

بناء فريق حول الطفل من خلال

التعليم المستمر للمهنيين (السويد)

Creating a Team Around the Child Through Professionals' Continuing Education (Sweden)

إيفا بورك - أكيسون Eva Björck-Akesson

ماتس غرانلوند Mats Granlund

تتألف بيئة التدخل المبكر في السويد من الأسرة وفصول ما قبل المدرسة ومراكز الخدمات الصحية للأطفال (CHS) Child Health Services ومراكز تأهيل الطفولة (CHC) Child Habilitation Center. والإجماع مهم حول فلسفة ومبادئ التدخل المبكر. وثمة حاجة لأن يركز تعليم المهنيين على الأساس النظري للتدخل المبكر في السويد. يصف هذا الفصل التدخل المبكر في السويد وكيف يمكن تصميم وتنفيذ التعليم الإضافي والمستمر للمهنيين. تضرب الحكاية التالية المثل على أهمية التعاون القائم على مرجعية مشتركة في التدخل المبكر (للطفل والأسرة).

حكاية كارل

يعيش كارل Karl ابن الخامسة مع أمه وأبيه وأخيه الأصغر في بلدة صغيرة في جنوب السويد، ويعيش أجداده في منطقة قريبة منهم. وتنتظر أمه طفلاً جديداً في وقت قريب.

ولد كارل قبل ٦ أسابيع من تمام مدة الحمل. ومنذ ولادته يخضع كارل لمتابعة وثيقة من جانب أطباء الأطفال بقسم طب الأطفال وممرضة متخصصة في طب الأطفال. وقد كان واضحاً وكارل في عمر ٦ أشهر أن نموه الحركي متأخر. وقد حصل كارل على تشخيص أولي بالشلل الدماغي في عمر ١٤ شهراً. وأخذ يتلقى دعماً خاصاً من إخصائي علاج طبيعي بأحد مراكز تأهيل الطفولة بداية من عمر ٦ أشهر، وفيما بعد من أحد مستشاري ما قبل المدرسة (معلم تربية خاصة) وإخصائي نطق ولغة.

كان كارل الطفل الأول لوالديه، ولذلك لم تكن لديهم خبرة سابقة في تربية الأطفال. وقد كانا يعتقدان أن نمو كارل نموذجياً، وإن كان بطيئاً بعض الشيء. فقد كان كارل منذ عمر ميكرو طفلاً اجتماعياً جداً وكان يتمتع بمهارات تواصل جيدة. ولذلك صدم والدا كارل عندما أخيراً بأنه مصاب بشلل دماغي. وكان رأيهما أن المهنيين ينظرون فقط إلى نقائص كارل ولا يعترفون بقدراته. كما كان من دواعي خيبة أمل والديه أن الدعم الذي كان يقدم له في ذلك الوقت لم يكن يحتويهم كشركاء في التدخل.

في سنواته الخمس الأولى تلقى كارل خدمات طبية وتعليمية وعلاجية عديدة. وكان والداه راضيين عن الدعم الذي يتلقونه، لكنهما كانا يريدان إشراكهما بدرجة أكبر في القرارات والتدخلات التي تخطط لكارل. وكانا يريدان أيضاً أن يلتحقا بكل المهنيين المشاركين في وقت واحد لكي يناقشا ويحددوا التدخلات. وكانا يريدان أن كل التدخلات يجب أن تكييف وتواءم مع أسلوب حياتهم وتدمج في حياتهم اليومية. وكل ما كان يطلبانه هو التعاون بين كل المشاركين، وهما منهم بالطبع، والتوثيق الجيد للتدخلات. لكن هذان المطالبان استغرقا وقتاً طويلاً قبل أن يلبيا. وعندما بلغ كارل الخامسة اقتنع والداه أخيراً بأنهما يشتركان بالكامل في التدخلات وصنع القرار. كان فريق التدخل يتألف من والدي كارل ومعالج طبيعي ومساعد شخصي ومعلم ما قبل مدرسة وممرضة طب أطفال وإخصائي أمراض نطق ولغة. وإلى جانب ذلك يمكن الاستعانة بأي مهنيين آخرين.

لقد انبثقت عدة دروس عن العمل مع كارل ووالديه. أولاً لا يعتبر الوالدان شركاء في عملية التدخل في غالب الأحيان. وهما لذلك كانا يريدان أن خبرتهما ومعرفتهما بطفلتهما يتم تجاهلها أحياناً، وأن التدخلات لم تكن تكييف دائماً مع حياتهم اليومية. ثانياً يفضل أولياء الأمور أن يتواصل المهنيون من المنظمات المختلفة معاً وأن ينطلقوا في عملهم من فلسفة ونظرية مشتركة (كما تجلّى في قانون الدعم والخدمات وقانون الخدمات الصحية والطبية بالسويد). ثالثاً يرى أولياء الأمور أن التوثيق الجيد يحسن عملية التدخل. ويمكن لاستخدام التقنيات الجديدة مثل صفحات شخصية على شبكة الإنترنت للطفل والأسرة أن تفيد في ذلك مستقبلاً.

السياق القومي

تنظر فلسفة الطفولة السويدية إلى الطفولة باعتبارها فترة متفردة في حياة البشر. والطفولة لها قيمتها في ذاتها، وليس فقط باعتبارها وقت إعداد لسنوات البلوغ وإستثمار من أجل المستقبل. ولا بد أن يسمح للأطفال بأن يعيشوا وقتهم وحياتهم. وقيمة اللعب الكبيرة تتضح في الإقتباس الذي صدرنا به الفصل من أسترد ليندجرين Astrid Lindgren مؤلفة كتب الأطفال السويدية المعروفة عالمياً. تبرز ليندجرين في كتبها "الروح القومية" السويدية التي تحتل الطبيعة والعلاقات الوثيقة بين الأشخاص أهمية كبيرة فيها، وكذلك الخيال ومراعاة شعور الآخرين والاستمتاع بالأشياء الصغيرة في الحياة اليومية. ويمكن للبالغين أن يوفرُوا إمكانات للأطفال من خلال دعم الأطفال وتحديهم في غوهم ولعبهم وتعلمهم.

السويد دولة ديمقراطية صناعية حديثة تقع في إسكندنافيا في شمال أوروبا، وتشكل جزءاً من الاتحاد الأوروبي. ورقعتها من الأرض طويلة وضيقة، وتبلغ المسافة بين أقصى جزء في الشمال ومثيله في الجنوب ١٥٧٤ كيلو متراً، بينما تبلغ أعرض نقطة ٤٩٩ كيلو متراً. ورغم وقوعها في الدائرة القطبية الشمالية فمناخها يلفه وجود أربعة فصول متميزة. فتيار الخليج القادم من الغرب يتسبب في صيف دافئ. ومع ذلك فإن شتاء السويد قد يكون طويلاً وبارداً.

وتتفاوت مقاطعات السويد من سطح منبسط ومهد إلى آخر منعزل به جبال عالية. وتغطي الغابات نصف مساحة السويد، وأقل من ١٠٪ من سطحها مهدته يد الإنسان. وبينما يكاد يكون شمال البلاد غير أهل بالسكان، يعيش معظم السكان في الأجزاء الجنوبية والوسطى من السويد. وتحكم السويد أسرة مالكة وراثية وحكومة برلمانية يقودها رئيس وزراء، ويبلغ عدد سكانها ٨,٩ مليون شخص تقريباً (Statistiska Centralbyran, 2000).

اللغة السويدية هي اللغة الوطنية. ويبدأ الأطفال في تعلم اللغة الإنجليزية في المدرسة الابتدائية، ويتعلم معظم الأطفال أيضاً لغة أجنبية أخرى فيما بعد (كالأسبانية أو الفرنسية أو الألمانية). ويهتم المواطنون بالمسائل المدنية، كما يتضح في حقيقة أن ٨١٪ من السكان صوتوا في انتخابات ١٩٩٨ م. وإستوكهولم هي العاصمة الوطنية وبها حوالي مليوني شخص يعيشون في منطقة إستوكهولم الكبرى. تتمتع البلديات الـ ٢٨٩ في السويد بحرية كبيرة في تكوين هيئات صنع السياسات في كل منها. وهذه البلديات هي المسئولة عن الخدمات الأساسية إلى كل الأشخاص، بما في ذلك رعاية الطفولة والمدارس والخدمات الاجتماعية. والمدارس مجانية لجميع الأطفال والشباب. وتنقسم السويد إلى ٢٠ مقاطعة يحكم كل منها مجلس مقاطعة. وابتداءً من ٢٠٠٢ م يسود اتجاه نحو دمج المقاطعات في كيانات إقليمية أكبر. ومجالس المقاطعات هي المسئولة عن الصحة والرعاية بالأستنان التي تكون مجانية للأطفال والشباب. وتقدم المجتمعات المحلية الخدمات الاجتماعية، وتكون مسؤولة أيضاً عن رعاية وتعليم الطفولة.

الشعب والثقافة

للسويد تاريخ حديث قصير جداً مع التنوع الثقافي. فحتى حوالي عام ١٩٦٠ م كانت السويد تتمتع بثقافة واحدة تقوم على القيم والتقاليد المتجذرة في التاريخ الإسكندنافي. فعلى مدى سنوات ظلت قومية سامي^(١) من لابلندا Lapland في الشمال هي الجماعة الرئيسة في السويد بثقافتها الخاصة. وفي الستينيات دعت السويد الأشخاص المهرة من الدول الأوروبية الأخرى (مثل يوغسلافيا وفنلندا وإيطاليا) للهجرة إليها ويكونوا جزءاً من القوة العاملة الصناعية. وتبع السويد سياسة ليبرالية للهجرة، وقد زادت الهجرة منذ التسعينيات، حيث توافد عليها الكثير من مواطني

(١) قومية سامي Sami هم السكان الأصليون لقسم كبير من شمال أوروبا يعرف باسم سامي Sapmi يعيشون حالياً في شمال السويد والنرويج وفنلندا وشبه جزيرة كولا الروسية المترجم.

دول الشرق الأوسط والبلقان. وفي عام ٢٠٠٢م كان المهاجرون يشكلون ١٠٪ تقريباً السكان، وكان أحد والدي ٢٤٪ من الأطفال من الولادة حتى عمر ١٧ سنة من أصول أجنبية (Barnombudsmannen [BO], 2002). وفي الفترات السابقة كان كثير من المهاجرين يأتون من أوروبا الشرقية، وفي بداية القرن الحادي والعشرين جاء عدد كبير من المهاجرين كلاجئين ومعهم أسرهم الممتدة، ويعيش غالبيتهم في المدن الكبيرة.

تتحول السويد إذن إلى مجتمع متنوع ومتعدد الثقافات. فكثير من الأطفال الآن لهم جذور في ثقافات غير الثقافة التقليدية السويدية. وقد أصبحت رعاية الطفولة والمدارس أماكن للتكامل متعدد الثقافات والدمج الثقافي والثائية اللغوية. وتلك التغييرات في المجتمع السويدي تخلق حاجة إلى مجالات جديدة من المعرفة في التدخل المبكر.

يترى ٧٥٪ من الأطفال في السويد في أسر كاملة، يعمل رأساها أو معيلاها في القوة العاملة (٧٠٪ من الأمهات و٧٣٪ من الآباء). ويعمل غالبية آباء وأمهات الأطفال الصغار - خاصة الأمهات - في وظائف بدوام جزئي (BO, 2002). وثمة أنواع جديدة من الأسر تنبثق نتيجة للمؤثرات الثقافية الجديدة والعدد المتزايد للأسر أحادية الوالد والأسر المختلطة الناتجة عن إعادة الزواج. وهذه الأخيرة يمكن أن تسمى أسر مرتبطة Link-families أو أسر ترتبط من خلال أطفالها. فكثير من الأطفال يعيشون مع والد بيولوجي واحد بدأ أسرة جديدة مع شخص آخر له أطفال أيضاً من زواج أو علاقة سابقة. معنى ذلك أن الأطفال يمكن أن ينشئوا في أسر ممتدة مع مجموعات مختلفة. وعندما تنفق الأسرة الممتدة على الاتجاهات الأساسية لتربية الأطفال ويكون بينهما تواصل جيد يتحول ذلك إلى رصيد وإضافة للأطفال (Larsson Sjoberg, 2000).

يكفل نظام التأمين الاجتماعي الذي تديره الدولة السويدية لأحد الوالدين الحق في البقاء في المنزل ورعاية الطفل الأصغر من ١٨ شهراً. ويمكن أن تقسم الأيام بين الوالدين، إذ يمكن لأحدهما أن يستفيد من رعاية الطفولة خلال الأيام الـ ٣٦٠ الأولى

بعد الولادة بـ ٨٠٪ من الأجر. وإضافة إلى ذلك يمكن لأحد الوالدين أن يبقى في المنزل لمدة ٩٠ يوم أخرى بمرتب أقل. ويتسم النظام بالمرونة ويسمح لأولياء الأمور بأن يدخروا هذا الوقت حتى يبلغ طفلهم عمر الثامنة.

فعلى سبيل المثال يمكن تقصير يوم عمل الشخص من ٨ ساعات إلى ٦. وأولياء الأمور أنفسهم يملكون قرار توزيع وقت الانقطاع عن العمل. وفي العادة تكون الأمهات هن اللاتي يبقين في المنزل لرعاية الأطفال إعمالاً لنظام التأمين الاجتماعي، لكن ١٠٪ تقريباً من الآباء يقون في المنزل لفترات أطول مع أطفالهم (BO, 2002). وتسمح أيام التواصل Contact Days للوالدين بيوم واحد في السنة لزيارة أطفالهم في المدرسة. وعندما يكون الطفل معاقاً ترتفع أيام التواصل لأحد الوالدين إلى ١٠ أيام في السنة، ويمكن أن يحصل أيضاً على دعم من نظام التأمين الاجتماعي لكي يبقى في المنزل لفترات أطول. ويكفل هذا النظام أيضاً لأحد الوالدين أن يبقى في المنزل عندما يكون طفله الأصغر من ١٢ سنة مريضاً مع حصوله على ٨٠٪ من أجره. والحد الأقصى لذلك هو ٦٠ يوماً في السنة للأسرة الواحدة والطفل الواحد، لكنه يمكن أن يمدد. وتحصل كل الأسر على إعانة طفولة شهرية (حوالي ١٠٠ دولار) من الدولة إلى أن يبلغ الطفل عمر ١٦ سنة (٢٠٠٢م). وعندما يكون بالأسرة أكثر من طفلين تزيد الإعانة الشهرية لكل طفل.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

يمكن تعريف التدخل المبكر في السويد بأنه ممارسات التدخل للأطفال الذين يحتاجون إلى دعم خاص من الولادة حتى بداية المدرسة في عمر السادسة أو السابعة. يكبر كل الأطفال في السويد تقريباً في بيئة أسرية، ويسجل معظم الأطفال في رعاية الطفولة من عمر ١-٢ سنة. وهكذا تكون خدمات التدخل المبكر موجهة للطفل في سياق بيئة أسرية. وكل من المجتمعات المحلية ومجالس المقاطعات مسؤولة عن التدخل

المبكر، وإن كان لأهداف ومجموعات مختلفة. يوضح الجدول رقم (٩،١) هذه الأهداف وفقاً لمفهوم سيميوسون (Simeonsson, 1994) لمستويات الوقاية.

الجدول رقم (٩،١). وصف وأهداف التدخل المبكر في السويد.

الوقاية من المستوى الأول	الوقاية من المستوى الثاني	الوقاية من المستوى الثالث	
تقليل الحالات الجديدة	تقليل شدة الإعاقة عن	تقليل المضاعفات عن	التعريف
من خلال التعرف على الأطفال المعرضين لخطر	طريق التدخل المركز على الطفل والأسرة	طريق التدخل المركز على البيئة	
صالح وصحة كل الأطفال والأسر	صالح وصحة الأطفال ذوي الإعاقات وأسره	إيجاد بيئة اجتماعية ومادية جيدة للطفل النامي وأسرته	بؤرة التركيز
الخدمات الصحية للطفولة	مراكز تأهيل الطفولة تقدم الرعاية الطبية المتخصصة (مثل العلاج الطبيعي وعلاج النطق واللغة)	الخدمات الصحية للطفولة ومراكز تأهيل الطفولة تقدم الإشراف على الموظفين والاستشارة حول التصميم البيئي	مجلس المقاطعة
خدمات اجتماعية وأنشطة ما قبل المدرسة	دعم خاص فيما قبل المدرسة ومساعدة شخصية وتربية خاصة ورعاية مؤجلة	تدريب الموظفين أثناء الخدمة والتكليف البيئي	المجتمع المحلي

من منظور مستويات الوقاية يتحمل المجتمع المحلي المسؤولية الأساسية عن صالح كل الأطفال والأسر وتأمين ظروف معيشة مقبولة للجميع. وفي المستوى الثاني يتحمل المجتمع المحلي المسؤولية عن التدخل في فصول ما قبل المدرسة ورعاية الطفولة، والطفل الذي يحتاج إلى دعم خاص ربما يخصص له مساعد شخصي. وتشتمل الخدمات المقدمة

من المجتمع المحلي على الرعاية طويلة المدى للأسر ذات الأطفال المعاقين (Brodin, 1995). وفي المستوى الثالث يكون المجتمع المحلي مسؤولاً عن توفير بيئة صحية للأطفال والأسر. إن مجلس المقاطعة هو المطالب بتوفير الخدمات الصحية والطبية على مستوى الوقاية الأولية. ومنذ عام ١٩٣٧م تقدم لكل الأطفال من الولادة إلى عمر ٦ سنوات رعاية صحية مجانية ضمن مراكز الخدمات الصحية للأطفال CHS. وقد تحدت أهداف مراكز الخدمات الصحية للأطفال في التوصية العامة من مجلس السويد القومي للصحة والرفاه في عام ١٩٨١م:

- تقليل الوفيات والمرض والإعاقة بين الأطفال.
- تقليل التأثيرات الضارة والمحنة على أولياء الأمور والأطفال.
- دعم وتحفيز أولياء الأمور في أدوارهم الوالدية بما يخلق بيئة معيشية إيجابية لكل الأطفال.

إن أكثر المشكلات الصحية انتشاراً بين الأطفال هي أمراض حديثي الولادة والإعاقات الخلقية وموت الأطفال المفاجئ والحوادث والمشكلات النفسية - الاجتماعية والعدوى والأورام الخبيثة والربو. وكثير من تلك الحالات يمكن أن تتأثر بالعمل الوقائي للخدمات الصحية للطفولة. ومع تغير الظروف المعيشية تحول تركيز مراكز الخدمات الصحية للأطفال لتتضمن عملاً أكثر حول المشكلات النفسية - الجسمية والاجتماعية - الانفعالية والأدوار الوالدية المتغيرة وتقديم الدعم للأسر المهاجرة. وقد زادت أهمية هدف دعم وتحفيز أولياء الأمور، خاصة للأسر التي تواجه أزمات (الصعوبات الاجتماعية والاقتصادية) وبها أطفال ذوي إعاقات (Aurelius, 2000). وتنظم مجموعات أولياء الأمور وتعليم أولياء الأمور كجزء من هذه الخدمة.

ويغرض تقوية الشبكة الاجتماعية حول الأسر التي تحتاج إلى دعم، تتعاون مراكز الخدمات الصحية للأطفال مع الخدمات الاجتماعية وفصول ما قبل المدرسة

والمدارس والخدمات الطبية وخدمات تأهيل الأطفال. وتقدم مراكز الخدمات الصحية للأطفال برنامجاً أساسياً للمتابعة لكل الأطفال والأسر يشمل الفحص والتعرف الإكلينيكي (Aurelius, 2000; Larsson, 1996). وتتم متابعة نضج الطفل وصحته ونموه العام من خلال فحوصات منتظمة تقوم بها ممرضة متخصصة في طب الأطفال. ويتم الاحتفاظ بسجلات الطفل الصحية في نماذج قومية موحدة. وتبدأ الفحوصات من الولادة ولمدة ١٠ أيام، إلى جانب زيارة منزلية من جانب ممرضة متخصصة في طب الأطفال تقدم النصح حول الرعاية وسلامة الأطفال. وفي أثناء الشهور ٢-٣ الأولى يزور الطفل ووالداه مراكز الخدمات الصحية للأطفال عادة مرة في الأسبوع. وأولياء الأمور هم الذين يحددون الوقت الذي يزورون فيه مراكز الخدمات الصحية للأطفال، ومعظم أولياء الأمور يقررون أن يزورونها كثيراً. وبعد الشهور الثلاثة الأولى تصبح الزيارات أقل تكراراً. وتتكون الزيارات من الاستشارات والتطعيمات والمتابعة الصحية. ويلتقي طبيب أطفال مع الطفل في أوقات منتظمة بغرض التقييم المنظم لنموه وفي الغالب باستخدام اختبار^(٢) BOEL-test (Stensland-Junker, 1995). وفيما بعد ينفذ الفحص النمائي في فترات منتظمة. ويمكن للأسرة أيضاً أن تزور طبيب نفسي أو أخصائي أمراض النطق واللغة ضمن مراكز الخدمات الصحية للأطفال. وبداية من عمر ٣ أشهر وحتى عمر ٦ سنوات يزور الطفل ووالداه مراكز الخدمات الصحية للأطفال من أجل الفحوصات والتطعيمات أكثر من ١٥ مرة. وتعد مراكز الخدمات الصحية للأطفال واحداً من نظم قليلة على مستوى العالم للتسجيل المنتظم لصحة الطفل، وهي لذلك توفر مصدر موثوقاً للدراسات الوبائية. وعندما يكون لدى الأطفال عدوى أو أمراض حادة يحالون

(٢) اختبار BOEL-test (blicken orienterar efter ljudet) يقوم على تشتيت الانتباه ويعطي معلومات كثيرة حول العيوب البصرية والعصبية، ابتكر في الأصل من أجل الاكتشاف المبكر لاضطرابات التواصل لدى الأطفال الرضع المترجم).

إلى الأطباء في قطاع الممارسة الأسرية العامة التي تقدم الخدمات لكل المجموعات العمرية. وإذا ارتاب مركز الخدمات الصحية للأطفال في أن الطفل عنده إعاقة، يحال الطفل إلى عيادة الأطفال الطبية و/أو مركز تأهيل الأطفال الذي تديره المقاطعة أيضاً.

وعلى مستوى الوقاية من الدرجة الثانية يتحمل مجلس المقاطعة المسئولية عند تقديم المشورة والدعم للأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم. وتنسق الخدمات المقدمة للطفل المعاق وأسرتة من خلال خطة خدمة فردية بطلب الأسرة. والأسرة مطالبة بأن تطلب الخدمات بناء على احتياجاتها المدركة للدعم. ويحدث التدخل المبكر للأطفال الصغار ذوي الإعاقات بالدرجة الأولى في مركز تأهيل الأطفال، رغم وجود اتجاه نحو مزيد من المشاركة والتعاون من جانب المجتمع المحلي في كل أنواع الخدمات (Bjorck-Akesson & Granlund, 1997).

تقدم المشورة والدعم لأسر الأطفال ذوي الإعاقات في مركز تأهيل الأطفال بناء على مفهوم التأهيل Habilitation المشتق من الكلمة اللاتينية Habile التي تعني "جعل الشخص ماهراً". وتتضمن عملية التأهيل مساهمات من المجالات الطبية والاجتماعية والنفسية والتعليمية لدعم ومساعدة الأطفال ذوي الإعاقات في نموهم وحياتهم اليومية (Bille & Olow, 1999). والهدف التقليدي للتأهيل هو أن يحسن نمو الطفل من خلال البناء على مصادر الطفل وإعطائه الإمكانيات النموذجية لحياة مستقلة في المستقبل. كان المنظور الطبي له الهيمنة على السويد (Bjorck-Akesson, Granlund, & Simeonsson, 2000)، لكن مع مطلع القرن الحادي والعشرين أخذ دور الأسرة في نمو الطفل يتضح أكثر. وذلك يؤدي إلى منظور مختلف للتدخل، حيث يمكن التعرف على انتقال نحو منظور اجتماعي/تربوي أكثر.

وفي مراكز التأهيل يعمل فريق متعدد التخصصات بالتعاون مع الأسرة والطفل. وهذا الفريق يتكون من طبيب أطفال أو طبيب أطفال عصبي ومعالج طبيعي وطبيب

نفسى ومعالج مهني وأخصائي أمراض نطق ولغة وموظف خدمات اجتماعية ومربي خاص. وفي العادة تتضمن عملية التأهيل لقاء لتحديد إجراءات التقييم من جانب أعضاء الفريق المختلفين، واجتماع للفريق لصنع القرار وتنفيذ برنامج التدخل. وقد يلي ذلك تقييم، ثم تتكرر العملية بدرجات مختلفة من التأكيد على العناصر المختلفة (Bjorck-Akesson et al, 2000).

تقدم الوقاية من الدرجة الثالثة عن طريق كل من البلديات ومجالس المقاطعات والبلديات مسؤولة عن جعل كل الأماكن العامة متاحة للأشخاص ذوي الإعاقات، إضافة إلى تقديم التدريب والإشراف أثناء الخدمة في مجال التعليم لموظفي ما قبل المدرسة الذين يعملون مع الأطفال ذوي الإعاقات. وتقع على مركز تأهيل الأطفال مسؤولة توفير التدريب والإشراف في أثناء الخدمة في مجالات غير التعليم لموظفي ما قبل المدرسة الذين يعملون مع الأطفال ذوي الإعاقات (مثل العلاج الطبيعي والعلاج المهني).

الأسس النظرية للتدخل المبكر

يمكن التعرف على نموذج قائم على التفاعل transactional model (Sameroff & Fiese, 2000) يبنى على النظرية الإيكولوجية ونظرية النظم في الممارسات على كل المستويات، وهو نموذج يوفر الدعم لتوفير الخدمات المتمركزة على الأسرة. يعتبر الطفل وفقاً لهذا النموذج فاعل نشط في خلق بيئته التنمائية. كما يؤكد هذا النموذج في نفس الوقت على كون الطفل جزءاً من الأسرة والبيئة الأقرب proximal environment، ولا تخلو العلاقات بين هاتين البيئتين من التأثير المتبادل. وبذلك تكون خصائص واحتياجات وجوانب القوة لدى الطفل والأسرة والبيئة الأقرب مهمة في عمليات التدخل والتقييم. وحتى إذا كان هناك إجماع حول المبادئ العريضة للتدخل المبكر، فسوف تُغلب منظورات وثقافات مهنية مختلفة في المنظمات الثلاث المشاركة.

تقوم فلسفة السويد الرسمية لدعم الأطفال ذوي الإعاقات على منظور يماثل التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF; World Health Organization, 2001). ويستخدم نموذج تفاعلي، ووفقاً لهذا النموذج يسهم التفاعل بين الطفل الفردي والبيئات الاجتماعية والمادية في تأثير الإعاقة على الحياة اليومية للطفل والأسرة. ومع ذلك فلا يزال المنظور الطبي يكتسب زخماً، خاصة فيما يتعلق بالمعرفة والخبرات الجديدة في مجال التقسيم العصبي.

يشير المنظور المتمركز على الأسرة إلى أن التدخل ينفذ في مواقف طبيعية في الحياة اليومية، وأنه يتضمن أيضاً كلا من الطفل وأولياء الأمور/مقدمي الرعاية. وعندما تكون البيئة الأقرب متضمنة في عملية التدخل، تحدث تغييرات في كل من الطفل والأشخاص الآخرين في البيئة. ومن أجل التكيف مع احتياجات الطفل والأسرة يكون من المهم الاعتراف بخبرة كل المشاركين في التدخل المبكر، بما في ذلك الأسرة.

وبالعودة إلى القصة التي بدأنا بها الفصل، نجد أن الدعم والخدمات التي تقدم لكارل وأسرته تأتي من ثلاث منظمات (انظر الجدول رقم ٢، ٩). هناك أولاً مراكز الخدمات الصحية للأطفال التي قدمت لكارل ووالديه المشورة حول الرعاية الطبية العامة واليومية. وبعد الاشتباه في الإعاقة أحيلت الأسرة إلى مركز تأهيل الأطفال الذي تم فيه تأكيد التشخيص الأولي وتقديم التدخلات العلاجية. وبعد ذلك تم تسجيل كارل في إحدى فصول ما قبل المدرسة بالقرب من منزله وتم تعيين مساعد شخصي له. لقد نفذت المنظمات الثلاث التدخلات كما هو متوقع، لكنها فشلت في البداية على الأقل في تشكيل فريق حول الطفل ووالديه. وربما تنتج هذه المشكلة عن قلة التنسيق بين خدمات المنظمات المختلفة واختلاف النظريات حول ما يجب أن ينفذ في التدخل واختلاف الثقافات المهنية (والثقافات داخل تلك المنظمات) وقلة المبادئ والنظريات العامة التي يقوم عليها التدخل المبكر. وقد أكد والدا كارل أن مهنيي التدخل كانوا

يحتاجون إلى تنمية مهنية وتدريب في العمل بطريقة تتمركز حول الأسرة وفي الانخراط في الحل التعاوني للمشكلات مع أولياء الأمور. والتعليم المستمر أو التدريب أثناء الخدمة القائم على تداخل التخصصات هو أحد الطرق التي يمكن لمهنيي التدخل المبكر من مركز تأهيل الأطفال ومركز الخدمات الصحية للأطفال وفصول ما قبل المدرسة أن يحصلوا على المعرفة والمهارات المهنية الأساسية المتمركزة حول الأسرة.

الجدول رقم (٩،٢). التدخلات التي قدمت لكارل.

مراكز الخدمات الصحية للأطفال	مراكز تأهيل الأطفال	أنشطة ما قبل المدرسة
بؤرة التقييم المتابعة والفحص	الوظائف والأبنية الجسمية وتقييم النمو الحركي واللغوي والعصي	الأداء والعمليات اليومية واللعب
بؤرة التدخل للرعاية الطبية العامة والمشورة للوالدين حول الرعاية والأداء اليوميين والتنطيم	مستوى الأداء الأمثل والأقرب والرعاية في مجالات محددة (الحسية والمعرفية والاجتماعية)	الكفاءة الاجتماعية والمشاركة والدمج
أهداف نمائية ووظيفية للطفل والتمكين للأسرة	أهداف نمائية ووظيفية للطفل ونوعية الحياة للطفل والأسرة	الطفل كمشارك نشط في إيجاد خبرات تعلم وعلاقات اجتماعية إيجابية
الخبرة في نمو الطفل والوقاية من الإعاقة ونمو الطفل في السياق اليومي	الخبرة في نمو الطفل والإعاقات	الخبرة في الأنشطة الجماعية للأطفال وإيجاد بيئة جيدة

منذ عام ١٩٩٧م تعطي جامعة مالارادالين Malardalen درجة ماجستير في البرنامج الدولي للتدخل المبكر والدعم الأسري. وفي خريف ٢٠٠٢م بدأ في تنفيذ

برنامج للماجستير حول الخبرات السابقة في هذا المجال بعنوان "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل". فيما يلي وصف مفصل لهذا البرنامج ووصف البرنامج

في حال مقارنة محتوى وشكل برامج التعليم المستمر الجامعية في التدخل المبكر عبر الدول، تبتثق عدة سمات مشتركة حول أهداف التعليم (Peterander, 1996). ومن هذه السمات المشتركة النموذج القائم على تدخل التخصصات، وتقديم الدعم للأسرة ككل، وإشراك الوالدين في صنع القرار ومراحل تنفيذ التقييم والتدخل. وفيما يتعلق بصيغة التعليم المستمر تتضمن السمات المشتركة النموذج القائم على تدخل التخصصات، والجمع بين المحاضرات والتطبيقات العملية، والتغذية المرتدة الفردية للمشاركين (Granlund & Bjorek-Akesson, 2000; Winton & McCollum, 1997). وتتضمن السمات المشتركة نظرية النظم الأسرية، والاستشارة، ونماذج الحل التعاوني للمشكلات، ونظرية التدخل والتقييم.

وبرنامج "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل" Children: Health, Learning, Development and Intervention برنامج قائم على تدخل التخصصات interdisciplinary يسجل الطلاب فيه في مقررات مع أساتذة وطلاب من التربية الخاصة وعلم النفس الصحي والصحة الوقائية. ويتبنى البرنامج أهدافاً مشتركة معينة للمهنيين في التدخل المبكر:

- ١- العمل انطلاقاً من أساس نظري سليم للتدخل المبكر.
- ٢- تعزيز نمو الأطفال العام وأدائهم.
- ٣- تعزيز نمو الأطفال العام وأدائهم في مجالات خاصة.
- ٤- دعم نمو العمليات الأقرب proximal processes وكفاءة الأطفال الاجتماعية.
- ٥- تعزيز دور الأسر في تسهيل نمو أطفالهم الصغار.
- ٦- تمكين الأسر عبر عملية التدخل.

يرتبط هذا البرنامج بشكل وثيق مع البرنامج البحثي "الأطفال والصحة والتدخل والتعلم والنمو" Children, Health, Intervention, Learning, Development (CHILD) بقسم العلوم الاجتماعية بجامعة مالارداين. وبرنامج "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل" له قاعدة بحثية في نظرية النظم والإيكولوجيا النمائية ونظرية التفاعل والتصنيف الدولي للإعاقة والصحة (World Health Organization, 2001)، ويؤكد على تعدد أو تآزر التخصصات في التدخل المبكر.

يأخذ برنامج "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل" طلابه من ذوي الخلفية المهنية في مجالات صحة الطفل وتأهيل الطفل والخدمات الاجتماعية وما قبل المدرسة والمدرسة. وتتضمن المتطلبات خبرة سابقة في التدخل للأطفال الصغار وشهادة بكالوريوس في مجال التدخل المبكر والتخصص في مجال ذي صلة ومقررات أساسية سابقة في المناهج العلمية. وشكل البرنامج عبارة عن صيغة معدلة من التعليم عن بعد Modified Distance Education وهو ما يعني أن الطلاب يلتقون في الجامعة يومين متتاليين شهرياً في الفصول الدراسية. والبرنامج له قاعدة على الإنترنت، حيث يتم استخدام صفحة رئيسة ونظام المؤتمرات عبر الإنترنت Web-based Conference. ويستخدم نظام المؤتمرات للتعاون بين الطلاب في مجموعات أصغر وتوزيع المعلومات على المجموعة الأكبر. ويستخدم أيضاً لإعلان المهام بحيث يستطيع الطلاب أن يقرأوا أعمال بعضهم البعض قبل الحلقات النقاشية.

والطلاب الذين يأتون من مختلف مناطق السويد وأيضاً من دول إسكندنافية أخرى يقضون نصف وقتهم عادة في العمل في التدخل المبكر. ويرتبط المحتوى والمهام بشكل وثيق بخبرات الطلاب العملية اليومية. والبرنامج المكون من ستين من العمل بدوام جزئي يكافئ برنامج مكون من سنة واحدة بدوام كامل. ويبلغ إجمالي البرنامج ٤٠ نقطة معتمدة سويدية تساوي ٦٠ نقطة وفقاً لنظام تحويل النقاط الأوروبي المعتمد.

مقررات البرنامج

يضم البرنامج أربعة مقررات أساسية ومقرررين مستقلين وأطروحة ماجستير (انظر الجدول رقم ٩،٣). وتضم المقررات محاضرات وحلقات دراسية وأعمال مقرر تطبيقية (تصحبها تغذية مرتدة/إشراف فردي أو قائم على مجموعات). والمشاركة في كمل أعمال المقررات إلزامية. ويتكون الامتحان من أوراق مكتوبة تعد فردياً وفي مجموعات وتقدم في حلقات نقاشية.

الجدول رقم (٩،٣). تكوين برنامج درجة الماجستير المسمى "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل".

فصل الخريف	فصل الربيع
السنة الأولى	بيئة التدخل المبكر (٥ نقاط)
البحوث والمناهج والتطبيق في	نظرية النظم: الطفل والأسرة والفريق (٥ نقاط)
بحوث التدخل (٥ نقاط)	التقييم والتدخل: عملية التدخل (٥ نقاط)
السنة الثانية	دراسة مستقلة (٥ نقاط)
أطروحة ماجستير (١٠ نقاط)	

بيئة التدخل المبكر

يقدم هذا المقرر المسمى بيئة التدخل المبكر Ecology of Early Intervention مراجعة عامة للمنظورات الأوروبية والدولية حول بيئة التدخل المبكر والدعم الأسري، فضلاً عن الفهم النظري للتدخل والدعم الأسري. وهنا يتعلم الطلاب كيف يحللوا نماذج التدخل وكيف يطبقون تلك النماذج. ويغطي المحتوى منظورات التدخل ونظريات ومبادئ التدخل المبكر والفلسفة والسياسات والجوانب الأخلاقية والفرضيات والسياق والتنوع الثقافي والبيئة النمائية والتمكين ونماذج التدخل والتصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة ICF ومبادئ الدعم القائم على الأسرة (World Health Organization, 2001). وتتألف الأدبيات من الكتب المتداولة عالمياً مثل

غورالينك (Guralnick, 1997) وشونكوف وميسلز (Shonkoff and Meisels, 2000)، جنباً إلى جنب مع الأدبيات والمقالات الأوروبية والسويدية في المجالات العلمية الدولية. يمكن هذا المقرر الطلاب من فهم النظريات الرئيسة والبحوث الحالية ذات الصلة بالتدخل المبكر والدعم الأسري. ويكتسب الطلاب معرفة معمقة بمناهج البحث، خاصة المناهج المفيدة للبحوث في مجال التدخل المبكر. ويركز المحتوى على مناهج البحث ومناهج التحليل الكيفية والكمية والتحليل البعدي meta-analysis. ويتم تحليل الأطروحات والتقارير والمقالات العلمية ذات الصلة بالمجال وتمثل توجهاً علمياً مختلفاً وتصميماً مختلفاً للدراسة من حيث تحديد المشكلات ومناهج التحليل وتفسير النتائج. وتناقش بحوث مأخوذة من ثقافات مختلفة والجوانب الأخلاقية في بحوث التدخل. وتغطي الأدبيات كل من مناهج البحث الكمية والكيفية. ويتم التأكيد على المزج بين مناهج البحث في مقارنة الظواهر المعقدة متعددة الأبعاد. وتتطلب المهام مراجعة نقدية للأعمال العلمية في مجال التدخل المبكر.

نظرية النظم: الطفل والأسرة والفريق

يكتسب الطلاب في هذا المقرر معرفة أساسية بنظرية النظم العامة ونظرية النظم الدينامية، ثم يربطون هاتين النظريتين بنمو الطفل والبيئات التي ينمو فيها الأطفال. كما يكتسب الطلاب فهماً معمقاً للعلاقات والتأثيرات بين النظم التي يشكل الأطفال ذوي الإعاقات والأطفال المعرضين لخطر جزءاً منها، وكذلك فهماً معمقاً للعمل في فريق أو العمل الجماعي Teamwork من منظور نظرية النظم. ويغطي المحتوى نظرية النظم العامة ونمو الطفل من منظور نظرية النظم والمنظور البيئي والنموذج التفاعلي والأسر والبيئات القريبة الأخرى باعتبارها نظاماً، والعلاقات بين البيئات القريبة المختلفة التي تؤثر على الطفل والنظام. وتتضمن الأدبيات كتباً أساسية حول نظرية النظم العامة مثل باتيسون (Bateson, 1987) وبيرتالانفي (Bertalanffy, 1968)، إضافة إلى الأدبيات الحديثة مثل واتشز (Wachs, 2000).

التقييم والتدخل: عملية التدخل

يعطي هذا المقرر للطلاب معرفة متقدمة حول تقييم النمو والوظائف لدى الأطفال ذوي الإعاقات أو المعرضين لخطر وتقييم المصادر واحتياجات الدعم في البيئات الأسرية والقريبة. كما يكتسب الطلاب معرفة متقدمة حول حل المشكلات التعاوني في عملية التدخل. ويغطي المحتوى المنظورات النظرية حول عملية التدخل تقييم النمو والوظيفة لدى الأطفال ذوي الإعاقات أو المعرضين لخطر، وتقييم المصادر والاحتياجات لدى الأسر والبيئات القريبة الأخرى، وتقييم البيئة المادية. ويتضمن المحتوى أيضاً تحليل الأنواع المختلفة من معلومات التقييم ودمج المعلومات في تخطيط وتنفيذ التدخل، والحل التعاوني للمشكلات، وتقييم مخرجات التدخل. والأدبيات المتضمنة في هذا المقرر دولية (مثل المطبوعات الأمريكية والأوروبية حول التدخل والتقييم)، كما يستخدم كثير من المقالات المنشورة في المجالات العلمية.

الدراسة المستقلة

في مقررات الدراسة المستقلة يصمم كل طالب منهجاً دراسياً خاصاً مع متابعة معلم أو مشرف. والمحتوى يمكن أن يتراوح من القضايا النظرية الصرفة إلى أشياء تشبه منهجاً علمياً خاصاً. وتتألف الأطروحة من إطار نظري ودراسة إمبريقية، ولا بد أن تربط بالأسئلة البحثية في المجال المهني للطلاب و/أو في برنامج بحوث الطفل.

تلخيص

تشير درجة التشابه الكبيرة بين الدول في أهداف وشكل ومحتوى التعليم المستمر إلى إمكانية تطوير فرص للتعاون الدولي في مجال التعليم المستمر في التدخل المبكر. وقد تم تطوير منهج مشترك للتعليم المستمر في التدخل المبكر بالتعاون بين خمسة جامعات أوروبية وثلاث جامعات أمريكية من خلال الاتحاد العابر للأطلسي لدراسات التدخل المبكر Transatlantic Consortium on Early Intervention Studies الذي يموله صندوق

تحسين التعليم ما بعد الثانوي بوزارة التعليم الأمريكية. ومعظم المشاركين في برامج درجة الماجستير يحتلون مواقع تنفيذية أو قيادية في منظماتهم. لكن الانتقال نحو منظور متمركز حول الأسرة يتطلب أن يتحول كل الأعضاء داخل المنظمات في نفس الاتجاه وأن يكون لديهم قاعدة مشتركة. ولذلك يجب إكمال التعليم المستمر لعدد صغير من المهنيين بالتدريب أثناء الخدمة لكل أعضاء الفرق والمنظمات.

التدريب أثناء الخدمة لتعزيز الخدمات المتمركزة حول الأسرة في التدخل المبكر

كثيراً ما يحصل متخصصو الخدمات الصحية وتأهيل الأطفال على تدريب وخبرات وافية في العمل بطريقة مباشرة مع الطفل، بينما لا يحصلون على قدر مماثل من التدريب والخبرة في العمل كمستشارين لأولياء الأمور وموظفي ما قبل المدرسة ومقدمي الرعاية الآخرين. وفي الغالب يكون التقييم والتدخل مركزين على الطفل دون أي اعتبار أعمق لبيئات الطفل. ولكي يعمل هؤلاء المهنيين كمستشارين ينبغي إنجاز مهمتين عمليتين مختلفتين: (١) دعم الأسرة في تنمية المهارات اللازمة للإكتفاء الذاتي في مجال التعبير عن الاحتياجات وتنسيق واستخدام الخدمات للطفل والأسرة، (٢) العمل كخبراء في التدخل المتمركز حول الطفل في مجال محدد. تنطبق المهمة الأولى على كل المهنيين، وهي الأهم على المدى البعيد إذا أريد للطفل أن يؤدي جيداً داخل النظام الأسري (Guralnick, 2001). أما المهمة الثانية فيكون لها شكل ومحتوى مختلفين تأسيساً على الفئة المهنية والمنظمة المتضمنة.

إن محتوى تنسيق الخدمات Service Coordination Content هو الخدمات الفعلية

التي تقدم عبر الزمن. وكل خدمة مقدمة تحتوي على الخطوات التالية:

- ١- تحديد المشكلات التي يجب حلها.
- ٢- توضيح المشكلات واستجلائها.
- ٣- تحديد أولوية المشكلات وتحديد أهداف التدخل.

٤- تصميم وتنفيذ التدخل.

٥- تقييم تأثيرات التدخل.

إن المشكلات المدركة ستتغير مع الوقت ، وبالتالي يجب أن يتغير مهنيو التدخل ومنظمات الخدمة المشاركة مع الوقت. وأعضاء الفريق الثابتون الوحيدون هم الطفل والأسرة. ولذلك فإن أحد القضايا الرئيسة التي يجب التركيز عليها هي كيف يمكن للمهنيين أن يساعدوا أولياء الأمور في أن يصبحوا مكثفين ذاتياً في تنسيق الخدمات من أجل ضمان الاستمرارية والصلة في الخدمات التي يحصل عليها الطفل والأسرة. ولكي يدعّموا أولياء الأمور في أن يصبحوا مكثفين ذاتياً، يحتاج المهنيون إلى معرفة ومهارات في: (١) تكوين ارتباط مع الأسرة وأعضاء البيئة القريبة بطريقة توكيدية تنم عن التعاطف، (٢) إستراتيجيات الحل التعاوني للمشكلات، (٣) نظرية النظم/الأسرة. كما يجب أن يعرفوا كيف يطبقون هذه المهارات في عملية الحل التعاوني للمشكلات التي تشرك أولياء الأمور والبيئات القريبة والمهنيين. معنى ذلك أنهم يجب أن يعرفوا كيف يعملون في "فريق حول الطفل" Team around the Child حيث تكون الخدمات متمركزة حول الأسرة (Bjorck-Akesson & Granlund, 1997; Peterander, 2000; Pretis, 2000).
يبين الجدول رقم (٤، ٩) المهام العملية والكفايات الضرورية اللازمة للمهنيين في مجال التعاون مع الأسر والبيئات القريبة في التدخل المبكر.

في سلسلة من الدراسات شبه التجريبية باستخدام مجموعات ضابطة، أجرى غرانلوند وبورك - أكيسون (Granlund and Bjorck-Akesson, 2000) تقويماً لمخرجات التدريب أثناء الخدمة للمهنيين على الممارسات المتمركزة على الأسرة. وخلصوا إلى أن التدريب أثناء الخدمة إذا أدمج في الخدمات العادية سيكون أداة فعالة لتغيير الممارسات في التدخل المبكر إلى نموذج أكثر تركيزاً على الأسرة. وثمة عوامل كثيرة يمكن أن تؤثر إيجاباً أو سلباً على نتائج التدريب. والتدريب أثناء الخدمة ليس أكثر من واحد من

أنشطة التغيير الممكنة الكثيرة، ويجب أن يُكْمَل غالباً بأنشطة أخرى (مثل تغيير روتين المنظمة وتغيير توزيع المصادر). ويجب النظر إلى التغيير بوصفه عملية يشكل التدريب أثناء الخدمة مرحلة واحدة فقط فيها. ويبدو أن فعالية التدريب تتوقف على عوامل ترتبط بالإطار المنظمي Organizational لنشاط التدريب والعمل التحضيري قبل التدريب وتنفيذ أنشطة المتابعة والتدريب.

الجدول رقم (٩،٤). المهام العملية والكفايات المطلوبة من المهنيين.

المهام العملية	الكفايات المطلوبة
المهام العملية الأساسية للخدمات المصممة على الأسرة	المعرفة والمهارات الأساسية
مسح احتياجات الطفل والأسرة والبيئات القريبة	المهارات في تكوين ارتباط مع الأسر ومقدمي الرعاية المباشرين
تنسيق الخدمات	المهارات في الحل التعاوني للمشكلات
تقويم النتيجة الإجمالية	معرفة نظرية النظم والأسر
مساعدة أولياء الأمور في تنمية مهارات حل المشكلات	المهارات في الجوانب الأساسية لعملية التقييم
وضع الأهداف	مهارات مسح احتياجات البيئات القريبة
تصميم طرق لزيادة الالتزام بالتدخلات	المعرفة والمهارات الخاصة بالمهنة
المهام الخاصة بالمهنة	المهارات في تقييم مجال محدد
التقييم المتمركز حول الطفل في مجال محدد	المهارات في أهداف وطرق التدخل الخاصة بالمهنة
التشخيص ووضع الأهداف	المهارات في تقييم التدخل الخاص بالمهنة
طرق التدخل في مجال محدد	
تقويم تدخلات محددة	

ولا بد أن تربط أنشطة التدريب أثناء الخدمة بالإطار المنظمي الذي يحدث فيه التدريب، وفي نظام تحكمه الأهداف لا بد أن تعمل أنشطة التغيير المختلفة والعوامل الأخرى المؤثرة على المنظمة على دفع النظام في نفس الاتجاه. ولا بد أن يربط التدريب

أثناء الخدمة بالقاعدة القيمة العريضة والأهداف الواضحة للمنظمة وأن تنسق مع أدوات التسيير Steering الأخرى مثل التوثيق المطلوب للخدمات. وذلك يستوجب قاعدة قيمة معلنة بوضوح للأهداف المنظمة.

وفي العمل التحضيري يجب ربط الممارسات الحالية للمشاركين بنتيجة منشودة وقاعدة قيمة منشودة. وكلما زاد التناقض بين الوضعية الحالية والوضعية المنشودة، زاد الجهد المطلوب لمسح مهارات المشاركين ومعرفتهم وشواغلهم حول التغيير فردياً. وقد يكون من الضروري أيضاً إدخال التغيير فردياً. ولا بد أن تكون الوضعية المطلوبة (أي التأثيرات المطلوبة على الأسر والأطفال) هي بؤرة التركيز وليس سلوك المهنيين. وهذا يسمح للمهنيين المشاركين في أنشطة التغيير بأن يكون لهم إسهامهم في شكل ومحتوى أنشطة التدريب.

ومن المهم عند تنفيذ التدريب أن يتم ربط النظرية والممارسة معاً. ومن الوسائل المهمة لإنجاز مستوى ملائم من الترابط أن ينظر المشاركون إلى التقييم باعتباره عملية مستمرة موجهة نحو تحسين تأثيرات التدريب. ومن أنشطة التدريب الأساسية التغذية المرتدة الفردية إلى المشاركين حول تطبيقهم للممارسات المتمركزة على الأسرة.

وينبغي أن تضمن أنشطة المتابعة توفر فرص ومصادر للإبقاء على التغييرات والممارسات والمهارات في سياقات العمل العادية. وسوف تحدث الحركة في اتجاه التمركز حول الأسرة ببطء، إذا كنا نتوقع تغييرات على مستوى الفريق والمنظمة. ولذلك يجب أن يكون التدريب أثناء الخدمة جزءاً من خطة طويلة المدى تتضمن تغييرات في الإشراف والروتين المنظمي وتوزيع المصادر، إلى جانب أشياء أخرى.

خاتمة وتوصيات للمهنيين في الدول الأخرى

في السويد تقدم النظم العامة لرعاية الطفولة لكل الأطفال والأسر الدعم والخدمات الأساسية (مثل مركز الخدمات الصحية للأطفال وفصول ما قبل المدرسة).

وهذا يشير ضمناً إلى قلة الجهود المنصبة على خدمات التدخل المبكر لمجموعات محددة من الأطفال. والجانب السلبي لهذا النموذج هو أن المهنيين في الدعم والخدمات الأساسية لا يمتلكون أحياناً المهارات اللازمة لتقديم الدعم الضروري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. والمهنيون في مركز تأهيل الأطفال يتمتعون عادة بالخبرة الضرورية للعمل مباشرة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، بينما تنقصهم الخبرة للعمل مع الأسر والبيئات القريبة. والأسر وفصول ما قبل المدرسة هي البيئات الطبيعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في السويد، ولذلك يعتبر التدخل المبكر المتمركز على الطفل في بيئته الأقرب قضية أساسية.

وإذا أراد المهنيون أن يعملوا كمستشارين فلا بد أن يبنوا علاقات توكيدية قائمة على التعاطف مع أعضاء الأسرة والبيئة الأقرب. ولا بد أن يحلوا المشكلات بالتعاون مع الأسر وفصول ما قبل المدرسة. والتدريب أثناء الخدمة للمهنيين في مراكز الخدمات الصحية للأطفال ومراكز تأهيل الأطفال وفصول ما قبل المدرسة أحد الوسائل الموصلة إلى هذه الغاية.

وتتوقف فعالية التدريب أثناء الخدمة على وجود قاعدة قيمية واضحة ومفصلة للتدريب وعلى عوامل تتعلق بالإطار المنظمي مثل فرص العمل التحضيري قبل التدريب والوقت والموارد المتاحة لتنفيذ التدريب.

ومن شأن التعليم المستمر والتدريب أثناء الخدمة للمهنيين في مراكز الخدمات الصحية للأطفال ومراكز تأهيل الأطفال وفصول ما قبل المدرسة أن يحسن ممارسات التدخل المبكر في السويد. فمن شأن ذلك أن يوفر الخدمات في بيئة يتعاون فيها المهنيون وأولياء الأمور بناء على إطار مرجعي مشترك. ومن شأن ذلك، بدوره، أن يسمح للأطفال من أمثال كارل، إلى جانب أسرته، بأن يحصل على خدمات منسقة جيداً ومركزة على احتياجات كل من الطفل والأسرة.

المراجع

References

- Aurelius, G. (2000). Barnhälsovård [Health care in children]. In T. Lindberg & H. Lagercrantz (Eds.), *Barnmedicin* [Child medicine] (pp. 75-80). Lund, Sweden: Studentlitteratur.
- Barnombudsmannen [The childhood ombudsman]. (2002). *Barndom i förändring* [The changing childhood]. Retrieved October 14, 2002, from <http://www.bo.se/captest/bamdom.asp>
- Bateson, G. (1987). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychology, evolution, and epistemology*. North Vale, NJ: Jason Aronson.
- Bille, B., & Olow, I. (1999). *Barnhabilitering vid rörelsehinder och andra neurologiskt betingade funktionshinder* [Child habilitation for children with physical impairments and other neurologically based impairments]. Stockholm: Liber.
- Björck-Akesson, E., & Granlund, M. (1997). Changing perspectives in early intervention for children with disabilities in Sweden. *Infants and Young Children*, 9(3), 56-68.
- Björck-Akesson, E., Granlund, M., & Simeonsson, R.J. (2000). Assessment philosophies and practices in Sweden. In M.J. Guralnick (Ed.), *Interdisciplinary clinical assessment of young children with developmental disabilities* (pp. 391-411). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Brodin, J. (1995). *Avlösarservice för familjer med barn med funktionsnedsättningar* [Respite care for families with disabilities]. Stockholm: Lararhögskolan i Stockholm, Institutionen för specialpedagogik.
- Granlund, M., & Björck-Akesson, E. (2000). Integrating inservice training in family centered practices in context: Implications for implementing change activities. *Infants and Young Children*, 12(3), 46-60.
- Guralnick, M.J. (Ed.). (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M.J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18.
- Health and Medical Services Act of 1982 (HSL:SFS:1982:763). Sweden.
- Larsson, J.-L. (1996). *Aspects of health surveillance at child welfare centres*. Doctoral dissertation, Department of Woman and Child Health, St. Goran's Children's Hospital. Stockholm: Karolinska Institute!
- Larsson Sjöberg, K. (2000). *Barndom i länkade familjesystem: Om samhörighet och atskillnad* [Childhood in linked family systems: About being together and being apart]. Doctoral dissertation, Örebro Universitet, Sweden.
- Lindgren, A. (1992). Skulle kunna flyga [Could be able to fly]. In H. Medelius, *Leka för livet* [Play for life] (p. 8). Stockholm: Nordic Museum.
- National Agency for Education. (2001). *Beskrivande data om barnomsorg, skola och vuxenutbildning* [Descriptive data about early education, school and adult education]. Report No. 206.

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2001). *Starting strong: Early childhood education and care*. Paris: Author.
- Peterander, F. (Ed.). (1996). *Helios II final report—Early intervention: Information, orientation and guidance of families: Thematic Group I*. Munich, Germany: LMU Munich.
- Peterander, F. (2000). The best quality cooperation between parents and experts in early intervention. *Infants and Young Children*, 12(3), 32-45.
- Pretis, M. (2000). Early intervention in children with Down's syndrome: From evaluation to methodology. *Infants and Young Children*, 72(3), 23-31.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J., & Meisels, S. (Eds.). (2000). *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Simeonsson, R.J. (Ed.). (1994). *Risk, resilience, and prevention. Promoting the well-being of all children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Statistiska Centralbyran [Statistics Sweden]. (2000). *Population and welfare: population*. Retrieved October 14, 2002, from <http://www.scb.se/eng/index.asp>
- Stensland-Junker, K. (1995). *Den lilla människan* [The young child]. Stockholm: Natur & Kultur.
- Support and Service Act (LSS, SFS:1993:387). Sweden.
- von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. London: Penguin Books.
- Wachs, T.D. (2000). *Necessary but not sufficient: The respective roles of single and multiple influences of individual development*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Winton, P.J., & McCollum, J.A. (1997). Ecological perspectives on personnel preparation: Rationale, framework, and guidelines for change. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 3-25). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Retrieved August 6, 2002, from <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>.