

نموذج شامل إلى التدريب على

التدخل المبكر^(١) (البرتغال)

A Comprehensive Early Intervention Training Approach (Portugal)

جوسي بوفيدا Jose Boavida

ليونور كارفالو Leonor Carvalho

في عام ١٩٨٩م بدأ تنفيذ برنامج مجتمعي للتدخل المبكر قائم على التآزر بين الهيئات community-based interagency program في منطقة كيومبرا بوسط البرتغال (Boavida & Borges, 1990). وقد سمح النموذج الفريق القائم على التآزر بين الهيئات وعلى تداخل التخصصات transdisciplinary interagency team في كيومبرا للمهنيين من مجالات وهيئات مختلفة بالعمل معاً في تقديم خدمات متكاملة للأطفال والأسر.

(١) يوجه المؤلفان خالص الشكر إلى مارلين إسب - شيرويند Marilyn Espe-Sherwindt التي لم تبخل عليهما بوقتها الثمين لإعطائهما تعليقات وتوجيه أفادا منهما كثيراً في إنضاج هذا الفصل. كما يتوجهان بالشكر أيضاً إلى الكثير من زملائهما الذين ساعدوا في تطوير خدمات التدخل المبكر في كيومبرا وأماكن أخرى في البرتغال.

ومنذ البداية اعتبر بناء قوة عاملة مؤهلة أمراً حيوياً وحجر الزاوية لتطوير مشروع كيومبرا، فقد كان من الأهداف الرئيسة من التدريب نشر إطار مفاهيمي وفلسفي مشترك بين المهنيين (Boavida, 1992). وقد كان من بين الصعوبات التي واجهها المشروع قلة الإعداد قبل الخدمة، والتدريب المهني المتمركز حول الطفل (في مقابل المتمركز حول الأسرة)، ونقص مهارات العمل في فريق، وقلة المدربين البرتغاليين ذوي الخبرة. كيف يمكن تطوير برنامج تدريبي أثناء الخدمة من شأنه أن يكون فعالاً في تحسين معرفة ومهارات الموظفين ذوي الخبرة المحدودة أو المتعدمة في المجال؟

ورغم أن التدخل المبكر كان مترسخاً نسبياً في كيومبرا في عام ٢٠٠٣م، فإنه لم يظهر إلا مؤخراً في معظم البرتغال. فمنذ منتصف التسعينيات تم تطوير مجموعة واسعة من البرامج والخدمات في كافة أنحاء البلاد. ولذلك واجه فريق مشروع كيومبرا سؤالاً ثانياً: كيف يمكن تدريب فريق من شأنه أن يقدم دعماً مستمراً للممارسين من مشروع كيومبرا ومن مختلف أنحاء البلاد؟

لقد أوجد قانون التدخل المبكر الذي أصدر في عام ١٩٩٩م (Despacho Conjunto 891/99, 1999) الحاجة إلى إعداد مزيد من الموظفين على المستوى القومي. وسوف يكون تطوير برامج تدريبية قبل وأثناء الخدمة تضع في اعتبارها كل التغييرات التي حدثت في نماذج توصيل الخدمة منذ التسعينيات تحدياً رئيساً للجامعات ومؤسسات التعليم العالي وبرامج التدخل المبكر.

ومن أجل مساعدة الآخرين على فهم التحديات لمشروع كيومبرا والاستجابات لتلك التحديات يبدأ هذا الفصل بحكاية، يليها مناقشة للخصائص السكانية والسياق الاجتماعي، ونظم الخدمات الصحية والتعليمية، والخصائص الرئيسة للتدخل المبكر في البرتغال. ويقدم الفصل أيضاً وصفاً لمشروع كيومبرا وتطوير التدريب وبرنامج إعداد الموظفين في المشروع وتوجهات مستقبلية وتوصيات للمهنيين في الدول الأخرى.

حكاية جواكيوم وبولا

بولا امرأة برتغالية من أصل أفريقي في أوائل العقد الثالث من عمرها جاءت من مستعمرة برتغالية سابقة طلباً لحياة أفضل ورعاية طبية أفضل لحالتها الصحية. فقد تعرضت في الطفولة لمرض تركها بإعاقة حركية شديدة. وقد أدى عيشها حياة فقيرة في مكان لا تتوفر فيه الرعاية الصحية الجيدة إلى انعدام فرص الحصول على أي تدخل. وكغيرها من أبناء بلدها اختارت بولا البرتغال بسبب ما تتميز به من ظروف معيشية أفضل ولأنها تتحدث البرتغالية. وقد اضطرت بولا لأن تترك ابنتها ساندرالتي تبلغ الثالثة من العمر في رعاية أمها (جدة الطفلة) على أمل أنها سترسل للطفلة لتحلّق بها في البرتغال بأسرع ما يمكن.

كان أنطونيو زوج بولا يعيش في البرتغال عندما وصلت هناك. استقر الزوجان في بلدة صناعية صغيرة بالقرب من كيوميرا. وسرعان ما وجد أنطونيو عملاً في مصنع، بينما لم يتيسر ذلك لبولا بسبب إعاقته البدنية. وبسبب العيش على مرتب أنطونيو الصغير، واجه الزوجان صعوبات اقتصادية هائلة.

وبعد بضعة أشهر من وصولها حملت بولا وأنجبت طفلها جواكيوم. كان الحمل والولادة طبيعيين. لكن بعد شهرين لاحظت بولا أن جواكيوم يبدو "أكثر تشاقلاً" وأقل يقظة من الأطفال الآخرين. توجهت بولا وأنطونيو إلى المركز الصحي المحلي القريب للحصول على مساعدة طبية.

أكد الطبيب شكوك بولا بأن طفلها لم يكن ينمو بشكل طبيعي رغم عدم وضوح أسباب التأخر. وأحيل جواكيوم إلى مستشفى الأطفال من أجل إجراء تقييم نمائي شامل في مركز نمو الطفل بها. وفي غضون ذلك علمت بولا وزوجها بوجود مشروع كيوميرا لبرنامج التدخل المبكر ومثلاً عما إذا كانا يودان أن يتصل بهما عضو من الفريق المحلي. وبالفعل وافقا على الفكرة فوراً.

تسلم الفريق المحلي خطاب إحالة وتقرير يصف جواكيوم بأن لديه "مشكلات وراثية محتملة" وأنه "عرضة لخطر اجتماعي". وعلى الفور تم اختيار مرب خاص وموظف خدمات اجتماعية ليكونا المهنيين اللذين يقدمان الخدمات للأسرة والطفل. وفي الوقت الذي حدث فيه الاتصال الأول كان جواكيوم ابن الأربعة أشهر قد شُخصت عنده متلازمة داون الوراثة. وقد تأخر التشخيص بسبب الصعوبة في التعرف على آثار الثلث الصبغي رقم ٢١ لدى الطفل.

شرح المهنيون للأسرة في الزيارة الأولى كيف يعمل البرنامج، وناقشواهم في أغلب المخاوف التي تنتاب الأسرة. تحدثت بولا القوية والعازمة صراحة عن أولوياتها ومشكلاتها. كان أول ما يشغلها هو النمو الحالي والمستقبلي لطفلها. ورغم غياب الاضطرابات المصاحبة العادية التي تُرى عند الأطفال ذوي متلازمة داون، كان التأخر الحركي واضحاً جداً.

كانت بولا قلقة أيضاً بشأن إعاقته البدنية هي نفسها. وكانت تريد أيضاً أن تشتري جهازاً مساعداً ليحسن قدرتها على الحركة ونوعية حياتها، وأن تجد عملاً تسهم به في دخل الأسرة. ولكي تفعل هذه الأشياء لا بد أن تحصل بولا على وضع الهجرة القانونية في البرتغال. وكذلك كانت بولا تحلم بأن تأتي بساندرا لتعيش مع الأسرة في البرتغال. وقد أوضحت للمهنيين أنها بعد أكثر من سنة في البرتغال ساءت مشكلاتها الصحية والاقتصادية أكثر، وأنها لا تعرف إلى من تتوجه لتطلب المساعدة.

وافقت بولا على أن تتلقى زيارات منزلية أسبوعية لجواكيوم. وبالتعاون مع المهنيين حددت بولا بعض الأهداف والإستراتيجيات لنمو جواكيوم وللأسرة عموماً. وبعد بعض الاتصالات بالسلطات المختصة تمكنت بولا من الحصول على إقامة قانونية في البرتغال، وهو ما فتح أفقاً جديدة لتحقيق أهدافها. فبعد زيارة لأخصائي أجهزة مساعدة تسلمت بولا جهازاً مساعداً جديداً وبدأت تحضر جلسات العلاج الطبيعي. لكن إعاقته البدنية المستمرة جعلت من الصعب إيجاد فرصة عمل لها. وبمساعدة هيئة التدريب المهني أدرجت بولا في دورة تدريب مهني تحصل فيها على أجر. وقد كان لزاماً أن يسجل جواكيوم في مركز رعاية طفولة، وهناك بدأ منسق الخدمة في تنفيذ زيارة للطفل أسبوعياً. وقد استمرت الزيارات المنزلية التي يحددها بالاتفاق بين الطرفين تشكل جانباً مهماً من التدخل.

ورغم الصعوبات القانونية والبيروقراطية التي تخللت محاولة بولا لاستقدام ابنتها إلى البرتغال، كانت كل الأشياء الأخرى تسير جيداً مع الأسرة. كانت بولا سعيدة بعملها الجديد وكانت الأفضل في المواظبة على الحضور في الفصل التدريبي. ومن خلال التعاون الجيد بين منسق الخدمات وكل المهنيين الآخرين، اندمج جواكيوم بسهولة في برنامج رعاية الطفولة مع أطفال آخرين من نفس العمر. ثم أخذت الحالة تسوء. فمع اقتراب الشتاء والاحتكاك بالأطفال الآخرين وظروف الأسرة السكنية السيئة، أصيب جواكيوم بعدة نوبات متكررة من العدوى التنفسية وأدخل عدة مرات إلى المستشفى. واصلت الأسرة البحث عن منزل جديد، لكن الإيجارات كانت مرتفعة جداً. وبمساعدة منسق الخدمات حصلوا على إسكان اجتماعي. ومن أجل العناية بجواكيوم تغيبت بولا عن التدريب عدة مرات، ثم انقطعت، حيث قررت أن تترك الفصل قبل أشهر قليلة من نهايته لكي تتمكن من أن تعطي جواكيوم العناية الكافية. ولذلك ساءت الحالة الاقتصادية للأسرة.

ولحسن الحظ تحسنت صحة جواكيوم بعد أشهر قليلة. فبدأت بولا تبحث من جديد عن عمل. وقد أرادت أن تواصل العمل الذي بدأته من قبل، لذلك ساعدها الفريق في الاتصال بهيئة التدريب ثانية. وسجلت بولا ثانية في الفصل وأنهت التدريب العملي في مصنع أعطائها فرص جيدة للعمل.

بلغ جواكيوم الآن سنتين من العمر وبدأ تنوء في المشي. وقد كان أكثر ما يشغل أمه في الأشهر الأخيرة هو عدم قدرته على الكلام. وتقول بولا أن جواكيوم "ثقيل في الكلام كما هو في المشي". ولذلك اقترح منسق الخدمات الاتصال بأحد معالجي النطق واللغة. وبموافقة بولا تم بعد اللقاء الأول إضافة إستراتيجيات استخدام الإيماءات لتحسين التواصل إلى خطة جواكيوم.

بعد أقل من سنة سيبليغ جواكيوم الثالثة من العمر، ولا بد أن يبدأ العمل في خطته الانتقالية، وذلك لأن معظم الأطفال في البرتغال يذهبون بحلول عمر الثالثة إلى نوع جديد من مراكز رعاية الطفولة. بدأت الاتصالات بمركز رعاية الطفولة الجديد. سيذهب مع جواكيوم إلى مركز رعاية الطفولة الجديد ملف يحتوي كل المعلومات ذات الصلة والتي ترغب الأسرة في أن تشارك فيها مع المركز الجديد. إن واحداً فقط من أولويات الأسرة الأساسية لم تلب بنجاح، حيث حال الروتين القانوني دون استخدام ابنتها ساندرا إلى البرتغال، وسوف تستمر محاولات التعامل مع السلطات المختصة. والآن ظهر ضوء خافت في نهاية النفق.

وعلى امتداد مشاركة الأسرة في مشروع كيوميرا كانت بولا والمهنيون يعملون معاً طول الوقت في تحديد الأولويات والاهتمامات ووضع خطة لتلبية أهداف الأسرة وجمع الموارد لحل المشكلات، وفوق كل ذلك إعطاء أفراد الأسرة فرصة لامتلاك حياتهم وتوجيهها.

السياق القومي

إن البرتغال هي الدولة الأقدم والأصغر بين الدولتين المستقلتين على شبه الجزيرة الأيبيرية في جنوب غرب أوروبا^(٢). فالبرتغال التي تقترب مساحتها من مساحة ولاية إنديانا الأمريكية تغطي مساحة قدرها ٣٦٣٩٠ ميلاً مربعاً بما في ذلك جزر الأزور Azores وماديرا Madeira. وأرض البرتغال القارية مستطيلة الشكل بطول ٣٦٠ ميلاً وعرض ١٢٥ ميلاً. يبلغ عدد السكان ١٠,٥ مليون نسمة يتحدثون جميعاً اللغة البرتغالية، ويعيش حوالي ٦٠٪ من سكانها في مناطق ريفية.

إن البرتغال المستقلة منذ عام ١١٤٣م بوقوعها على حافة أوروبا بين أسبانيا والمحيط الأطلسي كانت في بادئ الأمر معزولة عن المراكز التجارية الكبيرة والطرق

(٢) الدولة الثانية هي أسبانيا (المترجم).

الرئيسة للنقل البري ، وأخيراً في أثناء العصور الوسطى شهدت البرتغال توسعاً وتجارة بحرية غير مسبوقه عندما أبحر ملاحوها لاستكشاف حوالي ثلثي العالم. وظل المحيط يلعب دوراً مهماً في حياة البلاد ، فالمدن الكبيرة مثل لشبونة وبورتو تمثل موانئ بحرية. ويزدحم السكان على طول الساحل حيث توجد أفضل الأراضي الزراعية والصناعات الرئيسة وطرق النقل الرئيسة.

خضعت البرتغال في الفترة من ١٩٣٣م إلى ١٩٧٤م لحكم نظام استبدادي محافظ. وفي ٢٥ أبريل ١٩٧٤م قامت حركة عسكرية مدفوعة بالحروب الطويلة في أفريقيا الاستعمارية والسياسات القمعية في الداخل بإسقاط النظام ، وبدأ عصر جديد في تاريخ البلاد. والبرتغال اليوم نظام ديمقراطي برلماني وعضو كامل بالاتحاد الأوروبي منذ ١٩٨٦م.

تتضمن الصناعات البرتغالية التقليدية المنسوجات والملابس والأحذية ومنتجات الخشب والفلين والمشروبات (النيبيذ) والخزف والفخاريات والزجاج والمنتجات الزجاجية. ورغم أن البرتغال تعتبر بلد زراعي فقد تراجعت أهمية الزراعة البرتغالية كثيراً منذ نهاية القرن العشرين. ففي عام ٢٠٠٣م كان دخل البلاد يعتمد بشدة على التصنيع وعلى التوسع في صناعة السياحة. فالبرتغال وجهة سياحية أوروبية رئيسة لحوالي ٢٥ مليون سائح يزورونها سنوياً من أسبانيا والمملكة المتحدة وألمانيا وفرنسا والولايات المتحدة الأمريكية ، حيث يمثل الساحل الممتد بطول ٥٠٠ ميلاً والمناخ المعتدل والمأكولات والنيبيذ الممتازين بعض أسباب نجاح صناعة السياحة.

لقد حدث تقدم كبير منذ الثمانينيات في رفع مستوى المعيشة في البرتغال إلى مصاف شركائها في الاتحاد الأوروبي. ويبلغ معدل البطالة بها ٤,٤٪ ، وهو الأقل في الاتحاد الأوروبي (Instituto Nacional de Estatistica, 2000) ، ويتوقع أن يهبط أكبر مع ازدياد قوة الاقتصاد. ويبلغ متوسط معدل دخل الفرد ١٠٨٢٤ دولاراً أمريكياً ، وقد

ارتفع هذا المتوسط على أساس تعادل القوة الشرائية من ٥٣٪ من متوسط دخل الفرد بالاتحاد الأوروبي في ١٩٨٥م إلى أكثر من ٧٠٪ في عام ١٩٩٨م.

الشعب والثقافة

ظل المجتمع البرتغالي تقليدياً على امتداد الأرباع الثلاثة الأولى من القرن العشرين لسببين أساسيين: (١) انخفاض مستوى التصنيع، (٢) والهجرة الكثيفة للمواطنين الأكثر إبداعاً وطموحاً الذين فروا إلى دول أوروبية أخرى وأمريكا هرباً من حروب البرتغال الاستعمارية ودكتاتوريتها. وبعد ثورة ١٩٧٤م عاد كثيرون ممن هاجروا إلى البرتغال ومعهم أفكار جديدة لتطوير المجتمع. ومع دخول البلاد في الاتحاد الأوروبي عام ١٩٨٦م والتحسين الكبير في الظروف المعيشية بدأت التفاوتات بين الطبقات تتناقص وبدأ المجتمع البرتغالي يقترّب أكثر فأكثر من الدول الأوروبية الأخرى.

قد تبدو البرتغال للوهلة الأولى مجتمعاً متجانساً. فعلى سبيل المثال ٩٧٪ من السكان من الكاثوليك الرومان (تشتهر البرتغال بعدة مواقع للحج من أشهرها مدينة فتيما^(٣)). ولا توجد بين سكان البرتغال "الأصليين" مجموعات عرقية أو ثقافية مختلفة، ما عدا أقلية أفريقية صغيرة. ولا توجد في البرتغال حركات متطرفة أو انفصالية منخرطة في أعمال إرهابية، ويعتبر الشعب البرتغالي عموماً شعباً متسامحاً وهادئاً^(٤) *pacific* جداً.

ومع ذلك توجد اختلافات إقليمية ومحلية تتضح في المناطق الصغيرة، وتلك الاختلافات تعكس أساساً طبيعة الأنشطة الاقتصادية بالبرتغال. فالبرتغال البحرية

(٣) مدينة برتغالية تشتهر بمقام السيدة العذراء الذي أقيم فيها عام ١٩١٧م بناء على وحي أو نبوءة عن الآخرة والخلاص أوحى به السيدة مريم - كما يقال - إلى ثلاثة أطفال، واسم المدينة أو المقام كما تقول المصادر الأجنبية مشتق من الاسم العربي "فاطمة" للمترجم.

(٤) يستخدم المؤلفان هذه الصفة غير الشائعة طبعاً نظراً لوقوع البرتغال على المحيط الهادئ، وكان الشعب تأثر بالمحيط للمترجم.

مجتمع صيد سمك وسياحة، بينما تعتمد البرتغال الداخلية على الزراعة بشكل كبير. ولعل التباين الأكبر هو ذلك الذي يوجد بين المدن والمناطق الريفية، حيث تشكل الأخيرة مجتمعاً أكثر بساطة وتقليدية. لكن أبعد من هذا الانقسام الحضري - الريفي لا توجد تباينات مهمة أخرى.

ومنذ التسعينيات أدى الاستثمار العام المتزايد في التشييد إلى جانب التحويلات الصافية من الاتحاد الأوروبي إلى زيادة الرواتب. وقد جذبت هذه الزيادة آلافاً من العمال الأجانب، خاصة من المستعمرات الأفريقية البرتغالية السابقة ومن دول أوروبا الشرقية. وتدفق المهاجرين يمثل مشكلة اجتماعية جديدة وصعبة نسبياً تؤثر على الإسكان والتعليم والاندماج الاجتماعي عموماً.

نظم الخدمات الصحية والتعليمية

تقدم مؤسسة الصحة العامة (NHS) National Health Service الرعاية الصحية المجانية لمعظم سكان البرتغال من خلال شبكة من مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات المحلية من المستويين الثاني والثالث. وقد تحسنت خدمات الرعاية الصحية للأمومة والطفولة بشكل ملحوظ منذ الثمانينيات، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال من ١٧,٨ في الألف عام ١٩٨٥م إلى ٥ في الألف عام ٢٠٠١م (Institute Nacional de Estatistica, 2002).

وتقدم مؤسسة الصحة العامة خدماتها للأطفال ذوي الإعاقات النمائية من خلال (١) مراكز نمو الطفل في مستشفيات الأطفال بلشبونة وبورتو وكيومبرا، (٢) العيادات النمائية بأقسام الأطفال بالمستشفيات من المستوى الثاني. وتتضمن هذه الخدمات التقييم العصبي - النمائي للأطفال، فضلاً عن أنواع التقييم التي يجريها المهنيون في التربية الخاصة وعلم النفس والعمل الاجتماعي وأمراض النطق واللغة والعلاج الطبيعي والمهني. كما تجرى للأطفال الفحوصات المعملية وتقنيات

التصوير والاختبارات الوراثية والأبضية والاستشارات من المهنيين الطبيين الآخرين حسب الحاجة.

كما تحسن التعليم باطراد هو الآخر. حيث انخفضت الأمية من ٣٤٪ من السكان في عمر ١٥-٦٤ سنة في عام ١٩٦٠م إلى ٧٪ فقط في عام ١٩٩١م (Barreto, 2000). ورغم أن القيد بالمدرسة إلزامي فقط للأطفال في عمر ٦-١٦ سنة، فقد ازداد القيد بفصول ما قبل المدرسة (٣-٥ سنوات) من حوالي ٣٠٪ في عام ١٩٨٧م إلى ٦٤,٧٪ في عام ١٩٩٨م (Ministry of Education, 2000). وفي هذه الأثناء ازداد عدد الطلاب المقيدون بالجامعات ومؤسسات التعليم العالي باطراد أيضاً من ٢٤١٤٩ عام ١٩٦٠م إلى ٨٤١٧٣ عام ١٩٨٠م إلى ٣٤٤٨٦٨ عام ١٩٩٧م (Barreto, 2000).

إن نظام المدارس العامة مطالب وفقاً للقانون العام رقم ٩١/٣١٩ الصادر في عام ١٩٩١م بأن يقدم تعليماً ملائماً بالكامل لكل الأطفال ذوي الإعاقات. وهيئات التعليم مطالبة بأن تقيم كل الأطفال ذوي الاحتياجات إلى التربية الخاصة وأن تعد وتنفذ لهم خططاً تربوية فردية. وكذلك فرض القانون على الهيئات التعليمية تعليم الأطفال في أقل البيئات تقييداً *the least restrictive environment*، وأن تقدم لهم "الخدمات المساندة" *related services*. وتلك الخدمات تتضمن النقل والاستشارة والخدمات النفسية وحتى بعض التقنيات المساعدة *assistive technology*.

ورغم الإطار القانوني الواضح الذي يحدد توفير الخدمات للأطفال عمر المدرسة ذوي الإعاقات، فإن الواقع يكون مختلفاً في بعض الأحيان. وكثيراً ما تخصص موارد عامة (مالية وبشرية) للمؤسسات الخاصة (مثل جمعيات أولياء الأمور) التي تدير مدارس منعزلة. لكن هناك، مع ذلك، حركة دمج قوية يقف ورائها أولياء أمور ومهنيون وصناع سياسات تسهم في تحويل الموقف التعليمي تدريجياً ليكون أكثر دمجاً.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

جاء إصدار قانون التدخل المبكر (Despacho Conjunto 891/ 99) في أكتوبر ١٩٩٩م كمعلم أساسي على الطريق. فقبل هذا القانون كان التعليم المجاني والملائم للأطفال ذوي الإعاقات يقدم فقط بعد عمر السادسة. لكن ظهرت الحاجة الماسة إلى شكل آخر لتقديم التعليم بسبب انتشار برامج التدخل المبكر في البرتغال.

تطورت منذ أوائل التسعينيات مجموعة كبيرة من البرامج والخدمات تطلق على نفسها اسم "التدخل المبكر" في كافة أنحاء البلاد: بعضها متركز على الطفل، وبعضها متركز على المهنيين، وبعضها نتج عن عمل مهني واحد وبعضها عن مجموعة من المهنيين أو حتى الفرق. اعتمد بعض البرامج على وزارتي التعليم والصحة، واعتمد غيرها على نظام الضمان الاجتماعي، أو نتج عن التشبيك بين الهيئات العامة والخاصة (Almeida, 2000). وقد كانت الأطر المفاهيمية ونماذج التوصيل والمجموعات المستهدفة والأهداف ومقاييس المخرجات ومستوى مشاركة أولياء الأمور ونوع أو كثافة أو مدة الخدمات تختلف كثيراً من برنامج إلى آخر، وحتى داخل نفس البرنامج. ونتيجة لذلك كانت الصورة العامة للتدخل المبكر في البرتغال متباينة للغاية، وتوجد الآن بمساعدة التشريع توقعات لحركة ممكنة وإن كانت بطيئة جداً نحو الإتساق القومي.

وبفضل جهود المهنيين المخلصين جاء القانون الجديد متضمناً تغييراً مهماً: بدلاً من التركيز فقط على تعليم الطفل، يحدد القانون الأسرة بوضوح باعتبارها مكان تخطيط وتوصيل دعم وخدمات التدخل المبكر القائمة على المجتمع المحلي. ويذكرنا القانون أيضاً بأن التدخل المبكر مجال قائم على تداخل التخصصات والتآزر بين الهيئات. ويتألف المجال من المهنيين العاملين في الخدمات التعليمية والصحية والاجتماعية التي يجب أن تقدم خدمات ثنائية شاملة للأطفال ذوي الإعاقات من

الولادة حتى عمر السادسة وأسرههم. كما يؤكد القانون البرتغالي أيضاً على الحاجة إلى خطة تدخل فردية، على أن تعد هذه الخطة وتنفذ وفقاً لفلسفة متمركزة على الأسرة. يعرف القانون بنية أو نظاماً يتكون من فرق من السكان المحليين يديرها فريق منسق في كل منطقة. يعمل بهذه الفرق مهنيون من الهيئات التعليمية والصحية وهيئات الضمان الاجتماعي العامة المختلفة، وكذلك من مؤسسات غير حكومية. ويقوم على الإشراف على القانون وتقييم تنفيذه خمس مجموعات إقليمية، واحدة في كل من منطقة من مناطق البلاد. وعلى المستوى القومي يقوم على الإشراف والتقييم مجموعة تضم ممثلين للوزارات الثلاثة المعنية: الصحة والتعليم والضمان الاجتماعي.

ثمة نقص حاد في الموظفين المؤهلين لخدمة الأطفال الصغار ذوي الإعاقات والمعرضين لخطرهما سيشكل تحدياً رئيساً للتنفيذ الناجح للقانون الجديد. ولذلك تعتبر أهداف التدخل المبكر وعمر الأطفال الذين يتلقون الخدمة واحتياجات ومشكلات الأسر والخدمات القائمة على عمل الفريق والتوصيل جميعها قضايا ذات صلة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار للإعداد المستقبلي للموظفين قبل وأثناء الخدمة على المستوى القومي.

وصف البرنامج

بدأ مشروع كيومبرا Coimbra Project في عام ١٩٨٩ م عبر التشبيك بين خمس هيئات إقليمية تمثل الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية. وفي عام ١٩٩٤ م تكونت لجنة عمل على المستوى القومي لوضع قانون قومي حول توفير خدمات التدخل المبكر. وقد دعي عضو من مشروع كيومبرا للمشاركة في هذه المجموعة. وفي عام ١٩٩٩ م، ورغم الانقطاعات الناتجة عن تغيير الحكومات، أثمرت جهود لجنة العمل، حيث تم إصدار قانون التدخل المبكر. وقد جاء القانون مشتملاً على معظم الأهداف والفرضيات وحتى البنية التي تشكل الأساس لمشروع كيومبرا.

كيومبرا هي ثالث أكبر مدينة في البرتغال، وهي عاصمة المنطقة الوسطى التي تضم ست مقاطعات. وتغطي مقاطعة كيومبرا مساحة قدرها ١٦٠٠ ميلاً مربعاً، وتضم سكان يقدرون بحوالي ٤٥٠٠٠٠ نسمة. وكشأن بقية مقاطعات البلاد، تعكس كيومبرا سياقات جغرافية مختلفة تتراوح من الجماعات المنعزلة في الجبال إلى القرى الساحلية التي تزدهر على السياحة، وكذلك سياقات اجتماعية مختلفة تتراوح من الفقر المدقع (يشكل إدمان الخمر في الغالب مشكلة خطيرة) إلى أسر الطبقة المتوسطة.

أما مدينة كيومبرا ذاتها فمساحتها متوسطة ويقدر سكانها بحوالي ١٥٠٠٠٠ شخصاً. وجامعة كيومبرا واحدة من أقدم أربع جامعات في أوروبا، حيث أنشأها في عام ١٢٩٠م الملك دينيس Dinis وتقع على تل يشرف على أقدم جزء بالمدينة. وتزدان الجامعة لزوارها بالكنوز التي جلبها البرتغاليون من البحار البعيدة التي جابوها: بوابات على النمط المانويليني^(٥) (أسلوب معماري قوطي برتغالي من فترة الاكتشافات) ومصلى القديس ميخائيل والغاية الغربية والذهب البرازيلي في مكتبة الملك جون. ولا يزال البرج القديم الذي يهيمن على أفق المدينة بطول ٣٤ متراً يدق كل ساعة. وفي مايو تعج المدينة بألوان كل أقسام الجامعة في مهرجانات واستعراضات الطلاب. وطوال العام يشاهد طلاب الجامعة وهم يمشون عبر الشوارع الضيقة وفي الغالب بعباءاتهم السوداء التقليدية ويجلبون لكيومبرا معهم الأغاني القومية البرتغالية النموذجية المعروفة باسم فادو Fados والأغاني الشعبية والكتب والقصائد والأحلام والحنين للماضي.

وتعتبر الخدمات التعليمية والصحية في منطقة كيومبرا من أجود نظيراتها في البرتغال. فمعدل وفيات الأطفال، على سبيل المثال، هو الأقل في البلاد

(٥) الأسلوب المانويليني Manueline style نمط برتغالي في الزخرفة المعمارية يرجع إلى أوائل القرن السادس عشر يقوم على استخدام العناصر البحرية وعناصر تمثل الاكتشافات التي جلبتها رحلات فاسكو دي جاما وبيدرو ألفاريس كابرال المترجم.

(٣,٨ في الألف) (Institute Nacional de Estatistica, 2002). والقيود بفصول ما قبل المدرسة بها من أعلى أمثاله في البلاد (Ministry of Education, 2000). وعلى خلاف المناطق الأخرى بالبرتغال، تتميز مقاطعة كيومبرا بتقاليد طويلة للتعاون بين الهيئات المختلفة.

أهداف وفروضيات مشروع كيومبرا

ثمة ستة أهداف رئيسة ووجهت تطور مشروع كيومبرا منذ بدايته في عام ١٩٨٩ م (Boavida & Borges, 1994; Boavida, Espe-Sherwindt, & Borges, 2000):

- ١- بناء نظام للتدخل المبكر قائم على التأزر بين الهيئات وتداخل التخصصات.
- ٢- استخدام الموارد الموجودة فعلاً في المجتمع المحلي (البشرية والمادية) وتتضمن الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية، وكذلك الموارد الأخرى الرسمية وغير الرسمية.
- ٣- أن تكون على مستوى المقاطعة وقائمة على المجتمع المحلي، على أن يكون هناك فريق تدخل مبكر في كل من المجالس الـ ١٧ بالمقاطعة.
- ٤- تقديم خدمات شاملة فردية للأطفال تحت عمر الثالثة المعرضين لخطر مرتفع أو ذوي الإعاقات وأسرههم.
- ٥- توفير التدريب لكل المهنيين المشاركين في مشروع كيومبرا وتعزيز التعاون مع البرامج الأخرى في البرتغال وفي الخارج.
- ٦- الإسهام في تطوير تشريعات التدخل المبكر في البرتغال.

ثمة بضعة فرضيات تشكل الأساس لمشروع كيومبرا، الأولى أن التدخل المبكر يساعد الأسرة في عملية التكيف مع العضو الجديد المعاق. كما يحسن التدخل المبكر البيئة، وبذلك يساعد الطفل في تحقيق إمكاناته والوقاية من الإعاقات من المستوى الثاني (Bennett 5- Guralnick, 1991). وعلاوة على ذلك فإن كل الأسر، بغض النظر عن حالتها الاجتماعية - الاقتصادية، تمتلك نقاط قوة وموارد يجب أن تستخدم لتحسين نمو الطفل (McGonigel, Kaufmann, & Johnson, 1991). ولا يمكن للمهنيين، أيما كانوا،

أن يعرضوا عن دور الأسرة في تقديم الرعاية. ومساعدة الأسر على زيادة وتحسين المهارات الوالدية يكون له تأثير إيجابي باقي بعد سنوات التدخل المبكر (Dunst & Trivette, 1987; Dunst, Trivette, & Deal, 1988; Simeonsson & Bailey, 1990). وأخيراً فإن للتدخل المبكر تأثير إيجابي على المجتمع، حيث يزيد وعيه بالحاجة إلى الدعم المبكر للأطفال الصغار وأسرهـم (Moor, Van Waesberghe, Hosman, Jaeken, & Miedema, 1993).

تنظيم المشروع

إن فريق المشروع باختيارهم إطار بيئي وتفاعلي (Bronfenbrenner, 1977; Sameroff & Fiese, 1990) عبروا عن إيمانهم بأن خدمات التدخل المبكر يجب أن تشرك الأسرة، ويجب أن تكون قائمة على المجتمع المحلي، على أن تكون الأسرة ككل هدف وموضع توصيل الخدمات. كانت الخدمات قدر الإمكان وبحسب الملاءمة تقدم في سياق المنزل باستخدام الموارد المتوفرة في الأسرة والمجتمع المحلي. وبدلاً من الجمود على بيئة قياسية أو مكان واحد للتدخل المبكر، ركز المشروع على البيئة الطبيعية: مركز رعاية الطفولة أو المنزل أو أي مكان آخر في المجتمع المحلي وفقاً لتفضيلات الأسرة واحتياجات الطفل (Boavida, 1993).

في غضون أربع سنوات تكون فريق محلي للتدخل المبكر في كل مجلس بمقاطعة كيومبرا. ومنذ البداية اشتملت كل الفرق الـ ١٧ على مجموعة أساسية من المهنيين: طبيب رعاية أولية وعمروضة ومربي خاص واحد أو أكثر وموظف خدمات اجتماعية وأخصائي نفسي. ويتوفر المعالجون فقط في المجالس الأكبر. وبسبب نقص المهنيين المتخصصين في الجماعات الصغيرة، يوفر المشروع معالج مهني وأخصائي أمراض النطق واللغة كمستشارين. كما يوفر المشروع أيضاً الخدمات التشخيصية والعلاجية بمستشفى الأطفال بكيومبرا ومركز نمو الطفل بها ومركز الشلل الدماغي (Boavida & Borges, 1994; Boavida et al., 2000).

وأعضاء الفريق مهنيون من الهيئات المختلفة التي تعمل في المجتمع المحلي. ولا يعمل بدوام كامل في مشروع كيومبرا إلا عدد صغير من المهنيين، وفي معظم الحالات يكون التدخل المبكر جزءاً فقط من عمل المهنيين، حيث يظلوا يؤدون عملهم المنتظم في الهيئات الأساسية التي يعملون بها.

يأتي الأطباء والمرضات من المركز الصحي المحلي، والمربون الخاصون من نظام المدارس العامة، والأخصائيون النفسيون وموظفو الخدمات الاجتماعية من مؤسسة خاصة أو المركز الصحي أو أية هيئة محلية أخرى توفرهم للمشروع. ولكل أعضاء الفريق خبرة في العمل مع الأسر والأطفال تحت عمر الثالثة.

تتوفر لكل فريق غرفة مجهزة تجهيزاً كاملاً في مكاتب إحدى الهيئات المشاركة، وفي هذه الغرفة تُجرى التقييمات والاجتماعات وفي بعض الأحيان مجموعات دعم أولياء الأمور. ويستخدم الفريق نموذجاً قائماً على تداخل التخصصات يحاول تجاوز الحدود بين التخصصات العلمية الفردية ويعظم مشاركة أولياء الأمور والتشارك في المهارات بين المهنيين والأسر. وعضو الفريق الذي يعمل باعتباره مقدم الخدمة الأولية يكون هو منسق الخدمة. وفي العادة يكون منسق الحالة مريضاً أو موظف خدمات اجتماعية أو أخصائي نفسي أو ممرضة، وقدر الإمكان يكون من التخصص العلمي الأوثق صلة باحتياجات الطفل والأسرة.

وعلى مستوى المنطقة يقوم فريق مكون من ممثل عن كل هيئة موقعة بالتنسيق بين الخدمات المختلفة. والأهم من ذلك أن فريق التنسيق يقدم كل الدعم المنظمي لمشروع كيومبرا، بما في ذلك التخطيط والإشراف والتدريب والاجتماعات المنتظمة مع فرق المجتمع المحلي وتطوير المشروع والتنفيذ.

والهيئات المشاركة على مستوى المقاطعة والممثلة في فريق التنسيق تتضمن الهيئات التالية: مستشفى الأطفال بكيومبرا، وإدارة الرعاية الأولية الإقليمية التي

تنسق بين المراكز الصحية المحلية ، وقسم التربية الخاصة الإقليمي ، ومركز الضمان الاجتماعي بكيومبرا ، وتجمع مؤسسات التربية الخاصة غير الحكومية. وفريق التنسيق ككل مسئول عن إعداد تقرير النشاط وإعداد الميزانية سنوياً. وبناء على الإتفاقات المكتوبة حول الأدوار والمسئوليات بين مشروع كيومبرا والهيئات المقدمة للخدمات ، يطلب من كل هيئة مشاركة أن تخصص مصادر محددة : المهنيين أو التمويل أو التجهيزات (Boavida & Borges, 1990).

كون مشروع كيومبرا فريق إشراف يعمل كمستوى وسيط بين الفريق المنسق وفريق التدخل المبكر المجتمعية الـ ١٧ (Boavida & Violante, 1993). ويتكون فريق الإشراف من خمسة مهنيين ذوي معرفة وخبرة معترف بها في توفير الخدمات المباشرة للأطفال والأسر ، ويتمثل دورهم في أن يساعدوا ويدعموا المهنيين في المجال والتأكد من الالتزام بالإطار الفلسفي والمفاهيمي المتبنى. ويعلمون أيضاً كجسر بين فريق التنسيق والمجتمع المحلي.

الأطفال والأسر

يخدم مشروع كيومبرا حوالي ٢١٠ طفلاً وأسرته كل سنة. ونظرة إلى الوراء على الأطفال الذين خدمهم المشروع منذ بدايته توضح أن ٢٣٪ منهم كان عندهم تأخر نمائي محقق ، ٤٥٪ لديهم مشكلات نمائية فقط لكنهم ينتمون إلى المجموعات المعرضة لخطر شديد ، والـ ٢٢٪ الباقين تلقوا التدخل من باب الوقاية بسبب عوامل الخطر البيئية (Boavida et al., 2000). لقد خدم المشروع أطفالاً من كل أنواع التأخر النمائي والإعاقات. وكانت المجموعات الرئيسة كالتالي :

- التأخر الشامل : ٦٨٪.
- متلازمة داون : ٨٪.
- التشوهات الخلقية (بما في ذلك المتلازمات المختلفة المشوهة) : ٧,٥٪.

- الإعاقة السمعية : ٧٪.
- الشلل الدماغي : ٦٪.
- الإعاقة البصرية : ٥٪.

كان الفقر هو عامل الخطر البيئي الرئيس ، حيث يشكل الفقراء ٤٠٪ من إجمالي السكان الذي يتلقون الخدمة. ويأتي إدمان الخمر في المرتبة الثانية (١٧٪)، تليها مشكلات التغذية (١٥٪)، ثم العزلة الاجتماعية (١٤٪)، ثم الاكتئاب (١٣٪)، ثم الأمية (١١٪)، ثم وجود التأخر العقلي في الأسرة (٩٪) (Boavida et al., 2000). ومنذ أواخر التسعينيات يحظى الأطفال المعرضون لخطر بيئي باهتمام خاص في مشروع كيومبرا (Bryant & Maxwell, 1997). وتلك الأسر التي تعيش عادة في بيئات محرومة في ظروف إسكان دون المستوى وشديد الإزدحام والتي تكون كثيراً عرضة للنبذ من المجتمع المحلي تميل - هذه الأسر - لأن ترتاب في الخدمات. فهم يظهرون معدلات تغيب عالية عن العيادات ، خاصة العيادات النمائية. وفي جو الاكتئاب والإحباط والعجز لا يكون نمو الطفل هو أولوية الأسرة، حيث تبذل الطاقات النفسية والبدنية عادة في مهام البقاء الصرف. فضلاً عن أن المهنيين يميلون إلى إرجاع أي تأخر إلى الظروف المعيشية والبيئية السيئة فقط.

بأخذ تلك الأمور في الاعتبار أطلقت مستشفى الأطفال بكيومبرا ومشروع كيومبرا في عام ١٩٩٨م العيادة النمائية بالمجتمع المحلي *Developmental Clinic in the Community* (Boavida, Carvalho, & Carvalho, 1998). تقوم تلك العيادة المخصصة للأطفال والأسر المعرضين لخطر بيئي بزيارات منزلية بعد موافقة الأسرة وبتنظيم من منسق الخدمات. ويلتقي فريق مكون من طبيب أطفال نمائي وأخصائي نفسي ومرب خاص إكلينيكي بالأسرة والطفل في المكان الذي يلائمهم ، والذي يمكن أن يكون المنزل. ويحضر في التقويم منسق الخدمة أو أي من أعضاء الفريق المحلي الآخرين قد تختارهم الأسرة أو

ترغب في حضورهم. ويتضمن التقييم: (١) تقييم طبي وعصبي - نمائي للطفل، (٢) تحديد جوانب القوة والألويات والاحتياجات وعوامل الخطر، على أن يحدث ذلك من جانب الأسرة وبمساعدة أدوات أعدت لهذا الغرض. وفي نهاية اللقاءات يجتمع أفراد الأسرة والمهنيين من العيادة والفريق المحلي لمعالجة ومناقشة كل المعلومات التي تعتبر ذات صلة لعملية التدخل. وهنا تحدد المصادر الرسمية وغير الرسمية المتاحة والإستراتيجيات والمخرجات وكذلك القضايا الأخرى التي ستُضمَّن في الخطة.

توضح البيانات من السنتين الأوليين أن التقييم الإكلينيكي حدث في المنزل في ٦٥٪ من الحالات الـ ٧٥ التي تم تقييمها. كان إدمان الخمر موجوداً لدى أحد أو كلا الوالدين في ٧٠٪ من الأسر، وكان التأخر العقلي موجوداً على الأقل لدى أحد الوالدين في ٢٥٪ من الحالات. وفيما يتعلق بالحمل والولادة وجد أن ١٧,٥٪ من الأمهات لم تحضرن في أي عيادة رعاية قبل الولادة، ١٥٪ وضعن أطفالهن في المنزل. (من إجمالي السكان يفشل ٢٪ من النساء الحوامل في الحصول على رعاية قبل الولادة، ١,٣٪ يلدن في المنزل) تعطي هذه الأرقام فكرة عامة عن الأسر التي تحضر هذه العيادة والتحديات التي تعترض توفير الخدمات (Boavida et al., 1998).

كانت أشكال التأخر النمائي البسيطة موجودة في ٦٠٪ من الأطفال الذين فحصوا في العيادة النمائية بالمجتمع المحلي. وفي بعض الحالات تنفذ زيارات إلى مستشفى الأطفال بكيومبرا من أجل الفحوصات العملية أو التصوير. وقد تم التعرف على بعض تشوهات المخ غير المحددة، فضلاً عن متلازمة الكروموسوم X الهش. وقد كان المهنيون المحليون يعتبرون معظم الأطفال "طبيعيين"، حيث اعتبروهم فحسب "معرضين لخطر". وعندما يكون الأطفال ذوي التأخر النمائي البسيط يعيشون في فقر، فإن الميل إلى التركيز على البيئة باعتبارها السبب التحتي الوحيد للتأخر يكون في ذاته عامل خطر إضافي، حيث يتم إغفال التفسير الطبي ويحرم الطفل من الفحوصات والتدخلات

الطبية اللازمة. وفي هذه الحالات المحددة أثبت تقييم الطفل في البيئة الطبيعية (في سياق الأسرة والمجتمع المحلي) وإجراء مناقشة مطولة تتضمن الأسرة والمهنيين المحليين والمهنيين النمائيين أنها مفيدة جداً في تخطيط وتنفيذ التدخل (Meisels & Fenichel, 1996).

دور الأسرة

حتى أواخر التسعينيات لم يكن أولياء الأمور يشاركون مباشرة في أنشطة إدارة مشروع كيومبرا على مستوى المقاطعة. ومع تكوين الجمعية القومية للتدخل المبكر عام ١٩٩٩م Associate Nacional de Intervencio Precoce (ANIP) التي تضمنت اثنين من أولياء الأمور في مجلس إدارتها ويوجد مكتبها الرئيس في كيومبرا بدأ هذا الحال يتغير سريعاً. وتمثل أهداف الجمعية القومية للتدخل المبكر في إدارة التمويل العام لمشروع كيومبرا وتنظيم وتوفير التدريب والمعلومات والدعم لأولياء الأمور والمهنيين المشاركين في التدخل المبكر.

كانت مشاركة أولياء الأمور قبل إنشاء الجمعية القومية للتدخل المبكر تحدث فقط ضمن الفرق المحلية، خاصة في الأنشطة المتعلقة بأطفالهم وكذلك مجموعات دعم أولياء الأمور العرضية. غير أن مجموعات دعم أولياء الأمور ليست متسقة مع الثقافة البرتغالية، ذلك أن التشارك في الخبرات مع أولياء الأمور الآخرين ذوي المشكلات المماثلة ليس ممارسة شائعة تقليدياً في البرتغال. ومع ذلك فقد كانت الإستثناءات القليلة في هذه المجال ناجحة ومحفزة نسبياً.

وقد حقق مشروع كيومبرا نفسه تقدماً كبيراً في إشراك الأسر. ورغم وعي المشروع الأولي بالحاجة إلى استهداف الأسر بتوصيل الخدمات، كان مستوى مشاركة أولياء الأمور منخفضاً نسبياً في السنوات الأولى. ومنذ أواخر التسعينيات تقدم المشروع بثبات من نموذج متحالف مع الأسرة إلى آخر متمركز حقاً على الأسرة. وثمة عاملان أسهما في تسهيل مستوى مختلف كلياً من مشاركة أولياء الأمور في عملية التدخل

المبكر: (١) تبني نموذج الفريق القائم على تداخل التخصصات، (٢) استخدام نسخة برتغالية من خطة الخدمة الأسرية الفردية Individualized Family Service Plan كعملية تطور وتنفذ بطريقة تدعم أهداف الأسر (Espe-Sherwindt & Boavida, 1997).

وعلى خلاف الفرق القائمة على تعدد التخصصات Multidisciplinary أو حتى تداخل التخصصات Interdisciplinary، توفر الفرق القائمة على تآزر التخصصات Transdisciplinary بوظيفتها وتركيبها الفرص للأسر والمهنيين للعمل سوياً (McGonigel, Woodruff, & Roszmann-Millican, 1994). وهنا تعتبر الأسر أعضاء بالفريق يشاركون بالدرجة التي يختارونها في تطوير وتنفيذ خطة الخدمة الأسرية الفردية. ودور الأسر في التشارك في المعلومات في مجالهم - على اعتبار أنهم أولياء أمور لأطفال ذوي إعاقات ووعيهم بأولوياتهم وجوانب قوتهم واحتياجاتهم - تجعلها مصدر ثمين في عملية التدخل.

على أن هذا التغيير في الأدوار والعلاقات الأسرية - المهنية التقليدية لم يكن سهلاً دائماً في تنفيذه مع بعض المهنيين المحافظين. وعموماً فقد تيسر تطوير وتنفيذ نموذج الفريق القائم على تآزر التخصصات في البرتغال بفعل قيود الميزانية والفرق التي تعاني عادة من نقص الموظفين ونقص التمويل.

نتائج مشروع كيوميرا والاتجاهات المستقبلية

ثمة سؤال أساسي يحتاج إلى إجابة: هل استطاع المشروع أن يقلل أو يمنع المشكلات النمائية بين الأطفال الذين قدم لهم خدماته إلى الآن؟ من خلال معرفة الأطفال والأسر قد يكون من السهل أن نجيب عن هذا السؤال بـ"نعم". لكن علمياً لا يمكن تقديم إجابة جازمة لهذا السؤال بسبب عدد من القيود المنهجية. فعدم تجانس المجموعات التي تلقت الخدمات، وكل المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على النمو، وعدم إمكانية فصل تأثيرات النضج العصبي Neuromaturational عن تأثيرات التدخل، وعدم

استخدام مجموعات ضابطة تشكل جميعها تحديات لا يستطيع مشروع كيومبرا بإمكاناته أن يتغلب عليها.

وقد طبق في عام ١٩٩٧م مسحاً حول رضا أولياء الأمور على أولياء أمور ٣٠ طفلاً تلقوا الدعم من المشروع لأكثر من سنتين، وقد قدم المسح بعض النتائج المحفزة. فقد كان ٩٠٪ من أولياء الأمور راضين عن تقدم أطفالهم، ٨٩٪ رأوا أن التدخل لبي احتياجات أطفالهم، ٨١٪ شعروا أنهم أعضاء نشطين في الفريق، ٨٥٪ أصبح لديهم فهم أفضل لمشكلات أطفالهم، ٧٠٪ قالوا أنهم اكتسبوا معرفة ومهارات وشعروا بأن قدراتهم تحسنت على استخدام موارد المجتمع المحلي (Boavida et al., 2000).

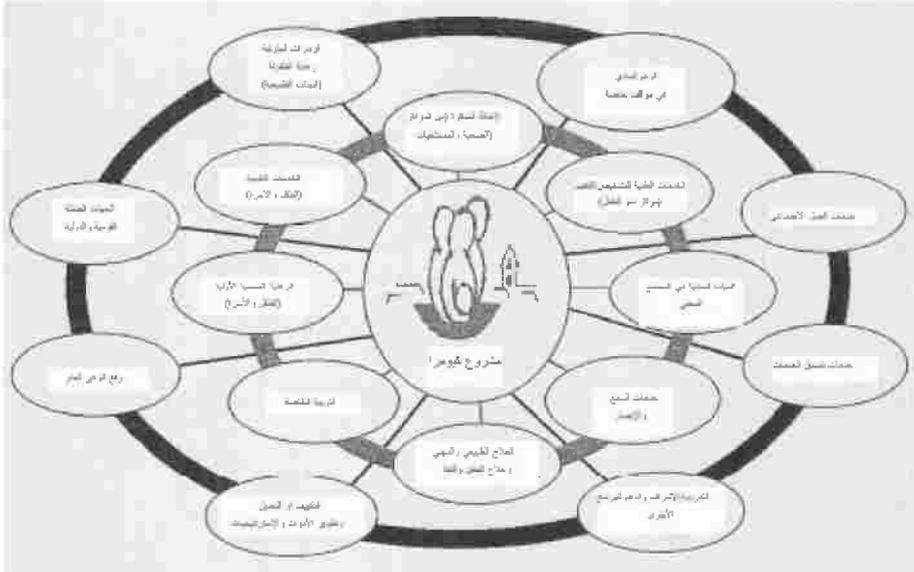
وقد تم تقييم رضا أولياء الأمور عن مشروع كيومبرا مرة ثانية في عام ٢٠٠٢م باستخدام المقياس الأوروبي لرضا أولياء الأمور عن التدخل المبكر European Parent Satisfaction Scale about Early Intervention (EPASSEI) (Eurllyaid, 1997). قام فريق بحثي مستقل بدعم من الجمعية القومية للتدخل المبكر بترجمة المقياس الأوروبي الذي أعدته الجمعية الأوروبية للتدخل المبكر المعروفة اختصاراً باسم Eurllyaid إلى اللغة البرتغالية. يحتوي المقياس على ٥٧ مفردة تقيس رضا أولياء الأمور على ثمانية أبعاد: (١) التدخل المتمركز على أولياء الأمور، (٢) التدخل المتمركز على الطفل، (٣) البيئة الاجتماعية، (٤) الشراكات بين أولياء الأمور والمهنيين، (٥) نموذج التدخل، (٦) حقوق أولياء الأمور، (٧) ومراعاة الظروف المحلية وشبكة الخدمة، (٨) بنية وإدارة الخدمة. وتتم الإجابة عن كل مفردة على مقياس يمتد من -٢ (غير راضي تماماً) إلى +٢ (راضي تماماً).

قام فريق بحثي مستقل بتوزيع المسح وجمعه وتحليله. وجاء متوسط درجة الرضا بناء على نتائج ١٥٨ أسرة +٠,٩٣، وهي نتيجة تماثل أو تزيد عن نظيراتها في الدول الأوروبية الأخرى، حتى الأغنى في الموارد عن البرتغال

(Lannens & Mombaerts, 2000). وكان البعد الذي حصل على أعلى درجة هو الشراكات بين أولياء الأمور والمهنيين (+٦٦, ١)، والبعد الذي حصل على أدنى درجة هو مراعاة الظروف المحلية وشبكة الخدمة (+٢٧, ٠). وذلك يرتبط بمتغيرات مثل مرونة جداول العمل وإمكانية الوصول إلى أولياء الأمور والأطفال وبعض الجوانب الوظيفية لتنظيم البرنامج والتقدير داخل البناء الاجتماعي. وعموماً كان الرضا أعلى بين أسر الأطفال ذوي الإعاقات النمائية البسيطة والأسر من خلفيات اجتماعية - اقتصادية منخفضة، بينما كان أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات النمائية المؤثرة وأولياء الأمور من خلفيات اجتماعية - اقتصادية عالية أقل رضىً (Cruz & Fontes, 2002). وهذه النتائج يجب أن تحلل بحذر وأن تؤخذ في الاعتبار في الاتجاهات المستقبلية.

بيد أن بعض النتائج لا يمكن أن تصاغ بطريقة كمية. ومن بين هذه النتائج التحول الكبير في طرق النظر إلى الأسر على أنهم ممارسين، وكذلك الوعي المتزايد بالحاجة إلى وضع قواعد ونظم لتوفير الخدمات، وقد كان هذا الوعي مسئولاً جزئياً عن وضع قانون التدخل المبكر في البرتغال. كان التدريب بالتأكيد جزءاً من الإجابة من أجل خلق مفهوم تعاوني مشترك وبناء إطار مفاهيمي مشترك بين المهنيين المختلفين من المجالات والهيئات المختلفة. وتلك الخاصية المحددة للبرنامج هي ما سوف يركز عليه الفصل فيما بقي منه.

تبنى المشروع منذ البداية نموذجاً إيكولوجياً للتدخل (Bronfenbrenner, 1990) لتعظيم جهود التدخل من خلال برنامج شامل ومتكامل من الخدمات. فقد كان الطفل والأسرة والمهنيون والسياقات الاجتماعية الأكبر في بؤرة توصيل خدمات التدخل المبكر (انظر الشكل رقم ١, ١١). وقد كان التدريب/الإشراف والدعم لبدء برامج وتقنين وإعداد أدوات وإجراءات والمشاركة في لجان العمل القومية والدولية دائماً أجزاء مهمة من مشروع كيومبرا.



الشكل رقم (١١،١). شكل توضيحي للنموذج الإيكولوجي للتدخل بمشروع كيوميرا.

إن مشروع كيوميرا ملتزم بالاستثمار مبكراً جداً في الأطفال الصغار ذوي الإعاقات النمائية أو المعرضين لخطرهما. وينعكس هذا الالتزام في التأكيد على زيادة مشاركة أولياء الأمور على كل المستويات؛ من الفرق المحلية إلى المنظمات القومية، ومن الإسهام في إعداد البرامج التدريبية أو تقييم البرنامج.

إن مشروع كيوميرا عندما بدأ في عام ١٩٨٩م كان خبرة جديدة كلياً. وقد أوجد المشروع نموذجاً للتعاون بين هيئات المجتمع المحلي المتعددة، حظي بتقدير الأسر، وُنفيذ فيما بعد بطرق مختلفة وفي مختلف أنحاء البلاد، وأصبح في النهاية الإطار المفاهيمي للتشريع البرتغالي.

التدريب وإعداد الموظفين

إن توصيل خدمات التدخل المبكر مهمة معقدة تتطلب الجمع بين المعرفة والمهارات والخبرة بما يمكن الممارسين من اختيار واستخدام أفضل أساليب التدخل (Gallacher, 1997). منذ البداية اعتبر مشروع كيومبرا إعداد الموظفين حجر الزاوية لتطوره (Espe-Sherwindt & Boavida, 1995). لكن مهمة إعداد الموظفين في البرتغال في ١٩٨٩م لم تكن سهلة. وفي ذلك واجه المشروع القضايا التالية :

● التدريب المهني الذي كان يركز بالدرجة الأولى على الطفل (في مقابل التركيز على الأسرة).

● نقص النظم القانونية حول توفير الخدمات.

● نقص الإعداد قبل الخدمة في أمور التدخل المبكر.

● نقص المهنيين المدربين وذوي الخبرة والأساتذة في المجال.

● التطوير المستمر للمفاهيم والممارسات التي ثبت نجاحها.

وعلى ذلك فإن خلق إطار مفاهيمي وفلسفي مشترك بين المهنيين من الهيئات والمجالات المختلفة كان أحد الأهداف الرئيسة للتدريب. وقد اتضح فيما بعد أن ذلك كان مهماً لشحذ القدرة على تبني نموذج جديد.

ومن أجل مجابهة هذه التحديات استخدمت إستراتيجيات عديدة للتنمية المستمرة للموظفين. كان من بين هذه الإستراتيجيات التشاور مع الخبراء الزائرين (خاصة من الولايات المتحدة الأمريكية) والتفاعل مع البرامج في أوروبا والولايات المتحدة والمؤتمرات وورش العمل القصيرة والأعمال الدراسية والإشراف بغرض بناء وتنقيح مهارات التدخل المبكر وتشجيع الدعم والنمو المهنيين المستثمرين (Boavida & Borges, 1994). يعرض هذا الجزء من الفصل قضايا إعداد الموظفين في مشروع كيومبرا، ومنها الوجه الناشئ للتدخل المبكر في كيومبرا والبرتغال وتصميم برنامج تدريب الموظفين وفعالية البرنامج والاتجاهات والاعتبارات المستقبلية.

الوجه الناشئ للتدخل المبكر في كيومبرا والبرتغال

كما ورد قبل ذلك فعندما بدأ المشروع أنشطته في عام ١٩٨٩م لم يكن بالبلاد قانون أو قواعد لتقديم الخدمات. وفي غالبية الحالات كانت الخدمات متمركزة على الطفل وتستخدم نفس الطرق المستخدمة في برامج التربية الخاصة للأطفال الأكبر سناً (Boavida & Borges, 1994). ولم يكن هناك تدريباً مهنيّاً خاصاً على التدخل المبكر لا قبل ولا أثناء الخدمة. ولم تكن موضوعات التدخل المبكر تدرج كثيراً في التدريب المهني الموجود، وحتى إن وجد محتوى التدخل المبكر، فإنه لم يكن يجاري ما كان يعتبر أفضل الممارسات عالمياً. كان مجال التدخل المبكر الناشئ وسريع التطور بما يميزه من أدوار ورؤى جديدة لتوصيل الخدمة هو العامل الأهم الذي أثر على محتوى وعمل البرنامج التدريبي لمشروع كيومبرا. وقد جاء تنفيذ مشروع كيومبرا - الذي استلهم فرضياته وأهدافه وإطاره الفلسفي من التشريع الأمريكي بعد تعديلها لكي تلائم واقع المشروع وبما يعبر عن إبداعه - بمثابة نقطة بداية لعملية تطوير التدخل المبكر في البرتغال، تلك العملية التي لا رجعة عنها. وقد أدى قرار تبني نموذج متمركز على الأسرة والمجتمع المحلي وقائم على التآزر بين الهيئات وبين التخصصات إلى ظهور احتياجات تدريبية واضحة للمشروع.

الجماعات المستهدفة وأهداف التدخل المبكر

عند تخطيط الإعداد المهني كان من أول القضايا ذات الصلة التي يجب أن تخاطب طبيعة الجماعات المستهدفة (Klein & Campbell, 1990). وإضافة إلى خدمة الأطفال ذوي الإعاقات، بدأ المشروع أيضاً بخدمة الأطفال المعرضين لخطر عيالي، خاصة الأطفال ذوي عوامل الخطر البيئي المتعددة، وقد كان الفقر هو القاسم المشترك. وعلاوة على ذلك كان المشروع يعتبر توفير الدعم والتدريس للأسر ومساعدتها على الاستقلالية والتمكين هدفاً لا يقل أهمية عن تحسين نمو الطفل وتقليل أشكال التأخر

النمائي وإعادة توسط المشكلات الموجودة أو تقديم خدمات علاجية للأطفال. واتخاذ الأسرة كبؤرة لتوصيل الخدمات والدعم كان بمثابة تغيير جذري لمقدمي الرعاية. مستوى مشاركة الأسرة

منذ البداية نماز المشروع بثبات نحو نموذج متمركز على الأسرة. وقد تجلى التحول من فلسفة متحالفة مع الأسرة Family-allied Philosophy إلى أخرى متمركزة على الأسرة في إدخال خطة الخدمة الأسرية الفردية (Espe-Sherwindt & Boavida, 1996). فقد كانت خطة الخدمة الأسرية الفردية تعتبر عملية يجب أن تطور وتنفذ من جانب الأسر والمهنيين وفقاً لأولويات الأسرة وشواغلها ونقاط قوتها واحتياجاتها (McGonigel et al., 1991). وكان ينظر إلى الخدمات من منظور الأسر، حيث كانت تعتبر المتغير الثابت في حياة الأطفال والوحدة الأساسية لتوصيل الخدمة. وقد طلب من المهنيين أيضاً أن يعملوا مع الأسر باعتبارها عنصراً مكملاً للفريق والتخلي عن النماذج والمنظورات التقليدية. وكما هو الحال على كل مستويات عملية التدخل، كان التعاون والشراكة بين الأسر والمهنيين الأساس للتنفيذ الناجح للخدمات المتمركزة على الأسرة. وقد أثبت هذا التحول الفلسفي المحدد أنه الأصعب في تثبيته وتنفيذه مع بعض المهنيين المحافظين الذين تدرّبوا وفقاً للنموذج المتمركز على الطفل، وبالتالي أصبح مركزياً للتخطيط لإعداد الموظفين. المكان الذي يحدث فيه التدخل

لم يحدد مشروع كيومبرا مكاناً قياسياً للتدخل المبكر. إن لكل طفل احتياجات متفردة ويعيش في أسرة متفردة لها مصادر وأولويات متميزة. ينطبق نفس المبدأ على المجتمع المحلي الذي يعيش فيه الطفل والأسرة. ولذلك يجب وضع عوامل عديدة في الاعتبار عند اختيار البيئة المثلى لخدمة للطفل المعاق أو المعرض لخطر. تتضمن هذه الأماكن منزل الأسرة ومركز رعاية الطفولة والمركز الصحي أو أي مكان آخر في المجتمع المحلي شريطة أن يكون بيئة طبيعية (Stayton & Bruder, 1999). ولذلك كان لا بد من

تدريب الممارسين على توصيل الخدمات في أماكن لم يكونوا معتادين عليها (وربما تكون غير مريحة لهم أحياناً).

التعاون بين الهيئات

كانت الفرق وفقاً للبنية التنظيمية لمشروع كيومبرا يجب أن تتضمن مهنيين من هيئات الصحة والتعليم والضمان الاجتماعي المختلفة، وكذلك المهنيين من مؤسسات غير حكومية. كان هذا النموذج نموذجاً لتنسيق الخدمات عبر الهيئات، حيث كانت الحاجة إلى نموذج يجمع الخدمات من الهيئات المتعددة مهمة جداً للأسر ذات الخدمات واحتياجات الدعم المعقدة والكثيفة.

لقد أوجد نموذج الفريق القائم على التآزر بين الهيئات والتخصصات بنية يعمل فيها المهنيون من المجالات والهيئات المختلفة سوياً لتوفير خدمات متكاملة وشاملة للأطفال والأسر. ويعتبر هذا النموذج وسيلة لتحسين إمكانية تنسيق الخدمات عبر حدود كل من الهيئات والتخصصات العلمية (McGonigel et al., 1994). ومن شأن غياب مثل هذا التنسيق بين الفرق المحلية أن يجعل دعم الأسر وأطفالها ذوي الإعاقات وعداً غير قابل للتحقيق. وقد كانت الحاجة إلى خلق فلسفة مشتركة ولغة وأهدافاً مشتركة بين المهنيين - أي الحاجة إلى خلق فريق - من أهم القضايا التي وضعت في الاعتبار عند تخطيط وتطوير تدريب الموظفين (Boavida et al., 2000).

القيم والأدوار الجديدة في التدخل المبكر

لقد نظر المشروع إلى احتياجات الطفل النمائية على أنها متكاملة عبر المجالات النمائية الأساسية، ويفضل أن يقوم على تنفيذ برنامج الطفل مهني واحد بمساعدة من أعضاء الفريق الآخرين في شكل استشارات. لقد استلزم نموذج مشروع كيومبرا إعادة تصور وفهم جذرية للدور التقليدي لمقدمي الخدمة: من صانعي قرار إلى ميسرين، ومن فرق قائمة على تعدد التخصصات إلى أخرى قائمة على تآزر التخصصات، ومن

الخدمات المباشرة المقدمة للأطفال إلى الخدمات الاستشارية غير المباشرة للأطفال والأسر (Stayton & Bruder, 1999). وكل تلك التحولات في توفير الخدمة لم تكن ممكنة بالطبع إلا من خلال دمج الاتجاهات والمهارات والكفايات الجديدة اللازمة للعمل مع الأسر في منهج التدريب (Roberts, Rule, & Innocenti, 1998).

تصميم برنامج تدريب الموظفين

إن الإعداد قبل الخدمة للمهنيين المختلفين المشاركين في مشروع كبيراً لم يتضمن المداخل التعاونية المتمركزة على الأسرة لتوصيل الخدمات. وهم بذلك لم يعدوا للعمل في نظام يفرض على الممارسين أن يعملوا مع الطفل والأسرة، عادة في أثناء الزيارات المنزلية، وأن يصمموا إستراتيجيات التدخل وفقاً لروتين وأولويات الأسرة. ما الذي يحتاج المهنيون في المجتمع المحلي لأن يعرفوه لكي يكونوا قادرين على خدمة الأطفال والأسر بفعالية؟ وكيف يمكن للتدريب أثناء الخدمة أن يحسّن وعي ومعرفة ومهارات الموظفين ذوي الخبرة المحدودة أو المنعدمة في المجال؟ وكيف يمكن للتدريب أثناء الخدمة أن يغيّر تعريفهم للتدخل ومفهومهم عنه من مجرد مجموعة من الأنشطة للأطفال المستحقين ذوي الإعاقات إلى مفهوم أوسع يتضمن نمو الطفل وقدرة الأسرة على العناية بالطفل؟ وما مدى صعوبة وإمكانية إيجاد نظام تدريب أثناء الخدمة ودعم مستمر يكونان ملائمين عبر التخصصات والممارسات؟ وكيف يمكن تحديد الاحتياجات المحلية، وإن أمكن كيف يمكن تقديم حلول محلية؟ كانت هذه بعض الأسئلة التي كان يجب الإجابة عنها قبل تخطيط إعداد الموظفين.

يتضمن وصف تصميم البرنامج جوانب تتعلق بالمحتوى والعملية. ويتضمن المحتوى مجالات كفايات واسعة ومحددة اعتبرت مهمة لتقديم خدمات التدخل المبكر وفقاً لأفضل الممارسات الموصى بها. وتشير العملية إلى طريقة توصيل المحتوى (McCollum & Catlett, 1997). ونظراً لأهمية الإشراف لتقديم التدريب والدعم المستمرين إلى الممارسين فإنه يقدم منفصلاً.

عملية البرنامج ومحتواه

إن المعرفة والمهارات في مجموعة واسعة من المجالات المهمة أساسية للمهنيين الذين يؤهلون لتقديم خدمات التدخل المبكر (Thorp & McCollum, 1994). وقد حدد مشروع كيومبرا أربع مجالات محتوى واسعة لأغراض التدريب: (١) الأطفال، (٢) الأسر، (٣) عمل الفريق، (٤) الفلسفة والقيم (ليس فقط الإطار المفاهيمي لمشروع كيومبرا، وإنما أيضاً أفضل الممارسات التي تحظى بالاعتراف في الأدبيات). وجاءت مجالات المحتوى الفرعية في منهج التدريب على النحو التالي:

- ١- نمو الطفل وسلوكه (العادي وغير العادي).
- ٢- المشكلات النمائية المحددة (الإعاقات البصرية والإعاقات السمعية والإعاقات الحركية والتوحد ومتلازمة داون ومتلازمة الكروموسوم X الهش).
- ٣- الفحص والتقييم النمائيين.
- ٤- استخدام نموذج ومنهج بورتج (Shearer & Shearer, 1972).
- ٥- استخدام منهج "النمو: من الولادة حتى عمر الثالثة" (Copa, Lucinski, Olsen, & Wollenburg, 1999a).
- ٦- العمل مع الأسر.
- ٧- الزيارات المنزلية.
- ٨- التدخل المبكر المتمركز على الأسرة.
- ٩- العمل في فريق قائم على تآزر التخصصات.
- ١٠- إعداد وتنفيذ خطط الخدمة الأسرية الفردية.
- ١١- الإطار الفلسفي والمفاهيمي للتدخل المبكر.
- ١٢- الإشراف.

إن السنة الأولى للمشروع رغم أنها لم تكن "ثرية" جداً من حيث مخاطبة كل مجالات المحتوى السابقة، كانت مهمة جداً فيما يتعلق بإرساء برنامج تدريبي شامل.

أولاً أوضح مسح واسع للجامعات ومؤسسات التعليم العالي البرتغالية ندرة قضايا التدخل المبكر المتضمنة في مناهج الطلاب وقلة المدربين في المجال. وقمنا بملاحظة عدة برامج تدخل مبكر جيدة الصيت قائمة في المركز، لكن ممارساتها كانت متمركزة على الطفل بدرجة كبيرة. وقد تمكن مشروع كيومبرا من إقامة ارتباط مع هيئة ضمان اجتماعي بلشبونة تعرف اختصاراً باسم DSOIP كانت تقدم منذ سنوات التدخل المبكر باستخدام نموذج بورتج وطريقة الزيارات المنزلية. وقد كان التعاون مع مهنيي هذه الهيئة مفيداً ومثمراً في البداية. فإلى جانب العمل مع مركز ساو خوزيه Centre Sao Jose، وهو برنامج ضمان اجتماعي من بورتو يقدم التدخل المبكر، تمكن مشروع كيومبرا ومنظمة الضمان الاجتماعي بلشبونة من خلق فريق من المدربين وتقديم عدة مقررات حول نموذج بورتج للمهنيين في مختلف أنحاء البلاد. كانت جمعية بورتج البرتغالية، وهي جمعية قومية مقرها في لشبونة، قد أنشئت رسمياً في كيومبرا عام ١٩٩٢م وتتبع نفس الجهود التعاونية.

الأمر الثاني الذي كان يشغلنا في السنة الأولى هو التعرف المتأخر على الأطفال ذوي الإعاقات. فالإحالة المبكرة مهمة لنجاح التدخل. والمهنيون الصحيون هم الأفضل دائماً للتعرف على الأطفال الصغار ذوي الإعاقات أو المعرضين للخطر (Boavida & Borges, 1994). ويرجع التأخر في عملية الإحالة إلى قلة الوعي بين أطباء وممرضات الرعاية الأولية الذين يهتمون بالنضج أكثر منهم بالنمو في الأشهر الأولى من الحياة (Boavida et al., 2000). ونتيجة لذلك أصبح المهنيون الصحيون هدفاً مهماً جداً للتدريب. ومنذ البداية اعتبرت مشاركة مقدمي الرعاية الصحية والتعاون بين الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية (أحد الخصائص المحددة لمشروع كيومبرا) مهمة جداً لنجاح البرنامج. وقد أعد برنامج تدريبي شامل بغرض زيادة مشاركة أطباء وممرضات الرعاية الأولية. وكانت القضايا الرئيسة المتضمنة هي:

- التعرف على عوامل الخطر البيولوجية - الطبية والبيئية للإعاقات النمائية.
- الاستخدام المنتظم لتقنيات الفحص النمائي في المتابعة المنتظمة للأطفال.

- أهمية الرعاية الصحية الجيدة في عمل الأسرة وأدائها.
- أهمية التعرف المبكر على الأطفال والأسر المستحقة.
- الحاجة إلى تغيير الاتجاهات الطبية التقليدية نحو المشكلات النمائية والتدخل المبكر. كانت مستشفى الأطفال بكيومبرا، خاصة مركز نمو الطفل بها، هي التي قدمت هذا التدريب للمهنيين الصحيين. وقد اشتمل التدريب على مقررات نظرية وعملية وورش عمل. وأجريت لقاءات ومؤتمرات في كل المراكز الصحية الـ ١٧ بالمقاطعة بجمرة مقننة من مواد الفحص والتقييم النمائيين وزعت على كل الأطباء والمرضات المشاركين في الفرق المحلية. وإضافة إلى ذلك شارك كل مقدمو الرعاية الصحية بالمشروع في تدريب بالملاحظة لمدة أسبوعين في العيادة النمائية بمركز نمو الطفل تعرفوا فيه على اضطرابات نمائية مختلفة وعملية التقييم القائمة على تداخل التخصصات. وعلى اعتبار الهدف المتمثل في زيادة فرص التعرف على الأطفال ذوي الإعاقات أو العرضة للخطر من جانب مقدمي الرعاية الصحية، قرر القائمون على المشروع أن هذا المحتوى المحدد باتساعه وعمقه المفصلين للأطباء والمرضات كان ضرورياً لكي يوجد في هذين المجالين قاعدة معرفية ومهارات إكلينيكية قوية. وقد جاءت عملية توصيل هذا المكون من البرنامج التدريبي الخاصة بتخصصات محددة مختلفة عن الإعداد اللاحق للموظفين الذي كان عابراً للتخصصات وقائماً على نظام الفريق. وقد شارك الأطباء والمرضات أيضاً في كل التدريب العابر للتخصصات.

وفي السنة الأولى من عمل مشروع كيومبرا أيضاً حضر المؤلف الأول لهذا الفصل برنامجاً تدريبياً مكثفاً قائماً على تداخل التخصصات لمدة ثلاثة أشهر حول الاضطرابات النمائية في مركز سينسيناتي للاضطرابات النمائية Cincinnati Center for Developmental Disorders التابع للجامعة. وفي تلك الفترة ساعد المؤلف في تحقيق أول اتصال لمشروع كيومبرا بالخبرة الأمريكية في المجال والتشريع الأمريكي، كما تمكن من

زيارة وتأسيس روابط مع برامج ومهنيي التدخل المبكر. كان ذلك بداية التبادل الواسع للمواد والأفكار، وكذلك الزيارات إلى كيومبرا من جانب كثير من المستشارين الخارجيين. وقد شاركت هيئات ومهنيون مختلفون في المستويات المختلفة، من المشاركة لمرة واحدة إلى المشاركة المستمرة في البرنامج التدريبي: مركز التعلم للطفل والأسرة Altamira Project ومقره ألبوكويرك بنيو مكسيكو ومعهد فرانك بورتجر جراهام لنمو الطفل Frank Porter Graham Child Development Institute في تشابل هيل بكارولاينا الشمالية والهيئة الخامسة للخدمة التعليمية التعاونية Cooperative Education Service Agency 5 (CBSA 5) في بورتج بويسكونسن وأشخاص كثيرين من الداخل والخارج.

ثمة مثالان للعلاقات المستمرة مع هيئات أمريكية - مركز التعلم للطفل والأسرة والهيئة الخامسة للخدمة التعليمية التعاونية - يوضحان تأثير التعاون الدولي على إعداد الموظفين بالمشروع. وقد كان التعاون مع الهيئة الخامسة للخدمة التعليمية التعاونية، وهي الهيئة التي طورت نموذج بورتج، مهمة جداً في تنفيذ منهج جديد. كان أول احتكاك لمشروع كيومبرا مع منهج "النمو: من الولادة حتى الثالثة" لهذه الهيئة في الترويج في أبريل ١٩٩٣م. وهذا المنهج الجديد يتفادى أوجه القصور في نسخة منهج بورتج التي كانت تستخدم في البرتغال في ذلك الوقت. وبعد ستة أشهر أمكن الحصول على ملاحظة عملية لهذا المنتج الجديد عندما زار ثلاثة من مشرفي مشروع كيومبرا ويسكونسن وحضروا تدريباً قدمه مشروع بورتج. قُدم منهج "النمو: من الولادة حتى الثالثة" كمجموعة من المواد وإطار فلسفي لعملية تدخل مبكر تقوم على العلاقات. يعترف مصطلح "النمو" growing بأن نمو الطفل من الولادة حتى الثالثة يحدث في سياق العلاقات، وتدعم مواد المنهج تدخلاً إيكولوجياً قائماً على نقاط القوة ومتمركزاً على الأسرة (Doan-Sampon, Wollenburg, & Campbell, 1993). كان هذا المنهج الجديد

متسقاً كثيراً مع ما كان يعتبر ممارسة جيدة في مشروع كيومبرا، وهو ما ساعد مهنيي التدخل على ملاحظة وتسجيل نمو الطفل وكذلك أهمية البيئة والعلاقات لنمو الطفل (Bronfenbren-ner, 1979; Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 2000).

والفريق المنسق بمشروع كيومبرا لتيقنه من أن هذا المنهج الجديد سيكون مفيداً جداً للمهنيين في مشروع كيومبرا - وفيما بعد للمهنيين في جميع أنحاء البرتغال - رحب بقبول دعوة من مشروع بورتج لترجمة النسخة البرتغالية من منهج "النمو: من الولادة حتى الثالثة" واستخدامها وتقنينها وفيما بعد نشرها. بدأ التدريب المنتظم على استخدام المنهج الذي قدمه موظفو بورتج لمهنيي مشروع كيومبرا في منتصف عام ١٩٩٥م. وبسبب قلة التمويل تأجلت ترجمة وتقنين المواد لستين، واستؤنفت العملية في عام ١٩٩٧م ببرنامج تدريب أساسي جديد وبرنامج تدريبي للمدرسين (Carvalho, Fidalgo, & Carvalho, 2000). وابتداء من عام ٢٠٠٣م طور مشروع كيومبرا فريق من المدرسين تحت إشراف موظفي بورتج. وقد ترجمت كل المواد واستخدمت وقُيّنت مع السكان البرتغاليين منذ عام ٢٠٠١م. وقد عرضت معلومات حول هذا المصدر الجديد في لقاءات ومؤتمرات في جميع أنحاء البلاد. نشرت هذه المواد في يناير ٢٠٠٢م وبدأ مدرسو مشروع كيومبرا في تقديم التدريب على المنهج لمهنيي التدخل من جميع أنحاء البرتغال.

المثال الثاني للتعاون الدولي الذي أثر على تنمية موظفي مشروع كيومبرا هو علاقته مع مركز التعلم للطفل والأسرة FCLC. بدأ التعاون المنتظم مع هذا المركز في أوائل التسعينيات. وبدأت نقطة التحول عن الفلسفة المتحالفة مع الأسرة إلى المتمركزة على الأسرة بأنشطة تدريب أولية قدمها موظفو مركز التعلم للطفل والأسرة. ومنذ ذلك الحين يحتل الدعم المستمر الذي يقدمه مدرسو المركز سنوياً من خلال ورش العمل والمؤتمرات أهمية كبيرة. وقد تركزت جهود التدريب التعاوني على العمل مع الأسر (خاصة الأسر التي يكون الوالدان أنفسهم فيها من ذوي احتياجات خاصة:

(Espe-Sherwindt & Kerlin, 1995) ومهارات الفريق القائم على تآزر التخصصات والخدمات المتمركزة على الأسرة وخطة الخدمة الأسرية الفردية. وبفضل التعاون مع مركز التعلم للطفل والأسرة تمكن مشروع كيومبرا من إعادة تصميم شكل خطة الخدمة الأسرية الفردية الخاص به بطريقة تقلل أهمية المنتج المكتوب وتزيد عملية التعاون والشراكة بين الأسر والمهنيين (Espe-Sherwindt & Boavida, 1997).

أثرت هذه العلاقة المستمرة على المحتوى المقدم وطريقة توصيل التدريب. ونتيجة لما شاهدته وتعلمه مدربي مشروع كيومبرا تميزت عمليات التدريب التي تلقاها المشروع وتلك التي قدمها بالتدريب القائم على الفريق، ومشاركة أفراد الأسرة في توصيل التدريب، ومشاركة المشاركين كمتعلمين نشطين، والتجاوب مع قرارات واحتياجات الفريق. وقد أصبحت أنشطة التدريب التعاوني مع الهيئة الخامسة للخدمات التعليمية التعاونية ومركز التعلم للطفل والأسرة مصادر تدريبية على المستوى القومي.

وفي ضوء الاحتياجات التدريبية المهمة لمشروع كيومبرا الذي بدأ في التسعينيات كان لا بد من تصميم نظام تنمية مهنية يتسم بالشمول والابتكارية والمرونة وقابل للتكيف مع الاحتياجات والموارد المحلية. وتتضمن البنية العامة للبرنامج التدريبي أثناء الخدمة مقررات وخبرات ميدانية وورش عمل ومؤتمرات صغيرة ولقاءات للفرق (لقاءات فصلية لكل الفرق لعرض دراسات الحالة أو الموضوعات النظرية ذات الصلة) ومؤتمر قومي كبير كل عام. وكل المهنيون المشاركون في مشروع كيومبرا مطالبون بحضور التدريب. وترسل الهيئات مقدمي الرعاية المنتمين لها كجزء من إتفاقية الشراكة. وقد تم تطوير حزمة تدريبية أولية مكثفة تغطي ثلاثة أيام وتتضمن الإطار الفلسفي وتطوير وتنفيذ خطة الدعم الأسري الفردية. وإضافة إلى ذلك يحضر كل المهنيون مقرر تقييم نمائي من يومين وورشة عمل مدتها أربعة أيام حول منهج "النمو: من الولادة إلى

الثالثة". ويحضر المهنيون بانتظام أيضاً مؤتمراً سنوياً كبيراً لمدة يومين ولقاءات فصلية للفرق، ناهيك عن الدعم المستمر الذي يقدمه الإشراف. وتركز الأنشطة التدريبية الأخرى التي تقدم على مدار على التجاوب مع الاحتياجات التي يحددها المهنيون. وفي العادة تقدم ٤-٦ أيام أخرى من التدريب حول قضايا تتعلق بإعاقات أو أساليب تدخل محددة، وهو ما يشكل إجمالاً ١٨-٢٠ يوم تدريبي كل سنة.

ثمة خصائص معينة كانت تمثل الأساس للبرنامج التدريبي لمشروع كيومبرا (انظر الجدول رقم ١١،١). ففي ورش العمل التي تستمر يومين أو ثلاثة، على سبيل المثال، تشارك الفرق العاملة والمديرين معاً. وإخضاع التصورات والأدوار والقيم والسلوك والممارسات والمشاعر والتفاعلات للبحث مع الأسر يمثل إستراتيجيات تعليمية تستخدم لاستبطان الذات والتأمل.

الجدول رقم (١١،١). السمات الأساسية لتطوير وتنفيذ البرنامج التدريبي لمشروع كيومبرا.

تقديم تدريب قائم على الفريق.

تضمين قيم وفلسفة البرنامج إضافة إلى المعرفة والمهارات.

تطوير برنامج قائم على تداخل التخصصات أو عابر للتخصصات.

تقديم محتوى أساسي مشترك عبر التخصصات.

تقديم رؤية مشتركة وفلسفة مشتركة حول توصيل الخدمة.

إشراك أفراد الأسرة في توصيل التدريب.

إحداث تغييرات ذات معنى ودائمة في المهارات والاندماجات المهنية.

التجاوب مع قرارات الفريق والاحتياجات التي تحدد.

توفير فرص للممارسة والتأمل ضمن سياق التدريب.

تضمين المشاركين كمتعلمين نشطين.

أن يكون التدريب ذا صلة للممارسة اليومية.

توفير فرص للملاحظة المباشرة للأطفال والأسر المستحقة.

تقديم دعم مستمر من خلال الإشراف الفردي الملائم.

ومن خلال الخبرة والتشارك في معلومات التقييم الذاتي يتعلم المشاركون ويمارسون طرقاً جديدة للتفاعل مع بعضهم البعض ويطورون معايير جديدة لأهداف وممارسات الفريق التي ستطبق على المواقف الواقعية.

وتقدم في التدريب إستراتيجيات تخلق فرصاً للتأمل النشط وصنع القرار وحل المشكلات بحيث يصبح المشاركون نشطين في عمليات التعلم كمهنيين وفرق. والهدف النهائي من ورش العمل يكون عادة خطة فريق لتنمية مهارات معينة مثل العمل مع الأسر والتمركز حول الأسر أو العمل وفقاً للنموذج قائم على تآزر التخصصات (McCollum & Catlett, 1997).

لقد كان التعاون مع الخبراء من الولايات المتحدة الأمريكية مهماً جداً في مجالات مثل المشاركة الأسرية والعمل مع الأسر ووضع خطط الخدمة الأسرية الفردية والخدمات المتمركزة حول الأسرة والعمل في فريق قائم على التآزر بين التخصصات والإشراف. كما شارك الخبراء الأوروبيون في الأنشطة التدريبية في كيومبرا، لكن على نطاق أضيق. وقد كان هذا التعاون إلى جانب كل الخبرة المتحصلة من تقديم الخدمات مهمين لتنمية فريق التدريب بمشروع كيومبرا. ونتيجة لذلك أصبح مهنيو مشروع كيومبرا الآن يخططون ويقدمون منهج التدريب أثناء الخدمة للمهنيين العاملين في المشروع بأنفسهم. وإضافة إلى ذلك أصبح المشروع يدعى كثيراً لتدريب المهنيين الآخرين في البرتغال.

ولا يزال التعاون والتفاعل مع البرامج والمهنيين من الخارج، خاصة من الولايات المتحدة، يشكل جانباً مهماً من البرنامج التدريبي بمشروع كيومبرا. بينما أصبحت هذه التفاعلات أكثر عرضية وانتقائية في طبيعتها مع تناقص الاعتماد على الخبراء الخارجيين. وقد تيسر التعاون الدولي بفضل وجود مهنيين اثنين من مشروع كيومبرا يمثلان البرتغال في الجمعية الأوروبية للتدخل المبكر Eurllyaid.

الإشراف

كان من الأهداف الرئيسية لعملية تدريب الموظفين تطوير إطار مفاهيمي وفلسفي مشترك بين المهنيين. ويمثل الإشراف الفعال عملية مستمرة تتجاوز فرص التدريب. فهو يمكن أن ييسر دمج المعرفة والمهارات والاتجاهات المكتسبة من التدريب في العمل اليومي مع الأطفال والأسر.

كما يشكل الإشراف أيضاً طريقة مهمة لإنجاز المهمة المعقدة المتمثلة في دعم التغيير المهني والأدوار والرؤى الجديدة لتوصيل الخدمة (Bertacchi, 1991; Copa, Lucinski, Olsen, & Wollenburg, 1999b; Gallacher, 1997; Shanok, 1991). وفي بنية مشروع كيومبرا المحددة يمثل الإشراف مستوى وسيط بين فريق التنسيق والفريق المحلية. ويقوم الإشراف أيضاً بوظائف التوجيه والدعم، وبدرجة أقل وظائف تقويم الأداء والإدارة.

كان الإشراف في بادئ الأمر بمثابة مراقبة للجودة لاستخدام الزائرين المنزليين لمنهج بورتج. وهذا النوع من الإشراف الذي لا يزال يتأثر جداً بمفهوم "التحفيز المبكر" الذي يؤديه المشرفون من لشبونة الذين تدريبوا بشكل محدد على استخدام هذا المنهج. وتدرجياً تغير الإشراف وفقاً للإطار المفاهيمي للمشروع.

فقد تطور من عملية تقدم للمهنيين التوجيه حول استخدام منهج تحفيز محدد إلى عملية إشراف تدعم تطوير فلسفة ولغة مشتركتين ورؤية مشتركة للعمل في فريق بين المهنيين. والهدف الرئيس من الإشراف هو الاقتراب من الممارسة المهنية لأفضل الممارسات. كما يقيم أيضاً ارتباطاً بين مهنيي التدخل وفريق التنسيق.

إن تقييم أداء الإشراف في مشروع كيومبرا كان محدوداً جداً بسبب بنية المشروع. يأتي المهنيون من هيئات مختلفة لكل منها تدرجها المهني الخاص، وهو ما يتسبب في صعوبة في نقل وتقديم نتائج الأداء السيئ. والمشرف بذلك لا يشترك في صنع القرارات

حول ترقية أو استبعاد المهنيين. وهذا السيناريو قد يتغير مع تنفيذ القانون الجديد والتكيفات الناتجة المطلوبة من الهيئات المختلفة.

في معظم الأحيان يكون من الصعب الفصل بوضوح بين دور مراقبة الجودة ودور تعزيز نمو الموظفين. والإشراف هو أساساً عملية توجيه المهنيين لإنجاز الأهداف وأن يتذكروا دائماً جودة الخدمات المقدمة للأسر والأطفال. وهو يساعد المهنيين في بناء وتنقيح مهارات التدخل المبكر لديهم وتشجيع نموهم من خلال التأمل المستمر. ويقصد به أن يحسن كفاياتهم الفنية عبر نموذج متمركز على الأسرة وقائم على جوانب القوة باتخاذ منظور إيكولوجي وتعزيز العمل في فريق قائم على تآزر التخصصات واستخدام الأدوات والمناهج المختلفة التي يتبناها مشروع كيومبرا. وكذلك يساعد الإشراف في البرنامج أيضاً على استقطاب مهنيين جدد وذلك من خلال بناء مناخ داعم ومفعم بالثقة يعمل على تمكين كل المهنيين.

يختار المشرفون من المهنيين ذوي المعرفة والخبرة المعترف بها في تقديم الخدمات المباشرة للأطفال والأسر. وكشأن جميع المهنيين الآخرين بمشروع كيومبرا يأتي المشرفون من هيئات مختلفة، وبعضهم يعمل بدوام جزئي. وإضافة إلى العمل كمشرفين يؤدي جميع المشرفين مهام أخرى لدعم نمو المشروع. ويتكون الفريق الإشرافي من خمسة مهنيين، يخصص لكل واحد منهم عدد محدد من الفرق المحلية يلتقي معهم بانتظام، عادة كل أسبوعين. ويمكن لهذه اللقاءات أن تحدث بمعدل أكبر بناء على الاحتياجات المحددة للفرق، مثل مساعدة أحد الفرق في حالات معقدة جديدة أو مساعدة فريق آخر في استيعاب مهنيين جدد وعديمي الخبرة.

ويلتقي الفريق الإشرافي نفسه كل شهر لتبادل الرأي حول أصعب الحالات وتنظيم العمل وتأمل ومناقشة مهامهم كمشرفين ومسئولياتهم أمام فرقهم. ويحضر المشرفون كل البرامج التدريبية جنباً إلى جنب مع مقدمي الخدمة المباشرة عندما تكون

الجلسات التدريبية مقدمة من جانب مدرّبين زائرين. وكذلك يشكل كل المشرفين جزءاً من فريق التدريب بمشروع كيومبرا. ويكونوا مسئولين عن التدريب الأولي الذي يقدم للمهنيين الجدد كل سنة.

ومع تنفيذ المنهج الجديد "النمو: من الولادة حتى الثالثة" ظهر تحدي جديد في الإشراف بمشروع كيومبرا. فقد ساعد هذا المنهج الجديد المهنيين على التركيز على تقوية علاقة الطفل بالوالدين وكذلك على العمليات المتوازية للتفاعلات بين المهنيين وأولياء الأمور والتفاعلات داخل مجموعة المهنيين (Oser & Ayankoya, 2000). ونظراً لقناعة مشروع كيومبرا بأن التعلم يحدث في سياق العلاقات (Fenichel, 1991; Shanok, 1991) يبدأ المشروع في فهم الإشراف وإبرازه باعتباره مكان متميز لبناء العلاقات، وبالتالي تعزيز التعلم.

فعالية برنامج

إن إحداث تغيير في الخدمات والممارسات البشرية يكون دائماً مهمة بطيئة. وقد كان من التحديات الكبرى في هذا الصدد معدل ترك المهنيين للمؤسسة. ومع ذلك فقد اتضحت تغييرات في لغة ومهارات واتجاهات المهنيين في مشروع كيومبرا بناء على ملاحظات المؤلفين وخبرتهم في تنفيذ أعمال التدريب أثناء الخدمة منذ التسعينيات. ورغم أن ذلك لا يكون سهلاً دائماً فمن الواضح أن أفضل الممارسات تتمثل في التمرکز حول الأسرة في الخدمات والعمل وفقاً لعملية الفريق القائم على تآزر التخصصات ومخاطبة احتياجات الأسرة مثلما تخاطب احتياجات الطفل وتنسيق الخدمات.

تتجلى فعالية جهود مشروع كيومبرا لتدريب مقدمي الرعاية الصحية الأولية في التناقص الذي حدث بين عامي ١٩٩١م و١٩٩٦م في متوسط عمر الإحالة من ١٦ إلى ١٠ أشهر، جنباً إلى جنب مع الدور المتزايد للمراكز الصحية المحلية في هذه العملية. فقد أحيى ١٩٪ فقط من الأطفال إلى مشروع كيومبرا من جانب المراكز الصحية المجتمعية في

١٩٩١م مقارنة بـ٤٦٪ في عام ١٩٩٦م. وذلك يوضح الأهمية المتزايدة للرعاية الصحية الأولية والتغير في الاتجاهات الطبية نحو التدخل المبكر (Boavida et al., 2000).

وإضافة إلى ذلك أوضح المسح السابق للأسر والمهنيين أن ٩١٪ من المهنيين كانوا يعتقدون أنهم استفادوا من مشاركتهم في مشروع كيومبرا. وقد أرجعوا الفوائد إلى التدريب القائم على الفريق والتآزر بين التخصصات والعمل في فريق والتغييرات الناتجة في اتجاهاتهم المهنية (Boavida et al., 2000). وأخيراً فقد أسهم تكوين فرق الإشراف والتدريب بمشروع كيومبرا والاعتراف المتزايد بين مهنيي التدخل المبكر في جميع أنحاء البرتغال بجودة مشروع كيومبرا والطلب المتزايد على مديريه في فعاليته المدركة.

الاتجاهات والاعتبارات المستقبلية

كان تطور كل من فهم وممارسات خدمات التدخل المبكر مهماً منذ أن بدأ مشروع كيومبرا. وجاء صدور القانون البرتغالي في ١٩٩٩م ليوجد تحديات إضافية للمخططين وصناع السياسات على المستوى القومي. وينبغي النظر إلى تطوير قوة عاملة ماهرة ومؤهلة كأولوية. وعلى اعتبار النقص في الموظفين ومعدلات الاستنزاف العالية في التدخل المبكر وقلة التدريب قبل الخدمة من جانب مؤسسات التعليم العالي والحاجة إلى تحديد مجموعة من معايير الممارسة القائمة على الكفاءة، فلن تكون المهمة سهلة بحال من الأحوال. ويجب النظر إلى مشاركة أفراد الأسرة في البرامج التدريبية قبل وأثناء الخدمة بوصفها طريقة للتمذجة الفعالة للعلاقات بين أولياء الأمور والمهنيين، وهي ممارسة لم تكن منتشرة كثيراً حتى نهاية القرن العشرين (Sandall, 1997; Stayton & Bruder, 1999). تتمتع البرتغال حالياً بموارد قومية ثمينة لم تكن متاحة عندما بدأ مشروع كيومبرا في أواخر الثمانينيات. ولذلك فإن الصورة العامة للتدخل المبكر في البرتغال في بداية الألفية الجديدة تختلف كلياً عنها عند بداية المشروع، وقد لعب مشروع كيومبرا بالتأكيد دوراً كبيراً فيها.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

لقد كان تطوير برنامجاً للتدخل المبكر وإعداد الموظفين خبرة صعبة ومكافئة في آن واحد. والبرتغال كشأن البلاد الأخرى محدودة الموارد يجب أن تصنع قرارات إبداعية وحكيمة حول كيفية استخدام تلك الموارد. ولذلك يعتبر البناء على الموارد البشرية والمادية الموجودة ومد الجسور بين الهيئات والمهنيين واستخدام ما هو متوفر في المجتمع المحلي الطريقة الواقعية لتقديم خدمات التدخل المبكر.

إن التدريب هو بالتأكيد الإجابة عن عدد كبير من الصعوبات التي تنبثق عن تنفيذ برنامج قائم على تداخل التخصصات والتآزر بين الهيئات. ويمكن للدول المماثلة أن تستخدم الخصائص المحددة المرتبطة بنجاح البرنامج التدريبي بمشروع كيومبرا (Boavida & Borges, 1994; Boavida et al., 2000)، ومن هذه الخصائص تقديم تدريب نوعي لأطباء وممرضات الرعاية الأولية لزيادة وعيهم ومهاراتهم بالإحالة المبكرة، وكذلك مشاركتهم في فرق التدخل المبكر. وثمة خاصية أخرى تتمثل في تحديد محتوى مشترك للتدخل المبكر. كما نوصي المهنيين الذين يريدون أن يطوروا برامج تدخل مبكر في الدول الأخرى أن يتوافقوا على إطار مفاهيمي وفلسفي مشترك، فضلاً عن تقديم تدريب قائم الفريق. كما نوصي أيضاً بأن تطور البرامج الأخرى فرقها التدريبية الخاصة بمساعدة الهيئات والمهنيين الخارجيين المتعاونين. وتتعلق التوصية الأخيرة بالإشراف والدعم المستمر.

خاتمة

كانت التسعينيات السنوات المثمرة في البرتغال بالنسبة لمجال التدخل المبكر. ففي عقد من الزمن تطور التدخل المبكر من خدمة ناشئة تقدم من منظور متمركز على الطفل بطرق تشبه التربية الخاصة مع الأطفال الأكبر سناً إلى مجال سريع النمو يتمتع بإطار مفاهيمي مختلف كلياً. وقد حدث هذا التطور جزئياً من خلال تنفيذ برنامج

تدخل مبكر قائم على المجتمع المحلي في كيومبرا، تلك المقاطعة الواقعة في وسط البرتغال. وقد طور مشروع كيومبرا نظاماً لتقديم خدمات فردية شاملة للأطفال والأسر باستخدام الموارد الرسمية وغير الرسمية المتاحة في المجتمع المحلي ومن خلال مد جسور التعاون بين الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية. فنظراً لتنوع المشكلات التي تواجه الأطفال والأسر، كان لا بد أن يتعاون مقدمو الخدمة من تخصصات وهيئات وتوجهات نظرية مختلفة، وكان لا بد من تنمية مهارات العمل في فريق ومداخل تعاونية. وقد لعب التدريب دوراً أساسياً في تطوير مشروع كيومبرا، وكان بلا شك العامل الأهم على الإطلاق في فعالية البرنامج.

لقد كان تقديم التدريب أثناء الخدمة للمهنيين عديمي الخبرة في المجال مهمة صعبة للغاية في البلاد التي لا تقدم مؤسسات التعليم العالي فيها تدريباً على التدخل المبكر فيما قبل الخدمة والتي لا توجد فيها قوانين لتقديم الخدمات. وقد كان من الإستراتيجيات التي استخدمت لمجابهة هذا التحدي استخدام الخيال والإبداع والتشاور مع الخبراء من الولايات المتحدة الأمريكية، وبدرجة أقل من أوروبا، وتنظيم مؤتمرات وورش عمل وتفاعلات مع البرامج الدولية والأعمال الدراسية.

يختلف التدخل المبكر في البرتغال في بداية الألفية الجديدة كثيراً عن السيناريو المناظر في أواخر الثمانينيات. فقد أصبح المهنيون والهيئات وصناع السياسات واعين بالكامل بالتحول الكبير الذي حدث في التسعينيات. فأصبح النموذج البيئي الدنجي الشامل المتمركز على الأسرة للتدخل المبكر يحظى بقبول واسع في كافة أنحاء البلاد. وفي كيومبرا، كما هو الحال في المقاطعات الأخرى بالبلاد، يعتبر التدريب أثناء الخدمة وفرق المدربين مكونات فعالة لهذا النموذج. وإضافة إلى ذلك فمنذ صدور قانون التدخل المبكر (Despacho Conjunto 891/99) اكتسب التدخل المبكر جمهوراً متزايداً ووعداً بمزيد من التمويل والاهتمام من الوزارات الحكومية.

ومع وجود هذه التغييرات الاجتماعية والقانونية الكثيرة سيواجه مدبرو ومخططو التدخل المبكر تحديات جديدة. وحالياً تتمثل أولويات مشروع كيومبرا حتى عام ٢٠١٠م في: (١) تطوير محتوى مشترك عبر التخصصات يعكس التغييرات الأخيرة في توصيل الخدمة، (٢) زيادة مشاركة أفراد الأسرة في البرامج التدريبية، (٣) تطوير وتنفيذ تنمية مهنية للموظفين قبل الخدمة على المستوى الجامعي، (٤) إعادة تعريف التدريب أثناء الخدمة وفقاً للمخرجات المطلوبة. ومع وجود كثير من التحديات في الأفق وكثير من المهنيين الملتزمين سيظل مجال التدخل المبكر مفعماً بالنشاط في البرتغال وحول العالم.

المراجع

References

- Almeida, I.C. (2000). A importância da intervenção precoce no actual contexto socio-educativo [The importance of early intervention in the current socio-economic context]. *Cadernos CEACF, 15-16, 55-74*.
- Bailey, D.B., McWilliam, P.J., & Winton, P.J. (1995). Building family-centered practices in early intervention: A team-based model for change. In J.A. Blackman (Eds.), *Working with families in early intervention* (pp. 82-91). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Barreto, A. (2000). *A situação social em Portugal, 1960-1999: Indicadores sociais em Portugal e na União Europeia*. Lisboa, Portugal: Imprensa de Ciências Sociais.
- Bennett, F.C., & Guralnick, M.J. (1991). Effectiveness of developmental intervention in the first five years of life. *Pediatric Clinics of North America, 38, 1513-1528*.
- Bertacchi, J. (1991). A seminar for supervisors in infant/family programs: Growing versus paying more for staying the same. *Zero to Three, 12(2), 34-39*.
- Boavida, J. (1992, November). *Community involvement in an early intervention project in the Coimbra region*. Paper presented at the fourth International Portage Conference, Ocho Rios, Jamaica.
- Boavida, J. (1993, October). *Early intervention in Coimbra: An interagency project*. Paper presented at the third European Symposium: Early Intervention in the European Community, Butgenbach, Belgium.
- Boavida, J., & Borges, L. (1990). Intervenção precoce: Um projecto para o distrito de Coimbra. *Saúde Infantil, 12, 205-210*.
- Boavida, J., & Borges, L. (1994). Community involvement in early intervention: A Portuguese perspective. *Infants and Young Children, 7(1), 42-50*.
- Boavida, J., Carvalho, L., & Carvalho, C. (1998, May). *Consulta de Desenvolvimento na Comunidade*. Paper presented at the fifth Encontro Nacional de Intervenção Precoce, Coimbra, Portugal.

- Boavida, J., Espe-Sherwindt, M., & Borges, L. (2000). Community-based early intervention: The Coimbra Project (Portugal). *Child: Care, Health and Development*, 26(5), 343-354.
- Boavida, J., & Violante, A. (1993, April). *The use of the Portage model in a community-based early intervention project in Portugal*. Paper presented at the North European Portage Conference, Birkelid, Norway.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (ERIC Document Reproduction Service No. ED128387).
- Bronfenbrenner, U. (1990). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bryant, D., & Maxwell, K. (1997). The effectiveness of early intervention for disadvantaged children. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 23-46). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Carvalho, C., Fidalgo, I., & Carvalho, L. (2000, April). The Coimbra Early Intervention Project. *International Portage Association News*, 1.
- Copa, A., Lucinski, B.A., Olsen, E., & Wollenburg, K. (1999a). *Growing: Birth to three* (Rev. ed.). Portage, WI: Cooperative Educational Service Agency.
- Copa, A., Lucinski, B.A., Olsen, E., & Wollenburg, K. (1999b). Promoting professional and organizational development: A reflexive practice model. *Zero to Three*, 20(1), 3.
- Cruz, A.I., & Fontes, F. (2002, June). *Parent's satisfaction evaluation in the Coimbra Project*. Paper presented at the first ANIP Early Intervention Congress, Coimbra, Portugal.
- Despacho Conjunto 891/99*. (1999). Ministerio da Educacao, da Saude e da Solidariedade Social. *Diario da Republica Portuguesa-II Serie*. 15566-15568.
- Doan-Sampon, M.A., Wollenburg, K., & Campbell, A. (1993). Piecing it all together. In *Growing: Birth to three*. Portage, WI: Cooperative Educational Service Agency.
- Dunst, C.J., & Trivette, C.M. (1987). Enabling and empowering families: Conceptual and intervention issues. *Sociological Psychological Review*, 16, 443-456.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Espe-Sherwindt, M., & Boavida, J. (1995, August). *Translating educational models across cultures*. Paper presented at the fourth biennial International Conference of the International Association of Special Education, Brighton, England.
- Espe-Sherwindt, M., & Boavida, J., (1996, December). *How do we say empowerment in Portuguese?* Paper presented at the International Early Childhood Conference on Children with Special Needs, Phoenix, AZ.
- Espe-Sherwindt, M., & Boavida, J. (1997, November). *Taking another look at the IFSP: International perspective*. Paper presented at the International Early Childhood Conference on Children with Special Needs, New Orleans.
- Espe-Sherwindt, M., & Kerlin, S.A. (1995). Early intervention with parents with mental retardation: Do we empower or impair? In J.A. Blackman (Ed.), *Working with families in early intervention* (pp. 166-175). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.

- Eurllyaid. (1997). *European Parent Satisfaction Scale about Early Intervention, Second Version*. Unpublished scale, Aleipa/Europe, St Vith, Belgium.
- Fenichel, E. (1991). Learning through supervision and mentorship to support the development of infants, toddlers, and their families. *Zero to Three, 12(2)*, 1-8.
- Gallacher, K.K. (1997). Supervision, mentoring and coaching: Methods for supporting personnel development. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 191-214). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Instituto Nacional de Estatística. (2000). *Statistical yearbook of Portugal 1999*. Lisboa, Portugal: Author.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Estimativas da Populagao Residente*. Lisboa, Portugal: Author.
- Klein, N.K., & Campbell, P. (1990). Preparing personnel to serve at-risk and disabled infants, toddlers, and preschoolers. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). New York: Cambridge University Press.
- Lanners, R., & Mombaerts, D. (2000). Evaluation of parents' satisfaction with early intervention services within and among European countries: Construction and application of a new parent satisfaction scale. *Infants and Young Children, 12(3)*, 61-70.
- Malone, M., Straka, E., & Logan, K.R. (2000). Professional development in early intervention: Creating effective in-service training opportunities. *Infants and Young Children, 12(4)*, 53-62.
- McCollum, J.A., & Catlett, C. (1997). Designing effective personnel preparation for early intervention: Theoretical frameworks. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 105-125). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- McGonigel, M.J., Kaufmann, R.K., & Johnson, B.H. (1991). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan*. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
- McGonigel, M.J., Woodruff, G., & Roszmann-Millican, M. (1994). The transdisciplinary team: A model for family-centered early intervention. In L.J. Johnson, R.J. Gallagher, M.J. LaMontagne, J.B. Jordan, J.J. Gallagher, P.L. Hutingler, & M.B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three* (2nd ed., pp. 95-131). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Meisels, J.F., & Fenichel, E. (Eds.). (1996). *New visions for the developmental assessment of infants and young children*. Washington, DC: ZERO TO THREE: National Center for Infants, Toddlers, and Families.
- Ministry of Education, Department of Basic Education. (2000). *Early childhood education and care policy in Portugal*. Lisboa, Portugal: Author.
- Moor, M.H., Van Waesberghe, B.T.M., Hosman, B.L., Jaeken, D., & Miedema, S. (1993). Early intervention for children with developmental disabilities: Manifesto of the Eurllyaid working party. *International Journal of Rehabilitation Research, 16*, 23-31.
- Oser, C., & Ayankoya, B. (2000). The early interventionist. *Zero to Three, 21(2)*, 24-31.

- Roberts, R.N., Rule, S., & Innocenti, M.S. (1998). *Strengthening the family-professional partnerships in services for young children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sameroff, A.J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapa-tek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University Chicago Press.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B. (1990). Transactional regulations and early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp.135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sandall, S.R. (1997). The family service team. In A.H. Widerstrom, B.A. Mowder, & S.R. Sandall (Eds.), *Infant development and risk: An introduction* (2nd ed., pp. 155-173). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Shanok, R.S. (1991). The supervisory relationship: Integrator, resource and guide. *Zero to Three, 12*(2), 16-21.
- Shearer, M.S., & Shearer, D.E. (1972). The Portage Project: A model for early childhood education. *Exceptional Children, 39*, 210-217.
- Simeonsson, R.J., & Bailey, D.B. (1990). Family dimensions in early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). New York: Cambridge University Press.
- Stayton, V., & Bruder, M.B. (1999). Early intervention personnel preparation for the new millennium: Early childhood special education. *Infants and Young Children, 12*(1), 59-69.
- Thorp, E.K., & McCollum, J.A. (1994). Defining the infancy specialization in early childhood special education. In L.J. Johnson, R.J. Gallagher, M.J. LaMontagne, J.B. Jordan, J.J. Gallagher, P.L. Hutinger, & M.B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three* (2nd ed., pp. 167-183). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Winton, P.J. (2000). Early childhood intervention personnel preparation: Backward mapping for future planning. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*(2), 87-94.
- 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.