوصاً البيئة الخارجية بحيث تزال الحواجز وتقام المنحدرات وتوسع الأبنية الجديدة وتعديل الأبنية القديمة . هذا إضافة إلى دمج المعاقين جسدياً في المجتمع المحلي وفي جميع الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والثقافية والتعليمية مع أقرانهم العاديين .

(5) الحاجات الخاصة لذوي الإعاقة اللغوية وأسرهـم :

اللغة وسيلة التواصل الأساسية ، فمن خلالها يتعامل الأفراد مع مختلف جوانب الحياة (التفكير - التكيف - التعبير عن المشاعر - التعلم وغير ذلك) . واللغة التي هي نظام من الرموز ذات المعاني والدلالات ويكتسبها الفرد عبر مراحل نموه الأساسية المختلفة تشمل جانبين رئيسيين :

- 1 - اللغة الاستقبالية : وتتضمن الفهم والاستيعاب .
- 2 - اللغة الإرسالية : وتتضمن التعبير بأشكاله المختلفة كالكتابة والقراءة ، النطق والأصوات والإشارات . . الخ .

إن تعرض الفرد لمشكلة أو إعاقة في واحد أو أكثر من هذه المظاهر الهامة سوف يؤثر بالضرورة على شخصيته وسلوكه ، ومن المتوقع أن يمتد هذا الأثر لكافة أشكال السلوك ، وكذلك سيشمل المحيطين بهذا الفرد وأكثرهم تأثراً أفراد أسرته ، لأنه سيفقد أحد أهم وسائل تواصله معهم ومع نفسه أحياناً وكذلك الاتصال بالبيئة المحيطة بأشكالها المختلفة وبخاصة التعلم . فالإعاقة في اللغة تؤثر سلباً على تكوين الأصدقاء ، وعلى الاستفادة من الفرص التعليمية بشكل مناسب ، كما أنها تؤثر على تعامل الفرد مع رفاقه ومثال ذلك

الطفل الذي يتلعثم ، أو الطفل الذي يعاني من عيوب نطقية واضحة . هذا الطفل سيتعرض للسخرية من زملائه مما يعني الإحباطات والخجل وبالتالي تدني مفهوم الذات (عبدالرحيم ، 1982) .

إن اكتشاف الإعاقة اللغوية يأتي متأخراً بعض الوقت وذلك بعكس الكثير من الإعاقات الأخرى . والسبب في ذلك كما أشارت بعض الدراسات ، أن بعض أولياء أمور الأطفال ذوي اضطرابات اللغة لا يهتمون أو لا يأخذون أمر اللغة أو التأخر في الكلام على محمل الجد والأهمية حتى سن متقدمة لاعتقادهم بأن هذا التأخر لن يؤثر على ابنهم ولن يحدث تغيراً في حياة أفراد الأسرة فالدراسات تشير إلى أن تفاعل الأمهات مع أبنائهن لا يتعدى تلبية الحاجات الجسمية وأنهن يملن إلى العقاب أو الصراخ وأن سلوك آباء هؤلاء الأطفال كان أكثر ميلاً للانسحاب والنقد . وهذا يعني بطبيعة الحال الاعتقاد بأن الطفل إما أنه يدلل نفسه أو أنه يثير الاهتمام ليس إلا ، وقد عبرت بعض الأمهات عن الاكتئاب والقلق والشعور بالذنب (عبدالرحيم ، 1983) .

هذا التباين الواضح في ردود الأفعال ونمط التفهم والإدراك لهذه المشكلة يجعل الأفراد ذوي الإعاقة اللغوية أكثر عرضة من غيرهم لضغوطات نفسية وإحباطات قد يكون من أهم أسبابها عدم فهم أو معرفة الأهل بوجود مشكلة حقيقية لدى ابنهم ، فيزيد ذلك من حدة الإعاقة ومن المشكلات المرتبطة بها .

1 - الحاجات الجسمية الأساسية :

قد يظن البعض أن الحاجات الفسيولوجية (الطعام مثلاً) هي أهم الحاجات . وفي حقيقة الأمر ، وفي بعض حالات الإعاقة وخاصة اللغة من

الضروري أن تستجيب الأم لطلب الطفل المتكرر والذي لا يستطيع لفظ أو نقل ما يريد بكلام مفهوم، وهذا يضاعف المشكلة. إن المداعبة والتلامس الجسدي بين الوالدين وطفلهما يشكل تواصلاً أساسياً ويلبي حاجة جسمية للإحساس بالأمن والشعور بالطمأنينة، وقد يكون من أسباب اللجلجة أو التلعثم في كثير من الحالات مشكلات مرتبطة بحاجات فسيولوجية ويمكن فهم هذه العلاقة من خلال المثالين التاليين:

- * غذاء يحتوي على سكريات كثيرة ← التهابات الحنجرة المزمنة
- ← تشوهات فمية ← إخراج غير صحيح للأصوات.
- * تناول مستمر للمثلجات والماء البارد ← التهابات الحنجرة المزمنة
- ← اضطراب الحبال الصوتية ← مشكلات في الصوت ورقته، طبقته، حدته . . الخ.

بالنسبة للأهل تبدو أنماط الاتصال الجسمي متأثرة بشكل واضح بهذه المشكلة، وتتداخل معها بشكل كبير وتؤثر - بالاتصال الحسي - من حيث توريد الكلام والنماذج الكلامية التي يتعلمها الطفل من الأب والأم والأخوة.

2 - الحاجات النفسية الأساسية:

لعل من أكثر جوانب التأثير على سلوك وشخصية الفرد ونموه السوي الجانب النفسي. وهذا الجانب يشمل أكثر من مجرد مشاعر الحب والعطف. إنه يشمل التقبل والفهم الصحيح لهذه المشاعر وبالتالي كيفية الاستجابة اللازمة لمطالب وحاجات النمو النفسية الأساسية.

إن حاجات الطفل الذي يعاني من اضطراب في الكلام أو اللغة كثيرة جداً فهو بحاجة إلى رعاية نفسية ، وعدم الرعاية تترك تأثيرات سلبية على مفهوم الذات وتؤدي إلى تدني مستوى الثقة بالنفس وتدني مستوى التحصيل المدرسي .

وبالنسبة لأفراد الأسرة فإن علاقاتهم تضطرب ويصبح من أهم حاجاتهم النفسية الفهم الصحيح لأسباب مشكلة ابنهم وكيفية التعامل معه حتى يتم تعزيز ثقته بنفسه . والأهم من ذلك بالنسبة للأم كغيرها من أمهات الأطفال المعاقين تقبل الأمر بواقعية وعدم الاعتقاد بأن الطفل ستتحسن لغته أو نطقه مع الأيام في غياب اهتمامها اللازم به وعملها مع بقية أفراد الأسرة على توفير جو الرعاية والاهتمام والتشجيع لهذا الابن ومساعدته وتعزيزه بتحسين نطقه ولغته . كما أن من أهم حاجاتهم أيضاً الابتعاد عن إيجاد مبررات لتأخر اللغة أو العيوب النطقية لديه حتى لا تتولد لديهم مع الزمن عقدة الذنب أو الاحباط الشديد .

إن العلاقات الطيبة بين أفراد الأسرة والطفل الذي يعاني من إعاقة في اللغة تعتبر هامة وتشكل حاجة للأسرة يجب الاهتمام بها وتدريب أفراد الأسرة على المحافظة عليها . فهذه العلاقات ذات أهمية كبيرة وخاصة في السنوات المبكرة من العمر ذلك أنها تشكل مصدراً للحب والتوازن والأمان .

3 - الحاجة إلى المعلومات :

يمكن القول أن كثيراً من المشكلات تزداد حدتها في غياب معلومات واضحة وكافية لأفراد أسرة الطفل المعاق وبخاصة حول مظاهر هامة تنبه

الأهل من جهة لنمو واكتساب اللغة، ومن جهة أخرى تنبه أيضاً لأهمية العلاقة والتواصل مع الطفل منذ الولادة، وهذا يتطلب برامج تثقيف شاملة للعوامل التي تؤثر في تكوين اللغة ومراحلها والمظاهر التي يمكن اعتبارها عادية والمظاهر التي يجب التوقف عندها ودراستها ومتابعتها لأنها قد تعني وجود إعاقة أو مشكلة في لغة الطفل تحتاج لعلاج. ومن المعلومات الهامة التي يحتاجها الأهل معرفة أن إعاقة اللغة أو اضطرابات الكلام قد لا تعني وجود تخلف عقلي وأنها حالة يمكن علاجها لأنها من الممكن أن تكون قد نتجت عن تعلم خاطيء أو تربية غير صحيحة، وأنه يوجد أشخاص متخصصون قادرون على فحص وتشخيص الطفل وإعداد برامج علاجية له.

4 - الحاجة إلى الإرشاد والدعم:

يشمل الإرشاد جانبيين:

- أ - إرشاد الحالة نفسها، وبخاصة البالغين الذين يعانون من عيوب أو مشكلات اللغة، وقد يكون هذا الإرشاد علاجياً.
- ب - إرشاد أفراد الأسرة.

ولا يمكن فصل حاجة كل من الطفل أو الشخص المعاق لغوياً أو أسرته للدعم عن حاجتهم للإرشاد، فالحاجة إلى المعلومات مثلاً تشكل مدخلاً لتحديد حاجة الإرشاد من جهة وتحديد جوانب الدعم ومصادره وأشكاله من جهة أخرى.

- 2- تأثير سلبي واضح على مفهوم الذات وعلى المكانة الاجتماعية للوالدين .
- 3- زيادة العبء المادي والاقتصادي والنفسي الذي يتحمله الوالدان وأحياناً بقية أفراد الأسرة .
- 4- شعور الأسرة بالعزلة .

إن هذه آثار متعددة الجوانب تجعل أسرة الفرد الذي يعاني من اضطرابات سلوكية وانفعالية من أكثر أسر الأفراد ذوي الحاجات الخاصة حاجة لخدمات الإرشاد والدعم .

1- الحاجات الجسمية الأساسية :

الفرد المعاق سلوكياً أو انفعالياً يعاني بشكل واضح من مظاهر الاضطرابات الحسية والحركية والمرتبطة في بعض الحالات بإصابات عصبية أو مرتبطة بأنظمة غذائية معينة أو بخلل في إفرازات الغدد والهرمونات . وهذا الأمر يجعل الوالدين أمام خيارات صعبة في تقبل حقيقة أن ابنهما يعاني من إعاقة تحتاج لعلاج وبرامج رعاية خاصة ، وهنا نشير إلى الحالات شديدة الإعاقة أو الاضطرابات ، ومثل ذلك حالات التوحد (Autism) حيث وجود :

- أ - عجز جسمي واضح : يتمثل في عدم الاستجابة والتجاهل التام لمحاولات العناق أو التقبيل أو الملامسة الجسدية .
- ب - البرود العاطفي الشديد : ويتمثل ذلك في عدم الاستجابة لأشكال وأنواع الانفعالات المختلفة وعدم وجود ردود أفعال جسمية لذلك .

ج- إيذاء الذات : حيث أن الكثير من حالات التوحد وذوي الإعاقات الانفعالية يميلون بشكل واضح لإيذاء أنفسهم بواسطة ضرب الرأس بالحائط مثلاً أو العض (عض الجسم).

إن مثل هذه الخصائص تجعل من حاجاتهم الجسمية الأساسية أمراً يصعب الاستجابة له والتعامل معه ، ولا بد من تفهم هذه الحاجات ومعرفة أصول وطرق الاستجابة لها لأهميتها وخطورتها . وهذا الأمر يحتاج لبرامج علاجية وتعديل سلوك . وقد تشمل أيضاً علاجاً طبياً وعصبياً، وهذا يعني وجود حاجة ماسة للأهل لتفهم وإدراك طبيعة هذه الحاجات الجسمية الأساسية لحالة ابنهم (السرطاوي وسالم، 1987).

2- الحاجات النفسية الأساسية :

لا يمكن الفصل في حقيقة الأمر بين الحاجات الجسمية والحاجات النفسية فكل الحاجات مرتبطة ببعضها كما تؤكد معظم نظريات الحاجة، والحاجات النفسية للمعاقين انفعالياً كثيرة ويمكن الإشارة إلى بعضها :

- أ - حاجة الطفل للحب والاهتمام .
- ب - حاجة الطفل للشعور بالأمن والطمأنينة .
- ج - حاجة الطفل للانتماء لجماعة الرفاق .
- د - حاجة الطفل لتفهم الآخرين - وخاصة المعلمين - لحالته .
- هـ - حاجة الأحداث (المراهقين) لأساليب خاصة بهم وإلى تفهم مشاعرهم وأسباب انحرافهم .
- و - حاجة الأحداث الجانحين للثقة بالنفس وللثقة بالآخرين .

- ز - حاجة هؤلاء لتقبل أفراد الجماعة لهم أثناء تطبيق البرامج العلاجية ومساعدتهم .
- ح - حاجة البالغين لإثبات ذواتهم وتحقيق احترام الآخرين لهم وتفهم الظروف التي أدت لانحرافهم .

هذا وتباين الحاجات النفسية للمعاقين سلوكياً تبعاً لأعمارهم ودرجة الإعاقة والأسباب الكامنة وراءها مثل الحرمان من الوالدين والتنشئة الاجتماعية، والعوامل الفسيولوجية وال فشل الدراسي وغيرها من الأسباب .

إن هذه الحاجات تشكل مصدراً رئيسياً للحاجات النفسية لأفراد الأسرة وبخاصة الأطفال في سن المدرسة الذين تتكرر مشكلاتهم الدراسية أو الأحداث الذين يتم تحويلهم لدور رعاية وإيواء للجانحين .

فقد يتم فصل حدث من المدرسة وتحويله لدار الأحداث نتيجة جنحة يعاقب عليها القانون، وهذا يخلق حاجة نفسية لدى الوالدين نتيجة إحساسهما بالخجل والتهديد الاجتماعي وأحياناً العزلة . ولذلك فهما يحتاجان لإعادة الثقة بالنفس ومعرفة أسباب قصورهما في التربية والتي أدت لانحراف ابنهما . ومن الحاجات النفسية الأخرى الهامة لأسر المعاقين انفعالياً:

- أ - حاجتهم إلى ثقة المحيطين بهم من الأقرباء أو الجيران .
- ب - حاجة الأم لتخفيف العبء النفسي الناجم عن الإحباط والإحساس بالذنب .
- ج - حاجة الأخوة والأخوات إضافة للأم والأب لتقبل الأدوار الملازمة لخطط العلاج والرعاية .

3 - الحاجة إلى المعلومات :

من أهم المعلومات التي يحتاجها الأهل :

- أ - معرفة وتفهم أسباب الإعاقة السلوكية وبخاصة تلك الأسباب التي يكون الوالدان مصدرأ لها مثل نمط الرعاية والخلافات الأسرية .
- ب - معرفة أهمية الالتزام بخطط العلاج والرعاية .
- ج - معرفة المراكز والمصادر التي يمكن اللجوء إليها لطلب المساعدة والعلاج .
- د - معرفة أشكال وأنواع وتأثير العلاج وأساليب الرعاية الممكنة والمتوفرة في المجتمع المحلي لهذا النوع من الإعاقات .

4 - الحاجة للإرشاد والدعم :

إن المعاقين سلوكياً أو انفعالياً وأسرههم من أكثر الفئات حاجة لخدمات الإرشاد النفسي ، فالأطفال والأحداث الجانحون يحتاجون لمن يتفهم مشاعرهم وظروفهم ومشكلاتهم ويوجههم ويرشدهم ويساعدهم على حل مشكلاتهم . وقد تأخذ عملية الإرشاد هذه استراتيجيات تعديل السلوك وقد تأخذ استراتيجيات العلاج النفسي الأخرى المعروفة .

فالأهل يحتاجون في بداية الأمر إلى معرفة الأسباب الحقيقية ولا بد من إرشادهم لهذه الأسباب ومواجهة الحقائق كاملة حتى يستطيعوا تنظيم حاجاتهم وتحديد الأولويات العلاجية والإرشادية . ويحتاج الأهل أيضاً

للإرشاد النفسي بشكل كبير للتخلص من مظاهر القلق والإحباط والشعور بالعزلة أو التهديد. والأم بخاصة قد تشكل محور العملية الإرشادية في هذا المجال لأن الأم في المجتمع العربي تعتبر صاحبة الدور الكبير في تحمل مسؤولية التربية وإدارة شؤون الأسرة. والأب من جهته يجب إرشاده إلى أهمية دوره في الأسرة وتواجهه مع الأبناء في كل الأحوال وأهمية دعمه للأم ومساندته لها. ومن الحاجات أيضاً والتي يمكن للمرشد النفسي التركيز عليها توعية أفراد الأسرة كباراً وصغاراً لأدوارهم ومسؤولياتهم في أي خطة علاجية مقترحة.

وأشكال الدعم التي يحتاجها أفراد أسرة المعاق سلوكياً كثيرة فمنها مثلاً حاجتهم لدعم الأسر الأخرى ودعم الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين لهم وقد يحتاجون لدعم مادي، إضافة إلى دعم المدرسة وبخاصة إدارة المدرسة لكسب اتجاهات مناسبة من قبل المعلمين.

(7) الحاجات الخاصة لذوي صعوبات التعلم وأسرهـم:

إن ميدان صعوبات التعلم ميدان حديث نسبياً فما تزال حتى هذا الوقت تجرى العديد من الدراسات لمعرفة المزيد عن الأسباب والمفاهيم المرتبطة بمصطلح صعوبات التعلم.

ويعكس هذا الأمر حقيقة هامة جداً وهي أن حاجات الأفراد ذوي الصعوبات التعليمية، وحاجات أسرهـم بحاجة إلى مراعاة من نوع خاص عند تطوير البرامج العلاجية والإرشادية والتربوية. ومن الأمور الهامة جداً في ميدان صعوبات التعلم:

1 - إن صعوبات التعلم يمكن أن تظهر لدى أي فرد وفي أي مرحلة من المراحل التعليمية .

2 - إن صعوبات التعلم لا تعتبر من الإعاقات الناجمة عن إعاقات محددة ومعروفة بالضرورة كالإعاقة العقلية أو البصرية ، بل هناك فصل بين صعوبات التعلم الخاصة وتلك الناجمة عن إعاقات معروفة .

3 - الارتباط الواضح بين مجال صعوبات التعلم ومظاهر التعلم المختلفة كالتأخر الدراسي أو بطء التعلم وتدني التحصيل .

4 - ارتباط كثير من صعوبات التعلم بمشكلات إدراكية وعصبية ناجمة في بعضها عن إصابات مخية الأمر الذي يجعل هذه الفئة بأمس الحاجة لإجراء الدراسات العلمية بهدف تحديد الخصائص والحاجات بدقة وبهدف العلاج والتدريب المناسب لأن هذه الحاجات ترتبط بجوانب الشخصية المختلفة وتؤثر عليها كثيراً .

1 - الحاجات الجسمية الأساسية :

الدراسات العديدة التي أجريت حول خصائص وصفات ذوي الصعوبات التعليمية أظهرت وجود ارتباط كبير بين عدد من المظاهر العصبية - الجسمية التي تميز بعض أفراد هذه الفئة ، كأولئك المصابين بحالات عسر الكتابة أو مشكلات الإدراك الحركي ، ومن أكثر المشكلات الجسمية لدى أفراد هذه الفئة والتي تشكل مصدراً للحاجات الجسمية :

- أ - مشكلات الكتابة والقراءة .
- ب - مشكلات في استخدام اليدين أو يد واحدة والتحكم فيها .
- ج - مشكلات التعبير اللفظي .
- د - مشكلات في البراعة والدقة في أداء المهارات الحركية .
- هـ - الإصابة بحالات ارتعاش أو تشنجات .
- و - مشكلات الحركة الزائدة .
- ز - السلوك الاندفاعي .

ومع وجود مثل هذه المشكلات فإن حاجة هؤلاء الأفراد الجسمية هامة وحساسة على أساس :

- * أنظمة العلاج والتغذية والتدريبات الحركية وكيفية تعامل الأهل مع هذه البرامج .
- * تجعل هذه الأنظمة أفراد الأسرة بأمس الحاجة أيضاً لمعرفة كيفية القيام بهذه التدريبات والاستجابة لحاجات أبنائهم الجسمية .

كما أن المعلمين أيضاً بحاجة لمعرفة كيفية التعامل مع متطلبات الحاجة الجسمية لذوي صعوبات التعلم المرتبطة بمشكلات عصبية وإدراكية .

إن تعدد هذه المشكلات تجعل الأخوة أيضاً تحت ضغوطات الحاجة إلى معرفة كيفية التعامل مع شقيقتهم أو شقيقتهم والقيام بالتدريبات الجسمية والحركية اللازمة مثل اللعب، الكتابة، والمهارات الحركية المختلفة . إن هؤلاء الأخوة سوف يواجهون حاجات جسمية معقدة في بعض الأحيان

فالأم ستواجه صعوبات جسدية تتطلب تدريبات قد تكون شاقة بعض الشيء وتبدأ بمظاهر حركية بسيطة ثم تزداد تعقيداً كالمشي والوقوف والتوازن واستخدام اليد وتنفيذ مهمات تتطلب دقة وتأزر كالكتابة أو الرسم . . الخ .

2- الحاجات النفسية الأساسية :

ترتبط الحاجات النفسية لذوي صعوبات التعلم وأسرهـم بالشعور الدائم بالإحباط ، فالأفراد الذين يتكرر فشلهم في أداء المهمات الدراسية يواجهون صعوبات حقيقية على مستوى التكيف المدرسي وعلى مستوى العلاقات مع الرفاق والآخرين المهمين (السرطاوي وسالم ، 1987) .

ولقد أكدت دراسات عدة أن الخصائص الانفعالية والاجتماعية لذوي صعوبات التعلم من مثل : النشاط الزائد، والسلوك الاندفاعي ، والقابلية للتشتت ، وعدم الثبات الانفعالي . تجعل أفراد هذه الفئة يعانون أكثر من غيرهم من المشكلات النفسية وبالتالي الحاجة للبرامج والاستراتيجيات التربوية والتعليمية الخاصة .

أما حاجات الأسرة في هذا الجانب فترتبط كثيراً بالمشاعر والاتجاهات والانفعالات . وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن من الحاجات النفسية الأساسية لأسر الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية :

أ - الحاجة إلى عدم الإحساس بالفشل في إنجاب الطفل الذي يعاني من عجز عن التعلم .

ب - الحاجة لبناء علاقة عاطفية مناسبة لتنظيم العلاقة مع الطفل وتطوير أساليب ملائمة للتعامل مع مشكلاته، فهذا ينطبق بشكل كبير على حالات صعوبات التعلم (حين يكون الطفل ذا ذكاء طبيعي ومع ذلك يفشل في المدرسة).

ج - الحاجة للاقتناع بأهمية عدم مقارنة الطفل بأطفال آخرين وهذا يتطلب تفهماً حقيقياً لحاجات وأنماط سلوك وقدرات الطفل.

د - الحاجة إلى تنظيم المشاعر وضبطها والسيطرة على ردود الأفعال التي قد تؤدي لمشاكل أسرية.

هـ - دعم وإرشاد الأخوة والأخوات الذين قد يشعرون بالخجل لأن شقيقتهم لديه مشكلة مما قد يبعدهم عن الرفاق وقد يعزلهم خوفاً من مواقف الآخرين وخاصة الأقران لهم. وهم في هذه الحالة بأمس الحاجة إلى الشعور بالطمأنينة لوجود حلول وكذلك بحاجة للثقة بالنفس وأنهم قادرون على المساعدة وتحمل المسؤولية مع الأب والأم والمدرسين والمساهمة بفعالية في البرنامج العلاجي لشقيقتهم أو شقيقتهم.

3- الحاجة إلى المعلومات :

المعلومات التي يحتاجها الأهل في مجال صعوبات التعلم كثيرة ومتراصة ومتعددة، ولعل البداية تكون في تعريف الأهل بالعلاقة بين صعوبات التعلم والإعاقات الأخرى، وأهمية معرفة مصدر الصعوبة لدى ابنهم، وأهمية إجراء فحوصات طبية للدماغ والأعصاب وأهمية اللجوء للأخصائيين في علاج صعوبات التعلم والتنسيق مع المدرسة والمعلمين.

4 - الحاجة إلى الإرشاد والدعم:

إن العلاقة الإرشادية في حالات الإعاقة كلها هامة ولكنها في حالات صعوبات التعلم معقدة. فلأن صعوبات التعلم إعاقة غير ظاهرة قد يواجه المرشد عند الأهل تساؤلات كثيرة تحتاج لإجابات مقنعة (طفلي غير معاق وذكي ولكنه يرسب أو لا يكتب أو لا يميز الأرقام، وأجري له تخطيط دماغ ولا توجد مؤشرات لإصابات دماغية، فما سبب هذه الصعوبة أو الاعاقة؟). وهذه مجموعة أسئلة تعكس حاجة إرشادية ماسة جداً على المرشد أن يدركها ويستوعبها جيداً لكي يكسب ود وثقة الأهل ومن ثم يبدأ بإرشادهم ملبياً أهم حاجة وهي تقبل حقيقة الأمر والتعاون والافتتاح بإمكانية العلاج.

وقد تكون صعوبات التعلم مرافقة لإعاقة أخرى وهنا لا بد من التعامل بشكل مناسب مع صدمة الأهل في معرفة هذه الحقيقة، ومن ثم إرشادهم للمصادر المختلفة التي توفر فرصاً تعليمية مناسبة لقدرات طفلهم، وبعض الأهل يحتاجون لتوعية كافية في مجال برامج التربية الخاصة.

إن التخلص من الإحساس بالفشل والحرج وعدم الثقة بالنفس لوجود طفل فاشل دراسياً حاجة ماسة يجب التعامل معها مع ذوي صعوبات التعلم، وهناك مجالات أخرى للدراسة المهنية والتأهيل وهناك فرص عديدة لهذا الطفل الذي لا يستطيع الاستمرار بالمدرسة العادية.

الخلاصة والاستنتاجات

لقد استعرضنا في هذا الفصل الكثير من الأفكار والمفاهيم الأساسية المرتبطة بتحديد ودراسة حاجات الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة وأسرهـم المختلفة، وعلينا أن ندرك مجموعة من الحقائق:

(1) إن حاجات المعاقين بشكل عام مشتركة ومتشابهة على أساس أنها ترتبط بعوامل ومظاهر ناجمة عن مجموعة من الخصائص والصفات تتمثل بوجود الإعاقة والإحساس بالعجز والاختلاف عن الآخرين، وأن لكل حالة حاجاتها الخاصة تبعاً لمبدأ الفروق الفردية الهام جداً في التربية الخاصة.

(2) إن أسر المعاقين بدون استثناء تمر بنفس المراحل منذ معرفتهم أو إبلاغهم بوجود إعاقة لدى ابنهم، مع الأخذ بعين الاعتبار بعض الفروق الناجمة عن الاختلافات الثقافية والتعليمية والاجتماعية والمادية للأسر بما يجعل الحاجة ماسة لدراسة ظروف وعوامل كل أسرة بشكل منفرد، وبالتالي تطوير البرامج الإرشادية والتدريبية المناسبة وفقاً لهذه المعطيات والخصائص.

لقد أكدت معظم الدراسات التي تناولت هذا الموضوع على مجموعة من المسلمات الأساسية وعلى رأسها الدور الهام للأسرة بكافة أفرادها ومشاركتها الفعالة لإنجاح برامج العلاج. وقد قدمت نظريات الإرشاد عدداً كبيراً من الاستراتيجيات إضافة لما قدمه ميدان التربية الخاصة من وسائل وأساليب علاجية وتعليمية متعددة.

وختاماً فإن حاجات الإبن المعاق سواء النفسية أو الجسمية لا تنفصل إطلاقاً عن حاجات أفراد أسرته، فالحاجة إلى الحب والحنان والإحساس بالذات حاجات للمعاق نفسه ولأمه وأبيه وأخوانه، والدعم الذي يمكن تقديمه لكل فرد منهم هو في حقيقة الأمر دعم لكافة أفراد الأسرة بمن فيهم الفرد المعاق نفسه.

مقياس حاجات أسر الأطفال المعاقين

إعداد: د. جمال الخطيب

الأمهات / الآباء المحترمين

تحية طيبة وبعد ، ،

القائمة التي بين أيديكم تهدف إلى التعرف على حاجاتكم الأسرية فيما يتعلق بطفلكم المعاق . الرجاء قراءة كل فقرة من الفقرات الواردة فيها ووضع دائرة حول الرقم المناسب الموجود أمام كل عبارة .

* فإذا كنت تشعر أنك لست بحاجة إلى أي مساعدة بالنسبة لمضمون الفقرة ، ضع دائرة حول رقم (1) .

* وإذا كنت غير متأكد من أنك بحاجة إلى مساعدة ، ضع دائرة حول رقم (2) .

* وإذا كنت تعتقد أن أسرتك بحاجة إلى المساعدة ، ضع دائرة حول رقم (3) .

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا ، ، ،

الرقم	الفقرة	لست بحاجة إلى أي مساعدة في هذا	موسر متأكد	إنني بحاجة للمساعدة في هذا
1	إنني بحاجة إلى المزيد من المعلومات عن وضع طفلي	1	2	3
2	إنني بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول طرق التعامل مع سلوك طفلي .	1	2	3
3	إنني بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول طرق تعليم طفلي	1	2	3
4	إنني بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول طرق اللعب مع طفلي أو التحدث معه .	1	2	3
5	إنني بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول الخدمات التي قد تقدم لطفلي في المستقبل .	1	2	3
6	إنني بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول الخدمات المتوفرة حالياً لطفلي .	1	2	3
7	إنني بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول نمو الأطفال وتطورهم .	1	2	3
8	إنني بحاجة إلى شخص في أسرتي أستطيع أن أتحدث إليه أكثر عن المشكلات .	1	2	3
9	إنني بحاجة إلى المزيد من الفرص للالتقاء والتحدث مع أسر أطفال معاقين .	1	2	3

الرقم	الفقرة	لست بحاجة إلى أي مساعدة في هذا	فهرس متأكد	إنني بحاجة للمساعدة في هذا
10	إنني بحاجة إلى المزيد من الأصدقاء الذين أستطيع التحدث معهم .	1	2	3
11	إنني بحاجة إلى المزيد من الوقت للتحدث مع معلمة أو معالجة طفلي .	1	2	3
12	إنني بحاجة إلى المزيد من اللقاءات المنظمة مع مرشد أو أخصائي نفسي للتحدث عن المشكلات .	1	2	3
13	إنني بحاجة إلى التحدث مع رجل دين يستطيع مساعدتي على التعامل مع المشكلات .	1	2	3
14	إنني بحاجة للقراءة عن أسر أخرى لديها طفل كطفلي .	1	2	3
15	إنني بحاجة إلى المزيد من الوقت لنفسي .	1	2	3
16	إنني بحاجة إلى المزيد من المساعدة لتوضيح حالة طفلي لوالدي أو لوالدي زوجي .	1	2	3
17	إن زوجتي بحاجة إلى المساعدة لفهم وتقبل حالة طفلي .	1	2	3

الرقم	الفقرة	لست بحاجة إلى أي مساعدة في هذا	فهرس متأكد	إنني بحاجة للمساعدة في هذا
18	إنني بحاجة إلى المزيد من المساعدة لتوضيح حالة طفلي لأخواته وأخوانه .	1	2	3
19	إنني بحاجة إلى المساعدة لمعرفة كيف استجيب وأرد على أصدقائي وأقاربي والناس والآخرين عندما يسألون عن حالة طفلي .	1	2	3
20	إنني بحاجة إلى المساعدة لتوضيح حالة طفلي للأطفال الآخرين .	1	2	3
21	إنني بحاجة إلى المساعدة لتحديد طبيب يفهمني ويفهم حاجات طفلي .	1	2	3
22	إنني بحاجة إلى المساعدة لتحديد طبيب أسنان يرى طفلي .	1	2	3
23	إنني بحاجة إلى المساعدة لتحديد روضة أطفال تقبل طفلي .	1	2	3
24	إنني بحاجة إلى المزيد من المساعدة في دفع النفقات (مثل الطعام، البيت، العلاج، الملابس، النقل).	1	2	3
25	إنني بحاجة إلى المزيد من المساعدة في الحصول على الأدوات الخاصة اللازمة لتلبية حاجات طفلي .	1	2	3

الرقم	الفقرة	لست بحاجة إلى أي مساعدة في هذا	مكرر متأكد	إنني بحاجة للمساعدة في هذا
26	إنني بحاجة إلى المزيد من المساعدة لدفع نفقات العلاج، والبرامج التربوية التي يحتاجها طفلي.	1	2	3
27	إنني بحاجة إلى المزيد من المساعدة والإرشاد لإيجاد عمل مناسب لي.	1	2	3
28	إنني بحاجة إلى المزيد من المساعدة والإرشاد لدفع نفقات الألعاب التي يحتاجها طفلي.	1	2	3
29	إن أسرتي بحاجة إلى المساعدة لمناقشة المشكلات والتوصل إلى حلول.	1	2	3
30	إن أسرتي بحاجة إلى المساعدة لتتعلم دعم بعضها البعض في أوقات الشدة.	1	2	3
31	إن أسرتي بحاجة إلى المساعدة لتحديد المسؤوليات والواجبات.	1	2	3
32	إن أسرتي بحاجة إلى مساعدة للقيام بنشاطات ترفيهية.	1	2	3

**الصعوبات والمشكلات
في الرعاية الأسرية للطفل المعاق
وحالات من الواقع الإكلينيكي**

إعداد
الدكتور أحمد مال الله الأنصاري

استشاري أمراض نفسية للأطفال والناشئة
المؤسسة الوطنية لخدمات المعوقين - دولة البحرين

محتويات الفصل

الصفحة	من - إلى
120 - 119	مقدمة :
127 - 121	أولاً : الصعوبات والمشكلات في الرعاية الأسرية للطفل المعاق
123 - 121	(1) ردود فعل الأسرة على الإعاقة
	(2) التأثيرات المحتملة للإعاقة على العلاقات الأسرية
124 - 123	(3) الضغوط التي تتعرض لها الأسرة
125 - 124	(4) المشكلات الأسرية الناجمة عن الإعاقة .
127 - 125	ثانياً : حالات من الواقع الاكلينيكي
135 - 128	التائج والتوصيات :
137 - 136	

مقدمة

إن تشخيص حالة إعاقة مزمنة في أحد أفراد الأسرة له تأثير كبير على الطفل وعلى أسرته . ويمتد هذا التأثير إلى التطور الطبيعي للطفل المعاق وينسحب على التطور النفس - اجتماعي على بقية أفراد الأسرة .

إن هذا التأثير يعتمد سلباً أو إيجاباً على عدة عوامل ، منها تطور الإعاقة وذلك على حسب المسببات حيث أن بعضها مستقر والآخر يتطور للأسوأ ، وقد يؤدي إلى الوفاة . وكذلك إن كان هنالك أعراض جسمانية قد يحتاج الطفل فيها إلى علاج طبي وجراحي ودخول المستشفى على فترات متقطعة .

إن التوتر والقلق الناتجين عن الاضطراب الصحي المزمن ومنها الأمراض المعيقة ، لهما نتائج دائمة تؤثر سلباً على التطور النفس - اجتماعي للأسرة كلها بعكس الاضطراب الحاد الذي يؤدي إلى تأثيرات مؤقتة تنتهي بانتهاء الحالة .

إن الغرض من هذا الفصل هو شرح الضغوط النفسية المصاحبة للإعاقة وتوضيح خطورة هذه الضغوط على التكوين النفسي والاجتماعي للطفل والأسرة على حد سواء .

ولتوضيح خطورة هذه الضغوط المتعددة سوف نستعرض حالات من الواقع الاكلينيكي لعينة من أسر الأطفال المعاقين التي تعاني وأطفالها من ضغوطات نفسية واجتماعية واقتصادية أثرت على العلاقات الأسرية بين أفرادها أو بينهم وبين أطفالها المعاقين ، ونختتم هذا الفصل بتتائج وتوصيات نعتقد بأنها خلاصة لا بد من استعراضها للوصول إلى حلول عملية لتلك الصعوبات من ناحية ولفهم علمي أفضل للضغوطات النفسية والاجتماعية والاقتصادية الواقعة على الأسرة وطفلها المعاق من ناحية أخرى .

أولاً - الصعوبات والمشكلات في الرعاية الأسرية للطفل المعاق

(1) ردود فعل الأسرة على الإعاقة:

لا بد من التذكير إن عائلة الطفل المعاق لا تختلف عن أي عائلة أخرى وبالتالي فإن ردود فعلها لاكتشاف الإعاقة تكون مشابهة لردود فعل أي عائلة عند اكتشاف مرض مزمن يؤدي إلى العجز أو الوفاة .

ولعله من المفيد للعاملين في مجالات الإعاقة معرفة المراحل التالية والتي يمر بها كل والدين لديهما طفل معاق :

1 - مرحلة الصدمة :

عند إعلام الوالدين وللمرة الأولى بحدوث الإعاقة سواء كان ذلك بعد الولادة مباشرة أو في سن متقدمة ، فإن وقع الخبر عليهما سيكون قاسياً حيث أن إحساسهما سيكون مثل إحساس الشخص المفجوع في ابنه في حادث أو مرض .

2 - مرحلة الإنكار :

بعد مرحلة الصدمة الأولية ، يمر الوالدان بمرحلة عدم التصديق بما حدث ويحاول الوالدان في هذه الفترة إقامة البرهان على أن الطبيب قد أخطأ التشخيص وذلك بالبحث عن الحركة والنشاط والتصرف الطبيعي لدى

الطفل وإغفال الجوانب الأخرى . ومن الملاحظ أيضاً في هذه المرحلة تكرار زيارة واستشارة عدد كبير من الأطباء ، لعل أحداً منهم يخبرهما بتشخيص مختلف . وبالطبع فإن موقفهما من الطبيب الذي توصل إلى تشخيص حالة ابنهما سيكون غير ودي وسوف يستمر الموقف السلبي من الطبيب إلى فترة طويلة .

3 - مرحلة الخوف والإحباط :

مع تقدم الوقت وظهور الإعاقة بصورة واضحة يكون مجال الإنكار ضئيلاً جداً ، فيبدأ أحد أو كلا الوالدين بتقبل الطفل على ما هو عليه ، والاعتراف بأن طفلهما هو طفل غير عادي . عندها يتساءل كثير من أولياء الأمور حول مسائل تهتم العائلة مثل : كيف نخبر الأقرباء والأصحاب؟ ماذا نقول لباقي الأبناء؟ وما هو تأثير وجود الطفل المتخلف معنا في البيت؟ وقد يبدأ أحدهما بلوم الآخر أو الطبيب بأنه كان السبب فيما حدث ونتيجة لذلك فإن ثقتهما بمقدرتهما على الإمساك بزمام الأمور تكون مهزوزة . ونظراً لحساسيتهما لاكتشاف الإعاقة فإنهما قد يعمدان إلى إخفاء الطفل عن عيون الآخرين .

تمتاز هذه الفترة بظهور القلق الشديد على مستقبل الطفل التعليمي . . فيبدأ الوالدان بالتساؤل فيما إذا كانت هنالك مدارس خاصة - وماذا عن التعليم العادي وماذا عن فرص العمل والزواج وإنجاب الأبناء . كل هذه التساؤلات وغيرها مشروعة وواقعية ولا بد من الطبيب والعامل في هذا المجال التكيف معها ومعرفة كيفية تقديم الإجابة عليها . كما يجب توفير المعلومات عن الخدمات المقدمة لمختلف أنواع الإعاقة سواء محلياً أو في مناطق أخرى قريبة .

4 - مرحلة التقبل :

وهي مرحلة وصول الوالدين إلى التسليم وقبول حالة طفلهما المعاق . وتظهر الأسرة تقبلاً للقصور الذي فرضته الإعاقة على طفلها بعد مرحلة طويلة من عدم الاستقرار والخوف . وفي هذه المرحلة تبدي الأسرة تفهماً للوضع الجديد والبحث عن حلول لتلبية الاحتياجات والمستلزمات الخاصة لطفلها المعاق ، والتكيف الاجتماعي والنفسي على صعيد الوالدين وأفراد الأسرة بوجه خاص وعلى صعيد المحيط العائلي والمعارف بوجه عام .

(2) التأثيرات المحتملة للإعاقة على العلاقات الأسرية :

إن الدراسات والتجارب الشخصية بينت تأثيرات مؤكدة على كل من الوالدين وعلى باقي أفراد الأسرة من أخوة وأخوات على النحو التالي :

1 - تأثير وجود طفل معاق على الوالدين :

إن وجود طفل معاق يسبب توتراً مستمراً ومزمناً في حياة الزوجين . إن هذا التوتر يؤثر سلباً في كثير من الأحيان على اتزانهما العاطفي وقدرتهما على التكيف مع التحديات مما يسبب لهما شعوراً بالكآبة والأسى المزمن .

إن هذا الشعور يزداد في فترات النمو المعروفة مثل المقدرة على المشي ، الكلام ، وفي بدء دخول المدرسة وفي فترة البلوغ الجنسي ودخول الجامعة وأخيراً عند حصول زواج في العائلة .

إذا كانت العلاقة بين الزوجين ليست قوية بما فيه الكفاية فإن وجود هذا الضغط قد يؤدي إلى إضعاف هذه العلاقة أكثر وفي حالات قليلة يؤدي إلى تقويتها . إن وجود الخلاف بين الزوجين يؤدي إلى تباين في الآراء عند تقدير حاجات الطفل المعاق وحاجة أخوانه أو عند اتخاذ قرار مصيري يهم الطفل أو الأسرة بشكل عام مما ينعكس سلباً على الأطفال وخاصة الطفل المعاق لحاجته الشديدة للمساندة والتعاقد من الأبوين .

2 - تأثير وجود الطفل المعاق على الأخوة والأخوات :

يبدو أن هناك تأثيراً سلبياً على وجود طفل معاق في الأسرة على الأخوة والأخوات حيث بينت دراسات عدة وجود نسبة أعلى من الاضطرابات السلوكية والنفسية بين أخوته بالمقارنة مع الأسر التي ليس لديها طفل معاق . إن هذا التأثير يبدو كبيراً في حالة وجود أسرة كبيرة العدد وقليلة الموارد المادية .

(3) الضغوط التي تتعرض لها الأسرة :

من المهمات العاجلة للأسرة هي تحديد وإيضاح شعورها بالنسبة للطفل المعاق من محبة وخوف وموقفها بالتالي منه من تقبل أو رفض في بداية اكتشاف الإعاقة، ومن أجل تحديد هذه المشاعر والمواقف يجب على الأسرة تقدير قدرات الطفل الحالية وقدرته على التطور حتى تستطيع التخطيط لتقدير مايلائمه ويناسب قدراته المتواضعة وعلى حسب نوع إعاقته .

لذلك ، فإن عائلات المعاقين في حاجة ماسة إلى المساندة وعلى مدى طويل
والمساندة الممكنة تأتي من خلال ترتيب لقاءات منتظمة مع عائلات أخرى
لديها إعاقات وظروف متشابهة لتبادل المعلومات والخبرات الشخصية
ومساندة كل منها الأخرى . إن ترتيب مثل هذه اللقاءات ملقى على عاتق
الجمعيات غير الحكومية التي تعني وتهتم بمشاكل الإعاقة وخاصة تلك التي
تضم في مجالس إدارتها أعضاء معاقين .

(4) المشكلات الأسرية الناجمة عن الإعاقة :

1 - الإقامة في المستشفى للعلاج :

كثير من المعاقين يحتاجون إلى إدخالهم المستشفى لتلقي العلاج أو
التأهيل . بالطبع هذا يتطلب الانفصال عن الأسرة والأصدقاء والمدرسة .
ونتيجة لجو المستشفى غير الصديق ، وانفصاله عن أبويه فإن المعاق يتأثر
وينعزل عن الآخرين ويتقرر ذلك مع تكرر دخوله المستشفى مما يؤثر على
طبيعة علاقته مع الآخرين مستقبلاً .

ومن العوامل الأخرى المؤثرة سلباً هو الإحساس بالألم نتيجة
التدخلات الطبية - التغيير في الجسم نتيجة المرض أو طرق العلاج
وفقدانه السيطرة على حركته . إن عدم قدرة الأهل على التقليل من هذه
المشاعر لدى الطفل وشعورهم بالمسئولية الجزئية عنه يصيبهم بالقلق
والشعور بالذنب .

2 - مشكلات خاصة بتفسير طبيعة العجز للطفل وإعلامه بالخطوات المرتقة للعلاج والتأهيل :

من الأفضل تهيئة الطفل وإعلامه قبل وقت قصير من إجراء التأهيل أو العلاج وعلى حسب قدراته الإدراكية ونضجه الاجتماعي وذلك لتهيئته للبيئة الجديدة التي سيدخلها .

3 - تربية الطفل المعاق :

إن عدم وجود تقاليد مجتمعية معروفة لطرق تربية الطفل المعاق وانعدام التجارب على الصعيد الشخصي والعائلي يزيد من أعباء الرعاية الوالدية . وكذلك عدم توفر دراسات مؤكدة عن حاجات الطفل المعاق في مراحل النمو المختلفة يجعل هذه المهمة أكثر صعوبة حيث أن المعلومات المتاحة هي حول الاحتياجات الطبيعية لطفل طبيعي .

وقد تلجأ بعض الأسر إلى مقارنة حاجة الطفل المعاق بحاجة أخوانه وهي بالتأكيد ليست متشابهة مما يجعلها في حيرة وتذبذب في المعاملة .

هنالك نقطة مهمة وهي الاختلاف في تطبيق النظام على المعاقين وأشقايقهم من حيث الحقوق والواجبات والضوابط ، حيث يميل الأبوان إلى عدم ردع الطفل المعاق حينما يسيء التصرف .

4 - مشاكل متعلقة بمتابعة الطفل المعاق :

في كثير من الأحيان تفقد الأم وقتاً كبيراً في توصيل ابنها المعاق إلى المستشفى - العيادة - مركز التأهيل . . . الخ . مما يؤثر سلباً على علاقاتها مع زوجها وأولادها، وإذا كانت الأم عاملة فإن المشكلة تصبح أكبر حيث أن ذلك يستلزم تكرار غيابها عن العمل .

5 - صعوبة التعامل مع المؤثرات الطارئة :

إن قدرة الأسرة للتعامل مع المؤثرات الطارئة في حياتها تصبح أكثر صعوبة في ظل وجود طفل معاق .

6 - الإجازات والترفيه :

إن تخطيط الإجازات وما يتعلق بأمور الترفيه والراحة لكل أفراد الأسرة، يحتاج إلى إعادة نظر في ظل طفل معاق مما يسبب إرباكاً كبيراً للأسرة بمجموع أفرادها .

7 - الأمور المالية :

الزيادة في تكاليف العناية بالمعاق وتوفير احتياجاته المادية، إضافة إلى تكلفة العلاج والتأهيل قد لا يكون في مقدور الأسرة توفير جميع تلك المستلزمات ومتطلباتها لطفلها المعاق، الأمر الذي يسبب ضغطاً إضافياً ومضاعفاً عليها .

ثانياً - حالات من الواقع الإكلينيكي

سوف نستعرض بعض الحالات التي حولت إلى العيادة النفسية للأطفال سواء للتقييم أو المعالجة . والتي توضح معاملة أفراد الأسرة للمعاق والتي تحددها طبيعة شخصية الأم - الأب وعوامل أخرى في الشخص المعاق نفسه مثل جنسه - تربيته في الأسرة - ارتباطه بالأم - درجة انخفاض قدراته العقلية وحاجته إلى العناية والرعاية الدائمة ، وإن كان هنالك اضطراب سلوكي مصاحب للإعاقة أم لا ، يجب أن لا ننسى ظروف الأسرة حين حدوث الإعاقة أو الأحداث المستجدة والتي تؤثر سلباً في قدرة العائلة بالعناية بالشخص المعاق .

إن الحالات المقدمة للمناقشة لديها تخلف عقلي وأعتقد أن ردود الفعل لدى الأسرة قد تكون متشابهة في حال اختلاف نوع الإعاقة .

(1) الحالة الأولى:

ماجد طفل في السادسة من عمره لديه تخلف عقلي بدرجة شديدة ، حيث أنه ، وإن كان يستطيع المشي والحركة ، إلا أنه لا يستطيع الكلام ويعتمد كلياً على أمه في توفير المأكل والنظافة الشخصية والعناية بنفسه . لقد كان ماجد كثير الحركة ، قليل الانتباه والتركيز مما سبب متاعب كبيرة لأمه ولم تكن تقدر أن تكون معه طوال الوقت مما تسبب في عدة حوادث منزلية مثل السقوط من الدرج والحرق بالماء الحار في الحمام .

لقد هجر والد ماجد أمه بعد ولادته بقليل ، كما وأن أولادهما الآخرين والذين يكبرونه سنأ بعدة سنوات قد تركوا المنزل كذلك ، ولا يقدمون أية مساعدة للأم التي اضطرها الموقف المادي إلى العمل خارج المنزل في أحد المكاتب الخاصة . كانت الأم تترك الطفل مع الخادمة الآسيوية في المنزل لفترات طويلة لم تكن تعرف خلالها ماذا كان يجري في المنزل كما وأن صعوبة العناية به أدى إلى ترك الخادومات الخدمة لهذه الأسرة والبحث عن عمل مريح مع عائلة أخرى .

هذا وقد تزوجت الأم مؤخراً من رجل متزوج من أخرى وكان يتردد في بعض الليالي عليها ولكنه لا ينام في المنزل لعدم قدرته على النوم مع ماجد والذي يقلق الآخرين في الليل بصياحه وتحركه في المنزل وقد اشترط الزوج على الأم أن تتخلى عن ماجد نظير الإقامة معها .

نظراً لعدم تناسب قدرة ماجد المنخفضة مع البرامج المقدمة من المراكز الموجودة ، فإنه لم يتلق أي برنامج تأهيلي ولكن والدته استمرت في متابعة حالته في العيادة والتي كانت تصف له دواء مهدئاً وتدخله إلى المستشفى في فترات متقطعة . في هذه الحالة يبرز دور الظروف الأسرية غير المساعدة وحاجة الطفل إلى رعاية دائمة ومكثفة ، والتأثير السلبي على صحة الطفل وتطوره .

وفي يوم من الأيام جاءت والدته تشكو من عدم قدرة ماجد على المشي والحركة وصراخه المستمر . وقد عرضنا الطفل على طبيب الطوارئ والذي اكتشف حدوث نزيف داخلي ناتج عن استعمال العنف معه . وقد نفت أمه علمها بوقوع ذلك من أي طرف ولكنها قالت بأنه قد يكون من أخيه والذي يبلغ (17) عاماً .

أدخل ماجد إلى المستشفى حيث أجريت له عملية جراحية عاجلة وبعد أن تحسنت حالته الصحية حول ماجد إلى أحد المراكز المخصصة للإقامة الطويلة لكن والدته أخرجته بعد يوم واحد لأنها كما تقول لا تستطيع العيش في المنزل بدونه .

(2) الحالة الثانية :

تعد هذه الحالة مثالا على التوتر والضغط الذي يسببه وجود طفل معاق على الزوجين .

ميساء كانت في حوالي الرابعة عندما أتى والداها إلى العيادة لعدم تقدم ابنتهما وخاصة في القدرة اللغوية ، وقد أخبرا الطبيب المختص خلال فترة التقييم بأن ابنتهما طبيعية في كل شيء ، وأنها فقط كانت قليلة الكلام . ولكن اتضح للطبيب المختص من نتائج التقييم - التي قام بعرضها على الوالدين - أن قدرة ابنتهما منخفضة عقليا عن عمرها الحقيقي . ولم يقتنعا بنتيجة التقييم ، وبخاصة الأم التي أصرت على الطبيب المختص بأن يفعل شيئا ما لجعل ابنتها تتكلم .

إن كلا الأبوين ينتميان إلى الطبقة المتوسطة وأكملتا تعليمهما الجامعي ويعملان في وظائف جيدة وكانت ميساء باكورة زواجهما بعد علاقة حب استمرت سنوات ولكنهما لم ينجبا غيرها لحاجة الأم للتفرغ لميساء والعناية بها .

وعندما بلغت ميساء سن دخول المدرسة كان لابد للأبوين أن يقررا نوع التعليم المناسب لها وعندما تأكدا بأنها لا تستطيع الانضمام إلى المدرسة العادية دبّ الخلاف بين الزوجين لاختلاف آرائهما حول ذلك ، وابتدأ الأب في التغيب عن المنزل مما زاد من حدة الخلاف الذي اتخذ منحى آخر أدى في

النهاية إلى الطلاق . وبعد مرور سنة على الطلاق اتصلت الأم بالعيادة وأبدت رغبتها للباحثة الاجتماعية في التفاهم مع زوجها وبعد الاتصال بالزوج ، طلب الزوج إيضاح إن كان عودته في مصلحة ابنته .

وقد عاد الزوجان إلى عش الزوجية وأنجبا بعدها طفلين آخرين بينما ميساء منتظمة الحضور إلى مركز خاص مناسب لقدرتها العقلية .

(3) الحالة الثالثة :

محمد طفل يبلغ الثامنة من عمره ، عند أول لقاء له مع العيادة ، حيث أنه قد أحضرته الشرطة النسائية بعد تلقيها بلاغاً من أحد المواطنين بوجود طفل لا يذهب إلى المدرسة ومقيد في أحد الغرف في أغلب الأوقات ، وبقائه في المنزل طول الوقت حيث أن الجيران لا يعرفون بوجوده .

وبعد مقابلة الأم وشقيقتها أبلغتنا الأم بأنها خائفة أن يأتي يوماً ما زوجها الذي تركها عندما كانت حاملاً بمحمد ويأخذ طفلها منها حيث أن والده يقيم في دولة مجاورة . وقد بلغ خوف الأسرة على هذا الولد درجة جعلتها تمتنع عن استخراج أي أوراق ثبوتية مثل البطاقة السكانية أو جواز سفر .

وعند سؤالهما عن سبب تقييد محمد أجابتا بأن ذلك كان لحمايته حيث أنه كثير الحركة والتجوال وهما في العمل ولا أحد في البيت غير والدتهما الكبيرة في السن والتي لا تستطيع العناية به وأنهما تعرفان أن قدرته العقلية منخفضة وراضيتين بما قسم الله لهما ولخوفهما من انكشاف أمره فإنهما لم تسجلاه في أي من المراكز الموجودة ولكن لا مانع عندهما إن كان سيحظى بمعونة أو تأهيل وهو في المنزل .

وقد كان محمد نظيفاً ولم يبد عليه أي علامات تدل على سوء المعاملة وكان تعلقه بالأم والحالة على درجة كبيرة وهما لم تستطعا فراقه في الأيام التي دخل فيها المستشفى للتقييم .

وفي هذه الحالة يبرز دور الحماية الزائدة وأثرها السلبي على تطور الطفل المعاق .

(4) الحالة الرابعة :

منير شاب في السابعة عشرة من عمره وقد حضر إلى العيادة بصحبة والديه عندما كان عمره (5) سنوات حيث أن لديه تخلفاً عقلياً بسيطاً الشدة . وقد حول إلى مركز تأهيل مناسب لقدرته العقلية وبعد مرور عدة سنوات حضرت والدته معه تشتكي من سلوك منير العدوانى مع الجميع وعدم قدرة الأم على العناية به . واتضح لنا بعد ذلك ان هنالك خلافاً مزمناً بين الزوجين ولم يبق من العلاقة غير وجودهما في منزل واحد . وبعد مرور عدة سنوات جاءت الأم مرة أخرى تطلب تقريراً لتحويل منير إلى مركز آخر وذلك لكثرة الشكاوى من المركز الحالي ، وأخبرتنا بأن الزوج قد ترك البيت وتزوج من امرأة أخرى . وبعد عدة سنوات حضر الأب هذه المرة وطالب بإدخال منير إلى المستشفى لأن زوجته السابقة قد تزوجت هي الأخرى وهو لا يستطيع العناية بمنير .

وهكذا وجد منير نفسه وحيداً في هذا العالم وعليه الإقامة بعيداً عن المنزل نتيجة لظروف أصابت الأسرة ولم يكن هو طرفاً مباشراً فيها .

إن وجود اضطراب أسري عادة ما يؤثر سلباً على قدرة الزوجين على تقبل الإعاقة عند أطفالهما مما يزيد العلاقة سوءاً مع الزمن .

(5) الحالة الخامسة :

مرتضى صبي يبلغ من العمر إحدى عشرة سنة وقد حول إلى العيادة النفسية نظراً لرسوبه المتكرر وانعزاله الشديد. حضرت والدته والتي تبدو في الستين من عمرها معه وبصحبة أخته حيث أفادت بأن والد مرتضى متوفى منذ سنوات عديدة وهو مقيم معهما. أما باقي أفراد الأسرة وعددهم أحد عشر، متزوجون ويعيشون في منازل مستقلة. قالت الأم: بأن مرتضى يخشى الخروج من المنزل وهو لا ينام بصورة طبيعية وكثيراً ما يفقد سيطرته على عملية التبول والتبرز منذ كان عمره ثلاث سنوات. وعزت ذلك إلى تعرضه إلى اعتداء جنسي من قبل صبي يكبره سنأ بعدة سنوات وبصورة متكررة. وقد أدخل مرتضى إلى الوحدة الداخلية وذلك لعدم تجاوبه مع الفحص وصعوبة التحدث معه وكذلك حمايته من المخاطر المحيطة به حيث أن والدته لا تستطيع مراقبته.

وقد تحسنت حالته كثيراً بالتدريب على استعمال الحمام والعناية بنفسه وأصبح نومه أكثر استقراراً وذلك باستعمال الأدوية المناسبة. واتضح بعد إجراء الفحص عليه بأن لديه تخلف عقلي بدرجة بسيطة وحول إلى مركز تأهيلي ملائم.

إن عدم قدرة الأسرة لظروف خاصة على مراقبة الطفل المعاق، يعرضه إلى سوء المعاملة من قبل الآخرين وبالتالي إلى إصابته باضطرابات نفسية وسلوكية.

(6) الحالة السادسة :

مالك صبي في التاسعة من عمره يذهب إلى أحد مراكز الإعاقة العقلية البسيطة ، لقد اظهر مالك تأخراً واضحاً في نموه وخاصة اللغة مما أدى إلى عدم تقدمه في المدرسة . وبعد إجراء الاختبار عليه وجد بأن قدراته في مستوى التخلف العقلي البسيط وعليه فإنه حول إلى المركز المذكور . وقد أبدى مالك تقدماً واضحاً خلال فترة وجوده في المركز وأصبح في سن التاسعة في مستوى الصف الأول ابتدائي .

وفي العطلة الصيفية أشار أحد المدرسين على الأهل إدخاله المدرسة العادية ، لذلك فقد أصر والده - وهو على درجة لا بأس بها من التعليم - مع أمه ، وكلاهما يعملان في وظائف مكتبية - أن يقطعوا دراسته وطالبا أن يحول ابنهما إلى المدرسة العادية . وعند سؤال مدرسته في المركز إن كان مالك يستطيع أن ينتظم بنجاح إلى المدرسة العادية؟ أبدت شكها في الموضوع وتساءلت عما يمكنه أن يعمل عندما يتقدم إلى الفصول المرتفعة وبسبب ذلك فقد حول مالك إلى الطبيب المختص لتقدير مدى إمكانية قبوله في الدراسة العادية وقد اتضح أن مالك قد أبدى تقدماً ملحوظاً بالقياس مع الاختبار السابق قبل 3 سنوات ولكنه مازال في نفس الفئة بشكل عام وأن ما يدركه يؤهله ربما للانضمام إلى الصف الأول ولكن تبقى مشكلة تقدم سنه حيث أن أقرانه الآن هم في الصف الرابع الابتدائي . في هذه الحالة ترى كيف يؤثر الخوف والقلق من جانب الأهل على مستوى الطفل!

(7) الحالة السابعة :

مريم طفلة في الثامنة من عمرها وقد شخصت حالتها عندما كان عمرها أربع سنوات وتبين بأن لديها تخلفاً عقلياً بدرجة بسيطة غير معروفة أسبابه . وقد التحقت عندما بلغت السادسة بمركز تأهيلي وتعليمي مناسب لقدراتها المنخفضة وبحكم عمل والدها في بلد مجاور وعدم وجود فرص التعليم المناسبة لها فإن الأم والأطفال انتقلوا للإقامة في بلدهم ويعيداً عن الأب وقد حاول الأب عدة مرات أن يثني الأم عن موقفها إلا أنها تمسكت بموقفها . ساءت الأحوال بين الزوجين وأصبح الأب متشككاً في سلوك زوجته حيث بدأ في الحضور بدون إعلام الزوجة وبصورة مفاجئة وفي مواقيت غير متوقعة ومنعها من الخروج من المنزل بدون معرفته مسبقاً . كما وأنه طلب من شقيقته أن تتولى مراقبة المنزل ورصد الزوار .

أصبحت حياة الأم في جحيم لا يطاق وطلبت الانفصال وهو أمر رفضه الأب ، وخلال تلك الفترة أصبحت مريم مشاكسة لا تسمع ما يقال لها وأصبحت تتلفظ بكلمات بذيئة وأهملت العناية بنظافتها الشخصية وعادت مرة أخرى إلى مص أصبعها والتبول أثناء الليل .

في هذه الحالة نرى كيف يؤثر الاهتمام الزائد بالطفل المعاق على العلاقة الزوجية وإحساس الطرف الآخر بالإهمال .

النتائج والتوصيات

- (1) إن تقدماً ملحوظاً قد طرأ على سبل العناية بالطفل المعاق بحيث أصبح يعامل أكثر إنسانية وبطريقة طبيعية كأبي شخص آخر في المجتمع، لذلك فإن الهدف المرجو في المستقبل أن يتعزز هذا الاتجاه وأن يشمل جميع فئات الإعاقة.
- (2) يجب أن يكون التوجه في المستقبل باتجاه مساندة المعاق إعاقة بسيطة أو متوسطة للعيش بين أسرته كلما أمكن ذلك مع العمل على زيادة قدراته لكي يحيا حياة طبيعية ومنتجة.
- (3) لكي تستطيع الأسرة الحفاظ على طفلها المعاق والتكيف مع وجوده بين أعضائها فإنها تحتاج إلى قدر كبير من المساعدة والمساندة وذلك من خلال تقديم المعونات المادية - العينية والإرشاد النفسي وتوفير المعلومات الضرورية عن الخدمات المتاحة.
- (4) توفير العناية المتقطعة أو قصيرة الأمد للأسر - ووضعها في متناولها عند حدوث الأزمات - المرض أو دواعي السفر. فكلما خف الضغط عن الأسرة قلت الحاجة إلى خدمات الإقامة الداخلية المرتفعة التكاليف.
- (5) التدخل السريع في بعض العائلات التي تبدي موقفاً غير مناسب أو مساعد لتطور الطفل المعاق ونموه، مثل عدم تقبل الطفل ورفضه وبالتالي الإساءة المتعمدة له. أو في بعض الحالات التي يرفض فيها الأهل إعطاءه الفرص لاستخدام إمكانيته وذلك من فرط خوفهم عليه.

(6) إقامة علاقة عمل بين المختصين وبين الأبوين، فالكثير من الآباء والأمهات يرحبون بالفرص التي تتيح لهم مناقشة مشاعرهم وكذلك إشراكهم في البرامج التأهيلية .

(7) حث المنظمات الأهلية على ترتيب لقاءات منتظمة بين أهالي المعاقين وذلك بغرض المساندة وتبادل المشورة والتجارب الشخصية . كما يفضل أن تسهل عملية الاتصال مع المسؤولين فيها وهذه الأسرة وذلك للنصح في حالة الضرورة .

(8) توفير التدريب المحلي والخارجي لجميع العاملين في القطاع الصحي لكيفية إرشاد الأسر التي لديها طفل معاق .

(9) تعميم الإرشاد الأسري على جميع المراكز الصحية بعد تدريب وإعداد الكوادر المختصة .

(10) تدريب الأمهات والآباء على العناية بالطفل المعاق سواء كان موجوداً في المنزل أو في فترات الراحة إن كان مقيماً في مركز مختص .

**تجارب أسرية في رعاية الأطفال المعاقين
- البحرين نموذجاً -**

إعداد
الأستاذ محمود هانق

الباحث الاجتماعي بالمكتب التنفيذي
لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية



محتويات الفصل

الصفحة	من - إلى
144 - 143	مقدمة:
157 - 145	عرض حالات من واقع المجتمع البحريني:
148 - 145	(1) الحالة الأسرية الأولى
150 - 149	(2) الحالة الأسرية الثانية
152 - 151	(3) الحالة الأسرية الثالثة
154 - 153	(4) الحالة الأسرية الرابعة
156 - 155	(5) الحالة الأسرية الخامسة
157 - 156	(6) الحالة الأسرية السادسة



مقدمة

يعرض هذا الفصل تجارب وحالات من واقع المجتمع البحريني، - كمثال وعينة من المجتمع العربي الخليجي - لأسر تعيش تجربة حية مع أطفالها المعاقين، وتبين معاناتها منذ لحظة وجود طفل معاق بين أفرادها، وكيفية تعاملها معه، ابتداءً من تلقيها صدمة اكتشاف وتشخيص إعاقته ومروراً بالخطوات التي اتخذتها في مجال الرعاية الأسرية.

ولقد تم اختيار هذه الحالات بطريقة عشوائية، بحيث تدوّنت تجربة كل أسرة مع ابنها المعاق بحسب رواية الوالدين أو أحدهما، دون تدخل بالحذف أو الإضافة إلى المعلومات المقدمة والتي تعكس رؤية الأسرة وتجربتها الخاصة في التعامل مع الطفل المعاق.

فالأسرة تبدأ بتقديم المعلومات الأساسية عن عدد أفرادها ومستوى التحصيل العلمي والثقافي للوالدين، وترتيب الحالة / الطفل المعاق بين أخوانه وإخواته، ونوع إعاقته، ومتى وكيف تم اكتشاف إعاقته؟ وتعامل الأسرة مع الحالة والصعوبات والمشكلات التي اعترضت طريقها.

إن هذه التجارب في الرعاية الأسرية للطفل المعاق، بقدر ما تكشف عن التشابه في أمور كثيرة للأسر التي تتحمل مسؤولية رعاية ابن معاق في بيتها الأسرية، فإنها على درجة كبيرة من الاختلاف والتفاوت في التعامل مع

المشكلات بين أسرة وأخرى، وذلك يعود لأسباب عديدة، منها ما يتصل بالمستويين الثقافي والتعليمي للوالدين، وبعضها مرتبط بالمستوى الاقتصادي والمعيشي للأسرة، وبعضها الآخر متوقف على شدة ونوع الإعاقة التي يعانيها طفلها، وقد تكون هناك أسباب أخرى أكثر تعقيداً من ذلك، كما سوف يتبين من التجارب والحالات لاحقاً.

كما أن هذه التجارب توضح إلى أي مدى تكون الحاجة ماسة لتدريب الأسرة وإكسابها مهارات خاصة بحسب نوع الإعاقة المصاب بها طفلها، إضافة إلى أنها تفتح آفاقاً واسعة حول تلمس ورصد الحاجات والمستلزمات التي ينبغي توفيرها من قبل الجهات الرسمية المعنية بالمعاقين، مما يمكن أن يكون إسهاماً يتصل بتطوير الخدمات الحالية المقدمة في هذا المجال على المستويات التعليمية والاجتماعية والتربوية والصحية وغيرها.

عرض حالات من واقع المجتمع البحريني

(1) الحالة الأسرية الأولى :

عمر الأب (45) سنة ويحمل مؤهلاً جامعياً، وعمر الأم (40) سنة وتحمل شهادة الثانوية العامة، ولهما من الأولاد (3) بنات، وتحمل الابنة المعاقة المرتبة الأولى.

أصيبت الابنة بشلل دماغي أثناء الولادة تسبب في حدوث عدم توافق في حركاتها، وقد تم اكتشاف الحالة بعد (6) أشهر من الولادة (الحالة كانت متوقعة بسبب تعرض المولودة للاختناق الناشئ أثناء عملية الولادة والتي يتحمل مسؤوليتها الطبيب المختص بالولادة من وجهة نظر الأسرة).

ونظراً لأن الوالدين كانا يتوقعان حدوث هذه الأزمة لابتتهما بعد الولادة مباشرة، فإن الأمر قلل من أثر الصدمة على نفسيتهما، فمنذ لحظة اكتشاف الحالة تم أخذها إلى المستشفى لتلقي العلاج وتوفير المستلزمات والاحتياجات اللازمة لها بما في ذلك خلال السفر بها إلى الخارج عدة مرات إلى إنجلترا وهنغاريا على سبيل المثال.

وقد تقبل الوالدان حالة الطفلة وعملا على تلبية حاجاتها الخاصة وعلى ادماجها بمحيط الأسرة بوجه خاص والمجتمع بوجه عام، لاسيما وأن طفلتها تتمتع بالإدراك العقلي والفهم بصورة جيدة!

كما أن معاملة اختيها لها تتم بصورة اعتيادية وطبيعية بعد أن جرى تفهيمهما وإطلاعهما على الظروف الخاصة لأختهما الكبرى ، لذلك فهما تلعبان معها وتساعدانها في الأكل والتعليم والاختلاط والاندماج والمشاركة في أوجه الاهتمامات الاجتماعية والخاصة . . . الخ .

يواجه الوالدان صعوبات جسيمة في توفير المستلزمات والاحتياجات اللازمة من داخل البحرين نظراً لعدم توفرها، أو لارتفاع أسعارها بصورة خيالية . الأمر الذي جعل الأسرة تبذل جهوداً كبيرة في توفير بعض من تلك الاحتياجات من الخارج، حيث كلفتها مبالغ طائلة وعلى سبيل المثال لا الحصر تكاليف الكرسي المتحرك، وأدوات الحمام الخاصة، وأجهزة التعلم، وأحذية خاصة . . . الخ . كما أن التكاليف التي تتحملها الأسرة لا تتوقف عند هذا الحد، بل تتضاعف، نظراً للسفر بالطفلة إلى المعاهد الخاصة بالعلاج الطبيعي خارج البحرين .

والأسرة تحاول دائماً أن تتدرب على ما يمكن أن تقوم به في مسائل العلاج والتعليم والرعاية الطبية والصحية انطلاقاً من شعورها بأن هذه المسألة هي مسؤوليتها بالدرجة الأولى .

وتطرح الأسرة الصعوبات والمشكلات التي واجهتها في التعامل مع الحالة، من منطلق الرغبة في إيجاد حلول من الجهات المختصة بالمعاقين باعتبار أن المسألة ليست ذاتية تتعلق بطفلها وإنما هي مشكلات وصعوبات قد تواجهها جميع أسر الأطفال المعاقين، ومن هذه الصعوبات ما يلي :

- 1 - افتقار المؤسسات والمعاهد المعنية وغيرها إلى الأجهزة والمعدات والكوادر البشرية المؤهلة والمدربة للعمل مع المعاقين ، فمثلاً: تعتمد بعض المعاهد على خريجات المدارس الاعدادية كمدرسات في هذا المجال .
- 2 - صعوبة توفير المستلزمات والاحتياجات الضرورية داخل البلد، وإن وجدت فإن أسعارها مرتفعة .
- 3 - التعامل في إنجاز المعاملات الخاصة بالمعاقين بنفس ما تتم للمعاملات الأخرى في الجهات الرسمية والمعنية . فمثلاً: تتساوى رسوم طلب مربية خاصة للمعاق مع رسوم الطلب للحالات العادية أو تفرض رسوم على المستلزمات والاحتياجات الخاصة بالمعاقين المطلوبة من الخارج وهكذا .
- 4 - إن مدة العلاج الطبيعي في المستشفى عادة ما تكون أقل من 15 دقيقة وبواقع يومين في الأسبوع على أكثر تقدير ، وهذا يعيق أو يقلل من منافع العلاج .
- 5 - عدم وجود حافلات مزودة بالأجهزة الخاصة للتعامل مع الحالة عند أخذ المعاق إلى المستشفى .
- 6 - عدم وجود تسهيلات وخدمات مساندة في معظم المطارات ، وبخاصة مطارات دول مجلس التعاون الخليجي .
- 7 - عدم السماح بأخذ بعض المستلزمات الضرورية داخل الطائرة، مثل الكرسي المتحرك على الرغم من صغر حجمه وسهولة طيه، مما يضطر الوالدان إلى حمل الطفلة في معظم الأحيان .
- 8 - التشدد في شروط قبول المعاقين في بعض المعاهد المتخصصة لتأهيل المعاقين .

- 9 - قلة البرامج الإعلامية والإرشادية، التي تهدف إلى محاربة السلبية التي يتعامل بها المجتمع مع المعاق! مثل: الفضول، واللامبالاة.
- 10 - ندرة المساعدات المادية المقدمة من المؤسسات المعنية للأسرة التي تتولى مسؤولية طفل معاق.

رغم هذه الصعوبات والمشكلات التي تواجه الأسرة فإن الأسرة تحاول بقدر استطاعتها تذليل العقبات من خلال: الاعتماد على النفس، وتعليم طفلتها، ومحاولة ادماجها مع المجتمع عن طريق اصطحابها إلى التسوق أو النزهة مع أختيها والعائلة والأصدقاء.

وهذا لا يعني أن المسؤولية تقع وحدها على الأسرة في رعاية ابنتها المعاقة بل أن المسؤولية مشتركة مع المجتمع والمؤسسات المعنية بالمعاقين. لهذا فإن الأسرة تطالب بما يلي:

- 1 - التوعية بمعاملة المعاق باعتباره إنساناً ومواطناً مثل الآخرين.
- 2 - العمل على مساعدة المعاق وإسرتة بالاندماج في المجتمع عن طريق تدريب أسرته ومساعدتها على اجتياز الصعوبات التي تواجهها.
- 3 - على المؤسسات والجهات المعنية أن تعامل الحالة معاملة خاصة، تتناسب واحتياجاتها الأساسية.
- 4 - توفير الأيدي المدربة والمؤهلة في المعاهد والجهات المعنية وتزويدها بالمعدات والمستلزمات اللازمة.

(2) الحالة الأسرية الثانية :

هذه الأسرة تتكون من أب عمره (35) سنة وأم عمرها (30) سنة وكلاهما يحملان شهادة الثانوية العامة ولهما من الأولاد (3) بنات ومن بينهن الابنة الكبرى المعاقة ، وهي من مواليد عام 1982م .

الابنة مصابة بتخلف عقلي ، وتم اكتشاف الحالة أثناء الولادة مباشرة حيث يعود سبب الإعاقة إلى إنتفاج الحبل السري على رقبة الجنين ، وتوقف الأكسجين فترة عن الدماغ مما نتج عنه إعاقة عقلية . ولكن بالنسبة للوالدين فإنهما قد استلما ابنتهما بعد أسبوع من ولادتها ولم يكونا يدركان بأنها قد أصبحت معاقة ، لأن الطبيب لم يوضح لهما الحالة .

وعندما لاحظت الأم بأن ابنتها كثيرة الصياح والبكاء بدون سبب ملموس قامت بعرضها على طبيب أطفال متخصص . حيث بينت نتيجة التشخيص بأنها غير طبيعية في حركاتها ، بالإضافة إلى أن وضع عينيها غير طبيعي ، وأنها مصابة بخلل عقلي ، وقد تصاب أيضاً بالشلل .

كان رد فعل الأسرة الأول على نتائج تشخيص الطبيب هو الرفض المطلق للنتائج الطبية ، وعدم التقبل لحقيقة أن ابنتهما معاقة . الأمر الذي ترتب عليه تعامل الأسرة مع ابنتهما على أنها طفلة عادية وسوية .

ولكن بعد مرور سنتين ونصف على حالتها أخذت الأعراض غير الطبيعية تظهر واضحة على ابنتهما ، حيث كان التبول والايخراخ لديها لا إرادياً ، كما أنها لم تستطع أن تنطق أو تتكلم وتعبر عن احتياجاتها ، أو تصدر منها أفعالاً تتميز بين الأشياء . وأن حركات جسمها لم تكن متناسقة .

وعند سؤال الوالدين عن سبب التأخر في إدراك الحالة، أرجعا السبب إلى أن خبرتهما بالحياة كانت محدودة نظراً لزوجهما المبكر. كما أنهما لم يستوعبا بأن تكون ابنتهما غير طبيعية، الأمر الذي جعلهما يواصلان التعامل معها على أنها طفلة سوية وأن الأعراض غير الطبيعية سوف تزول مع الوقت. وبالفعل فإن الأسرة قامت بإدخال الطفلة دار حضانة عادية وظلت بالدار إلى أن بلغت (4) سنوات، حيث بدأت الأسرة تتقبل الحقيقة بأن طفلتها متأخرة عقلياً عن سنها، خاصة عندما تم عرض الطفلة على طبيب نفسي أكد للأسرة هذه الحقيقة ولم تحصل الأسرة من الطبيب المختص على إرشاد حول الإجراءات التي ينبغي أن تتبع ويتم توفيرها للطفلة.

وأمام تسليم الوالدين بحقيقة طفلتهما فقد سعيًا إلى توفير رعاية لها في بعض المعاهد والمؤسسات إلى أن استقرت ابنتهما في مركز التأهيل الاجتماعي التابع لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية.

وعند الاستفسار عن دور الأسرة في تقديم الرعاية المطلوبة لابنتهما، أحال الوالدان المسؤولية كاملة على الجهات المعنية والمختصة دون تحديد أي دور للأسرة تجاه طفلتها المعاقة.

لهذا فإن الصعوبات والمشكلات التي تعاني منها الأسرة تتمثل أساساً في عدم قدرتها على التعامل مع الحالة في المنزل، لأنها طوال الوقت تصرخ وتبكي وتعضب ويمكن أن تضرب كل من يقف أمامها بدون سبب.

(3) الحالة الأسرية الثالثة :

الأم والأب يحملان مؤهلاً جامعياً ولديهما (3) بنات، والبنات الوسطى تعاني من إعاقة جسدية شديدة وعمرها الآن (5) سنوات .

إن الوالدين على درجة عالية من الإحساس بالمسؤولية في توفير الرعاية الأسرية اللازمة لابنتهما وفق حاجاتها الخاصة، رغم أن الوضع المعيشي والمستوى الاقتصادي للأسرة محدود .

عندما كانت الأم حاملاً في شهرها السابع شعرت بأن حركة الجنين في بطنها شبه معدومة، الأمر الذي جعلها تذهب إلى المستشفى وتطلب من الطبيب المختص إجراء أشعة خاصة للتأكد من سلامة الجنين إلا أن الطبيب رفض ذلك مؤكداً أن الأمور طبيعية ولا داعي للخوف لأن نبضات قلب الجنين منتظمة بالإضافة إلى أن تحاليل الدم سليمة .

وعند الولادة اتضح أن البنت مشلولة ولديها فتحة في الظهر بالإضافة إلى مشاكل في النخاع الشوكي وتشوه خلقي بالعظام .

وكان رد الفعل الأول للأسرة هو الشعور بالصدمة والضييق ! إلا أنهما عملاً مباشرة على توفير جميع المستلزمات والاحتياجات الخاصة بها . وقد سعت الأم - خاصة وأنها ربة بيت - إلى تدريب نفسها على كيفية توفير الرعاية اللازمة لابنتها من خلال القيام بالرعاية الطبية لها، من تبديل وتركيب الأنابيب التي توضع لها والتي كانت تتطلب تغييرها بشكل دائم بسبب حجم العمليات الكثيرة التي أجريت لها خلال الشهور الستة الأولى من عمرها .

وبعد مرور سنتين على الحالة برزت احتياجات إضافية خاصة لها تمثلت في المشاكل المتصلة بالمشاة والالتهابات البولية بالإضافة إلى المراجعة الدائمة للطبيب المختص بالأعصاب .

على الرغم من العلاقات الأسرية الممتازة بين أفراد الأسرة والقائمة على التعاون والتكاتف والتضامن مع المعاقه ضمن إدراك لطبيعة ظروفها الخاصة من حيث يتم اللعب والضحك بينها وبين أختها إلا أن الأخت الكبرى في بداية أمرها لم تتقبل أن تحظى أختها المعاقه بالاهتمام الزائد ولكنها وبمرور الوقت تكيفت مع الوضع وأصبحت الأمور الآن على مايرام .

ومع إدخال الطفلة المعاقه دار الحضانه التابعة للمركز البحريني للحراك الدولي فإن الأسرة لازالت تواجه بعض المشكلات والصعوبات التي تتمثل في الأمور التالية :

1 - نظرة المجتمع الدونية للمعاقين بشكل عام ، والأطفال منهم على وجه الخصوص حيث يقوم الكثير من الناس بالسخرية والتخوف من المعاقين وكأنهم أشخاص يعانون من أمراض معدية . بل أن الأمور تصل إلى حد أن بعض أقرباء الطفلة يحاولون أن يمنعوا أطفالهم من الاقتراب منها وكأنها من كوكب آخر!

2 - قلق الأسرة على مستقبل ابنتها العلمي عندما تكبر وتصبح مهيئة للالتحاق بالمدرسة ، خاصة وأن ملكاتها العقلية سليمة تماماً .

3 - إحجام الأطباء عن مصارحة الأسرة بحقائق ومشكلات المستقبل الصحي للابنة المعاقه ، بحجة المحافظة على نفسية أفراد الأسرة .

(4) الحالة الأسرية الرابعة :

طفلة تعاني من مرض التوحد، عمرها (9) سنوات وهي البنت الكبرى وكانت تعيش في رعاية والديها اللذين كانا على درجة عالية من التعليم والثقافة و الوضع المعيشي إلا إنهما انفصلا عن بعضهما البعض . ومن بين الأسباب الداعية للانفصال هي حالة ابنتهما .

لم يتم اكتشاف إعاقة الطفلة إلا بعد مرور سنتين تقريباً حيث كانت ابنتهما قبل تلك الفترة تتصرف بشكل طبيعي سواء في الحديث والتواصل واللعب أو في علاقاتها مع أفراد العائلة وبقيّة الأطفال . فقد لاحظت الأم ظهور مجموعة من الأعراض الغريبة في سلوك ابنتها أشبه ما تكون غائبة عن عالمنا اليومي وبدأت في عزلة لا تشعر بمن حولها وإن كانت حاضرة معهم . كما أصبحت تردد بعض الكلمات بطريقة مكررة غير مفهومة . ووصلت الأم إلى حالة عدم القدرة على التواصل مع ابنتها . الأمر الذي جعلها تلجأ - في بداية الأمر - إلى استشارة الأقرباء والجيران الذين نصحوها بإدخالها الروضة وبالفعل عملت بذلك . و اعتقدت الأم بأن ابنتها قد بدأت تتحسن بسبب قدرتها على ترديد بعض كلمات إحدى أغاني الأطفال .

وعندما بلغت البنت ثلاث سنوات ، قرر الوالدان عرضها على طبيب نفسي حيث قال لهما بعد عدة جلسات، مع الطفلة : بأنها مصابة بمرض التوحد وأنه لا يوجد علاج يقدمه لها . فكان رد الفعل الأول هو عدم اقتناع الوالدين

بكلام الطبيب مما جعلهما يسافران إلى إنجلترا، حيث تم عرضها على الأطباء هناك، وجاءت النتيجة تؤكد التشخيص الأول وبعد أن شرح لهما المرض وطبيعته بالإضافة إلى الوسائل المتوفرة في علاجه طلب من الأسرة التركيز على إيجاد معلم خاص لها أو إدخالها معهد التوحيدين .

وبعد عودة الأسرة من لندن واقتناعها بمرض الطفلة وأن الأمل في شفائها أصبح شبه معدوم، ومنذ تلك اللحظة فإن العناية الأسرية بالطفلة أصبحت مسؤولية الأم وحدها دون الأب الذي فقد الأمل نهائياً بشفاء ابنته . وتضاعفت المشاكل بين الأم والأب مما أدى إلى انفصالهما .

قد أصبحت مسؤولية الرعاية والعلاج مقتصرة بالكامل على الأم وحدها ونظراً لطبيعة مرض التوحد ونتيجة لكثرة الصراخ الدائم الذي تسببه ابنتها للآخرين بالإضافة الى إيذائها لنفسها بدون أي سبب فقد قامت الأم بالسكن في بيت منفصل مع ابنتها .

وتعاني الأم من مشكلات كثيرة، منها غياب المعهد أو المؤسسة التي يمكن أن تتولى رعاية الذين يعانون من مرض التوحد . كما أن ملازمة الأم الدائمة لها جعلها تشعر بنوع من حالة اكتئاب دائمة تلازمها ولا تعرف كيف تتصرف معها رغم رفقتها الدائمة لها . فهل هناك من حل للذين يعانون من مرض التوحد؟

(5) الحالة الأسرية الخامسة :

منذ ولادتها غير الطبيعية في عام 1983م أصيبت الطفلة بعجز سمعي ، ولم يتم اكتشاف حالتها إلا بعد مضي فترة طويلة تقارب الستين . فقد لاحظ الوالدان بأن ابنتهما قد تأخرت عن التكلم ورغم انهما قد أشعرا الطبيب المختص بعلاج ابنتهما منذ السنة الأولى بأن ابنتهما لا تتكلم الا أن الطبيب كان يطمئنهما بأن المسألة طبيعية ولا داعي للقلق!

ولكن بعد مضي سنتين عرض الوالدان ابنتهما على طبيب مختص في السمعيات وبعد جلسات اختبار كثيرة أظهرت النتائج بأن ابنتهما مصابة بعجز سمعي فكان رد الفعل الأول قوياً ومؤثراً على الوالدين الأمر الذي جعلهما يسعيان لعلاجها في ألمانيا حيث تأكدت صحة النتائج مع التوصية على ضرورة أن تتلقى عناية خاصة في التربية والتعليم ، بالإضافة إلى سماعه خاصة بها لأن السمع عندها ليس معدوماً بشكل مطلق .

وقد قامت الأسرة بإدخالها مركز التأهيل التابع لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية لتلقى التعليم والتربية الخاصة هناك ، ومع الوقت اتضح بأن لدى الطفلة مشكلة مع الدراسة وهي مشكلة التأخر الدراسي فهي كثيرة النسيان لدروسها ولا تستوعب في أحيان كثيرة الدروس التي تعطى لها وبالرغم من أن عمرها الآن (12) سنة فإن مستواها الدراسي في الثاني الابتدائي .

ولم تحاول الأسرة أن تتعلم لغة الإشارات الخاصة بالصم لهذا فإن الابنة لا تستخدم لغة الإشارات للتفاهم مع محيطها الأسري ، وعند سؤال الأسرة إن كانت الابنة تتكلم مادام لديها سماعات خاصة فقد أجابت بالنفي دون إيجاد سبب منطقي في ذلك .

وقد أشارت الأم إلى أن ابنتها تمتلك علاقات اجتماعية طبيعية مع أخوتها الأربعة وهي أكبرهم سناً ولا توجد أية مشكلات أسرية معها نهائياً .

ولكن الأم تضيف بأن المشكلات التي تعاني منها الأسرة تتمثل في عدم وجود متخصصين قادرين على القيام بدورهم على الوجه السليم في رعاية الصم ، الأمر الذي دفع الأسرة لأخذ الطفلة لعيادة خاصة متخصصة في رعاية الصم خلال الفترة المسائية .

اما الصعوبات التي تواجهها الأسرة مع ابنتها فيمكن القول بأن الطفلة بطيئة في الفهم والتعلم والتذكر .

(6) الحالة الأسرية السادسة :

طفلة تبلغ من العمر الآن (6) سنوات ، أصيبت بشلل دماغي نتيجة حدوث تأخر في موعد ولادتها . تعيش وسط أسرة محدودة الدخل والتعليم أيضاً . إلا أن الوالدين يتعاونان بشكل مشترك في تحمل مسؤولية رعاية ابنتهما منذ كانت صغيرة باعتبار أن الحالة قضاء وقدر من الله تعالى . فهذه هي قسمتهما في الحياة وعليهما أن يتحملا مسؤولية رعايتها وسط أخواتها الثلاث .

ونظراً للرعاية الطبية والصحية شبه اليومية التي تحتاجها الطفلة في المستشفى، فإن الأم تولت مسؤولية التدريب على بعض الأعمال والمهام التي من الممكن القيام بها في المنزل وبالفعل تم ذلك، في حين تولى الأب مسؤولية نقلها إلى المستشفى في الحالات التي تتطلب معاينة الطبيب المختص.

كما قامت الأسرة مع تقدم الحالة في السن إلى تنظيم وتوزيع مسؤولية الرعاية الأسرية وعدم اقتصارها على الوالدين فقط بل إشراك أخواتها في القيام ببعض المهام التي تتناسب مع أعمارهن كالمشاركة في مسؤولية تغذيتها حيث يتم إعداد أطعمة مهروسة تمرّر إلى معدتها عن طريق أنبوب خاص، مرة كل ثلاث ساعات.

رغم العلاقات الأسرية القائمة على التفاهم والمشاركة بين الأسرة إلا أن أختها الأكبر منها والتي تبلغ من العمر (12) سنة، بدأت الآن لا تبدي تجاوباً متفاعلاً مع أختها المعاقة ولا تعرف الأسرة السبب في ذلك.

ولا تشتكي الأسرة من وجود مشكلات وصعوبات في توفير الأجهزة والمستلزمات اللازمة للطفلة لكونها متوفرة من قبل المركز الصحي الحكومي، بما فيها جهاز لتنظيم خروج البلغم من الرئتين، بالإضافة إلى الأنابيب والأدوية اللازمة لها.



المشاركة الأسرية
في تربية وتأهيل الأطفال المعاقين

إعداد

الأستاذة أمينة راشد

الدكتور جمال محمد الفطيب

الأستاذة منسى عبد الكريم

الأستاذ فاهم البطاطي

مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية

دولة الإمارات العربية المتحدة

محتويات الفصل

الصفحة	من - إلى
164 - 163	مقدمة:
166 - 165	أولاً : أهمية الأسرة بالنسبة لطفلها المعاق
170 - 167	ثانياً : أهمية علاقة الأسرة بمقدمي الخدمات الخاصة
173 - 171	ثالثاً : مبررات المشاركة الأسرية في برامج التربية الخاصة
176 - 174	رابعاً : أشكال المشاركة الأسرية
178 - 177	خامساً : الفوائد المتوقعة من مشاركة الأسرة في تربية وتأهيل طفلها المعاق
187 - 179	سادساً : عوائق مشاركة الأسر في تدريب أطفالها المعاقين
188	الخاتمة :
189	قائمة المراجع :

مقدمة

إن المبدأ الهام الذي تقوم عليه خدمات التربية الخاصة هو التأكيد على دور الأسرة وأهمية هذا الدور وذلك استناداً إلى :

- (1) إن الأسرة هي المؤسسة الأولى والهامة التي يوجد ويعيش فيها الفرد المعاق .
- (2) إن الأسرة بردود أفعالها تؤثر بشكل كبير على مستقبل الفرد المعاق .
- (3) إن المهنيين والمتخصصين في كافة الخدمات لن يستطيعوا وحدهم تدريب أو تأهيل أو معالجة الفرد المعاق بمعزل عن أسرته .

ولقد سادت في فترة من الزمن مع بداية ظهور وتطور خدمات التربية الخاصة أشكال مختلفة من الخدمات منها وضع المعاق في مؤسسة للرعاية الدائمة الأمر الذي يعني انعزاله التام وانسلاخه عن أسرته وعن المجتمع . وقد كانت وراء هذه الخدمات أحاسيس منها خجل الأهل من وجود طفل معاق بينهم أو الإحساس بالذنب أو العجز أحياناً فكان الأهل يفضلون وضع ابنهم في مكان خاص ومنعزل .

وقد أثبتت الدراسات والتجارب فشل هذا النمط من الخدمات ، ومع تغير الاتجاهات والمشاعر والخدمات في هذا المجال ، أصبحت هناك حاجة ملحة للتفكير بأهمية دور الأسرة ، وكما هو الحال في حالة تلميذ المدرسة العادية فلا

يمكن للتلميذ أن ينجح أو يتفوق ويحقق التوافق والتكيف بدون مساعدة ودعم والديه له ولمدرسته ومن هنا جاءت أهمية العلاقة بين الأسرة والمؤسسة التربوية والتعليمية، هذا في التعليم العادي، وما دامت الحالات التي نتعامل معها ذات خصوصية فإن أهمية الأسرة ودورها يكون أكثر أهمية وضرورة، لوجود عوامل كثيرة تجعل دورها هذا هاماً جداً. وخلاصة هذا التقديم أن معظم برامج التربية الخاصة والتأهيل تركز على أهمية مشاركة الأسرة في كافة مراحل إعداد وتنفيذ برامج التأهيل المختلفة.

أولاً- أهمية الأسرة بالنسبة لطفلها المعاق

لقد كشفت دراسات كثيرة عن ان السبب الرئيسي المباشر لتدهور مفهوم الذات لدى بعض المعاقين هو الإحساس بالرفض من قبل والديهم، وبالرغم من وجود نماذج جيدة للأسر التي يوجد فيها أفراد معاقون تكون ردود فعل الوالدين فيها أقل سلبية، فإن الأسرة تبقى تعاني من الكثير من المشكلات والتي تتعدد مصادرها وشدتها.

ومع ذلك فإن معظم هذه الدراسات أكدت على دور الأسرة الهام والضروري في المشاركة بتربية ابنها المعاق.

ومع تزايد إدراك أهمية دور الأسرة في هذا المجال وتأثير هذه المشاركة الإيجابية على نمو وتنشئة وتأهيل ابنها، فإن العناصر التالية تعتبر مبررات لتلك الأهمية:

(1) دور الأسرة الكبير في إحداث نتائج إيجابية في نمو ابنهم المعاق وبخاصة في مراحل النمو المبكرة.

(2) إبقاء الأسرة على اتصال واطلاع مستمرين بطبيعة الخدمات والبرامج التي تقدم لابنها لإبداء رأيها وملاحظاتها.

- (3) إن الفترة الأطول التي يقضيها المعاق من حياته هي بين أفراد أسرته .
- (4) اشترك الوالدين في تربية أبنائهما المعاقين من أهم الواجبات الاجتماعية والتشريعية .
- (5) إن مساعدة الأهل الهامة ودورهم في تربية أبنائهم المعاقين يشكل تعزيزاً طبيعياً، ويحقق تكافؤ الفرص والديمقراطية في تربية الأبناء الآخرين إلى جانب الابن المعاق .
- (6) إن تعاون الآباء يزيد من فعالية البرامج المقدمة لأبنائهم المعاقين .
- (7) إن مشاركة الآباء تساهم في زيادة المعلومات لديهم عن الإعاقة وكيفية التعامل معها ويزيد من خبراتهم ويساهم في تدريبهم .
- فالأسرة إذن المؤسسة الهامة والأولى التي تحتضن الطفل وبخاصة الطفل ذي الحاجة الخاصة وهي معنية بقيامها بالدور الأساسي لها وهو تربية الطفل وتعليمه وتوفير كافة السبل لإنجاح برامج التأهيل والخدمات التعليمية والعلاجية التي تقدم له .

ثانياً - أهمية علاقة الأسرة بمقدمي الخدمات الخاصة

كثيراً ما نواجه في حياتنا العملية الميدانية ردود أفعال متنوعة من عدد كبير من الآباء والأمهات وغالباً ما تكون مصادر ردود الأفعال هذه أشكالاً متعددة من سوء الفهم أو التباين في المعلومات المقدمة لهم من الأخصائيين وبخاصة في مرحلة التشخيص وتقويم قدرات ابنهم وتحديد شكل الإعاقة عنده. ولأن هذه مرحلة أساسية وهامة قد تضع الأهل على مفترق خطير مع القرارات المتعلقة بمصير ابنهم، فإن العلاقة بين الآباء والأخصائيين من معلمين ومرشدين ومعالجين تعتبر هامة جداً وحساسة، فعليها يبني الكثير من الآمال وبسببها قد تزداد المشكلات ومن خلالها قد تتغير وتتعدّل اتجاهات الأهل بشكل إيجابي.

يذكر كتاب إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة للخطيب وزملائه (1992) حادثة لها مدلول هام جداً، نوردها كما هي لتساعدنا في استنتاج أهمية العلاقة المشار إليها:

«إن أحد أكثر التفاعلات ذات المعنى أذكرها كأّم لطفل متخلف عقلياً كانت مع أخصائية نفسية، فقد أجهشت بالبكاء عندما عبرت لها عن همومي، وقد جلسنا معاً في صمت لفترة طويلة نتأمل أفضل الإجراءات لمصلحة الطفل، وعرفت حينها مدى احترامها لي عندما شاركتني مشاعري وأحاسيسي، وقد كانت نتيجة ذلك أن تضاعف احترامي لها مائة مرة» (ص 284).

إن هذه العبارات تحمل في حقيقة الأمر معاني كثيرة للدور الذي يمكن أن يلعبه الأخصائيون في كسب ثقة ومودة واحترام الآباء، وهم الذين يكونون بأمس الحاجة لأناس يفهمون مشاعرهم وأحاسيسهم ويقدرّون الصعاب والمشكلات التي يواجهونها، والتي قد تبدأ من لحظة تلقيهم خبر إنجاب طفل معاق أو احتمال وجود إعاقة لدى طفلهم.

ويمكن أن تلعب المقابلة الأولى بين الأخصائي أو المرشد أو المعلم مع الأهل دوراً هاماً في جعل آباء يثقون بنا كمقدمين لهذه البرامج، وهذا يعني أن تكون العلاقة بعد ذلك إيجابية تسودها روح التعاون لأن المعادلة هنا أنه كلما كانت العلاقة بين الآباء والمهنيين إيجابية أكثر انعكس ذلك إيجابياً على إمكانية التأثير في أفراد الأسرة وتوجيههم بشكل سليم وزادت فرص تطوير معلوماتهم وتدريبهم ومشاركتهم بفعالية أكثر في إنجاح برامج التدريب والخدمات.

ولقد أصبحت مشاركة الوالدين في البرامج التربوية والعلاجية المقترحة للأطفال المعاقين أمراً تتطلبه التشريعات التربوية. وتتمثل أهداف مشاركة الوالدين بوجه عام في الاطلاع على المعلومات المتعلقة بطفلها وحقها في المشاركة في اتخاذ القرار، وتوظيف المعلومات التي يقدمها الوالدان لتحديد الأهداف الوظيفية للطفل، وقيام الوالدين باطلاع الأخصائيين على سلوك الطفل في البيت ومشاركة الوالدين في تنفيذ البرامج التي سيتم تطبيقها في البيت، وتطوير شعور الوالدين بالثقة والكفاية وتحسين نوعية التفاعلات بين الوالدين وطفلها (الحديدي والخطيب، 1993).

ومع أن هذه الأهداف أهداف نبيلة لها ما يبررها إلا أن إمكانية تحقيقها من خلال الممارسات السائدة ليست سهلة. فلم تكن نتائج الدراسات التي أجريت حول مشاركة الوالدين مشجعة. وبعض الآباء يشيرون إلى أن اللقاءات المتصلة بهذه القضية ليست سارة حيث أنها غالباً ما تتضمن مجرد اطلاع الوالدين على ما يفعله البرنامج للطفل وعلى دورهما في هذا الخصوص، وقد لا يتجاوز نشاط الوالدين أحياناً مجرد التوقيع على الأوراق.

وليس هناك إطار عام متفق عليه لمشاركة الآباء في برامج التربية الخاصة على أنه يتوقع من الإدارة أن تدعم وتنظم مشاركة الآباء في عمليات التقييم والتدخل والعلاج. ويجب دعم تلك الفكرة وإيضاحها في برامج التدريب قبل الخدمة. فلا بد من أن تعمل برامج التدريب أثناء الخدمة على تدريب كل من الآباء والأخصائيين. إن الأخصائيين بحاجة إلى توجيه، ولكن الآباء أيضاً بحاجة لأن يتعلموا كيف يتخلصون من دور مستقبل الخدمات فقط ليصبحوا مشاركين فاعلين مع الأخصائيين (الحديدي والخطيب، 1993).

ولا يتوقع من برامج التربية الخاصة تقديم الخدمات للطفل فقط ولكن عليها أن تسعى إلى مد يد العون وتقديم الإرشاد إلى أسرته أيضاً. فالبرنامج الذي يهتم بالطفل وينسى أسرته هو برنامج جزئي ليس له احتمالات كبيرة للنجاح. وعليه فإن أهم خصائص برامج التربية الخاصة الفاعلة حرصها على تطوير البرامج التدريبية لوالدي الطفل المعاق والتزامها بإشراكهما في العملية التربوية - العلاجية. وإذا كان بعض العاملين في المجال يعتقدون أن هذا

مجرد حلم فتحقيقه مسؤوليتهم . أما الاعتقاد بأن الوالدين لا يعرفان الإعاقة وليس لديهما ما يقدمانه لطفلها المعاق فهو ليس أكثر من مبرر غير مقبول لعدم المحاولة . وقبل اتهام الأسرة بأنها لا تكثرث أو أنها تريد التخلص من طفلها المعاق بأي شكل من الأشكال لا بد أن يسأل الأخصائيون أنفسهم عما قدموه لدعم الأسرة ومساعدتها على تحمل مسؤولياتها . ولعل عدم مشاركة الوالدين في برامج التربية الخاصة تمثل أحد أهم الأسباب المسؤولة عن التأثير المحدود لتلك البرامج على نمو الأطفال ، فالأخصائيون لا يعرفون سمات الطفل وحاجته أكثر من والديه وهم ليسوا بديلاً لهما .

ثالثاً - مبررات المشاركة الأسرية في برامج التربية الخاصة

ليس غريباً أن تتزايد الدعوات إلى المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل الطفل المعاق، فأشراك الأسرة في تربية طفلها يعد واجباً اجتماعياً وإنسانياً. وهناك اتفاق بين المختصين، بأن السنوات الأولى من عمر الطفل مهمة بالنسبة لكل مظاهر النمو بما فيها النمو الجسمي والمعرفي والاجتماعي والنفسي. وبما أن الطفل يقضي السنوات الأولى من عمره في البيت مع أسرته فهناك حاجة لإقامة علاقات طيبة بين الوالدين والمهنيين باعتبارها خطوة أولى على طريق المشاركة الفعلية، فالأسرة لا تلبى الحاجات الفسيولوجية للطفل فقط بل تتعداها إلى حاجاته النفسية وثمة مبررات كثيرة للمشاركة الأسرية في تدريب الطفل المعاق نذكر منها:

(1) إن الوالدين هما المعلم الأول والأساسي للطفل، وهما أقرب الناس وأقدرهم على مساعدة الطفل المعاق.

(2) يجب أن نضع في عين الاعتبار أنه لا يمكن فهم نمو الطفل المعاق، إلا بمعرفة البيئة التي يعيش فيها، والبيئة تشمل الأسرة والزملاء والجيران، فلا يمكن بالطبع أن نبحت حالة الطفل أو نعلمه أو ندربه وهو منعزل عن غيره.

(3) إن بعض المهارات التي يجب أن ندرب الطفل عليها بحاجة إلى المتابعة والتدريب في المنزل (مثل تدريب الطفل على العناية بنفسه - الأكل - ارتداء الملابس . . الخ).

(4) إن معرفة وخبرة الوالدين في تربية الأطفال غالباً ما تكون كافية لمساعدة طفلهما المعاق على النمو، وعند إشراكهما في تربية الطفل المعاق فإن الفائدة تمتد إلى الأطفال الآخرين في البيت.

(5) اعتماد الأخصائيين على ملاحظات الوالدين للطفل في المنزل.

(6) قد يحرم المعاق من التعليم، نتيجة تدني مستوى الدخل الأسري، ولهذا فإن تدريب والديه على مساعدته وتعليمه يعد أمراً ضرورياً لاغنى عنه.

(7) إن كثيراً من آباء الأطفال المعاقين بحاجة إلى تدريب خاص للعمل مع طفلهم المعاق.

(8) إن عدد الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات تربوية خاصة في تزايد مستمر والمراكز الموجودة لا تستطيع تقديم الخدمات لهم جميعاً، ولهذا لا بديل سوى الآباء للتعامل مع مشكلات طفلهم.

(9) إن سلوك الطفل وتطوره يتأثر بالظروف البيئية، وبيئة البيت هي الأكثر تأثيراً، فأفراد الأسرة هم عوامل التعزيز الطبيعية في البيئة، فإذا دعموا الأخصائيين يتطور الطفل ويتحسن أدائه.

(10) إن البرامج المقدمة للأطفال المعاقين منظمة وذات أهداف محددة، وتتطلب تعاون الآباء حتى تتسم بالفعالية.

وبدون مشاركة الأهل فإن مصير التدخل سيكون في أغلب الأحيان الفشل، والاستفادة المحدودة التي يتم تحقيقها تكون معرضة للاندثار والاختفاء عندما يتوقف التدخل.

رابعاً - أشكال المشاركة الأسرية

إن مشاركة الأسرة في تربية وتأهيل أطفالها المعاقين ، تأخذ أشكالاً متعددة إلا أنها جميعاً تقف فوق قاعدة واحدة ، وهي أن الأسرة والمعنيين بتربية الطفل المعاق يتعاونان لمصلحة الطفل ، وأن الأسرة تشكل قوة دعم لمراكز المعاقين من خلال تعاونها مع الأخصائيين .

ولمشاركة الوالدين عدة أوجه : فمعظم الأهالي يساهمون في البرنامج التربوي وفي تحديد الأهداف ومعظمهم يساعد في الرحلات والحفلات وغير ذلك .

ومعظم الآباء والأمهات قد يتطوعون للعمل في المراكز (التنسيق للمعارض - المساعدة في عمل الوسائل التعليمية - مساعدة المعلمة في الفصل . . الخ) . والبعض قادر على المبادرة لتأسيس وبلورة أفكار خاصة بالأهالي (جمعيات خاصة بهم لدعم المعاقين والدفاع عن حقوقهم) . ويقوم عدد قليل من الآباء والأمهات بالتأسيس الفعلي للجمعيات ، وتنظيم عمل الجمعية - وتنظيم الدورات الخاصة بالأهالي ، ومن الأشكال الرئيسية للمشاركة :

(1) الملاحظة :

هناك بعض السلوكيات وبعض المهارات التي قد لا يتمكن أخصائيي التقويم والتشخيص من ملاحظتها عند قيامه بتقويم الطفل المعاق ، فيطلب من الأسرة التحقق من وجود هذه السلوكيات والمهارات عند الطفل وعند تدريب الطفل المعاق مهارة معينة أو محاولة تشكيل سلوك مرغوب فيه لديه فإنه يطلب من

الوالدين ملاحظة عدد مرات حدوث السلوك أو مدة حدوثه وغير ذلك . ومن الممكن أن يلاحظ الوالدان مدى تقدم طفلهما، وبالتالي يقومان بتوصيل المعلومات إلى الأخصائيين .

(2) الدفاع عن حقوق الأطفال المعاقين :

بما أن الآباء هم أكثر المتأثرين بوجود طفل معاق في الأسرة، وهم الذين يقومون بشكل مباشر ما إذا كانت حقوق طفلهم قد حققت أم لا، فهم قادرون على المضي قدماً نحو الدفاع عن حقوق طفلهم، وقد يكون ذلك من خلال دعم البحوث والدراسات العملية التي تختص بالمعاقين أو المشاركة في تعريف المجتمع بأهمية خدمات التربية الخاصة أو الاشتراك في جمعيات الآباء التي تدافع عن حقوق المعاقين والعمل على تحقيقها والمطالبة بتحسين واقع الخدمات المقدمة للمعاقين .

(3) مساعدة الأخصائيين :

إن بناء علاقة متبادلة بين الأخصائيين والآباء أصبحت قضية تحظى بالاهتمام، حيث أن نمو علاقة إيجابية بينهما تعني تقبل الوالدين للمشاركة مع الأخصائي لمصلحة الطفل المعاق .

فبعض أولياء أمور الأطفال المعاقين قد يكونون أعضاء فعالين في مساعدة الأخصائيين، وقد تتمثل المساعدة في التخطيط للأهداف التربوية واختيار الأساليب الأكثر ملاءمة لهم ولطفلهم، فقد تكون بعض الأهداف غير مهمة لطفلهم من وجهة نظرهم ولذلك فهم قد يشاركون في صياغة الخطوط العريضة للخطة التربوية بحيث تتضمن الأهداف ذات الأولوية .

ومن الممكن أن يساعد الآباء في إجراء تقويم مشترك لمهارات الطفل وقدراته أثناء تقديم الخدمة له، خاصة وأن سلوك الطفل في البيت قد يختلف بعض الشيء عما هو عليه في المركز. وذلك يوفر الفرص لتبادل المعلومات والأفكار بين الأخصائيين والوالدين.

(4) تدريب الطفل في المنزل:

إن تدريب الطفل في المنزل من قبل أفراد أسرته يسمح بتدريبه في بيئته الطبيعية. فهم يقومون بتدريب الطفل في المنزل على المهارات التي يحتاج إليها وبذلك يكون التدريب مستمراً صباحاً ومساءً وعلى العكس من ذلك إذا كان الطفل ملتحقاً بأحد المراكز.

إن تدريب الطفل في المنزل من قبل والديه يخفف العبء عن المعلم حيث يتحقق الهدف المراد الوصول إليه في فترة زمنية أقل وذلك لن يحدث لو كان المعلم يقوم بتدريب الطفل لوحده.

والتدريب المنزلي يدعم شعور الوالدين وخاصة الأمهات بالكفاية الذاتية وذلك من خلال ما يوفره من أفكار واقتراحات وبناءة وفعالة لتغيير سلوك الطفل وتنمية مهاراته.

خامساً - الفوائد المتوقعة من مشاركة الأسرة في تربية وتأهيل طفلها المعاق

(1) فوائد تعود على الطفل :

- 1 - الثبات في أساليب المعاملة في كل من البيت والمركز .
- 2 - زيادة فرص التعلم والنمو .
- 3 - إن الطفل يرى والديه في أدوار جديدة، ويرى أن والديه والأخصائيين يعملون معاً من أجله .

(2) فوائد تعود على أسرة الطفل :

- 1 - تفهم حاجات الطفل وأهداف المركز .
- 2 - الحصول على معلومات واضحة حول البرنامج الذي ينفذه المركز وما تستطيع الأسرة أن تفعله، ومصادر الدعم المتوفرة في المجتمع لطفلها .
- 3 - معرفة الطرق المناسبة لتعميم السلوك المكتسب من المركز إلى البيت .
- 4 - إدراك الأسرة لأهمية الدور الذي تقوم به، وتعلم سبل مساعدة المركز على تحقيق أهدافه .
- 5 - الاستفادة من خبرة الاختصاصيين وتطبيق المهارات المكتسبة في البيت .
- 6 - إن استشارة الأسرة ينجم عنها تعديل في اتجاهاتها نحو المركز ودوره .
- 7 - إن مشاركة الأسرة غالباً ما تنطوي على تقديم مقترحات مفيدة حول سبل التغلب على المشكلات اليومية الناتجة عن تربية طفل معاق .

(3) فوائد تعود على المركز:

- 1- تفهم أكبر للحاجات الكلية للطفل ولحاجات الآباء ورغباتهم .
- 2- الحصول على تغذية راجعة من الآباء فيما يتصل بتغيير سلوك الطفل والتي يمكن توظيفها لتحسين البرامج وتطويرها .
- 3- زيادة الفرص المتاحة لتعزيز سلوك الطفل المرغوب فيه في كل من المركز والبيت .
- 4- الحصول على معلومات تسهل عملية اختيار الأهداف السلوكية المهمة للطفل خارج نطاق المركز .
- 5- غالباً ما تدفع مشاركة الآباء والاختصاصيين إلى محاولة تحقيق الأهداف بطريقة فعالة .
- 6- إن مشاركة الآباء تسهل على الاختصاصيين القيام بالمهام الموكلة إليهم .
- 7- إن الآباء يزودون المؤسسات من خلال قدراتهم وميولهم الخاصة بموارد ومصادر تنفيذ البرامج المقدمة .

سادساً - عوائق مشاركة الأسر في تدريب أطفالها المعاقين

قد لا تكون العلاقة بين والدي الطفل المعاق والمهنيين إيجابية في كثير من الأحيان . ويعود ذلك إلى أسباب عديدة منها ما يتصل بالوالدين ومنها ما يتصل بالمهنيين . فكلتا الطرفين قد يتبنى اتجاهات ويستند إلى افتراضات غير واقعية . فالوالدان قد ينظران إلى المتخصصين على أنهم يعرفون كل شيء عن الطفل وإعاقته ويشعران أن ما يمكنهما معرفته محدود، ولهذا فهما قد يتشككان في معرفتهما خصوصاً إذا كان المهنيون يعتقدون عكس ذلك . كذلك قد يتطور لدى الوالدين اتجاهات ومواقف غير واقعية نحو المهنيين كالشعور بأنهم متعجرفون ، أو أن الخدمات التي يقدمونها ليست فعالة .

ومن ناحية أخرى ، فإن المهنيين قد تتطور لديهم أيضاً افتراضات واتجاهات غير واقعية . فكما تشير أدبيات التربية الخاصة ، فإن بعض المهنيين يتعاملون مع والدي الطفل المعاق على أنهما يصنعان المشكلات أو أنهما لا يكثران بطفلها .

وتعتقد فنسنت (Vincent, 1988) أن العوائق الرئيسية التي تحول دون ترجمة القناعات إلى برنامج عمل هي جملة الاعتقادات التي نحملها كأخصائيين . الاعتقاد الأول هو أن الوالدين لا يعرفان قدرات أطفالهما . ولكن ذلك ليس صحيحاً فقد بينت البحوث العلمية أن الوالدين أكثر قدرة على تقويم نمو أطفالهما من الأخصائيين .

أما الاعتقاد الثاني فهو أن الوالدين لا يستطيعان تحديد الأهداف المناسبة لأطفالهما . فالأخصائيون يعتقدون أحياناً أن الآباء يطلبون منهم تعليم أشياء لا يمكن تعليمها أو أشياء غير مناسبة للأطفال . ولعل ذلك يعكس عدم القدرة على تعليم الأطفال الأشياء التي يريد الآباء أن يعلموها لهم . إن علينا أن نعرف بمحدودية معرفتنا . والآباء يعرفون كيف يحددون الأهداف لأطفالهم . ولكن أفكارهم حول الأهداف المناسبة قد تختلف جوهرياً عن أفكارنا . فنحن نركز على تعليم مهارة ستقود إلى تعلم المهارة التالية في التسلسل النمائي ، أما الآباء فهم ينظرون إلى ما هو أبعد من ذلك .

الاعتقاد الثالث الذي يحد فعاليتنا هو القناعة بأن الآباء لا يستطيعون تعليم أبنائهم على الرغم من أن برامج كثيرة تقوم على افتراض مفاده أن الآباء هم المعلم الأول والأفضل لأبنائهم . ولكننا نتصرف على نحو مخالف لهذه القناعة .

وأما الاعتقاد الرابع الذي يشكل عائقاً فهو القناعة بأن الوالدين يريدان منا أن نحل لهما مشكلاتهما . بدلاً من ذلك ، علينا أن نركز على مساعدتهما في الحصول على الخدمات المتوفرة في المجتمع المحلي ، وأن يقابلا أسراً تواجه نفس المشكلات ، وأن نؤكد على قدرتهما على تخطي العوائق التي تعترض طريقهما . وعليه فإن واجبنا ليس حل المشكلات نيابة عن الوالدين وإنما مساعدتهما في تنفيذ الحلول التي يقترحانها وهناك أيضاً معيقات متعلقة بالأسرة ومن أهمها :

(1) الحماية الزائدة للطفل :

فخوف الأسرة على الطفل من أن يصاب بأذى قد يمنعه من المشاركة البناءة والهادفة تولد نوعاً من الاعتمادية لدى الطفل وتحد من استقلاليته .

(2) عدم الاكتراث بالطفل :

بسبب ما تعانیه الأسرة من ضغوط نفسية أو من مشاكل أسرية وبسبب عدم تقدم الطفل وعدم تطور مهاراته بسرعة وبشكل ملحوظ فقد تشعر الأسرة بالإحباط ويتطور لديها إحساس بأن هذا الطفل مهما قدمت له من خدمات فإنه لن يستفيد وكتيجة لذلك فقد يتولد شعور باللامبالاة وعدم الاكتراث ، وبالتالي ينصب الاهتمام على الأطفال الآخرين في الأسرة .

(3) الشعور بالخجل :

إن وجود طفل معاق في الأسرة يولد الشعور بالخجل لدى بعض الأسر مما يمنعها من المشاركة في الأنشطة والبرامج التدريبية المقدمة للطفل . وذلك ينجم عن الاتجاهات السلبية السائدة .

(4) البرامج :

إن بعض الأسر لا يتطور لديها إحساس بجدوى البرامج المقدمة للطفل بالرغم من كونها متعددة العناصر أو أن هذه البرامج تخصصية لا تستطيع المساهمة فيها . بالإضافة إلى ذلك ، فقد تكون طبيعة التفاعلات بين الأهل

والأخصائيين غير إيجابية وتنطوي على تحميل الأهل مسؤولية ضعف الطفل وعدم تطوره مما قد يجعل هذه التفاعلات منفرة وبحيث تصبح شيئاً غير مرغوب فيه . إضافة إلى ما سبق ، هناك بعض المعوقات المرتبطة بالأخصائيين نذكر منها :

1 - **عدم الإعداد الكافي** : في بعض الأحيان قد يكون الأخصائي غير مؤهل للتعامل مع أسر الأطفال المعاقين فهذا الموضوع لا يحظى بالاهتمام الكافي في برامج التدريب قبل الخدمة . وعدم توفر الخبرة لدى الأخصائيين قد يؤدي إلى التردد في اتخاذ القرارات مع الوالدين مما يؤدي بدوره إلى تزعزع الثقة لدى الوالدين .

2 - **التوقعات غير الواقعية** : إن الأخصائيين قد يبالغون في توقعاتهم من أولياء الأمور فيطلبون منهم القيام بأعمال وتحمل مسؤوليات لا تسمح قدراتهم أو ظروفهم بها . ومن ناحية أخرى ، فإن تدني التوقعات من الوالدين يقود إلى نفس النتائج .

وتأخذ التفاعلات غير البناءة بين الآباء والأخصائيين أشكالاً عديدة جداً نذكر منها ما يلي (الحديدي ، 1993) :

(1) الجهل المهني :

إن كثيراً من الأخصائيين في حقول العلوم الطبية والعلوم السلوكية يعطون معلومات خاطئة مثل : «سوف يتغلب الطفل على الصعوبات مع الوقت» أو «أنه لا يوجد أمل في حالة الطفل» .

(2) الإحالة دوغما توقف :

أي أن يحول الوالدان من أخصائي الى أخصائي آخر والامتناع عن مواجهة الوالدين بالحقيقة .

(3) ظاهرة الأذن الصماء :

تجاهل الأخصائيين لطلبات الوالدين ، عدم منح اعتبار للاقتراحات التي يقدمها الوالدان .

(4) العلم بكل شيء والقدرة غير المحدودة :

بالرغم من عدم معرفة الأخصائي المعرفة التامة بالطفل الا أنه يعبر عن ثقته المطلقة بصحة المعلومات وقد يبدو الأخصائي وكأنه يمتلك الحكمة لاتخاذ القرار الحاسم بشأن مصير الآخرين .

(5) الوالدان بوصفهما مرضى :

يطور في بعض الأحيان الأخصائي صورة نمطية عن الوالدين بوصفهما مضطربين انفعالياً ويعتبرهما شخصين يحتاجان إلى علاج نفسي .

(6) الوالدان بوصفهما شخصين ضعيفين :

هنالك عدم توازن يصعب تجاوزه بين الشخص الذي يقدم المساعدة والشخص الذي يتلقاها . فهناك من يفتقد الشعور باحترام الذات إذا احتاج إلى مساعدة . والآباء الذين لديهم هذا الشعور غالباً ما يشعرون بعدم الراحة عند تأدية دورهم .

(7) الوالدان والمسافة المهنية :

إن الأخصائيين الذين يعتقدون بوجود مسافة فيما بينهم وبين الوالدين يخلقون مزيداً من المشكلات . وعلى الأخصائيين أن لا يترددوا في إزالة هذه الحواجز وذلك عن طريق إيجاد الطرق التي تنسجم والأنماط والمشاعر الشخصية بغية خلق علاقة قوية .

(8) الوالدان مسؤولان عن حالة طفلهما :

غالباً ما يوجه اللوم إلى الوالدين بسبب حالة الطفل ، ومن أمثلة ذلك المشكلات الانفعالية البسيطة ، والتركيز على لوم الأهل كسبب لإعاقة الطفل أمر يزيد من المشكلات .

(9) الوالدان أشخاص أقل ذكاء وإدراكاً :

يشكو الوالدان من أن الأخصائيين لا يأخذون ما يقولونه على محمل الجد وأنهما نادراً ما يشعران بأن أفكارهما وانطباعاتهما ذات أهمية للأخصائيين .

(10) الوالدان كشخصين متسرعين وغاضبين وقلقين :

يطلق الأخصائيون تسميات على الوالدين ، وتعتمد تلك التسميات على التفسيرات الخاطئة لسلوكهما ، فالوالدان اللذان لا يوافقان على التشخيص مثلا يعتبران بأنهما يظهران النكران .

وتقدم الحديدي (1993) الاقتراحات التالية لبناء العلاقات البناءة بين الوالدين والأخصائيين :

- 1 - النظر إلى الوالدين بوصفهما عضوين مشاركين أساسيين في الفريق التربوي ، والإيمان بدور الأهل كشركاء .
- 2 - قبول الوالدين على ما هما عليه وتطوير مهارة الاستماع الفعال وتشجيع الأهل على التعبير والانفتاح ومقاومة النزعة نحو انتقاد اتجاهات الوالدين التي تتعارض مع اعتقادات الأخصائيين الشخصية ، والسماح لهما بالتعبير اللفظي عن المشاعر غير البناءة لكي يتمكننا من التعامل معها والتغلب عليها .
- 3 - اطلاع الوالدين على جميع المعلومات عن الطفل فذلك يسهل عملية أخذ القرارات .
- 4 - مساعدة وتشجيع الوالدين على تحمل مسؤولية اختيار الأهداف والغايات . ولهذا يجب أن يزود الأهل بمعلومات كافية بما في ذلك جميع البدائل التربوية الممكنة .

5 - إبقاء المصطلحات الفنية والعلمية المتخصصة ضمن الحد الأدنى ،
فالتقارير الموجهة للأهل يجب كتابتها باستخدام لغة شائعة في الحياة
اليومية .

6 - دعم وتشجيع الوالدين وهما يحاولان جاهدين التعايش مع
المشكلات التي ترافق تربية طفلهما .

7 - الاقتناع بقدرة الوالدين على إيجاد حلول للمشكلات الخاصة بهما .

8 - المحافظة على الاتصال المباشر وشكر الأهل على محاولاتهم الاتصال
أو القدوم إلى المدرسة .

9 - إشعار الوالدين بالارتياح للقائهما والتعبير عن التطلع إلى لقاءات
جديدة .

10 - إعطاء الأهل معلومات حول كيفية الاتصال بالأخصائيين حين
الحاجة .

11 - الالتزام بالموضوع ذي العلاقة عند لقاء الأهل والإصغاء جيداً لما
يقولونه .

هذا ويشير الخطيب (1992) إلى أن بناء العلاقة الفعالة مع والدي الطفل
المعاق يتطلب مراعاة قضايا عديدة من أهمها :

- 1 - إن مشكلة الطفل المعاق هي مشكلة للأسرة كلها ولذلك فإن على الاخصائيين تبني اتجاهات واقعية نحو الأسرة والتعامل بدعم وتفهم مع مشكلاتها .
- 2 - إن لكل أسرة خصائصها وحاجاتها وقدراتها . وعلى الرغم من أن هناك مبادئ عامة للتعامل مع أسر الأطفال المعاقين إلا أن التعميمات قد تنجم عنها مشكلات عديدة .
- 3 - على الأخصائيين أن يتذكروا دائماً أن الهدف الرئيسي المتوخى من علاقتهم بالأسرة هو تحسين أداء الطفل المعاق ، فذلك يطور لديهم التحمل والتفهم لظروف الأسرة .
- 4 - التعرف على هموم الأسرة من وجهة نظرها هي . فبعض العلاقات بين المهنيين والأسرة فاشلة منذ لحظة بدئها لأنها ليست موجهة نحو تلبية الحاجات الحقيقية والملحة للأسرة .
- 5 - على الأخصائيين أن يتذكروا أن والدي الطفل المعاق لديهما مسؤوليات أخرى إضافة إلى مسؤولية رعاية الطفل المعاق . فلا يطلبوا منهما ما لا طاقة لهما على تأديته .
- 6 - عدم افتراض الأخصائيين أنهم يفهمون الطفل ومشكلاته أكثر من والديه .
- 7 - على الأخصائيين أن يتذكروا أن العلاقة البناءة بينهم وبين الأسرة تعود بفوائد إيجابية لا على الطفل المعاق وأسرته فحسب وإنما عليهم أيضاً .
- 8 - مراعاة استخدام اللغة التي يستطيع الوالدان فهمها بسهولة نسبياً .

الخاتمة

استعرض هذا الفصل مبررات مشاركة الأسرة في تربية وتأهيل طفلها المعاق وبين أهمية تلك المشاركة وأشكالها الرئيسية . فهناك فوائد عديد قد تترتب على مشاركة أولياء الأمور في تخطيط وتنفيذ البرامج التربوية الخاصة وإن تلك الفوائد تعود على الطفل المعاق أولاً وعلى الأسرة والمركز ثانياً . فالآباء يساعدون في نقل أثر التعلم من المركز إلى المنزل وهم عوامل تعزيز طبيعية لأطفالهم . علاوة على ذلك ، فإن للآباء حقاً في المشاركة وضمن التوافق بين البرامج المقدمة لأطفالهم وقيمهم الشخصية .

وفي الجزء الأخير ، تطرق الفصل إلى أهم المتغيرات والعوامل التي قد تحول دون مشاركة الأسرة بشكل فاعل في البرامج والخدمات التربوية والخاصة . وتلك المتغيرات والعوامل ترتبط أساساً بجمللة من الافتراضات والاتجاهات التي قد يتبناها كل من الأخصائيين وأولياء الأمور . وقد اقترح الفصل طرقاً واستراتيجيات متنوعة للتغلب على الأثر السلبي لتلك الافتراضات غير البناءة .

قائمة المراجع

- 1 - الحديدي (منى): تنمية العلاقة بين المدرسة والآباء . ورقة عمل مقدمة الى وكالة الغوث الدولية . الأردن ، 1993 .
- 2 - الحديدي (منى)، الخطيب (جمال): الخدمات المبكرة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، تفاعلات متبادلة لدعم الأسرة . مدينة الشارقة للخدمات الانسانية . الامارات العربية المتحدة، 1993 .
- 3 - الخطيب (جمال) وزملاؤه : إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، قراءات حديثة . عمان ، دار حنين للنشر ، 1992 .
- 4 - Turnbull, A. & Turnbull, H. Parents speak out. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill. (1978).
- 5 - Vincent, L:What we have learned from families.Osers, 1(4),3 1988

تدريب الأسر على رعاية أطفالها المعاقين

إعداد

الأستاذة أمينة راشد

الدكتور جمال محمد الفطيب

الأستاذة منى عبد الكريم

الأستاذة غانم البساطي

مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية

دولة الإمارات العربية المتحدة

الصفحة
من - إلى

195	.....	مقدمة:
197 - 196	.....	أولاً : مبررات تدريب أفراد الأسرة
203 - 198	.....	ثانياً : تصميم وتنفيذ وتقييم البرامج التدريبية
207 - 204	.....	ثالثاً : طرق تدريب الوالدين
210 - 208	.....	رابعاً : نموذج مقترح لتدريب الوالدين
220 - 211	.....	خامساً : نماذج ومشاريع تطبيقية
221	.....	قائمة المراجع:

مقدمة

يعتبر تدريب أسر الأطفال المعاقين من أهم الوظائف التي يجب أن يقوم بها العاملون في مجال التربية الخاصة . فأسرة الطفل المعاق ليست بحاجة للإرشاد والدعم فقط بل هي تستطيع أن تقوم بأدوار مؤثرة على صعيد تدريب الطفل وتعليمه . وقد أدرك العاملون في ميدان التربية الخاصة هذه الحقيقة مما حدا بهم إلى تصميم وتنفيذ البرامج التدريبية بغية مساعدة أفراد الأسرة على القيام بالأدوار المتوقعة منهم .

أولاً - مبررات تدريب أفراد الأسرة

لقد تغيرت نظرة العاملين في مجال التربية الخاصة إلى آباء وأمهات الأطفال المعاقين في السنوات القليلة الماضية . فلم يعد العاملون في هذا المجال يعاملون الأهل بوصفهم ضعفاء بحاجة إلى التوجيه والإرشاد ولكنهم أصبحوا يتعاملون معهم بوصفهم قادرين على تقديم الشيء الكثير وأنهم يلعبون دوراً بالغ الأهمية في التأثير على النمو الكلي للطفل المعاق . وبذلك انبثقت برامج تدريب أفراد الأسرة بوجه عام والوالدين بوجه خاص . ويلخص الخطيب (1992) مبررات تدريب والدي الطفل المعاق كما يلي :

(1) لقد اتجهت دول عديدة مؤخراً نحو سن تشريعات وقوانين تجعل تدريب أسرة الطفل المعاق أمراً إلزامياً .

(2) إن تدريب أسرة الطفل المعاق يعود بفوائد جمة على الطفل المعاق بوجه خاص وعلى معلميه وأسرته بوجه عام .

(3) إن الأسر بوجه عام لا تتمتع بالمهارات اللازمة لتعليم وتدريب الطفل المعاق . فهذا الطفل له حاجات خاصة معقدة ومتنوعة . والتدريب ضروري لتغيير أنماط تفاعل الأسرة مع طفلها المعاق وتوقعاتها منه واتجاهاتها نحوه .

(4) يحتاج أولياء أمور الأطفال المعاقين إلى تبادل المعلومات والخبرات حول المحاولة الناجحة وغير الناجحة لضبط سلوك الطفل في المنزل .
والبرامج التدريبية توفر الفرص المناسبة لمثل هذه الخبرات .

(5) توفر البرامج التدريبية الفرص لأولياء أمور الأطفال المعاقين للتعرف على الأخصائيين الذين يقومون على رعاية طفلهم المعاق وعلى أولياء الأمور الآخرين الذين لديهم أطفال معاقون .

كل هذا دفع بالعاملين في ميدان التربية الخاصة إلى تخطيط وتنفيذ برامج التدريب المنظمة والهادفة لمساعدة الأسر على القيام بأدوار متنوعة في العملية التربوية الخاصة . وينبغي الإشارة هنا إلى أن الآباء أصبحوا في دول كثيرة أعضاء فاعلين في لجان البرامج التربوية الفردية . وعلى أي حال ، فإن مشاركة الأسرة في البرامج والخدمات المقدمة لطفلها المعاق لم تكن محصلة لإدراك الأخصائيين لأهمية دور الأسرة ولكنها كانت إلى حد بعيد محصلة لجهود الأسر نفسها ونتيجة للضغوط التي مارستها للدفاع عن حقوقها وحقوق أطفالها المعاقين .

ثانياً - تصميم وتنفيذ وتقييم البرامج التدريبية

(1) تقييم الحاجات إلى التدريب :

لقد أدركت المؤسسات والمراكز المعنية بتربية الطفل المعاق مؤخراً أهمية دور الآباء فعمدت إلى تخطيط وتنفيذ برامج تدريبية من شأنها مساعدة الوالدين على القيام بتدريب طفلهما المعاق على المهارات التي هو بحاجة لها، ويجب أن تستند الخدمات التدريبية إلى تقييم موضوعي لحاجات الآباء الحقيقية، ويمكن تصنيف الحاجات الأسرية إلى :

- 1 - حاجات وقضايا ومشاكل تتعلق بالطفل المعاق .
- 2 - حاجات تتعلق بالعائلة (قضايا عائلية) .
- 3 - قضايا عامة لها علاقة بتفاعلات العائلة مع المجتمع المحيط (الطبيب - المدرسة - الأخوة - الجيران) .

1 - حاجات وقضايا ومشاكل تتعلق بالطفل المعاق :

- أ - حاجات الطفل الناتجة عن الإعاقة (تعديل السلوك - قضايا تتعلق بالعناية بالذات) .
- ب - قضايا تتعلق بالمركز الذي من المتوقع أن يدخله الطفل المعاق .
- ج - قضايا تتعلق بالصحة العامة للطفل ونموه الجسمي العام .

- د - المشكلات السلوكية والنفسية العامة فهي كثيرة الحدوث لدى الأطفال المعاقين .
- هـ - قضايا تتعلق بمستوى نمو اللغة ومهارات التواصل .

2 - حاجات تتعلق بالعائلة (قضايا عائلية) :

- أ - قضايا تتعلق بالعلاقات بين الوالدين والحياة الأسرية بوجه عام .
- ب - قضايا تتعلق بالأخوة فأحياناً يكون الطفل المعاق بمثابة مصدر لمشكلات مختلفة بالنسبة لهم .
- ج - قضايا تتعلق بإساءة معاملة الطفل المعاق .

3 - قضايا عامة لها علاقة بتفاعلات العائلة مع المجتمع المحيط :

- أ - طلب الاستشارة من الأخصائيين ذوي العلاقة .
- ب - التعرف على الأوضاع التدريبية والتعليمية المتاحة للأفراد المعاقين في المجتمع المحلي .

(2) التخطيط لبرنامج تدريب الوالدين :

هناك عدة نقاط يجب النظر إليها قبل التخطيط لبرنامج تدريب الوالدين وهي :

- 1 - تحديد الحاجات التعليمية والإرشادية للوالدين .

2 - اختيار الأهداف وتوظيف الوسائل التعليمية وتصميم النشاطات ،
فيجب أن نختار الأهداف المناسبة والواقعية للتدريب ونختار الوسائل
التعليمية والتوضيحية اللازمة لتحقيق هذه الأهداف .

3 - تبني أسلوب عملي يستند إلى منحى نظري واضح له ما يبرره .

4 - تحديد أنواع التعزيز وطريقة تقديمها .

5 - إتاحة الفرص الكافية للتفاعل بين الآباء على نحو مفيد .

6 - توفير فرص المتابعة اللازمة بعد إكمال البرنامج (عن طريق الزيارات
المنزلية مثلاً) .

7 - توفير وإيجاد بدائل وطرق تدريبية أخرى إذا فشلت الأساليب التي
اختيرت .

(3) خطوات نجاح برامج تدريب الوالدين :

لابد من إتباع عدة خطوات عند تصميم برامج تدريب الوالدين وذلك
لضمان نجاحها وهي :

1 - الإعلان عن البرنامج التدريبي والأهداف المرجوة منه ، قبل البدء
بالبرنامج بوقت كاف .

2 - توفير الخدمات التي يمكن أن تساعد على اشتراك الوالدين في البرنامج (توفير المواصلات إن أمكن).

3 - مراعاة مواعيد اللقاء وتمثل فيما يلي :

أ - عمل استفتاء : لاختيار الموعد المناسب لأولياء الأمور، عن طريق مشرفي البرنامج، والاستفتاء يتضمن تحديد المواعيد بما يتناسب وظروف عمل الوالدين.

ب - مدة اللقاء : حيث يراعى في تحديد المدة، الظروف الخاصة للأسر، وإمكانية التطرق في اللقاء إلى أمور وموضوعات غير المخطط لها، وتحدد المدة بناء على عدد الحضور أو المشاركين.

ج - عدد اللقاءات : ويجب أن يكون عددها ذا ارتباط بحاجات الأسر.

د - مكان اللقاء : ويجب تحديد المكان الذي يستطيع الوالدان الوصول إليه بسهولة وغالبا ما يكون المكان المناسب هو المركز، ليس فقط للوالدين ولكن أيضا للمنظمين للبرامج لتوفر الوسائل المعينة للجلسة كالوسائل البصرية من تلفاز وفيديو، ووسائل سمعية (مسجلات) وبعض الأدوات والمواد التعليمية.

هـ - عدد المشاركين : ويجب أن يكون عدد المشاركين في البرنامج التدريبي قليلاً حتى تعم الفائدة على الجميع.

(4) خطوات تنفيذ البرامج التدريبية للوالدين :

عند البدء بتنفيذ هذه البرامج يجب التأكيد على النقاط التالية :

1 - تحديد أهداف واقعية :

في بداية تطبيق البرنامج يجب تحديد أهداف قابلة للتحقيق حيث أن هذا يعطي الوالدين شعوراً بالإنجاز ويؤكد لهما أنهما قادران على المساهمة في النشاطات التربوية . أما محاولة تحقيق أهداف من الصعب تحقيقها في فترة زمنية وجيزة فهي تؤدي إلى الشعور بالإحباط والفشل وتصبح الرغبة في الاستمرار في التدريب متدنية .

2 - توضيح الإجراءات اللازمة للوالدين :

يجب أن يوضح المدرب للوالدين ماذا يفعلان وكيف يفعلان المهارات المطلوبة .

3 - إتاحة الفرص للوالدين لممارسة المهارة :

يجب أن يوفر البرنامج فرصة القيام بالنشاطات والإجراءات السلوكية التي يوضحها المدرب ، فهذا يدعم الثقة بالذات لدى الوالدين ، ويتيح الفرصة للمدرب لتصويب الأخطاء في وقت حدوثها .

4 - تعزيز الوالدين :

إن التعزيز مهم في برامج تدريب الوالدين ، حيث يدعم الأفعال الصحيحة لهما والتعزيز قد يكون لفظياً (بالثناء والمدح) أو غير لفظي .

5 - مراعاة الفروق الفردية :

يجب أن تتم مراعاة الفروق الفردية في تدريب الوالدين فكل أب و أم له خصائصه التي تميزه عن غيره، ولهذا يجب الحرص على تعديل الطريقة المستخدمة تبعاً للخصائص الفردية للآباء .

6 - مشاركة الوالدين في التخطيط :

يجب أن يشارك الوالدان في تخطيط الأهداف والنشاطات حيث أن هذا يزيد من الدافعية عندهما لتنفيذ البرنامج .

7 - تقييم فاعلية التدريب :

ويمكن تقييم فاعلية التدريب من خلال :

- أ - حصر عدد الآباء الذين اشتركوا في البرنامج، والآباء الذين استمروا في الجلسات التدريبية المختلفة .
- ب - ملاحظة مدى تقدم الطفل في مجالات النمو المختلفة بعد تدريب الوالدين .
- ج - استخدام الاستبيانات والاختبارات والتي نتعرف من خلالها على التغيير في أداء الآباء الذين شاركوا في البرنامج التدريبي .
- د - تقييم مدى مشاركة الآباء في فعاليات البرنامج التدريبي .
- هـ - استخدام الاستبيانات بهدف الحصول على تغذية راجعة من الآباء حول الفوائد التي جنوها من البرنامج ووضع تصورات للبرامج التدريبية المستقبلية .

ثالثاً - طرق تدريب الوالدين

(1) النمذجة (Modeling):

طريقة النمذجة من أكثر الطرق فاعلية، وهي تحتاج إلى الملاحظة والتقليد. وتدريب الوالدين عن طريق النمذجة يتم بقيام المدرب والوالدين بالخطوات التالية:

1 - يبدأ المدرب بتوضيح كيفية أداء المهارة مع الطفل المعاق، أي يوضح ما سيفعل ثم يقوم بعمل المهارة كاملة أمام الوالدين موظفاً التعليقات والتعليمات اللفظية وغير اللفظية اللازمة.

2 - يطلب من أحد الوالدين القيام بالنشاط والمدرّب يراقب ويلاحظ، من أجل الثناء والتعزيز على الأفعال الصحيحة.

3 - يطلب من الوالدين ممارسة النشاط عدة مرات حتى يتأكد من اتقانها للنشاط.

4 - يقوم المدرب والوالدان بتقييم أداء الطفل المعاق.

(2) لعب الأدوار (Role Playing):

عند تدريب الوالدين على مهارات جديدة أو أسلوب جديد في التعامل، أو عندما نريد تحديد مهارة تتناسب وخصائص الوالدين، أو معرفة المكونات الانفعالية للموقف نستخدم أسلوب لعب الأدوار. وفي هذا الأسلوب نتبع الخطوات التالية:

- 1 - نوضح للوالدين الدور الذي سيقومان به أو سيلعبانه.
- 2 - يقلد أحد الوالدين المدرب في أدائه.
- 3 - يقوم أحد الوالدين بلعب الدور.
- 4 - نطلب من الوالدين تحليل أدائهما ذاتياً للتعرف على مواطن الضعف والقوة فيه.
- 5 - يقوم المدرب بإعطاء الوالدين التغذية الراجعة والتوجيه البناء.

(3) الملاحظة (Observation):

تعتبر الملاحظة من الأساليب الفعالة لتدريب الآباء. وتتضمن الملاحظة الطلب من الآباء المتدربين مراقبة المعلمين والأخصائيين الآخرين أثناء تدريب ومعالجة الطفل المعاق.

ويشمل تدريب الوالدين على ملاحظة الخطوات الأساسية التالية :

1 - يطلب من الوالدين ملاحظة سلوك طفل آخر غير طفلها حيث أنه إذا كان ابنتها هو الملاحظ فإنه سيكون هنالك تمييز .

2 - يجب أن تقتصر الملاحظة في البداية على سلوك واحد، وأن تستغرق فترة زمنية قصيرة ويجب اختيار سلوك واضح للملاحظة .

3 - يطلب من الوالدين تسجيل عدد مرات حدوث السلوك المراد ملاحظته لدى الطفل أو مدة حدوثه .

4 - يجب أن يقوم الوالدان بالملاحظة جنباً إلى جنب مع معلم الصف في البداية لكي يتم تحديد مدى صحة ودقة البيانات .

(4) الممارسة السلوكية (Behavioral Rehearsal):

تتطلب هذه الطريقة تطبيق أساليب سلوكية معينة تحت إشراف الأخصائيين قبل أن يستخدمها الوالدان مع طفلها إذ يجب أن تطبق الممارسة في جو تجريبي في بادئ الأمر . وفي بعض الأحيان تكون الممارسة السلوكية تخيلية .

(5) التدريب الفردي الخاص (Coaching):

ويتضمن تقديم التدريبات اللازمة للوالدين بدقة ووضوح عن طريق التعليمات اللفظية والمكتوبة والوسائل السمعية والبصرية ووسائل التعليم المبرمج، ويجب أن يعطى الوالدان في هذا التدريب التغذية الراجعة السريعة وأن يوفر لهما التعزيز المناسب.

(6) المحاضرات (Lectures):

ويمكن استخدام المحاضرات لتعريف الآباء بالعديد من المبادئ والأساليب والمفاهيم المتعلقة بالإعاقة وأثرها على النمو وبسبل تدعيم الاستجابات المناسبة وخفض المظاهر السلوكية غير المرغوب فيها.

(7) الأفلام (Movies):

كذلك يمكن أن يتم تدريب الوالدين عن طريق عرض أفلام تسجيلية تعرض بعض المهارات التي يقوم بها مهنيون في تفاعلاتهم مع الأطفال المعاقين.

رابعاً - نموذج مقترح لتدريب الوالدين

إن تدريب والدي الطفل المعاق على استخدام أساليب تعديل سلوك أبنائهم مهمة معقدة تتطلب بذل جهود مكثفة وهادفة . فهذه المهمة تتضمن تحليل المشكلة السلوكية واختيار الأهداف السلوكية المناسبة والنشاطات التدريبية التي من شأنها مساعدة الوالدين على تحقيق تلك الأهداف والتحقق تجريبياً من ذلك وفي هذا الجزء من الفصل نقدم نموذجاً مقترحاً لتدريب والدي الطفل المعاق يتصف بكونه عملياً وواقعياً (الخطيب ، 1992).

(1) الخطوة الأولى - تحديد السلوك المشكل :

تتمثل الخطوة الأولى في نموذج التدريب هذا بتحديد وتعريف جميع المشكلات السلوكية لدى الطفل المعاق من وجهة نظر الوالدين . وبعد ذلك يرتب الوالدان تلك المشكلات حسب الأولوية . كذلك يعدد الوالدان الأنماط السلوكية التكيفية والإيجابية التي يظهرها الطفل . فمن الضروري أن لا تقتصر برامج التدريب على العجز السلوكي الموجود لدى الطفل لمعالجته وإنما يجب التعرف على مواطن القوة في أدائه من أجل تدعيمها .

(2) الخطوة الثانية - تحديد الظروف المتصلة بالسلوك :

تشمل الخطوة الثانية تحديد الأوضاع البيئية التي يحدث فيها السلوك عادة . وعلى وجه التحديد، يجب تحديد المواقف والأوقات التي يحدث فيها السلوك المشكل وتحديد الأشخاص والمتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة به . وليس من شك في أن هذه العملية قد تمكن الوالدين من معرفة الأسباب المحتملة للسلوك المشكل .

(3) الخطوة الثالثة - تحديد المتغيرات المسؤولة عن استمرارية حدوث السلوك:

تتمثل الخطوة الثالثة بالتعرف على العوامل التي يبدو أنها تعمل على استمرارية حدوث السلوك المشكل . وتلك المتغيرات قد تشمل استجابات الوالدين وأفراد الأسرة الآخرين وردود فعلهم لسلوك الطفل . وهذا التحليل الوظيفي يساعد على إبراز العوامل التي ينبغي مراعاتها عند محاولة تعديل سلوك الطفل المعاق .

(4) الخطوة الرابعة - ملاحظة السلوك المشكل :

أما الخطوة الرابعة في هذا النموذج فتتضمن تدريب الوالدين على ملاحظة وتسجيل السلوك المشكل . فمن الضروري أن يتدرب الوالدان على استخدام أساليب الملاحظة المباشرة بطريقة صحيحة . وينبغي مساعدتهما على تطبيق تلك الأساليب لتقييم السلوك المشكل في البيت من حيث مدة حدوثه أو تكراره أو شدته . كذلك يجب تدريب الوالدين على استخدام الطرق المناسبة للتحقق من صحة البيانات وإجراء التعديلات اللازمة على إجراءات الملاحظة والتسجيل بناء على التغذية الراجعة التي يقدمها الوالدان .

(5) الخطوة الخامسة - تسجيل البيانات :

بعد ذلك يجب تدريب الوالدين على كيفية استخدام الرسومات البيانية لتسجيل البيانات حول السلوك المشكل . ويجب أن يتضمن ذلك توضيح مستوى حدوث السلوك بعد تسجيل الملاحظات اليومية المتعلقة بالسلوك

المشكل على الرسم البياني وتدريب الوالدين على تحليل البيانات وتحديد مسارها والتباين فيها والتغيرات التي تطرأ عليها في المراحل المختلفة .

(6) الخطوة السادسة - اختيار أساليب تعديل السلوك المناسبة :

تتضمن هذه الخطوة مساعدة والدي الطفل المعاق على اختيار أساليب تعديل السلوك تبعاً لطبيعة المشكلة السلوكية التي يعاني منها الطفل . وبشكل عام يجب أن تكون الأساليب عملية وإيجابية وبسيطة نسبياً . كذلك ينبغي تحديد معايير مناسبة للحكم على التغيير في أداء الطفل وتدريب الوالدين على تطبيق أساليب تعديل السلوك في البيت على نحو ثابت ومنظم ومباشر .

(7) الخطوة السابعة - تحليل البيانات :

أما هذه الخطوة فهي تتعلق بإيضاح طرق تحليل البيانات حيث يتم تدريب الوالدين على الحكم على البيانات في ضوء المعايير التي تم تحديدها مسبقاً . ويتضمن هذا التحليل تفحص الرسومات البيانية أو الجداول للتعرف على مدى التغيرات التي طرأت على مستوى حدوث السلوك المشكل .

(8) الخطوة الثامنة - إجراء التعديلات اللازمة :

وأخيراً فإن على برامج التدريب المقدمة لوالدي الطفل المعاق أن توضح الظروف التي يجب أن يتم فيها إجراء تعديلات على أساليب تعديل السلوك المستخدمة . وتتضمن هذه الخطوة أيضاً اقتراح جدول زمني محدد لمتابعة سلوك الطفل بعد التوقف عن تنفيذ برنامج التعديل وتشجيع الوالدين على استخدام النموذج ذاته لمعالجة المشكلات السلوكية الأخرى التي يعاني منها الطفل .

خامساً - نماذج ومشاريع تطبيقية

بعد أن عرضنا أهمية تدريب الأسرة ومشاركتها في تنفيذ البرامج وحيث أننا أوضحنا من خلال ما عرضناه الطرق والاستراتيجيات التي يمكن استخدامها لتحديد حاجات التدريب وإعداد البرامج اللازمة لهذا التدريب ، نعرض فيما يلي بعض التجارب والمشاريع التي تم تطويرها خليجياً وعربياً وعالمياً، وذلك للاستفادة منها من جهة، وللتعرف عن كثر على مضمون وأسلوب مثل هذه المشاريع من جهة أخرى .

(1) على الصعيد الخليجي :

مركز التدخل المبكر - مدينة الشارقة للخدمات الانسانية :

أنشئ المركز بتعاون مشترك بين مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية وكل من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة اليونيسيف ومنظمة اليونيسكو . وقد باشر عمله في عام 1993م بتقديم الخدمات للأطفال الذين يعانون من صعوبات أو إعاقات حسية أو عقلية أو جسمية أو سلوكية والأطفال الذين هم عرضة للمعاناة من إعاقة ما ، سواء لأسباب بيولوجية أو بيئية .

1 - فلسفة المركز العامة :

تتمثل فلسفة مركز التدخل المبكر بالنظر إلى مرحلة الطفولة المبكرة بوصفها مرحلة حاسمة في حياة الإنسان . فهذه المرحلة العمرية تزخر بفترات النمو الحرجة ذات العلاقة بالنمو الإنساني على الصعيد اللغوي

والمعرفي والنفسي الحركي والانفعالي الاجتماعي . ولما كان الأمر كذلك فإن الأطفال في هذه المرحلة الحساسة نمائياً بحاجة ماسة إلى الحصول على الخدمات التي من شأنها تجنبهم عوامل الخطر العضوية والبيئية إذا أمكن ، وتزويدهم بالخبرات التعليمية في أبكر وقت ممكن لكي تتطور قدراتهم ويتحسن أداؤهم .

وتنطوي فلسفة المركز أيضاً على ترجمة مفهوم التدخل المبكر إلى عملية ثنائية تتضمن الوقاية من الإعاقة من جهة وبذل الجهود العلاجية والتربوية - النفسية للحيلولة دون تطور حالة الضعف إلى إعاقة أو تحوّل حالة الإعاقة إلى عجز . ولأن الإعاقة لدى أحد أفراد الأسرة غالباً ما تولد ضغوطاً مختلفة وتترك تأثيرات سلبية على أفراد الأسرة الآخرين وبخاصة الوالدين ، فإن فلسفة المركز الثابتة هي عدم الاكتفاء بتفهم الحاجات الفردية للطفل والعمل على تلبيتها وإنما تحديد حاجات الأسرة وطبيعة ظروفها والضغوط التي تتعرض لها للعمل على تلبيتها أيضاً .

أما على صعيد البرمجة التربوية ، فإن خدمات المركز تقوم على افتراض مفاده أن تلبية الحاجات الفردية للأطفال تتطلب :

أ - تبني نظرة إيجابية نحو الطفل وتطوير فهم واقعي لل صعوبات التي يعاني منها والقيود التي تفرضها الإعاقة على نموه وتعلمه .

ب - اتباع منحى إنساني إيجابي في ضبط سلوك الطفل وتعديله يملؤه الدفء والحنان ولكنه يخلو من الحماية الزائدة وعدم الثبات في المعاملة . وما من شك في أن هذا المنحى يتضمن توظيف مبادئ التعزيز الإيجابي والتشكيل والنمذجة وما إلى ذلك .

وبما أن الأطفال بطبيعتهم يحبون استكشاف البيئة ويتعلمون باللعب، فإن فلسفة المركز تتمثل بتوفير الفرص والخبرات التعليمية المتنوعة عبر محطات أو مراكز تعليمية تحث الأطفال على النمو والاستقلالية وتشبع حاجاتهم إلى الاستطلاع والتفاعل وتراعي سلامتهم وشعورهم بالأمن والتقبل.

2- أهداف ووسائل المركز:

أ - تنفيذ البرامج الوقائية للحد من الإعاقة في المجتمع المحلي، وذلك من خلال حملات التوعية عبر وسائل الإعلام المختلفة، والنشرات التثقيفية، وشبكة معلومات ودعم محلية.

ب - الكشف المبكر عن حالات الإعاقة أو عن الحالات التي يتوقع لها أن تتطور إلى إعاقة وذلك بإجراء الفحوصات الطبية السريعة على نطاق واسع وإنشاء وحدة قياس متطورة تحتوي على الاختبارات النمائية والمقاييس التطورية المناسبة للبيئة المحلية.

ج - تقديم التدخل العلاجي والتربوي - النفسي المباشر للأطفال المعوقين والمتأخرين نمواً وذلك تبعاً لاستراتيجية شمولية متعددة التخصصات تشمل التربية الخاصة المبكرة، والطب، والإرشاد، وعلم النفس، الخدمة الاجتماعية، والعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والعلاج النطقي.

د - إعداد وتنفيذ الدورات التدريبية للكوادر المحلية والخليجية على صعيد العمل مع الأطفال المعوقين الصغار في السن وذلك من خلال ورشات عمل ودورات منظمة يشارك فيها مهنيون ذوو خبرة واسعة .

هـ - تدريب والديّ الطفل المعوق وتوجيههما إلى السبل الصحيحة للتعامل مع طفلهما وتقديم الخدمات الارشادية لهما لمساعدتهما في التغلب على الضغوط الناجمة عن الإعاقة وذلك وفقاً لاستراتيجيات متكاملة تشمل توفير الإرشاد الفردي والجمعي والنشرات التثقيفية والأدوات التدريبية والزيارات المنزلية .

و - إقامة مركز معلومات ومكتبة علمية متخصصة في مجال الوقاية من الإعاقة والتدخل المبكر وذلك بتوفير الدوريات والمراجع العلمية، وإجراء الدراسات الميدانية، وتطوير المناهج، وتبادل المعلومات مع المراكز ذات العلاقة .

ز - خدمة المجتمع المحلي بوجه عام والأسر ورياض الأطفال والمدارس ومراكز تنمية الطفولة بوجه خاص، وذلك من خلال تقديم الخدمات الاستشارية والمحاضرات وورشات العمل وفتح قنوات التواصل مع المهنيين ذوي العلاقة .

3 - خدمات المركز :

يقدم المركز خدمات نهائية متنوعة للأطفال المعوقين الصغار في السن ولأسرهم أيضاً وذلك إما في المركز أو في المنزل . وتتحدد طبيعة الخدمات

اللازمة للطفل في ضوء دراسة حالة الطفل حيث يتم تحديد مدى حاجة الطفل وأسرته إلى التدخل . وعلى وجه التحديد، تتضمن الخدمات التي يقدمها المركز:

التعليم الصفي - العلاج الطبيعي - العلاج الوظيفي - العلاج النطقي - الإشراف الطبي - القياس السمعي - الإرشاد الاسري - التربية الترويحية وفرص الدمج الاجتماعي .

(2) على الصعيد العربي:

1 - المجلس العربي للطفولة والتنمية:

تبنى المجلس مشروع البرنامج المنزلي لتدريب أمهات الأطفال المعوقين منذ عام 1992م وذلك بعد نجاح تطبيقه في غزة ومصر ولبنان والسعودية - وإلى الآن العمل جارٍ به .

والمشروع عبارة عن برنامج تعليمي للتدخل المبكر من أجل تثقيف أمهات الأطفال المعاقين منذ الميلاد وحتى (9) سنوات، وذلك عن طريق فريق فني متخصص يتولى مسؤولية التدريب والإعداد العلمي والفني التطبيقي للامهات . ويقوم المشروع بتدريب الأم على كيفية تعليم طفلها والتعامل معه وبما يؤهلها لتكون المدرسة الحقيقية لطفلها المعاق، وذلك خلال زيارة منزلية أسبوعية لمدة ساعة وربع . ويخدم البرنامج كافة الأطفال من ذوي مختلف أنواع الإعاقات المعروفة: العقلية، والجسمية، واضطرابات الكلام والنطق، ومتعددي الإعاقات وغيرها .

وتتمثل أهداف المشروع فيما يلي:

- أ - تقديم برنامج التأهيل المبكر داخل بيئة الطفل المألوفة (المنزل).
- ب - الاكتشاف المبكر للإعاقة وذلك من خلال إجراء التقييم للأطفال ممن يعانون من مشاكل النمو وإدراجهم ضمن برنامج التدخل المبكر في أصغر سن ممكنة.
- ج - الإشراف المباشر للأهل المباشر في العملية التدريبية والتعليمية لطفلهم المعوق وهي إحدى الوسائل الفعالة للتأثير على الطفل وتزويده بالمهارات التي ستساعده على التكيف في حياته اليومية.
- د - تزويد الأم بالتدريب المستمر فيما يتعلق بالوسائل الضرورية لرعاية طفلها المعوق.
- هـ - تقديم مناهج تتلائم والثقافة المحلية متضمنة مواضيع في التعليم الخاص إضافة إلى المؤثرات الحسية والجسمية والعناية بالنفس.
- و - تطبيق الخطوات العملية للبرنامج دون إرباك تربيته الحياة اليومية للأسرة.
- ز - تحديد نقاط الضعف والقوة لدى الطفل المعوق بهدف تصميم برنامج خاص به مبنياً على المعرفة الحالية لقدراته بالتعاون مع الأم.
- ح - استخدام منهج متسلسل من حيث التطور ويستخدم كأداة للتعليم.

ط - استخدام دليل لمعالجة مشاكل النطق لدى الأطفال .

كما يمكن حصر الفئات الأساسية التي تستفيد من البرنامج في :

أ - الأطفال من الولادة الى سن التاسعة .

ب - أهالي الأطفال واقربائهم والأهالي في الحي نفسه .

ج - العاملون في مؤسسات وجمعيات المعوقين .

ومن أهم مواصفات المشروع الهامة هي :

أ - أن البرنامج مجاني ويخدم كافة الاسر من جميع المستويات الاقتصادية .

ب - الوصول إلى الأطفال المعوقين صغار السن في مختلف أماكن سكنهم مهما بعدت وإضافة إلى أن المدرسة المنزلية الواحدة تستطيع تقديم الخدمة إلى (15) عائلة أسبوعياً . لذلك كلما زاد عدد المدراسات في البرنامج زادت عدد الأسر المستفيدة من المشروع والتي لا يتوفر لها أي نموذج من الخدمة ، وذلك إما بسبب بعد مناطق السكن أو صغر سن الطفل أو عدم ملاءمة البرامج المقدمة في المؤسسة لإعاقة الطفل ، وأهم من ذلك كله عدم قدرة المؤسسات على استيعاب جميع الاطفال المعوقين إلى جانب عدم استطاعة أهالي الأطفال خاصة الفقراء منهم على دفع التكاليف الباهظة التي تتطلبها المراكز والمؤسسات الخاصة .

ج - أن هذا البرنامج يستثمر أيضاً في تكوين العامل البشري المدرب والمؤهل، فالعاملات في البرنامج لا يستلزم أن تكن حاصلات على شهادات جامعية عليا، ويمكن للحاصلات على شهادات متوسطة الالتحاق بالدورة التدريبية والنجاح فيها. وقد أثبتت التجربة أن اختيار مدرسات من نفس البيئة التي يتم العمل بها يزيد من التفاهم ما بين العائلات التي تتلقى الخدمة وطاقم البرنامج، مما يؤدي بالتالي إلى نجاح وزيادة الثقة المتبادلة ما بين الطرفين.

2- مركز تشخيص وتقييم الإعاقات - الأردن :

أسس هذا المركز سنة 1983 حيث كان يتبع لوزارة التنمية الاجتماعية، وكان يضم وحدة للإرشاد الأسري وتدريب الأمهات وكان التركيز الأساسي فيه على برامج تدريب أمهات الأطفال المعاقين الذين على لوائح الانتظار، وفلسفة هذا البرنامج تقوم على أساس أنه بدلاً من انتظار فرصة لأخذ الرعاية في أحد المراكز فإن الأم وأفراد الأسرة بإمكانهم المساهمة في تدريب هذا الطفل على بعض المهارات الأساسية، وذلك خلال وجوده بالمنزل. وأسلوب التدريب كان يقوم على أساس أن تحضر الأم مع ابنها يوماً أو يومين في الأسبوع إلى المركز وتلقى تدريباً وإرشاداً على كيفية العمل مع ابنها ثم تقوم إحدى المعلمات أو الأخصائيات بزيارة المنزل بشكل دوري لإجراء تقييم لسلوك الطفل وملاحظة التطور وإرشاد أفراد الأسرة.

توجد أيضاً نماذج مشابهة لمشاريع إرشاد أسري مماثل في مصر ولبنان وتونس.

(3) على الصعيد العالمي :

1 - المركز النموذجي للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة : (Model Preschool Center For Handicapped Children)

يتبع هذا المركز جامعة واشنطن، ويهتم بتدريب الأهالي وخاصة الآباء على عمليات ملاحظة أبنائهم، والقيام بدور المعلمين المساعدين بالمنزل.

2 - مشروع بورتيج (Portage Project) :

هذا المشروع من مشاريع التدخل المبكر وينفذ في ولاية ويسكونسن الأمريكية، وفلسفة هذا المشروع تبنى على قيام الوالدين بتعليم طفلهما عدداً من المهارات يتم التخطيط لها بالتنسيق مع المعلمين حيث يقوم الأخصائيون بتدريب الأهل على كيفية استخدام الوسائل التعليمية والطرق اللازمة لتدريب أبنائهم. (يستخدم هذا المشروع في مركز التدخل المبكر بالشارقة حالياً لتجربته وتعريبه).

3 - مجموعة من البرامج :

ويديرها الأهالي والمعاقون والتي يتم إعدادها وتطويرها في عدد من البلدان النامية مثل : المكسيك، ونيكاراغوا، وبنغلادش، وباكستان، وتايلند. وفلسفة هذه البرامج مساعدة المعاقين وذويهم على تطوير مشاريع صغيرة بشكل ذاتي بعد تدريبهم، ثم يقوم الأهالي بإدارة هذه المشاريع وتدريب أبنائهم المعاقين على مهارات عديدة حسب الإعاقة والحاجات.

وتتحول هذه المشاريع إلى مشاريع ذات إنتاجية وتنسجم مع فلسفة تأهيل المعاقين في المجتمع المحلي. (هذا النموذج يخدم المعاقين كبار السن من خلال إرشاد وتدريب ذويهم).

4 - مجموعة مشاريع منظمة الصحة العالمية واليونيسف :

تتضمن تدريب الأهالي على مهارات متعددة لمساعدة أبنائهم المعاقين. وتقوم فكرة هذه المشاريع على تطوير برامج تدريبية حسب نوع الإعاقة، ويتولى مشرف جوال متابعة وإرشاد عدد من مجموعات التدريب. وتخدم هذه البرامج الدول النامية وبخاصة المناطق النائية التي لا يوجد فيها خدمات كافية أو مراكز لرعاية المعاقين، وتشمل هذه البرامج الأطفال من كافة الأعمار مع الاهتمام بالمرحلة العمرية المبكرة.

وبعد، فإن هذه النماذج إضافة لنماذج أخرى كثيرة يمكن الاطلاع عليها وتمثل تجارب دول ومنظمات دولية في هذا المجال، وذلك للاستفادة منها، وما عرضناه هنا هو نماذج مختارة لمعرفة فلسفة مثل هذه المشاريع وكيف يمكن تقديمها، ومع ملاحظة أنها تشمل صغار السن وكبار السن. النتيجة الهامة التي نصل لها بعد هذا العرض هو أن نجاحنا كأخصائيين في تدريب أكبر عدد من أسر المعاقين سوف يقلل من المشكلات المرتبطة بقلّة عدد المراكز من جهة وبمساعدة أكبر للأطفال أنفسهم وإكسابهم مهارات أساسية هامة تحسن مستوى نموهم، إضافة إلى مساعدة ودعم الأسر في كافة الجوانب وزيادة إحساسها بقدرتها على القيام بشيء مناسب تساعد به أبنائها.

قائمة المراجع

- 1 - الخطيب، جمال : تعديل سلوك الأطفال المعاقين . إشراق . الأردن، 1992 .
 - 2 - الخطيب، جمال وزملاؤه : إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة - قراءات حديثة . دار حنين للنشر . الأردن، 1993 .
 - 3 - منظمة الصحة العالمية : دليل تأهيل المعاقين في المجتمع - ورشة الموارد العربية، 1980 .
 - 4 - ورنر، ديفيد: رعاية الأطفال المعاقين - دليل شامل للعائلة والعاملين (مترجم) . قبرص، 1988 .
-

إرشاد ودعم الأسرة في رعاية أطفالها المعاقين

إعداد

الأستاذة أمينة راشد

الدكتور جمال محمد الفطيب

الأستاذة منسى عبدالكريم

الأستاذة فائز البسطامي

مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية

دولة الإمارات العربية المتحدة

محتويات الفصل

الصفحة	من - إلى
228 - 227	مقدمة:
230 - 229	أولاً : مفهوم الإرشاد
234 - 231	ثانياً : نظريات الإرشاد
237 - 235	ثالثاً : الإرشاد في مجال الإعاقة
244 - 238	رابعاً : الاعتبارات الأساسية في إرشاد الأطفال المعاقين
246 - 245	خامساً: الدعم
248 - 247	سادساً: دواعي دعم أسر الأطفال المعاقين
249	قائمة المراجع:
277 - 251	الملاحق:

مقدمة

كما أن الأسرة تؤثر على نمو أطفالها فالأطفال يؤثرون على أسرهم أيضاً. ويتضح أثر الطفل على أسرته بصفة خاصة عندما يكون هذا الطفل معاقاً. فعواقب الإعاقة لا تقتصر على الطفل فحسب ولكنها قد تمتد إلى جميع أفراد الأسرة. فإضافة إلى الضغوط والصعوبات التي تواجهها الأسر جميعاً في تربية الأطفال فان أسر الأطفال المعاقين تواجه ضغوطاً وصعوبات إضافية خاصة، تنجم عن كون الطفل معاقاً، حيث أن هذه الأسر غالباً ما تجد نفسها في وضع صعب يفرض عليها البحث عن خدمات خاصة لطفلها. ولكي تحصل على تلك الخدمات فهي بحاجة إلى الإرشاد والدعم.

وتعتمد طبيعة استجابات الأسرة للإعاقة على عدد من العوامل من أهمها الإمكانيات المتوفرة لها والتي من شأنها مساعدتها على التعايش مع الإعاقة. فعندما تتوفر الإمكانيات الكافية تصبح الأسرة أكثر قدرة على التعايش مع حالة الإعاقة. وتأخذ تلك الإمكانيات والمصادر أشكالاً انفعالية واجتماعية وجسدية ومالية (الحديدي والصمادي والخطيب، 1994).

هذا ويبين الملحق رقم (1) الصورة العربية من مقياس مقومات التعايش مع الإعاقة والضغوطات النفسية الناتجة عنها والتي طورها الحديدي والصمادي والخطيب عام 1994.

ولقد حاولت دراسات عديدة التعرف على مصادر الضغوط لدى أسر الأطفال المعاقين وتحديد ما إذا كانت طبيعة تلك الضغوط ومستوياتها تختلف باختلاف نوع الإعاقة بهدف تحديد برامج الإرشاد والدعم التي تحتاج إليها هذه الأسر. وقد أخذت البحوث المتصلة بهذا الموضوع ثلاثة مسارات أساسية. يستند المسار الأول إلى افتراض مفاده أن أسر الأطفال المعاقين متشابهة إلى حد ما وأن هذه الأسر جميعاً عرضة للضغوط النفسية بسبب الإعاقة، ولذلك تركز الدراسات التي سارت في هذا الاتجاه على دراسة طبيعة الضغوط ومستوياتها وعلاقتها بمتغيرات مختلفة تتصل بكل من الطفل المعاق وأسرته. ويتعامل الاتجاه الثاني الذي أخذته الدراسات في هذا الصدد مع الضغوط النفسية التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين بوصفها لا تعود إلى إعاقة الطفل بحد ذاتها وإنما إلى عدم تلبية حاجات الأسرة. إنه يؤكد على تحديد المشكلات التي تواجهها الأسر وتسعى إلى تطوير برامج مناسبة لحل تلك المشكلات. أما المسار الثالث فتمثل بالتركيز على استراتيجيات التعايش مع الضغوط النفسية التي تستخدمها الأسر. بعبارة أخرى، تنظر الدراسات في هذا المسار إلى أسرة الطفل المعاق من منظور عادي وليس من منظور مرضي. ويبين الملحق رقم (2) الصورة العربية من المقياس الشامل للأداء الأسري التي قام بإعدادها الحديدي والخطيب عام 1995. وتعتبر هذه الصورة مثلاً توضيحياً جيداً على الأدوات البحثية المنسجمة مع هذا الاتجاه.

أولاً - مفهوم الإرشاد

إن الحاجة إلى الإرشاد، هي واحدة من أهم حاجات الأفراد أياً كانوا، وفي أي عمر من المراحل العمرية المختلفة، ذلك أن الإنسان بطبيعته النمائية قد يتعرض في كل مرحلة من مراحل حياته لضغوطات ومشكلات تفرض عليه طلب العون والدعم.

والإرشاد جزء هام من عملية التربية الشاملة التي تهدف بشكل عام إلى جعل الفرد قادراً على مواجهة المشاكل وحلها ليكون قادراً على التكيف مع الحياة.

والإنسان أياً كان، بغض النظر عن ذكائه أو قدراته أو لونه أو ثقافته يبقى إنساناً، وهذه فلسفة للتربية بشكل عام وفلسفة الإرشاد بشكل خاص.

إن هذا يعني أن الإرشاد عملية إنسانية. وعندما نشير إلى حاجة الأفراد المعاقين وذوي الحاجات الخاصة وأسرهم فإننا نستشهد بالكلمات التالية التي قالها أحد علماء النفس:

«إن سيكولوجية الإعاقة لا تختلف عن سيكولوجية كون الفرد إنساناً وبصرف النظر عن الفروق في أجسادنا أو قدراتنا الحسية أو قدراتنا المعرفية، فأوجه الشبه أكبر من أوجه الاختلاف بيننا ورغم ذلك فقد تم تحديد العديد من الحاجات النفسية والاجتماعية ذات الأهمية الخاصة في سيكولوجية المعاقين».

لقد تطورت الأشكال المختلفة للخدمات والبرامج التي تقدمها التربية الخاصة، ومن أهم هذه الخدمات الإرشاد الأسري والنفسي وبرامج الدعم التي تقدم للمعاقين وأسرتهم، وقبل الحديث عن أشكال وطبيعة هذه البرامج واستراتيجياتها لابد من توضيح مفهوم الإرشاد. وفي هذا الصدد، يمكن القول بأن الإرشاد: مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم من قبل المرشدين بهدف مساعدة الأفراد على اكتساب وتنمية المهارات اللازمة لمواجهة متطلبات الحياة، وحل المشكلات التي تواجههم لتحقيق أفضل تكيف مع البيئة المحيطة والحياة الاجتماعية، وذلك من خلال استخدام أساليب منهجية علمية منظمة تساعد الأفراد في فهم ذواتهم وتنظيم قدراتهم، ويشمل الإرشاد كافة الأفراد الأسوياء وغيرهم ومن كافة المراحل العمرية، وتغطي خدماته كافة جوانب الحياة وهكذا فالإرشاد يهدف إلى تسهيل عملية النمو الشخصي والاجتماعي وعملية اتخاذ القرارات وإيجاد الحلول للمشكلات.

إن من الصعب تقديم خدمات إرشادية مناسبة وفعالة دون إطار نظري ننطلق منه. فالنظرية الجيدة توضح لنا أي السبل نسلك وماذا نتوقع. وبالطبع، فنظريات الإرشاد عديدة ومتباينة وسنكتفي هنا بتقديم لمحة عامة عن أكثر هذه النظريات قبولاً.

ثانياً - نظريات الإرشاد

(1) النظرية السلوكية :

تقوم النظرية السلوكية في الإرشاد على افتراض أن السلوك الإنساني ليس عشوائياً بل يخضع لقوانين محددة (قوانين التعلم) . وتمتاز النظرية السلوكية باستخدام الطرائق العلمية الموضوعية لتحليل السلوك . ولهذا فهي تهتم بدراسة جوانب السلوك القابلة للملاحظة المباشرة وعلاقتها الوظيفية بالظروف والمتغيرات البيئية السابقة واللاحقة .

ويتمثل المبدأ الأساسي في النظرية السلوكية في النظر إلى السلوك على أنه محكوم بنتائجه . فالسلوك الذي تكون نتائجه إيجابية تزيد احتمالات حدوثه في المستقبل . بعبارة أخرى ، فالقانون الرئيسي في النظرية السلوكية هو أن تعديل السلوك يعني بالضرورة ضبط نتائجه والتحكم بها .

ومن المبادئ الأساسية الأخرى التي تقوم عليها النظرية السلوكية ما يلي :

- 1 - معظم جوانب السلوك الإنساني متعلمة .
- 2 - التأكيد على أهمية تقويم إجراءات التعديل المستخدمة بشكل متواصل .

3- السلوك الظاهر القابل للقياس والملاحظة هو الهدف في العملية الإرشادية.

4- السلوك مقبولاً كان أو غير مقبول يخضع للقوانين ذاتها. فالتعزيز يقوي السلوك المقبول وهو أيضاً يقوي السلوك غير المقبول.

(2) النظرية الإنسانية:

تؤكد هذه النظرية وهي ما يطلق عليها أيضاً اسم «العلاج المركز على العميل» على قدرة المسترشد على تحقيق ذاته، ولهذا فالمرشد لا يعمل على توجيه العملية الإرشادية بل يهيئ للمسترشد الظروف المناسبة لتسهيل عملية النمو الشخصي لديه. وتركز هذه النظرية على بناء علاقة فردية متميزة مع المسترشد وتركز على شعوره وعواطفه وليس على سلوكه.

وتفترض هذه النظرية أن الإنسان خير بطبيعته، ومنطقي واجتماعي، وواقعي. وتقرح أن المرشد الناجح يعبر عن تقديره غير المشروط للمسترشد، ويرى الأمور بعينيه، ويتعد في علاقته معه عن التكليف. وهذه الشروط كما يعتقد أتباع هذه النظرية كفيلة بأن يحاول المسترشد أن يعمل كل ما باستطاعته لتحقيق ذاته.

(3) نظرية التحليل النفسي :

تركز هذه النظرية على أهمية الدور الذي تلعبه العوامل النفسية الداخلية في النمو الشخصي والانفعالي . ومن المبادئ الأساسية التي تقوم عليها هذه النظرية الاعتقاد بأن الشخصية الإنسانية تتكون من ثلاثة عناصر تتفاعل فيما بينها بتواصل . وهذه العناصر هي :

1 - الهو : ويشير إلى الغرائز والتي لا تأخذ المنطق أو الواقع أو الأخلاق بالحسبان . فالهو يعمل وفق قانون الرغبة فقط .

2 - الأنا : وهو بمثابة العامل الوسيط بين الهو والواقع ولهذا يقال أن الأنا يعمل وفق قانون الواقع . إن وظيفته الأساسية تتمثل في إيجاد السبل والمنافذ الواقعية لتلبية رغبات الهو .

3 - الأنا الأعلى : وهو بمثابة الضمير ، ويعمل على كبح رغبات الهو البدائية وذلك بأخذ قيم وأخلاقيات المجتمع بعين الاعتبار .

وهذا الصراع المتواصل بين الهو والأنا الأعلى يؤدي إلى أن يحاول الأنا إيجاد حلول توفيقية مناسبة . فإذا فقد الأنا القدرة على ضبط الأمور يشعر الإنسان بالقلق . وفي العادة يحاول الإنسان التعامل مع القلق بتغطيته وليس بمواجهته وذلك من خلال ما يسمى بوسائل (ميكانيزمات) الدفاع (كالكبت ،

النكران، الاسقاط، التبرير، التسامي . . . الخ). فإذا ضعف الأنا إلى درجة كبيرة وزاد مستوى القلق ضعفت قدرة الإنسان على التكيف وظهرت المشكلات النفسية المختلفة.

ولهذا، فالمهمة الأساسية للمرشد هي إخراج ما في اللاوعي إلى الوعي، فمن خلال ذلك يستطيع الشخص التعامل معه بشكل منطقي وواقعي. ولتحقيق ذلك يعتمد المرشد على التداعي الحر وتفسير الأحلام وذلك يأخذ وقتاً طويلاً.

(4) نظرية العلاج العقلي العاطفي:

تقوم هذه النظرية على افتراض أن معتقدات الشخص وقناعاته وتفسيره للأحداث أو الخبرات هي المسؤولة عن المشكلات التي يواجهها وليس الحوادث أو الخبرات نفسها، فتعديل سلوك المسترشد يتطلب تغيير المعتقدات اللاعقلانية التي تعلمها ومساعدته على التفكير بعقلانية. ولهذا تشتمل النظرية على محاولات إقناع متواصل للمسترشد وتنفيذ اعتقاداته غير المنطقية على افتراض أن ذلك يؤدي إلى اختفاء النتائج الانفعالية كالخوف، والقلق، والحزن . . . الخ.

ثالثاً - الإرشاد في مجال الإعاقة

عودة إلى ما كتب في بداية هذا الفصل وما أشار إليه علماء النفس والتربية الخاصة من أن المعاقين أفراد كغيرهم من الأفراد الآخرين ، يتمتعون بصفاتهم الإنسانية . فهم كغيرهم من الأفراد لديهم مشاعر ومتطلبات وأحاسيس ويتعرضون لضغوطات نفسية ومشكلات كثيرة تجعلهم بحاجة للمساعدة .

والإرشاد، بوجه عام، جزء هام وأساسي من خدمات التربية الخاصة المتعددة، ويأخذ كثيراً من الأشكال والمناحي . وتمثل أهدافه فيما يلي :

- (1) مساعدة الأفراد على فهم أنفسهم فهماً دقيقاً وواقعياً .
- (2) مساعدة الأفراد على فهم حقيقة قدراتهم وميولهم واتجاهاتهم واستعداداتهم .
- (3) مساعدة الأفراد على تطوير مهاراتهم الذاتية لمواجهة المشكلات وحلها .
- (4) مساعدة الأفراد على فهم البيئة التي يعيشون فيها بكافة أبعادها .

- (5) مساعدة الأفراد على تخطيط مستقبلهم المهني والتعليمي والأسري .
- (6) مساعدة الأفراد على الاندماج والتكيف مع المجتمع المحلي الذي يعيشون فيه .
- (7) مساعدة المعاقين على تقبل حقيقة الإعاقة وقدراتهم على هذا الأساس .
- (8) مساعدة الأفراد المعاقين على التكيف والتعايش مع الإعاقة ومواجهة المشكلات المترتبة على هذه الإعاقة .
- (9) إرشادهم إلى فرص التأهيل والتدريب والعلاج المتاحة والمتوفرة لهم .
- (10) مساعدة الأسر وذوي المعاقين على امتصاص صدمة وجود معاق بينهم وتقبل هذه الحقيقة والتعامل معها .
- (11) مساعدة هذه الأسر على تنظيم أدوار أفرادها وتحديد مسؤولياتهم .
- (12) مساعدتهم على التكيف والاندماج في المجتمع بإيجابية .

(13) مساعدة أسر المعاقين في تحقيق استقرار الحياة الزوجية والعائلية .

(14) مساعدة هذه الأسر في تنظيم حصولها على المعلومات وعلى مصادر الدعم والخدمات اللازمة من قبل كل من مراكز الرعاية وجمعيات الأهالي وغيرها من الجهات المختصة .

إن هذه الأهداف التي يسعى الإرشاد لتحقيقها تعكس في حقيقة الأمر حاجات هامة جداً وملحة للأفراد بشكل عام وللمعاقين وأسرههم بشكل خاص .

إن تفاعلات الإعاقة مع شخصية المعاق وبخاصة الجانب السيكولوجي من سلوكه وأفراد أسرته تتطلب بذل جهود مضاعفة ودقيقة لتقديم خدمات الإرشاد لهؤلاء الأفراد .

رابعاً - الاعتبارات الأساسية في إرشاد الأطفال المعاقين

(1) الاعتبارات الأساسية:

ينبغي الإشارة في البداية إلى أن التكنيكات الإرشادية المستخدمة مع الأطفال العاديين بشكل عام مناسبة أيضاً لإرشاد المعاقين. كذلك يجب التأكيد على أن الخطوة الأولى في عملية الإرشاد تتمثل في التقييم. فالمرشد بحاجة إلى معرفة أسباب الإعاقة، والوضع النمائي الحالي، والخبرات الماضية، وردود فعل الأهالي واتجاهاتهم، وشخصية الطفل وقدراته. إن هذه العوامل مجتمعة تجعل عملية الإرشاد عملية فردية. ومن المهارات الأخرى التي يجب توافرها لدى المعلم الذي يقدم خدمات إرشادية للطفل المعاق نذكر منها:

1 - بناء الألفة:

وذلك يمكن تحقيقه بتجنب استخدام المصطلحات غير المفهومة، وبالتعبير عن الاهتمام بالطالب.

2 - التعاطف:

وهو الإحساس بالحالة الانفعالية للشخص وتفهمها. وبإمكان المعلم تفهم شعور الطالب بالانتباه إلى المؤشرات اللفظية وغير اللفظية التي تصدر عنه أو تخيل نفسه في موقف الطالب الكفيف.

3 - مراعاة الفروق الفردية:

ويعني ذلك عدم محاولة التعميم من شخص إلى آخر، فلكل شخص ظروفه الفريدة.

4 - عدم التكلف:

ويعني الاهتمام الحقيقي بالشخص ومحاولة تفهم ظروفه وصعوباته ومساعدته على إيجاد الحلول المناسبة.

5 - الإصغاء باهتمام:

للأسف كثيرون هم المهنيون الذين لا يصغون لما يقوله الشخص المعاق أو أسرته. وهذا ما يوصف بظاهرة الأذن الصماء. ولكن الإرشاد الفعال يتطلب ليس مجرد الإصغاء وإنما الإصغاء النشط بمعنى أن يسأل المرشد أسئلة توضيحية، وأن يعيد ما قاله المسترشد، وأن يلخصه... الخ.

6 - الاتصاف بالمرونة:

ويعني ذلك تقديم بدائل مختلفة، إذ لا توجد طريقة واحدة للتعامل مع المشكلات.

7 - التغذية الراجعة :

وتهدف إلى تزويد المسترشد بالمعلومات عن سلوكه . ويجب أن يكون الهدف من التغذية الراجعة هداية المسترشد لا تقديم التغذية الراجعة السلبية (الانتقاد أو التوبيخ) .

(2) أشكال الإرشاد :

1 - الإرشاد الفردي :

علاقة مساعدة بين طرفين ، مرشد (أخصائي لديه المعرفة التامة في مجاله) ومسترشد (شخص لديه مشكلة أو صعوبة ويبحث عن حل لها) . ويسعى المرشد إلى مساعدة المسترشد على تفهم أكثر لاهتماماته ومشكلاته ومشاعره . ويراعى في الإرشاد الفردي :

- أ - الترحيب بالوالدين وتوضيح أهداف الجلسة الإرشادية .
- ب - التأكيد للوالدين على السرية من اللحظة الأولى .
- ج - ألا تكون الجلسة رسمية .
- د - ألا يشعر الأهل بالتوتر أو الملل فمن الممكن إعطائهم فرصة للاسترخاء .
- هـ - اختيار ركن هادىء للجلسة دون أي ضوضاء .
- و - تدوين ما دار بين الأخصائي والأسرة بعد انتهاء كل جلسة .

2- الإرشاد الجمعي :

من خلال الإرشاد الجمعي يتعلم الأفراد مساعدة بعضهم بعضاً وتقبل هذه المساعدة، ويحصلون على التغذية الراجعة والدعم والتشجيع والتعزيز للسلوك المرغوب فيه، ويعبرون عن مصادر القلق والانزعاج والمؤثرات الأخرى بانفتاح ويحددون أهدافهم التي يرغبون في الوصول إليها.

ومن الأساليب التي تساعد على تفعيل الإرشاد الجمعي :

- أ - تنظيم الإرشاد الجمعي عن طريق متخصص له خبرة وتفهم في ديناميكية الجماعة.
- ب - اختيار الأفراد المشاركين في حالات الإرشاد الفردي بحيث يراعى مبدأ التجانس .
- ج - شرح طبيعة وفوائد الإرشاد الجمعي ليعرف الأفراد ما هو متوقع منهم وتوضيح أسباب تشكيل الجماعة.

ومن المبررات الأساسية لتشكيل الجماعات :

- أ - وجود القلق لدى الأهل .
- ب - التحقق من الواقع وخصوصاً إذا كانت المطالب غير واقعية .
- ج - تطوير المهارات وتعريف المهمات (من قبل الأهل).
- د - فهم الذات (ردود فعل الوالدين).
- هـ - الحصول على الدعم العاطفي .
- و - الوصول إلى الإجماع العام .

(3) العملية الإرشادية :

تتضمن العملية الإرشادية المراحل التالية :

1 - تحديد الهدف :

إن الخطوة الأولى في العملية الإرشادية هي التحقق من وجود مشكلة بحاجة إلى معالجة عند الأهل أو وجود سلوك بحاجة إلى تعديل . و ثم اتخاذ قرار مناسب فيما يتعلق بهذا الموضوع عن طريق عمل تقييم أولي يشمل المقابلة وتطبيق قوائم التقدير والملاحظة . وبهذه العملية يخرج الأخصائي بانطباعات أولية غير محددة وليست دقيقة مثلاً :

- أ - الوضع الاقتصادي للأسرة منخفض .
- ب - الأم تعيش حالة مضطربة .
- ج - الوالدان غير متفاهمين .

2 - تعريف المشكلة أو الهدف :

الخطوة الثانية في العملية الإرشادية هي تعريف الهدف فتحديد وتعريف المشكلة أو الهدف يعمل على توجيه البرنامج الإرشادي ، وعلى تحديد المعايير التي سيتم في ضوءها الحكم على فعالية هذا البرنامج .

3 - فهم حاجات المرشد :

يحرص المرشد على فهم المشكلات من وجهة نظر الوالدين (المسترشد). والوالدان أدري بحاجتهما وحاجة المعاق أكثر من غيرهما.

4 - تحديد خطة العمل :

يبدأ المرشد أو الأخصائي بتنفيذ الخطوات والإجراءات المتفق عليها لتحقيق الأهداف الإرشادية، وتعتمد الخطة على مدى توفر الإمكانيات اللازمة للتنفيذ ومهارة وخبرة الأشخاص الذين سيقومون بتنفيذها.

وقبل البدء بتنفيذ البرنامج الإرشادي ينبغي على المرشد أو الأخصائي أن يسأل نفسه الأسئلة التالية :

- أ - هل قمت بتحديد الوضع الذي سينفذ فيه البرنامج الإرشادي؟
- ب - هل قمت باختيار أساليب الإرشاد لتحقيق الأهداف المنشودة؟
- ج - هل قمت بتحديد أنواع التعزيز التي سأستخدمها؟
- د - هل قمت بتحديد طريقة تقديم المعززات؟
- هـ - هل قمت بتحديد معايير الحكم على فعالية الأساليب المستخدمة؟
- و - هل هناك أساليب بديلة ألقا إليها ذا فشلت الأساليب التي قمت باختيارها؟

5 - تنفيذ خطط العمل :

إن تنفيذ الخطة الإرشادية قد يتم في البيت أو المركز على حسب رغبة الأهل والإمكانيات المتوفرة لدى المرشدين ، وتنفذ الخطة بالتعاون بين الآباء والأخصائيين أو المعلمين .

6 - إنهاء العلاقة الإرشادية :

تقييم النتائج التي ظهرت بعد تنفيذ الخطة واتفاق الوالدين والمرشد على أن تغيراً حقيقياً قد حدث .

خامساً - الدعم

من الواضح أن أحد الأهداف الرئيسية المرجوة من تنفيذ برامج التربية الخاصة هو تطوير نظام دعم للآباء ليتمكنوا من اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة لتربية الأطفال بطريقة فعالة . فآباء الأطفال المعاقين يواجهون صعوبات خاصة لا يواجهها الآباء الآخرون ولذلك فهم بحاجة إلى تدريب خاص ليكتسبوا مهارات ولتتطور لديهم قدرات ومعارف لا يحتاج إليها آباء الأطفال العاديين . وتشكل مجموعات الآباء مصدر دعم فاعل يوفر جو قبول يستطيع الآباء فيه التعبير عن مشاعرهم بحرية . ومن خلال هذه المجموعات ، يستطيع الآباء تحديد حاجاتهم وأهدافهم ويتوصلون معاً إلى حلول لمشكلاتهم . إضافة إلى حاجاتها إلى الدعم الانفعالي العاطفي ، فإن الأسر تتطلب مساعدة لتلبية حاجاتها المالية والصحية والتربوية . وما من شك في أن مساعدة الأسر على تلبية هذه الحاجات يعتبر شرطاً أساسياً لتحقيق مشاركة الآباء بالكامل في البرامج التربوية (الخطيب ، جمال . وزملاؤه ، 1992) .

وهناك أيضاً الدعم الاجتماعي والذي يمكن تعريفه بأنه معلومات تقود الشخص إلى الاعتقاد بأنه :

(1) يحظى بعناية الآخرين ومحبتهم .

(2) جزء من شبكة تواصل أو التزامات متبادلة .

(3) يحظى بتقدير الآخرين واحترامهم .

إن هذه المصادر من الدعم تستمد من الأسرة، الأصدقاء، المتخصصين . ان توفير خدمات الدعم له أثر استراتيجي كبير وهام في تحسين ردود فعل الأشخاص الذين يصابون بمرض أو إعاقة أو مشكلة وهذا يزيد من معنوياتهم ويقلل من الآثار السلبية لما يتعرض له هؤلاء من ضغوط .

مفهوم الدعم بشكل عام يرتبط بالمحاولات التي تبذل من قبل القائمين على تقديم خدمات التربية الخاصة لمساندة المعاقين وأسرههم . وهذا يجعل مفهوم الدعم شاملاً للخدمات لا تقتصر على مجرد الإرشاد أو تقديم المشورة . إنه يرتبط بخلق الإحساس الإيجابي لدى أسرة المعاق بشكل خاص على وجود من يساندها ويقف بجانبها، ولأن هذا الإحساس هام جداً ويعكس حاجة نفسية ضرورية، فوجوده يساهم في تقليل وحل عدد كبير من المشكلات الناجمة عن الضغوطات المفروضة على المعاقين وأسرههم .

سادساً - دواعي دعم أسر الأطفال المعاقين

إذا كنا نرغب في تدعيم مفهوم إيجابي لدى الطفل المعاق فيجب إحداث تغيير في معتقدات واتجاهات الآباء تجاه الطفل المعاق ويتم ذلك بالآتي :

- (1) تفهم الوالدين لإمكانيات الطفل وقدراته وتقديرهما لهذه الإمكانيات دون التركيز على أوجه الضعف فقط .
- (2) إتاحة الفرص المتكررة للطفل المعاق للتفاعل والاحتكاك بمن هم في مثل عمره من غير المعاقين الذين لهم نفس القدرات والمواهب .
- (3) وضع توقعات واقعية لأداء الطفل المعاق في ضوء قدراته وإمكانياته .
- (4) مساعدة الطفل على فهم الحدود التي يفرضها ضعفه مع تشجيعه في نفس الوقت على أن ينمو بشكل طبيعي .
- (5) البحث عن الخدمات التعليمية والعلاجية التي تعمل على تعزيز وتطوير إمكانيات الطفل وعلاج أوجه الإعاقة والعجز بصورة مبكرة كلما أمكن .
- (6) تكييف الأسرة لإعاقة الطفل .

(7) تدعيم الثقة بالنفس .

(8) تطوير القدرة على مواجهة المجتمع لإعاقة الطفل .

(9) توفير الدعم النفسي للأسر التي تعاني من الصدمة والحزن والأسى المزمن .

(10) إعداد برامج تدريبية تتناسب مع مسؤوليات الأسر نحو أطفالها المعاقين من النواحي التعليمية والتدريبية والاجتماعية، وذلك بغرض توفير برامج علاجية للطفل المعاق داخل الأسرة التي تمثل بيئته الطبيعية .

ولما كانت أسرة الطفل المعاق تحتاج إلى تدعيم مستمر فالأخصائي هو الأخبير في التعامل معها وتقديم الدعم . وبهذا فعلى الأخصائي أن يبني علاقات طيبة وهذا يتم عن طريق :

1 - بناء الألفة .

2 - التعاطف .

3 - مراعاة الفروق الفردية .

4 - التقدير الإيجابي .

5 - الاحترام .

6 - الدفاء .

7 - الوضوح .

8 - عدم التكلف .

قائمة المراجع

- 1- الحديدي، منى . الخطيب، جمال : أثر إعاقة الطفل على الأسرة. بحث مقدم للنشر في مجلة دراسات - الجامعة الأردنية، الأردن، 1995 .
 - 2- الحديدي ، منى . الصمادي، جميل . الخطيب، جمال . الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين . دراسات - الجامعة الاردنية، العدد 21، الأردن 1994 .
 - 3- الخطيب، جمال . وزملاؤه : إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة - قراءات حديثة . دار حنين، الأردن، 1992 .
-

ملحق رقم (1)

استبانة مقومات التعايش مع الإعاقة
والضغوطات النفسية الناتجة عنها

إعداد

الدكتور جمال محمد الخطيب - مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية
الدكتورة منسى الهديدى - الجامعة الأردنية
الدكتور جميل الصمادي - الجامعة الأردنية

ملحق رقم (2)

استبانة المقياس الشامل للإعداد الأسرى

إعداد

الدكتور جمال محمد الخطيب - مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية
الدكتورة منسى الهديدى - الجامعة الأردنية

استبانة
مقومات التعايش مع الإعاقة
والضغوطات النفسية الناتجة عنها

- إعداد: د. جمال الخطيب
د. منى الحديدي
د. جميل الصمادي

تتناول هذه الاستبانة مشاعرك نحو أحد أفراد أسرتك . هناك فراغات كثيرة في الاستبانة . تخيل اسم ذلك الفرد مكتوباً في كل فراغ ، عبر عن مشاعرك وآرائك الحقيقية .

الرجاء الإجابة عن جميع الأسئلة حتى لو كان السؤال لا ينطبق عليك . إذا واجهت صعوبة في اختيار نعم أو لا ، فأجب في ضوء ما تشعر به أو تفعله أنت أو أسرتك في معظم الوقت .

تشير الأسئلة أحياناً إلى شخص مسن أو إلى طفل ، أو إلى شخص ما يعاني من مشكلات لا يعاني منها الفرد في أسرتك . ومع ذلك فباستطاعتك الإجابة بنعم أو لا .

مثال : «إننا نحصل على معونة خاصة بسبب مشكلة» إذا كنت تجيب عن هذا السؤال ، في حين أنه لا يوجد في أسرتك أحد لديه هذه المشكلة ، فالإجابة ستكون لا . إذ أنه لا توجد مشكلة تتلقى بسببها مساعدات خاصة . اكتب إجابتك على الاستبانة وفي المكان المخصص . ببساطة تخيل اسم قريبك مكتوباً في الفراغات المخصصة .

الآن ، أجب عن الفقرات الموجودة في أعلى صفحة الإجابة ومن ثم ابدأ بالإجابة على الاستبانة المرفقة .

لا	نعم	الفقرة
		1 . يطلب من الآخرين أن يعملوا له أشياء أكثر من الضروري .
		2 . يفهم فكرة الوقت .
		3 . لكون من هذا النوع من الأشخاص ، فإنه يستطيع تدبر أمره أفضل من غيره .
		4 يعنى به بشكل متساو من قبل جميع أفراد أسرتنا .
		5 . سنحتاج إلى ثلاث سنوات أو أكثر لسداد الديون .
		6 . كان على أحد أفراد أسرتي أن يترك الدراسة (أو العمل) بسبب
		7 . إحدى الأشياء التي أقدرها(أثمنها) لـ هي استقلالته .
		8 . أفراد الأسرة يشتركون في العناية بـ
		9 . لا يمانع إذا ترك في البيت .
		10 . يمتدح أفراد أسرتي الواحد منا الآخر على إنجازاته .
		11 . شخصية سارة .
		12 . لا أحضر كثيراً من الجلسات أو اللقاءات الاجتماعية .
		13 . انني أعرف بأن حالة ستتحسن .
		14 . لا يوجد عند مشكلات في النظر أو السمع .
		15 . حتى لو لم ينظر الناس إلى فأنني دائماً أتساءل حول ما يفكرون .
		16 . انني أتحمّل مسؤولية لأنني أعرف كيف أتدبر أمره .

لا	نعم	الفقرة
		17 . لدى بعض العادات الغريبة التي تلفت الانتباه .
		18 . جميع أفراد الأسرة في بيتنا يتناولون الطعام معاً .
		19 . يكشف الطبيب على مرة واحدة في الشهر على الأقل .
		20 . إنني عادة لا أضطر لأخذ معي عندما أذهب خارج البيت .
		21 . يوجد أكثر من شخص عامل وله دخل في أسرتي .
		22 شخص كفوء جداً، يعمل بجهد بالرغم من مشكلاته .
		23 . إنني دائماً أراقب لأنأكد من أنه لن يؤدي نفسه أو يؤدي الآخرين .
		24 . الفرص الخاصة التي متوفرة في المجتمع .
		25 . بيتنا منظم على نحو مريح يسمح بتلبية حاجات دون أن يسبب صعوبات للأفراد الآخرين في الأسرة .
		26 . المساعدة المالية التي نتلقاها من الحكومة أو من الجمعيات الخيرية تسد جزءاً من التكاليف الطيبة .
		27 . سيكون في خطر إذا خرج خارج البيت أو الحي .
		28 . إنني أشعر بأن وضع أسرتنا سيتحسن .
		29 . ليس ضرورياً أن يعطى الأدوية في أوقات محددة .
		30 . لا يستطيع أن يتصل مع الآخرين من نفس عمره .
		31 . الأشخاص الذين لا يعانون من مشكلاتنا ليس لهم الثواب الذي لنا .

لا	نعم	الفقرة
		32 . الأفراد الآخرون في الأسرة يحرمون أنفسهم من أشياء مختلفة بسبب
		33 . مشكلات (أو مرض) لاتعيق تقدم الأسرة.
		34 . عندما يكون الآخرون حول لا أستطيع أن استريح، فأنا دائماً في حراسته .
		35 . لو كان البقاء مع مريحاً أو مسراً لكان من الأسهل العناية به .
		36 . التفكير في المستقبل يجعلني حزيناً .
		37 . في كثير من الأوقات أفكر بموت
		38 . ماكنت لأقلق كثيراً لو كنت أعرف متى سيموت
		39 . إنني لست قلقاً بشكل كبير على صحة
		40 . أسرنا تتفق على الأمور الهامة .
		41 . المهنيون (المرضة، الاختصاصي النفسي ... الخ) في مؤسسة ما يفهمون أكثر مني .
		42 . لا أستطيع مغادرة البيت عندما يكون مريضاً .
		43 . انني أخاف من أن تؤدي القيود على نشاطات إلى عدم تطويره لنشاطاته بنفسه .
		44 . إن دخل أسرنا قد انخفض في السنوات الخمس الأخيرة .
		45 . إن متطلبات العناية الدائمة بـ تحد من نمو وتطور الأفراد الآخرين في أسرنا .

لا	نعم	الفقرة
		46 . يشعر أنني الوحيد الذي يفهمه .
		47 . كغيره من الأفراد الآخرين في الأسرة، يجلب السعادة إلى أسرنا بطريقته الخاصة .
		48 . إنني قلق على ماقد يحصل لـ عندما يصبح من غير الممكن أن أعتني به .
		49 . إنني أعتقد أن سيحتاج المزيد من وقتي في المستقبل .
		50 . أستطيع أن أترك لوحده في البيت لساعة أو أكثر .
		51 . إنني أخاف من اليوم الذي يتركني فيه أفراد الأسرة في البيت ويتركوني لوحدي مع
		52 . إن إعادة تنظيم بيتنا أفضل بالنسبة لـ
		53 . يرى المعلم أو المرشد مرة واحدة على الأقل في الشهر .
		54 . إنني أذهب خارج البيت لعمل شيء ممتع مرة واحدة على الأقل في الأسبوع .
		55 . إنني أتوخى الحذر في أن أطلب من أن يقوم بأشياء قد تكون صعبة عليه .
		56 . إن اتجاهات أسرنا تجعل بقاء معنا في البيت أمراً مستحيلاً .
		57 . إنني أفضل العناية بـ عن القيام ببعض الأعمال الأخرى .
		58 . إن الأعمال التي يستطيع القيام بها لكسب قوته محدودة .

لا	نعم	الفقرة
		59 . لقد تقبلت حقيقة أن ربما يحتاج إلى أن يعيش حياته في أماكن خاصة (مثل المستشفى، المؤسسة، المراكز الداخلية).
		60 . لقد تخليت عن أشياء كنت أود القيام بها فعلاً وذلك من أجل العناية بـ
		61 . يتجادل أفراد أسرتي حول كيفية العناية بـ
		62 . يستطيع الانسجام مع معارف وأصدقاء الأسرة.
		63 . بعض أفراد أسرتي لا يحبون الطريقة التي أعمل بها الأشياء.
		64 . لا أحبذ أن تذهب الأسرة في رحلة أو نزهة وتترك في البيت.
		65 . أخاف أحياناً من أن لا يستطيع أن يقوم بدوره في المجتمع إذا ما خرج من البيت.
		66 . أنه من الصعب علي أن أقف مكتوف اليدين وأراقب حالة تزداد سوءاً.
		67 . الحياة الاجتماعية لأسرتنا في المستقبل ستتأثر بسبب تزايد المسؤوليات والضغوطات المالية.
		68 . ليس هناك فرق بين أن يكون في البيت أو في المستشفى.
		69 . يعرف الفرق بين الغرباء والأصدقاء.
		70 . إنني خائف من أن أفراد الأسرة سيلحقهم أذى بسبب صلتهم بـ
		71 . ليس باستطاعتنا إبقاء في البيت بأي طريقة ممكنة.
		72 . يجب أن يعتني الناس بذويهم.

لا	نعم	الفقرة
		73 . كان لا بد من أن يفقد أحدنا فرصة الحصول على عمل لأن لا يمكنه الاستغناء عن خدمات العيادة، أو المدرسة الخاصة . . . الخ.
		74 . إنني أفضل أن أساعد ليعمل بعض الأشياء على أن أجعله يفشل ويشعر بالأسى.
		75 . يعيش مع أسرتي دائماً.
		76 . لا أستطيع أن أتدبر أمر
		77 . أحياناً أتجنب اصطحاب إلى الخارج حيث يتواجد الناس.
		78 . يتبع نظاماً خاصاً في التغذية.
		79 . كثير من الناس ببساطة لا يفهمون معنى حقيقة العيش مع
		80 . كان على كل فرد من أفراد أسرتنا أن يحرم نفسه من بعض الأشياء بسبب النقود التي صرفت على
		81 . يستطيع أن يأكل بنفسه.
		82 . إنني أميل إلى أن أعمل لـ الأشياء التي يستطيع أن يقوم بها بنفسه.
		83 . عندما نذهب في نزهة، لا أخاف من أن أترك مهما طاللت المدة
		84 . أعتقد أن الجهود المطلوبة للعناية بـ ستزيد مع مرور الزمن.
		85 . إنني أتمني إلى جمعيات تساعد في مشكلات كالتي أعانيها مع
		86 . لقد حدثت مشكلات انفعالية شديدة لدى أحد أفراد أسرتنا.

لا	نعم	الفقرة
		87 . لقد ساعدنا أقاربنا كثيراً .
		88 . لقد ناقشنا ما سيحدث عندما يموت
		89 . إنه من الأسهل عليّ أن أعمل الشيء لـ على أن أتركه يعمله بنفسه ، سيفسده .
		90 . أنه من السهل ضبط في معظم الأحيان .
		91 . لا أعتقد أن يعتمد كثيراً عليّ أو على الأفراد الآخرين في الأسرة
		92 . لا يضطر إلى صعود الدرج أو نزوله في بيتنا .
		93 . أشعر بأنه يجب عليّ أن أحمي من تعليقات الأطفال .
		94 . نستطيع أن نتحمل دفع تكاليف العناية بـ
		95 . إن مجرد الكلام عن المشكلات مع أصدقاء مقربين يجعل الحياة أسهل .
		96 . لا أستطيع مطلقاً مغادرة البيت بسبب
		97 . أكون سعيداً عندما أراقب نمو وإنجازاته .
		98 . ما يزعجني هو أن سيبقى دائماً على هذه الحال .
		99 . لا أحد في أسرتنا يشرب الكحول بكثرة .
		100 . إن المجتمع قد تعود على الناس من أمثال
		101 . يستخدم وسائل خاصة بسبب إعاقة .

لا	نعم	الفقرة
		102 . لدى إعاقه تمنعه من التحسن .
		103 . يبدي رغبة جنسية كبيرة أحياناً .
		104 . لدى آلام كثيرة .
		105 . أشعر بالتوتر عندما أصطحب خارجاً أمام الناس .
		106 . من السهل العيش مع
		107 . يرى الطبيب مرة واحدة على الأقل في السنة .
		108 . يأكل طعامه مع أفراد الأسرة الآخرين .
		109 . يستخدم الكرسي المتحرك أو العكازات في بيتنا .
		110 . يهدد انقطاع التيار الكهربائي حياة أو صحته .
		111 . لقد كانت العناية بـ عبئاً كبيراً على أسرتنا .
		112 . لقد كان يحصل على دخل جيد في يوم ما .
		113 . يساعدنا بعض الأصدقاء كثيراً فيما يتعلق بـ
		114 . إنني قلق من أن قد يشعر بأنه لن يعيش طويلاً .
		115 . لن يعمل بعض الأشياء بنفسه إذا عرف أن أحداً سيعملها له .
		116 . أستطيع أن أزور أصدقائي عندما أرغب في ذلك .
		117 . بعض أفراد أسرتنا لا يبدون أي اهتمام بما يحدث لـ

لا	نعم	الفقرة
		118 . يزداد سرورنا ب كشخص أكثر فأكثر .
		119 . لقد غيرنا بيتنا بسبب
		120 . إن اصطحاب في نزهة أو رحلة يفسد استمتاع جميع أفراد الأسرة .
		121 . لا يقل ما تعمله أسرتنا الآن عما كانت تعمله سابقاً .
		122 . يعرف عنوانه .
		123 . ينسجم مع الآخرين بسهولة .
		124 . يعي ويعرف من هو (مثلاً، ذكر، عمره (14 سنة) .
		125 . يمنع اتصال أفراد الأسرة بعضهم ببعض .
		126 . ينقلب أحد أفراد أسرتنا ضد عندما يزوره أصدقاؤه .
		127 . أحتاج في بعض الأوقات إلى الخروج بعيداً عن البيت .
		128 . إنني أنزعج من حياتي كما تسير الآن .
		129 . بعض الأحيان أشعر بالإحراج الشديد بسبب
		130 . إن العناية ب أغنت حياة أسرتنا .
		131 . جيراننا يريدون منا أن نرحل بسبب
		132 . إنني أحترم حكم حول ما يستطيع عمله .
		133 . لا يعمل بالقدر الذي يجب أن يكون قادراً عليه .

لا	نعم	الفقرة
		134 . لقد كانت أسرتنا تتلقى مساعدات مالية .
		135 . لقد ناقشنا ما الذي سيحدث إذا عاش أكثر مما سنعيش .
		136 . تتقبل أسرتنا بكل معنى الكلمة .
		137 . إن السرير الذي يرتفع وينخفض قد سهل علينا الأشياء .
		138 . نصطحب معنا عندما نذهب خارج البيت .
		139 . أشعر بالسرور عندما أعرف أنني أستطيع العناية بـ
		140 . يعمل الآخرون لـ الأشياء التي يجب أن يعملها بنفسه .
		141 . لم تهنا أسرتي بوجبة طعام بسبب
		142 . أكره أن أرى يجرب عمل شيء ويفشل .
		143 . يتقبل الأفراد الآخرون في الأسرة
		144 . أخاف من أن يتأذى عندما يلعب أو عندما يمارس الرياضة .
		145 . من الصعب الاتصال بـ بسبب أنه يعاني من صعوبة في فهم ما يقال له .
		146 . يداوم في مركز نهاري أو في صف خاص في مدرسة .
		147 مضطرب جداً معظم الوقت .
		148 . إن صحة لا تزداد سوءاً .

لا	نعم	الفقرة
		149. لا يوجد برنامج حكومي خاص لمساعدة
		150. لا يوجد لدي أي وقت لأعطيه أفراد الأسرة الآخرين .
		151. أسرتنا متدينة جداً .
		152. في أسرتنا يأخذ دوراً نشطاً في الشؤون العائلية .
		153. إن هناك أماكن كثيرة نستطيع أن نمتع أنفسنا فيها كأسرة عندما يكون معنا .
		154. أنه لمن الصعب التفكير بأشياء كافية لتجعل مشغولاً .
		155. إننا نبالغ في حماية
		156. دخل أسرتنا أعلى من المتوسط .
		157. بعض أفراد أسرتنا لا يدعون أصدقاءهم إلى المنزل بسبب
		158. أنا أحاول أن أجعل يعتني بنفسه
		159. إن العناية بـ تعطي الفرد شعوراً بالأهمية .
		160. لقد ناقشنا مع قضية موته .
		161. يستطيع أن يأخذ نصيبه أو دوره في الألعاب الرياضية .
		162. كان على أحد ما أن يفقد فرصته للعمل بسبب أن لا يمكن تركه دوغماً رقيب .
		163. نعتقد أن سيعيش أطول في مؤسسة داخلية .

لا	نعم	الفقرة
		164 . لدى متسع من وقت الفراغ .
		165 . هناك جمعيات للأسر التي تعاني من المشكلات التي نعاني منها .
		166 . انني منزعج من أن لا يعيش حياة طبيعية .
		167 . إننا ننفق حوالي 25% من دخلنا على العناية الطبية (أو للعناية بـ) .
		168 . يمر الوقت ببطء مع خاصة في أوقات الفراغ .
		169 . إنني أشعر بالقلق اتجاه قدرة أسرتنا على التكيف عندما يفارقنا
		170 . إن أكثر ما يقلقني حول عيش لوحده هو مدى قدرته على كسب قوته .
		171 . يقاوم معاملة الآخرين له كمعوق .
		172 . لا يستطيع أن يتبته لفترة طويلة .
		173 . إنني قلق على ما يجب عمله مع عندما يكبر .
		174 . لو كانت حالة الصحية أفضل ، لكان من الأسهل علينا الذهاب خارجاً في إجازته .
		175 . مقارنة بالآخرين ، إننا ننفق أموالاً كثيرة على النواحي الطبية .
		176 . ليس من السهل علي أن أشعر بالسعادة .
		177 . يتوافر في غرفة وسائل تسلية (تلفزيون ، راديو) .
		178 . علينا ديون كثيرة .

لا	نعم	الفقرة
		179 مكتتب معظم الوقت .
		180 . لو كنت بصحة أفضل ، لكان من الأسهل علي الاعتناء ب
		181 . معظم الأشخاص في الأماكن العامة يظهرون عدم رغبتهم في أن يكون قريباً منهم أو حولهم .
		182 . يستطيع أن يتجول في الحي بسهولة .
		183 . يطالب بدرجة أكبر من الحرية .
		184 . إحدى الأشياء التي أقدرها في هي ثقته بنفسه .
		185 . لا أبالي أو لا مانع عندي من أن ينظر الناس إلى
		186 . عندما أغادر البيت ، أبقى متخوفاً مما قد يحدث فيه أثناء غيابي .
		187 . في أسرتنا له دور مهم كغيره من أفراد الأسرة .
		188 . سوف لن يكون أكثر ذكاء مما هو عليه الآن .
		189 . إحدى الأشياء التي أقدرها هي أنه يدرك ما لا يستطيع عمله .
		190 . أعتقد أن يجب أن يذهب إلى أماكن بالقدر الذي يذهب به باقي أفراد الأسرة .
		191 . انني لا أشعر بالحرج عندما يسألني الآخرون عن حالة
		192 . إن هناك الكثير من الغضب والاستياء في أسرتنا .
		193 . لو كان باستطاعة أن يستقل بشكل أفضل لأصبحت أسرتنا في حالة أحسن .

لا	نعم	الفقرة
		194 . أسرتنا تدبرت أمورها لتوفير نقود أو لعمل استثمار .
		195 . إننا نمتلك بيتنا .
		196 . المعلومات والتشجيع متوفرة للذين يحتاجونها .
		197 . لقد حصلنا على مساعدة خاصة بسبب مشكلة
		198 . واحدة من الأشياء التي تعجبني في هي روحه الفكاهية أو المرحة .
		199 . لانستطيع أن نرّفه أنفسنا .
		200 . إن لدي الوقت الكافي لنفسي .
		201 . يستطيع الذهاب إلى الحمام لوحده .
		202 . إنني أخاف من أن سوف لن يحصل على الانتباه الفردي والحب والعناية التي تعود عليها إذا ذهب بعيداً في مكان آخر .
		203 . إن لدي مسؤوليات كثيرة .
		204 . لا أحد من أفراد الأسرة يشفق كثيراً على
		205 . لا يستطيع أن يتذكر ما يقوله من لحظة إلى أخرى .
		206 . إن وجود في أسرتنا أفضل منه في أي مكان آخر .
		207 . يستطيع أن يعرف بنفسه .
		208 . يجب أن يساعد الآخرون في الأسرة في العناية بـ

لا	نعم	الفقرة
		209. أحياناً تعمل ممرضة في بيتنا.
		210. لقد أساء الأقارب أكثر مما أفادوا فيما يتعلق
		211. انني أخاف من أن العناية بـ ستكون أصعب عندما يكبر.
		212. أنه من السهل تسلية
		213. إن مساعدتي لـ تجعلني أشعر بالقيمة.
		214. يريد أن يعمل الأشياء لنفسه.
		215. سيكون أكثر قدرة على مساعدة نفسه في المستقبل.
		216. يحتاج إلى عكازة أو كرسي متحرك.
		217. لقد أصبحت أكثر تفهماً في علاقاتي مع الناس بسبب حالة
		218. إن مطالب الرعاية المستمدة لـ قد حدثت من قدراتي وتطوري.
		219. لا يستطيع أن يكون أفضل حالاً مما هو عليه.
		220. يصبح متوتراً جداً في الأماكن غير المألوفة له.
		221. إن من السهل التعامل مع
		222. أشعر بالحزن عندما أفكر بـ
		223. يجب أن تعمل أسرتنا معاً أكثر.
		224. كان علي أن أفقد فرصة العمل بسبب

لا	نعم	الفقرة
		225 . يتقبل نفسه كشخص .
		226 . النشاطات الخارجية تكون أسهل بدون
		227 . أقاربنا قدموا لنا مساعدات كثيرة .
		228 . أشعر بالطمأنينة والراحة عندما أذهب إلى المسجد .
		229 . إن العناية بـ تقيدني كثيراً .
		230 . إنني كثيراً ما أقلق على ما سيحصل لـ عندما لا أكون قادراً على العناية به .
		231 . يستطيع استخدام وسائل النقل إلى أي مكان يريده .
		232 . لا يستطيع الناس فهم ما يحاول قوله .
		233 . لو لم يكن وضع على ما هو عليه لكانت الأمور أفضل حالاً .
		234 . أشعر أن يفضل أن يعتني به المختصون (مثل ممرضة، مربية، معلمة . . الخ) على أن يعتني به أحد أفراد الأسرة .
		235 . بعض أفراد الأسرة يستاء من
		236 . أفراد أسرتنا يعملون نفس الأعمال التي تعملها الأسر الأخرى .
		237 . يحرج الأفراد الآخرين في أسرتنا .
		238 . يتقلب شعوري بالسعادة مع سلوك
		239 . يستعمل الهاتف بكثرة .

لا	نعم	الفقرة
		240. لدى أشياء كثيرة تشغله .
		241. مطالب تفقدني صوابي أحياناً .
		242. لدي آمال كبيرة فيما يتعلق بمستقبل
		243. يستطيع أن يعمل لنفسه أكثر .
		244. تفهم أسرتي المشكلات التي أعانيها .
		245. إن من السهل عمل الكثير لـ
		246. يقدر الاهتمام الذي يظهره الآخرون به .
		247. إن من السهل على أسرتنا أن تتعامل مع أناس تعرفهم من أن تتعامل مع غرباء .
		248. يسعدني أن ينظر الآخرون إلى عنايتي بـ على أنها مهمة .
		249. إن دخلنا بالكاد يكفيننا .
		250. نادراً ما يعاني من الفزع الليلي (الكابوس) .
		251. إنني لا أحاول أن أحمي من صعوبات الحياة .
		252. أفراد أسرتي قادرون على مناقشة المشكلات الشخصية .
		253. غالباً ما تكون لدي رغبة في حماية
		254. صحتي الآن لا تختلف عما كانت عليه في السابق .
		255. لا يلبس ملابسه بشكل صحيح .

لا	نعم	الفقرة
		256. إن معظم العناية بـ يقع على كاهلي .
		257. لأحد يفهم مطلقاً ما أعانيه .
		258. لدينا من يساعدنا في البيت (خادمة، ممرضة . . الخ).
		259. أنه لمن حسن الحظ أن قد تكيف بالحياة .
		260. يتقبل إعاقته .
		261. لدى غرفته الخاصة .
		262. متوتر جداً .
		263. إننا قد فقدنا معظم أصدقائنا بسبب
		264. له مظهر جذاب ونظيف .
		265. يستطيع أن يستخدم الباص أو سيارة الأجرة .
		266. سيظل بمثابة مشكلة دائمة لنا .
		267. يستطيع التعبير عن مشاعره للآخرين .
		268. أنه من السهل علي أن أسترخي .
		269. يحتاج إلى أن يستخدم الحفظات أو المبولة .
		270. إنني نادراً ما أشعر بالانقباض .
		271. لدينا امكانيات جيدة للغسيل في البيت .

ملحق رقم (2)

استبانة المقياس الشامل للأداء الأسري

إعداد: د. جمال الخطيب

د. منى الحديدي

الأمهات/ الآباء المحترمون

تحية طيبة وبعد،

بين أيديكم استبيان وضع للتعرف منكم على أثر الإعاقة الموجودة لدى الطفل على أسرته . وهذا الاستبيان يشمل (51) فقرة تغطي جوانب مختلفة . الرجاء قراءة كل فقرة والإجابة عنها بالشكل الذي يمثل رأيك تمثيلاً صادقاً . فإذا كان رأيك أو شعورك في أن الفقرة تعبر عن شيء يحدث لك دائماً ضع دائرة حول رقم (5) ، وإذا كان رأيك أنها تعبر عن شيء يحدث كثيراً ضع دائرة حول رقم (4) وهكذا .

شاكرين لكم سلفاً حسن تعاونكم ، ، ،

الرقم	الفقرة	يحدث دائماً	يحدث كثيراً	يحدث قليلاً	لا يحدث إلا نادراً	لا يحدث بالمرة
1	إن متطلبات الرعاية بطفلي المعاق تجعل من الصعب علي إتمام الواجبات الأسرية الروتينية .	5	4	3	2	1
2	إن الوقت الذي أقضيه مع طفلي المعاق أكبر من الوقت الذي أقضيه مع أفراد أسرتي الآخرين .	5	4	3	2	1
3	باستطاعتي أن أجد شخصاً يعتمد عليه للعناية بطفلي المعاق عندما أحتاج إلى ذلك .	5	4	3	2	1
4	إن متطلبات الرعاية بطفلي المعاق تجعل من الصعب علي أن أجد الوقت الكافي لنفسي .	5	4	3	2	1
5	أن جدول نشاطاتنا اليومي يتمركز حول حاجات طفلنا المعاق .	5	4	3	2	1
6	أنني أتغيب عن عملي بسبب متطلبات الرعاية لطفلي المعاق .	5	4	3	2	1
7	أنني أتعامل مع طفلي المعاق بنفس الطريقة التي أتعامل بها مع أي طفل آخر .	5	4	3	2	1
8	أنني استخدم مصطلحات مثل «معاق»، «متأخر»، أو «ذو حاجات خاصة» عندما أتحدث عن مشكلات طفلي .	5	4	3	2	1
9	أنني أعتبر طفلي عادياً من معظم النواحي .	5	4	3	2	1
10	أنني أتعامل مع طفلي المعاق بطريقة مختلفة (خاصة) .	5	4	3	2	1
11	أنني أشعر بالقلق حول مستقبل طفلي .	5	4	3	2	1
12	إن ابني المعاق يحقق تقدماً في سلوكه ونموه .	5	4	3	2	1

الرقم	الفقرة	يحدث دائماً	يحدث كثيراً	يحدث قليلاً	لا يحدث إلا نادراً	لا يحدث بالمرّة
13	أنتي أحسد الآباء والأمهات الذين ليس لديهم أطفال معاقون .	5	4	3	2	1
14	أنه أمر مقبول بالنسبة لي أن يكون أحد أفراد الأسرة معاقاً .	5	4	3	2	1
15	أعتقد أنه أمر صعب أن يكون أحد أفراد الأسرة معاقاً .	5	4	3	2	1
16	إنني أصطحب طفلي معي خارج المنزل .	5	4	3	2	1
17	أشعر بالراحة عندما أتحدث عن مشكلات طفلي مع الآخرين .	5	4	3	2	1
18	إن أفراد أسرتي يتحدثون عن الأشياء التي تزعجهم .	5	4	3	2	1
19	أتحدث أنا وزوجي (زوجتي) عن مشكلات طفلنا .	5	4	3	2	1
20	أعتقد أنني أمتلك القدرة لتحمل مسؤوليات تربية طفل معاق .	5	4	3	2	1
21	لدي الرغبة في الحصول على مساعدة الآخرين لتلبية متطلبات رعاية طفل لديه إعاقة .	5	4	3	2	1
22	إنّ كون طفلي معاقاً ساعدني في تعلم طرق أفضل لمواجهة المشكلات .	5	4	3	2	1
23	إنّ الدّين بالنسبة لأمسرتنا مصدر قوة للتعامل مع متطلبات رعاية طفل معاق .	5	4	3	2	1
24	إنني أشارك في النشاطات المختلفة التي قد تفيدني وتفيد طفلي المعاق .	5	4	3	2	1

الرقم	الفقرة	يحدث دائماً	يحدث كثيراً	يحدث قليلاً	لا يحدث إلا نادراً	لا يحدث بالمرّة
25	إن أقاربي يقفون إلى جانبي وجانب طفلي المعاق .	5	4	3	2	1
26	إن أصدقائي يدعمونني ويدعمون طفلي المعاق .	5	4	3	2	1
27	إن متطلبات الرعاية بطفلي المعاق تقلل الوقت المتوفر لنا لتكون مع الأسرة والأصدقاء .	5	4	3	2	1
28	إن قدرتنا على الاستمتاع بالإجازات محدودة بسبب إعاقة طفلنا .	5	4	3	2	1
29	إن أقاربي يتقبلون طفلي المعاق .	5	4	3	2	1
30	إن الناس في المجتمع يتقبلون طفلي المعاق .	5	4	3	2	1
31	هناك أطفال يستطيع طفلي المعاق أن يلعب معهم .	5	4	3	2	1
32	إن أسرتي تضحي بأشياء مختلفة بسبب تكاليف العناية بطفلنا المعاق .	5	4	3	2	1
33	إن الفلوس التي أنفقتها على طفلي المعاق أكثر من تلك التي أنفقتها على أطفالي الآخرين .	5	4	3	2	1
34	أنني أشعر بالاكئاب .	5	4	3	2	1
35	أنني أشعر بالتعب والإرهاق .	5	4	3	2	1
36	أنني أعاني من بعض الأمراض البسيطة .	5	4	3	2	1
37	أنني أشعر بالسعادة .	5	4	3	2	1
38	أنني أشعر بالحيرية والنشاط .	5	4	3	2	1

الرقم	الفقرة	يحدث دائماً	يحدث كثيراً	يحدث قليلاً	لا يحدث إلا نادراً	لا يحدث بالمرّة
39	أنتي أخذت سبطاً كافياً من النوم.	5	4	3	2	1
40	إن أطفالتي الآخرين يساعدون في رعاية طفلي المعاق عن طيب خاطر.	5	4	3	2	1
41	إن أطفالتي الآخرين يلعبون مع طفلي المعاق.	5	4	3	2	1
42	إن أطفالتي الآخرين يبذلون تعاطفاً مع طفلي المعاق.	5	4	3	2	1
43	إن أطفالتي الآخرين يتشاجرون مع طفلي المعاق.	5	4	3	2	1
44	إن أطفالتي الآخرين يتذمرون من طفلي المعاق.	5	4	3	2	1
45	إن أطفالتي الآخرين يشعرون بالخروج من طفلي المعاق.	5	4	3	2	1
46	أنتي أعطي أطفالتي الآخرين نفس القدر من الاهتمام الذي أعطيه لطفلي المعاق.	5	4	3	2	1
47	إن أطفالتي الآخرين يتقبلون طفلي المعاق.	5	4	3	2	1
48	إن أطفالتي الآخرين يطرحون الأسئلة حول طفلي المعاق.	5	4	3	2	1
49	إن أطفالتي الآخرين يضبطون سلوك طفلي المعاق.	5	4	3	2	1
50	إن أطفالتي الآخرين يساعدون طفلي المعاق على بناء علاقات صداقة.	5	4	3	2	1
51	إن أطفالتي الآخرين يساعدون طفلي المعاق على التعلم.	5	4	3	2	1

**تدريب الوالدين
في تعديل سلوك الأبناء**

تعريب
الدكتور جمال محمد الفطيب

خبير الأمم المتحدة
مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية
دولة الإمارات العربية المتحدة

محتويات الفصل

الصفحة	من - إلى
288 - 283	مقدمة:
295 - 289	أولاً : مدخل تاريخي حول تدريب الآباء في تعديل سلوك الأبناء
298 - 296	ثانياً : أساليب تدريب الآباء
300 - 299	ثالثاً : محتوى التدريب
302 - 301	رابعاً : التكنيكات التدريبية
305 - 303	خامساً : تعميم تدريب الآباء وتنفيذه
317 - 306	سادساً : منهجية البحث وتطبيقاته في مجال تدريب الآباء
320 - 318	الخلاصة والاستنتاجات:

مقدمة

إن استخدام الأشخاص غير المتخصصين لمعالجة المشكلات ذات الصلة بالصحة النفسية قد تزايد بشكل كبير في العقود الماضية (Guernsey, 1969). ويشمل هؤلاء الأشخاص غير المتخصصين المتطوعين والمعلمين والآباء. وقد حظي الآباء باهتمام خاص في البحوث التي أجريت في هذا المجال.

وعلى أية حال، فإن البرامج التي تعتمد على منحى تعديل السلوك أو منحى التعلم الاجتماعي هي البرامج التي أولتها البحوث الاهتمام الأكبر.

هذا الفصل يناقش المقالة التي تراجع الأدبيات المتصلة بتدريب الآباء للتعامل مع مشكلات أطفالهم باستخدام مبادئ تعديل السلوك. وتلخص المراجعة المناحي المستخدمة لتغيير سلوك الآباء وتعرض الطرائق والنتائج التي انبثقت من هذا البحث. وقد أمكن تحديد حوالي سبعين دراسة ظهرت منذ عام 1965 واستخدمت هذا المنحى. وهذه الدراسات تتضمن دراسات الحالة والدراسات التجريبية وتقارير عن برامج بحث وتطوير عامة. وقد تضمنت المقالة مراجعة الدراسات التي اشتملت على تعليم الآباء تطبيق مبادئ تعديل السلوك والدراسات التي قام فيها الباحثون بتعديل سلوك الآباء بشكل مباشر.

* هذا الفصل ترجمة لدراسة:

* O'Dell, s. Training Parents in Behavior Modification: A Review
Psychological Bulletin, 81, 418 - 433, 1974.

وعند محاولة تحديد إمكانية تدريب الآباء في تعديل السلوك فإن قضيتين منفصلتين تبرزان :

(1) القضية الأولى هي إذا كان تدريب الآباء لمعالجة المشكلات المرتبطة بالصحة النفسية أمراً مفيداً.

(2) القضية الثانية هي الدور الذي يلعبه تعديل السلوك في هذا النوع من التدريب.

وثمة مبررات عديدة للافتراض بأن الآباء يمثلون جهة ملائمة للتعامل مع مشكلات الصحة النفسية، فالقول بأن الوقاية خير من العلاج إنما هو منهج لحل المشكلات. ولأن للآباء التأثير الأساسي في سنوات ما قبل المدرسة (Hawkins, 1972) فهم الأكثر قدرة على ضمان التكيف الوقائي للفرد. وقد أكد جلدول (Gildwelle, 1971) إن الوقاية من المشكلات في الطفولة إنما هي الأولوية الأولى في الصحة النفسية المجتمعية. وتدريب الآباء وتعليمهم يشكلان العنصر الأكثر أهمية في برامج الصحة النفسية الوقائية.

القضية الأخرى التي تبرر الحاجة إلى تدريب الآباء هو عدد الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات (Lindsley, 1966). فلا أحد سوى المعلمين والآباء بوجه خاص لديه القدرة على التعامل مع مشكلات الأطفال لأنهم بأعداد كبيرة.

وقد اقترح هوكنز (Hawkins, 1972) أن أعداد الأطفال ذوي المشكلات السلوكية هي أعداد كبيرة وأن الأمل الوحيد لمعالجة هذه القضية هو تنفيذ برامج تدريب الآباء على نطاق واسع.

كذلك هناك أدلة على أن الأشخاص الذين يرغبون في إحداث تغيير في السلوك غالباً ما يكون عليهم الانتقال إلى البيئة الطبيعية للفرد (Paul, 1969, & Tharp & Wetzel, 1969, Tramontana, 1971, Zeilberger 1968). Sampen, Sloane, 1968). والعمل في البيئة الطبيعية للطفل يقود حتماً إلى الآباء. فقد كتب روس (Ross 1972) يقول:

« إذا كنا نرغب في تعديل السلوك، فإن التعديل يجب أن يتم في المكان والزمان اللذين يظهر فيهما السلوك. ونادراً ما تكون غرفة المعالج هي ذاك المكان. ونتيجة لذلك فإن المعالج السلوكي الذي يعمل مع الأطفال غالباً ما يجد نفسه يعمل مع الأشخاص الراشدين الذين يكونون موجودين عندما يحدث السلوك المستهدف والذين يتحكمون باحتمالات التعزيز» (ص 919).

وخلص باترسون ولتمان وهنس (Patterson, Littman, & Hinsey 1964) إلى أن احتمالات التعزيز المتوفرة في بيئة الطفل الاجتماعية هي العامل الأساسي المسؤول عن تكيف الطفل. واقترح هؤلاء إن إعادة تدريب والدي الطفل غالباً ما تكون مرغوبة وكثيراً ما تكون ضرورية جداً.

إن ثمة اتفاقاً على ضرورة تدريب الآباء. وعلى أي حال، فإن نوع التدريب الذي يجب أن يحصلوا عليه ما يزال أمراً جدلياً. فالمناحي غير السلوكية تركز على الاستبصار (Mocnamara, 1963) وأساليب التواصل (Gordon, 1971). وقضية ملائمة تعديل السلوك لتدريب الآباء هي جزء من الجدل الكبير الذي يدور حول افتراضات وتكنولوجيا تعديل السلوك.

وفيما يتعلق بالكفاية العامة لتعديل السلوك ، خلّص ويرى وولرشايم (Werry & Wollersheim, 1969) إلى أن المقالات التي تبين ان تعديل السلوك فعال تساوي تقريباً المقالات التي أظهرت عدم فاعليته . على أنه ليس بمقدورنا أن نتحدث بوجه عام عن فاعلية تعديل السلوك . ويبدو أن من الأفضل التحدث عن المشكلات والفوائد بدقة أكبر .

وقد عدّ المؤلفون ما يعتقدون أنه يشكل حسنات تعديل السلوك على صعيد تدريب الآباء -Tra (Gelfand & Hartman,1968,Hartmann1970, montana,1971,Uilman & Krasner,1965; Werry & Wollersheim, 1969 وهذه الحسنات تشمل :

(1) قدرة الأشخاص الذين يفتقرون إلى المهارات العلاجية المعقدة على تعلم مبادئ تعديل السلوك وتنفيذ البرامج العلاجية .

(2) حقيقة أن تعديل السلوك يستند إلى نظرية طوّرت على ضوء نتائج البحوث التجريبية .

(3) إمكانية تعليم عدة أشخاص في الوقت نفسه .

(4) يتطلب التدريب عادة فترة زمنية قصيرة .

(5) إن الحد الأدنى من الكوادر المتخصصة يكون له أثر علاجي أكبر مما هو عليه الحال في النماذج العلاجية على المستوى الفردي .

(6) إن أعداداً كبيرة من الآباء تفضل النماذج العلاجية التي لا تفترض وجود سلوك «مرضي» على غرار النموذج الطبي .

(7) إن كثيراً من مشكلات الأطفال تتكون من أنماط سلوكية يمكن تعريفها بوضوح نسبي وتستجيب للعلاج السلوكي .

(8) إمكانية تطبيق تعديل السلوك لحل المشكلات في البيئة الطبيعية .

هذه العبارات تعتمد على درجات متباينة من الأدلة البحثية ولكنها تشير إلى أن للمنحى السلوكي فوائد محدّدة لتعديل سلوك الأطفال وتدريب الآباء مقارنة بالنماذج العلاجية التقليدية . وأهم دليل يدعم تدريب الآباء في تعديل السلوك هو الدليل الذي تقدمه البحوث التي أوضحت قدرة الآباء على تطبيق برامج تعديل السلوك مع أطفالهم .

وقد كتب هوكنز (Hawkins, 1972) حول موضوع تدريب الآباء في تعديل السلوك قائلاً:

« القضية ليست ما إذا كان الآباء سيستخدمون أساليب تعديل السلوك أم لا لتغيير سلوك أطفالهم وضبطه ، ولكن القضية هي إذا كان الآباء سيستخدمون هذه الأساليب بطريقة غير واعية بحيث تكون النتائج غير معروفة وغير سعيدة أم أنهم سيستخدمونها بطريقة واعية ومنتظمة وثابتة ليتمكنوا من تطوير الخصائص السلوكية التي ينشدهونها لدى أطفالهم» (ص 38) .

ويمكن التوصل إلى بعض الاستنتاجات حول إمكانية تطبيق أساليب تعديل السلوك في تدريب الآباء . وتدريب الآباء ذو أهمية كبيرة إذا كان يؤمل من برامج الوقاية في ميدان الصحة النفسية أن تصل إلى مستوى الخدمات المتخصصة . كذلك فإن تدريب الآباء يتفق والتوجه الحديث نحو العمل في البيئة الطبيعية ، ومن الواضح أن تعديل السلوك يوفر جملة من المفاهيم التي قد تشكل تكنولوجيا واعدة لمعالجة المشكلات السلوكية لدى الأطفال .

أولاً - مدخل تاريخي حول تدريب الآباء في تعديل سلوك الأبناء

إن التطور التاريخي لتدريب الآباء في تعديل السلوك إنما هو محصلة لانبثاق كلا المجالين . فمشاركة الآباء في معالجة أطفالهم ليست فكرة حديثة (Shah, 1969) والعلاج الجماعي للآباء نجم عن اكتشاف أن الآباء يمكن العمل معهم بفعالية ضمن مجموعات أثناء الحرب العالمية الثانية عندما كان النقص في الكوادر كبيراً . في عام 1947 ، شكل ديفز (Davis) مجموعات تدريبية من الأمهات اجتمعت على مدى سبعة شهور واستخدمت المناقشات العامة حول سبل تربية الأطفال . إلا أنه لم تجمع أية بيانات عن فاعلية هذا الأسلوب .

ووصف منرو (Munro, 1952) مجموعات آباء كان الهدف منها «تطوير فهم أفضل وتشجيع الاستبصار وإقامة العلاقات الأفضل بين الآباء والأبناء» (ص 16) . وفي هذا البحث أيضاً لم تُجمع البيانات إذ أن النتائج قد قيّمت ذاتياً . وقدم مكنامارا (Macnamara, 1963) تقريراً عن عمل قام به مع اثنتين من الأمهات لمدة سنتين وعبر عن اعتقاده بأن تغييرات قد طرأت على اتجاهاتهما .

إن تعديل السلوك قد انبثق من أعمال علماء التعلم الأوائل وخاصة سكينر (Skinner, 1939) . وفي عقدي الثلاثينات والأربعينات ، تكونت الدراسات إلى حد بعيد من بحوث أجريت على الحيوانات في تجارب عن التعلم الأساسي . أما عقد الخمسينات فاتصف بالانتقال إلى

بالقضايا العملية مثل التكلفة وتوفر المصادر وفاعلية البرامج . ويجب تقييم تدريب الآباء في تعديل السلوك من حيث الأدوات التقنية المتوفرة وأساليب البحث العلمي التي تقدم الدعم التجريبي . في هذا الجزء من المقالة نراجع الأبعاد التقنية التي كان لها أثر على تدريب الآباء في تعديل السلوك .

(2) أنواع المشكلات :

إن من الصعوبة بمكان وصف أنواع مشكلات الأطفال التي يمكن تدريب الآباء على معالجتها بسبب النواقص التقليدية للمصطلحات الوصفية والتصنيفات الطبية النفسية . لقد استطاع الآباء تعديل بعض الأنماط السلوكية المحددة لدى أطفالهم ذوي التلف الدماغي (Patterson, Jones, Whitter, & Wright, 1965, Salzinger, Feldman, & Portnoy, 1970 Walder, Cohen, Breiter,) والمتخلفين عقلياً (Datson, hirsch, & Leibowitz, 1969) والمتوحدين (Mathias, 1971) وذوي الاضطرابات الذهنية (Grander, Pearson, Bercovici, & Bricker, 1963) والأطفال الذين يعانون من الخوف من المدرسة (Patterson, 1965)، واشتملت الأنماط السلوكية التي تمت معالجتها على التدريب على استخدام الحمام (Madsen, 1965, Pumroy & Bucher, 1972) ونوبات الغضب (Pumroy, 1965) والتبول اللاإرادي (Bucher, 1972) ونوبات الغضب (Williams 1959) والسلوك الانسحابي (Allen, Hart, Buell Harris, & Wolfe, 1965) والسلوك العدواني (Zeilberger et. al, 1968) والشجار بين الأخوة (O' Leary, O' Leary, & Becker, 1967) وعدد كبير من المشكلات البيتية اليومية (Hall, Axelrod, Tyler, Grief, Gones, & Roberts, 1972, Lindsley 1966; Ryback, 1970) .

ومن الانتقادات الشائعة لتعديل السلوك أنه يركز على المشكلات البسيطة الواضحة المعالم . ورغم أن هذا كان صحيحاً أثناء المراحل الأولى من تطور هذه التكنولوجيا إلا أنه اتضح أن مشكلات شتى تشكل اضطرابات سلوكية مختلفة يمكن معالجتها في الوقت ذاته . فقد أجرى باترسون وبرودسكي (Paterson & Brodsky, 1966) دراسة على طفل كان يعاني من مشكلات طويلة الأمد بما فيها العدوان والسلس البولوي والصراخ . ومن خلال تعديل استجابات الأشخاص الذين كانوا يتفاعلون مع الطفل وتعليمهم أساليب التعزيز والتجاهل (المحو) استطاعا أن يخفضا بنجاح الأنماط السلوكية غير المقبولة إلى المعدل الطبيعي الذي يديه الأطفال الآخرون خلال أسبوعين فقط واستطاعا أيضاً زيادة التفاعلات الإيجابية بين الطفل وأقرانه . وفي دراسة أخرى قام بها جاردنر ورفاقه (Grandner et al, 1968) تم بنجاح تعديل أنماط التفاعل بين أم وطفلها كان لديهما اضطرابات نفسية .

وبدأت تجارب أخرى بتطوير الأساليب المختلفة للتعامل مع أنواع محدودة من المشكلات السلوكية . فقد حاول باترسون وكوب وري (Patterson, Cobb, & Ray, 1972) تطوير أساليب لتدريب آباء الأطفال العدوانيين، وعمل بيرنال ورفاقه (Bernal Duryee, Pruett, & Burns, 1968) وبيرنال (Bernal, 1969) على تطوير الأساليب العلاجية لحالات مرضية محدودة .

إن جميع الدراسات التي أشير إليها نجحت في تعديل الاستجابات المستهدفة ولا يبدو أن هناك أي نوع من المظاهر السلوكية لدى الأطفال لا يستطيع الآباء تعديلها .

(3) فئات الآباء :

إن عملية جمع البيانات عن خصائص الآباء الذين يشاركون في الدراسات قليلاً ما تحدث ، وكذلك الدراسات التي تطبق أدوات قياس محددة على الآباء بهدف ربطها بنجاح الآباء أقل حدوثاً. على أن بعض الدراسات تقدم الآراء والانطباعات الذاتية وأحياناً البيانات العلمية التي تشير إلى وجود علاقات بين بعض الخصائص الديمغرافية والشخصية وبعض الاتجاهات المحددة من جهة ونجاح تدريب الآباء من جهة أخرى.

لقد أفاد سالزنجر ورفاقه (Salzinger et.al, 1970) أن نجاح الآباء يرتبط بالمستوى التعليمي ، والذكاء والقدرات القرائية بوجه خاص . وقد اعتمدوا التدريب على التعلم اللفظي لمبادئ تعديل السلوك . ووجد باترسون ورفاقه (Patterson et.al, 1972) أن تدريب بعض الآباء الذين ينتمون إلى فئات اقتصادية - اجتماعية متدنية وغير المتعلمين كان أمراً صعباً بسبب افتقارهم إلى أبسط مبادئ تنشئة الطفل وضبط سلوكه وبسبب عدم توفر المعززات . والعمل مع الأمهات دون مشاركة الآباء أو العمل مع الأسر التي تعاني من مشكلات زوجية يتطلب وقتاً أطول وجهداً أكبر لإنجاح البرامج التدريبية . وعلى أية حال ، لم يجد باحثون آخرون (Hirsch & Walder, 1969) علاقة بين مستوى تعليم الآباء وذكائهم ومستواهم (Mira, 1970) الاقتصادي - الاجتماعي ونجاح التدريب . إن هذه الدراسات الأخيرة كانت تقلل من أهمية التعلم اللفظي وتركز على تعليم الآباء الاستجابات المناسبة للأطفال بشكل مباشر . لذلك فإن بعض الدراسات لجأت إلى تصنيف الآباء تبعاً للسمات الشخصية أو الاضطرابات النفسية . بل أن بعض الدراسات قامت بتشخيص ذوي الاضطرابات الذهنية بطريقة رسمية (Wiltze 1969) .

أما باترسون (Batterson, 1965) فاقتصرت أساليبه العلاجية على الأشخاص الذين لا يظهرون أية اضطرابات واضحة . وحقق بيرنال ورفاقه (Bernal et. al., 1972) بعض النجاح في تدريب أم مطلقة كانت تعاني من اضطرابات ذهنية ، ولكنهم واجهوا صعوبة في مواصلة التدريب لأن المشكلات الشخصية لدى الأم حالت دون تحقيق النجاح .

وقد اعتبرت عدة دراسات بعض خصائص الآباء مثل التعاون والدافعية متغيرات هامة عند العمل مع الآباء (Bernal et.al, 1968; Bernal et. al, 1972) . وأشارت دراسات أخرى إلى أن التباين الكبير بين الآباء يمثل مشكلة تدريبية أساسية (Pattarson, 1968) . كذلك فإن الخصائص الفردية للآباء تتفاعل مع أنواع الأساليب التدريبية مما يعمل بدوره على زيادة التباين (Gelfand et. al., 1968) . وقد استنتج بيرنال ورفاقه (Bernal et. al., 1968) أن برامج التدريب الفردية ضرورية للتعامل مع هذا التباين .

وبسبب نقص البيانات ، لا يمكن التوصل إلا إلى استنتاجات قليلة حول أثر خصائص الآباء على التدريب . وبالإمكان التوصل إلى الاستنتاجين المؤقتين التاليين :

(1) إن مناحي التعلم اللفظي تتطلب أحياناً مستوىً تعليمياً عالياً من قبل الآباء .

(2) إن البرامج التي تركز على التعلم السلوكي الحقيقي والبرامج الفردية قادرة على تحقيق النتائج المرجوة لدى مجموعة أوسع من الآباء .

ثانياً - أساليب تدريب الآباء

صنف والد ورفاقه (Walder et. al.,1969) أساليب تدريب الآباء إلى ثلاثة أنواع أساسية هي:

(1) المجموعات التعليمية .

(2) الاستشارات الفردية .

(3) البيئات التعليمية المنظمة .

تتألف المجموعات التعليمية عادة من (4 - 12) من الآباء الذين يرغبون في تعلم مهارات ضبط سلوك الطفل . وهدفها غالباً ما يكون تقديم معلومات عامة عن تعديل السلوك بغية الوقاية من المشكلات وحلها في حالة حدوثها . فقد استخدم هول ورفاقه (Hall et.al, 1972) مجموعات الآباء تبعاً لنموذج التعليم الاستجابي (Responsive Teaching Model) . وفقاً لهذا النموذج ، يتعلم الآباء من خلال المحاضرات والأفلام والمناقشات المبادئ الرئيسية لتعديل السلوك ويتعلمون طرق تطبيق برامج تعديل السلوك من خلال تعلم عدّ السلوك، والتحقق من صدق البيانات، وتنظيم توابع السلوك (النتائج) على نحو يسمح بتغيير سلوك الطفل .

واستخدم باحثون آخرون الخبرات الجماعية كجزء من البرامج التدريبية (Cohen, 1970, Rose, 1969). أن المجموعات تسمح بتوظيف أوقات الإخصائين التدريبية بطريقة اقتصادية وتوظف تفاعل الرفاق والتعزيز. وهي أكثر ملاءمة للدراسات التجريبية التي تستخدم المجموعات الضابطة لمقارنة الأمور التدريبية العامة. على أي حال، فإن الخبرات الجماعية تطبق أحياناً أساليب عامة لمعالجة مشكلات محدودة ويتضمن بعضها مرحلة تدريب فردي (Patteson et.al.,1972; 1971;Sal zinger et al., 1970;Walder et. al., 1970) ويتضمن التدريب عبر الاستشارة الفردية عادة مجموعة من الآباء يواجه أطفالهم مشكلة عيادية وهذه الجهود قد تقدم دون الالتقاء بالطفل (Gonson, 1971, Modsen 1965). فقد يمارس الآباء تعديل السلوك في العيادة أو قد يقوم المدرب بملاحظة الآباء في البيت بشكل مباشر (Zeilberger et. al.,1968). وعندما يحتاج الآباء إلى تدريب خاص للتعامل مع مشكلات محددة، فإن الاستشارات الفردية توفر الإشراف اللازم لكل فرد على حدة (Bernal et al.,1968; Patterson et. al., 1971). وقد استنتج بيرنال (Bernal, 1969) الذي استخدم برامج الاستشارة الفردية في كل من المختبر والبيت أن التدريب على الأنماط السلوكية المعقدة يجعل التعليم المباشر ضرورة حقيقية. وهكذا، فإن الاستشارة الفردية والتعديل المباشر لسلوك الآباء كثيراً ما يستخدم وهو منحى تدريبي يحقق نجاحاً كبيراً.

لقد درس بعض الباحثين استخدام البيئات التعليمية المنظمة والتي يُشكّل السلوك فيها من خلال عملية مستمرة. وهذه الجهود غالباً ما تنفذ في أو مخبرية تسمح للمجريين القيام بالملاحظة عبر مرآة باتجاه واحد ويو. سلوكاً من خلال أدوات توجيهية مختلفة (Patterson & Brodsky, 1966)

(Terdal & Buell, 1969). على أية حال، لقد صُممت أدوات مشابهة أيضاً للاستخدام في البيت (Zeilberger et. al, 1968). فعلى سبيل المثال، قام جونسون وبراون (Jonson & Brown, 1969) بتشكيل سلوك الآباء باستخدام ضوء أحمر استخدماه لتعزيز ردود فعل الآباء الصحيحة لأبنائهم في الموقف التدريبي. ومثل هذه الطرق مكلفة ولكن التغذية الراجعة الفورية تُحدث تغييراً سريعاً وتُحد من المشكلات في التواصل.

وقد استخدم بعض الباحثين أساليب ترتبط بالمناحي التدريبية الثلاثة في ذات الوقت. فقد استخدم باترسون ورفاقه (Patterson et. al., 1973) الطرائق التدريبية الثلاث، أولاً من خلال تعريف مجموعات الآباء بمبادئ تعديل السلوك الرئيسية ومن ثم من خلال تزويدهم بالاستشارة الفردية وبالإشراف الفردي في المرحلة الأخيرة. واستخدم باحثون آخرون هذه الطرائق المختلفة (Engeln, Knutson, Laughly, & Carlington, 1968, Wahler, 1969). وما تزال الاستنتاجات حول أي الطرق أكثر فاعلية في المواقف التدريبية المختلفة مؤقتة بسبب عدم توفر دراسات المقارنة.

ثالثاً - محتوى التدريب

الشكلان الأساسيان لاختيار محتوى التدريب هما تعليم مبادئ تعديل السلوك على المستوى اللفظي وتعليم المهارات السلوكية الفعلية للآباء بشكل مباشر. ويختلف هذان المجالان من حيث أنهما قد يهدفان إلى تعليم مهارات تعديل سلوك الأطفال بشكل عام أو تطبيق المبادئ السلوكية لمعالجة مشكلات محددة.

إن أعداداً كبيرة من الآباء يتم تدريبها على المستوى اللفظي لمعرفة المفاهيم الأساسية في تعديل السلوك وفي نظرية التعليم الاجتماعي (Cohen, 1970; Patterson et al., 1972, Peine, 1972, Skinner, 1939). ويشمل هذا التدريب عادة فهم مبادئ الإشراف الإجرائي ومعرفة طرق تطور السلوك غير المرغوب فيه في التعليم الاجتماعي للطفل (Patterson, 1968). وتركز بعض المناحي التدريبية على اكتساب المصطلحات والألفاظ المتعلقة بسلوكيات التعلم (Patterson, 1968, Peine, 1971) في حين يرى مدربون آخرون أن المصطلحات والألفاظ غير ضرورية بل ويعتقدون بأهمية تجنبها (Fuller, 1971, Lindsley, 1966). ويتدرّب بعض الآباء على الفهم اللفظي لأساليب محددة. فقد يوضح المدرب للآباء قواعد التعزيز الرمزي (Alvord, 1971) أو الخطوات المحددة لتعليم الطفل استخدام الحمام (Madsen, 1965). وقد اشتمل عدد كبير من دراسات الحالة التي تتضمنها أدبيات تدريب الآباء على قيام المدرب بتقديم المشورة اللفظية المحددة للآباء حيث يطلب من الآباء تمثلها ومن ثم ترجمتها إلى سلوك حقيقي لاحقاً (Allen & Harris, 1971, Wahler, 1969, Zeilberger et. al., 1968). وهناك منحى تدريبي آخر يتضمن تعليم المهارات السلوكية للآباء بشكل مباشر. فقد تضمنت عدة دراسات تعليم

الآباء جملة من المهارات السلوكية العامة التي يعتقد أنها قابلة للتطبيق لحل مشكلات متنوعة (Mira, 1970, Patterson et. al., 1972, Terdal & Buell, 1969). وتلك الدراسات إنما هي امتداد لنموذج التعليم الدقيق (Precision Teaching Model) الذي طوره أوجدن لندسلي (Lindsley, 1966) والذي يشمل تعليم الآباء طرق تعريف السلوك وطرق تسجيل تكرار السلوك وتمثيله بيانياً وتوظيف النتائج التي من شأنها خفض معدل حدوث السلوك أو زيادته. وباستطاعة المهتم بوصف تفصيلي لهذا النموذج مراجعة سترون (Straughan, 1969).

ثمة منحنى آخر يهتم بتشكيل استجابات محددة لدى الآباء وذلك من أجل تعديل ردود أفعالهم لسلوك أطفالهم. فقد شكل هوكنز ورفاقه (Hawkins, Peterson, Schweid, & Bijou, 1966) ردود فعل إحدى الأمهات لسلوك طفلها غير المرغوب فيه من خلال الإيعاز إليها بالاستجابة إلى إشارات مختلفة كانت تصدر عن الباحث أثناء تفاعلها مع ابنها. واستطاع باحثون تعليم الآباء استجابات مختلفة منها الانتباه التفاضلي إلى سلوك الأطفال المرغوب فيه وغير المرغوب فيه (Whaler, 1969) ومهارات التعزيز (Patterson et. al., 1967). واستخدام أسلوب الإقصاء عن التعزيز الإيجابي (Patterson & White, 1969).

وبالإمكان التوصل إلى استنتاجات قليلة حول مرغوبية بعض أشكال محتوى التدريب المحددة لجميع محتويات التدريب يمكن أن تكون مناسبة في بعض المواقف. وعلى أي حال، يبدو أن التدريب السلوكي الفعلي ضروري في معظم الأحيان لإحداث تغييرات في سلوك الآباء يمكن قياسها.

رابعاً - التكنيكات التدريبية

لعل أكثر التكنيكات استخداماً في تدريب الآباء هي تلك المتمثلة بأشكال مختلفة من التعليم الإرشادي . فبعض التدريب اعتمد على النصيحة المباشرة والتوجيه اللفظي (Allen & Harris, 1971, Hawkins et. al., 1966, Madsen, 1965, Patterson, 1965, Salzinger et. al., 1970; 1969).

واستخدمت المحاضرات (Hall et. al., 1972) والأفلام (Hall et. al., 1972, Walder et. al., 1969) بشكل واسع مع مجموعات الآباء وأنتجت أفلام عديدة تبين أساليب تعديل السلوك المختلفة . ووظفت نسبة كبيرة من الدراسات كتباً مبرمجة تعرض مبادئ تعديل السلوك وأساليبه (Cohen, 1970: Lind- sley, 1966, Mathis, 1971, Patterson et. al., 1972, Rose, 1969) ومن الأمثلة على هذه الكتب كتاب باترسون وجليون (Patterson & Guillion, 1968) «العيش مع الأطفال» وكتاب بكر (Backer, 1971) «الآباء معلمون» .

وتبرز التكنيكات التدريبية الأخرى أهمية التأكيد على اكتساب المهارات السلوكية . فقد استخدم زيلبرجر ورفاقه (Zeilberger et. al., 1968) أحد أشكال التوجيه السلوكي حيث كان الآباء يُلاحظون أثناء تفاعلهم مع الأطفال وقدمت لهم تعليمات وتغذية راجعة ، واستخدم ويلر (Wahler, 1989) طريقة مماثلة . ومن الطرق الأخرى لتوجيه الآباء أثناء تفاعلهم مع أطفالهم استخدام المؤشرات الضوئية . (Wahler, Winkel, Peterson & Morrison, 1971) والإشارات اليدوية (O'Leary et. al., 1967) وأجهزة إرسال واستقبال (Bernal et al., 1967) وسماعة تثبت على الأذن .

وتعتبر النمذجة من أنجح التكنيكات التدريبية المستخدمة . وتتضمن النمذجة قيام المدرب أو أب آخر بتوضيح الاستجابة التي على الأب اكتسابها (Johnson & Brown, 1969; Patterson & Brodsky, 1966, Rose, 1969, Sherman & Bear, 1969, Straughan, 1964).

ومن امتدادات هذا المنحى ما يُعرف بالممارسة السلوكية والتي يمارس فيها الآباء الاستجابات التي سيتم استخدامها تحت إشراف المدرب قبل تطبيقها فعلياً مع الطفل (Gittelman, 1965, Johnson, 1971, Rose, 1969). ومن أجل إعطاء الآباء تغذية راجعة علنية عن سلوكهم، استخدم الفيديو ومن الممكن استخدامه للمقارنة بين أنواع التفاعل المختلفة في المستقبل (Bernal, 1969, Johnson, 1971). ودمج بعض الباحثين عدداً كبيراً من الأساليب فاستخدم روز (Rose, 1969) المقابلات، والمحاضرات، والتعليم الفردي، والمناقشة، والتعيينات السلوكية المنزلية، والنمذجة، والممارسة السلوكية، والتعاقد مع الآباء. وكما لاحظ باترسون (Patterson, 1968)، فإن كل أسرة وكل موقف يتطلب تطوير تكنيك جديد واحد على الأقل.

وأكد بعض الباحثين أهمية إشراك الآباء في الفريق العلاجي . فقد ناقش لندسلي (Lindsley, 1970) قضايا مختلفة مثل استخدام الدعاية وسرعة عرض المعلومات اللتين قد تكونان مهمتين للفوز بانتباه المجموعة . ولعل الأهم من ذلك كله هو تعزيز الآباء إيجابياً عندما يطورون مهاراتهم (Patterson et. al., 1967).

مرة أخرى، ثمة بحث قليل يمكن الاستناد إليه لإطلاق الأحكام حول أي التكنيكات التدريبية أكثر فاعلية مع فئات الآباء المختلفة . إن كل التكنيكات التي ذكرت أحدثت تغييراً في سلوك الآباء والقرارات يجب أن تعتمد على الأحكام الذاتية والموارد المتوفرة والاعتبارات الأخرى التي تفتقر حالياً إلى دعم البحوث المقارنة .

خامساً - تعميم تدريب الآباء وتنفيذه

إضافة إلى محاولة تدريب الآباء بشكل فعال، ينبغي أن تتعامل التكنولوجيا أيضاً مع قضايا مثل زيادة مشاركة الآباء، والحفاظ على الاهتمام والدافعية وإكساب الآباء المهارات التي يتم تعميمها بعد توقف التدريب. ولا بد من الإشارة إلى أن بعض الافتراضات والمصطلحات والمهارات السلوكية المتعلقة بتعديل سلوك الأطفال غير مألوفة بالنسبة للآباء (Russo, 1964, Wolf et. al., 1964). ومثل هذه القضايا يجب أخذها بعين الاهتمام من أجل جذب اهتمام الآباء والحفاظ عليه.

وتقدم البرامج التدريبية لآباء كثيرين من خلال العيادات أو برامج التربية الخاصة. وقد أفاد بين (Peine, 1971) أن (130) أباً وأماً فقط من أصل (12,000) أرسلت إليهم دعوات مدرسية لبوا الدّعوات. فاهتمام الآباء بتعديل السلوك متباين وغالباً ما يعتمد على المدّرب والأساليب التدريبية المستخدمة. فقد أفاد لندسلي أن (70%) من الآباء الذين شاركوا في المجموعات التدريبية لم يحاولوا تنفيذ تعديل السلوك عندما استخدمت معهم المصطلحات والنظرية السلوكية كقاعدة للتدريب. وأفاد موري (Morrey, 1970) أن التدريب في دراسته ابتدأ بعشرين أسرة وانتهى بست أسر فقط. وأفاد كوهين (Cohen, 1970) أن أكثر من (50%) من الآباء انقطعوا عن التدريب عندما تضمنت الجلسات التدريبية تعليم الآباء مهارات تسجيل السلوك.

وأشار باحثون آخرون إلى حماسة كبيرة من قبل الآباء وحضور منقطع النظير. فعلى سبيل المثال، حقق هيرش ووالدر (Hirsch & Walder, 1969) نجاحاً كاملاً على صعيد استمرار الآباء بالتدريب عندما جعلوا إمكانية إعادة قسط التسجيل معتمداً على الاستمرار بالحضور.

ونوع كل من بين (Peine, 1971) وبين ومنرو (Peine & Munro, 1973) الظروف أثناء الجلسات التدريبية للآباء وبيننا أن المكافآت الاجتماعية والتعزيز المادّي والعقود المكتوبة مع الآباء زادت بشكل ملحوظ من حضور الآباء ومشاركتهم في المجموعة مقارنة مع المجموعات التي لم تستخدم معها مثل تلك الأساليب. وفي برنامج عيادي واسع، أفادت ميرا (Mira, 1970) أن الجلسات العيادية مع المعالج كانت متوقفة على عرض الآباء لسجلات توضح سلوك أطفالهم. وخصم باترسون ورفاقه (Patterson et. al., 1967) دولاراً واحداً من القسط الذي دفعه الآباء للعيادة في كل مرة قام فيها الآباء بتعزيز السلوك المناسب للطفل. ووصف باترسون ورفاقه (Patterson et. al., 1969) أيضاً استخدام الهاتف للحفاظ على مشاركة الآباء ولجعل انتقالهم من خطوة إلى أخرى في العملية التدريبية معتمداً على اكتسابهم المهارات المطلوبة بنجاح في كل خطوة.

وناقش روز (Rose, 1969) أهمية تعزيز الآباء على نجاحهم. وما يلفت الانتباه هو عدد الباحثين الذين يقترحون استخدام هذه الأساليب مع الأطفال، ومع ذلك فهم قد أخفقوا في بذل أية جهود منتظمة لتشكيل سلوك الآباء باستخدام الأساليب ذاتها. لقد احتاج بعض المدربين إلى عدة سنوات ليذكروا أن الآباء بحاجة إلى التعزيز أيضاً.

وعلى افتراض أن الآباء يكتسبون المهارات الأساسية لتعديل سلوك أطفالهم، فإن قضايا أخرى تبرز. فحتى يكون التدريب فعالاً، يجب أن تتعمم المهارات المكتسبة خارج نطاق الوضع التدريبي ويجب الحفاظ عليها بعد توقف التدريب. لقد تنبأ راشمان (Rachman, 1962) أن تعميم الأثر سيصبح المحور الرئيسي في علاج الأطفال ولكن التكنولوجيا لم تقدم بعد أساليب متطورة لتعميم التغيرات التي تطرأ على سلوك الآباء وللمحافظة على استمراريتها. ولتحقيق ذلك الهدف، استخدم باترسون ورفاقه (Patterson et. al., 1972) الاتصالات الهاتفية وإعادة التدريب الدوري. واستنتجوا أن تدريب الآباء لا يتعمم عادة من مشكلة لدى الأطفال إلى مشكلة أخرى واقترحوا استخدام أساليب التعميم كجزء لا يتجزأ من التدريب. إن هذا الجانب ما يزال أقل تطوراً من جوانب التكنولوجيا الأخرى.

خلاصة الأمر، يتضح أن الباحثين الذين يعملون في مجال تدريب الآباء في تعديل السلوك ابتدأوا بتطوير تكنولوجيا مفيدة لمساعدة الآباء على التعامل مع المشكلات السلوكية لدى أطفالهم. وقد طبقت هذه التكنولوجيا على العديد من مشكلات الآباء والأطفال. وعلى الرغم من إمكانية التوصل إلى بعض الاستنتاجات مثل الحاجة إلى التدريب السلوكي الفعلي إضافة إلى التدريب اللفظي، إلا أن معظم القرارات حول الأساليب التي يجب تطبيقها في موقف ما غالباً ما تعتمد على القناعات الشخصية للمدرب وليس على البحوث المقارنة. إن القول الفصل حول فاعلية التكنولوجيا هو للبحوث الإضافية.

سادساً - منهجية البحث وتطبيقاته في مجال تدريب الآباء

يراجع هذا الجزء من الإجراءات البحثية المستخدمة لتطوير التكنولوجيا وتقييمها .

(1) معايير البحث :

إن تدريب الآباء في تعديل السلوك يجب أن يلتزم بالمعايير البحثية العامة المقبولة ويجب أن يراعي المعايير الفريدة نسبياً في هذا المجال . ولما كانت معظم جوانب تدريب الآباء تماثل التحليل السلوكي التطبيقي ، فلا بد من الامتثال لمعايير البحث التي لخصها بير ورفاقه (Bear et. al.,1968) .

وبتطبيق هذه المبادئ في مجال تدريب الآباء ، يمكننا اقتراح المعايير التالية لتقييم الدراسات :

1 - يجب وصف خصائص الآباء والأطفال المشاركين في الدراسة للسماح بالتعميم .

2 - يجب تقديم وصف للمعلومات الديمغرافية الأساسية على أقل تقدير .

3 - يجب تقديم وصف لسلوك الأطفال يركز على الخصائص الكمية، وتقديم وصف دقيق لسلوك الآباء الذي أحدث التغيير في سلوك الأطفال، ووصف دقيق لسلوك المدرب الذي أحدث التغيير في سلوك الآباء.

4 - يجب تقديم وصف تقني وتعريف إجرائي لمحتوى التدريب بحيث يمكن تكرار الدراسة بسهولة نسبياً.

5 - يجب أن يسمح تصميم الدراسة بضبط المتغيرات وعزلها بحيث أن تعزى النتائج لتلك المتغيرات، ويجب أن يتضمن التصميم معدلات مستقرة في مرحلة الخط الأساس.

6 - يجب أن يركز القياس على الاستجابات القابلة للملاحظة المباشرة وأن يقدم دليلاً على ثبات القياس.

7 - يجب وصف تكاليف البرنامج من حيث الوقت والمال للتمكن من إجراء المقارنات.

8 - يجب أن تبين الدراسة الأهمية الاجتماعية للسلوك الذي تم تغييره.

(2) تقييم البحث :

يناقش هذا الجزء ويقيم طرائق البحث المستخدمة في مجال تدريب الآباء في تعديل السلوك . إن أربع دراسات فقط من بين الدراسات التي تمت الإشارة إليها سابقاً عملت على مراعاة جميع المعايير آنفة الذكر (Hawkins et. al., 1966, Patterson & Brodsky, 1966, Patterson et. al., 1972, Patterson et. al., 1967) . ونجحت خمس دراسات أخرى في مراعاة جميع المعايير باستثناء معيار واحد أو معيارين (Herbert & Bear, 1972, Patterson et. al., Peine 1972, Wahler, 1969; Wiltz, 1969)

أما الدراسات المتبقية فلم تقدم معلومات كافية عما لا يقل عن ثلاثة من المعايير . وتمثلت المجالات المحذوفة في معظم الدراسات بعدم وصف عملية التدريب بشكل كاف ، وعدم تقديم معلومات عن التغيرات في سلوك الآباء ، وعدم تقديم معلومات عن تعميم الأثر والمحافظة على استمراريته .

هذا ويناقش الجزء التالي البحوث التي تمت مراجعتها على ضوء المعايير التي قدمت في الجزء السابق .

(3) اختيار العينات :

تعاني الدراسات في مجال تدريب الآباء من مشكلات على صعيد العينات نتيجة الحاجة إلى استخدام المتطوعين كأفراد في الدراسات . فمعظم الآباء كانوا محالين إلى العيادات أو آباء لأطفال معاقين . ولم تصف إلا دراسات قليلة خصائص العينة ، واعتمدت عدة دراسات على عينة من أب وطفل . ومثل هذه المشكلات في العينات تمثل تحديات حقيقية تحول دون تعميم الدراسات .

في بعض الحالات وصفت العينات على هيئة قوائم بريدية بالأسماء التي كانت توجه إليها الدعوات للمشاركة في التجارب (Peine, 1971). وحاولت بعض الدراسات جمع المعلومات الديمغرافية الأساسية عن الأفراد. فعلى سبيل المثال، عرض باترسون ورفاقه (Patterson et. al., 1972) المعلومات الديمغرافية في جداول تبين العمر، وعدد الأطفال، والمشكلة السلوكية، والمهنة، ووجود أو غياب الأب عن البيت. وقام بين ومنرو (Peine & Munro, 1973) بجمع بيانات عن المستوى التعليمي للأب، والدخل، والوضع الزواجي. إن دراسات قليلة فقط قامت بعرض مثل هذه المعلومات الديمغرافية وليس من شك في أن جمع المعلومات الديمغرافية أمر مفيد وإن كان لا يحل مشكلة اختيار العينات.

(4) وصف الأنماط السلوكية المستهدفة:

حاولت معظم الدراسات وصف السلوك المستهدف لدى الطفل بطريقة قابلة للقياس المباشر. فقد عرف زيلبرجر ورفاقه (Zeilberger et. al., 1968) السلوك العدواني للطفل على هيئة تكرارات حدوث الضرب والركل والدفع ورمي الأشياء والعض والخدش. وذهب جاردنر ورفاقه (Gardner et. al., 1968) إلى أبعد من مجرد استخدام مصطلح السلوك الفصامي، وقاموا بتعريف الاستجابات غير التكيفية إجرائياً مثل الصراخ والدوران في حلقات وما إلى ذلك. وناقش باترسون وبرودسكي (Patterson & Brodsky, 1966) طريقة لتصنيف مشكلات الأطفال من أجل مقارنتهم على ضوء جملة من المعايير السلوكية.

ورغم أن استجابات الأطفال كانت تعرف جيداً في العادة، فإن استخدام نفس الإجراءات لتعريف استجابات الآباء نادراً ما استخدمت. فقد كان بيرنال (Bernal, 1969) حريصاً في تعريف سلوك الطفل وقياسه بموضوعية ولكنه لم يقدم إلا وصفاً عاماً وغامضاً لسلوك الأب عند تفاعله مع الطفل. وقدم هربرت وبيير (Herbert & Bear 1972) وصفاً سلوكياً لانتباه الآباء على هيئة عبارات لفظية محددة موجهة نحو الطفل. وتتضمن نظم القياس السلوكي أحياناً تسجيل تكرارات المثيرات التي يقدمها الآباء واستجاباتهم للطفل (Patterson et. al., 1972).

أما الأوصاف الدقيقة لسلوك المدربين الذي أحدث التغيير في سلوك الآباء فهو غير موجود. فهذه المعلومات تقدم عادة عبر أوصاف عامة لتكنيكات التدريب المستخدمة. إن نزعة الدراسات نحو التركيز على التغيير في سلوك الأطفال نجم عنها تجاهل لوصف استجابات الآباء واستجابات المدربين التي كانت مسؤولة عن ذلك التغيير.

(5) قابلية التكرار:

لا تتوفر أية دراسات تصف وصفاً كافياً محتوى التدريب وتكنيكاته (Patterson et. al., 1972). لقد وصف هول ورفاقه (Hall, Cristler, Crans-ton, & Tucker, 1970) أعمال الآباء الذين نجحوا في استخدام تصميم البحث المستخدم ولكنهم لم يصفوا الطريقة التي استخدمت لتدريب هؤلاء الآباء. واعتمدت معظم الدراسات على وصف موجز للتدريب دون تقديم وصف إجرائي للإجراءات (Johnson & Brown, 1969; Shahm 1969).

على أية حال ، حاولت بعض الدراسات وصف التدريب بالتفصيل . فقد أعدّ زيلبرجر ورفاقه (Zeilberger et. al., 1968) قائمة كاملة بالتعليمات اللفظية التي قدّمت للآباء . وبين واجنر (Wagner, 1968) أن حتى دراسة الحالة يمكن أن تعرف إجرائياً وتصف الإجراءات التدريبية . وتضمنت المحاولات الأخرى لوصف التدريب إجرائياً تحديد الوقت الذي خصص لتعليم مهارات محددة (Walder et. al., 1969) أو تحديد المعايير مسبقاً للحكم على مصداقية البيانات التي يجمعها الآباء (Cohen, 1970) أو تحصيل درجة معينة على اختبار الإجراءات ذاتها مع عدة حالات لإيضاح عمومية الأساليب التدريبية (Bernal et. al., 1972) . ولخصت ميرا (Mira, 1970) برنامجاً على نطاق واسع تم تطبيقه على ما يزيد عن (100) حالة بهدف البحث عن فاعلية تكنولوجيا تعديل السلوك في التعامل مع المشكلات المتنوعة لدى الأطفال الذين أحيلوا إلى العيادة . وقد أفادت بأن نصف أولئك الآباء تقريباً نجحوا في تعديل وتسجيل سلوك الأطفال . ورغم أن بعض الباحثين الذين استخدموا دراسات الحالة عملوا على مراعاة المعايير البحثية ، إلا إن تلك الدراسات نزلت بقوة نحو تجاهل الأبعاد المنهجية المهمة .

ثاني أكثر أنواع تصميم البحث استخداماً في الدراسات هو التصميم العكسي . فقد عرض ويلر (Wahler, 1969) سلسلة من الدراسات التي استخدمت هذا التصميم لإيجاد الطرق لضبط الأطفال العنيدين . في تلك الدراسات سجلت تكرارات الاستجابات التي تعبر عن العناد . وطلب من الآباء الانتباه إلى الاستجابات المرغوب فيها للأطفال ونقلهم إلى مكان مملّ عندما يتصرفون بعناد . وأشارت الرسوم البيانية إلى إن العناد انخفض بشكل ملحوظ . وعاد الآباء إلى استخدام طرقهم السابقة في التعامل مع العناد وعادت بالتالي معدلات حدوث العناد إلى مستوياتها السابقة . وأخيراً طلب

من الآباء إعادة توظيف الانتباه التفاضلي وعزل الأطفال عندما يسيئون التصرف . مرة أخرى عادت معدلات العناد إلى المستوى المنخفض الذي تم تحقيقه سابقاً .

واستخدمت بعض الدراسات تصميم الخطوط القاعدية المتعددة . في هذا التصميم يتم قياس عدة استجابات في الوقت ذاته من أجل تحديد تأثيرات أسلوب تعديل السلوك المستخدم على عدة فئات من السلوك حالياً (Hall & Broden, 1967, Hall et. al., 1970) . هذا التصميم يعامل بوصفه طريقة منهجية لبحث التفاعلات المعقدة المتضمنة في التحليل السلوكي (Bear et. al., 1968) . ان التركيز في الدراسات المستخدمة للتصميم العكسي وتصميم الخطوط القاعدية المتعددة ينصب على إيضاح الضبط التجريبي للسلوك وتطوير الأساليب العلاجية المشتقة تجريبياً وأساليب القياس القابلة للتطبيق في الأوضاع العيادية .

في النوع الثالث من الدراسات يتم التحكم تجريبياً بمتغير مستقل باستخدام مجموعة من الآباء . فقد استخدم ولتز (Wiltz, 1969) تصميماً دربت فيه مجموعة من الآباء على أساليب تعديل السلوك واستخدمت مجموعة أخرى من الآباء بوصفها مجموعة ضابطة . وقد أفاد هذا الباحث أن السلوك الشاذ للأطفال في المجموعة التجريبية انخفض بما متوسطه (50%) في حين أن سلوك الأطفال في المجموعة الضابطة ازداد بمعدل (30%) . وقد انخفض سلوك الأطفال في المجموعة التجريبية لاحقاً بشكل أكبر . واستخدم جونسون (Johnson, 1970) طريقة مقارنة المجموعات حيث تمت مقارنة أربعة أنواع من المجموعات . وتباينت تلك المجموعات من حيث التركيز على الأم أو الطفل أو من حيث الاهتمام بالمشاعر أو السلوك . ورغم أن دراسة جونسون يجب

تقييمها بحذر بسبب عدم ضبط عدة متغيرات ، فقد أفاد بأن المجموعات التي اهتمت بالأمهات وبالسلوك كانت أكثر نجاحاً . إن مثل هذه الدراسات التجريبية تقارن تقنيات مختلفة بهدف تحديد التكنيكات الأكثر عملية .

إن هذه التصاميم كثيراً ما يتم تنفيذها على نحو لا يتضمن عزل المتغيرات ولا يربط التغيرات السلوكية بأساليب تعديل السلوك المستخدمة . لقد راجع بوليكي (Pawlicki, 1970) المنهجية المستخدمة في عدد كبير من هذه الدراسات وأشار إلى أن معظم الدراسات أخفقت في جمع البيانات عن السلوك المستهدف في مرحلة الأساس وعانت مواطن ضعف منهجية متعددة أخرى .

(6) أساليب القياس :

إن مايزيد على ثلث الدراسات التي تمت مراجعتها لم تقدم بيانات موضوعية عن المتغيرات بل اكتفت بتقديم وصف ذاتي لها . وتضمنت هذه الأوصاف المعلومات الديمغرافية ومستوى القراءة (Salzinger et. al. 1970) ومستوى القلق والاتجاهات نحو التغيير في سلوك الطفل ., (Patterson et. al., 1972) . وقياس بعض المفاهيم النظرية التي شعر الباحثون انها قد ترتبط بالتدريب . ولجأت عدة دراسات إلى المقاييس الكتابية لتحديد مستوى معرفة الآباء بمبادئ تعديل السلوك (Cohen, 1970; Peine, 1971; Pumroy & Pumroy, 1965, Salzinger et. al., 1970) . وتمثلت أكثر أساليب القياس استخداماً بأساليب الملاحظة المباشرة الأساسية في التحليل السلوكي التطبيقي . وذلك يتضمن استخدام العينات الزمنية اللحظية لتسجيل معدل تكرار سلوك ما لدى الأب أو لدى الطفل .

وركزت بعض الدراسات أحياناً بالكامل على سلوك الآباء أو على سلوك الأطفال أو على سلوك الآباء والأطفال معاً أثناء تفاعلهم ووصفت استجابات الأطفال من خلال عدد الدقائق التي حدثت فيها الفوضى أثناء ساعة الغداء (Johnson, 1971) والسجل التراكمي لتكرار نوبات الغضب (Wolf, Risley, 1964) أو أنواع مختلفة من القياس للسلوك المرغوب فيه وللسلوك غير المرغوب فيه (Wahler et. al., 1971) أما الملاحظة المباشرة فلم تستخدم إلا في بعض الدراسات فقط. فقد ركز دوتي (Doty, 1972) على سلوك الآباء وحاول محاكاة مهارات تعديل السلوك وقام بقياس قدرة الآباء على تعريف وعدّ الاستجابات من خلال مشاهدتهم لها عبر الفيديو.

إن معظم الدراسات التي استخدمت القياس السلوكي وظفت نظاماً لقياس تكرار ونوعية تفاعل الآباء والأبناء. فقد سجل ويلر ورفاقه (Wahler et. al., 1969 a) في آن واحد تكرار الاستجابات المقبولة والاستجابات غير المقبولة للأطفال وانتباه الآباء لكل نوع من هذه الاستجابات. وبينت النتائج بوضوح ان انتباه الآباء للسلوك المقبول يمكن أن يكون عاملاً سببياً مهماً لنوع السلوك الذي يصدر عن الطفل. وسجل هوكنز ورفاقه (Hawkins et. al., 1966) تكرار التوجيهات اللفظية التي تصدر عن الآباء وتكرار الاستجابات الاعتراضية من قبل الأطفال. وتبين ثانية أن استمرارية السلوك الاعتراضي كان نتيجة انتباه الآباء وذلك من خلال هذا النوع من القياس التفاعلي. وصف جاردنر ورفاقه (Gardner et. al., 1968) أداة ميكانيكية لتسجيل المتتاليات السلوكية التفاعلية في الوقت نفسه. وقد سمحت تلك الأداة بتسجيل تكرار ومدة حدوث الاستجابات المستهدفة.

ولم تقدم بعض الدراسات بيانات عن ثبات الملاحظة . وفي العادة، يقوم مدربين أو أكثر بتسجيل تكرار السلوك بشكل مستقل ومن ثم تحسب نسبة الاتفاق بين الملاحظين . ومثل هذه الاجراءات تقدم عادة دلالات ثبات عالية تزيد عن (90%) (Gardner et. al., 1968, Zeilberger et. al., 1968) واستخدمت بعض الدراسات الآباء أنفسهم كملاحظين ومسجلين للسلوك . وتشير معظم الدراسات إلى أن الآباء ليسوا ملاحظين جيدين في العادة خاصة عندما يقومون بتسجيل سلوكهم . (Allen & Harris, 1971, Herbert & Bear, 1972)

وعلى أية حال، وجد بين (Peine, 1972) أن الآباء قادرون على تسجيل الاستجابات البسيطة الواضحة، وتمكّن هول ورفاقه من تعليم المعلمين والآباء في إحدى المساقات الجامعية أساليب قياس معقدة بما في ذلك التحقق من ثبات البيانات .

إن تطوير بعض هذه الأساليب في القياس السلوكي وبخاصة أساليب تسجيل التفاعلات بين الآباء والأبناء كان من أهم إسهامات هذه الدراسات . على أية حال، رغم توفر هذه الأساليب إلا أنها لم تستخدم في نسبة كبيرة من الدراسات . وقد استمرت دراسات عديدة باستخدام المقاييس الكتابية لمستوى المعرفة بتعديل السلوك وللاتجاهات كمصدر رئيسي للمعلومات رغم أنه تبين أن علاقة هذا القياس بالتغيرات السلوكية الحقيقية علاقة ضعيفة (Patterson et. al. 1972) .

(7) تعميم التغيرات السلوكية :

أكثر الطرق استخداماً لمعرفة ما إذا تحقق التعميم للتأثيرات العلاجية كان قياس سلوك الآباء أو الأطفال خارج نطاق الوضع التدريبي (Wahler, 1969 b) . وقد قاس باترسون ورفاقه (Patterson et. al., 1972) تكرارات

الاستجابات غير المرغوبة لدى الأطفال التي لم تكن مستهدفة في تدريب الآباء . كذلك قاموا بقياس السلوك المستهدف لدى أخوة الأطفال الذين كان الآباء يعملون معهم . ووجدوا تغيرات سلوكية مشابهة لدى الأخوة، إلا أن أثر التدريب لم ينتقل إلى الاستجابات غير المستهدفة . وتراوحت طرق تقدير تعميم التغيرات السلوكية بعد توقف الجلسات التدريبية بين وصف عيادي لسلوك الطفل اعتماداً على تقارير الآباء من خلال الهاتف بعد عدة شهور من توقف العلاج (Mathis, 1971) إلى قياس دوري متكرر للسلوك على مدى عدة شهور بعد التدريب في نفس الظروف التي استخدمت في الإجراءات التجريبية (Hebert & Bear 1972) . وقد جمعت بيانات المتابعة في بعض الدراسات لمدة سنة كاملة (Patterson et. al., 1972) .

(8) الكلفة والفاعلية :

إن نجاح برامج تدريب الآباء يجب أن لا يتم تحديده كاملاً من خلال قدرتها على إحداث التغيرات السلوكية بصرف النظر عن عاملي الوقت والكلفة . وتحتسب الكلفة أحياناً من خلال عدد الساعات المهنية اللازمة لتنفيذ برنامج تعديل سلوك ناجح في البيت (Meyer & Crisp, 1966, Ullman & Krasner, 1965).

أما الوقت اللازم لتدريب الآباء (Mira, 1970) فقد أفادت ميرا (Mira, 1970) أن متوسط الوقت اللازم لتدريب الآباء فردياً هو (2ر1) ساعة وأن عدد الجلسات اللازمة للتعامل مع الآباء في العيادات يتراوح بين (2 - 24 جلسة) .

أما باترسون ورفاقه (Patterson et. al., 1972) فأفادوا بأن الآباء بحاجة إلى ما يقرب من (25) ساعة تدريب لمعالجة الأطفال الذين يظهرون سلوكاً عدوانياً

شديداً. وباستخدام هذه الأساليب، يمكن تقييم فاعلية البرامج ومقارنتها ودراسة امكانية تعميمها، هذا وقد قدمت الدراسة الحديثة فقط مثل هذه المعلومات.

(9) الأهمية الاجتماعية :

لقد بينت الدراسات بوضوح أهمية الاستجابات المستهدفة ولو بطريقة ضمنية ولأن ذلك يشكل الاعتبار الأساسي في التدريب فإن تضمين هذا البعد بشكل صريح أمر مهم أيضاً.

خلاصة الأمر أن تقييم الدراسات في هذا المجال على ضوء هذه المعايير يشير إلى ضرورة تحسين منهجية الدراسات. على أية حال، فذلك يعني أن الإجراءات المنهجية لتلبية تلك المعايير متوفرة كما يتبين من مراجعة الدراسات التي نفذت بشكل جيد.

إن جزءاً كبيراً من عدم الامتثال للمعايير المنهجية في أدبيات تدريب الآباء يمكن أن يعزى لصعوبة تنفيذ البحوث التطبيقية (Bear et. al., 1969) وليس لعدم الاهتمام بالقياس وبالضبط من جانب الباحثين. وإجراء البحوث في البيئة الطبيعية عملية معقدة ومكلفة وتستغرق الوقت (Terdal & Buell, 1968). وقد لاحظ بير ورفاقه (Bear et. al., 1968) أن الضبط التجريبي الذي تتطلبه البحوث التطبيقية لا يرقى إلى مستوى الضبط في البحوث المخبرية بسبب القيود التي يفرضها المجتمع على التحكم بالسلوك لتحقيق الأهداف العلمية. وقد خلص هؤلاء الباحثون إلى ضرورة بذل جهود أكبر من قبل الباحث التطبيقي وليس التعامل مع المعايير البحثية المقبولة بمرونة أكثر.

الخلاصة والاستنتاجات

إن الإسهام الرئيسي للدراسات في هذا المجال كان الإيضاح التجريبي للعلاقات الوظيفية بين الأساليب التي يستخدمها الآباء وسلوك الطفل . فقد أوضحت دراسات كتلك التي أجراها ويلر (Wahler, 1969) وزيلبرجر (Zeil-berger et. al., 1968) . أن تغيير سلوك الآباء بحيث يتم الانتباه إلى السلوك المرغوب فيه وتعزيزه من قبل الآباء وتجاهل أو معاقبة السلوك غير المرغوب فيه لدى الطفل يؤدي إلى تغيير سلوك الطفل بالاتجاه الصحيح . وغالباً ما يكون التغيير كبيراً .

ويسبب هذا النجاح ، فإن تدريب الآباء في تعديل السلوك إنما هو مجال واعد جداً في ميدان الصحة النفسية الوقائية . على أية حال ، إن تنفيذ هذه التكنولوجيا من بُعد بحثي ما يزال بحاجة إلى بذل مزيد من الجهود .

المشكلة الأساسية هي الافتقار إلى البيانات حول تغيير سلوك الآباء وتعميم ذلك التغيير . والتدريب الفعال للآباء يتطلب ثلاث مراحل ، إذ يجب أن يكتسب الآباء مهارات تعديل سلوكهم الذاتي ، وتنفيذ تلك التغييرات مع الطفل ، وتعميم تلك التغييرات والمحافظة على استمراريتها .

وبين هذه المراحل الثلاث فإن مرحلة التنفيذ على صعيد سلوك الطفل فقط حظيت بالاهتمام الكافي . وقد أدت النزعة نحو التركيز على الطفل إلى إهمال البيانات عن التغييرات في سلوك الآباء .

وقد قدمت التكنولوجيا أفكاراً جيدة لتغيير سلوك الآباء. ومهما يكن الأمر، فثمة أدلة علمية محدودة تساعدنا على تحديد الاعتبارات اللازمة لاستخدام هذه الأفكار. وكانت معظم الدراسات تقدم أيضاً لمجموعة من الأساليب ولم تقدم معلومات مقارنة بين الأساليب المختلفة. فالتكنولوجيا بحاجة ماسة إلى بحوث مقارنة للمساعدة على تعريف محتوى وتكنيكات التدريب الأكثر فاعلية مع فئات الآباء المختلفة ومع مشكلات الأطفال المختلفة. مجال آخر أغفلته الدراسات هو مجال تعميم التغييرات في سلوك الآباء والمحافظة على استمراريتها. وهناك أدلة متزايدة على أن هذا المجال ربما يكون الأكثر صعوبة بين المجالات التي تواجه تكنولوجيا تعديل السلوك (Bear et. al., 1967; Herbert & Bear, 1972; Patterson et. al., 1972) وعلى الدراسات إعطاء المزيد من الاهتمام بهذا المجال لأنه سيكون في النهاية المعيار الأساسي للنجاح.

إن معظم نماذج تدريب الآباء لا ترقى إلى مستوى الفاعلية على ضوء الحاجة إلى الخدمات. وليس بمقدور أي نموذج تدريبي على المستوى الفردي أو على مستوى المجموعات أن يترك أثراً كبيراً على الصحة النفسية الوقائية. وثمة حاجة إلى إجراء البحوث لتطوير الطرائق المناسبة لنشر المعرفة وتوزيعها على نطاق واسع. وقد اقترح هوكنز (Hawkins, 1972) وهول وبرودن (Hall & Broden, 1967)، نشر المعلومات عن برامج تدريب الآباء من خلال المؤسسات الموجودة في المجتمع مثل المدارس.

وتدريب الآباء، كغيره من المجالات التطبيقية لتعديل السلوك، شهد تطوراً سريعاً بسبب الحاجة الماسة إليه. ومن القضايا الهامة ما إذا كان المجال سيبقى مستنداً إلى البحوث العلمية. وهناك نزعة قوية نحو تطبيق تكنولوجيا تعديل السلوك لتسريع عملية التحقق من فاعلية الإجراءات التدريسية الجديدة. إن إجراءات عديدة قد اشتقت من البحوث السلوكية التي أجريت في أوضاع مختلفة. كذلك، فليس المهم ما إذا كانت التكنولوجيا مستندة إلى النموذج السلوكي أم لا طالما أنها تستند إلى الدراسات التجريبية. إن هدف البحث يجب ألا يكون إيضاح فاعلية تعديل السلوك (London, 1972). وليس من الحكمة أن نفترض أن تدريب الآباء يجب أن يقتصر على مهارات تعديل السلوك. إن هناك حاجة إلى بحوث لمقارنة الأساليب العلاجية التي تقدمها المجالات الأخرى والإفادة منها بصرف النظر عن مصدرها النظري.

صدر من هذه السلسلة

العدد الأول : أوضاع مؤسسات الرعاية الاجتماعية وبورها في
خدمة المجتمع العربي الخليجي، ديسمبر 1983
«ناقد»

العدد الثاني : تشريعات العمل في الدول العربية الخليجية
«دراسة مقارنة»، يناير 1984
«ناقد»

العدد الثالث : رعاية الأحداث الجانحين بالدول العربية الخليجية،
يوليو 1984
«ناقد»

العدد الرابع : نحو استخدام أمثل للقوى العاملة الوطنية بالدول
العربية الخليجية، يناير 1985
«ناقد»

العدد الخامس : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي
«الأبحاث الفائزة في المسابقة الأولى للبحث
الاجتماعي»، يوليو 1985
«ناقد»

العدد السادس : حول واقع إحصاءات القوى العاملة الوطنية
المفاهيم - الأجهزة - التطوير ، يناير 1986 «ناقد»

العدد السابع : الشباب العربي في الخليج ومشكلاته المعاصرة
«دراسات مختارة»، يونيو 1986
«ناقد»

العدد الثامن : واقع معدلات إنتاجية العمل ووسائل تطويرها،
يناير 1987
«ناقد»

العدد التاسع : قضايا من واقع المجتمع العربي في الخليج «تأخر
سن النزاج والمهور - الفراغ - المخدرات»
«الأبحاث الفائزة في المسابقة الثانية للبحث
الاجتماعي»، مارس 1987
«ناقد»

العدد العاشر : ظاهرة المربيّات الاجنبيّات «الأسباب والآثار»
أغسطس 1987 «نافد»

العدد الحادي عشر : العمل الاجتماعي التطوعي في الدول العربيّة
الخليجيّة - مقوماته - دوره - أبعاده، يناير 1988
«نافد»

العدد الثاني عشر : الحركة التعاونية في الخليج العربي «الواقع
والآفاق»، يونيو 1988 «نافد»

العدد الثالث عشر : إحصاءات العمل وأهميّة النهوض بها في أقطار
الخليج العربيّة، مايو 1989 «نافد»

العدد الرابع عشر : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي
«الأبحاث الفائزة في المسابقة الثالثة للبحث
الاجتماعي» الجزء الثالث، أكتوبر 1989 «نافد»

العدد الخامس عشر : مظالم التأمينات الاجتماعيّة في أقطار الخليج
العربيّة، يناير 1990 «نافد»

العدد السادس عشر : القيم والتحوّلات الاجتماعيّة المعاصرة «دراسة في
الإرشاد الاجتماعي في أقطار الخليج العربيّة»،
أغسطس 1990 «نافد»

العدد السابع عشر : الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربيّة،
أبريل 1991.

العدد الثامن عشر : رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة «قضايا
واتجاهات»، يناير 1992.

العدد التاسع عشر : السلامة والصحة المهنية ودورها في حماية الموارد
البشريّة، أبريل 1992.

العدد العشرون : أزمة الخليج.. البعد الآخر - الآثار والتداعيات
الاجتماعية، أغسطس 1992.

العدد الحادي والعشرون : التصنيف والتوصيف المهني ودوره في تخطيط وتنمية الموارد البشرية، فبراير 1993.

العدد الثاني والعشرون : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي «الأبحاث الفائزة في المسابقة الرابعة للبحث الاجتماعي» الجزء الرابع، يوليو 1993.

العدد الثالث والعشرون : واقع وأهمية تفتيش العمل بين التشريع والممارسة، أكتوبر 1993.

العدد الرابع والعشرون : رعاية الطفولة.. تعزيز مسؤوليات الأسرة وتنظيم دور المؤسسات، يناير 1994.

العدد الخامس والعشرون : التنشئة الاجتماعية بين تأثير وسائل الإعلام الحديثة ودور الأسرة، مارس 1994.

● العدد السادس والعشرون : واقع ومتطلبات التنقيف والتدريب والتعليم والإعلام التعاوني، يونيو 1994.

العدد السابع والعشرون : التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات الأسرة بين الأسس العلمية والتطبيقات العملية، سبتمبر 1994.

العدد الثامن والعشرون : دعم دور الأسرة في مجتمع متغير - عدد خاص بمناسبة اختتام فعاليات السنة الدولية للأسرة، ديسمبر 1994.

العدد التاسع والعشرون : تطوير إنتاجية العمل وزيادة معدلاتها - المفاهيم والقياس والمؤشرات، يونيو 1995.

العدد الثلاثون : اختبار قياس المهارات المعيارية للمهـن ودورها في تنظيم وتنمية القوى العاملة الوطنية، ديسمبر 1995.

رقم الابداع في المكتبة العامة
1948 د.ع/1996

المكتب التنفيذي

سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية
سلسلة علمية متخصصة تعنى بنشر البحوث والدراسات الاجتماعية والعمالية
بدول مجلس التعاون الخليجي

تمن الاشتراك في العدد:

- في الدول العربية : للأفراد (3ر5) دينار بحريني
للمؤسسات (7) دينار بحريني
(10 دولارات أمريكية)
(20 دولاراً أمريكياً)
- في الدول الأجنبية : للأفراد (5ر5) دينار بحريني
للمؤسسات (11) ديناراً بحرينياً
(15 دولاراً أمريكياً)
(30 دولاراً أمريكياً)

قسمة اشتراك

الإسم : _____

العنوان : _____

الاشترراك المطلوب : اعتبار من العدد () ولغاية العدد () بمواقع () نسخة

مرفق شيك مصرفي ب مبلغ : _____

يكتب الشيك باسم (المكتب التنفيذي) ويرسل مع قسمة الاشتراك إلى :

المكتب التنفيذي - قسم الشؤون الإدارية والمالية

ص. ب : 26303 - النمامة - البحرين

• يرجى مراجعة الأعداد الصادرة ضمن هذه السلسلة في نهاية كل عدد.

هذا العدد

ان التأكيد على مبدأ الرعاية الأسرية للأطفال المعاقين ينسجم مع تعاليم الدين الإسلامي الحنيف وقيم وتقاليد المجتمع العربي القائمة على روح التكافل الاجتماعي وصلة الرحم والطمأنينة والمحبة والعطف، كما هو في واقع الأمر استجابة موضوعية واعية للاتجاهات العالمية المعاصرة وللنتائج والمؤشرات التي توصلت إليها البحوث والدراسات العلمية التي تم إجراؤها حتى الآن في هذا المجال، ومن أجل تأكيد أهمية هذا الدور، يتم نشر هذا العدد الذي يشكل دليلاً مرجعياً ومرشداً ذا قيمة عملية في هذا الصدد.



المملكة العربية السعودية
الوزارة العامة للتعليم والبحث العلمي



الجمعية الوطنية لحقوق الإنسان



ورشة العمل التدريبية حول الرعاية الأسرية للطفل المعاق

الشارقة 11 - 15 نوفمبر 1995م

