

التدخل المبكر:

موضوعات وتنويعات من مختلف أنحاء العالم

Early Intervention:

Themes and Variations from Around the World

سمويل أودوم Samuel L. Odom

سودها كول Sudha Kaul

إن روح التدخل المبكر، كما تجلّى على طول هذا الكتاب، تتحدث من خلال مجازات وأمثال ثقافات كثيرة ولغات مختلفة كثيرة:

- يمنحني الله موهبتي لكي استخدمها بالضرورة في شيء ما. (جمهورية الصين الشعبية)
- التيكير أفضل. (كوريا الجنوبية)
- يجب أن يتعلم كل طفل بطريقته الخاصة... (إسرائيل)
- من الأسهل أن تقوم أعوجاج الشجرة وهي لا تزال صغيرة. (إثيوبيا)
- العمل الجيد يجب أن يبدأ مبكراً قدر الإمكان. (الهند)
- التعليم في الصغر كالنقش على الحجر. (مصر)
- يملأ اللعب أيامنا بطريقة لا تضاهي! كيف تكون الطفولة كلها دون اللعب! (السويد)
- لا تتخلي عن الطفل الذي يبدو ميتاً، لعله ينهض. (جامايكا)
- البداية الجيدة تؤدي إلى نهاية جيدة. (الولايات المتحدة الأمريكية)

● لا حدوداً (أستراليا)

● تكمن الفرصة بين الأوان وفواته. (ألمانيا)

تتقل هذه الأمثال والمجازات اعتقاداً بأن تقديم الدعم المبكر للأطفال وأسرهـم تكون له نتائج إيجابية تمتد طوال مراحل النمو اللاحقة وخارج سياقات المدرسة والأسرة. يدفع هذا الاعتقاد الأساسي ويستحث جهود التدخل من جانب الأسر ومقدمي الخدمات والحكومات لتقديم الرعاية المبكرة والضرورية، وإلى جانب ذلك تنقل هذه الأمثال، فضلاً عن المثل المقدم في الفصل الثالث عشر (كثرة الطبّـاخين تفسد المرق)، التحديات التي تواجه تقديم خدمات تدخل مبكر فعالة.

في هذا الكتاب يعرض مؤلفون من مختلف أنحاء العالم ممارسات التدخل المبكر في بلادهم. يوجد في هذا الوصف وفي الأدبيات الأوسع عدد من العناصر أو الموضوعات المشتركة، فضلاً بالطبع عن وجود تنوعات عبر الثقافات. والتنوعات أو الاختلافات - وهي الأنشطة التي تشكل التدخل المبكر - مذهلة في اتساعها وملهمة في مقاصدها. فهي تغطي مجمل النشاط الإنساني. ففي إثيوبيا، على سبيل المثال، تلتقي أمهات القرية في مراسم القهوة في منزل إحدى الأسر ليشرن القهوة ويناقشن أحداث القرية. وعندما تجتمع الأمهات في منزل أسرة لديها طفل معاق ينضم إليهن زائر منزلي من هيئة التأهيل المجتمعي ليتبادل معهن المعلومات حول رعاية الطفل المعاق، وهو بذلك يرفع الوعي والتقبل في المجتمع المحلي (الفصل الخامس). وفي ألمانيا يستخدم فريق من مهنيي التدخل المبكر تقنية نظم الحاسوب الخبيرة والذكاء الاصطناعي لتخطيط برامج للأطفال الصغار وأسرهـم. ومن خلال التعاون بين التخصصات المتعددة يتبادل أعضاء الفريق هذه المعلومات مع الأسر في المنزل والمجتمع المحلي لتحسين رعاية الأطفال الصغار ذوي الإعاقات (الفصل الرابع عشر). وهكذا تختلف الدولتان - إثيوبيا وألمانيا - في الموارد وتدريب المهنيين والثقافة. ومع ذلك يشترك موظفي التدخل المبكر في نفس الهدف النهائي المتمثل في تحسين رعاية ونمو الأطفال ذوي الإعاقات، بينما جاءت الممارسات ملائمة للسياق الثقافي.

يفحص هذا الفصل الموضوعات المشتركة بين برامج التدخل المبكر والدول التي عرضت في هذا الكتاب. تتضمن هذه الموضوعات ما يلي:

- الأساس المفاهيمي/النظري للتدخل المبكر.
- الخصوصيات الثقافية والبيئية التي تشكل أنشطة التدخل المبكر.
- الأطفال المشاركون.
- الطبيعة المتمركزة حول الأسرة للتدخل المبكر.
- الدمج والبيئات الطبيعية.
- ضرورة وطبيعة التدريب.
- الدعم القومي للتدخل المبكر.
- التعاون الدولي.

الأساس المفاهيمي/النظري للتدخل المبكر

تعتمد الأفعال الإنسانية على معتقدات حول الطريقة التي يعمل بها العالم. وعلى المستوى المهني تأخذ هذه المعتقدات شكل نظريات نمو الطفل أو نظريات الممارسة (Odom & Wolery: تحت النشر). يقدم بلاكمان في الفصل الأول وصفا شاملا للأساس النظري للتدخل المبكر الذي يقوم بالدرجة الأولى على البحوث النفسية والاجتماعية الغربية. ويكشف وصف البرامج من كل الدول الممثلة في هذا الكتاب تقريبا عن الاعتراف بنظريات وبحوث ياجيه وفيجوتسكي وساميروف Sameroff وسنكر وبروفنبرنر Bronfenbrenner وغيرهم باعتبارها الأساس لممارساتها. ففي الفصل الخامس، مثلاً، تصف كلاين برنامجاً في إسرائيل يقوم على نظريات فيجوتسكي وفورشتاين Feuerstein يعلم أولياء الأمور كيف يتوسطون خبرات التعلم لأطفالهم الصغار. وقد كررت المؤلفة ووثقت تأثيرات هذا النموذج إلى التدخل في إسرائيل وأوروبا وأفريقيا والولايات المتحدة الأمريكية (Klein, 1996). وفي الفصل الثاني يصف

هسيا وماكاب ولي استخدام مداخل التحليل السلوكي التطبيقي على الأطفال ذوي التوحد في جمهورية الصين الشعبية. ويعترف تيريفا (الفصل الخامس) وبورك - أكيسون وغرانلونند (الفصل التاسع) بأهمية التصور التفاعلي Transactional Conceptualization للنمو (Sameroff & Fiese, 2000) للتدخل المبكر في إثيوبيا والسويد على التوالي. وإضافة إلى النظرية النمائية والسلوكية تعتمد كل الدول أيضاً على البحوث الطبية الأساسية وبحوث الصحة العامة التي وصفها بلاكمان في الفصل الأول والتي أجراها باحثون من مختلف أنحاء العالم وبرعاية منظمة الصحة العالمية.

ومع أن ممارسات التدخل المبكر تستند إلى المعرفة والمعتقدات العلمية، فإنها تتنافس أحياناً مع المعرفة والمعتقدات التقليدية في ثقافة المجتمع المحلي أو الدولة. والمعرفة أو المعتقدات التقليدية يمكن أن تنسب سبب إعاقة الطفل إلى أفعال أو ظروف الوالدين، أو تلبس الطفل بروح شريرة، أو أية عوامل خارقة أخرى. ومن ذلك أن كلاين تنبه في الفصل الرابع إلى أن الممارسين لا يجب أن يمتدحوا الأطفال الأثيوبيين لأن أهلهم يخافون من أن يشير ذلك "العين الشريرة" أو الحسد. وبالمثل يمكن لأولياء الأمور في بعض الدول أن يبحثوا عن علاج للإعاقات من خلال الطب التقليدي الذي يمارسه السحرة. على أن بعض العلاجات أو الممارسات التقليدية لها تأثيرات إيجابية على الأطفال مثل ممارسة التدليك Wegehas (العلاج الطبيعي) في إثيوبيا وروتين مط الطفل بعد الاستحمام في جامايكا. لكن في المقابل تؤدي المعتقدات والمعرفة و/أو الممارسات التقليدية غير الفعالة إلى تأخير أو منع الوصول إلى التدخل المبكر عندما يكون متاحاً.

قد تتعارض الرؤى المتباعدة للمعرفة والممارسات العلمية والتقليدية. وقد وصف فاديمان (Fadiman, 1997) على نحو بليغ تضارب المعتقدات والقيم والفهم بين أسرة همونج Hmong التي تعاني ابنتهم من إعاقات حادة من جانب والجماعة الطبية

العلمية من جانب آخر. وقد أدى هذا الصراع المستمر إلى نتائج مأساوية على الطفلة في النهاية. على أنه من المهم أن ننبه أيضاً إلى أن تلك المعرفة والمعتقدات التقليدية لا تقتصر على الدول النامية، وإنما يوجد الكثير منها في الولايات المتحدة الأمريكية وفي دول أوروبا الغربية الصناعية. ومن ذلك على سبيل المثال اعتقاد المسيحيين الأصوليين في بعض الجماعات الأمريكية بأن إعاقة الطفل اختبار للأسرة من الله، وهو ما قد يؤدي بالأسر لأن تنهض بكل احتياجات أطفالها ولا تبحث عن التدخل المبكر. ويجب أن نعترف أيضاً بأن المعرفة العلمية قد لا تقدم دائماً الإجابات النهائية أو حتى الصحيحة. ومن ذلك مثلاً أن العلم الغربي كان في السابق يقول بأن التوحد ينتج عن المناخ الانفعالي البارد الذي توجده الأم. ولذلك كان العلاج "العلمي" للأطفال الصغار ذوي التوحد في الستينيات يبعدهم عن أسرهم.

الخصوصيات الثقافية والبيئية التي تشكل التدخل المبكر

تذكرنا نظرية النظم البيئية Ecological Systems عند برونفنبرنر بأن كل النشاط الإنساني ومعظم التأثيرات الوسيطة على النشاط الإنساني تتموضع ضمن سياق ثقافي يسمى النظام الكبير (Macrosystem, 1979; Bron-fenbrenner & Morris, 1998). وتختلف الرؤى الثقافية للطفولة كثيراً عبر الدول. من ذلك أن مؤلفي الفصل السادس يقولون أن الأطفال الصغار يعتبرون بالغين صغار في الهند، إذ تعتبر الطفولة هناك وقتاً لغرس العادات الصحيحة، ولا يعتبر اللعب وسيلة للتعلم. ويقول غرانلوند وبورك - أكيسون (الفصل التاسع) أن الطفولة في السويد تُقدَّر في ذاتها وتعتبر وقتاً للإعداد. وفي الصين تعد العلاقة بين الطفل والديه واحدة من ست علاقات تقوم عليها كل التفاعلات الاجتماعية، وهناك تضيفي الثقافة قيمة كبيرة على احترام الأطفال وطاعتهم المطلقة لوالديهم (الفصل الثاني). وفي الدول ذات التنوع الكبير مثل الولايات المتحدة الأمريكية وإسرائيل يوجد مدى من القيم الثقافية تقوم عليها العلاقات

بين الأطفال والآباء والأمهات. والتحدي يكمن في تصميم برامج حساسة ثقافياً في مجتمع تعددي.

تقدم فصول هذا الكتاب أمثلة ثرية ومهمة للطريقة التي تشكل بها أنشطة التدخل المبكر - التي تسعى لنفس الأهداف العامة - وفقاً للخصائص البيئية التي تعيش فيها الأسر والأطفال:

- في الهند يستخدم الزائرون المجتمعيون أشياء ومواد من بيئة المنزل وضمن الأعمال الروتينية الأسرية (وأحياناً في ظل ظروف الفقر) لتعزيز النمو الحركي والمشاركة للأطفال الصغار ذوي الشلل الدماغي (الفصل السادس).

- في إثيوبيا يرفع موظفو التأهيل المجتمعي الوعي وتقبل الأطفال الفرديين ذوي الإعاقات من خلال التحدث إلى الأمهات في مراسم القهوة المجتمعية (الفصل الخامس).

- في جمهورية الصين الشعبية يقوم معلمان بإجراء الزيارات المنزلية سويةً. وذلك يسمح لأحدهما بأن يلعب مع الطفل المعاق وأشقائه، بينما يعمل المعلم الآخر مع الوالدين. ونظراً لأن المعلمين يحظون باحترام كبير في هذه الثقافة، فإنهم يقدمون توصيات مباشرة لأولياء الأمور بناء على ملاحظات الطفل والمنزل (الفصل الثاني).

- في جامايكا يستخدم روتين تدليك خاص، ربما يكون قد نشأ في غرب أفريقيا، بعد استحمام الطفل. ويتمثل هذا الروتين في استخدام الجدة أو الأم "المط والهز والتشكيل وعدد من التمرينات الحركية وإسناد الطفل" في وضع الجلوس" (200 p.). وتلك الممارسة قد تكون ذات قيمة علاجية للأطفال ذوي الإعاقات (الفصل العاشر).

- في ألمانيا يجتمع أعضاء فرق التدخل المبكر المكون من تخصصات مختلفة في "دوائر الجودة" لحل مشكلة شائعة أو مناقشة قضية شائعة تتعلق بالأطفال الصغار وأسرها (الفصل الخامس عشر).

ومما لم يرد في هذا الكتاب أن مطوري منهج الطفولة المبكرة القومي في نيوزيلندا الذي يحمل عنوان Te Whariki (New Zealand Ministry of Education, 1996) كانت من أهدافهم الصريحة أن يأتي المنهج ممثلاً لكل من الثقافة الماورية والثقافات المهيمنة في نيوزيلندا. ويخاطب هذا المنهج ثنائي اللغة، على وجه التحديد، أهداف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المسجلين في برنامج البزوغ الثقافي الماوري (New Zealand Ministry of Education, 1998).

تؤدي الإعاقة في معظم الدول إلى مكانة اجتماعية منخفضة للطفل، وربما للأسرة. وعبر الثقافات تكون ولادة طفل معاق أمراً محزناً وقابضاً جداً للوالدين وأفراد الأسرة. وربما تزداد درجة الحزني في الدول والجماعات التي كانت في السابق لا تتقبل الأفراد ذوي الإعاقات. وفي حالة بعض أولياء الأمور أدى الحزني من إنجاب طفل معاق بهم إلى عزل أو إخفاء أطفالهم و/أو عدم السعي وراء الخدمات. ومن الأمثلة المتطرفة على مثل هذا العزل أن يمتنع الوالدان في بعض الدول عن تسجيل ولادة أطفالهم لدى السلطات المحلية. وبالطبع لن يكون لهؤلاء الأطفال هوية رسمية في دولهم من دون شهادة ميلاد ومن دون تسجيل رسمي صحيح. وعلى المستوى الدولي توجه جهود الصحة العامة نحو التأكد من تسجيل الأطفال ذوي الإعاقات - خاصة البنات المعاقات - عند الولادة (اتصال شخصي مع G. Habibi في الخامس من أبريل ٢٠٠٢م). وقد كان من الأهداف المشتركة عبر الكثير من البرامج التي عرضها هذا الكتاب زيادة الوعي المجتمعي المحلي بالاتجاهات الإيجابية نحو الأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسراهم وتقبل هؤلاء الأطفال.

الأطفال المشاركون

في مراجعتها لبرامج تنمية ورعاية الطفولة المبكرة الدمجية الدولية، تصف إيفانز (Evans, 1998) ثلاثة مستويات للخطر النمائي تتشابه مع وصف مستويات الوقاية

الذي قدمه بلاكمان في الفصل الأول. ميزت إيفانز بين المستوى الأكثر حدة وأطلقت عليه اسم الخطر المؤكد Established Risk ويوصف الأطفال في هذا المستوى غالباً بأنهم "ذوي قدرات مختلفة" Differently Abled ويبدأون الحياة بحالة يمكن تمييزها بوضوح مثل الشلل الدماغي والإعاقة الحسية و/أو التأخر العقلي التي تتطلب مستويات عالية من الدعم. وتطلق تيفيرا (الفصل الخامس) على هؤلاء الأطفال "أفقر الفقراء". وتقر إيفانز بوجود قليل من خدمات التربية الخاصة في كثير من الدول النامية، وهي حقيقة يؤيدها عدد من الفصول في هذا الكتاب. وحتى في الولايات المتحدة الأمريكية الدولة الغنية نسبياً في الموارد، لا يحصل كل الأطفال الذين يستحقون خدمات التدخل المبكر على هذه الخدمات أو يشاركون فيها (الفصل الثاني عشر). سنناقش في قسم لاحق اتجاه الدول لإصدار قوانين تدعم تقديم خدمات التدخل المبكر لكل الأطفال الذين يستحقونها.

يشكل الأطفال المعرضون لخطر بيولوجي Biological Risk المجموعة الثانية في تصنيف إيفانز (١٩٩٨م) للخطر النمائي. يعاني هؤلاء الأطفال من مشكلات طبية يمكن علاجها عن طريق الرعاية الصحية. ومؤلفو فصول الكتاب الحالي يصفون أطفالاً ولدوا خدجاً ومنخفضي الوزن عند الولادة ويحتاجون إلى رعاية متخصصة. وفرصة النمو النموذجي لكثير من هؤلاء الأطفال قائمة وبمكثنة إذا توفرت لهم الرعاية الصحية وخدمات التدخل المبكر الملائمة.

أما المجموعة الثالثة من الأطفال فقد تعيش في ظروف تخلق ما تسميه إيفانز (١٩٩٨م) خطراً بيئياً Environmental Risk، والفقير هو الخطر البيئي الأكبر في معظم الدول. وأيضاً يمكن أن ينتمي الأطفال إلى جماعات أقليات عرقية لا يتلقون الخدمات التي يتلقاها الأطفال الآخرون في بلدهم، أو يعيشون في دول تسودها الحروب أو الاضطرابات السياسية. من ذلك على سبيل المثال الفقر المدمر في ساو باولو بالبرازيل

الذي يصفه مايرز Myers (١٩٩٥م) في كتابه "الأثنى عشر الذين نجوا"، وهو الفقر الذي أدى إلى التخلي عن الأطفال وزيادة الوفيات بينهم. ويصف المؤلف أيضاً البرامج المنفذة في الدول النامية للتغلب على مشكلات الخطر البيئي التي يفرضها الفقر.

الطبيعة المتركة حول الأسرة للتدخل المبكر

أحد الموضوعات المركزية التي تدفع في اتجاه التوحيد في هذا الكتاب يتمثل في بروز الأسرة وأهميتها باعتبارها مركزاً لرعاية الأطفال الصغار ذوي الإعاقات. لقد تطور التدخل المبكر في التسعينيات إلى نموذج متمركز حول الأسرة. على سبيل المثال تصف بوفيدا وكارفالو (الفصل الحادي عشر) كيف بدأ التدخل المبكر في منطقة كيومبرا بالبرتغال كنموذج قائم على العيادة، وانتقل على مر السنين إلى نموذج متمركز حول الأسرة وقائم على المجتمع المحلي. وفي مصر يعمل مركز سيتي التابع لهيئة كريتاس مصر (الفصل الثامن) في شراكة مع الأسر، ويعلم أولياء الأمور كيف ينفذون أنشطة التدخل في المنزل، ويقدم معلومات حول إعاقة الطفل، ويدعم أولياء الأمور في التغلب على الخزي والخرج من إعاقة أطفالهم. وفي إسرائيل يساعد برنامج كلاين (الفصل الرابع) للتدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية أولياء الأمور في فهم أطفالهم وإمتاعهم كأساس لتقديم أسلوب تفاعل متجاوب من شأنه أن يدعم النمو. وفي كوريا يتم تعليم أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات طرقاً للعمل مع أطفالهم (الفصل الثالث).

وفي مركز نمو الطفل في زيانج يانج بجمهورية الصين الشعبية يعمل الزائرون المنزليون مع أولياء الأمور لإشراك الطفل في الأنشطة الأسرية اليومية والتجاوب مع الاحتياجات التي تحددها الأسرة (الفصل الثاني). وفي جامايكا يشمل تعليم الوالدين محور برنامج التدخل المبكر، ويتم تدريب أفراد الأسرة أيضاً لكي يكونوا موظفي

تأهيل مجتمعي ولكي يعملوا مع أولياء الأمور الآخرين (الفصل العاشر). ويقع النموذج المتمركز حول الأسرة في قلب ميثاق آداب المهنة الذي تبنته في عام ٢٠٠٠م الشبكة الاستراتيجية للتدخل في الطفولة المبكرة (الفصل الثالث). ويعمل الزائرون المنزليون من المعهد الهندي للشلل الدماغية مع الأمهات ومقدمي الرعاية لتخطيط أنشطة التعلم التي يمكن أن تحدث في أثناء الأعمال الروتينية اليومية المنتظمة وتساعد الطفل على أن يكون مشاركاً نشطاً في الأسرة (الفصل السادس). تبرز هذه الأمثلة وغيرها على طول الكتاب التأكيد على الأسر ومركزيتها في التدخل المبكر. وتصور كلاين هذه القيمة على أفضل نحو بالقول بأن المهنيين يمكن أن يفترضوا "أن هناك بعض التصورات والمشاعر والاتجاهات العمومية في علاقة مقدم الرعاية والطفل تعتبر حاسمة لنمو الطفل النموذجي في أية ثقافة" (p. 84).

الدمج والبيئات الطبيعية

اجتازت خدمات التدخل المبكر في كثير من الدول تحولاً من النموذج الإكلينيكي الذي يركز في المقام الأول غالباً على الرعاية الصحية إلى نموذج قائم على المجتمع المحلي يتم فيه دمج الأطفال الصغار ذوي الإعاقات في البيئات الطبيعية مثل المنزل والأسرة والمجتمع المحلي. وقد أشارت إيفانز (١٩٩٨م) إلى أن هذا التحول يعد جزئياً اعترافاً بحقوق الأطفال. وفي عام ١٩٨٩م وضعت الأمم المتحدة اتفاقية حقوق الطفل Convention on the Rights of the Child التي تحفظ حقوق كل الأطفال. أعلنت المادة ٢٣ من هذه الاتفاقية أن من حق الطفل المعاق أن "يتمتع بحياة كاملة ومحترمة في ظروف تضمن الكرامة وتعزز الاعتماد على الذات وتسهل مشاركة الطفل النشطة في المجتمع المحلي". وأكثر من ذلك صرحت الاتفاقية بأن الخدمات التعليمية والصحية والطبية يجب أن تصمم "بطريقة تساعد في إنجاز الطفل لأقصى اندماج اجتماعي ونمو فردي ممكنين، بما في ذلك نموه الثقافي والروحي".

وقد تأكد الدعم الدولي للدمج في "المؤتمر العالمي حول تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة: الإتاحة والجودة" (United Nations Education, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 1994). وقد نصت المادة ٥٣ من هذا المؤتمر على أن:

يعتمد نجاح المدارس الدمجية إلى حد كبير على التعرف والتقييم والتحفيز المبكر للطفل الصغير ذي الاحتياجات التعليمية الخاصة... والبرامج في هذا المستوى يجب أن تركز مبدأ الدمج وتطور بطريقة شاملة بالجمع بين أنشطة ما قبل المدرسة والرعاية الصحية للطفولة المبكرة.

تتضح الحركة في اتجاه الدمج في وصف كثير من نظم التدخل المبكر الواردة في هذا الكتاب. من ذلك مثلاً وصف لي (الفصل الثالث) للتغييرات التشريعية في كوريا الجنوبية التي تقدم الدعم المالي لوضع أطفال ما قبل المدرسة ذوي الإعاقات في بيوت الأطفال وتوفير موظفي التربية الخاصة. ومن ذلك أيضاً ملاحظة هانسن في الفصل الثاني عشر وبرودر (Bruder, 1997) للحركة في الولايات المتحدة الأمريكية نحو تقديم خدمات التدخل المبكر في البيئات الطبيعية بالنسبة لأطفال الستين الأوليين من العمر ذوي الإعاقات، وفي البيئة الأقل تقييداً بالنسبة للأطفال ما قبل المدرسة. ويصف لومبكين وأرانها (الفصل السابع) برنامجاً استطلاعياً في البرازيل يدمج الأطفال الصغار ذوي الإعاقات في مراكز رعاية الطفولة. وفي هذا البرنامج يخصص ٥٪ من أماكن رعاية الطفولة للأطفال ذوي الإعاقات، وذلك يشبه السياسة التي يتبعها "برنامج البداية المثلى" الأمريكي الذي يخصص ١٠٪ من القيد للأطفال ذوي الإعاقات. وثمة مثال آخر للجهود الدولية في اتجاه الدمج في البيئة الطبيعية قدمته منظمة الأمم المتحدة للعلوم والتربية والثقافة في كتابها "الخطوات الأولى: قصص حول الدمج في تربية الطفولة المبكرة" (Dust, 1997). يصف هذا الكتاب البرامج

الدمجية في أستراليا وتشيلي والدنمارك وفرنسا واليونان وغويانا والهند ولاوس ولبنان وموريشيوس والبرتغال وجنوب أفريقيا. وفي كل الدول تقريباً توجد عوائق أمام الدمج، ويبدو أنها ثابتة عبر الدول. من أمثلة هذه العوائق:

● جودة رعاية الطفولة أو خدمات تربية الطفولة المبكرة المتاحة (McWilliam, Buysse, & Wesley, 1998؛ الفصل الثالث في هذا الكتاب).

● توفر المعلمين المدربين (الفصول الثالث والسابع).

● الاعتقاد بأن الدمج يجب أن يؤجل إلى أن يصبح الطفل "مستعداً" (Evans, 1998; Odom, Schwartz, & ECRH Investigators, 2001).

● التصور السلبي للأطفال ذوي الإعاقات في المجتمع المحلي الذي قد يؤدي إلى عزل هؤلاء الأطفال في المنازل (الفصول الثاني والخامس).

● الاعتقاد بأن الموظفين المتخصصين فقط هم من يستطيعون يقدموا خدمات فعالة للأطفال (Evans, 1998).

تشكل كل هذه القضايا عقبات كقودة أمام الدمج، لكن الدمج مع ذلك يواصل شق طريقه في مختلف أرجاء العالم.

ضرورة التدريب وطبيعته

تتأثر نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر في الدول المختلفة بالموارد المتاحة، إن لم تكن تقررهما تقريراً. ففي الدول الصناعية الغنية نسبياً بالموارد يشترك المهنيون من هيئات متعددة في تقديم الخدمات الصحية والنمائية للأطفال والأسر. وفي الدول ذات الموارد الاقتصادية المحدودة يقدم هذه الخدمات أفراد من المجتمع المحلي تدريبوا كـ *Paraprofessionals* غير مهنيين. وكلا النوعان من الدول تواجه تحديات، ويصف مؤلفو الفصول نماذج للتدريب وتعاون الفريق في كلي السياقين.

يتمثل التحدي في الدول الأقل غنى في إيجاد وتوفير الموظفين المدربين. وفي جامايكا طور ثوربيرن (الفصل العاشر) وزملاؤه نموذجاً إبداعياً، حيث قاموا بتدريب ممارسين غير مهنيين من المجتمعات المحلية التي تتلقى الخدمات على القيام بالفحص والدعم المنزلي للأسر والأطفال. لقد قدم هذا البرنامج، الذي يجتاز الآن عقده الثالث، خدمة ثمينة في سياق يفتقر إلى الموارد. وفي إثيوبيا (الفصل الخامس) تقوم مراكز التأهيل المجتمعي بتدريب ممارسين غير مهنيين على العمل مع أعضاء المجتمع المحلي والأسر في الريف لخلق اتجاه إيجابي نحو الأطفال ذوي الإعاقات وتعزيز المهارات الأساسية (مثل تناول الطعام) لدى الأطفال الفرديين. وفي البرازيل (الفصل السابع) توجد جهود من هيئات متعددة لرفع الوعي العام وبناء القدرات المرتبطة بحقوق الأطفال ودمج الأطفال ذوي الإعاقات. وثمة خاصيتان لمشروع البرازيل (١) نموذج "الأطفال على المكعب" (وهي دمية تصور أطفالاً ذوي إعاقات) في حملة إعلامية قومية لنشر اتجاهات إيجابية في المجتمع المحلي، (٢) أدلة تدريبية ترتبط بالدمج للمعلمين المقيدين في البرنامج القومي لتدريب المعلمين عن بعد.

وفي الدول الأكثر مورداً قد تكون خدمات التدخل المبكر متوفرة، فيما لا تقوم التنمية المهنية بالإعداد الكافي للأفراد للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقات، أو قد تتمثل المشكلة في التعاون وتشكيل فرق متعددة التخصصات. يصف بورك - أكسيون وغرانلوندي (الفصل التاسع) برنامجاً تدريبياً قائماً على تداخل التخصصات في السويد يُوصَل جزئياً عن طريق التعليم عن بعد والتدريب أثناء الخدمة، ويركز البرنامج على بناء الفريق وتقديم الخدمة في سياق أسري شمولي. وتنبه جونستون (الفصل الثالث عشر) إلى أنه من القضايا الإشكالية في أستراليا أن "كثرة الطباق تفسد المرق"، وهي حالة عايشها كل من شارك في العمل القائم على تداخل التخصصات. ومن أجل تفادي تلك المعضلة يصف بتراندر وزملاؤه (الفصل الرابع عشر) نموذجاً للتنمية المهنية في ألمانيا لدعم التعاون وتنمية الفريق

للتدخل المبكر. وفي ألمانيا كذلك تتضمن الجهود المستمرة لدعم نمو فرق التدخل المبكر الإعداد الأولي للمهنيين الجدد، والتدريب الداخلي ضمن الفريق، ودوائر الجودة، والاستشارة حول الحالات بين أعضاء الفريق، والحلقات النقاشية النهارية المتنقلة، والمعرفة الحاسوبية الخبيرة، والتقييم الذاتي. وتعرض بوفيدا وكارفالو (الفصل الحادي عشر) تطور البرتغال على مدى ١٠ سنوات من التدخل المبكر الطبي القائم على العيادات إلى نموذج قائم على الفريق والتداخل بين التخصصات. وكما في حالة ألمانيا يتضمن هذا النموذج أيضاً تدريباً مكثفاً قائماً على الفريق.

الدعم القومي للتدخل المبكر

يذهب نموذج النظم البيئية لبوفينبرنر أيضاً إلى أن البيئات التي يشارك فيها الأطفال (مثل برامج التدخل المبكر) تتأثر بعوامل أخرى غير الثقافة خارج سياق الطفل/ الأسرة. وقد وضع مصطلح النظام الخارجي Exosystem للإشارة إلى هذه المؤثرات الجماعية مثل العوامل الاجتماعية - السياسية التي تقوم عليها جهود التدخل المبكر. ويضع كثير من مؤلفي الفصول أيديهم على تغييرات في القوانين القومية أو الإقليمية بدأت في تقديم الدعم للخدمات إلى الأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسرههم. ومن أمثلة ذلك قانون تعزيز التربية الخاصة بكوريا الجنوبية الذي يقدم الدعم (الفصل الثالث)، وإستراتيجية مصر القومية لمكافحة الإعاقة التي بدأت في رفع الوعي وحشد التأييد (الفصل الثامن)، وإنشاء التشريع السويدي لنظام التأمين الاجتماعي القومي والخدمات الصحية للأطفال، وهنا تمثل مراكز تأهيل الأطفال جزءاً من تأسيس التدخل المبكر (الفصل التاسع).

وفي الولايات المتحدة يلزم القانون الفيدرالي بأن تتاح للأطفال ٣-٥ سنوات ذوي الإعاقات الوصول إلى خدمات التدخل المبكر ويقدم الدعم المالي للولايات من أجل خدمات أطفال الستين الأوليين من العمر وأسرههم (الفصل الثاني عشر).

ولا يمكن بحال من الأحوال التقليل من أهمية هذه التشريعات والسياسات الاجتماعية على المستوى القومي.

وفي دول أخرى مثل ألمانيا (الفصل الرابع عشر) تكون الولايات أو المقاطعات هي المسئولة عن الخدمات. وتنبه جونستون (الفصل الثالث عشر) إلى أن غياب التشريع القومي كان إشكالياً في أستراليا، وتصف كيف تعمل الحركات القاعدية التي تضم الأسر ومنظمة مهنية قومية (الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة) على ملء فراغ الدعم على المستوى القومي. وفي دول أخرى تقوم المنظمات غير الحكومية بالمبادرة وتقديم خدمات التدخل المبكر. تحصل هذه المنظمات على تمويلها في الغالب من مصادر قومية ودولية. سنناقش هذه النقطة في القسم التالي من هذا الفصل.

التعاون الدولي

ظهر موضوع التعاون والدعم الدوليين إلى السطح في كثير من فصول هذا الكتاب. ويقدم الدعم الدولي أحياناً من خلال المنظمات غير الحكومية. من ذلك مثلاً ما ذكره مؤلفو الفصل الثامن من أن برنامج التدخل المبكر في مصر يشكل جزءاً من منظمة غير حكومية ترتبط بمنظمة كريتناس الدولية. وفي جامايكا يحصل البرنامج المجتمعي الذي يصفه ثوربيرن (الفصل العاشر) على الدعم من خلال منظمة غير حكومية. ويصف لومبكين وأرأنها (الفصل السابع) خدمات التدخل المبكر في البرازيل بأنها "حزمة" من الخدمات تتضمن المنظمات غير الحكومية والهيئات الحكومية البلدية والقومية والكنيسة الكاثوليكية.

تمثل برامج التأهيل المجتمعي شكلاً محدداً للدعم المقدم من جانب المنظمات غير الحكومية في عدة دول (مثل إثيوبيا والبرتغال). وتميل هذه البرامج إلى تقديم خدماتها في السياقات التي يعيش فيها الأطفال وتبني أهدافاً مختلفة مثل رفع الوعي (إثيوبيا: الفصل الخامس)، وتدريب الموظفين المجتمعيين (جامايكا: الفصل العاشر)، وتدريب الأسر على

تنفيذ التدخل في المنزل (مصر: الفصل الثامن). وفي دراسة الحالة التي أجريها لبرنامج "خطوات متفائلة" Hopeful Steps في منطقة رويونوني Rupununi في غويانا، قدم أوتول وستوت (O'Toole and Stout, 1998) مثلاً جيداً لعمل برنامج التأهيل المجتمعي. كان هدف برنامج التأهيل المجتمعي في هذه المنطقة الفقيرة أن يقيم قاعدة صلبة للدعم الأسري والمجتمعي للأفراد ذوي الإعاقات في سياق أوسع يهيمن عليه الفقر وسوء التغذية والخزافة والنزاع المسلح. أسس برنامج التأهيل المجتمعي نظاماً للتربية الصحية وتعليم القراءة والكتابة من خلال عملية توكيد ثقافي تضمنت استخدام المواد المحلية والممارسات الثقافية. وهذا البرنامج وغيره من برامج التأهيل المجتمعي التي عرضت في هذا الكتاب تجسد الحركة بعيداً عن مداخل التأهيل التقليدية القائمة على العيادات ونحو تطوير برامج مبنية على خصائص وقيم السكان المحليين. وكما نبه أوتول وستوت (١٩٩٨م) فقد كان هدف مشروعهم يتمثل في تعزيز وتعهد وتمكين الأفراد المحليين لتحمل المسؤولية عن الخدمات وجودة حياة الأطفال ذوي الإعاقات في مجتمعاتهم.

في هذا الكتاب ورد ذكر المنظمات غير الحكومية ومراكز التأهيل المجتمعي في الغالب من جانب مؤلفين من دول محدودة الموارد. وعلى كل فقبل إصدار قوانين التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية كانت منظمات غير حكومية مثل الجمعية القومية للمواطنين المتخلفين عقلياً National Association for Retarded Citizens والجمعية المتحدة للشلل الدماغى United Cerebral Palsy association وغيرها هي التي تقدم الخدمات للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسرههم. ولا تزال هذه المنظمات غير الحكومية وغيرها في الولايات المتحدة الأمريكية تواصل تقديم خدمات ثمينة للأسر والأطفال الصغار ذوي الإعاقات.

توضح فصول هذا الكتاب أيضاً كيف يقدم التعاون والدعم الدوليين أيضاً من خلال تبادل وتبني ممارسات ونماذج برامج من دول أخرى. فجهود تعهد الدمج في كوريا الجنوبية (الفصل الثالث) يبدو أنها توازي جهوداً مماثلة تحدث في الولايات المتحدة.

وتذكر بوفيدا وكارفالو (الفصل الحادي عشر) وثوريرين (الفصل العاشر) تبني نموذج بورتج ، وهو شكل من التدخل المبكر نشأ في الولايات المتحدة الأمريكية ، منذ فترة مبكرة من جهود تطوير برنامجهم. وتصف كلاين (الفصل الرابع) تكرار نموذج التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية الذي طور في إثيوبيا وأوروبا والولايات المتحدة الأمريكية. ويلاحظ المؤلفون في الفصل الثاني تأثير نموذج برنامج التدخل المبكر القادم من تايوان على تطوير البرنامج في مركز زيانج يانج لنمو الطفل. ومن المهم أن نلاحظ أن هؤلاء المؤلفين يثيرون مخاوف حول التكرار المباشر لنماذج التدخل المبكر المستوردة من دول و/أو ثقافات مختلفة. وفي معظم الحالات تطورت نماذج التدخل المبكر المستوردة إلى ممارسات خدمية تلائم السياقات الثقافية والديموغرافية والاجتماعية - الاقتصادية للبلاد.

خاتمة

يمثل التدخل المبكر للأطفال الصغار ذوي الإعاقات جهداً عالمياً ناشئاً ومتنامياً. وقد نشأ التدخل المبكر في الدول النامية ذات الموارد الاقتصادية المحدودة ، ولا يزال يعمل ، في إطار نموذج طبي ، حيث تخطى الشواغل الصحية بالأسبقية. وفي الدول الأخرى الغنية بالموارد الاقتصادية التي يفترض أن الشواغل الطبية قد عولجت فيها تبعت مداخل التدخل المبكر في بعض الأحيان نموذجاً تربوياً ونمائياً و/أو نموذج خدمات اجتماعية. وعبر الدول يسود اعتراف عام بضرورة المداخل القائمة على تداخل التخصصات. وهناك أيضاً اتفاق إجماعي على أن التدخل المبكر يجب أن يتضمن الأسرة باعتبارها مركز وربما حتى وسيط الخدمات للأطفال الصغار. وكذلك تشكل جهود التدخل المبكر بحيث تلائم السياق الثقافي والديموغرافي والسياسي للدول والجماعات المحلية. والتدخل المبكر بذلك يخلق خصوصياته في مجتمع عالمي. ومن خلال التعلم حول هذه الخصوصيات واختلافاتها عبر الدول والثقافات نأمل أن يحصل القراء على أفكار قد تكون قابلة للتطبيق ، وأن تخطى هذه الأفكار - كما تقول مارجريت ميد - بتقدير أكبر عبر ممارساتها.

المراجع

References

- Bailey, D.B., McWilliam, R.A., Buysse, V., & Wesley, P.W. (1998). Inclusion in the context of competing values in early childhood education. *Early Childhood Research Quarterly*, 13, 27-48.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental process. In R. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993-1028). New York: John Wiley & Sons.
- Bruder, M.B. (1997). Inclusion for pre-school age children: A collaborative services model. In K. Dust (Ed.), *First steps: Stories on inclusion in early childhood education* (pp. 111-122). Paris, France: UNESCO.
- Dust, K. (Ed.). (1997). *First steps: Stories on inclusion in early childhood education*. Paris, France: UNESCO.
- Evans, J.L. (1998). Inclusive EECD: A fair start for all children. *Coordinators' Notebooks: An International Resource for Early Childhood Development*, 22, 1-23.
- Fadiman, A. (1997). *The spirit catches you and you fall down*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Klein, P.S. (1996). *Early intervention: Cross-cultural experiences with a mediational approach*. New York: Garland Publishing.
- Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa*. New York: William Morrow.
- Myers, R. (1995). *The twelve who survive: Strengthening programmes of early childhood development in the Third World*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.
- New Zealand Ministry of Education. (1996). *Te whariki* [Early childhood curriculum]. Wellington, New Zealand: Author.
- New Zealand Ministry of Education. (1998). *Quality in action, Te mahi whai hua: Implementing the revised statement of desirable objectives and practices in New Zealand early childhood services*. Wellington, New Zealand: Author.
- Odom, S.L., Schwartz, I.S., & ECRInvestigators. (2001). So what do we know from all this? Synthesis points of research on preschool inclusion. In S. Odom (Ed.), *Widening the circle: Including children with disabilities in preschool programs*. New York: Teachers College Press.
- Odom, S.L., & Wolery, M. (in press). A unified theory of practice in Early Intervention/Early Childhood Special Education: Evidence-based practice. *Journal of Special Education*.
- O'Toole, B., & Stout, S. (1998). Hopeful steps in the Rupununi: One response to meeting the challenges of special needs in the interior of Guyana. *Coordinators' Notebooks: An International Resource for Early Childhood Development*, 22, 28-35.
- Sameroff, A.F., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (2nd ed., pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- UNESCO; (1994, June.) *World Conference on Special Needs Education: Access and Quality*. Salamanca, Spain.
- United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. Retrieved November 12, 2002, from <http://www.unicef.org/crc/fulltext.htm>