

مقدمة المترجم

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله خاتم الأنبياء وأشرف المرسلين. اعتمدت الحضارة العربية الإسلامية في بداية انبثاقها على الترجمة بوصفها المعبر الرحب للتواصل بين الأمم والشعوب. والقناة الفاعلة لاقتطاف ما لدى الآخر من جهود علمية وفكرية تدعم سياق المعرفة وتعزز وجودها. وهذا ما تحقق للثقافة العربية حين سقيت من معين الترجمة حتى نمت فصار لها حضور فاعل. وبذلك يمكن القول إن اختيار هذا الكتاب لترجمته إلى اللغة العربية كان نابعاً من قناعتنا بأهميته إضافة إلى ما يقدمه في مجال تعليم الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالإعاقة. وقد استند قرار الترجمة إلى ما يلي:

أولاً: أن هذا الكتاب يتطرق إلى فئة مهمة من فئات المعاقين وهي فئة الأطفال الرضع والأطفال الصغار المعرضين لخطر الإصابة بالإعاقة التي تفتقر الساحة العربية إلى وجود مراجع علمية ذات مصداقية تتطرق إلى هذه الفئة على وجه الخصوص. ولعل السبب في ذلك أن هذه الفئة لم تكن في دائرة الاهتمام سواءً أكان ذلك لمقدمي خدمات التربية الخاصة أم للباحثين في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة.

ثانياً: الكتاب لا يركز على الجانب النظري فقط، ولعل هذا من أهم الأسباب التي دعت لاختيار هذا الكتاب. فهناك عشرة فصول في هذا الكتاب إضافة إلى

٢١ مقياساً يتابع حالات الأطفال من الميلاد إلى سن السادسة ويصف الإجراءات العملية لاستخدامها بشكل تفصيلي، مع إيراد أمثلة لكيفية تطبيقها.

ثالثاً: لغة الكتاب والاستبانات سهلة وواضحة بحيث يمكن للقارئ، بغض النظر عن خلفيته العلمية، أن يطبقها بيسر وسهولة. ومع أن المعلمين هم المسؤولون عن تقديم التعليم، إلا أنه بإمكان أساتذة الجامعة الاستفادة من الكتاب لتعليم تلاميذهم استخدام تلك الاستبانات وكذلك الاستفادة من هذه الإجراءات في التدريب الميداني. كما أن سهولة تطبيقها ووضوحها، قد تكون حافزاً لأولياء الأمور للقيام بتطبيق هذه الإجراءات، خاصة إذا ما عرفنا أن الأمثلة الموجودة في الكتاب تم تطبيقها بمساعدة أولياء الأمور.

ختاماً: اعتمد المترجم على ترجمة المعنى وليس الترجمة الحرفية لعبارات الكتاب مع الاحتفاظ بجوهر العبارة ومدلولها. ولعل ذلك يعود إلى أن المترجم حاول من خلال صياغة العبارات واختيار الأسماء العربية لأمثلة الكتاب تقريب وتبسيط المحتوى للقارئ العربي سواء أكان أستاذاً أكاديمياً أم طالباً أم معلماً أم ولي أمر، بحيث يكون الكتاب في متناول الجميع. ما نود قوله إننا نرجو أن يكون هذا الكتاب إضافة للمكتبة العربية، وأن يكون البداية للاهتمام بهذه الفئة من تلاميذنا ذوي الاحتياجات الخاصة.

وهنا أتوجه بالشكر لكل من ساعدني على إخراج هذه الترجمة، ولمن راجع محتواها، وساهم في تصحيحها اللغوي، والشكر موصول لمركز الترجمة بجامعة الملك سعود لموافقته على ترجمة هذا الكتاب، وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العلمين

تقديم

ثمّة عدد من التغيرات المهمة كانت تنتظر ميادين التدخل المبكر والتربية الخاصة للطفولة المبكرة مع دخول عقد الثمانينيات. وتحديدًا فإننا وجدنا أنفسنا، كشأن كثيرين غيرنا في ميادين أخرى، أمام ثلاثة أنواع من الحاجات المهمة والمتربطة. أولاً ظهرت الحاجة الماسة إلى إشراك الوالدين وأفراد الأسرة بقوة في نشاطات التقييم والتدخل والتقويم التي تتعلق بأطفالهم ذوي الإعاقات أو المعرضين لخطرهما. ثانياً تجلّت الحاجة واضحة إلى اختبارات أو مقاييس لمتابعة نمو الأطفال الذين يُعتقَد أنهم معرضين بشدة لخطر حدوث مشكلات نتيجة لعوامل طبية أو بيولوجية أو بيئية، أو تشكيلة من هذه العوامل. ثالثاً تسبب نقص المصادر في ضغط كبير من أجل إيجاد وسائل فعالة واقتصادية في الوقت نفسه لخدمة الأعداد المتزايدة من الأطفال المعرضين لخطر الإعاقات أو ذوي الإعاقات الثابتة وأسرهم. وقد دفعنا الوعي بهذه المشكلات إلى تطوير استبانات أعمار ومراحل Ages & Stages Questionnaires (ASQ) (التي كانت تسمى في السابق استبانات متابعة الأطفال Infant/Child Monitoring Questionnaires).

جاء الدفع في اتجاه تطوير نظام استبانات أعمار ومراحل ASQ من عدة مصادر، كان أولها هو اعتقاد كثير من العلماء والممارسين وأولياء الأمور، إن لم

يكن غالبيتهم، بأن الاكتشاف المبكر للمشكلات النمائية ضروري للتدخل الفعال في حينه وقبل فوات الأوان. ويتمثل المصدر الثاني في النتيجة الثابتة التي تقول إن المؤشرات البيولوجية أو الطبية (مثل الولادة المبكرة أو انخفاض الوزن عند الولادة أو صغر حجم الطفل بالنسبة لعمره الحلمي) لا تشكل منبآت موثوقة بمخرجات الطفل ونتائجه اللاحقة (Hack et al., 2005; Saigal et al., 2006). فالطفل حديث الولادة الذي يولد مبكرا ويعاني من مشكلات صحية لا يشترط حتما أن يواجه مشكلات نمائية في عمر الثالثة أو الرابعة أو بعدها. فقد أكدت الدراسات الطولية الكبيرة على الأطفال المعرضين لخطر التأخر النمائي بثبات أن العوامل الاجتماعية الاقتصادية، وليس البيولوجية، تمثل أفضل المؤشرات للمشكلات المستقبلية، باستثناء الأطفال المبترين صغار الحجم بدرجة ملحوظة (Brooks-Gunn et al., 1994; Hart & Risley 1995; Sameroff & MacKenzie, 2000; Werner & Smith, 1992; Werner, 2003).

ثمة دافع ثالث لتطوير نظام استبيانات أعمار ومراحل ASQ تمثل في الاستخدام الواسع لمدخل تقييم الفريق متعدد التخصصات multi-disciplinary team evaluation model لمتابعة نمو مجموعات الأطفال المستهدفين. يتطلب هذا المدخل أن يأتي هؤلاء الأطفال إلى أحد مراكز التقويم بغرض الخضوع لفحص متعدد التخصصات من جانب مجموعة من المهنيين المدربين. لا يتم فحص الأطفال، وفقا لهذا المدخل، إلا مرة واحدة فقط، أو على فترات متباعدة جدا (كأن يحدث ذلك سنويا مثلا). في حين أن الطبيعة الدينامية للنمو تنبئ بأن النظم التي تُقيّم الطفل عند نقطة واحدة فقط، أو على فترات متباعدة، لن تكون فعالة في التعرف في الوقت المناسب على الأطفال الذين قد يحتاجون إلى خدمات التدخل. فالمشكلات يمكن أن تظهر لدى الأطفال عند أية نقطة على مسارهم النمائي، بما يفرض ضرورة وجود نظم متابعة فعالة لتقييم الأطفال على فترات زمنية معقولة.

وعلاوة على ما سبق تميل تقييمات الفرق متعددة التخصصات إلى الاعتماد في المقام الأول على الحكم المهني، وهي في الغالب لا تجمع معلومات كافية حول سلوك الطفل من الوالدين أو أفراد الأسرة. فقد كانت هذه النظم تنظر إلى الوالدين بوصفهما متلقيان للمعلومات، ولا تنتظر منهما مساهمة ذات بال في فهم الطفل، اللهم إلا ذكر المشكلات الصحية والخبرات الأسرية العامة الماضية. وإضافة إلى ندرة التقييمات واستبعاد مساهمة الوالدين، عادة ما يكون من المكلف استخدام الفرق المهنية عالية المهارة لمتابعة نمو مجموعات كبيرة من الأطفال المعرضين لخطر التأخر النمائي. ويرجع ارتفاع التكلفة إلى أن قدرًا كبيراً من وقت الفريق يضيع في تقييم أطفال يتقدم نموهم دون مشكلات. فقد تأكد بثبات أن ٣٠٪ تقريباً من الأطفال الذين شُخصت لديهم عوامل خطر طبية أو بيولوجية (مثل الولادة المبكرة) يحتاجون إلى نوع من التدخل (Widerstrom & Nickel, 1997). فمن المفيد متابعة نمو الأطفال المعرضين للخطر، وإن لم يكن من الملائم استخدام مهنيين مرتفعي المهارة ومكلفين لتنفيذ ذلك.

إننا نؤمن بضرورة المتابعة المستمرة لنمو كل الأطفال، لكن ذلك الهدف المراوغ لا يزال يشكل تحدياً (Bricker, 1996; Squires & Nickel, 2003). وإلى أن تتم تلبية هذا التحدي، يجب تقييم نمو الأطفال الذين يواجهون عوامل خطر بيولوجية أو طبية أو بيئية بشكل دوري، وقد كشفت لنا المشكلات السابقة الحاجة إلى التغيير. ولذلك بدأنا في عام ١٩٧٩م العمل في تطوير نظام متابعة للتغلب على صعوبات التنبؤ والتدخل في الوقت المناسب والدقة والتكلفة، أو تخفيف هذه الصعوبات على الأقل. كان هدفنا يتمثل في تطوير نظام فعال وغير مكلف في الوقت ذاته. وعلى وجه التحديد، ثبت أنه يجب أن تحدث التقييمات على فترات معقولة، ويجب التعرف بدقة على الأطفال الذين يحتاجون إلى مزيد

من التقييم، ويجب أن يكون النظام سهلاً في تدشينه والحفاظ على استمراريته، وأن تُضمَّن المعلومات الواردة من الوالدين أو مقدمي الرعاية بطريقة منظمة، وأن تكون المتابعة اقتصادية وغير مكلفة.

حددت هذه المعايير الخطوط العريضة لنوع النظام الذي يجب أن نظوره. وقد جاء تطوير نظام أعمار ومراحل ASQ نتيجة لمقال نشرته هيلدا نوبلوك وزملاؤها في عام ١٩٧٩م (Knobloch, Stevens, Malone, Ellison, & Risenburg, 1979). في هذه الدراسة أُرسِلت بالبريد إلى ٥٢٦ من أمهات/آباء أطفال في عمر ٢٨ أسبوعاً معرضين بشدة لخطر المشكلات النمائية استبانة مكونة من ٣٦ مفردة، منها مفردات مأخوذة من فحص جيسل النمائي المتصح Revised Gesell Developmental Examination (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980) تمثل الفترة النمائية من الأسبوع الـ ٢٠ إلى الـ ٣٢ من عمر الطفل. أكمل المستجيبون الاستبانات وأعادوها، ثم رصدت درجاتها لتصنيف الأطفال إلى: أسوياء أو غير أسوياء أو مشكوك فيهم. وعند عمر ٤٠ أسبوعاً، زار الأطفال العيادة بغرض التقييم المهني. وجدت نوبلوك Knobloch وآخرون (١٩٧٩م) أنه وفقاً للتقييم المهني، اتضح وجود اتفاق عام بين الوالدين والمهنيين حول تصنيف الأطفال. وقد أدى نجاح هذه الدراسة إلى التفكير في أنه قد يكون من الممكن تطوير نظام متابعة دينامي للأطفال يعتمد أساساً على التغذية الراجعة من الوالدين أو مقدمي الرعاية الأولية.

ومع نهاية عام ١٩٧٩م كانت مجموعة من ستة استبانات قد أُعدت لتُطبق على الأطفال كل أربعة أشهر. كانت هذه الاستبانات تتكون من مفردات تسأل الوالدين أو مقدمي الرعاية الآخرين أسئلة بسيطة حول سلوك طفلهم. وعند إكمال الاستبانات، يعيدها المستجيبون إلى موقع مركزي بغرض رصد درجاتها. وقد كان من الضروري إثبات صدق وثبات الاستبانات، ذلك لأنه في أثناء

السبعينيات وحتى في مطلع الثمانينيات، كان كثير من المهنيين يشككون في قدرة الوالدين على التقييم الدقيق لنمو أطفالهم.

تلقينا في ١٩٨٠م منحة من المعهد القومي لبحوث المعاقين National Institute on Handicapped Research (يسمى الآن المعهد القومي لبحوث الإعاقة وإعادة التأهيل [NIDRR]) التابع لمكتب التعليم الأمريكي (يسمى الآن وزارة التعليم الأمريكية). كان الهدف الرئيس من هذا المشروع يتمثل في بناء نظام متابعة يستخدم الاستبانات الستة التي يكملها الوالدان كل أربعة أشهر، حيث تم تقييم الأطفال المعرضين لخطر التأخر النمائي من عمر ٤ أشهر إلى عمر ٢٤ شهراً. كان من الأهداف ذات الصلة: ١- مقارنة دقة المتابعة الوالدية مع تقييمات أكملها مهنيون، ٢- تحديد ما إذا كانت هناك عوامل (مثل مستوى التعليم) تتنبأ بنوعية الأمهات/الآباء الذين يستطيعون أن يكملوا الاستبانات بدقة. وقد جاءت النتائج من هذه الدراسة التي استمرت خمس سنوات مشجعة للغاية. **أولاً:** وجدنا أن معظم الأمهات/الآباء ليست لديهم مشكلة في فهم الاستبانات وإكمالها. **ثانياً:** جاء الثبات بطريقة إعادة الاختبار والمصححين أكثر من ٩٠٪. **وأخيراً** اتضح وجود اتفاق قوي بين تصنيف الوالدين لطفلهم باستخدام الاستبانات وتصنيف المقيم المدرب باستخدام فحص جيسل النمائي المنقح (Knobloch et al., 1980). وقد حدث قدر بسيط من الإحالة الزائدة overreferral إلى التقييم الإضافي، فيما حدثت الإحالة الناقصة underreferral أكثر كثيراً. كانت هذه النتائج واعدة بما يكفي لأن تقترح أن الاستبانات يجب أن تخضع لمزيد من الدراسة.

استمر العمل على الاستبانات من عام ١٩٨٣-١٩٨٥م، وذلك في الأساس من خلال متابعة الأطفال الذين سُمح لهم بالخروج من وحدة الرعاية المركزة للأطفال حديثي الولادة التابعة للمؤسسة الطبية الإقليمية، وهي مستشفى ساكريد هرت العامة. في هذه الفترة نُفِحت الاستبانات الستة الأصلية وأُعدت الاستبانات الموجهة للأطفال

من عمر ٣٠ إلى ٣٦ شهراً. تلقينا في عام ١٩٨٥ م منحة من المعهد القومي لبحوث الإعاقة وإعادة التأهيل NIDRR. كانت الأهداف من هذا المشروع الذي استمر ثلاث سنوات تتمثل في فحص: ١- الاتفاق بين تصنيف الوالدين وتصنيف المقيمين المدربين، وعلى وجه التحديد فحص التعرف الزائد overidentification والتعرف الناقص underidentification والحساسية والتحديد، ٢- الثبات من خلال إعادة الاختبار test-retest والملاحظين interobserver، ٣- تكلفة استخدام الاستبانات. وبوجه عام جاءت نتائج المشروع داعمة للنتائج السابقة. حيث جاء الاتفاق مرتفعاً عموماً بين الوالدين والمهنيين على تصنيف الأطفال الرضع أو الأطفال الأكبر، رغم أنه حدثت اختلافات عبر الفترات. كان التعرف الناقص متديناً، بينما تفاوت التعرف الزائد بدرجة كبيرة عبر الفترات العمرية، لكنه كان مقبولاً بوجه عام. كان التحديد specificity مرتفعاً، بينما تفاوتت الحساسية sensitivity من منخفضة إلى متوسطة، بما يكشف أن بعض التغييرات في رصد درجات الاستبانات كانت في محلها. واصل الثبات الارتفاع، وجاءت تكلفة استخدام الاستبانات منخفضة، حوالي ٢,٥٠ دولاراً لكل استبانة.

تلقينا في عام ١٩٨٨ م منحة ببحوث العلوم الاجتماعية والسلوكية لستتين من مؤسسة مارش أوف دايمز البحثية March of Dimes Research Foundation، ثم مُدِّدَت هذه المنحة في ١٩٩٠ م لستتين آخرين. كانت الموضوعات التي تعامل معها هذا المشروع تتضمن: ١- فحص استخدام الاستبانات مع مجموعة من الأمهات / الآباء منخفضي الدخل، ٢- تقييم تأثير إكمال الاستبانات على اتجاهات الوالدين نحو النمو ومعرفتهما به. وكشفت نتائج هذا المشروع أن الوالدين ومقدمي الرعاية منخفضي الدخل ذوي التعليم المحدود يمكن أن يكملوا استبانات أعمار ومراحل بنجاح ودقة، على أن صغر حجم العينة يفرض الحذر في تعميم هذه

النتائج على مجموعات أكبر من الأمهات/ الآباء. ووجدنا أن إكمال الاستبانات لم يُحدث تأثيرات قابلة للقياس على اتجاهات الوالدين أو معرفتهم بالنمو. ومن المثير للانتباه أن هذه النتيجة الأخيرة جاءت متعارضة مع التغذية الراجعة التي تلقيناها من الميدان، حيث أكد كثير من الأمهات/ الآباء والممارسين الذين استخدموا الاستبانات أنها ساعدتهم في ملاحظة أطفالهم وفهمهم وتعليمهم.

حصلنا في عام ١٩٩١م على منحة أخرى لدراسة الاستبانات، جاءت هي الأخرى من المعهد القومي لبحوث الإعاقة وإعادة التأهيل. وقد صُمم هذا المشروع للمساعدة في توسيع الأسئلة التي تعامل معها المشروع السابق الذي دعمته مؤسسة مارش أوف دايمز، وكانت هذه الأسئلة على نحو التحديد هي:

١- هل بإمكان الأمهات/ الآباء من المجموعات المعرضة لخطر شديد أن يكملوا الاستبانات بدقة؟ ٢- هل يؤثر إكمال الاستبانات على اتجاهات الوالدين نحو النمو المبكر ومعرفتهم به؟ أكدت نتائج هذا المشروع الذي امتد ثلاث سنوات نتائجنا السابقة ووسعتها. تكونت العينة هنا من أمهات/ آباء من ذوي الدخل المنخفضة جدا، وأمهات/ آباء من خلفيات تعليمية محدودة، وأمهات/ آباء في عمر المراهقة، وأمهات/ آباء يسيئون استخدام المواد. تمكّن هؤلاء الأمهات/ الآباء من إكمال الاستبانات بدقة على أطفالهم (Squires, Potter, Bricker, & Lamorey, 1998). ومع أن النتائج المتعلقة بالسؤال حول اتجاهات الوالدين ومعرفتهم بالنمو المبكر جاءت معقدة، يمكن الخلوص إلى أن إكمال الاستبانات لم يؤدي إلى تغيير كبير في الاتجاهات نحو النمو أو تحسن المعرفة به بدرجة قابلة للقياس. بينما عكست المقابلات الكيفية معرفة أفضل من جانب مقدمي الرعاية بحصيلة الطفل السلوكية الحالية والألعاب والنشاطات الجديدة التي يمكن أن يلعبوها مع الطفل لتشجيع المهارات النمائية.

وبعد أن نشرنا الطبعة الأولى من "استبانات أعمار ومراحل" في عام ١٩٩٥م، شرعنا في المرحلة الثانية من البحث وكتابة أسئلة إضافية لإكمال سلسلة الاستبانات التي تغطي الأطفال من ٤ إلى ٦٠ شهراً. وفي عامي ١٩٩٧-١٩٩٨م أعدت استبانة الأطفال في عمر ٦٠ شهراً وأخضعت للدراسة. وهنا استُخدمت مصادر ثمائية مثل التقييمات المقننة والقائمة على المنهج ومناهج رياض الأطفال كأساس للمفردات. وبعد الاختبار الميداني لنسختين من هذه الاستبانة بين عامي ١٩٩٦ و١٩٩٨م، قامت عينة بإكمال النسخة النهائية منها، وتم حساب صدقها التلازمي وثباتها في أوائل عام ١٩٩٨م. بدأ العمل أيضاً على سلسلة الاستبانات الإضافية للتعامل مع الفترات العمرية الناقصة (مثل فترة الشهر العاشر من العمر). أُعدت هذه الاستبانات واختُبرت ميدانياً لتطوير نظام من استبانات أعمار ومراحل يستطيع أن يستوعب الأطفال في أية مرحلة عمرية بين عمري ٤ و٦٠ شهراً. تكونت هذه الاستبانات الإضافية - لأعمار ١٠ و١٤ و١٨ و٢٢ و٢٧ و٣٣ و٤٢ و٥٤ شهراً - من مفردات أُخذت من استبانات أعمار ومراحل لأعمار ٤ و٨ و١٢ و١٦ و٢٠ و٢٤ و٣٠ و٣٦ و٤٨ شهراً واختُبرت تجريبياً، وأكملت السلسلة حتى أصبحت تؤلف ١٩ استبانة. ظهرت هذه التنقيحات والإضافات في الطبعة الثانية من استبانات أعمار ومراحل التي نُشرت في عام ١٩٩٩م.

منذ نشر الطبعة الثانية من استبانات أعمار ومراحل سمح لنا استخدامها الواسع بجمع بيانات إضافية، لكن هذه المرة من برامج مجتمعية مثل بداية مثلى Head Start وبداية مثلى مبكرة Early Head Start وبداية صحية Healthy Start وكثير من هيئات الخدمات التعليمية والصحية والاجتماعية المختلفة التي تفحص الأطفال الصغار وتتابعهم من حيث المشكلات النمائية كجزء من نظم التعرف المبكر. وعلى وجه التحديد قام برنامج بداية صحية وبرنامج الوالدين كمعلمين

Parents as Teachers في كثير من الولايات وبرامج الرعاية الصحية العامة في نيويورك وواشنطن وجنوب غرب مينيسوتا ومشروعات التعرف على الأطفال Child Find في كونيتيكت وأيداهو وداكوتا الشمالية وفلوريدا وهاواي باستخدام استبانات أعمار ومراحل كمكون أساسي في برامجها. كما استخدمها أيضا أطباء الأطفال والمرضات وموظفو الرعاية الاجتماعية وفرق فحص التدخل المبكر كمقياس غير مكلف للتعرف على أشكال التأخر النمائي لدى الأطفال الصغار (انظر مثلا : Dworkin & Glascoe, 1997; Earls & Hay, 2006; Hamilton, 2006; Hix-Small, Marks, Squires, & Nickel, 2007; Magpie Trial, 2004). وقد أمدنا كثير من هذا البرامج ببيانات أدجنها فيما بعد في قاعدة بياناتنا. وقد مكنتنا جمع البيانات من هذه البرامج، التي تستخدم الترجمة الأسبانية وكذلك النسخة الإنجليزية، من مراكمة قاعدة بيانات ضخمة عبر الفترات العمرية من عديد من الأسر والأطفال في أماكن متنوعة عبر الولايات المتحدة. ونعتقد أن هذه البيانات حول أطفال متنوعين ومن أماكن متنوعة ستحسن إمكانية تعميم نتائجنا.

وبغرض إكمال قاعدة البيانات التي جمعناها، دشنا في ٢٠٠٤م نظام جمع بيانات قائم على الإنترنت web-based data collection system لاستبانات أعمار ومراحل، حيث أكمل الاستبانات عديد من الأمهات/ الآباء ومقدمي الرعاية من كل الولايات الخمسين باستخدام موقع على الشبكة. يقع تحت أيدينا حالياً أكثر من ٨٠٠٠ استبانة أُكملت على الإنترنت، إضافة إلى الـ ٧٠٠٠ استبانة ورقية التي جُمعت منذ ٢٠٠٠، بما يجعل قاعدة بياناتنا الكلية تبلغ أكثر من ١٨٠٠٠ استبانة. ولم يكشف تحليل هذه الطرق المختلفة لجمع البيانات باستخدام نمذجة إجابة المفردات item response modeling أية اختلافات ذات بال بين الإكمال الورقي في مقابل الإلكتروني لاستبانات أعمار ومراحل.

وإضافة إلى عملنا التجريبي ، تلقينا تغذية مرتدة بناءة حول الاستبانات من الأمهات/الآباء وموظفي برامج التدخل المبكر وغيرهم من الممارسين الطبيين وممارسي رعاية الطفل والطفولة المبكرة. وقد أدمجت التغذية الراجعة حول صيغة الاستبانات وإجراءات المتابعة الواردة من هؤلاء الأمهات/الآباء والممارسين في نظام استبانات أعمار ومراحل بحسب الحاجة.

كما ظهرت على المستوى العالمي برامج تستخدم استبانات أعمار ومراحل لفحص ومتابعة الأطفال ، حيث شرعت عدة مشروعات كبيرة في الصين وجنوب شرق آسيا وأستراليا وأفريقيا والهند وأوروبا وأمريكا الوسطى والجنوبية في استخدام استبانات أعمار ومراحل مع الأسر والأطفال الصغار من الولادة حتى عمر خمس سنوات. ومن أجل استخدام استبانات أعمار ومراحل في هذه البلدان والمناطق ، تُرجمت الاستبانات إلى لغات كثيرة ، منها الكورية والفرنسية والنرويجية والصومالية والفيتنامية والصينية. وقد جمعنا تغذية مرتدة من هذه البرامج الدولية أيضا. ونحن ممتنون للغاية على تبادل البيانات والخبرات مع من طبقوا استبانات أعمار ومراحل من كافة أنحاء العالم ، ونعتقد أن هذا التعاون قد أسهم في تحسين جودة استبانات أعمار ومراحل والفائدة منها.

لقد نُشرت نتائج الاستبانات على نطاق واسع. توجد قائمة بهذه المطبوعات في الملحق (أ) ، ويوجد وصف لتحليل البيانات والنتائج في الملحق (ج). وكما يوضح الملحق الأخير ، فقد بُذل جهد ووقت كبيرين في فحص الاستبانات. ومع أنه لا تزال هناك جهود أخرى يجب أن تُبذل ، فإننا نعتقد أن قاعدة البيانات الحالية تؤكد صدق وثبات الاستبانات للاستخدام في برامج متنوعة ومع أطفال وأسر متنوعين.

وبناء على ما يناهز ٣٠ سنة من البحوث والاستخدام ، أُجريت خمسة تنقيحات رئيسة في هذه الطبعة الثالثة. **أولاً** تم تقسيم المدى العمري لتطبيق الاستبانات وتوسيعه ليشمل الأطفال من أي عمر. كما يُذكر المدى العمري المحدد

لتطبيق الاستبانة على الصفحة الأولى من الاستبانة (مثل: استبانات أعمار ومراحل ٣- للأطفال في عمر ١٢ شهراً، أي من عمر ١١ شهراً و٠ يوم إلى عمر ١٢ شهراً و٣٠ يوماً) بحيث يكون المدى العمري للتطبيق واضحاً للمستخدمين. (فالأمر يستغرق وقتاً لكي نتعلم بعض الأشياء!)

ثانياً أضيفت استبانات للشهر الـ ٢ والـ ٩ من العمر إلى الفترات الـ ١٩، بما يجعل السلسلة تتكون من ٢١ استبانة للأطفال من عمر شهر واحد إلى عمر ٦٦ شهراً. ومع أن استبانة الشهر الثاني لا تحتوي نفس درجات القطع cutoff scores التجريبية مثل المراحل الأخرى بالطبعة الثانية لاستبانات أعمار ومراحل، فإنها توفر التدريب والتوجيه حول تفسير الدرجات والتعريف بالأوقات المفضلة للفحص التالي. كما أنها تعطي لمقدمي الرعاية الفرصة لملاحظة طفلهم حديث الولادة وأن يتدربوا على إكمال الاستبانات منذ وقت مبكر. وعلى ذلك فإن هذه الطبعة من استبانات أعمار ومراحل تتضمن الاستبانات الـ ١٩ من الطبعة الثانية (للأشهر: ٤، ٦، ٨، ١٠، ١٢، ١٤، ١٦، ١٨، ٢٠، ٢٢، ٢٤، ٢٧، ٣٠، ٣٣، ٣٦، ٤٢، ٤٨، ٥٤، ٦٠)، إضافة إلى استبانة الشهر الـ ٩ (بمفردات من استبانة الشهر الـ ١٠) واستبانة الشهر الثاني التي أُعدت حديثاً.

ثالثاً تم تحديد درجات قطع معدلة للاستبانات الـ ١٩ من الطبعة السابقة بناء على البيانات التجريبية من أكثر من ١٨٠٠٠ استبانة أكملت للأطفال في عمر ما قبل المدرسة. ونعتقد أن درجات القطع ستعكس بشكل أفضل الشعب الأمريكي في القرن الحادي والعشرين، وستساعد البرامج في تحديد الأطفال الذين يجب أن يحصلوا على تقييم نمائي أكثر عمقا لتحديد استحقاق خدمات التدخل المبكر وغيرها من الخدمات المساندة الأسرية.

رابعاً تم تحديد منطقة المتابعة monitoring zone في ملخص رصد الدرجات لكل فترة عمرية. تمثل منطقة المتابعة مدى لا يقل عن انحراف معياري واحد ولا

يزيد عن انحرافين معياريين تحت متوسط أداء الأطفال في كل مجال نمائي. ويُقصد بمنطقة المتابعة أن تبرز المهارات النمائية لدى الأطفال الذين ليسوا تحت درجات القطع للإحالة، لكنهم قد يكونوا في حاجة إلى مزيد من الانتباه والمتابعة. فقد يرى القائمون على البرنامج، على سبيل المثال، ضرورة أن يعطوا لمقدمي الرعاية ورقة نشاط تصف نشاطات المرح التي يمكن أن يمارسوها مع الطفل لتنمية بعض المهارات، مثل تنمية المهارات الحركية الدقيقة باستخدام أقلام وأصابع طباشير كبيرة ومقصات آمنة للأطفال. وكذلك قد يحتاج الأطفال الذين تقع درجاتهم في منطقة المتابعة إلى أن يعاد فحصهم في خلال ٢-٤ أشهر لضمان أن تظل مهاراتهم أعلى من درجات القطع للإحالة.

وأخيراً، أجريت بعض التغييرات الثانوية في الصياغة والرسوم التوضيحية والأمثلة في بعض المفردات في هذه الطبعة الثالثة. فقد أدمجت التغييرات التي اقترحها المستخدمون، خاصة فيما يتعلق بتحسين وضوح المفردات والملاءمة الثقافية للأسر المختلفة. كما أضيفت أسئلة أخرى للقسم العام تتعلق باللغة التعبيرية والمخاوف الوالدية حول السلوك.

كما روجع دليل المستخدم وتم تحديثه بالكامل، حيث تم توسيع المعلومات الخاصة باستخدام استبانات أعمار ومراحل في الأماكن المختلفة وبطرق الإكمال المختلفة، وذلك بفضل الوعي الذي اكتسبناه من الطرق المختلفة لاستخدام استبانات أعمار ومراحل في كافة أنحاء العالم. وأخيراً، أضيف فصل يحتوي سيناريوهات أسرية إضافية (دراسات حالة) ليعكس الاستخدامات الحالية المتنوعة لاستبانات أعمار ومراحل. ونحن على يقين من أن توسيع نظام استبانات أعمار ومراحل وتنقيحه في هذه الطبعة الثالثة سيجعل هذه الأداة جذابة ومفيدة جداً للبرامج والموظفين المهتمين بفحص وتتبع الأطفال الصغار في سنواتهم الأولى في الحياة.

مع صدور تعديلات قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA في أواخر التسعينيات وما بعدها (القانون العام رقم ١٠٥-١٧ والقانون العام رقم ١٠٨-٤٤٦)، وظهور حركة الصحة النفسية للأطفال الرضع/الطفولة المبكرة في أوائل العقد الأول من الألفية الجديدة (Knitzer, 2000)، جاءت الدعوة إلى الكشف المبكر للمشكلات الاجتماعية أو الانفعالية لدى الأطفال الصغار. وتجاوبا منا مع تلك الحاجة الماسة أعدنا "استبانات أعمار ومراحل: الفحص الاجتماعي والانفعالي" Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional المتوفرة بكل من اللغة الإنجليزية والأسبانية ودليل المستخدم المصاحب لها. وقد أردنا بهذه الأداة من أدوات الفحص أن تُستخدم جنبا إلى جنب مع أداة نمائية عامة (مثل استبانات أعمار ومراحل-٣) تقيّم النمو المعرفي والتواصل والحركي وتساعد في التعرف على الحاجة إلى التقييم الإضافي للسلوك الانفعالي والاجتماعي لدى الأطفال في ثماني مراحل: في الأشهر ٦ و١٢ و١٨ و٢٤ و٣٠ و٣٦ و٤٨ و٦٠. تتعامل استبانات الفحص الاجتماعي والانفعالي مع سبعة مجالات سلوكية: التنظيم الذاتي والإذعان والتواصل والأداء التكيفي والاستقلالية والتأثر والتفاعل مع الناس. كما أعد شريط فيديو/أسطوانة فيديو بعنوان "تطبيق استبانات أعمار ومراحل: الفحص الاجتماعي والانفعالي" لمساعدة مسؤولي التدريب على استخدامها.

إننا على يقين من أن الانتشار المتزايد لاستبانات أعمار ومراحل-٣ واستبانات الفحص الاجتماعي والانفعالي سيحسن برامج الفحص والمتابعة في الولايات المتحدة وغيرها من الأماكن.

وتحسن برامج الفحص سيؤدي بدوره إلى التعرف الكفاء والدقيق على الأطفال الصغار الذين سيستفيدون من التقييم الإضافي والتدخل في الوقت المناسب، إذا كانوا في حاجة إليه.

المراجع

- Bricker, D. (1996). The goal: Prediction or prevention? *Journal of Early Intervention*, 20(4), 294-296.
- Brooks-Gunn, J., McCarton, C., Casey, P., McCormick, M., Bauer, C., Bernbaum, J., et al. (1994). Early intervention in low-birth-weight premature infants. *Journal of American Medical Association*, 272(16), 157-162.
- Dworkin, PH., & Glascoe, EP. (1997). Early detection of developmental delays: How do you measure up? *Contemporary Pediatrics*, 14(4), 158-168.
- Earls, M. & Hay, S. (2006). Setting the stage for success: Implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice. The North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) project. *Pediatrics*, 118, 183-188.
- Hack, M., Taylor, H., Drotar, D., Schluchter, M., Cartar, L., Andreias, L., et al. (2005). Chronic conditions, functional limitations, and special health care needs of school-aged children born with extremely low-birth-weight in the 1990s. *Journal of American Medical Association*, 294, 318-325.
- Hamilton, S. (2006). Screening for developmental delay: Reliable, easy-to-use tools. *Journal of Family Practice*, 55(5), 415-422.
- Hart, B. & Risley, T. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Hix-Small, H., Marks, K., Squires, J., & Nickel, R. (2007). Impact of implementing developmental screening at 12 and 24 months in a pediatric practice. *Pediatrics*, 120(2), 381-389.
- Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) Amendments of 1997, PL 105-17, 20 U.S.C. §§ 1400 seq.
- Knitzer, J. (2000). Early childhood mental health services: A policy and systems development perspective. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 416—438. New York: Cambridge University Press.
- Knobloch, H., Stevens, E, & Malone, A.E (1980). *Manual of developmental diagnosis: The administration and interpretation of the Revised Gesell*

- and Amatruda Developmental and Neurological Examination. Houston, TX: Developmental Evaluation Materials.
- Knobloch, H., Stevens, E, Malone, A.E, Ellison, P., & Risenburg, H. (1979). The validity of parental - reporting of infant development. *Pediatrics*, 63, 873-878.
- Magpie trial follow up study, The: Outcome after discharge from hospital for women and children recruited to a trial comparing magnesium sulphate with placebo for pre-eclampsia pregnancy. (2004). *Childbirth*, 4, 5.
- Saigal, S., Stoskopf, B., Streiner, D., Boyle, M., Pinelli, J., Paneth, N., et al. (2006). Transition of extremely low-birth-weight infants from adolescence to young adulthood. *Journal of American Medical Association*, 295(6), 667-675.
- Sameroff, A.J., & Mackenzie, M.J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15, 613-640. Retrieved May 13, 2009, from [http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online & aid=169351](http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=169351)
- Squires, J., & Nickel, R. (2003). Never too soon: Identification of social-emotional problems in infants and toddlers. *Contemporary Pediatrics*, 20(3), 117-125.
- Squires, J., Potter, L., Bricker, D., & Lamorey, S. (1998). Parent-completed developmental questionnaires: Effectiveness with low and middle income parents. *Early Childhood Research Quarterly*, 13(2), 347-356.
- Werner, E.E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 115-132). New York: Cambridge University Press.
- Werner, E.E., & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Widerstrom, A.H., & Nickel, R.E. (1997). Determinants of risk in infancy. In A.H. Widerstrom, B.A. Mowder, & S.R. Sandall, *Infant development and risk: An introduction* (2nd ed., pp. 61-87). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.