

المقدمة

لقد إزداد عدد الأطفال الصغار فى الولايات المتحدة الذين يمضون فترة هامة من حياتهم فى دور الحضانة ومراكز رعاية الطفولة بدرجة أكبر من ذى قبل ففى سنة ١٩٦٥م كان ٦٪ فقط من الأطفال تحت سن الخامسة هم الذين يحظون برعاية تلك المراكز. وبقدوم عام ١٩٩٥م إرتفعت النسبة إلى ٣١٪ (Scarr : ١٩٩٨). إذ بالنسبة للعديد من الأسر تتيح برامج رعاية الطفولة المبكرة هذه خدمة أساسية وهامة؛ نظرا لأن أغلب النساء (تقريبا ٦٠٪ الآن) اللاتى لديهن أطفال أصغر من السادسة منخرطات فى سوق العمل ويحتجن إلى رعاية لأطفالهن جزء من أسبوع العمل على الأقل (Zigler, Finn - Stevenson And Stern 1997). وقد حدثت تغيرات جديدة فى تشريعات الرعاية الاجتماعية ونظم التشغيل أدت إلى دخول العديد من النساء فى سوق العمل مما استدعى زيادة الطلب على رعاية أطفالهن خارج المنزل فى دور الحضانة.

الدور المتغير للتربية فى مرحلة الطفولة المبكرة:

تلبى برامج الطفولة المبكرة إحتياجات تربية هامة وبرامج رعاية لم يعد ينظر إليها باعتبارها مجرد مجالات إختيارية لممارسة اللعب العرّضى، فمع التقدم فى دراسة نمو المخ لدى الأطفال فى سنوات المهد والطفولة المبكرة والبحوث المتصلة بالاكستاب المبكر للمهارات التعليمية إتخذ التعليم فى مرحلة ما قبل المدرسة أهمية جديدة. فمن المتفق عليه الآن على نطاق واسع أن المربين فى مرحلة الطفولة المبكرة يلعبون دوراً رئيسياً فى تشكيل النمو الانفعالى والاجتماعى والعقلى المعرفى للأطفال ويضعون

الأساس لنجاحهم الدراسى فى المستقبل. فضلا عن أن العديد من مراكز الطفولة المبكرة قد أصبحت مؤسسات أساسية فى مجتمعاتها حيث تقدم ورشا لتعليم فن الوالدية وبرامج ترويجية وفصولا للدراسة والرعاية الصحية بالإضافة إلى ساعات ممتدة لرعاية أطفال الأسر العاملة.

وفى أحوال كثيرة إضطلعت برامج رعاية الطفولة المبكرة بمثل هذه الأدوار الإضافية بحكم الضرورة. فالمستشفيات والعيادات ودور الصحة النفسية وهيئات رعاية الطفولة وغيرها من المؤسسات التى إعتادت تقديم الدعم للأسر قد إضطرت إلى خفض برامج التدخل المبكر والعلاج. وغالبا ما أدت الموارد المتضائلة إلى تمويل البرامج الأكثر فعالية والمكلفة وتلك ذات العائد العالى أو تلك التى تبدو برامج تدخل ذات أساس بيولوجى ترتبط بالاهتمامات الدراسية الجارية. ورغم أنه يوجد العديد من البرامج النموذجية التى تركز على الوقاية والخدمات المجتمعية أو ترتبط بتكوين علاقات مكثفة طويلة المدى مع الأطفال الصغار والأسر إلا أنها لم يتيسر تكرارها نظرا لأن التمويل - بصفة عامة - يعوق إستمرار تلك المشروعات ولم يؤد إلى تغيير جوهرى فى السياسات المتبعة على المستوى المحلى أو القومى. ولذا يتعين على مدارس الحضانة أن تعمل معتمدة على نفسها طالما أن الدعم محدود للجهود الخاصة بالصحة والصحة النفسية والبرامج الاجتماعية.

ومع الانتشار المتزايد لبرامج رعاية الطفولة المبكرة كانت من أوائل من أحس بالضغوط التى تتعرض لها الأسر فى العديد من المجتمعات الحضرية وبعض المجتمعات الريفية وقامت مراكز Head Start وبرامج رعاية الطفولة بتقديم الخدمات للعديد من الأسر المحرومة إذ تبلغ تقريبا حوالى ربع الأطفال تحت سن السادسة فى الولايات المتحدة أو حوالى ٥.٥ مليون طفلا يعيشون تحت خط الفقر (المركز القومى لرعاية الأطفال الفقراء ١٩٩٨). والعديد من هؤلاء الأطفال - متأثرين بكفاح والديهم من أجل تزويد أسرهم بالاحتياجات الأساسية والحفاظ على مستوى سكن مناسب وشغل وظائف ملائمة يأتون إلى مراكز الطفولة حاملين معهم همومهم.

وبقدوم عام ٢٠٠٠ قل عدد الأطفال الصغار الذين يعيشون فى كنف أسر تضم الأبوين معا بدرجة أكبر من ذى قبل. وفى كل المستويات الاجتماعية والاقتصادية فى أواخر التسعينات نسبة كبيرة من الزيجات التى أنجبت أطفالا قد انتهت بالطلاق؛ وما بين ٤٠ - ٥٠٪ من الأطفال المولودين فى الولايات المتحدة فيما بين ١٩٨٩ و ١٩٩٩م سوف يعيشون فى منازل تضم والدًا واحدا فى فترة من طفولتهم (Dubow, Roecker & D'Imperio 1997). وعلى الرغم من التوجه نحو كفالة حقوق الأطفال إلا أن الرعاية القانونية لهم والتشريعات المالية المرتبطة بها دائما لا تترجم إلى إجراءات عادلة وودية تتيح للوالدين الاستمرار فى الاضطلاع برعاية حياة أطفالهم (Dion, Braver, Wolckich, Sander 1997) ومع هذه التطورات غالبا ما يطلب من برامج تربية الأطفال الصغار - صراحة أو ضمنا - أن تلعب دورا رئيسيا فى تنشئة الأطفال.

وقد أثار تزايد حدوث الصدمات فى الأسر هموما جديدة حول النمو النفسى والاحتياجات التربوية للأطفال الصغار "فالعنف - سواء فى المجتمع أو داخل المنزل فى صورة العنف المنزلى وإساءة معاملة الطفل قد تبين أن له تأثيرا عميقا فى التوافق الانفعالى والنمو العقلى المعرفى للأطفال : (Abler and Allen, 1987; Pynoos and Eth 1986, Zero^(*) to Three: National Center for Infants, Toddlers and Families 1994A) وفى الأسر التى نجد فيها إساءة إستعمال العقاقير وفيروس نقص المناعة الإنسانية (HIV) ومرض نقص المناعة المكتسب (AIDS) والمرض العقلى وغيرها من الأمراض الموهنة للصحة يضطر الأطفال الصغار إلى التوافق مع فقدان الرعاية الوالدية أو احتمال فقدانها مما يجبرهم على تولى رعاية أنفسهم. وكذلك أوضحت البحوث أن الأطفال الذين يواجهون مخاطر متعددة غالبا ما يبدون دلائل الاضطرابات الانفعالية أو المشكلات السلوكية (Rutter & Quintin 1977).

(*) من صفر إلى ثلاثة : المركز القومى لرعاية الأطفال الرضع والصغار والأسر.

والأطفال الصغار - بصفة خاصة - يكونون عرضة لأحاسيس التمزق الناتجة عن الأحداث الصادمة نظرا لأنهم يفتقرون إلى مصادر النمو الجسمى والنفسى التى تمكنهم من الدفاع عن أنفسهم؛ إذ يعتمدون على الكبار لمساعدتهم على فهم معنى الصدمة والارتقاء بمستوى توافقهم معها وحماية أنفسهم من آثارها، ومع ذلك فإن من يتولون رعاية الأطفال الصغار فى المنزل قد يتأثرون كذلك بالصدمة مما يجعلهم أقل قدرة على تزويدهم بالاطمئنان والإحساس بالأمن والسلامة ونتيجة لذلك فإن عبء رعاية هؤلاء الأطفال غالبا ما ينتقل - على الأقل جزئيا - إلى مربين خارج المنزل. وغالبا ما يكتسب مركز رعاية الأطفال أهمية إضافية بالنسبة للأطفال الذين يواجهون الصدمة والذين يلتمسون الصمود والرعاية والملاذ الآمن الذى يمكنهم أن يلعبوا ويتعلموا ويركزوا على مهام النمو المناسبة لعمرهم.

أعباء جديدة على عاتق الفصل الدراسى:

غالبا ما يصدر عن الأطفال الذين يعانون من تمزقات فى نموهم المبكر وصلاتهم بالآخرين سلوكيات تستثير التحدى فى الفصل الدراسى. فهم قد يظهرون المخاوف وسوء التنظيم وعدم الانتباه وعدم الاستجابة للتعلم (Koplow 1996) وقد سجل المعلمون ببرامج Head Start أن تلاميذهم قد أظهروا المزيد من أعراض الأسى الوجدانى التى تتضمن الانسحاب والاكئاب وكذلك سلوكيات العصيان والعدوان (Yoshikawa & Knitzer: 1997) وهذا الاتجاه يعكس الكشوف التى أسفرت عنها بحوث الوبائيات التى تفترض الانتشار المتزايد للاضطرابات السيكياثرية (العقلية) لدى الأطفال فى مستهل الصغر (Cohen, Provet & Jones 1996)؛ فضلا عن ذلك فإن العديد من الاضطرابات التى تبرز لدى الأطفال الأكبر سنا يمكن ردها إلى عوامل ضارة حدثت فى سنوات المهد والطفولة المبكرة. (Werner 1989).

والعديد من برامج رعاية الطفولة المبكرة تناضل من أجل التكيف مع هذه المسئوليات الإضافية. وغالبا ما ينغمس مدرسو الحضانات وغيرهم من العاملين فى مظاهر الاضطراب أو الأسى التى يعانى منها أطفالهم وهم لا يعتقدون أنهم قد تلقوا

التدريب الكافي للاستجابة لحاجات طلابهم (Knitzer 1996) وهم يخشون من أن فتح باب المناقشة حول الأحداث الصادمة أو الضاغطة قد يؤدي إلى استجابات إنفعالية لا يمكن التنبؤ بها لدى الأطفال لا يستطيع العاملون معهم السيطرة عليها. وغالبا ما يشعر المعلمون بالضغط عليهم من أجل تدريس المقرر الرسمي مع التركيز على تمكن التلاميذ من المفاهيم المعرفية ولا يعتقدون أنه من المناسب استخدام وقت حصة التدريس في التعامل مع الاضطرابات الانفعالية لأطفالهم (Hyson, 1994).

وقد أدى الاهتمام المتزايد بموضوع إساءة معاملة الطفل بالمعلمين كذلك إلى توخي المزيد من الحذر فيما يتعلق بتقديم العون العاطفي والجسدي للأطفال الصغار. وحتى المربون ذوو الخبرة - أحيانا - ما يخشون من أن أعمالهم قد يساء تفسيرها خاصة في ضوء تزايد الاتهامات واسعة الانتشار الموجهة للعاملين في مراكز رعاية الطفل في مناطق كثيرة بالولايات المتحدة. فبعض المدارس قد وضعت سياسات واضحة في مناطق كثيرة بالولايات المتحدة. حول نوع المعاملة المناسب للأطفال ورسمت حدودا لمقدار الحب والعناق اللذين يمكن أن يتلقاهما الأطفال من معلميههم. والكثير من المدارس مهتمة بمراعاة إجراءات السلامة وتخطى العوائق أثناء إنهماك الأطفال في اللعب ولا تشجع المنافسات الرياضية. وغالبا ما يعبر المعلمون عند قلقهم إزاء الكيفية التي يتعاملون بها مع الأطفال العدوانيين وليسوا على يقين من المقدار المناسب من التدخل المادي معهم. وهم قد يحجمون عن مواجهة السلوك الخارج على النظام خشية استثارة الصراع أو تقييد الطفل أو تحجيمه.

وبالرغم من هذه التحديات إلا أن العديد من رجال التربية الآن يقرون أن الفصل الدراسي في الحضانة يقدم فرصة فريدة تتيح للأطفال بيئة تعالج ما قد يستشعرونه من أسى (Koplow:1996). وهم يصرون على عودة مدارس الحضانة إلى أصولها كمراكز للعب والتعبير الانفعالي الصريح والعلاقات الحميمة بين الأطفال والراشدين (Hyson 1994). لقد توسعوا في تقديم نموذج للتربية في الطفولة المبكرة يتيح للأطفال التعبير عن مدى عريض من الانفعالات ولا يستنكف التعامل مع الصراعات والخبرات الصادمة ولا يفترض - دائما - صورة وردية لخبرات الأطفال.

وهذا النموذج كذلك يقر بأن الأطفال يستفيدون من الحوار الصريح المخلص مع الكبار ويمكنهم هذا من أفضل السبل لمعالجة أحاسيسهم بعدم الأمن؛ ويتيح لهم تنمية قدراتهم في بيئة مدرسية تتسم بالدفء والانسجام حيث يمكنهم أن ينموا صلات قوية مع معلمهم.

التكامل بين الصحة النفسية والتربية في مرحلة الطفولة المبكرة:

لكي تتكيف مدارس الحضانة مع هذا المناخ الجديد يتعين أن يكون لديها أخصائيون في الصحة النفسية. وانطلاقاً من سابق خبراتهم مع الأطفال الأكبر سناً والمراهقين يجذب الباحثون والأخصائيون الإكلينيكيون العاملون مع الأطفال الصغار أن يكون ما يقدمونه من برامج للصحة النفسية أوسع نطاقاً من النموذج التقليدي الذي يركز على الخدمات المكتبية أو العيادية (Knitzer 1993, 1996). والأطفال الذين يتعرضون للمخاطر الشديدة وأسرهم غالباً لا يستجيبون لهذه الخدمات كعلاج يمكن الخروج على مساره نتيجة الصعاب الميدانية التي تكتنف حقل وسيلة الانتقال أو رعاية الطفل والقيود المالية أو العوامل النفسية مثل سوء التنظيم الأسري أو الخوف أو الشك في مؤسسات الصحة النفسية. وفي النموذج التقليدي للعيادة النفسية يحدث التدخل فقط حينما يصل سلوك الطفل أو اضطرابه الانفعالي إلى مستويات ذات دلالة مرضية. وغالباً ما تزداد الأعراض حدة والسلوك يتخذ موقفاً دفاعياً بدرجة أكبر في فترة التدخل التي تقع بين فحص المشكلات الانفعالية وإحالة الحالة إلى العلاج. وكذلك ليس من الشائع أن يكون لدى مؤسسات التربية والصحة النفسية عتبة فارقة^(*)، تجعل تقديم التدخل العلاجي بعدها لا يتم للأطفال الذين لم تشخص لديهم أمراض نفسية معينة فلا يحظون إلا بالقليل من الخدمات النفسية أو لا يحظون بشيء منها. ففي إطار هذا المنظور لا تتاح الفرص للوقاية أو التدخل المبكر.

وفضلاً عن ذلك فإن أساليب العلاج التقليدية نادراً ما تؤثر تأثيراً متكاملًا في حياة الأطفال نظراً لأن باقى المهنيين العاملين معهم قلما يتلقون أو يقدمون تغذية

(*) All or None

مرتدة منتظمة حول ما حدث من تقدم للأطفال كما أنه ليست هناك فرصة متاحة لهم للإسهام فى خطة تدخلات مشتركة. وبدلا من ذلك نجد الأطفال الصغار يتوزعون فى سياقات تتناول أمورا عديدة (على سبيل المثال: الكلام واللغة والنواحي المعرفية والانفعالية) حيث يقدم كل مختص خطة العلاج الخاصة به ربما متجاهلا الصراعات والضغوط النمائية الكامنة التى يمكن أن يكشف عنها أسلوب أكثر شمولية. مع أن خدمات الصحة النفسية غالبا ما تنطلق من أسلوب يركز على الطفل أكثر مما يركز على الأسر أو النظم القائمة. وفى هذا الإطار نجد الأخصائيين الكلينيين كثيرا ما يبذلون الوقت والجهد فى عرض الطفل لمشكلته مع إجراء القليل من الدراسة للأسرة باعتبارها سببا رئيسيا فى المشكلة مثلما هى مسهم أساسى فى حلها. ونظرا لأن الأطفال الصغار أكثر اعتمادا وارتباطا عاطفيا مع من يتولون رعايتهم فإن المعالجين النفسيين الذين يفشلون فى إشراك الوالدين والمعلمين وغيرهم من الراشدين المهمين فى العلاج يمكن أن يضيعوا الفرص الهامة لإحداث التغيير المطلوب.

نموذج جديد للمشاركة:

بإحداث التغييرات فى كل من التعليم فى مرحلة الطفولة المبكرة والصحة النفسية أصبحت دار الحضانه المكان النموذجى لتكامل عمل المختصين فى المجالين. (أنظر Knitzer حول الأمثلة التى توضح العلاقة الراهنة بين دار الحضانه والصحة النفسية). إن صياغة المشاركة الحقيقية بين المختصين فى الصحة النفسية والمربين تتيح للمدارس أن تقدم أسلوبا شاملا لرعاية النمو الانفعالى والعقلى المعرفى للأطفال الذين يخدمونهم ويقلل من مخاطر ما ينشده الأخصائيون من حلول جزئية تتبع من مجالات تخصصهم لأن تقديم الخدمات النفسية مع المزج بين العلاج والتخطيط التربوى بمعرفة أعضاء فريق المتخصصين ينتج أفضل الإمكانيات للأطفال وأسرههم للاستفادة من الخبرات المتنوعة والرؤى المختلفة للمعالجين والمربين. وتعد هذه المشاركة أساسية لتقديم منهج دراسى فعال وخطة علاجية للأطفال الذين يعانون من

ضغوط متعددة ومعاونة هيئة المربين فى التعامل مع ضغوطهم بالاشتراك فى مواجهة تحديات التدخل.

وتعد الحضانة كذلك المكان المنطقى للأخصائىين الكلىنىكىين للإتصال بالوالدين وإشراكهم فى رعاية نمو أطفالهم ومعاونتهم فى تحقيق أساليب التعامل الخاص بهم. وبعكس العيادة أو المكتب تتيح المدرسة فرصا واسعة للتفاعلات غير الرسمية والمختصرة بين أخصائى الصحة النفسية والوالدين وبهذه الطريقة يصبح فى وسع الوالدين وسائر أفراد الأسرة أن يعرفوا عمل الأخصائىين الكلىنىكىين فى وسط مألوف لهم وقبل أن تنشأ أى أزمات وكما أوضح Fantuzzo, Coolahan, and Weiss 1995 أنه من الضرورى أن يقدم أخصائىو الصحة النفسية العون للوالدين باعتبارهم قوى أساسية لإحداث التغيير فى حياة أطفالهم. وتتيح اللقاءات الميدانية للأخصائىين الكلىنىكىين الفرصة لتقديم إنطباعاتهم وأن يطلبوا من الوالدين نصائحهم ورؤاهم حول الكيفية التى يمكن بها زيادة توافق أبنائهم واستمتاعهم بمدرسة الحضانة. ومن ثم تتاح للوالدين الفرصة للاشتراك مع أخصائى الصحة النفسية باعتباره عضوا مشاركا فى فريق المدرسة. وتعد ورش التدريب الرسمية حول موضوعات نمو الطفل مثلها مثل اللقاءات الفردية مع الوالدين ذات فاعلية كذلك ولكن يتعين تقديمها بنفس روح التعاون والمشاركة.

وثمة ميزة أخرى لهذه التشاركات داخل مدرسة الحضانة تتمثل فى إتاحة الفرصة لتقديم خدمات حقيقية تستند إلى المجتمع المحلى. فبرامج الطفولة المبكرة غالبا ما تشكل دعائم هامة فى الأحياء التى تقدم فيها وتمتع باحترام وثقة السكان المحليين. واشتراك الأخصائىين الكلىنىكىين فى هذه البرامج يعطيهم المصداقية للممارسة التى تخلو من نظرة الشك التى قد تشوبها فى البيئات التى لم تعرفها من قبل. وبالطبع يتعين على الأخصائى الكلىنىكى أن يحترم التقاليد العرقية والثقافية للأسر والعادات السائدة فى المجتمع المحلى. والأخصائى الكلىنىكى الماهر ينبغى كذلك أن يستهدف تنمية مشاركة مرنة (Fantuzzo et al 1995) مع المجتمع

مستمدا من جوانب القوة فيه ما يساعده على الارتقاء بالوظائف التوافقية لأطفاله بدلا من مجرد التركيز - فقط - على علاج جوانب التأخر والاضطراب لديهم؛ ومثل هذا المنحى يركز على الجوانب الوقائية (Rutter: 1979) التي يمكن أن تخفف تأثير الضغوط على الأطفال وتزرع الأمل في أن المجتمع لديه القدرات والموارد التي تحل مشكلاتهم.

ويتيح التعاون بين التعليم في الحضانة والصحة النفسية الفرص للقيام بتدخلات تستجيب لحاجات كل الأطفال في المدرسة وليس فقط أولئك الذين يتميزون بأعراض الاضطراب الانفعالي أو الذين يتعرضون للمخاطر؛ وفي إطار هذه العلاقة يجب أن يكون دور الاستشاري الأساسي هو دفع مسيرة النمو السلوكي والانفعالي والعقلي المعرفي لكل الأطفال؛ وأن يدلى بدلوه في مختلف الموضوعات؛ وهذا النموذج الوقائي يتضمن فحوصا لكل الفصول الدراسية من خلال الملاحظات والمشاركة في اجتماعات الفريق والزيارات الصحية لأولئك الأطفال الذين يستجيبون استجابة جيدة للبيئة المدرسية. ويسمح هذا المنحى للأخصائي الكلينيكي أن يستجيب ليس فقط للأزمات ومواقف الكوارث وإنما - في بعض الأحيان - يتنبأ بها ويقوم بالتدخل المبكر مع الأطفال المعرضين للخطر.. فضلا عن ذلك تتاح للاستشاري الفرصة بأن يقر ويدعم الأعمال اليومية للمعلمين والعاملين في المدرسة لكي يخلق بيئة مواتية وداعمة لكل الأطفال.

تكوين الرؤية المشتركة: دلائل الشراكة الفعالة:

تتطلب تنمية التعاون الفعال بين مقدمي الصحة النفسية والعاملين بمدرسة الحضانة قدرا طيبا من الحماس والاحترام والدعم من كلا الجانبين: إذ يتعين على استشاري الصحة النفسية أن يصوغ مجموعة من التصورات والأهداف مع المدرسة ولا يتخذ موقف "الخبير" الجامد فيما يتعلق بأفضل السبل لتيسير نمو الطفل إذ أن عملية تحديد الأهداف ينبغي أن تنبع من فحص مشترك يجتذب خبرة كل من المعلمين والأخصائيين الكلينيين. كما ينبغي على الاستشاريين أن يميزوا ويُقيّموا الفرص

المتاحة فى البيئـة لكى يكون لهم تأثيرهم على أكبر عدد من الأطفال والوالدين والمعلمين، ورغم أن الأخصائيين الكليـنيين ذوى الخلفيات والخبرات المتباينة فى وسعهم أداء هذا الدور إلا أن الاستشارى النشط يتعين أن يكون مرنا ويتجه نحو العمل فى إطار الفريق ويستمتع بالنشاط فى مراكز المجتمع المحلى ويحس بالراحة حينما يعمل بعيدا عن غيره من الأخصائيين الكليـنيين ويجب على الاستشارى أن يكون ماهرا فى القيام بالأدوار المتعددة والمسئوليات المتباينة التى تتضمن: التدخل فى الأزمات؛ ورش العمل مع الوالدين؛ ملاحظة الأطفال وإجراء الفحوص عليهم؛ تدريب المعلمين؛ والعمل مع الانساق القائمة (انظر شكل ١ حول قائمة الأدوار المتوقعة لاستشارى الصحة النفسية) وربما من الأهمية بمكان أن على الاستشاريين أن يقرؤا بمحدودهم فى العمل على إحداث التغيير وأنه ينبغى عليهم أن يتشاركوا المعرفة والتدريب مع المعلمين والوالدين الذين لهم التأثير الأكبر على الأطفال الصغار داخل مجتمعهم.

وينبغى على العاملين بالحضانة الذين ينخرطون فى علاقة التشارك أيضا أن يستغلوا الفرصة التى تقدمها لهم ويرى كتاب Goldman, Botkin, Tokunaga and Kuktinski 1997 أن إنفتاح واستعداد المعلمين للمشاركة مع الاستشاريين يسهم - إلى حد كبير- فى نجاح التشارك. وتزداد المشاركة حينما تكون لدى العاملين بالحضانة الرغبة فى النظر إلى دورهم التربوى فى إطار عريض يشمل النمو الاجتماعى والانفعالى للطفل وأن يشركوا الطرف الآخر فى خبراتهم ورؤاهم المتعلقة بالمستويات الدراسية والقدرات الابتكارية والاستعداد للتعليم لدى الأطفال، كما أن المشاركة بين الصحة النفسية والتربية فى الحضانة ستندعم - أيضا - إذا كان كلا الطرفين منفتحا للأفكار الجديدة والتخصصات المستحدثة ولديه الرغبة فى تطبيقها فى الفصل الدراسى. ومن الوجهة المثالية فى وسع المعلمين والاستشارى أن يواجهوا سويا الحقائق المؤلة المتصلة بحياة الأطفال وأن يتأملوا ويناقشوا مشاعرهم واستجاباتهم المستمدة من عملهم مع الأطفال.

١: فحص وعلاج الأطفال:

- الملاحظة والفحص داخل الفصل الدراسي.
- قياسات النمو والتقييمات النفسية.
- جماعات التنشئة الاجتماعية.
- حلقات العمل والتدخلات داخل الفصل الدراسي.
- العلاج الفردي أو الجماعي.

٢: العمل مع الوالدين والأسر:

- ورش العمل مع الوالدين.
- خدمات الزيارات غير المتوقعة.
- التدخل في الأزمات.
- العلاج الثنائي أو العائلي.
- جماعات الأمهات (الجدات، والأمهات البديلات).

٣: التشارك مع المعلمين:

- التشاور حول الحالات الفردية للأطفال.
- إدارة الفصل الدراسي وتنظيمه.
- بناء منهج دراسي ممرکز حول الوجدان.
- التخطيط من أجل الأطفال المشكلين: اجتماعات الفريق.

٤: نمو العاملين بالمدرسة

- التدريب على رعاية نمو الطفل.
- ورش عمل الاتصالات.
- جماعات المساندة وإدارة الضغوط.
- تمارين تشكيل فريق العمل.

٥: الإدارة

- التشاور مع المديرين والمنسقين التربويين والأخصائيين الاجتماعيين تحديد محتوى والتدريب على الإدارة والتنظيم: أدوار العاملين.
- إدارة الاتصالات مع الهيئات والمجالس الإشرافية

٦: الانفتاح على المجتمع المحلي

- التدريب على الإعداد اللاتحاق بالحضانة والمدرسة.
- المساعدة في عمليات التربية الخاصة.
- العمل مع الخدمات الوقائية للطفل.
- إقتراح برامج تقويم الصحة النفسية والبرامج الطبية والإحالات الخاصة بالحالات.

شكل رقم ١ الأدوار المتوقعة لاستشاري الصحة النفسية.

إن التشارك بين برامج الحضانة والصحة النفسية سوف يزدهر فى مناخ من الاحترام والتشجيع المتبادلين ؛ فى إطاره يعمل الاستشاريون والعاملون فى مدرسة الحضانة على بناء قنوات الاتصال وتهذئة المخاوف وحل الصراعات التى يمكن أن تنشأ عن الاختلافات فى الوضع الوظيفى أو الدخل أو السلالة (العرق) أو الهوية المجتمعية. وهذا يمكن أن يحدث فقط بمرور الوقت وباستثمار طويل الأجل من كلا الطرفين. وكثيرا ما تفشل مثل هذه المشاركات^(٥) بسبب الافتقار إلى التمويل أو مبادرات البرامج قصيرة الأجل أو عدم الفهم الكافى لاحتياجات المجتمع المحلى. ومع ذلك فإن المشاركة بين برامج مدرسة الحضانة والصحة النفسية إذا نجحت فإنها يمكن أن تؤدى إلى تغيير حاسم وتمخض عن برامج ذات أدوات فعالة فى تلبية احتياجات الأطفال (Donahue 1996; Goldman et al 1997). إن الرؤية المشتركة للفريقين المهنيين يمكن أن تزود العاملين بأمل متجدد ومصادر قوية لمواجهة المشكلات السلوكية والمواقف المفعمة بالانفعال داخل الفصل الدراسى. كما أن فى وسعها أن تشيد برنامجا مرنا وتخفف الضغوط لدى العاملين حينما يشتركون معا فى مواجهة التحديات اليومية المتصلة بتلبية الحاجات التربوية والانفعالية للأطفال الصغار.

(٥) بين الصحة النفسية وبرامج الحضانة.