

دعم فريق التدخل المبكر^(١) (ألمانيا)

Supporting the Early Intervention Team (Germany)

فرانز بيتراندر Franz Peterander

تأسس تدخل الطفولة المبكرة في ألمانيا في عام ١٩٧٠م، وهو نظام يحظى باعتراف جيد للمساعدة المبكرة للأطفال ذوي الإعاقات. يقدم مفهوم مراكز التدخل المبكر Early Intervention Centers طيفاً واسعاً من المساعدات - استناداً إلى معالجة شمولية ومتوجهة نحو الأسرة وقائمة على تدخل التخصصات - للأطفال من الولادة إلى عمر المدرسة. والهدف من هذه المراكز هو تشخيص أية إعاقة فعلية أو ممكنة بأسرع ما يمكن وتصميم التدخل الفردي القادر على التمويض عن الإعاقة أو تقليلها. يمثل "التدخل المبكر" في ألمانيا مصطلحاً عاماً لتشخيص وعلاج الأطفال وتقديم الاستشارات لأولياء الأمور والتعاون بين المؤسسات المختلفة التي تشارك في علاج الطفل. ويعنى نظام التدخل المبكر بالعملية الأولية القائمة على تدخل التخصصات والتشخيص النهائي والمساعدة التعليمية والنفسية والطبية/العلاجية. ويهتم فوق ذلك بتأسيس التعاون مع أسرة الطفل ومع الأشخاص الآخرين في بيئة الأسرة الفورية بهدف تحسين البيئة للطفل

(١) أعد هذا الفصل برعاية وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بولاية بافاريا وشؤون المرأة والأسرة ووزارة التعليم والشؤون الثقافية ببافاريا ووزارة التعليم والبحوث الفيدرالية.

المعاق أو المعرض لخطر الإصابة بإعاقة. وتعمل المهن المشاركة على قاعدة تداخل التخصصات وتتعاون مع الخدمات والمؤسسات الأخرى مثل الأطباء والمعالجين المستقلين والمراكز التربوية المتقدمة Heilpädagogic Centers (مراكز بها موظفين تربويين ذوي تأهيل عالي يتلقون سنة إضافية من التدريب الخاص على طرق التدريس والطب في أكاديمية خاصة). تقدم مراكز التدخل المبكر علاجاً خارجياً، إضافة إلى الزيارات المنزلية.

إن مفهوم التدخل المبكر كنموذج شمولي لا يمكن أن يطبق بالمستوى المطلوب عن طريق متخصصين فرديين. فالعمل الجماعي Teamwork أساسي ليكون الخلفية التي تتلاقى عندها التساؤلات والإجابات من المتخصصين الفرديين في المجالات المختلفة بما ينتج تفاصيل لصورة متكاملة. وهنا يتم كل شخص الأشخاص الآخرين لأنه لا يوجد فرد لديه إمام كامل بالحالة، أيا كانت. ومثل هذا التعاون بين الخبراء يتطلب تبادل الآراء والأفكار حول الحالة الفردية والاتفاق حول القضايا الأساسية المفاهيمية والقيم والأهداف والمجالات التخصصية والقضايا التنظيمية، وكذلك الاتفاق على أشكال التواصل داخل الفريق.

تتجلى الفوائد العلاجية للعمل الجماعي في تطوير أو تنفيذ أفكار جديدة ودافعية وفي التبادل بين الخبراء المعنيين. كما ينمي المعالجون المشاركون أيضاً وعياً بمدخل مختلفة. علاوة على أنهم يدركون أن المسؤولية مشتركة وأن جودة عملهم في التدخل المبكر وفي التعاون مع أولياء الأمور ستتحسن بلا شك.

حكاية سارة

ولدت سارة مع توأمين آخرين قبل تمام فترة الحمل، ونحديداً في الأسبوع الثامن والعشرين من الحمل. مات أحد الطفلين الآخرين في غضون أسبوع. وعندما بلغت سارة وأختها باربرة ٨ أشهر أحالهما طبيب الأطفال الخاص بالأسرة إلى مركز التدخل المبكر. وأخذتا تتلقيان علاجاً في مركز

التدخل المبكر المحلي. ركز علاجهما لوقت طويل على صعوبات البلع. وبالنسبة لسارة ركز التدخل أيضاً على الشلل التشنجي الحاد (Tetraparesis) Severe Spastic Paralysis، خاصة في ساقيها، وتأخر النمو عموماً.

تعيش أسرة سارة بمنزلها الخاص في بلدة صغيرة يوجد بها أحد مراكز التدخل المبكر. يمتلك والد سارة مشروعاً خاصاً به في مجال صنع الأقفال، وانقطعت أمها عن العمل لكي تعتني بيثبيها في المنزل. كان والد سارة يرغبان في إنجاب أطفال، لكن والدتها لم تحمل إلا بعد أن أخذت علاجات هورمونية. وجاء موت أحد التوائم الثلاثة وموت جدة سارة لأنها ليسبب ضغطاً انفعالياً كبيراً على الوالدين. وقد تفاقم الأمر أكثر بسبب مشكلات الطفلتين الحادة في تناول الطعام وإعاقة سارة.

تركز جوانب معينة من التدخل تحديداً على احتياجات سارة. ومنذ مارس ١٩٩٩م تتلقى سارة في المنزل علاجاً طبيعياً للشلل التشنجي (جلسة ٦٠ دقيقة في الأسبوع). وإضافة إلى ذلك تتلقى سارة أيضاً منذ مارس ٢٠٠٠م علاجاً تأهلياً كل أسبوعين. تركز هذه الجلسات على التغذية والنمو الاجتماعي والانفعالي. وتحضر سارة أيضاً جلسات سباحة علاجية مرة في الأسبوع. وثمة جوانب أخرى للتدخل توجه للأسرة. في البداية أعطي والد سارة ٦ أشهر من الدعم والمساعدة من موظفة خدمات اجتماعية من الخدمات الاجتماعية العامة بالمجتمع المحلي مدربة تدريباً خاصاً. كانت المدربة تقضي ٥ ساعات يومياً في منزل الطفلة، وكانت تركز بشكل خاص على مساعدة سارة وباربيرة في تناول الطعام. وفي أثناء مقرر التدخل الكامل كانت والد سارة تتلقى الاستشارة أيضاً في منزل الأسرة، وكان والد سارة يحضرها أحياناً. وكان الهدف من كل ذلك هو مساعدة الوالدين في مجابهة إعاقة ابنتهم وما يحتاجان إليه من رعاية مكثفة.

يشكل التعاون القائم على تداخل التخصصات بين المتخصصين جزءاً أساسياً من التدخل. ففي مركز التدخل المبكر يتعاون في العمل أخصائي العلاج الطبيعي والمعلم العلاجي والأخصائي النفسي وأخصائي التنجيس. وعندما تظهر احتياجات مجتمع الفريق لمناقشتها. ويقدم التدخل كل ٤ أشهر على الأقل على أساس التقدم في نمو سارة. ويوفر المتخصصون من عيادة تجميرية أجهزة مثل جوائر السيقان لمساعدة الطفلة في المشي.

وعلى مدى ثلاث سنوات تقريباً ظلت سارة تتلقى علاجاً طبيعياً كل أسبوع في مركز التدخل المبكر. والآن وبعد ستة يتضمن التدخل أيضاً علاجاً تروبوياً تأهلياً، ومن حين لآخر إشرافاً على المعالجين من جانب أخصائي نفسي.

حققت سارة تقدماً نمائياً واضحاً في الشلل التشنجي، لكنها لا تزال تحتاج إلى مزيد من التدخل. وأصبح والداهما الآن في وضع أفضل للتعامل مع إعاقة سارة والمواقف الانفعالية الصعبة للأسرة. ونتيجة لذلك تحسّن التفاعل والتواصل بين الأم وابنتها في أثناء إطعام الأخيرة. تقدم كل التدخلات والاستشارات مجاناً للأسرة. فالعلاج الطبيعي يصنف كعلاج طبي ويغطيه التأمين الصحي للأسرة. والعلاج التربوي والتأهيلي والإشراف من جانب الأخصائي النفسي تتكفل بنفقاته الخدمات الاجتماعية المحلية للأسرة كما ينص قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي الألماني في المادتين ٣٩ و ٤٠. ومعظم تكلفة الاستشارات تغطيها أيضاً الخدمات الاجتماعية المحلية. وتحمل المؤسسة المسؤولة عن مركز التدخل المبكر (مؤسسة خيرية على المستوى القومي تديرها الكنيسة البروتستانتية) كافة النفقات الباقية.

السياق القومي

ألمانيا دولة اشتراكية فيدرالية وديمقراطية تقوم على سيادة القانون، وهي أيضاً دولة صناعية تسهم في الاقتصاد العالمي. وألمانيا بعدد مواطنيها الذي يبلغ ٨٢ مليون شخص تعتبر أكثر بلدان أوروبا سكاناً. والدستور ("القانون الأساسي") هو الأساس لكل التشريع، وبالتالي لكامل النظام التعليمي والاجتماعي أيضاً. وفي ١٩٩٤م عدل القانون الأساسي الألماني ووسع بإضافة العبارة الثانية بالفقرة الثالثة من المادة الثالثة التي تقول: "لا تمييز ضد أحد بسبب إعاقة". ووزارة التعليم والعلوم الفيدرالية هي الهيئة المعنية بالتعليم والتدريب للأغراض المهنية والأكاديمية. كما أنها تمول المشروعات على المستوى الفيدرالي (في مجالات ما قبل المدرسة والمدرسة والتعليم العالي ودمج الأشخاص ذوي الإعاقات في سوق العمل) وتمثل ألمانيا في الخارج في مجال القضايا التعليمية. لكنها مع ذلك ليست الهيئة السياسية المسؤولة عن المدارس وفصول ما قبل المدرسة عموماً، ذلك لأن الولايات الفيدرالية الـ ١٦ تملك مسؤولية منفردة على التعليم.

تغطي دساتير الولايات حق الأطفال ذوي الإعاقات في الحصول على تعليم وتدريب يلائم احتياجاتهم، وتوجد تدابير أكثر تفصيلاً في التشريع التعليمي للولايات. ومن أجل مساعدة الوزارات في عملها أنشأت الولايات معاهد بحثية للمدارس والتعليم العالي. وقد أقامت وزارات التعليم الـ ١٦ المؤتمر الدائم لوزراء التعليم والشئون الثقافية (KMK أو Kultusministerkonferenz) لتنسيق السياسات التعليمية والتعامل مع أمور السياسة الثقافية فوق الإقليمية (بهدف تكوين رؤية وإرادة مشتركين) وتمثيل المصالح والاهتمامات المشتركة. وتعتبر قرارات المؤتمر توصيات إلى أن تشرعها برلمانات كل ولاية كقوانين ملزمة. تشكل هذه التوصيات الأساس للتطوير في الولايات المختلفة وتؤثر على سياسة الدمج والقوانين والمناهج وتغيير النماذج والمداخل وتعريف الاحتياجات التعليمية الخاصة.

الشعب والثقافة

تمارس المسيحية تأثيراً تكوينياً قديماً وبقياً على ألمانيا. وجنوب البلاد كاثوليكي في غالبه، وشمالها بروتستانتي في معظمه. وفي الشرق الذي كان يشكل جمهورية ألمانيا الديمقراطية قبل إعادة التوحيد في عام ١٩٩٠م لا يعد غالبية سكانه الـ ١٦ مليون أعضاء في أية كنيسة. ويوجد أيضاً حوالي ٨ مليون مهاجر في ألمانيا يشكلون حوالي ٣٠٪ من السكان في المناطق الحضرية جداً، ويتجاوزون هذا الرقم كثيراً في بعض الأحياء. ثلاثة ملايين من هؤلاء المهاجرين مسلمين، غالبيتهم من تركيا، وبذلك يمثل الإسلام الدين الثالث من حيث الانتشار في ألمانيا. وكما في الدول الأوروبية الأخرى يوجد جدل كبير حول اندماج الأطفال الأجانب في رياض الأطفال والحياة المدرسية. والهدف من ذلك هو تمكينهم من خلال التعليم الإضافي للغة من لعب دور نشط في المجتمع.

أما ولاية بارفاريا الفيدرالية التي يركز الفصل الحالي على نظام التدخل في الطفولة المبكر بها فيبلغ عدد سكانها أكثر من ١٢ مليون نسمة. وهي تقع في جنوب

ألمانيا، شمال جبال الألب وحدود النمسا وسويسرا وجمهورية التشيك، وعاصمتها ميونخ. منذ الستينيات تطورت بارفاريا من ولاية زراعية إلى منطقة تقنية صناعية حديثة، وأصبحت إحدى أقوى الولايات مالياً في ألمانيا. لكنها حتى عام ٢٠٠٣م كانت لا تزال متمسكة بتقاليدها.

نظم الخدمات التعليمية

يدار النظام التعليمي في ألمانيا أفقياً ورأسياً. يبدأ الأطفال المدرسة في عمر ست سنوات. وبعد أربع سنوات من التعليم الابتدائي ينقسم النظام إلى أربعة أنواع من المدارس: خمس سنوات من التعليم الثانوي العام، أو ست سنوات من التعليم المتوسط، أو تسع سنوات من المدرسة الثانوية grammar school أو مدرسة شاملة غير انتقائية، وهاتان الأخيرتان تؤديان إلى التعليم بالمستوى الجامعي. ورغم اختلاف التفاصيل، يمثل ذلك النمط الأساسي في الولايات الـ١٦ جميعاً. وإلى جانب ذلك توجد أيضاً مدارس للتربية الخاصة. وقد تطورت التربية الخاصة في الولايات وتنظم بعدة قرارات تبناها المؤتمر الدائم لوزراء التعليم والشئون الثقافية، خاصة توصيات حول تنظيم التربية الخاصة الصادرة في مارس ١٩٧٢م، والتوصيات المتعلقة بكل أنواع المدارس الخاصة.

في عام ٢٠٠٣م كان الموقف ينتج عن القرارات الصادرة في مايو ١٩٩٤م بهدف تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقات بوضع معيار أفضل للدعم التربوي الخاص في المدارس الخاصة، وكذلك في مدارس التعليم العام. ومن تلك السنة وحتى ١٩٩٩م أصدر المؤتمر الدائم لوزراء التعليم والشئون الثقافية توصيات لتأكيد التقرير التربوي الفردي Individual Educational Report حول التعلم ونمو الكلام والنمو الاجتماعي - الانفعالي Socioemotional والنمو المعرفي والنمو البدني وأمراض السمع والإبصار والتوحد والأمراض المزمنة. يمكن الحصول على هذه التوصيات باللغة

الألمانية من موقع <http://www.KMK.org>. وفي عام ٢٠٠٣م تم الاتفاق على أن الهدف من التعليم المدرسي هو الدمج الاجتماعي الكامل (والمهني فيما بعد) للأشخاص ذوي الإعاقات. لكن الولايات المختلفة تتبنى مواقف مختلفة حول كيفية بلوغ هذه الأهداف من خلال مدارس التربية الخاصة أو مدارس التعليم العام مع كل من الأطفال ذوي الإعاقات والأطفال غير ذوي الإعاقات.

في عمر الثالثة يصبح للأطفال الحق في مكان في رياض الأطفال، والأطفال المولودون بإعاقات يحق لهم قانوناً التدخل المبكر الفوري. والأساس للتدخل المبكر القائم على تداخل التخصصات هو السياسات المنبثقة عن الفقرتين ٣٩ و٤٠ من القسم الفرعي الأول رقم ٢٢ من قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي الألماني والمادة ٣٠ من الفصل التاسع من القانون الاجتماعي. وهذا الأساس القانوني يستهدف مساعدة الأطفال ذوي الإعاقات من الولادة إلى عمر المدرسة بغض النظر عن نوع ودرجة الإعاقة. وتنص المادة ٣٩-٢ من قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي على تقديم التدخل للأطفال المعرضين لخطر الإصابة بإعاقات، أي العلاج الوقائي إذا كان النمو مهدداً.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

يشتمل نظام التعرف والتدخل المبكرين في ألمانيا على خدمات ومؤسسات مختلفة. فإضافة إلى مراكز التدخل المبكر القائمة على تداخل التخصصات ومراكز طب الأطفال الاجتماعية Socio-pediatric Centers يتضمن النظام أيضاً رياض الأطفال الخاصة والمراكز التعليمية والاستشارة الأسرية والمراكز التربوية النهارية Heilpädagogic Day Centers والخدمات الاجتماعية - النفسية والأطباء والمعالجين النفسيين المستقلين. جاء تقرير "التعرف المبكر والتدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات" الذي أعده أستاذ التربية أوتو سبيك Otto Speck (١٩٧٣م) بتكليف من مجلس التعليم الألماني، ليعطي دفعة لتأسيس نظام شامل للتدخل المبكر القائم على تداخل

التخصصات. أوصى هذا التقرير بإنشاء مراكز تدخل مبكر إقليمية قائمة على تداخل التخصصات ومتوجهة نحو الأسرة. صاغ هذا التقرير أيضاً المبادئ الأساسية للتدخل المبكر القائم على تداخل التخصصات. وقد أدى هذا التقرير الخبير إلى إقامة المراكز الأولى للتدخل المبكر القائم على تداخل التخصصات في بارفاريا في أكتوبر ١٩٧٤م بدعم من وزارة العلوم والتعليم والشئون الثقافية ببارفاريا. وقد لاحظ سونز Sohns "أن بارفاريا منذ ذلك الحين تحتل مكانة قيادية في مجال التدخل المبكر في ألمانيا" (2000, p. 330).
المنظمة والحاجة إلى التدخل

يوجد أكثر من ١٠٠٠ مؤسسة في ألمانيا تقدم التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات. تدار مراكز التدخل المبكر من هذا النوع من جانب منظمات خيرية قومية كبرى مثل كريتناس ودياكوني Diakonie وليبنشيلف Lebenshilfe وغيرها. وتختلف نظم التدخل المبكر من ولاية فيدرالية إلى أخرى، وهو ما يجعل من غير الممكن تقديم بيانات إحصائية مفصلة حول الحاجة إلى التدخل المبكر وعدد الأطفال الذين يتلقون العلاج في ألمانيا ككل. ففي بارفاريا مثلاً ٤٪ من الأطفال حتى عمر الثالثة يحتاجون إلى التدخل المبكر. وفي ٢٠٠٢م كان بالولاية ١٢٣ مركز تدخل مبكر إقليمي تشكل شبكة راسخة للمساعدة المبكرة في تناول الجميع، بحيث لا يبعد مركز التدخل المبكر أكثر من ١٠ كيلوات عن أية أسرة. يقدم هذا النظام العلاج لـ ٢٥٠٠٠ طفل قبل الثالثة، ٥٠٪ منهم يعالجون كمرضى خارجيين بالمراكز، ٥٠٪ يتلقون التدخل المبكر في المنزل من فرق متجولة.

والأطفال الذين يتلقون خدمات التدخل المبكر لديهم إعاقات مختلفة: اضطرابات إدراكية، وإعاقات جزئية لبعض القدرات، ومشكلات سلوكية، واضطرابات كلام، واضطرابات حركية حادة (مثل الشلل الدماغى الخفيف)، والإعاقات البصرية، والإعاقات السمعية. وثلاث هؤلاء الأطفال لديهم إعاقات معرفية

أو بدنية حادة. متوسط عمر هؤلاء الأطفال ٣-٤ سنوات، ٦٠٪ منهم بنين. وحوالي ١٤٪ (أكثر من ٢٥٪ في المناطق الحضرية) من الأطفال الذين يتلقون الخدمات من المهاجرين (Sohns, 2000). ويعطى العلاج وفقاً للحاجة الفردية، ويكون عادة جلسة أو اثنتين أسبوعياً. ويتلقى الأطفال التدخل المبكر عادة لمدة سنتين.

في المتوسط يعمل ١١ معالجاً من مجالات مختلفة معاً في فريق واحد. على سبيل المثال يمكن أن يتكون الفريق من موظفين تربويين وموظف خدمات اجتماعية ومعلم تربية خاصة وأخصائي نفسي ومعالج مهني وأخصائي علاج طبيعي ومعالج نطق ومتخصص تربوي متقدم Heilpedagogue وطبيب أطفال. ويتفاوت عدد الأشخاص الذين يعملون في المركز الواحد من ٥-٣٠ شخص، ٨٠٪ منهم من النساء. وفي المتوسط يظل الموظفون في المركز الواحد لمدة ٥,٧ سنة، وهو ما يعني إمكانية بناء فرق عالية الكفاءة، ٢٠٪ من أعضائها يعملون بالمكان لأكثر من ١٠ سنوات (Peterander & Speck, 1993). وهذا التكوين يضمن إلى درجة كبيرة التنمية المستمرة لفاهيم الفريق والكفاءة المهنية.

تحصل المراكز على تمويل للمتطلبات الأسبوعية العادية لجلسة تدخل أو اثنتين (سواء كخدمات مرضى خارجيين أو زيارات منزلية) والتعاون مع أولياء الأمور والعمل في فرق قائمة على تداخل التخصصات والتعاون مع الشركاء من خارج المركز (المعالجين المستقلين والأطباء وموظفي رياض الأطفال). وفي بارفاريا يقدم التدخل المبكر مجاناً. وهو يمول من العمل التعاوني لهيئات مختلفة مثل السلطات البلدية والتأمين الصحي ووزارة العلوم والتعليم والشؤون الثقافية ووزارة الشؤون الاجتماعية ببارفيا.

والتدخل المبكر متاح للجميع. ويحاول النظام أن يخفف مخاوف أولياء الأمور عندما يحضرون لأول مرة إلى المركز، سواء حضروا بسبب قلقهم على أطفالهم أو بإحالة من طبيب. ويتكون نظام التدخل المبكر البارفاري من نظم فرعية تتميز بدرجة عالية

من المرونة تسمح بتكييف بنيتها وتنظيمها وفقاً لبيئتها والتحديات التي تواجهها. بينما لا تمتلك الولايات الفيدرالية الأخرى هذه الشبكة المتطورة من المراكز القائمة على تدخل التخصصات. كما تختلف الولايات من حيث الأبنية ونظم التمويل والتسهيلات.

التشخيص والتدخل

يسترشد التشخيص والتدخل أساساً باحتياجات الطفل الفردية وبيئته. ونتيجة للنقلة النوعية - من نموذج قائم على العجز وقائم على الطفل إلى تدخل مبكر شمولي قائم على الأسرة - لا يوجد منهج يحظى بقبول عام. ويبني المتخصصون علاجهم على مجموعة من مبادئ ومؤشرات التدخل المبكر التي أثبتت نجاحها، وكذلك على أفكار نظرية ومفاهيمية. ويرى سبوديك وبراون (Spodek and Brown, 1993) وآخرون أن هذا هو المعنى الأوسع للمنهج. فكل معالج يجب أن يعمل بالتعاون مع الوالدين والفريق متعدد التخصصات لإعداد مقرر تدخل مصمم لتلبية احتياجات الطفل. فلا تستخدم هنا البرامج القياسية للتدخل المبكر، لكن ذلك لا يعني أن عناصر هذه البرامج لا يمكن أن تدمج في مقرر فردي للتدخل. ويسبب هذا الوضع يجب أن يكون جميع الأطراف المعنيين مرتين جداً في عملهم المهني كجزء من فرق قائمة على تدخل التخصصات ويكونوا مستعدين لتحمل قدر كبير من المسؤولية.

التشخيص

تنتج الإعاقات أو أشكال التأخر النمائي في الغالب عن تفاعلات معقدة بين العوامل البيولوجية والنفسية - الاجتماعية، وهو ما يجعل التشخيص في مجال التدخل المبكر عملية معقدة وتتطلب عناية فائقة. فالبيئة الأسرية الصعبة، على سبيل المثال، يمكن أن تؤدي إلى عدد من أوجه القصور الوظيفية لا يبدو أنها ترتبط بأية طريقة بالمشكلة الأولية. ولذلك يجب أن يضع التشخيص في الاعتبار مسارات النمو المختلفة التي ربما تكون الإعاقة قد سلكتها وكذلك رؤية متعددة الأبعاد للتشخيص والتدخل

(Peterander, 2003). في حين أن نظم التصنيف القياسية تأخذ في الاعتبار متلازمات سطحية فقط ولا تقدم مساعدة قوية لتخطيط مقرر التدخل.

وبوجه عام تعطى لأولياء الأمور الفرصة لأن يتحدثوا مع مستشارين قبل الخروج بالتشخيص. وينقسم التشخيص إلى مرحلة أولية ومرحلة العملية ومرحلة نهائية، ويغطي كل أبعاد شخصية الطفل ونموه. ويقوم التشخيص على نموذج يعتمد على الفعل والحياة اليومية ويستهدف المشاركة في البيئة الطبيعية. والأفراد الذين يحددون التشخيص يستخدمون طرق محكية مثل الفحوصات القياسية والتشخيص التخصصي واختبارات النمو الإكلينيكية - النفسية للتحقق من المشكلات الفردية في نمو الطفل. ويستخدمون أيضاً الطرق العلاجية - التشخيصية ومنها الملاحظة الحرة والمتوجهة بفرضيات للسلوك التلقائي والتفاعلي للطفل. وكذلك يدمجون النتائج التشخيصية الفردية في رؤية منظومية تعمل في التحليل الأخير كأساس لتخطيط مقرر للتدخل.

ويمكن تحليل المراحل المختلفة للتشخيص إلى (١) الاتصال الأولي، (٢) الاستشارة الأولية واستكشاف تاريخ الطفل المرضى، (٣)، التشخيص، (٤) التفسير والمعلومات التشخيصية التوجيهية، (٥) التوصية بالعلاج ومقرر العلاج (Thurmair & Naggl, 2000). ومن المهم أيضاً أن نميز بين أنواع التشخيص. هناك أولاً التشخيص الطبي Medical Diagnosis الذي ينفذه غالباً أطباء الأطفال المستقلين الذين لا يعملون في مركز التدخل المبكر. ومن بين أشياء أخرى تتمثل مكونات هذا النوع في التشخيص النمائي العصبي والتشخيص الطبي العام الأولي والتشخيص المصاحب، ووضع مؤشرات للعلاج الطبي مع المشورة، ومناقشة التاريخ المرضي السابق مع الوالدين أو مقدم الرعاية. وهناك ثانياً التشخيص العلاجي الطبي Medical Therapeutic Diagnosis الذي يقوم على أنواع تشخيص العلاج الطبيعي والعلاج المهني وتشخيص علاج النطق واللغة الأولي والمصاحب. وهناك أيضاً تحليل

بيئة الطفل من حيث تحفيز الحركة البدنية، وفرص التواصل المتاحة للطفل وأنشطته اليومية، والفرص الفعلية المتوفرة للطفل للفعل. ويتضمن التشخيص النفسي Psychological Diagnosis تسجيل المشكلات النمائية الخاصة لدى الطفل، ويركز بشكل خاص على النمو النفسي وتشخيص الطفولة المبكرة والتشخيص العصبي - النفسي والتشخيص الإكلينيكي - النفسي للنمو الشاذ واضطرابات السلوك والمؤشرات المحددة لإمكانية المعاودة. ويركز التشخيص التربوي المتقدم Heilpädagogic Diagnosis على التحليل الموجه لبيئة الطفل، بهدف الخروج بما إذا كانت الظروف دافعة للنمو وتقييم جوانب القوة النمائية لدى الطفل. يجرى هذا التشخيص طوال فترة التدخل المبكر (Pretis, 2001). وقد تطورت منذ 1994م برامج تحليل وتقييم بمساعدة الحاسوب من أجل التشخيص في التدخل المبكر. وذلك يخفف العبء عن المتخصصين ويفتح آفاقاً جديدة للتشخيص والتقارير التشخيصية والآراء الخيرة (Peterander, 2000b). إن تبادل توصيات التشخيص والتدخل مع أولياء الأمور عملية حساسة ودقيقة جداً وتتطلب اللطف والشفقة من جانب المهني وذلك لأن النتائج تتعارض دائماً مع آمال وتوقعات أولياء الأمور.

الدفع والعلاج

يعد الدفع Furthering (أي "التربية" أو "التعلم") والعلاج تدخلين معقدين مع الأطفال. فهذان التدخلان كشأن التشخيص يتضمنان العلاج التربوي المتقدم Heilpädagogic والنفسي وعلاج الطبيب والعلاج الطبي - العلاجي. ومن شأن التفسيرات متعددة الأسباب في التدخل المبكر أن تقود إلى مداخل متعددة الأنماط Multimodal Approaches في التدخل المبكر. وذلك يعكس ضرورة إعداد التدخلات بناء على الفرد وكذلك الأشكال المختلفة من التعاون مع أولياء الأمور وغيرهم في بيئة الطفل. ويحظى "التعلم اللعبي" Playful Learning أو التعلم عن طريق اللعب بأولوية

عالية جداً في هذا السياق (Oerter, 1996). وقد خلّص بيتراندر (Peterander, 2002) من تحليله للشروط المواتية للتدخل الفعال إلى النتائج التالية :

- تكييف التدخل مع أفعال الطفل.
 - تعزيز مبادرة الطفل الذاتية واستقلاليته.
 - تعزيز صالح الطفل وسعادته.
 - تعزيز انتباه الطفل ودافعيته.
 - بدء وتشجيع أفعال ثرية في معناها من جانب الطفل.
 - تقوية ثقة الطفل بالنفس.
 - النظر إلى العلاج الوظيفي بوصفه طريقة للمساعدة في تنمية شخصية الطفل.
- وقد تطورت منذ الثمانينيات مفاهيم وطرق كثيرة لدفع الأطفال (انظر :
(Shonkoff & Meisels, 2000).

أدوار الأسر

يقدم التدخل المبكر لأولياء الأمور فرصاً عديدة للتعاون. فمن السمات الأساسية للتدخل المبكر الجيد الربط المفاهيمي بين الخدمات العلاجية المتاحة للطفل وخدمات الاستشارة وفرص التعاون مع أولياء الأمور. وفي ألمانيا تشتمل الخدمات القائمة على الأسرة على مجالات كثيرة، منها على سبيل المثال الاستشارة الأولية والمناقشة مع أولياء الأمور وتفسير التشخيص. ويمكن أن تقدم المناقشة والاستشارة أيضاً حول عملية الطفل النمائية وعملية التدخل المبكر. وتقدم معلومات أيضاً حول المساعدات الاجتماعية العامة للأسرة والأسئلة المالية. ويقدم كذلك تعليماً حول متابعة التدخل في المواقف اليومية. وإذا كانت الأسرة تواجه أزمات وصراعات فيمكن أن تتضمن الخدمات علاجاً أسرياً Family Therapy. وأخيراً يمكن لمقدمي الخدمات أن يساعدوا الأسرة على العثور على مصادر إضافية مثل مجموعات المساعدة الذاتية.

يشتم نموذج التعاون عبر الشراكة المنتشر في كثير من الدول الأوروبية الأخرى بعملية فهم تبادلية تفاعلية بين أولياء الأمور والمهنيين (Bjorck-Akesson & Granlund, 1997; Helios II, 1996) ، حيث تُتمم معرفة أخصائيي التدخل بمعرفة أولياء الأمور والعكس ، بما يتج فهماً شمولياً للموقف والمهمة الماثلة. والإسهامات من كلا الجانبين مهمة بنفس القدر لنجاح التدخل. وهذه الشراكة التعاونية تستلزم النظر إلى أولياء الأمور كخبراء ، وأيضاً وضع أفكارهم وتوقعاتهم في الاعتبار. ومن أهداف هذه النماذج أن يحسن العمل التعاوني ، وإيجاد أساس يستند إلى المعرفة الإمبريقية لدفع التعاون. وتؤكد العملية المتبادلة لصالح الطفل وأولياء الأمور أهمية التعاون بين أولياء الأمور والخبراء من أجل نجاح التدخل المبكر. وقد وجد تحليل للأدبيات ذات الصلة أن ثمة مكونات مختلفة تمثل مؤشرات على التعاون الناجح بين الخبراء وأولياء الأمور ، منها الكفاءة الوالدية المتزايدة والحوار المؤسس بين أولياء الأمور والمهنيين حول التدخل الخاص بالطفل (Peterander, 2000a).

المؤثرات النظرية

تشهد ألمانيا منذ السبعينيات تحولاً أساسياً في المبادئ النظرية والمفاهيمية للتدخل المبكر (Schlack, 1989; Speck & Warnke, 1983). كانت ألمانيا في البداية تتبع مفهوماً موحداً توجيهاً (يقوم على نظريات التعلم السلوكية وعلاج النمو وهيمنة الخبراء ونموذج التغيير السلوكي التوجيهي). ثم تقدمت إلى المفاهيم التفاعلية (الشراكة مع أولياء الأمور والنموذج الحياتي والتأكيد على استقلالية الطفل) (Speck, 1995). وقد أثر نموذج برونفنبرنر (Bronfenbrenner, 1979) الإيكولوجي - المنظومي كثيراً على هذه التطورات في السبعينيات ، ولا يزال يؤثر على التدخل المبكر في ألمانيا إلى اليوم. دفع برونفنبرنر بأن إمكانية الشخص الوراثية الفردية يمكن أن تنمو فقط في بيئة مواتية لنمو الفرد. وقد أحدثت هذه الفرضية تحولاً نوعياً حول أهمية أولياء الأمور في التدخل المبكر ، إذ لم يعد

يُنظر إليهم على أنهم عامة أو غير متخصصين أو يستخدمون فحسب كمعالجين معاونين ، وإنما أصبح يُنظر إليهم على نحو متزايد كشركاء لفريق التدخل المبكر.

تفترض نظرية النمو المنظومية systemic-oriented theory of development حدوث تفاعل دينامي للعوامل المختلفة على مستويات النظام المختلفة (Guralnick, 2001; Sameroff & Fiese, 2000; Simeonsson, 2000) وترى هذه النظرية أن نمو الطفل لا يتخذ مسار عملية مستمرة (Largo, 1993) ، وإنما تحدث زيادات مفاجئة في نمو الطفل يمكن أن توصف بأنها عمليات تنظيم ذاتي. تكتسب النماذج البيولوجية - النفسية - الاجتماعية Biopsychosocial أهمية متزايدة حالياً (Ramey & Landesman Ramey, 1998). وقد وجد أن المرحلة النمائية التي تتكون فيها المشابك فترة حرجة للنمو ، ذلك أن الجنين يستجيب في هذا الوقت بمرونة عصبية لبعض المؤثرات البيئية (Nelson, 2000). ويمكن النظر إلى الفترات الحرجة التي يمكن أن تتفاوت في مدتها من منطقة بالمخ إلى أخرى باعتبارها ضبط بيولوجي سابق Biological Presetting للتعلم من خبرات معينة. ولذلك هناك مراحل نمو تكون خبرات معينة فيها ذات أهمية خاصة في تكوين الأبنية العصبية ، والأخيرة بدورها تشكل الأساس للتعلم (Farran, 2001). وعلى النقيض من الفرضيات السابقة حول المراحل الحرجة الصارمة ، تشدد النماذج البيولوجية - النفسية - الاجتماعية على أهمية التبادل الدينامي بين الفرد والبيئة. وتلعب المفاهيم المستمدة من نتائج الدراسات طويلة المدى حول عوامل الخطر والحماية والقابلية للإصابة والرجوعية دوراً حيوياً في تفسير العمليات النمائية في الطفولة (Clarke & Clarke, 2000; Werner & Smith, 1992).

المبادئ

ينعكس التحول في المفاهيم النظرية أيضاً في المبادئ التي تقوم عليها ممارسات التدخل في الطفولة المبكرة في ألمانيا.

النموذج الشمولي: لا يمكن للتدخل مع الطفل المعاق أن يبدأ ببساطة من "وجه القصور" لدى الطفل، وإنما يجب أن يتضمن شخصية الطفل كاملة بكل ما فيها جوانب قوة وضعف. وهذا يعني أنه إضافة إلى الجوانب الوظيفية (الحركية والحسية والمعرفية والانفعالية والنطق واللغة) يجب أن يؤخذ في الحسبان أيضاً التفاعلات بين الجوانب المختلفة (الطبية والنفسية والتربوية المتقدمة والاجتماعية) لكل طفل وأسرته.

التوجه الأسري: يستلزم التوجه الإيكولوجي - المنظومي للتدخل المبكر بألمانيا ضرورة إشراك الأسرة في التدخل المبكر. وهنا يعتبر أولياء الأمور الشركاء الأهم في هذه العملية. فالمهنيون بمعرفتهم التخصصية وأولياء الأمور بخبراتهم المتنوعة في الحياة اليومية مع أطفالهم وكذلك التوقعات التي يعولونها على الخبراء محدودون جودة التعاون ونجاح التدخل (Peterander, 2000a).

التدخل المبكر الإقليمي والمنتقل: يختصر التدخل المبكر القريب من المنزل ساعات السفر ويسر دفع نمو الطفل في بيئة طبيعية. وعموماً يحدث ٥٠٪ من التدخل المبكر من جانب أخصائيي تدخل يزورون الأسر. ووفقاً لدراسة شاملة يعتبر حوالي ٧٠٪ من موظفي التدخل المبكر العلاج المنتقل الجزء الأهم في نظام التدخل المبكر الألماني (Peterander & Speck, 1993). وينظر أولياء الأمور إلى العلاج المنتقل بنفس هذه النظرة الإيجابية (Peterander, 2000a).

العمل الجماعي القائم على تداخل التخصصات: إن فردية الأطفال وتعقيد إعاقاتهم وأشكال التأخر التي يعانون منها تتطلب التعاون المكثف القائم على تداخل التخصصات. وهنا يشترك المهنيون المختلفون في صنع التشخيص ووضع خطة الدفع وتعزيز تقدم التدخل. تضم مراكز التدخل المبكر الإقليمية موظفين متعددي التخصصات يعملون معاً كفرق متداخلة أو عابرة التخصصات. يسهل هذا النظام تبادل المعلومات بين أعضاء الفريق ويجعل التغذية المرتدة

والإشراف المتبادل ممكناً. وبذلك تصبح اجتماعات الفريق أشكالاً من التدريب الداخلي أثناء الخدمة.

الشبكات: تتعاون مراكز التدخل المبكر قبل وأثناء وبعد العلاج مع عدد من المؤسسات والمهين غير الحكومية التي تعمل مع الطفل. وتجمع من ذلك معلومات لتقديم التوصيات حول زيادة المساعدة، مثل مساعدة الأسرة في اختيار مدرسة مناسبة للطفل.

الدمج الاجتماعي: يجب على التدخل المبكر أن يسهل اندماج الأطفال في أسرهم ومحيطهم الاجتماعي الذي يعيشون ويلعبون ويتعلمون فيه. والتدخل المبكر كنظام وقائي يجب أن يعزز مهارات الطفولة بحيث يستطيع الأطفال ذوو الإعاقات أن يندمجوا بالكامل في مدارس التعليم العام. وثمة هدف أساسي آخر يتمثل في أعمال العلاقات العامة المكثفة التي يمارسها مجال التدخل المبكر لخلق بيئات اجتماعية إيجابية للأطفال ذوي الإعاقات. وإلى جانب أهمية هذا الموضوع في ألمانيا، فإنه يناقش بتعمق على المستوى الأوروبي (Helios II, 1996; Soriano, 1998).

المؤثرات السياسية

يواجه التدخل المبكر في ألمانيا منذ عام ١٩٩٩م تحديات كثيرة بسبب تشريع جديد يتعلق بضمان الجودة في المؤسسات الاجتماعية (قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي، المادة ٩٣). ولكي يكون المركز مؤهلاً للتمويل يجب أن يقدم حساباً شاملاً يكشف عن ضمان الجودة. وقد نوقش توثيق وتقييم العمل الاجتماعي بغزارة منذ إصدار هذا التشريع الجديد. فقد أصبح تمويل القضايا الاجتماعية أكثر صرامة، بما يستوجب الإبداع في التدخل المبكر. وما يحتاج إليه موظفو التدخل هو إجابات جديدة لأسئلة قديمة مثل "كيف يمكن أن نطور جودة وكفاءة الخدمات الاجتماعية؟ ومنذ أواخر التسعينيات شهد مجال التدخل المبكر بألمانيا نشر أدلة كثيرة حول إدارة الجودة بهدف دعم العملية طويلة المدى لتطوير الجودة في المؤسسات. ومن أمثلة هذه الكتيبات

Arbeitsstelle Friihforderung Bayern (١٩٩٩م) وهو عبارة عن وحدة أعدت خصيصاً لتعزيز التدخل المبكر في بارفاريا. وكانت تلك هي المرة الأولى التي تستمد فيها مفاهيم وطرق ضمان وإدارة الجودة في التدخل المبكر من مجال إدارة الأعمال (انظر: Donabedian, 1982).

المؤثرات الثقافية

إن الواقع الاجتماعي يحكم إلى درجة كبيرة التطورات في مجال الضمان الاجتماعي. ينطبق ذلك على التدخل المبكر عندما بدأ في السبعينيات، حيث كان دعم الأطفال ذوي الإعاقات يمثل فيه أولوية، إذ كان يسود مناخ عام من التفاؤل. توفرت في ذلك الوقت ثلاثة عوامل يسرت تأسيس نظام تدخل مبكر شامل في ألمانيا: النقاش حول تكافؤ الفرص في النظام التعليمي، ونموذج تعديل السلوك الجديد الذي عزز فكرة أن السلوك البشري يمكن أن يتغير بسرعة (Eysenck & Rachman, 1972)، وأخيراً عمل إدراك أهمية السياق الإيكولوجي لنمو الطفل كأساس نظري لإبداعات عملية كثيرة (Bronfenbrenner, 1979). فضلاً عن أن توفر الموارد المالية في ألمانيا في منتصف السبعينيات سهّل تطوير نظام التدخل المبكر الموجود بيننا اليوم.

تغير السياق الاجتماعي في ألمانيا بشكل ملحوظ منذ التسعينيات. فقد أصبح مناخ التفاؤل جزءاً من الماضي، وتراجع الإيمان بالقدرة على تغيير السلوك. وكذلك ترك الازدهار المالي للحكومة مكانه لنقص حاد في الأموال، خاصة منذ إعادة توحيد ألمانيا في ١٩٩٠م. أضف إلى ذلك الزيادة الواضحة في انقسام المجتمع إلى "موسرين" Haves و"معدمين" Have-nots أيا كانت الأسباب. وفي عام ٢٠٠٣م يجد الألمان أنفسهم وسط عملية تغير اجتماعي مؤلمة. وليس من المستغرب لذلك أن يصبح ثمة كثير من الأطفال في خطر. وقد أصبح عدد متزايد من الأسر الألمانية (ونسبة أكبر) الأسر المهاجرة يعتمدون على الضمان الاجتماعي و/أو يعيشون في فقر، مع كل ما يصاحب ذلك من مخاطر

على نمو الطفولة (Klocke & Hurrelmann, 1995). وفي بداية القرن الحادي والعشرين ينتشر كلام كثير حول الفقر الجديد في ألمانيا. لكل ذلك يعتبر التدخل المبكر في الوقت الحاضر أكثر إلحاحاً، سواء كعلاج أو إجراء وقائي لمساعدة الأطفال المعرضين للخطر.

دعم فريق التدخل المبكر

إن العمل في فريق أحد أهم الجوانب في التدخل المبكر. وذلك يأخذنا إلى السؤال حول الظروف التي يمكن للأشخاص في ظلها أن يعملوا بأقصى طاقتهم ويكونوا راضين أيضاً. ثمة معايير يجب أن تتوفر من أجل تحقيق أقصى أداء ورضاً داخل الفريق: السعي وراء أهداف مشتركة جيدة التحديد، والفهم المشترك للأهداف، وعلاقات عمل إيجابية وروح فريق قوية، وتبادل مشاعر إيجابية، والقدرة على إبداء المشاعر السلبية ومجابتها (Block, 2000). ولا شك في أن الاستخدام البناء لمصادر الفريق القائم على تداخل التخصصات يسهم بشكل ملحوظ في جودة وفعالية العلاج في مراكز التدخل المبكر (Guralnick, 1997). ويمكن لأهداف العمل الجماعي في التدخل المبكر أن تتخذ أشكالاً كثيرة:

- تحديد مكان الفريق (المكان ووقت الاجتماعات).
- تحديد أشكال العمل الجماعي التي ستستخدم - مجموعات العمل في موضوع محدد (الأسئلة حول التشخيص والعلاج والتقييم والتوثيق) أم ورش العمل (تنمية مفاهيم العمل والمنظمة والفريق).
- المبادرة بتأهيل أعضاء الفريق (مثلاً من خلال التدريب أثناء الخدمة).
- تنمية ثقافة الفريق (مثل التقدير المتبادل).

جودة العمل الجماعي في بارفاريا

خضعت أهمية العمل الجماعي في التدخل المبكر وتأثيراته على عمل أعضاء الفريق للتحليل في دراسة غطت أكثر من ٩٠ مركزاً في بارفاريا

(Peterander & Speck, 1993). كان الهدف من الدراسة هو أن تكشف الظروف التي تعوق أو تحسن العمل الجماعي ، حيث قصد بها أن تقييم أساساً إمبيريقياً بغرض دفع العمل الجماعي إلى الأمام (Peterander, 1996). سنناقش فيما يلي بعض نتائج هذه الدراسة ، وبعدها سنحلل كيف يمكن تحسين خبرة كل عضو بالفريق وتعاون الفريق ككل ، خاصة من منظور الطريقة التي تنفذ بها تلك الأفكار في نظام التدخل المبكر ببارفاريا.

سمات مناخ الفريق الإيجابي

بوجه عام ينظر المهنيون في بارفاريا إلى مناخ الفريق Team Climate في مراكزهم بطريقة إيجابية (يسود ذلك أكثر في المراكز التي يتكون غالبية موظفيها من النساء). فهم يشعرون بتقدير زملائهم ويرون أدلة على التعاون القائم على تداخل التخصصات داخل الفريق. وقد قال المهنيون الذين شملهم المسح أن فرقهم تتفق بدرجة كبيرة على مفاهيم التدخل المبكر. ومع ذلك يتقبل الجميع الآراء المختلفة ، حيث يمكن إبداء النقد علناً. كما أن الفريق ككل هو الذي يخطط ويوزع العمل ، حيث يوزع العمل بالتساوي ويتخذ بتفان. وكذلك يشجع أعضاء الفريق بعضهم البعض في مواقف العمل الصعبة. وحتى مشكلات الأعضاء الشخصية يمكن أن تعالج داخل الفريق.

يتحدد مناخ الفريق الإيجابي غالباً بمتغيرات أخرى ترتبط بالمنظمة والموظفين. أولاً يعكس جو الفريق الإيجابي العلاقات المهنية والانفعالية الجيدة بين أعضاء الفريق. وبالمثل - في الاتجاه المقابل - يحد المناخ الإيجابي داخل الفريق على الراحة الانفعالية للموظفين. والقيادة الجيدة مهمة للفريق ، حيث أكد المستجيبون للمسح على أهمية مهارات قائد الفريق لنجاح الفريق ككل. وكذلك يعتقد أعضاء الفريق الفرديين أنهم يستطيعون أن يؤثروا على القرارات المفاهيمية وقرارات الموظفين ، وأنهم لا يوضعون تحت ضغط مؤداه أنهم يجب أن ينجحوا.

تغطي الكفاءة المهنية لكل أعضاء الفريق باحترام وتقدير خاصين، ويعتبر عمل الفريق إجمالاً عالي الجودة. ووجدت الدراسة أنه في مناخ الفريق الإيجابي تخطط جلسات أسبوعية للفريق بطريقة تمكن أعضاء الفريق من تلقي تدريب داخلي أثناء الخدمة و/أو مشورة حول حالات محددة. وإضافة إلى ذلك يمكن لأعضاء الفريق أن يأخذوا الخبرة ونقاط القوة من أعضاء الفريق الآخرين في تنفيذ جوانب محددة من التدخل. وعلاوة على ذلك يتضح المستوى العالي للعمل الجماعي في التدخل المبكر في قناعة الأعضاء بوظائفهم وأنهم يعملون في مهنتهم، وتوجههم فكرة واضحة لعملهم، ولديهم سنوات خبرة طويلة فيه.

سمات مناخ الفريق السليبي

لا تتمثل الظروف السلبية بمحد ذاتها في معكوس المناخ الإيجابي في الفريق. فمناخ الفريق يكون سلبياً إذا لم يتح للخبراء وقتاً كافياً لجلسات الفريق، وإذا لم تكن هناك مناقشات وافية للحالات الفردية. يؤدي ذلك إلى قلة التواصل حول موضوعات التدخل التشخيصية. ثم أسباب أخرى لمناخ الفريق السليبي منها التحديد الغامض للمسئوليات، وتجاهل الصراعات داخل الفريق، وسوء الإدارة في مراكز التدخل المبكر، ومناقشات الفريق غير المثمرة، وقلة الدعم من الفريق للأعضاء الفرديين عندما تظهر مشكلات مهنية، والتوتر بين المهن المختلفة في الفريق، والمكانة المهيمنة لبعض الأعضاء، وعبء العمل الزائد.

ويتجنى المناخ السليبي في الفريق أيضاً عن متغيرات تتعلق بالمنظمة والموظفين. فثمة ارتباط واضح بين المناخ السليبي وقيادة الفريق السيئة وقلة استقلال أعضاء الفريق الفرديين في بعض القرارات. وعندما يترك الأعضاء المؤسسة فإن الأسباب ترجع في الغالب إلى المناخ السليبي، ومن بعض جوانبه عدم الرضا عن عمل العلاقات العامة للمركز وجلسات الفريق غير المرضية وقلة التدريب أثناء الخدمة. وكذلك نظر المستجيبون

بطريقة سلبية إلى عقد عدة جلسات للفريق أسبوعياً وأيضاً كبر حجم الفريق (٢٠-٣٠ عضواً). ويجد المهنيون في مناخ الفريق السلبي أنفسهم في الغالب واقعين تحت ضغط شديد من أجل النجاح وتواجههم مشكلات في الوفاء بالتزاماتهم المهنية. وهذا يؤثر على الراحة النفسية، التي يمكن أن تؤدي في بعض الحالات إلى الاكتئاب.

محتوى وجودة جلسات الفريق

إن جلسات الفريق أساسية للتعاون القائم على تعدد التخصصات في المراكز. فالجلسات إضافة إلى وظيفتها المعلوماتية المفيدة تكون مهمة بشكل خاص للعلاقات المهنية بين أعضاء الفريق. وليس ثمة موقف عمل آخر يتواصل فيه المهنيون مع بعضهم البعض بكثافة كما يحدث في مثل هذا الموقف المنظم. وليس ثمة موقف آخر يحصلون منه على معلومات وفيرة حول كفاءة زملائهم وتوقعاتهم وطرقهم في التدخل مع أطفال معينين. تهيمن عمليات تفاعلية دينامية على الخبرة اليومية لكل عضو وتؤثر على أفعاله المهنية. ويعتمد نجاح جلسات الفريق أيضاً مكان وزمان انعقادها. وعموماً تكون جلسات الفريق المثلى جلسة واحدة أسبوعياً مدتها ساعتين، وفي المتوسط يحضر الجلسة الأسبوعية ١١ عضو من المهن المختلفة.

هناك تعارض واضح بين الموضوعات التي يعتبرها أعضاء الفريق مهمة ومعدل مناقشة هذه الموضوعات في الجلسة. ومن حسن الحظ أن الموضوع الأكثر شيوعاً (العرض المنظم للحالات الفردية ومناقشتها) يعتبره أعضاء الفريق أيضاً الموضوع الأهم. لكن هناك موضوعات أخرى يعتبرها أعضاء الفريق مهمة جداً لكنها لا تناقش كثيراً. على سبيل المثال لا يحدث إشراف متبادل كافٍ في جلسات الفريق، رغم أن غالبية أعضاء الفريق قالوا أنهم يرحبون بذلك. وعلى التقيض من رغبات الأعضاء توجد مناقشات قليلة لنتائج البحوث حول أنواع معينة من الإعاقات، ونادراً ما يعرض الأعضاء مناهج علاجية تشخيصية في الجلسات.

قادة الفريق

يؤثر قادة الفريق على محتوى العمل، ويتحملون كذلك بدرجة كبيرة المسؤولية عن تنظيم التدخل والدافعية. إن خصائص القيادة الإيجابية كثيرة، منها التنسيق والتنظيم الجيدين للعمل، والاعتراف بإنجازات أعضاء الفريق، وصنع القرار المشترك في الحالات المهمة. وقال المستجيبون في المسح أيضاً أن الأعضاء يمكن أن يعتمدوا على القائد الجيد في المواقف الصعبة، وينظرون إلى القائد كمثال يكون مستعد دائماً لتحفيز زملائه. والقادة الجيدون يصنعون قرارات واضحة ويسهمون بأفكار جديدة. وتؤثر القيادة الإيجابية كثيراً على جودة وشكل التعاون بين أعضاء الفريق. كما أنها تؤثر إيجابياً على تطوير هياكل تنظيمية عالية الجودة، وأعمال العلاقات العامة، والتدريب أثناء الخدمة، وشكل ومحتوى جلسات الفريق، والراحة العامة لأعضاء الفريق. وتؤثر القيادة الواضحة في مراكز التدخل المبكر إيجابياً أيضاً على الحوار بين التخصصات ودينامية الجماعة. وتحسن كفاءة ومهنية زملاء الفردين، وكذلك مستويات انفتاح وطاقات الفريق. وهي أخيراً تحسن تدفق المعلومات، وهو أمر مهم جداً لتشبيك المراكز. ولذلك فإن هناك حاجة مستقبلية لتدريب القادة على مسؤولياتهم المحددة كرؤساء مراكز. ويجب أن يعطى هذا المطلب أولوية في المناهج الحديثة في التدريب قبل وأثناء الخدمة في المهن الاجتماعية، كما هو معمول به منذ فترة طويلة في إعداد المتخصصين في مجالات علم النفس التنظيمي وإدارة الأعمال (Rosenstiel, Regnet, & Domsch, 1999).

المداخل إلى تنمية الفريق والعمل الجماعي

على الرغم من الأهمية المؤكدة للعمل الجماعي للتدخل المبكر، لا تقدم مقررات الدراسة في الكليات والجامعات الألمانية أي تدريب خاص لكفايات العمل الجماعي. فنادراً ما تتاح الفرصة لأن يجتمع طلاب من مجالات مختلفة معاً بحيث يستطيعون أن يتعلموا مهارات العمل الجماعي ويختبرونها. وقد اتخذت خطوات في هذا الاتجاه في

الولايات المتحدة الأمريكية (Winton, 1991)، حيث تقدم بعض الكليات والجامعات الأمريكية مقررًا إضافيًا يتعلم فيه طلاب من مجالات مختلفة على يد فريق متعدد التخصصات من المحاضرين من كليات مختلفة. وبهذه الطريقة يمكن للطلاب أن يبدأوا الاستعداد لأدوارهم ومهامهم المستقبلية في الفرق متعددة التخصصات (Bailey, 1996).

ويجب أن تتمثل الأرضية المشتركة للعمل الجماعي الإبداعي والمثمر في أن تكون لدى أعضاء الفريق، على الأقل، بعض المعرفة حول نماذج العمل الجماعي المختلفة، والعوامل التي تؤثر على العمل الجماعي، وإستراتيجيات صنع القرار وحل المشكلات وإدارة الصراع. ويجب أن تتوفر لدى أعضاء الفريق الاستعداد والقدرة على لعب دور نشط في تشكيل العملية الدينامية للعمل الجماعي. وقد قدم غارلند وفرانك (Garland and Frank, 1977) مسحاً مفصلاً لتطور الإستراتيجيات الفعالة للعمل الجماعي في التدخل المبكر الأمريكي، وخلصا إلى أن "بناء مهارات العمل الجماعي في مستويات ما قبل وأثناء الخدمة هو الشرط الأساسي للتغييرات في توصيل خدمات التدخل المبكر، تلك التغييرات التي من شأنها أن تؤدي إلى فرق تعاونية منسقة متمركزة حول الأسرة" (p. 378).

توضح المناقشات في الولايات المتحدة الأمريكية أن مدى تنظيم ومحتوى العمل الجماعي يعتمد على الإطار القانوني والثقافي والاجتماعي الذي يقوم عليه نظام التدخل المبكر. ويثير التدخل المبكر في بارفاريا بعض التساؤلات حول العمل الجماعي تشير في اتجاه مختلف. فبسبب الظروف الهيكلية أعطي العمل الجماعي في مراكز التدخل المبكر أولوية منذ البداية. فمراكز التدخل المبكر المستقلة الـ ١٢٣ يشكل كل منها ١٢٣ "فريقاً" متعدد التخصصات يقوم على النموذج الشمولي للدفع *furthering* يعمل فيه معاً خبراء في نفس البيئة ومع نفس الزملاء لسنوات. ويشكل أعضاء المركز الواحد مجموعة متعددة التخصصات يقودها متخصص في التدخل المبكر. لكن هذه المجموعة في

ذاتها ليست فريقاً حقيقياً. وما يحتاج إلى إضافته هو بنية تكون إلى درجة كبيرة غير هرمية وتشجع الأهداف المشتركة والعلاقات التفاعلية المكثفة وروح الفريق. لكن ذلك موجود بالفعل في التدخل المبكر في بارفاريا. إضافة إلى أن مبادئ العمل التي ذكرت آنفاً تجعل المراكز ترغب في أن تعكس وتطور منظومياً عملية تنمية الفريق.

لكن تنمية الفريق عمل كثير المطالب. فهو يتعلق بكل الأفراد الذين يعملون في مجال التدخل المبكر من حيث كفاءتهم ونواياهم، وله نتائج بعيدة المدى على تنظيم مراكز التدخل المبكر ومفاهيمها. فإذا أراد أحد المراكز أن يكون فريقاً، فلا بد أن يقرر أيضاً أن ينمي الموظفين ويطور المنظمة. وعندما تتحقق بعض أهداف تنمية الفريق تتحسن جودة التدخل والتعاون مع أولياء الأمور، وكذلك الموقف بين أعضاء الفريق. فهؤلاء سيتوحدون بدرجة أكبر مع أفعالهم ويفخرون بما أنجزوه. فقد اقتطعوا لأنفسهم مجالاً يمكن فيه التعلم والعمل المشترك داخل وخارج المركز ويكون هذا العمل واضحاً للعيان.

وإضافة إلى مبادرة وجهود أعضاء الفرق الفرديين وقادتها، تحتاج الفرق أيضاً إلى دعم مستمر من الخارج. يكفل الإطار القانوني في ألمانيا للمراكز الاستقلال الذي تطلبه. وتحصل الفرق أيضاً على دعم على مستويات مختلفة. فهناك جمعية فيدرالية للتدخل المبكر القائمة على تداخل التخصصات لها فروع في كل الولايات. تنظم هذه الجمعية مؤتمراً كل سنتين، بينما تقدم جمعيات الولايات حلقات نقاشية إضافية. وتصدر هذه الجمعية منذ عام ١٩٨٢م مجلة فصلية بعنوان *Journal Friihfordenmg Interdisziplinär* تركز على القضايا الحالية في التدخل المبكر من وجهة نظر علمية وعملية.

وفي بارفاريا يمكن لأعضاء الفريق أيضاً أن يتوجهوا إلى المركز البارفاري لدعم التدخل المبكر *(Arbeitsstelle Frahhforderung) Bavarian Support Center for Early Intervention* طلباً لمساعدات إضافية أو استشارات حول قضايا محددة. وقد كانت بارفاريا أول ولاية تنشئ مثل هذه الخدمة المهنية في عام ١٩٧٥م وكانت في ذلك نموذجاً للولايات الأخرى.

يضم مركز الدعم قسماً تربوياً وطبياً بكل منهما موظفين من مهن مختلفة يعملون في تعاون وثيق. والأهداف العامة من هذا المركز هي نشر المعرفة الخاصة بالتدخل المبكر، والمساعدة في تطوير الممارسات العملية، وتعزيز التبادل والنقاش بين مراكز التدخل المبكر المختلفة، وتحسين جودة العمل والتبادل بين أصحاب التخصصات المختلفة. وبهذه الرؤية يقدم مركز الدعم تشكيلة واسعة ومتنوعة من التدريب أثناء الخدمة، فضلاً عن الخدمات الاستشارية الفردية لمراكز التدخل المبكر البافارية.

التعلم في الفريق

يعتمد العمل الجماعي على القدرة على العمل التعاوني والقدرة على التعلم في الفريق ومعه. وكل عضو يستفيد من حيث كفاءته المهنية والمنهجية والاجتماعية. ويجب أن يكون الفريق قادراً على التعلم من العمل الجماعي. والتعلم يعني عموماً اكتساب الخبرة لتحسين الأعمال المهنية المستقبلية. ويكتسب مهنيو التدخل المبكر معرفة جديدة في أثناء عملهم اليومي الذي يجعلهم خبراء في مجالهم. ومن دون العمل الجماعي لن تتاح للزملاء هذه المعرفة الأساسية. وحيث أن أعضاء الفريق يميلون إلى أن تكون لكل منهم أهداف مختلفة، فلا بد من العمل على توليف الإسهامات المختلفة ومراجعة الفرد لموقفه الأولي. ولا بد أن تقبل المعلومات المتناقضة والآراء المنحرفة وتناقش. وتلك خطوة حيوية نحو التعلم من خلال المنظمة. والتعلم المنظمي Organizational Learning أحد أهم أهداف إدارة المعرفة، وقد اكتسب أهمية كبيرة أيضاً في المؤسسات الاجتماعية (Reinmann-Rothmeier & Mandl, 2000). وبعد جمع أكبر قدر ممكن من المعرفة من خلال التواصل يمكن تطوير مداخل ومنظورات مشتركة جديدة.

المقرر الأساسي لأخصائيي التدخل المبكر

يقدم مركز الدعم في ميونخ مقررات أساسية لتعريف المعالجين الجدد بالمجال وتدريبهم عليه. تغطي هذه المقررات سنة كاملة وتتضمن ١٣ يوماً من التدريب أثناء الخدمة ينفذها

خبراء من مركز الدعم ومتحدثين من خارج المركز. تغطي المقررات كامل عملية التدخل المبكر من الاتصال الأولي بالوالدين والطفل إلى إكمال التدخل. ويركز المقرر على:

● مساعدة الطفل (التشخيص واحتياجات التدخل الفردي واللعب والأجهزة والجوانب الطيبة - العلاجية والتربوية - النفسية).

● التعاون مع أولياء الأمور (الاستشارة المهنية والمشورة الإضافية من خلال المناقشة وتنظيم عملية التدخل).

● التعاون بين الخبراء (التشاور مع الزملاء والتبادلات بين التخصصات).

التسمية المهنية الداخلية المستمرة

في أكثر من نصف مراكز التدخل المبكر في بارفاريا يكون التدريب الداخلي المستمر مهماً جداً لجودة العمل الجماعي. وتنظم هذه الأحداث غالباً في شكل ورش حول موضوعات معينة تقدمها المراكز من جانب متحدثين من خارجها وبدرجة محدودة من جانب رئيس المركز. ومن العلامات على جودة المركز أن تكون جلسات الفريق الأسبوعية أيضاً بمثابة تدريب داخلي أثناء الخدمة، ومن هذه العلامات أيضاً معدل مثل هذه الجلسات. وتوضح نتائج الدراسة التي أجريت على بارفاريا، مثلاً، أن أعضاء هذه المراكز لهم تأثير كبير على قرارات الموظفين والقرارات المهنية، ويستطيعون أن يقرأوا الأدبيات المهنية في أثناء ساعات العمل، ويركزون على العلاقات العامة والتواصل مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى في المنطقة. وهنا أيضاً يؤثر هذا الجو الإيجابي مباشرة على الحالة الشخصية للموظفين، وتحديداً يزيد احتمال أن يكون عندهم وجهة نظر واضحة حول هويتهم المهنية ويلتزمون أكثر بعملهم.

دوائر الجودة

يمكن لدوائر الجودة Quality Circles أيضاً أن تعمل كإطار لتنمية العمل الجماعي. وهي طريقة لاستخدام معرفة وخبرة أولئك الذين ينخرطون مباشرة في

عملية التدخل المبكر لحل المشكلات وإيجاد طرق لإنجاز أهداف التدخل. والعمل في إحدى دوائر الجودة يعني حل المشكلات وإعطاء إجابات واكتساب معرفة تخصصية، ويعني كذلك تنمية الكفاءة المنهجية والاجتماعية. ودائرة الجودة عبارة عن مجموعة من ٤-٨ متخصصين يقومون بأعمال متماثلة في المراكز. يجتمع هؤلاء على فترات منتظمة، كأن تكون جلسة ٢-٣ ساعات أسبوعياً.

ويتنخب رئيس للجلسة من المجموعة ليدير المناقشات، أو يدعى رئيس جلسة من خارج المركز. والهدف هو العمل على مشكلة تحددها المجموعة، وتحليل الأخطاء والمشكلات، وتطوير حلول وتسجيلها وتنفيذها، وتقييم مدى تحقق الأهداف والحلول. وقد أوضحت البحوث أن هذا الإجراء لا يؤدي فحسب إلى تحسين المناهج أو الإجابات، وإنما أيضاً إلى تحسين التواصل والدافعية والرضا لدى الموظفين.

وإلى جانب ما سبق تسهم دائرة الجودة في تحسين الكفايات المهنية والاجتماعية للمشاركين وتعزيز العمل الناجح الذي من شأنه أن يشري ثقافة الفريق. قدا بوغارد (Bungard, 1999) الإجراءات التالية لدائرة الجودة:

- تحدد الموضوع.
- تحلل الوضع الراهن.
- تحدد الأهداف والمشكلات.
- تضع الأهداف والمتطلبات.
- تناقش التوقعات.
- تجرب الحلول تدريجياً.
- تعطي لكل شخص الفرصة للإسهام.
- تنفذ الحلول وتقيم النتائج.

الجلسات الاستشارية للزملاء

تعتبر استشارة الزملاء في التدخل المبكر - خاصة في شكل المناقشة الجماعية لمواقف وحالات أطفال معينين - جزءاً مهماً جداً من تنمية الفريق. وقد يحتاج الفريق إلى دعم خارجي لأن تنفيذ هذه المهام المعقدة ليس أمراً سهلاً، إذ تكمن مشكلات في تنظيم هذه العملية وفي الخبرات السلبية من المناقشات السابقة مع الزملاء.

ويعالج هذا الوضع بجلسة تدريبية متقلبة أثناء الخدمة ليوم واحد تعقد في كل مركز تدخل مبكر في بارفارييا. يوفر هذا النموذج، من ناحية، الفرصة للحديث عن حالات فردية، وهو شكل من التعلم عن طريق العمل. ويسمح للموظفين، من ناحية أخرى، بتعلم عملية بسيطة لاستخدامها في العمل اليومي. والجلسات الاستشارية المتمركزة على الحالات تكون مفتوحة لكل الموضوعات التي تنشأ في أثناء عملية التدخل (مثل طرق تسهيل التدخل وطرق دفع التعاون مع الأسرة).

توجيه القيادة

لقد أصبحت المطالب المفروضة على الأشخاص المسؤولين عن إدارة وقيادة مركز التدخل المبكر أكثر تعقيداً وصعوبة. والهدف من تقديم التوجيه guidance هو أن ينظر قائد الفريق إلى الإدارة والقيادة باعتبارها فرصة لتشكيل وتنمية الفريق. وتعتبر القيادة خدمة لأعضاء الفريق سواء كأفراد أو الفريق ككل. ويقدم هذا التوجيه الأساس لتطوير النماذج والرؤى المختلفة للقيادة. ويقدم أيضاً طرقاً لحل المشكلات وتشكيل تفاعلات الفريق ودفع تطوير مفاهيم التدخل المبكر. وثمة موضوعات متنوعة توجد في صميم توجيه القيادة منها مستويات القيادة وإدارة الجودة والتعاون بين الفريق. يقدم جلسات التوجيه من هذا النوع مركز الدعم الفيديالي للأفراد والمجموعات (٣-٦ مشاركين).

توجيه المفاهيم

تقدم مراكز التدخل المبكر خدمات كثيرة متنوعة وكذلك الاحتياجات الفردية للأطفال والأسر، وذلك يتطلب مفاهيم جيدة ومتروية ووضع أهداف واضحة. لقد أصبح تطوير مفاهيم التدخل المبكر يشكل تحدياً لموظفي التدخل المبكر، وذلك في الأساس بسبب ظهور معايير وظروف جديدة. إذ أصبح لزاماً التحقق من صدق وصلاحيّة المفاهيم القديمة بانتظام، وكذلك يجب وضع التطورات والتغيرات الجديدة في المجموعات المستهدفة والإطار التنظيمي والظروف الأساسية في الاعتبار. ومن الخطوات المهمة على طريق مراجعة المفاهيم تقييم الأعمال السابقة وتقييم الحالات الماضية. والنمو المفاهيمي يحسن دافعية موظفي التدخل لتنمية كفاءتهم وضمان مستوى حديث. وتجري معظم مراكز التدخل المبكر البافارية حلقات نقاش سنوية للمفاهيم. ويحضر كل أعضاء الفرق الحلقات النقاشية التي تعقد ليومين أو ثلاثة في الغالب في مكان غير المركز.

الحلقات النقاشية النهارية المتقلة

يقدم مركز الدعم حلقات تدريبية في تواريخ ثابتة، لكن يمكن للمراكز الفردية أيضاً أن تنظم جلسات مرنة. وقد عرضت موضوعات كثيرة في هذه الصيغة في الأشهر الستة الأولى من عام ٢٠٠٢م، منها دعم الأطفال المتسرّين وأسرتهم، والفقر بوصفه عامل خطر نمائي، وطرق بدء ودعم مجموعات المساعدة الذاتية لأولياء الأمور، وتطوير الجودة في مراكز التدخل المبكر (جودة البنية والعملية والنتائج).

مجموعات العمل

تقدم مجموعات العمل الإقليمية المختلفة الدعم للفريق في كل مقاطعات بارفاريا السبعة. وتلك المجموعات بدورها تتلقى دعماً تنظيمياً من مركز الدعم القيادي. والغرض من ذلك هو تقديم لقاءات من يوم واحد يتلقى الموظفون فيها

مساعدة في مهنتهم تحديداً، وتعدّد "مبادرات مائدة مستديرة" مرتين في السنة. ويتضمن الحاضرون ممثلين من الهيئات التي تدير مراكز التدخل المبكر (منظمات خيرية)، والهيئات المسؤولة عن التمويل، وممثلي الجمعية الرسمية للتدخل المبكر في بارفاريا، وممثلين من مركز الدعم الفيدرالي. تناقش في هذه المبادرات قضايا التمويل وتطوير التدخل المبكر وكل القضايا الحالية المرتبطة بالمنظمة. والهدف من ذلك هو الوقوف على المشكلات الممكنة من خلال الحوار البناء. وتعدّد مبادرات المائدة المستديرة أيضاً على المستوى الإقليمي وتحضرها مراكز ومؤسسات التدخل المبكر الفردية التي تدخل معها في تشبيك والسلطات المحلية وأولياء الأمور المهتمين.

التقييم الذاتي

التقييم الذاتي self-evaluation لتدخلات محددة هو أحد طرق تحسين جودة التدخل المبكر. يغطي التقييم الذاتي ويصف كامل عملية التدخل المبكر ومساعدة الأسر. وهو أيضاً يفحص بشكل منظم تأثيرات ونتائج العلاج. ولهذا السبب يجب أن يصمم على أساس تعدد الأبعاد. ومن خلال فحص تحسين جودة التدخل والاستشارة، يقدم التقييم الذاتي نقطة انطلاق جيدة للتأمل المشترك للبيانات الموضوعية، وأصبح معلماً بارزاً للتدخل المبكر الحديث في ألمانيا (Weiss, 1999).

والجودة العالية لتقنيات المعلومات والاتصالات المتاحة تقدم إمكانات جديدة متعددة. وفي أثناء عمليات البحث والتطوير في بارفاريا تم تعريف المصطلحات الفنية بطريقة واضحة وإجرائية وتم تطوير برامج تشخيص وتحليل من أجل مراكز التدخل المبكر (Peterander, 2000b). وقد تم تطوير نظام تقييم ذاتي بمساعدة الحاسوب للتدخل المبكر يمكن أن يفيد في أغراض كثيرة. من هذه الأغراض مثلاً أن هذا البرنامج يقدم ويعزز المعرفة التخصصية لتطوير أدوات للتقييم الذاتية للتدخل وعمليات الفريق. وإضافة إلى ذلك يقدم البرنامج التقييم العلمي للبيانات مع التركيز على تسجيل

ووصف العوامل التي تجعل التدخل المبكر فعالاً وناجحاً. ويقدم أيضاً تحليلاً للعمليات طويلة المدى. كما يؤسس هذا النظام مخزوناً من البيانات الخاصة بالتدخل المبكر حول عمليات التدخل الفردية وحول جودة عمل الفرق. وهذه المعلومات يمكن أن تستخدم كنقطة انطلاق لإدارة الجودة والمعرفة القائمة على الإنترنت. وفي المستقبل سيوفر مخزون البيانات من هذا النوع للمراكز الفردية وكامل نظام التدخل المبكر في بارفاريا المعلومات اللازمة لتطوير مفاهيمها وطرقها.

نشر المعرفة الخبيرة

يضم نظام التدخل المبكر موظفين جيدي التدریب، يتمتع غالبيتهم بستوات خبرة طويلة في العمل مع الأطفال وأولياء الأمور، وقد وسعوا معرفتهم المهنية ومهاراتهم العملية بمؤهلات إضافية. وقد أصبح هؤلاء المعالجون خبراء في مجالاتهم التخصصية. ولذلك فعندما يترك هؤلاء النظام يأخذون معهم معرفتهم وخبرتهم. ولا يمكن لأي نظام أن يسمح بحدوث ذلك. فمن ناحية لا يتاح لكثير من موظفي التدخل الوصول إلى الدورات التدريبية التقليدية، ومن ناحية أخرى توجد في المؤسسات الاجتماعية حاجة متزايدة إلى أشكال جديدة لنقل المعرفة والاستفادة من المعرفة الخبيرة. وفي الصناعة يلعب هذا الجانب دوراً أساسياً في إدارة المعرفة. ولهذا السبب جمعت المراكز في بارفاريا المعرفة المحددة "للخبراء" الفرديين في مجموعات صغيرة وجعلتها شفافة لأعضاء الفريق من خلال دمجها في برامج تحليل واستشارة بمساعدة الحاسوب (Peterander, 1996). تسهم هذه العملية في التنمية المهنية والمفاهيمية للفرق ونظام التدخل المبكر.

فوائد العمل الجماعي

تتجلى المزايا العديدة للعمل الجماعي الجيد في المجالات المختلفة لأعمال التدخل المبكر. فهو يرفع ويحفز مستوى العمل المهني ورضا الفريق والراحة الشخصية

لأعضاء الفريق ، وكذلك يزيد درجة رضا أولياء الأمور عن التدخل المبكر (Garland & Frank, 1997; Peterander & Speck, 1993; Sexton, Snyder, Lobman, Kimbrough, & Matthews, 1997). ومن الواضح أن التدخل الفردي يستفيد بدوره من ذلك. ومن المؤسف أن هذه العملية التبادلية المهمة لم تبحث بتعمق إلى الآن. تقدم الدراسات المتوفرة (مثل : Peterander, 2000a) أدلة على بعض تأثيرات الفرق القائمة على تداخل أو تعدد التخصصات في التدخل المبكر. وما تتميز به هذه الفرق هو المدى الواسع لتفكيرها المهني والكفاءة المهنية لأعضائها الفرديين التي تمتد إلى مجالات أخرى. وفي بعض الحالات يكون معالجون قليلون مطلوبين للتدخل مع طفل أو للتعاون مع أولياء الأمور بسبب كفاءتهم العالية. وقرارات هؤلاء في جلسات الفريق وكذلك أفعالهم جيدة الأساس تقبل بسهولة. والعمل الجماعي يشجع فهماً جديداً للآراء المتعارضة بين الخبراء الذي يحدث كثيراً. وفي العادة يبدأ أعضاء الفريق في الثقة أكثر فأكثر في بعضهم البعض ، وهذا بدوره يفيد عملية التدخل المبكر. وكذلك يتحسن التواصل داخل الفريق ، ولذلك يقوم أعضاء الفريق بملاحظة وتسجيل عمل زملائهم دون إصدار أحكام.

وعلاوة على ذلك فإذا أخضع الرأي المهني لأحد الزملاء للتقييم ، فإن التواصل المفتوح يضمن أن تكون قيم الزملاء وآراؤهم وتقضياتهم شفافة. ويساعد العمل الجماعي الأعضاء أيضاً على مناقشة القضايا الحساسة بطريقة إبداعية ومثمرة وداعمة وإيجاد حلول عملية. وذلك يزيد احتمال أن يدعم الأعضاء الفرديين هذه الحلول. ويظهر أولياء الأمور الذين يعملون مع أعضاء فرق متعددة التخصصات درجة عالية من الثقة في التدخل. فهم يعتبرون الخبراء أكفاءً وواسعي الإطلاع. وهم ينظرون أيضاً إلى المناقشات مع موظفي التدخل بطريقة إيجابية ويعتقدون أن أطفالهم وأسراهم تستفيد من أعمال التدخل المبكر.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

يرتبط العمل الجماعي القائم على تداخل التخصصات بشكل وثيق بالأسس والمبادئ النظرية والظروف التنظيمية للتدخل المبكر. وإذا أريد نقل العمل الجماعي وتنمية الفريق اللذان عرضهما هذا الفصل إلى دول أخرى فإن ثمة أبنية كثيرة يجب أن تؤخذ في الاعتبار.

ونقطة الانطلاق النموذجية لاكتساب مهارات الفريق العامة تتمثل في توسيع التدريس القائم على المشروعات في المدارس. فذلك يعطي للأطفال الفرصة منذ وقت مبكر من الحياة لإدراك المهارات الأساسية المطلوبة للعمل الجماعي الناجح. وسوف يساعدهم ذلك في آن واحد في اكتساب الخبرة في هذا الشكل من التعلم وحل المشكلات.

ومن أجل تأصيل اكتساب الكفاءة المهنية للعمل الجماعي، يجب أن تشكل مجموعات متعددة التخصصات في أثناء المراحل المبكرة من الدراسة الجامعية. وفي بارفاريا يتعلم الطلاب من المجالات الدراسية المختلفة الذين يخططون لدخول مجال التدخل المبكر مع طلاب الكليات الأخرى. وهم بذلك ينمون وعياً بالاختلافات وتقديراً للمداخل المستخدمة في المجالات الدراسية الأخرى. ويجب أن يطور الأساتذة من الكليات المختلفة منهجاً يقوم على تداخل التخصصات ويقدمون هذه المقررات في حلقات دراسية عبر عدة سنوات جامعية. فمن شأن هذه البنية أن تسمح بالانتقال المكثف للمعرفة بين طلاب الكليات المختلفة، وتمكن من خلال التعلم القائم على المشروعات وحل المشكلات من ممارسة التفاعلات والتواصل الذي يفيد العمل الجماعي.

ويجب دعم عملية التعلم القائمة على العمل الجماعي على مستويات مختلفة من الحياة العملية. فلا بد أن تتوفر المقررات الخارجية التي تغطي فترة زمنية أطول لموظفي التدخل المبكر لدعم الخبرات الأولية للعمل الجماعي في المؤسسة ذات الصلة.

وبالنسبة لكل من الموظفين الجدد والمحاضرين يجب أن تكون هذه المقررات من النوع القائم على تعدد التخصصات.

ولا بد من تطوير طريقة لجعل جلسات الفريق الأسبوعية تعمل أيضاً كجلسات تدريبية تعليمية داخلية لموظفي التدخل. ومن الأمور المهمة التي يجب أن تضمن في هذه الجلسات المناقشة المنظمة للحالات، والتركيز على المرحلة الأولية للتدخل، والتشخيص، والعلاج، والتعاون مع أولياء الأمور، وإكمال التدخل، والتقييم. وتطبيق هذه المناقشات على أطفال فرديين وأسر فردية يمكن أن يأخذ شكل الإشراف على الحالات. وثمة مكونات أخرى يمكن أن تتمثل في تقارير موجزة من أعضاء الفريق حول التدريب أثناء الخدمة وحول المقررات التدريبية لأولياء الأمور التي حضروها وحول التطورات النظرية والمفاهيمية الجديدة في مجالاتهم.

ويجب أن يتوفر التدريب أثناء الخدمة والتدريب الإضافي لدفع وتعزيز العمل الجماعي القائم على تداخل التخصصات في مجال التدخل المبكر. ويجب أن تعقد هذه المقررات بانتظام لتوسيع المعرفة والمهارات الخاصة بالتدخل المبكر، مع الأخذ في الاعتبار خبرات الفرد في الفريق القائم على تداخل التخصصات.

ويوصي الفصل أيضاً بإجراء دورات للتدريب الإضافي لكل أعضاء الفريق. وتلك المقررات يجب أن تغطي تطور المفاهيم وتنظيم الفريق. وقد يكون من المفيد دعوة متحدثين أو رؤساء جلسات من خارج المراكز وأن تعقد في أماكن غير المراكز. فقد أثبتت هذه الخطوات أنها نافعة في توفير مكان محايد، ومن شأن ذلك أن يعزز التركيز على العمل.

تشكل قيادة وإدارة الفريق متغيراً حاسماً في العمل الجماعي الفعال القائم على تداخل التخصصات، ولذلك تكون الكفايات المطلوبة من قائد الفريق كثيرة وصعبة. وعلى ذلك يجب أن تتوفر في قائد الفريق المتوقع أن يتحلى بمواهب تنظيمية ومهارات

تواصل متميزة سواء داخل الفريق أو خارجه. والمرشح لهذا الموقع يجب أن يعمل كنموذج ومثال لأعضاء الفريق، ويجب أن تكون عنده الكفاءة الشخصية والمهنية الواضحة على تحفيز وقيادة وتنمية فريق قائم على تداخل التخصصات. ويجب أن يكون قادراً أيضاً على تحفيز أفكار وطرق التدخل المبكر الجديدة. ومن الأشياء المهمة لتعهد القيادة وجودة الفريق ما يلي:

● أعد تصوراً لمطلوبات وظائف القيادة في التدخل المبكر.

● اختر قادة الفرق بمساعدة التقييم الوظيفي.

● اعقد دورات تدريبية إضافية لمن يشغلون مواقع القيادة والإدارة في التدخل المبكر. وهذه الدورات يجب أن تركز على مهارات التفاعل والتواصل داخل المركز وخارجه، ويجب أن تؤكد أيضاً على المفاهيم والإستراتيجيات الموجهة للعمل الجماعي الناجح ومعرفة النظريات النمائية الحديثة وطرق التدخل والكفاءة في الشبكات المؤسسية.

ثمة حاجة لعقد لقاءات منتظمة للفريق من أجل التقييم والتأمل الذاتيين. ويمكن أن يكون استخدام رؤساء جلسات من الخارج مفيداً، ويفضل أن يكونوا أشخاصاً خبراء في مجال التدخل المبكر وفي تنمية الفريق.

ويجب أيضاً تأسيس التشبيك. فالتعاون بين الفرق المختلفة في التدخل المبكر يشري العمل في الفرق الفردية ويحسن انتقال المعرفة. وتلك فرصة جيدة لرؤية المناهج والتدخل وهما قيد الاستخدام في فرق أخرى، إلى جانب تعزيز فهم التعقيد والفروق الدقيقة المستخدمة عبر فرق التدخل المبكر. ويمكن إنشاء مجموعات التواصل عبر الإنترنت كأحد خيارات التشبيك. ويمكن لتلك المجموعات أن تعمل كمتتدي لموظفي التدخل المبكر لتقديم المعلومات حول المناهج وتبادل نتائج التدخل ومناقشة الخبرات وتبادل الأفكار.

ثمة اقتراح آخر يتمثل في إنتاج أشرطة فيديو لفريق "جيدة"، تعرض أشكالاً مختلفة من العمل الجماعي الناجح وبناء الفريق الإيجابي. والهدف هنا هو أن يقدم لأعضاء الفريق أساساً لتأمل عملهم الجماعي وإيجاد طرق لتحسينه وتطويره.

إن البحوث المستقبلية حول العمل الجماعي يجب أن تقوم على أساس إمبريقي. وينبغي إبراز المؤشرات الدقيقة للمستوى العالي للعمل الجماعي القائم على تداخل التخصصات. ويجب أيضاً إظهار التفاعلات المعقدة بين جودة العمل الجماعي وكفاءة موظفي التدخل الفرديين وفعالية التدخل. وكذلك ينبغي فحص تأثيرات العمل الجماعي على الأسرة، وتحديد تأثير العمل الجماعي من خلال أعمال أحد موظفي التدخل مع أسرة طفل محدد. ويمكن للمعلومات التي تكتسب من ذلك أن تسمح باستخلاص استنتاجات حول أهمية الفهم القائم على أسرة محددة.

ويجب أن تعلن برامج التدخل المبكر عن أهدافها وطرق عملها ونتائج التدخل المبكر، وتؤكد بشكل خاص على أهمية العمل الجماعي. فمن شأن ذلك أن يزيد الوعي حول إنجازات التدخل المبكر بين الجمهور العام والسياسيين والمسؤولين عن تمويل مثل هذه البرامج، وذلك لكي تساعد كل هذه المجموعات في التأثير على القرارات السياسية لمصلحة إقامة وتوسيع هذا النظام للمساعدة المبكرة.

خاتمة

يحتاج الفريق إلى رؤية Vision. وذلك هو الذي يميز الفرق الجيدة عن غيرها. والفرق الجيدة يمكن أن تطور حلولاً فعالة لكثير من المجالات. وقد اتضح للجميع أن التدخل المبكر ناجح ويجب أن يطور بشكل خاص في مجالات التعاون القائم على تداخل التخصصات في البحوث والممارسات. فمن شأن ذلك أن يضمن أن

تؤدي جودة العمل الجماعي إلى تعزيز الكفاءة والنجاح المستمرين للتدخل المبكر. ومن القضايا الأساسية في هذا السياق البحوث الإجرائية Action Research الإمبريقية والقائمة على تداخل التخصصات بغرض توسيع وتعزيز الأسس النظرية والمفاهيمية للتدخل المبكر لتطوير التشخيص والعلاج. ومن الأمور المهمة أيضاً تحسين التعاون مع الأسر. ويقدم الاستخدام المكثف لتقنيات المعلومات والاتصالات الجديدة إمكانيات إبداعية للتدريب والبحاث والممارسات اليومية. وتفتح تلك التقنيات أبواباً جديدة لتوثيق وتقييم عمليات نمو الطفل، وكذلك للتقييم الذاتي للمؤسسات والدراسات طويلة المدى بالتعاون مع مراكز التدخل المبكر (Peterander, 2000b)

سيكون من الضروري في المستقبل إثبات فعالية التدخل المبكر في حالات فردية من أجل متطلبات التمويل الجديدة. ويمكن تحقيق ذلك من خلال إجراء تحليل عمليات التدخل المبكر. لكن يشترط في مثل هذه الدراسات أن تبرز التفاعل المتبادل بين حالة الأسرة والطفل من جانب، وجودة عمل الفريق القائم على تداخل التخصصات من جانب آخر. وأخيراً يجب تطوير منهج شامل للتدخل المبكر. وقد اقتبس برودر Bruder تعريفاً ذا قبول واسع لمنهج التدخل المبكر ينص على أن:

المنهج إطار منظم يحدد المحتوى الذي يجب على الأطفال أن يتعلموه، والعمليات التي من خلالها يبلغ الأطفال أهداف المنهج، وما يفعله المعلمون لمساعدة الأطفال في بلوغ تلك الأهداف، والسياق الذي يحدث فيه التدريس والتعلم (1997, p. 523).

ونظراً للأهمية القصوى للعمل الجماعي الجيد لنجاح التدخل المبكر، ينبغي في أي منهج موسع أن يتم إبراز أهمية "عامل الفريق" أكثر مما كان عليه الحال في السابق.

المراجع

References

- Arbeitsstelle Frühförderung Bayern. (1999). *Organisationshandbuch zur Qualitätsentwicklung an interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern* [Handbook of organization for the development of quality in interdisciplinary early intervention centers in Bavaria]. Munich, Germany: Author.
- Bailey, D.B. (1996). Preparing early intervention professionals for the 21st century. In M. Brambling, H. Rauh, & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice* (pp. 488—503). Hawthorne, NY: Walter de Gruyter.
- Björck-Akesson, E., & Granlund, M. (1997). Changing perspectives in early intervention for children with disabilities in Sweden. *Infants and Young Children, 9*, 56-68.
- Block, C.H. (2000). *Von der Gruppe zum Team* [From groups to teams]. Munich, Germany: Beck.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (ERIC Document Reproduction Service No. ED128387).
- Bruder, M.B. (1997). The effectiveness of specific educational/developmental curricula for children with established disabilities. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 523-548). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bungard, W. (1999). Qualitäts-Zirkel und neue Organisationsstrategien [Quality circles and new strategies for organizations]. In L.v. Rosenstiel, E. Regnet, & M.E. Domsch (Eds.), *Führung von Mitarbeitern* [Leadership and staff] (pp. 681-694). Stuttgart, Germany: Schaffer-Poeschel.
- Clarke, A., & Clarke, A. (2000). *Early experience and the life path*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Donabedian, A. (1982). An exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment. In H.K. Selbmann & K.K. Uberla (Eds.), *Quality assessment of medical care* (pp. 69-92). Gerlingen, Germany: Brinkmann.
- Eysenck, H.J., & Rachman, S. (1972). *Neurosen: Ursachen und Heilmethoden* [Neurosis: Causes and methods of therapy], Berlin: VEB German Publishing Company of Science.
- Farran, D.C. (2001). Critical periods and early intervention. In D.B. Bailey, J.T. Bruer, F.J. Symons, & J.W. Lichtman (Eds.), *Critical thinking about critical periods* (pp. 233-266). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Federal Ministry of Labour Affairs. (2000). *German Federal Social Security Act* (and revisions).
- Garland, C.W., & Frank, A. (1997). Building effective early intervention teamwork. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 363-391). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- 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*, 1-18.
- Helios II. (1996). *Final report: Early intervention*. Brussels, Belgium: European Commission.
- Klocke, A., & Hurrelmann, K. (1995). Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? [Poverty and health: To what extent are children and youth affected?] *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften [Journal of Health Science], 2*, 138-151.
- Largo, R. (1993). *Babyjahre* [Infants]. Hamburg, Germany: Carlsen.
- Nelson, C.A. (2000). The neurobiological basis of early intervention. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 204-227). New York: Cambridge University Press.
- Oerter, R. (1996). *Fordert Spiel Entwicklung?* [Does play further development?] In G. Opp & F. Peterander (Eds.), *Focus Heilpädagogik* [Focus heilpedagogics] (pp. 260-271). Munich/Basel, Germany: Ernst Reinhardt.
- Peterander, F. (1996). Frühförderung im gesellschaftlichen Umbruch: Entwicklungspotentiale [Early intervention in social upheaval: Perspectives for developments]. In G. Opp & F. Peterander (Eds.), *Focus Heilpädagogik* [Focus heilpedagogics] (pp. 311-324). Munich/Basel, Germany: Ernst Reinhardt.
- Peterander, F. (2000a). The best quality cooperation between parents and experts in early intervention. *Infants and Young Children, 12*, 32-45.
- Peterander, F. (2000b). Vom Beobachten zum Wissen: Computerbasierte Analyseprogramme zur Unterstützung einer praxisnahen Frühförderung [From observation to knowledge: Computer-based analysis-programs supporting early intervention]. In C. Leyendecker & T. Horstmann (Eds.), *Große Pläne für kleine Leute: Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung* [Great plans for little people: Basis, concepts and practice of early intervention] (pp. 337-341). Munich/Basel, Germany: Ernst Reinhardt.
- Peterander, F. (2002). Qualität und Wirksamkeit der Frühförderung [Quality and effectiveness in early intervention]. *Frühförderung interdisziplinär [Journal of Interdisciplinary Early Intervention], 21*, 96-106.
- Peterander, F. (2003). Multivariate Diagnostik in der Frühförderung-[Multivariate diagnosis in early intervention]. *Kindheit und Entwicklung [Journal of Childhood and Development], 12*, 24-34.
- Peterander, P., & Speck, O. (1993). *Strukturelle und inhaltliche Bedingungen der Frühförderung* [Structure and content of early intervention]. Munich, Germany: Ludwig-Maximilians University.
- Pretis, M. (2001). *Frühförderung planen, durchführen, evaluieren* [Planning, conveying, evaluating early intervention]. Munich/Basel, Germany: Ernst Reinhardt.
- Ramey, C.T., & Landesman Ramey, S. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist, 53*, 109-120.
- Reinmann-Rothmeier, G., & Mandl, H. (2000). *Individuelles Wissensmanagement* [Individual knowledge-management]. Bern, Switzerland: Hans Huber.
- Rosenstiel, L.v., Regnet, E., & Domsch, M.E. (1999). *Führung von Mitarbeitern* [Leadership and staff]. Stuttgart, Germany: Schaffer-Poeschel.

- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The development 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.
- Schlack, H.G. (1989). Paradigmenwechsel in der Frühförderung [Paradigm-shift in early intervention]. *Frühförderung interdisziplinär [Journal of Interdisciplinary Early Intervention]*, 8, 13-18.
- Sexton, D., Snyder, P., Lobman, M.S., Kimbrough, P.M., & Matthews, K. (1997). A team-based model to improve early intervention programs: Linking preservice and inservice. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 495-526). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Shonkoff, J.P., & Meisels, S.J. (Eds.). (2000). *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Simeonsson, R.J. (2000). Early childhood intervention: Toward a universal manifesto. *Infants and Young Children*, 12, 4-9.
- Sohns, A. (2000). *Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland* [Early intervention of developmentally delayed children in Germany]. Weinheim, Germany: Beltz.
- Soriano, V. (1998). *Early intervention in Europe: Trends in 17 European countries*. Middelfart, Denmark: European Agency for Development in Special Education.
- Speck, O. (1973). Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder [Early identification and early intervention of children with disabilities]. In J. Muth (Ed.), *Deutscher Bildungsrat, Behindertenstatistik, Früherkennung, Frühförderung* [German Board of Education, statistics of disabilities, early screening, early intervention]. Stuttgart, Germany: Klett.
- Speck, O. (1995). Wandel der Konzepte in der Frühförderung [Changes of concepts in early intervention]. *Frühförderung interdisziplinär [Journal of Interdisciplinary Early Intervention]*, 14, 116-130.
- Speck, O., & Warnke, A. (Eds.). (1983). *Frühförderung mit den Eltern* [Early intervention with parents]. Munich/Basel, Germany: Ernst Reinhardt.
- Spodek, B., & Brown, P.C. (1993). Curriculum alternatives in early childhood education: A historical perspective. In B. Spodek (Ed.), *Curriculum alternatives in early childhood education: A historical perspective* (pp. 91-104). New York: Macmillan.
- Thurmair, M., & Naggl, M. (2000). *Praxis der Frühförderung* [Practice of early intervention]. Munich/Basel, Germany: Ernst Reinhardt.
- Weiss, H. (1999). Evaluation in der Frühförderung unter dem Aspekt der fachlichen Qualität [Evaluation of early intervention and the quality of treatment]. In F. Peterander & O. Speck (Eds.), *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* [Quality-management in social institutions] (pp. 199-213). Munich/Basel, Germany: Ernst Reinhardt.
- Werner, E.E., & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Winton, P.J. (1991). *Working with families in early intervention: Interdisciplinary perspectives*. Chapel Hill: Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.