



o b e i k a . c o m

obbeikandi.com

ممارسات التدخل المبكر عبر العالم

تحرير

صمويل أودوم، مارسى هانسون، جيمس بلاكمان، سودها كول

ترجمة

الدكتور/ أحمد بن عبدالعزيز التميمي

أستاذ التدخل المبكر المشارك

جامعة الملك سعود

النشر العلمي والمطابع - جامعة الملك سعود

ص.ب. ٦٨٩٥٣ - الرياض ١١٥٣٧ - المملكة العربية السعودية



ح جامعة الملك سعود، ١٤٣٢هـ - (٢٠١١م)

هذه ترجمة عربية مصرح بها من مركز الترجمة بالجامعة لكتاب:

Early Intervention Practices Around the World

By: Samuel L. Odom (Editor), Marci J. Hanson (Editor), James A lackman (Editor),
Sudha, Kaul (Editor).

© 2003, May, Brookes Publishing company; 1st. edition

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

اودوم، صمويل.

ممارسات التدخل المبكر عبر العالم / صمويل اودوم؛ أحمد عبدالعزيز التميمي -

الرياض، ١٤٣٢هـ.

٤٦٥ ص؛ ١٧ سم × ٢٤ سم

ردمك: ٢ - ٧٨٩ - ٥٥ - ٩٩٦٠ - ٩٧٨

١- التربية الخاصة ٢- المعوقون - تعليم أ. التميمي، أحمد عبدالعزيز (مترجم)

ب. العنوان

١٤٣٢/٣٢٣٢

ديوي ٩، ٣٧١

رقم الإيداع: ١٤٣٢/٣٢٣٢

ردمك: ٢ - ٧٨٩ - ٥٥ - ٩٩٦٠ - ٩٧٨

وافق المجلس العلمي على نشر الترجمة العربية لهذا الكتاب في اجتماعه العاشر للعام

الدراسي ١٤٣١/١٤٣٢هـ، الذي عُقد بتاريخ ٢٦/٢/١٤٣٢هـ، الموافق

٢٠١١/١/٣٠م.

النشر العلمي والمطابع ١٤٣٢هـ



مقدمة المؤلفين

عندما كان المشاركون في تأليف هذا الكتاب يرسلون لي الفصول التي أعدوها ليتسنى لي جمعها ثم إرسالها للنشر، حدث أمر غريب وطريف! فتلك الفصول، كانت تصلني جواً عبر مظاريف محكمة الإغلاق، وعندما كنت أباشر فتحها كانت تزفر الهواء المحتجز داخلها ليخرج فيملاً مكتبي بعبق فواح يتنقل بك من جو الظهيرة بمدينة "بلومينغتون" بولاية إنديانا إلى أجواء الهند وكوريا الجنوبية والبرتغال ودول أخرى كانت تصلني منها فصول هذا الكتاب، نعم لقد كنت أتنفس عبير تلك الدول عندما كنت أقرأ مسودات الفصول التي تتحدث عنها، وكانت هذه تجربة رائعة.

لا تتوقف هذه الصورة المجازية عند هذا الحد، بل تنتقل معنا في ممارسات التدخل المبكر، فنحن نتنفس هواء تلك الدول عبر العمل الذي نقوم به مع الأطفال الرضع واليافعين ذوي الإعاقات وأهاليهم، عبر اقتباس ما يقوم به الآخرون وإعادة صياغته وتحويره ومواءمته، والعمل على تطوير ممارسات تتناسب مع ثقافة وحضارة البلد الذي نعيش فيه.

إن هدف برنامج التدخل المبكر حول العالم هو تبادل الخبرات في مجال الممارسات المتبعة في التدخل المبكر حول العالم، ولا يتوقف هذا الهدف عند عرض

نقاط التقاطع والتوازي بين تجارب الدول وممارستها في مجال التدخل المبكر، بل يتجاوزه إلى فتح نافذة تتيح التواصل بيننا والتعلم وتبادل الخبرات.

لقد كان الإلهام الأولي الذي قادنا لتأليف هذا الكتاب نابعاً عن كتاب "الأثني عشر الذين نجوا: بث القوة في برامج تطوير مراحل الطفولة المبكرة في دول العالم الثالث" الصادر عام ١٩٩٥م للمؤلف روبرت مايرز الذي وصف برامج الطفولة المبكرة المعمول بها في عدد من دول العالم النامية، وكيف تمكنت هذه الدول من خلق برامج موجهة للأطفال اليافعين تنسجم مع بيئتها الاجتماعية والسياسية. وبعد عام واحد من صدور هذا الكتاب، خرجت إلى الضوء افتتاحية العمل التحريري المشترك لمجلد: تطبيقات التدخل المبكر حول العالم، الذي شاركت في إصداره الأول الكاتبة مارسي هانسون التي كان لأعمالها المهمة التي تناولت القضايا الثقافية في الولايات المتحدة أثر كبير على تطبيقات التدخل المبكر. بعد ذلك ظهر اسم جيمس بلا كمان في الإصدار الثاني الذي دعم تبادل الخبرات في مجال التدخل المبكر إبان رئاسته تحرير دورية "الأطفال الرضع واليافعين". وأخيراً مع سودها كأول التي كان لها إسهام مهم جداً في هذا الكتاب من خلال وجهة نظرها حيال تطبيقات التدخل المبكر التي كانت ذات صبغة عالمية. ولقد كان التناغم والتوافق بين هؤلاء الكُتاب السمة الأساسية لكتابنا هذا.

المصادر

Myers, Robert, (1995) The Twelve who Survive: Strengthening Programmes of Early Childhood Development in the World, 2nd ed., High/Scope Press, Ypsilanti, Michigan.

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 في جذورها الأولى حين سُقيت من معين الترجمة حتى نمت فصار لها حضور فاعل. ولقد أتاحت التحولات الحديثة في زمننا المعاصر وجوهاً شتى لصور التواصل مع الآخر عززت وظيفة الترجمة وجعلتها ركيزة رئيسة في بنية المجتمع اليوم، وهو الأمر الذي يستحث الباحثين والمختصين نحو الاهتمام بالترجمة وتفعيل دورها. وتتضاعف المسؤولية لدينا، نحن المختصون في المجال التربوي، لكون هذا المجال شأن أساسي في تركيبة أي كيان مؤسسي، لأنه يتصل بشؤون الاجتماع والسياسة والثقافة بمفهومها الواسع.

والكتاب الذي بين أيدينا "ممارسات التدخل المبكر عبر العالم" يستعرض جهود واهتمامات الدول لتطوير أنظمتها في المجال التربوي من خلال إطلاق مجموعة من النماذج العلمية العالمية في مجال التدخل المبكر القادرة على الوفاء بمتطلبات واحتياجات ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة.

وما يميز هذا الكتاب عن غيره من الكتب التي درست قضية التدخل المبكر في مجال التربية الخاصة أنه يتناول بشكل مفصل جهود دول متقدمة وأخرى فقيرة في بناء نظام أو أنموذج يساعد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسراهم على تلبية احتياجاتهم اعتماداً على الموارد البشرية والمادية المتاحة. وما يُحسب لهذا الكتاب أنه استعرض التحول العالمي من النموذج الإكلينيكي الذي يركز في الغالب على الرعاية الصحية إلى أنموذج قائم على المجتمع المحلي لدمج هؤلاء الأطفال في البيئات الطبيعية مثل المنزل والأسرة والمجتمع المحلي.

وقد تشارك في تأليف هذا الكتاب مجموعة من الباحثين الذين قد تختلف معهم في طرحهم أو مصطلحاتهم المستخدمة، إلا أن الأمانة العلمية تقتضي ترجمة كل ما ذكر دون نقصان أو تحريف، مع التنبيه إلى أنني لا أؤيد كل ما ورد في الكتاب لمساسه أحياناً بعقيدتنا ومبادئنا، وبرغم ذلك يمكن القول من وجهة نظر علمية متخصصة في هذا المجال أن هذا الكتاب من أفضل ما أُلف في استعراض التجارب العالمية في مجال التدخل المبكر، وهو بحق يُعدُّ من أبرز إصدارات الجمعية الدولية للتدخل المبكر.

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 العالمين.

المترجم

المحتويات

مقدمة المؤلفين	هـ
مقدمة المترجم	ز
الفصل الأول: التدخل المبكر	١

الباب الأول: نماذج توصيل الخدمات

الفصل الثاني: القضايا الثقافية وتقديم الخدمات في المناطق الريفية (جمهورية الصين الشعبية)	٣٥
الفصل الثالث: الدمج المجتمعي (كوريا الجنوبية)	٦٣
الفصل الرابع: التدخل التوسطي إلى التدخل المبكر (إسرائيل)	٨٧
الفصل الخامس: ممارسات التدخل المبكر (إثيوبيا)	١١٣

الباب الثاني: العمل مع الأسر

الفصل السادس: العمل مع الأسر لتنفيذ التدخلات المنزلية (الهند)	١٣٧
الفصل السابع: الحق في بداية جيدة ومشجعة في الحياة (البرازيل)	١٦١
الفصل الثامن: نموذج شراكة الأسرة في التدخل المبكر (مصر)	١٨٩

الباب الثالث: التدريب وإعداد الموظفين

- الفصل التاسع: بناء فريق حول الطفل من خلال التعليم المستمر للمهنيين (السويد) ٢١٥
- الفصل العاشر: الممارسون غير المهنيين في برامج التدخل المبكر منخفضة التكاليف (جامايكا)..... ٢٤١
- الفصل الحادي عشر: نموذج شامل إلى التدريب على التدخل المبكر (البرتغال)..... ٢٦٧

الباب الرابع: الدعم المنظمي للتدخل المبكر

- الفصل الثاني عشر: التشريع القومي للتدخل المبكر (الولايات المتحدة الأمريكية) ... ٣١٥
- الفصل الثالث عشر: الشبكات الرسمية وغير الرسمية (أستراليا)..... ٣٤٩
- الفصل الرابع عشر: دعم فريق التدخل المبكر (ألمانيا)..... ٣٧٣
- الفصل الخامس عشر: التدخل المبكر: موضوعات وتنوعات من مختلف أنحاء العالم ٤١٥
- ثبت المصطلحات ٤٣٣
- أولاً: عربي - إنجليزي ٤٣٣
- ثانياً: إنجليزي - عربي ٤٤٤
- كشاف الموضوعات ٤٥٥
- نبذة عن المؤلفين..... ٤٦٣

التدخل المبكر

Early Intervention

James A. Blackman جيمس بلاكمان

مراجعة عامة

لقد أخذ العالم يركز على نحو متزايد على أهمية التدخل المبكر لتحسين نمو الأطفال من مختلف الأعمار. وحتى في البلدان التي لا تزال المحافظة على حياة الطفل تمثل الأولوية الأولى فيها، تدرك الحكومات ووكالات الإغاثة الدولية أن التمتع بحياة جيدة لا يقل أهمية عن حفظ الحياة ذاتها (Young, 1996). ولعل الفترة التي تمتد من الحمل إلى الطفولة المبكرة هي الأهم على الإطلاق في النمو البشري من حيث تعزيز إمكانية التمتع بحياة جيدة. وكلما زادت معرفتنا حول نمو المخ تأكدت هذه الفكرة أكثر.

إن الهدف من التدخل المبكر هو منع أو تقليل أوجه القصور البدنية أو المعرفية أو الانفعالية أو قصور المصادر التي قد يعاني منها الأطفال الصغار المعرضون لعوامل خطر بيولوجية أو بيئية. وبينما تركز التدخلات الموجهة للأطفال الأكبر سناً والبالغين ذوي أوجه القصور المماثلة على الفرد نفسه، ينطلق التدخل المبكر للأطفال الصغار من مسلمة مهمة مفادها أن الأسرة تلعب الدور الرئيس في التدخل. فلن ينجح التدخل بالتأكيد دون مشاركة الأسرة. والتدخل يجب أن يستهدف الأسرة،

مع أن الشاغل الأساسي هو نمو الطفل وسلوكه. فمن غير الوارد أن ينجح الطفل في أي مجال من المجالات السابقة، إذا كانت أسرته تعاني من بطالة الوالدين، أو ظروف معيشية غير صحية، أو انتشار العنف في الحي الذي تعيش فيه.

ويلعب المجتمع المحلي أيضاً دوراً كبيراً في التدخل. وفي ذلك يقول مثل أفريقي: "تحتاج تربية طفل واحد إلى قرية كاملة" (Clinton, 1996). فلا ينجح الأطفال ويزدهرون إلا عندما يُظهر المجتمع الرعاية الكافية وتتوفر لديه المصادر اللازمة لدعم الأسر. ومن غير الوارد بحال من الأحوال أن تنجح الأسرة أو الموظف الصحي أو المعالج أو حتى موظفة الخدمات الاجتماعية وحده في بلوغ نفس النجاح الذي يمكن أن يتحقق في حال توفر المشاركة والتنسيق من المجتمع المحلي.

وهذان العنصران - الأسرة والمجتمع المحلي - هما الأساس لنجاح التدخل المبكر. يقدم هذا الفصل التمهيدي مراجعة عامة للمفاهيم المتعلقة بالأسس المدركة والعلمية للمكونات المحددة للتدخل المبكر. لكن ينبغي أن ننبه إلى أن أي نشاط لن ينجح في تحقيق هدفه المتمثل في بلوغ الطفل لأقصى نمو ممكن دون الدعم الأسري والمشاركة المجتمعة المنظمة.

الوقاية كشكل من التدخل المبكر

يمكن النظر إلى التدخل المبكر باعتباره محاولة للحيلولة دون حدوث أوجه القصور. وقد حددت منظمة الصحة العالمية WHO ثلاثة مستويات للوقاية: الوقاية الأولية والوقاية من المستوى الثاني والوقاية من المستوى الثالث. تتضمن الوقاية الأولية Primary Prevention الإجراءات المتخذة لمنع الاضطرابات أو الظروف التي تؤدي إلى الإعاقة. فمثلاً يؤدي إعطاء لقاح الحصبة الألمانية للإناث في عمر ما قبل البلوغ إلى تقليل خطر إصابتهم بهذا المرض عند البلوغ، علماً بأن الإصابة به قد تسبب في ضرر محقق لمخ الجنين في أثناء الحمل.

وكذلك يمكن لبرامج التغذية التكميلية أن تقضي على فقر الدم المزمن الذي يؤدي إلى الإعاقات المعرفية Cognitive Impairments. وفي بعض الأحيان يشير العلم إلى الاتجاه الصحيح ، بينما يحول الواقع السياسي والاقتصادي والثقافي الفعلي دون تنفيذ إجراءات وقائية فعالة. من أمثلة ذلك أن التغلب على القوى التي تقف في طريق تحسين كل منتجات الحبوب بحامض الفوليك لتقليل حدوث شلل الحبل الشوكي استغرق سنوات طويلة وجهد كبير.

وعندما تكون الإعاقة قد حدثت بالفعل ، تأتي جهود الوقاية من المستوى الثاني Secondary Prevention لتستهدف تجنب حدوث الإعاقات الأخرى التي قد تحدث نتيجة للإعاقة الأولية. فالإعاقة السمعية إذا لم يتم التعرف عليها وعلاجها ، على سبيل المثال ، يمكن أن تؤدي إلى إعاقات تواصلية دائمة ، ويمكن أن يؤدي التوتر الزائد Hypertonia لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي إلى تقليل مدى حركة المفاصل.

وفي حال غياب العلاج الوقائي الثانوي - مثل العلاج الطبيعي أو الأجهزة التكوينية أو الجراحة التجبيرية - يمكن أن يحدث تقلص دائم في المفاصل ، بما يلحق الضرر بقدرة الطفل على الحركة الوظيفية.

وبالنسبة للطفل فاقد البصر تتمثل أنشطة الوقاية الثانوية - من المستوى الثاني - في تعليم الوالدين كيف يشجعون الحركة واللعب واستكشاف البيئة من أجل النمو المعرفي النموذجي.

أما الوقاية من المستوى الثالث Tertiary prevention فتصمم بغرض تقليل تأثير إعاقة محددة. وقد أدى الاتجاه العالمي نحو الدمج في حياة المجتمع المحلي إلى تراجع ملحوظ في العزل المؤسسي Institutionalization للأطفال ذوي الإعاقات ودعم الأسر لتقديم الرعاية لهؤلاء الأطفال في البيت ، ومجهم في مدارس التعليم العام والأنشطة الاجتماعية.

وما تحقق مع الأطفال ذوي متلازمة داون^(١) يضرب المثل على هذا التغيير. ففي السابق كان الكثير من الأطفال ذوي متلازمة داون يوضعون في مؤسسات أو مدارس خاصة، وفي الغالب منذ أعمار مبكرة جداً وفي أماكن بعيدة عن بيوتهم. لكن الأطفال كانوا يفشلون في تلك البيئات في تعلم المهارات الاجتماعية والتواصلية الكافية للنجاح في بيئات المجتمع المحلي والأسرة، وهو ما كان يؤدي بدوره إلى وضعهم في أماكن معزولة بعد ذلك. لكن مع توفر الدعم الأسري والمجتمعي، أصبح الأطفال ذوي متلازمة داون بالغين منتجين وقابلين للتوظيف، بل وحتى نجوم تلفزيون.

اتساع مفاهيم الإعاقة

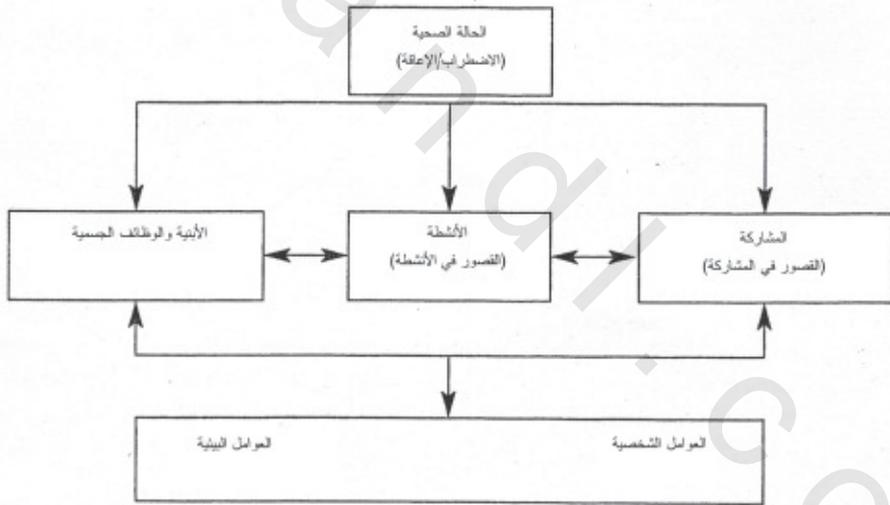
لقد تغيرت مصطلحات الإعاقة على مر السنين. وهذا التطور في المصطلحات مهم بالنسبة للأطفال الصغار تماماً كما هو بالنسبة للبالغين. وفي واحدة من أقدم وثائقها حول الإعاقة، قد وسعت منظمة الصحة العالمية مفهوم الإعاقة بالتمييز بين مصطلحات الاعتلال Impairment والعجز Disability والإعاقة Handicap (١٩٨٠م)^(٢). ووفقاً لهذه الوثيقة يشير الاعتلال Impairment إلى فقدان أو شذوذ في بنية أو وظيفة الجسم، مثل الشلل التشنجي Spasticity الذي ينتج عن إصابة المناطق الحركية في المخ. أما العجز الناشئ عن ذلك عن أداء وظيفة معينة (في المشي مثلاً) فيسمى عجزاً Disability. بينما

(١) متلازمة داون Down syndrome هي الإعاقة العقلية التي كانت تعرف عالمياً، ولا تزال في الأوساط غير العلمية، باسم مرض المنغولية أو المغولية، وقد سميت بهذا الاسم بالطبع نظراً لتشابه علامات الوجه بين أصحاب هذه المتلازمة وأفراد شعب منغوليا. لكن ثمة ميل عالمي إلى تسمية هذه المتلازمة باسم مكتشفها Down كما هو الحال مع المتلازمات الأخرى مثل متلازمة أسبرجر Asperger ومتلازمة كانر Kanner وغيرها، وذلك في المقام الأول بسبب ما يرتبط بالمصطلح القديم من دلالات سلبية على الأفراد المصابين بهذه المتلازمة من جانب، وعلى أفراد الشعب الذي اشتق من اسمه اسمها الدارج للمتجمع.

(٢) تنفق هذه الترجمة للمصطلحات الثلاثة مع "الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل" الصادر عن مجلس التعاون لدول الخليج العربي (٢٠٠٨م) [الترجم].

تسمى القيود التي يفرضها المجتمع على الفرد بسبب ذلك العجز (مثل الحواجز العالية على جانبي الطريق) إعاقة Handicap. وقد صمم هذا النظام التصنيفي للمساعدة في قياس وإدارة وبحث الظروف المعوقة وتأثيرها على الأفراد والمجتمع.

راجعت منظمة الصحة العالمية نظامها التصنيفي في عام ٢٠٠١م لكي يكون أكثر شمولاً، ولكي يؤكد على الجوانب الإيجابية للإعاقة بدلا من الجوانب السلبية، ولكي يستبعد التمييز بين النماذج الطبية والاجتماعية لتوصيل خدمات التأهيل. يبين الشكل رقم (١، ١) المفاهيم التي تتفاعل فيما بينها لتشكيل التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF) International Classification of Functioning, Disability and Health.



الشكل رقم (١، ١). المفاهيم التي تتفاعل فيما بينها في تشكيل التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة ICF.

توجد علاجات معينة تستهدف تقليل الاعتلال على مستوى أبنية ووظائف الجسم، مثل منع الأفعال المنعكسة الأولية أو تقليل التوتر العضلي. وثمة تدخلات

مختلفة تستهدف تحسين المهارات الوظيفية وتوسيع الأنشطة. لكن زيادة المهارات والأنشطة قد لا يعني شيئاً إذا لم يتمكن الطفل من المشاركة في الأنشطة الأسرية والمجتمعية. ولذلك يجب أن يوضع القائمون على التدخل في اعتبارهم دائماً المهارات التي تحسن المشاركة مثل تناول الطعام باستقلالية والتواصل الفعال. وحتى في حال توفر أنجح التدخلات، يمكن لعوائق خارجية من نوع الاعتلال الصحي والسكن غير اللائق ونقص خدمات التربية الخاصة فيما قبل المدرسة أو البطالة الإقليمية أن تحد في النهاية من مشاركة الطفل والأسرة.

التكامل بين الطبيعة والتربية^(٣)

دار الجدل على مدى قرون بين الفلاسفة ورجال الدين وعلماء النفس حول ما إذا كان البشر يولدون مزودين بميول سلوكية وأخلاقية فطرية أم يتشكلون بالكامل عن

(٣) التقابل بين الطبيعة nature من جانب والتربية أو التنشئة أو الغذاء nurture من جانب آخر هو الصورة الأقدم للتقابل الحديث بين الوراثة والتعلم، أو الغريزة والاكساب، تلك الصورة التي ترجع إلى فلاسفة اليونان من أمثال أفلاطون الذي أكد مذهبه المثالي على فطرية أفكار الإنسان وسلوكه وأخلاقه وأنه يولد بها، وأن البيئة ليس من شأنها أن تغير في ذلك. بدأ هذا التقابل مع بداية العلم الحديث، إن لم يكن العلم قد ولد متلسباً به. وقد كانت البداية، كما هو متوقع، للإعلاء من شأن الطبيعة على التربية بمعناها الواسع، أي بمعنى الاجتماع الإنساني بكل شروطه. وفي ذلك كان الأديباء الفرنسيون، من أمثال بودان ومونتسكيو وغيرهم، من أنصار الطبيعة، سواء طبيعة الإنسان أو الطبيعة المادية، والقطع بأن لها القول الفصل في تقرير أخلاق الأفراد والشعوب. وعلى مستوى تناول العربي، طور المفكر العربي الرائد عبدالرحمن الكواكبي نفس التقابل في كتابه "طبائع الاستبداد ومصارع الاستعباد"، وفيه ذهب إلى أن "الإنسان لا حد لغايته رقياً ومخططاً" وأن التربية من شأنها أن ترفعه إلى مكانة الملائكة أو تنحط به إلى درجة الشياطين. على أن المقصود بالتربية هنا هو المجتمع بكل ما فيه من نظم ومؤسسات اجتماعية وسياسية واقتصادية ودينية وتربوية، وليس التعليم النظامي فحسب. وكما هو متوقع أيضاً، وكجزء من فكرة التقدم ككل، أصبحت الغلبة في العلم الحديث للبيئة والتعلم والاكساب، وإن ظلت هناك خطوط فرعية على هامش التيار الرئيسي المهيمن mainstream تؤكد دور الوراثة والطبيعة للمترجم.

طريق البيئة. وقد تغيرت مصطلحات هذا الجدل: الطبيعة في مقابل التربية، والفطرة في مقابل الشكف، والوراثة في مقابل البيئة، والنضج في مقابل التعلم.

عارض فيلسوف القرن السابع عشر الإنجليزي جون لوك مذهب "الأفكار الفطرية"، الذي يذهب إلى أن الأفكار تكون جزءاً من العقل عند الميلاد، وأنها لا تُتعلم أو تُكتسب بعد مولد الإنسان. وذهب لوك، في مقابل ذلك، إلى أن العقل عند الميلاد يكون "صفحة بيضاء" Tabula Rasa تنقش عليها خبرات الحياة محتويات العقل. وعلى الجانب الآخر عبّر فيلسوف القرن السابع عشر السويسري / الفرنسي جان جاك روسو عن رأي مؤداه أن طبيعة الطفل الموروثة هي القوة الأكثر تأثيراً في تقرير النمو.

وقد تواصل الجدل في المجتمعات الغربية خلال قرون لاحقة. وفي أوائل القرن العشرين دفع الطبيب النفسي الفينني سيجموند فرويد بأن الطفل يسعى فحسب إلى أن يشبع حاجاته للغذاء والشراب والدفء والإخراج والمودة. وقد أطلق فرويد مصطلح *Id* على كل ما هو موروث، خاصة الغرائز التي تعطي القوة والاتجاه لكل الأنشطة النفسية طوال الحياة. ووفقاً لفرويد ينمو الأنا *Ego* من جهود الطفل لإشباع حاجاته من خلال التعامل مع البيئة، ثم ينمو الأنا الأعلى *Superego* فيما بعد ليكون الممثل الداخلي لنظم المجتمع وقيمه.

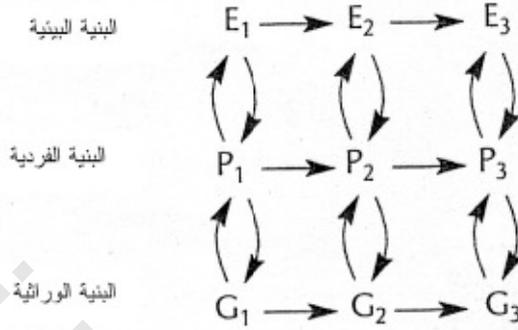
وقد ذهب عالم النفس الأمريكي سكنر Skinner (القرن العشرين) إلى أن النمو السلوكي يعتمد كلية على النتائج التي كانت تلي السلوك وتترتب عليه في الماضي، وأن كل السلوك تقريباً ينتج عن الاشتراط. واعترف سكنر، مع ذلك، بأن البصمة الوراثية *Genetic Endowment* تفسر قدرًا كبيراً من الاختلاف بين الأطفال (Thomas, 2000).

لقد ظهرت نظرية نمو الطفل *Child Development Theory* بالدرجة الأولى في الأدبيات العلمية الأوروبية والأمريكية، خاصة في القرن العشرين. لكن هناك، فضلاً عن ذلك، نظرات مهمة تُولف نظرية غير غربية لنمو الطفل. فقد تأثرت ثقافات شرق

آسيا بدرجة كبيرة بالمذاهب والفلسفات الدينية (Chan, 1998). فالكونفوشية والطاوية والبوذية، على سبيل المثال، تلمي على معتنقيها كثيراً من جوانب الحياة، كالأخلاق والأعراف الاجتماعية والقيم، وحتى ممارسات تربية الطفل. وفي معظم الثقافات الآسيوية تمثل الأسرة الوحدة الأساسية للمجتمع، متجاوزة بذلك الاستقلالية والفردية، وتكون السلطة الوالدية كبيرة، ويتحدد التدرج وفقاً للجيل والعمر والنوع. وواجب الطفل هنا هو أن يسمع ويطيع. والأطفال باعتبارهم امتداد للوالدين يعتبرون عاجزين نسبياً وغير مسئولين عن أفعالهم. وهنا أيضاً تُشبع الحاجات بشكل فوري، ويُعلَى من شأن القرب البدني على الإثارة الصوتية. وفي هذه الثقافات نادراً ما ينام الطفل وحده، ولا يلتزم بجداول صارمة. إنها بيئة حاضنة للطفل ومتساهلة وآمنة ومتوقعة.

وبالمثل يعد الإسلام في بلدان الشرق الأوسط أحد المؤثرات الرئيسة على المجتمع، وبالتالي على ممارسات تربية الطفل (Sharifzadeh, 1998). وهناك تعدد الأسرة، في شكلها الممتد، المؤسسة الأكثر أهمية. فبينما تؤكد الثقافة الأنجلو - أوروبية على التفرد والاستقلال المبكرين، تؤكد الثقافة الإسلامية على ارتباط الطفل بالوالدين وتبعية الطفل وأسرته للمجتمع. وهنا يكون التوحد مع إنجازات الأسرة عموماً في نفس أهمية إنجازات المرء الشخصية، إن لم يكن أهم منها في بعض الأحيان.

تطورت نظريات كثيرة حول نمو الطفل على مدى السنين، وقد أعزت أهمية كبيرة أو صغيرة للطبيعة/الوراثة أو البيئة، وأدجت في أغلب الأحيان إسهامات من الجانبين. لكن كيف تتفاعل خصائص الطفل الفطرية مع العوامل البيئية في تحديد منحى نمو الطفل وتقرير ما سوف يصير إليه هذا الطفل أو ذاك؟ يعد النموذج التفاعلي Transactional Model الذي أعده ساميروف وفيز طريقة مفيدة للنظر إلى هذا التفاعل (انظر الشكل رقم ١، ٢).



الشكل رقم (١،٢). النموذج التفاعلي للنمو، وفيه تحدث مبادلات بين البنية الوراثية genotype (الطبيعة) والبنية الفردية phenotype (الفرد) والبنية البيئية envirotype (التربية).

يعترف هذا النموذج بأهمية كل من الطبيعة والتربية، وأنها تتفاعل داخل الفرد، وأن هذا التفاعل يكون تأثيره تراكمياً بمرور الزمن (Sameroff & Fiese, 2000). والحكاية التالية توضح فائدة النموذج التفاعلي للنمو في فهم سبب (أو أسباب) الإعاقة التي تكون معقدة في بعض الأحيان وفي تحديد فرص التدخل المتعددة والمتكررة. قد يكون من الصعب أن نعرف كيف ومتى يبدأ التدخل، عندما تكون المشكلات والتحديات كثيرة وشديدة إلى هذا الحد، كما في هذه الحالة. واللحظة المثالية للتدخل - بحسب النموذج التفاعلي - تكون قبل أن يبلغ بوتر عمر سنتين. فقد كان من شأن التعرف على حالة الحمل الخطرة جداً، لو حدث، أن يشجع أنجيليا على التوقف عن تناول العقاقير والكحول وأن يدفعها إلى أن تحسن تغذيتها وأن تحصل على رعاية جيدة من مؤسسات ما قبل الولادة، وهذه كلها إجراءات كان من شأنها أن توفر لبوتر بداية أفضل في الحياة. وقد دخلت أنجيليا أحد نظم الرعاية في وقت ولادة بوتر. وكانت تلك فرصة أخرى للتدخل الوقائي لمساعدة أنجيليا على إيجاد مسكن ملائم، ودعم

مهاراتها الوالدية ، وتوعيتها حول منع الحمل ، وتسجيلها في برنامج الزيارات المنزلية ، وتحسين ارتباطاتها بالدعم المجتمعي.

حكاية بيتر

أحال موظف الخدمات الاجتماعية الطفل بيتر ابن الثلاثين شهراً إلى أحد برامج التدخل المبكر لأن بيتر "لا يتكلم". تشير البيانات الطبية المحدودة المتاحة إلى أن بيتر وُلِدَ في الأسبوع الـ ٣٤ من الحمل ، لكن حجمه كان صغيراً بالنسبة لعمره الحلمي ، وهو ما يوضح أنه كان مبتسراً وغير مكتمل النمو. كانت أنجيلا ، والدة بيتر ومعيلته الوحيدة ، قد اعتادت في أثناء الحمل على تناول بعض العقاقير والكحول ، ولم تبحث عن المصادر التي تقدم رعاية ما قبل الولادة. ومنذ ولادة بيتر غيّرت أنجيلا مكان إقامتها عدة مرات ، ورُزقت طفلاً آخر يدعى إريك. وبيتر المتأخر جداً في الحصول على التطعيمات واللقاحات ، لم تجر له كثيراً من الفحوص الصحية والنمائية الروتينية. قام منسق التدخل المبكر دنيس بزيارة لأسرة بيتر في البيت ، ولاحظ أن شقتهم كانت قدرة وغير مرتبة ، وأن الطعام المتبقي من الوجبة السابقة ظل متروكاً على طاولة المطبخ ، وأن إريك ابن الشهرين كان ينام على بطانية متسخة على الأرض. وكان بيتر يجلس أمام التلفزيون وهو يركز باهتمام شديد على فيلم كرتون ، ولم يعر أي انتباه لوجود دنيس. أقرت أنجيلا أن بيتر لا يتكلم كثيراً ، لكنها لم تبد اهتماماً واضحاً. وقالت إن بيتر يشاهد التلفزيون طول اليوم وأنه لا يوجه لها طلبات كثيرة ، إلا عندما يريد شيئاً ، وعندئذ يكون غاضباً جداً لأنها لا تفهم ما يريد. وأضافت أنها لا تستطيع أن تترك الشقة إلا عندما يكون صديقها يراقب الطفلين.

وبدلاً من ذلك تفاقمت المشكلات ، فأصبح بيتر يعانِي من اضطراب تواصلِي واضح يكشف عن تشخيص واسع يشمل على الإعاقة السمعية والحرمان النفسي - الاجتماعي Psychosocial والتأخر العقلي واضطراب طيف التوحد. وبغض النظر عن طبيعة التحديات النمائية الفطرية التي يواجهها بيتر ، يعتمد النجاح في تسهيل تقدمه النمائي أيضاً على التعامل مع بيئته. فتحسين تواصل بيتر سوف يحسن بيئته ، وكذلك

سيؤدي تحسين بيئة الطفل إلى تحسين مهاراته التواصلية، أيا كان سبب الصعوبة. كما أن التدخل الآن باستخدام نموذج متعدد الأبعاد سيمنع تفاقم المشكلات في نمو بيتر وفي حياة أفراد أسرته.

تتمثل الخطوة الأولى - وفقاً لنموذج الإعاقة الخاص بمنظمة الصحة العالمية - في التعرف، قدر الإمكان، على الحالة الصحية الأساسية لاضطراب بيتر التواصلية: هل يعاني بيتر من إصابة فيروسية خلقية من النوع الذي يؤدي إلى تضخم الخلايا Cytomegalovirus أثرت على السمع؟ هل ترتبط الصعوبات التي يواجهها في التواصل بمتلازمة الكروموسوم إكس الهش Fragile X Syndrome؟ لكن التقييم الطبي الشامل لم يكشف عن حالة صحية محددة.

ما هي البنية أو الوظيفة الجسمية المتضررة من الإعاقة؟ هل الإعاقة هي فقدان السمع؟ أم إعاقة حسية - عصبية Sensorineural أم تتعلق بالتوصيل Conductive؟ هل لدى بيتر مشكلة في المعالجة السمعية أم العمه الحركية النمائي Developmental Apraxia؟ هل لديه تأخر عقلي أم توحده؟ بعد تقييم شامل من جانب فريق كامل، وجد أن بيتر يتمتع بمهارات ملائمة للعمر في المجال الحركي وحل المشكلات واللغة الاستقبلية Receptive Language. بينما كانت قدراته اللغوية التعبيرية Expressive Language متأخرة بدرجة ملحوظة. ولذلك تؤدي المهمات والإشارات ونوبات الغضب إلى إعاقة أنشطته التفاعلية. وفي العادة تكون مشاركته في حياة الأسرة سلبية، فأمه إما تتجاهله أو تضربه على مؤخرته وعلى رأسه عندما يبكي. ثم تأتي العوامل البيئية لتزيد هذا السيناريو تعقيداً، حيث يسود الفقر والضغط والعزلة واليأس.

يقدم هذا النموذج أيضاً إطاراً للتعرف على نقاط القوة مثل فضول بيتر أو جدته لأمه الداعمة والمتعاونة، وكذلك الاحتياجات الأسرية. ومن شأن البناء على نقاط القوة واستهداف الاحتياجات المحددة أن يحسن إمكانية حدوث نتائج إيجابية. ويثبت

نموذج منظمة الصحة العالمية أيضاً قيمة النموذج متعدد الأبعاد للتدخل المبكر الذي يتضمن عادة إسهامات من جانب عدد كبير ومتنوع من المهنيين الصحيين والتربويين والاجتماعيين. ومن المؤكد أن عناصر الدعم الأسري والدمج المجتمعي التي تؤكد عليها في هذا الفصل أساسية للتدخل الناجح.

هل ينجح التدخل المبكر؟

إن السؤال حول نجاح التدخل المبكر لا يختلف في رأي البعض عن السؤال "هل الغذاء الصحي مفيد لك؟" أو السؤال "هل يجب أن تعالج العدوى الخطرة في بداية المرض أم بعد أن تكون البكتيريا قد تمكنت من الجسم؟" لقد أوصت الأكاديمية الأوروبية لإعاقة الطفل European Academy of Child Disability بـ "ضرورة توفير بعض الخدمات أو التسهيلات باعتبارها حق أساسي في مجتمع معنتي، وليس تنفيذاً لما يقرره اختبار علمي صارم للفعالية" (McConachie, Smyth, & Bax, 1997, p. 5). وهذا التصريح الاستفزازي يمثل لغزا صيغ بطريقة أفضل في تعليقات أخرى للأكاديمية :

إن مقدمي الرعاية الصحية مسئولون عن اختبار فعالية أية برامج مصممة للأطفال ذوي الإعاقات وتحديد العلاجات غير الفعالة. لكن في المقابل أصبح توفير خدمات معينة مثل التدخل المبكر حقا مقررأ، رغم عدم وجود طرق تقييم ملائمة حتى الآن.

(McConachie et al., 1997, p. 5)

هل تحتاج طرق التدخل المبكر إلى أساس علمي مثبت؟ وفي الدول التي توجد فيها قوانين للإعاقة هل تكفل هذه القوانين التدخل المبكر كحق، حتى وإن كانت الخدمات غير مثبتة علمياً؟ تحدد تشريعات التدخل المبكر في الولايات المتحدة (القانون العام رقم ٩٩-٤٥٧ ورقم ١٠١-٤٦٧ ورقم ١٠٥-١٤) العناصر والإجراءات والضمانات الأساسية للتدخل المبكر، دون أن تكون في حاجة إلى دراسة واحدة تؤيد الخدمات التي تقدمها (انظر: <http://www.nectac.org/idea/idea.asp>).

ثمة أمثلة كثيرة للممارسات غير المثبتة التي تُنفذ في التعليم والطب والخدمات الاجتماعية. من ذلك على سبيل المثال أن الأطفال ذوي التوحد يُعطون عادة مكملات غذائية دون أن يكون لأي منها دليل علمي قوي على كفاءته في علاج أي من جوانب التوحد. وإذا تتبعنا متخصصاً من أي من هذه المهن على مدار يوم واحد، سنجد أن كثيراً مما يفعله يستند إلى أدلة ضعيفة أو ملتبسة، أو ربما حتى لا يستند أصلاً إلى أية أدلة. لكننا مع ذلك لا نقول بأن تتخذ أمثال هذه الممارسات كنموذج يحتذى في التدخل المبكر.

فحقيقة الأمر أن هناك أنشطة تبدو للوهلة الأولى مفيدة لدرجة واضحة لا تحتاج معها إلى أدلة على فائدتها، على الأقل من منظور بعض الناس. ومع ذلك فإن الممارسات التي كانت تعتبر مفيدة في وقت سابق يمكن أن يثبت الآن أنها ضارة. فعلى مدى سنوات كانت نوبات البرد تعالج بالمضادات الحيوية، وذلك في المقام الأول بناء على طلب المريض. وقد كان من النتائج الضارة لهذه الفكرة الخاطئة أن ظهرت مقاومة بكتيرية واسعة لهذه العقاقير. وثمة مداخل علاجية، مع أنها ليست ضارة في ذاتها، تفرض على الأسر مطالب مرهقة من حيث الوقت والجهد والموارد المالية. والخطر هو أحد الأسباب الوجيهة التي تحتم التوقف عن فعل أي شيء. لكن ممارسات التدخل يجب ألا تقيّم بناء على غياب الضرر وإنما على فوائدها: الكفاءة والفعالية وتبرير الكلفة. **الرؤية الكبيرة^(٤)**

إن الدراسات التي تقيّم التدخل المبكر تبحث كل من الكفاءة والفعالية. تبحث دراسات الكفاءة Efficacy إمكانية نجاح التدخل في مواقف تجريبية مثالية خاضعة

(٤) ثمة تمييز في أدبيات علم الاجتماع بين مدخل الظواهر الكبيرة macro sociology ومدخل الظواهر الصغيرة micro sociology، حيث يهتم الأول بالعلاقات الكبيرة من نوع العلاقات بين النظم الاجتماعية الرئيسة كالنظام السياسي والاقتصادي والتربوي والديني وما إلى ذلك، بينما يهتم الثاني بالعلاقات الصغيرة من نوع خصائص الفرد وبيئته المباشرة وعلاقاته الاجتماعية. وتتعلق الرؤية الكبيرة التي يقدمها المؤلف هنا بفعالية التدخل المبكر ككل في علاقته ببنى اجتماعية مثل الأسرة والاقتصاد والنتائج بعيدة المدى لبرامجه، بينما تتعلق الرؤية الصغيرة بمدى فعالية برامج التدخل المبكر الخاصة بإعاقات محددة وبأفراد معينين في بلوغ أهدافها والجدوى الفعلية منها المترجم.

للسيطرة يلتزم فيها كل المشاركين بكل جوانب المعالجة التي تجري دراستها. بينما تصمم دراسات الفعالية Effectiveness لتحديد مدى نجاح التدخل في المواقف الواقعية التي يغلب عليها عدم الالتزام بالجوانب السابقة سواء من جانب مقدم الرعاية أو متلقيها (Cadman et al., 1987).

وحتى إذا ثبتت كفاءة أو فعالية التدخل المبكر، يظل هناك سؤالاً مهماً: هل يبرر التدخل استثمار الموارد المالية المتوقعة؟ وفي حالة بيتر إذا كان من شأن التدخل لعلاج تأخر اللغة التعبيرية عند عمر ٣٠ شهراً يمكن أن يعفينا من الحاجة إلى علاج وتربية خاصة أكثر كثافة (وأكثر تكلفة) فيما بعد، يمكن الدفع بأن التدخل المبكر فعال من حيث الكلفة Cost-effectiveness. علاوة على أن التدخل مع بيتر إذا كان يتضمن مساعدة والدته في تنمية المهارات الوالدية ومهارات إدارة المنزل وإيجاد عمل بدوام جزئي، بما يساعد في الحفاظ على الأسرة وعدم حاجتها إلى الإعانات العامة، فإن ذلك يؤدي بالتأكيد إلى الحفاظ على المال العام. لكن هناك، في المقابل، تدخلات أخرى لا تُظهر جدوى من حيث الكلفة على المدى البعيد، مثل العلاج الطبيعي لطفل يعاني من نقص توتر Hypotonia خلقي بسيط (الذي يتحسن طبيعياً) والعلاج الفردي المكثف للنطق والكلام لطفل يُظهر تأخراً نمائياً شاملاً.

وقد أظهر كثير من الدراسات التحليلية البعدية^(٥) للتدخل المبكر ومراجعاته فوائد إيجابية عامة للتدخل المبكر، رغم وجود دراسات كثيرة تثير تساؤلات منهجية وجيهة. يشمل مفهوم التدخل المبكر أبعاداً كثيرة مختلفة تبدأ من الفرد إلى الأسرة ثم المجتمع. ولذلك فليس من المفاجئ أن تكون الدراسات المنضبطة وغير المنضبطة

(٥) يقصد بالدراسات التحليلية البعدية meta-analyses مراجعة الدراسات السابقة حول موضوع معين خلال فترة زمنية محددة للوقوف على مدى إتفاق هذه الدراسات من حيث النتائج للوصول إلى أفضل الممارسات (المترجم).

لأعداد كبيرة من المشاركين بما يسمح بالتحليل الإحصائي للمتغيرات المتضمنة والاختلافات الفردية مكلفة مادياً. كما أنها غير مقبولة أيضاً لأنه من الصعب، وربما غير الأخلاقي، ألا نقدم أي تدخل لمجموعة ضابطة بالمعنى الصارم. وقد نُشرت تحليلات بعدية كثيرة لكفاءة التدخل المبكر، وبعضها يستشهد به كثيراً (مثل: Casto & Mastropieri, 1986; Shonkoff & Hauser-Cram, 1987). ورغم صعوبة الخروج باستنتاجات حول تدخلات محددة، فقد انبثقت موضوعات معينة. من ذلك مثلاً أن البرامج التي أشركت الوالدين، وليس الأطفال فقط، كانت أكثر فعالية من البرامج التي تضمنت منهجاً مخططاً وأطفال ذوي أنواع مختلفة من الإعاقات (وليس برنامج لفئة محددة، كأن يكون مثلاً للأطفال ذوي الشلل الدماغي أو التوحد). يقدم كتاب غورالنيك (Guralnick, 1997) مراجعة نقدية للدراسات التي تصدت لبحث فعالية التدخل المبكر، وقد خلُص إلى استنتاج عام يقول أن برامج التدخل المبكر "تؤتي ثمارها".

أجرت شركة راند RAND مراجعة موضوعية للأدلة العلمية المتوفرة حول تدخلات الطفولة المبكرة (Karoly et al., 1998). وقد عرفت الدراسة التدخلات في الطفولة المبكرة بأنها محاولات الوكالات الحكومية وغيرها من المنظمات لتحسين صحة الأطفال ونموهم وتحصيلهم التعليمي ورفاههم الاقتصادي. وتمثل الهدف من الدراسة في التحديد الكمي لفوائد هذه البرامج للأطفال وذويهم والمجتمع بشكل عام. وقد تمثلت الفوائد قصيرة المدى في الجوانب النمائية مثل زيادة الأداء المعرفي، بينما تمثلت الفوائد طويلة المدى في الجوانب الاجتماعية مثل زيادة معدلات إكمال المدرسة الثانوية أو الاستقلال الاقتصادي. والدرس المهم الذي يمكن تعلمه من هذه المراجعة هو أن التدخلات في الطفولة المبكرة ذات الأهداف الواضحة يمكن أن تنتج فوائد قابلة للقياس في المدى القريب، وأن بعض هذه الفوائد يبقى لفترة طويلة بعد انتهاء البرامج.

الرؤية الصغيرة

لقد جاءت نتائج البحوث حول فعالية التدخل المبكر مختلطة بالنظر إلى المكونات المحددة وخصائص البرامج والمشاركين. وكتاب غورالينك الشامل حول فعالية التدخل المبكر يضم تلخيصاً ممتازاً للأدبيات حول تدخلات محددة، وسوف استخدم هذا الكتاب كأساس للعرض التالي.

الأطفال المحرومون

فحص بريانت وماكسويل (Bryant and Maxwell, 1997) أربعمائة من دراسات الزيارات المنزلية تراوحت نتائجها من غير فعالة إلى فعالة جداً. وقد وجد الباحثان أن اختلافات خط الأساس Baseline Differences بين المشاركين في مستوى الحرمان ربما تفسر هذه الاختلافات. فمن المنطقي أن تكون الزيارات المنزلية أكثر فعالية بالنسبة للأسر التي تعيش في جماعات تفتقر إلى الخدمات أو تعيش في فقر مدقع. والزيارات المنزلية الأكثر تكراراً أو البرامج القائمة على المراكز التي تمتد لفترات أطول تقدم أكبر فائدة للأطفال والوالدين. وقد كان أكثر البرامج المتمركزة حول الأسرة Programs Family-focused شمولاً من بين تلك التي فحصها بريانت وماكسويل، وهو برنامج نمو الطفل الشامل the Comprehensive Child Development Program، يقدم برنامجاً للطفولة المبكرة وتعليماً للوالدين وفصولاً لتعليم الكبار والقراءة والكتابة ومهارات العمل، لكنه مع ذلك لم يؤثر على الاتجاهات أو السلوك أو الجوانب المعرفية لدى الأطفال.

وقد خلص شيفر وكوهين (Schaefer and Cohen, 2000) من مراجعتهم للبرامج التعليمية للطفولة المبكرة إلى أن البيئات عالية الجودة المتمركزة حول الطفل خارج المنزل تقدم أفضل النتائج مع الأطفال المحرومين اقتصادياً. بينما يأمل صناع السياسات أن تُحدث برامج الزيارات المنزلية تغييرات في الممارسات الوالدية يمكن أن تتحول

بدورها إلى مكاسب نمائية للأطفال المعرضين للخطر. لكن لسوء الحظ لم تؤيد الدراسات الموثوقة لمثل هذه البرامج هذه الفرضية (Gomby et al, 1999).
الأطفال ناقصو الوزن عند الولادة

لاحظ بليير ورامي (Blair and Ramey, 1997) أن الأطفال ناقصي الوزن عند الولادة low birth weight (LEW) يظهرون معدلات أعلى في المشكلات الصحية والعصبية - النمائية neurodevelopment والنفسية. وقد قامت عدة دراسات سليمة منهجياً منذ عام ١٩٨٦م بملاحظة فعالية كل من البرامج القائمة على المركز Center-Based Programs والقائمة على المنزل Home-Based Programs للأطفال ناقصي الوزن عند الولادة، ووجدت أن التدخل يخفف من التراجع في درجات معامل الذكاء الذي يحدث بين الأطفال ناقصي الوزن عند الولادة على مدار السنوات القليلة الأولى من الحياة مقارنة بالأطفال ذوي الوزن الطبيعي عند الولادة. ووجد الباحثان أيضاً أن التدخلات المكثفة الشاملة التي تبدأ مبكراً تكون فعالة في الغالب. وعلى كل فإن فعالية التدخل تتأثر بالوزن عند الولادة ومستوى تعليم الأم.

يمثل برنامج صحة الطفل ونموه Infant Health and Development Program (IHDP) أهمية خاصة بين دراسات التدخل المبكر للأطفال ناقصي الوزن عند الولادة. تضمن التدخل في هذا البرنامج زيارات منزلية نصف شهرية تبدأ بعد انتهاء العمل بالمستشفى وحضور خمسة أيام أسبوعياً في أحد مراكز نمو الطفل يقدم منهجاً متطوراً ويركز على تفاعلات البالغين مع الطفل في المنزل. وقد لاحظ الباحثون حدوث تأثيرات إيجابية للتدخل على معامل الذكاء والصحة والسلوك عند الشهر ٣٦ من عمر الطفل. ووجدوا أن الأطفال الأكثر وزناً عند الولادة وذوي الأمهات الأقل تعليماً استفادوا أكثر من التدخلات. لكن تلك التأثيرات اختفت في عمر ٥ سنوات، باستثناء تأثيرات البرنامج على ذكاء الأطفال الذين تراوحت أوزانهم عند الولادة بين ٢٠٠١ و ٢٥٠٠ جراماً

(Brooks-Gunn et al, 1994). توضح هذه النتائج أن فهم العوامل التي تسهم في المخرجات العقلية بعيدة المدى لا يزال محدوداً (Baumeister & Bacharach, 2000).
الأطفال المعرضون لخطر المشكلات العصبية - الحركية

لم يتم أي من العلوم المنخرطة في مجال التدخل المبكر بإخضاع ممارساته لفحص علمي دقيق أكثر مما فعل العلاج الطبيعي Physical Therapy. وللأسف لا توجد أدلة واضحة على فعالية التدخلات مع الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة الحركية (Pakula & Palmer, 1997). فلم تُظهر التحليلات البعدية لدراسات التدخل مع الأطفال ذوي الإعاقات الحركية المعروفة إلا تأثيرات معالجة من صغيرة إلى متوسطة فحسب. بل كانت التأثيرات الإيجابية في المخرجات الحركية هي الأضعف مقارنة بالمخرجات المعرفية واللغوية (Harris, 1997).

وقد خَلَص هاريس (Harris, 1997) من مراجعته الممتازة للبحوث حول التدخلات العلاجية للأطفال الصغار ذوي الإعاقات العصبية - الحركية Neuromotor إلى أن تركيز العلاج الطبيعي والدراسات التي تحاول تبرير هذا التركيز كانت تسيء في اتجاه خاطئ، حيث كان المعالجون يحاولون أن يغيروا الإعاقات الأساسية الناتجة عن تلف في الجهاز العصبي المركزي (مثل التوتر العضلي الشاذ أو الأنماط الحركية الشاذة أو تقلص المفاصل) أو أن يُسرِّعوا بلوغ المهارات الحركية الأساسية. بينما كان الأحرى بالمعالجين الطبيعيين، كما يذهب هاريس، هو أن يوجهوا تدخلاتهم نحو: (١) تمكين الطفل من أن يكون أكثر استقلالية وأن يشارك في بيئات غير مقيدة، (٢) تعليم الآباء والأمهات والمعلمين ومقدمي الرعاية الآخرين أساليب تحسین مشاركة الطفل وتقليل الضغط الأسري (نموذج المشاركة والجوانب البيئية لمنظمة الصحة العالمية).

متلازمة داون

لاحظ سبايكر وهوبمان (Spiker and Hopmann, 1997) أنه لم تحظ متلازمة وراثية في ميدان التدخل المبكر بالانتباه الذي حظيت به متلازمة داون. فنظراً لأن متلازمة

داون تتميز بسمات فريدة وسهلة التمييز كان الأطفال ذوو هذا الاضطراب من أوائل الأطفال الذين أُدرجوا في برامج التدخل المبكر الناشئة وأُخضعوا للدراسة الإمبريقية. وبالفعل توجد أدبيات وفيرة قامت بتتبع التاريخ الطبيعي للإعاقات النمائية التي تصاحب متلازمة داون والتجاوب مع التدخلات المختلفة. ورغم الانطباع العام بأن الأطفال ذوي متلازمة داون يتجاوبون إيجابياً مع التدخل المبكر، فإن بعض الباحثين يفندون هذا الادعاء. وفي ذلك استنتج جيبسون وهاريس (Gibson and Harris, 1988) أن الأدلة لا يزال عليها أن تؤكد أن الأطفال ذوي متلازمة داون يستفيدون من برامج التدخل المبكر أكثر مما يستفيدون من المهارات الوالدية "العادية". وعلى ذلك فإن السؤال الذي يجب أن يطرح ليس عما إذا كان الأطفال ذوي متلازمة داون (أو أي اضطراب آخر) يستفيدون من الاهتمام الخاص في المجالات اللغوية والحركية والمعرفية، وإنما عما إذا كانت البرمجة المتخصصة أفضل من بيئة التربية الأسرية.

ولسوء الحظ لا تتوفر دائماً البيئات الأسرية المربية والداعمة، ليس لأن الآباء والأمهات لا يرغبون في توفيرها، وإنما لأن المتخصصين، خاصة في الميدان الطبي، كانوا على مدار القرن العشرين يقدمون تكهنات وتقديرات متشائمة حول هؤلاء الأطفال. وهو ما كان يدفع الآباء والأمهات إلى إخفاء أطفالهم أو وضعهم في المؤسسات، حتى منذ أعمار مبكرة جداً. وفي مثل هذه البيئات لا يكون مفاجئاً أن يفشل الأفراد ذوي متلازمة داون في بلوغ أقصى إمكاناتهم في النمو.

كان تركيز التدخل المبكر مع الأطفال ذوي متلازمة داون ينصب على تقليل معدل التراجع في التقدم النمائي الذي يحدث في العقد الأول من حياتهم، على أمل أن إعطاء هؤلاء الأطفال دفعة مبكرة سوف يمكنهم من بلوغ أقصى أداء معرفي وتكيفي. وإلى اليوم لا تزال الأدبيات تدعم هذه الفكرة، رغم وجود مشكلات منهجية كثيرة في الدراسات. ومن المؤكد أن التدخل المبكر يحقق فوائد قصيرة المدى

للأطفال ذوي متلازمة داون، لكن من غير المؤكد ما إذا كانت هذه الفوائد تبقى على المدى البعيد.

ثمة طريقة أفضل لفهم التدخل المبكر للأطفال ذوي متلازمة داون وهو دور الخبرة المبكرة، بمعنى إدخال الأطفال في مجموعة من الخبرات والتوقعات من شأنها أن تزيد مشاركتهم في الأنشطة والعلاقات الاجتماعية. لكن مقارنة بالخوف والتجمل اللذين كانت الأسر تشعر بهما في الماضي، أصبحت معظم الأسر تسعى إلى أن تجعل حياة هؤلاء الأطفال طبيعية قدر الإمكان وأن تدمجهم في كل جوانب حياة الأسرة والمدرسة والأنشطة الدينية والترفيهية. ويمكن لبرامج التدخل المبكر أن تساعد الأسر في فهم أطفالها ذوي متلازمة داون، وتقدير حدودهم وإمكاناتهم، والحصول على مساعدة في مجالات الضعف النمائي لدى الطفل، ودمج الطفل في كل الأنشطة العادية. ويقدم التدخل المبكر لمتلازمة داون نموذجاً جيداً لضرورة تفسير التدخل المبكر وتطبيقه على نحو واسع.

اضطراب طيف التوحد

من الواضح أن الانتشار العالمي لاضطراب طيف التوحد في ازدياد، رغم أنه من غير المعروف ما إذا كان ذلك يرجع إلى التحسن المتزايد في التعرف على الأفراد ذوي هذا الاضطراب واكتشافهم أم يرجع إلى زيادة فعلية في أعدادهم (Wing & Potter, 2002). وأياً كان السبب فإن برامج التدخل المبكر تفرق في عمليات إحالة الأطفال الصغار ذوي أشكال التأخر اللغوي والاضطرابات اللغوية والنظرة الاجتماعية Social Gaze المحدودة واللعب التخيلي والمحاكاة المحدودين والسلوك النمطي Stereotypic Behavior، حتى بات واضحاً أن هذا الاضطراب يشكل في الحقيقة طيفاً يمتد من الصعوبات الدنيا في هذه المجالات إلى أوجه القصور الوظيفية الحادة.

تتسم الأدبيات حول التدخل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالوضوح حول عدة قضايا، منها أن مناهج البرامج المقدمة لهم يجب أن تركز على

التعلم حول حالات الطوارئ والنظرة الاجتماعية وأخذ الدور والمحاكاة والانتباه المشترك والقصد التواصل. وكذلك يجب أن تتسم البرمجة بالثبات والكثافة وأن تشترك الأسر والمتخصصون في المسؤولية عن تنفيذ أساليب التدخل.

اضطرابات التواصل

تشكل اضطرابات اللغة والكلام مدى واسع ومتباين من الصعوبات تتضح في الجوانب النمائية للتواصل. على أن التواصل يتضمن أكثر بكثير من مجرد التلفظ، إذ يتضمن أداء معقداً من جانب المخ في أثناء التفاعل الاجتماعي مع البيئة، وهو أداء يتجاوز مناطق المخ التي كانت تُربط في السابق بالكلام والفهم اللفظي. ورغم ذلك تتعلق اضطرابات التواصل عادة باضطرابات اللغة والكلام والسمع فحسب.

وقد خُص ماكلين وجريب (McLean and Gripe, 1997) من مراجعتي لـ ٥٦ دراسة إلى أن التدخل المبكر مع طيف واسع من اضطرابات التواصل يمكن أن يكون فعالاً جداً في القضاء على تلك الاضطرابات أو على الأقل تخفيف تأثيرها على كلام الطفل ونموه اللغوي اللاحقين. وعند التصدي للإجابة عن السؤال حول العمر المحدد الذي يجب أن يبدأ عنده التدخل المبكر، لم تنجح الدراسات في تمييز التغير النمائي الطبيعي. فعندما يبدأ التدخل مع الأطفال في السنة الثالثة من العمر يكون من غير الواضح في بعض الأحيان ما إذا كان الطفل عنده اضطراب يتطلب تدخلاً أم تأخر نمائي يمكن أن يصحح ذاتياً مع النضج.

ليس هناك جدل كبير على أن الاضطرابات السمعية يجب أن تُكتشف وتُعالج منذ عمر مبكر. فكلما تأخر اكتشاف المشكلات السمعية زادت صعوبة علاج مشكلات التواصل من المستوى الثاني الأكثر صعوبة. وتبدأ بعض الدول الفحص السمعي في مستشفيات الولادة على فرض أن الإعاقة السمعية الخلقية إذا لم تُكتشف عند الولادة سيكون العمر المتوسط لاكتشافها بعد عمر ١٨ شهراً.

وبوجه عام يكون التدخل مع الأطفال ذوي كل أنواع اضطرابات التواصل أكثر فعالية وكفاءة في عمر مبكر منه عندما يقدم في عمر لاحق. ولا يمكن لنموذج واحد أن يلائم كل الأطفال، وإنما يجب أن يُحدّد لكل طفل أهداف محددة للمعالجة وبيئات محددة للتدخل (الجماعية في مقابل الفردية) وكذلك الإجراءات التي تلائمه أكثر من غيرها.

الأساس البيولوجي للتدخل المبكر

بغض النظر عن النتائج المختلطة لتقييم كفاءة وفعالية التدخل المبكر، ثمة أسباب بيولوجية تؤكد أن التدخل إذا ما نُفذ في الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة يمكن أن يحسن المخرجات النمائية للطفل بدرجة كبيرة. وقد تعلمنا الكثير منذ أوائل التسعينيات حول طريقة نمو المخ، بنائياً وتنظيمياً، في المرحلة الجنينية وفيما بعد الولادة.

فأصبحنا نعرف مثلاً أن المخ بنهاية السنة الثانية من العمر يكون قد بلغ أربعة أخماس وزن مخ الإنسان البالغ وحجمه. ومن المؤكد أن المخ ينمو بسرعة كبيرة بداية من الحمل وعلى مدار السنوات الأولى من الحياة. يمر نمو المخ بخمس مراحل حرجة تحدث قبل الولادة. تنتهي المرحلة الأولى - التكاثر العصبي Neural Proliferation - في الشهر الخامس من الحمل، وفيها تكون كل الخلايا العصبية التي يتكون منها المخ - حوالي ١٠٠ مليار خلية - قد تكونت بالفعل. وفي المرحلة الثانية - الهجرة العصبية Neural Migration - تبدأ الخلايا العصبية بالهجرة إلى القشرة الخارجية للمخ. وتكتمل هذه العملية الحساسة بنهاية الشهر السادس من الحمل. ينتج عن هذه الأحداث تَكُون "البنية التحتية والتوصيلات" Hardware and Wiring الأساسية اللازمة للمدخلات الحسية ومعالجة المعلومات والمخرجات الحركية. وتتضمن المرحلة الثالثة عملية تسمى التشبيك أو تَكُون المشابك Synaptogenesis، وفيها تطور الخلايا العصبية وصلات (أو مشابك عصبية) تمكنها من التوصيل من خلية لأخرى. وفي هذه المرحلة تتكون مشابك ووصلات عصبية أكثر من اللازم، ولذلك يحدث "التشذيب" Pruning في المرحلة

الرابعة، حيث يُخفّض عدد الوصلات بحيث لا يبقى إلا ما يستخدم منها وما يكون مطلوباً. وفي المرحلة الخامسة تُكسى الأعصاب بالميالين Myelin، وهو عبارة عن غمد دهني يُسرّع إرسال النبضات الكهربائية، خاصة على طول الأعصاب التي تمتد من المخ إلى الحبل الشوكي. ونتيجة لذلك تُنفذ الأوامر أنياً تقريباً. تُملّين Myelinated الأبنية المعرفية البدائية والمتعلقة بالبقاء أولاً فيما بعد الولادة مباشرة، بينما تُملّين الأبنية الوظيفية التنفيذية في عمر المراهقة ومطلع البلوغ. تكفي هذه المعلومات وحدها لتبرير التدخل المبكر، لكن تظل الحاجة واضحة إلى إيجاد أفضل الطرق لتسهيل نمو المخ النموذجي في الفترات الحرجة وتقليل تأثير التلف والاستفادة من محاولات المخ للإصلاح الذاتي (Shonkoff & Phillips, 2000).

الفترات الحرجة في نمو المخ

حدث في التسعينيات انفجار في البحوث حول التعلم المبكر وعلاقته بنمو المخ. حينذاك أعلن الرئيس بل كلنتون التسعينيات "عقداً للمخ" في الولايات المتحدة. وفي هذا العقد حدثت اكتشافات، ليس فقط حول الطريقة التي يمكن أن يتعلم بها الأطفال حديثي الولادة، وإنما أيضاً حول مقدار ما يعرفه الأطفال عند الميلاد. من ذلك مثلاً أن أثبتت باتريشا كول Patricia Kuhl من جامعة واشنطن أن الأطفال حديثي الولادة يولدون بأفخاخ مَوْلَفة prewired على إدراك الأصوات الموجودة في كل اللغات البشرية. وأنهم يفقدون هذه القدرة على مدار السنة الأولى من العمر، ولا يحتفظون إلا بالأصوات التي يتعرضون لها في بيئاتهم. فالأطفال اليابانيون، على سبيل المثال، يميزون عند الولادة بين الصوتين "ل" و"ر"، لكنهم يفقدون هذه القدرة بحلول الشهر التاسع من العمر (Kuhl et al, 1992).

وربما تكون هناك بعض الأوقات الحرجة للتعلم. فمن المعروف أن الأطفال الذين يجرمون من الخبرة البصرية المبكرة يمكن أن يفقدوا البصر بشكل دائم. وفي تجارب

الحيوانات يؤدي مثل هذا الحرمان إلى تدهور كبير في الوصلات بين الخلايا العصبية في القشرة البصرية (Hubel & Wiesel, 1970). وعندما تُفقد هذه الوصلات فإنها لا تصلح نفسها. وبالمثل ربما يكون من بين جوانب اللغة ما يكون المخ مهيناً لاكتسابها في حال توفر الإشارة الملائمة. وفي حال غياب تلك الإشارة، تُفقد تلك الجوانب (مثل إدراك الأصوات). وقد أشار بروار وجرينوف (Bruer and Greenough, 2001) إلى هذه الظاهرة باسم "توقع الخبرة" Experience Expectant. وهي الفكرة نفسها التي تطورت إلى "إما أن تستخدمها أو تفقدها!" Use or Lose it. معنى ذلك أنه في بعض الوظائف يبدو أن الأطفال يولدون مزودين بقدرات قبلية يجب ممارستها من أجل الحفاظ عليها.

ومن حسن الحظ أن القدرة على التعلم لا تقف عند عمر معين، مع أن الأطفال الصغار يكونوا أسرع في التعلم والنمو. فالأطفال الصغار يكونوا أبرع بالتأكيد في تعلم اللغات الجديدة من المراهقين أو البالغين. وبالطبع لا تعكس مناهج اللغات الأجنبية هذه الحقيقة جيداً. فنادرًا ما يبدأ التدريب على اللغة الأجنبية قبل المدرسة المتوسطة، ولا يبدأ في الغالب قبل المدرسة الثانوية. وقد وصف بروار وجرينوف (٢٠٠١م) هذا النوع من التعلم بالتعلم "المعتمد على الخبرة" Experience Dependent. فدون خبرات معينة لن يستطيع المرء أن يتعلم بعض الأشياء، كأن لا يستطيع المرء أن يتعلم كيف تكون لسعة الثلج على الوجه إلا عندما يخرج والسماء تمطر ثلجاً. وبنفس الطريقة فإن الطفل الذي يعاني من شلل الحبل الشوكي Spina Bifida قد لا يتعلم علاقات الحجم والشكل لأنه لا يستطيع أن يدخل في دواليب المطبخ للعب بالقدر والأواني.

الإصابة والإصلاح الذاتي

تحدث عمليات نمو المخ المدهشة بطريقة منظمة ومحددة ما لم يكن هناك تأثيراً معوقاً مثل حذف الكروموسومات Chromosome Microdeletion (كما يحدث في متلازمة برادر فيلي Prader-Willi syndrome) وإصابات الضمور في الرحم Intrauterine Infection

(مثل الفيروس المضخم للخلايا cytomegalovirus والحصبة الألمانية) والتعرض للكيميائيات الخطرة (مثل الكحول) أو الإصابات^(٦) Trauma (مثل الاختناق في أثناء الولادة). وحتى في حال التعرض لهذه الأحداث المؤسفة، توجد أدلة على أن المخ يحاول أن يصلح نفسه. فمقارنة بالمخ البالغ يكون المخ النامي في البداية خلايا عصبية عاطلة تعمل كاحتياطي عصبي من أجل الإصابات الممكنة (Sarnat, 1996).

ولكي تعمل هذه "المرونة" بعد الإصابة، كما يوضح فاريل وهوبر (Farel and Hooper, 1995)، لا بد أن تتكون خلايا عصبية جديدة أو أن تقوم مناطق سليمة بالتعويض عن المناطق التي أصيبت. ورغم التقدم في مجال التجديد Regeneration، يعد هذا الشكل من التعافي محدوداً. وكما أوضحنا في موضع سابق، فإن العدد الإجمالي للخلايا العصبية وهجرتها إلى المناطق المختلفة بالمخ تكتمل بنهاية الثلث الثاني من الحمل. ومع ذلك تقترح البحوث أنه في بعض مناطق المخ (مثل قرين أمون أو قاع المخ hippocampus) تضاف خلايا عصبية جديدة، حتى في سن البلوغ. والمشكلة هي أنه حتى إذا كانت هناك طريقة للتعويض عن الخلايا العصبية المفقودة (ولو حتى في المستقبل)، فلا بد أن نحدد مكانها الملائم في الجهاز العصبي ونعيد ربطها بالشبكة المعقدة من الخلايا العصبية الأخرى. ويمكن للعمل المكثف على مستوى العلوم الأساسية أن يجعل ذلك ممكناً في يوم ما.

والتعويض يكون ممكناً وفعالاً فقط في الفترات الحرجة لنمو المخ، وفقط ضمن حدود بيولوجية معينة. معنى ذلك أن الخلايا العصبية في القشرة القذالية المبرجة لتفسير الصور البصرية لا يمكن أن تعوض عن الخلايا العصبية التالفة في القشرة الصدغية المستولة عن الفهم السمعي. وتعمل الإثارة على تحسين الوصلات العصبية الجديدة،

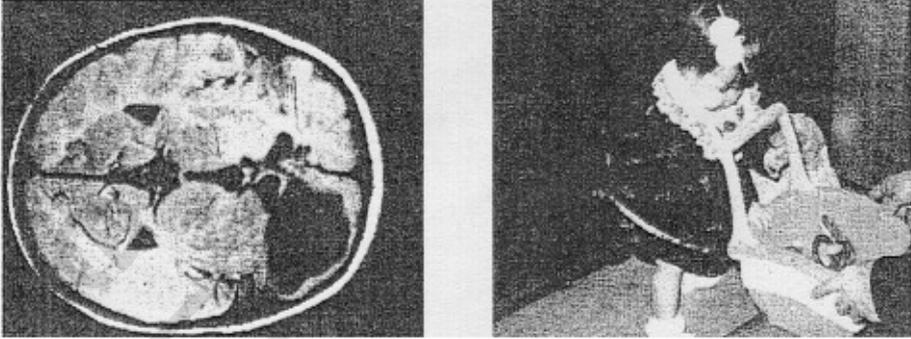
(٦) يستخدم هذا المصطلح عادة لوصف الحالات التي يتعرض فيها الفرد لإصابات ناتجة عن حوادث بيئية مثل الحوادث المنزلية أو المرورية أو الحوادث في مكان العمل (الترجم).

حيث تكون هيمنة نصفي المخ الكرويين قابلة للتغيير، وحيث يمكن استخدام مناطق مختلفة من المخ لنفس المهمة.

يبين الشكل رقم (١,٣) قدرة المخ إلى الإصلاح الذاتي Self-repair. وتوضح الصورة اليسرى من الشكل مسحا مخياً مصوراً بالحاسوب لطفلة في عمر أربعة أشهر تعرضت لإصابة مخية رضوية نتيجة لشكل من الإساءة. يكشف المسح عن دمار واسع وحاد في أنسجة المخ. وقد اقترح فحص أجري للطفلة بعد شهر واحد من الإصابة أنها يمكن أن تعاني من شلل دماغي وتأخر عقلي. وقد أجرى مؤلف هذا الفصل فحصاً نمائياً وعصبياً للطفلة عند عمر سنة (انظر الصورة اليمنى في الشكل رقم ١,٣)، فجاءت النتائج طبيعية تماماً. فرغم الضرر الواضح المبين في المسح، تمكن مخ الطفلة من التكيف والتعويض عن الأجزاء المتضررة. ورغم أن مثل هذا التحسن الكامل وغير المتوقع لا يحدث في كل حالات الإصابة المخية الرضوية في الطفولة المبكرة، يوضح هذا المثال مرونة المخ، حتى وإن كانت العوامل المحددة التي تسهل هذا التحسن المثير لا تزال غير معروفة.

توضح النتائج المتناقضة لدراسات التدخلات المختلفة للأطفال ذوي الإعاقات أو عوامل الخطر المحددة أنه لا يزال من غير المعروف إلى الآن كيف يمكن الاستفادة بالكامل من مرونة المخ وقدرته على التعافي. ولعل الخيارات الأكثر وضوحاً هي التدخلات التي تسهل ميل الطبيعة للتصحيح الذاتي أو على الأقل تخفيف تأثيرات الإصابة.

وعندما يتعذر منع التأثير المسبب للإعاقة، يمكن للجهود الوقائية من المستوى الثاني أن تقلل من مضاعفات القصور العصبي. فمثلاً إذا لم تأخذ الأم حامض الفوليك folic acid في أثناء الحمل وأصيب طفلها بشلل الحبل الشوكي، يمكن لتسهيل حركة الطفل أن يساهم في بناء مشابك عصبية جديدة نتيجة لفرص التعلم المتزايدة في بيئة ممتدة.



الشكل رقم (١,٣). تبين الصورة اليسرى مسحاً بالحاسوب لمخ طفلة تعرضت لإصابة مخية رضوية نتيجة للإساءة وهي في شهرها الرابع من العمر. توجد بالمخ مناطق كثيرة متضررة. وتعرض الصورة اليمنى نفس الطفلة وهي في عمر سنة واحدة، حينما كشف فحص ثنائي وعصبي عن نتائج طبيعية تماماً.

مؤدى ذلك إن مجرد إزالة العوائق من أمام عمليات نمو المخ النموذجية في التدخل المبكر قد يكون التدخل الأهم والأكثر فعالية. وربما لا تكون ثمة حاجة إلى برامج تدريبية معقدة أو مكلفة. وبمجرد التفكير في العمليات النمائية النموذجية وكيف يمكن أن تُسهّل من خلال التدخلات مع الطفل والأسرة والبيئة يضمن الفعالية. من إجادة المهارات إلى الكفاءة الاجتماعية

شهد ميدان التدخل المبكر تحولاً فلسفياً رئيساً بعيداً عن التركيز على مجرد اكتساب وممارسة المهارات النمائية إلى تنمية الكفاءة الوظيفية والاجتماعية. ينتقد زيجلر (Zigler, 2000) أولئك الذين يبنون تقييماتهم للتدخل المبكر على قدرة البرامج على رفع درجات معامل الذكاء، ويشجع الزملاء في ميدان تربية الطفولة المبكرة Early Childhood Education على النظر أبعد من البؤرة المعرفية الضيقة إلى القاعدة

الأوسع للأداء الإنساني في المجتمع ، وهي مجموعة من المهارات تؤلف معا مفهوم الكفاءة الاجتماعية Social Competence.

إن برامج التدخل المبكر التي تنجح في تحقيق فوائد طويلة المدى تكون في الغالب ذات قاعدة واسعة وتتضمن مشاركة قوية من جانب الوالدين. وقد وجدت الدراسات التي أجريت على برامج التدخل المبكر أو البرامج الإثرائية فيما قبل المدرسة التي تشتمل على مجموعات ضابطة للمقارنة أن المكاسب الحركية والمعرفية تكون عابرة، بينما تكون الفوائد الباقية لهذه البرامج في المجال الاجتماعي: تقليل التسرب من المدرسة والجريمة ومعدلات الحمل بين المراهقات.

ورغم هذا التحول الفلسفي ، لا تزال غالبية خدمات التدخل المبكر تميل إلى التركيز على الجوانب المعرفية والحركية لثلاثة أسباب: أولاً لأن هذه الجوانب أسهل في التعرف عليها ، وثانياً لأن متخصصي الطفولة المبكرة تلقوا تدريبهم في الأساس للتعامل مع هذه الجوانب دون غيرها ، وأخيراً لأن الهيئات الصحية والتعليمية والوكالات المانحة ترحب بتمويل علاج هذه الجوانب أكثر من الجوانب الاجتماعية والانفعالية. لكننا مع ذلك لا نقول أنه لا يجب علاج المشكلات المعرفية والحركية ، وإنما يجب أن تعالج بهدف تحسين الكفاءة الانفعالية والاجتماعية في سياق الأسرة.

خاتمة: ربط الخلايا العصبية بالأشخاص والجماعات

لقد أدى التقدم العلمي إلى تحسين فهمنا للطريقة التي ينمو بها المخ وما يعوق النمو النموذجي للمخ والمداخل التي يمكن أن تساعد المخ في التعافي. ومع ذلك فهناك أطفالاً كثيرين يفشلون في بلوغ أقصى إمكاناتهم ليس بسبب أخطائهم المعيبة وإنما بسبب البيئة التي تنمو فيها أخطائهم. ولذلك فرغم أن التدخل المبكر ينجح مع الطفل ، فإن التحديات الرئيسة تكمن في الأسرة والمجتمع والأمة والعالم الذي يعيش فيه الطفل.

لقد نشرت لجنة التكامل بين علوم النمو في الطفولة المبكرة المكونة من المجلس القومي الأمريكي للبحوث ومعهد الطب تقريراً شاملاً حول المعرفة العلمية حول طبيعة النمو المبكر (Shonkoff & Phillips, 2000). كان التقرير يسعى إلى فهم تأثير الخبرة المبكرة على كل جوانب النمو: بدءاً من الدوائر العصبية للمخ النامي، إلى الشبكة المتسعة لعلاقات الطفل الاجتماعية، إلى كل من القيم الثقافية الدائمة والمتغيرة للمجتمع الذي تربي فيه الأسر أطفالها.

كما فحص التقرير أيضاً المسارات النموذجية للطفولة المبكرة، وكذلك المسار النمائي الشاذ الذي يسم تكييف الأطفال ذوي الإعاقات. ويمكن إجمال النتائج الرئيسية لهذا التقرير على النحو التالي:

- يولد جميع الأطفال مهياًين للمشاعر وجاهزين للتعلم.
- البيئات المبكرة مهمة ومؤثرة، وكذلك العلاقات الاجتماعية.
- المجتمع يتغير بينما لا تُعامل احتياجات الأطفال الصغار وفقاً لذلك.
- التفاوعات بين علوم الطفولة المبكرة والسياسات والممارسات إشكالية وتحتاج إلى إعادة نظر جذرية.

وقد تمثلت المهمة النهائية التي وضعتها اللجنة على كاهل المجتمع في أن يمزج بين شك العالم وعواطف المدافع المتحمس وبرجماتية صانع السياسات وإبداع الممارس وتفان الوالدين. ومن شأن استخدام هذه المعرفة أن يكفل حياة جيدة لكل الأطفال ومستقبلاً مزدهراً للعالم.

وكما يقول المثل فإن "الدرزة في حينها توفر تسعاً"، وكذلك التدخل الذي يبدأ مبكراً للمشكلات النمائية يوفر أسنح فرصة لمنع تفاقم مشكلات أكثر خطورة فيما بعد.

المراجع

References

- Amiel-Tison, C., & Grenier, A. (1986). *Neurological assessment during the first year of life*. New York: Oxford University Press.
- Baumeister, A.A., & Bacharach, V.R. (2000). Early generic education intervention has no enduring effect on intelligence and does not prevent mental retardation: The Infant Health and Development Program. *Intelligence*, 28(3), 161-192
- Blair, C., & Ramey, C.T. (1997). Early intervention for low-birth-weight infants and the path to second-generation research. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 77-97). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Brooks-Gunn, J., McCarton, C.M., Casey, P.H., McCormick, M.C., Bauer, C.R., Bernbaum, J.C., Tyson, J., Swanson, M., Bennett, F.C., Scott, D.T., Tonascia, J., & Meinert, C.L. (1994). Early intervention in low-birth-weight premature infants: Results through age 5 from the Infant Health and Development Program. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1257—1262.
- Bruer, J.T., & Greenough, W.T. (2001). The subtle science of how experience affects the brain. In D.B. Bailey, J.T. Bruer, F.J. Symons, & J.W. Lichtman (Eds.), *Critical thinking about critical periods* (pp. 209-232). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bryant, D., & Maxwell, K. (1997). The effectiveness of early intervention for disadvantaged children. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 23-46). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Cadman, D., Chambers, L.W., Walter, S.D., Ferguson, R., Johnston, N., & McNamee, J. (1987). Evaluation of public health preschool child developmental screening: The process and outcomes of a community program. *American Journal of Public Health*, 77(1), 45-51.
- Casto, G., & Mastropieri, M.A. (1986). The efficacy of early intervention. *Exceptional Children*, 52(5), 417-424.
- Chan, S. (1998). Families with Asian roots. In E.W. Lynch & M.J. Hanson (Eds.), *Developing cross-cultural competence: A guide for working with children and their families* (2nd ed., pp. 251-344). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Clinton, H.R. (1996). *It takes a village—and other lessons children teach us*. New York: Simon & Schuster.
- Dawson, G., & Osterling, J. (1997). Early intervention in autism. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 307-326). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Education of the Handicapped Act Amendments of 1986, PL 99-457, 20 U.S.C. §§ 1400 et seq.
- Farel, P.B., & Hooper, C.R. (1995). Biological limits to behavioral recovery following injury to the central nervous system: Implications for early intervention. *Infants and Young Children*, 8(1), 1-7.

- Gibson, D., & Harris, A. (1988). Aggregated early intervention effects for Down's syndrome persons: Patterning and longevity of benefits. *Journal of Mental Deficiency Research*, 32, 1-17.
- Gomby, D., Culross, P.L., & Behrman, R.E. (1999). Home visiting: Recent program evaluations: Analysis and recommendations. *Future of Children*, 9(1).
- Guralnick, M.J. (Ed.). (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Harris, S.R. (1997). The effectiveness of early intervention for children with cerebral palsy and related motor disabilities. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 327-347). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Hubel, D.H., & Wiesel, T.N. (1970). The period of susceptibility to the physiologic effects of unilateral eye closure in kittens. *Journal of Physiology*, 206, 419-436.
- Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997, PL 105-17, 20 U.S.C. §§ 1400 et seq.
- Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) of 1990, PL 101-476, 20 U.S.C. §§ 1400 et seq.
- Karoly, L.A., Greenwood, P.W., Everingham, S.S., Hoube, J., Kilburn, M.R., Rydell, C.P., Sanders, M., & Chiesa, J. (1998). *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, CA: RAND Corp.
- Kuhl, P.K., Williams, K.A., Lacerda, P., Stevens, K.N., & Lindblom, B. (1992). Linguistic experience alters phonetic perception in infants by 6 months of age. *Science*, 255, 606-608.
- McConachie, H., Smyth, D., & Bax, M. (1997). Services for children with disabilities in European countries. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39(Suppl. 76), 5.
- McLean, L.K., & Gripe, J.W. (1997). The effectiveness of early intervention for children with communication disorders. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 349-428). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Murray, T.R. (2000). *Comparing theories of early intervention*. Belmont, CA: Wadsworth.
- National Early Childhood Technical Assistance Center. (2002). *The Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)*. Retrieved October 23, 2002, from <http://www.nectac.org/idea/idea.asp>
- Pakula, A.L., & Palmer, F.B. (1997). Early intervention for children at risk for neuromotor problems. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 99-108). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (2nd ed., pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sarnat, H.B. (1996). Neuroembryology. In B.O. Berg (Ed.), *Principles of child neurology* (pp. 607-628). New York: McGraw-Hill.

- Schaefer, S., & Cohen, J. (2000, December). Making investments in young children: What the research on early care and education tells us. *Issue Brief*. Washington, DC: National Association of Child Advocates.
- Sharifzadeh, V. (1998). Families with Middle Eastern roots. In E.W. Lynch & M.J. Hanson (Eds.), *Developing cross-cultural competence: A guide for working with children and their families* (2nd ed., pp. 441-482). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Shonkoff, J.P., & Hauser-Cram. (1987). Early intervention for disabled infants and their families: A quantitative analysis. *Pediatrics*, 80, 650-658.
- Shonkoff, J.P., & Phillips, D.A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Spiker, D., & Hopmann, M.R. (1997). The effectiveness of early intervention for children with Down syndrome. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 271-305). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Thomas, R.M. (2000). *Comparing theories of child development* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 151-161.
- World Health Organization. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: Author.
- Young, M.E. (1996). *Early child development: Investing in the future*. Washington, DC: The World Bank.
- Zigler, E.T. (2000). Foreword. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. xi-xv). New York: Cambridge University Press.

نماذج توصيل الخدمات Service Delivery Models

- القضايا الثقافية وتقديم الخدمات في المناطق الريفية (جمهورية الصين الشعبية)
- الدمج المجتمعي (كوريا الجنوبية)
- المدخل التوسطي إلى التدخل المبكر (إسرائيل)
- ممارسات التدخل المبكر (إثيوبيا)

obbeikandi.com

القضايا الثقافية وتقديم الخدمات

في المناطق الريفية (جمهورية الصين الشعبية)

Cultural Issues and Service Provision in Rural Areas (China)

سومر تساي - هسج هسيا Summer Tsai-Hsing Hsia

هيلين ماكابي Helen McCabe

باو - جين لي Bao-Jen Li

إن جمهورية الصين الشعبية أصغر قليلاً في المساحة من الولايات المتحدة، بينما يبلغ سكانها أربعة أضعاف سكان الأخيرة. ففي مطلع القرن الحادي والعشرين بلغ عدد سكان جمهورية الصين الشعبية ١,٢٥ مليار نسمة، أي حوالي ٢٢٪ من إجمالي سكان العالم (Becker, 2000). وتأتي مقاطعاتها الشرقية بين أكثر مناطق العالم في الكثافة السكانية، بينما تعد مقاطعاتها الغربية من بين أقل مناطق العالم في الكثافة السكانية. والصين بتاريخها الذي يمتد إلى خمسة آلاف سنة تعتبر الحضارة القديمة المستمرة الوحيدة. وثقافة الصين غنية وعميقة وموثقة بشكل جيد. ورغم أن غالبية الشعب الصيني يفخرون ببلدهم، سواء إنجازاته

الحديثة أو سجله التاريخي الطويل من الإنجازات، فقد دأب مثقفو ومفكرو المملكة المتوسطة^(١) على مدى أكثر من ٢٠٠ سنة على التصدي لمزيج معقد من الأفكار والمفاهيم التقليدية والغربية. وقد تمثل الحل السهل في مجرد الفصل بين العنصرين عند فحص المعضلة: الشرق للقيم والغرب للعلم والتقنية (Scalapino, 1999). لكن القضية قد لا تكون بهذا الوضوح عندما يتعلق الأمر بتوفير الخدمات الإنسانية، خاصة تعليم الأطفال ذوي الإعاقات.

ففي مجال تصميم برامج التدخل تبنت جمهورية الصين الشعبية، كشأن الكثير من الدول النامية، نماذج توصيل الخدمة المطورة في الدول الغربية، خاصة الولايات المتحدة. غير أن التبني الكامل قد يكون إشكالياً لأن العناصر الأساسية التي تجعل هذه النماذج تنجح في الأماكن الأخرى قد لا تتوفر بسهولة في كثير من أجزاء الصين. ورغم أن الاقتصاد الصيني ينمو بسرعة مذهلة، فلا تزال أعداد كبيرة من السكان، خاصة في المقاطعات الداخلية، يعيشون في فقر. وفي المناطق التي تندر فيها الموارد، لا يتحمل أن تنفذ بنجاح الخدمات التي تحتاج إلى أشخاص مؤهلين من مجالات مختلفة وتعاون بين الهيئات ومشاركة من الوالدين.

يقدم هذا الفصل أولاً وصفاً لممارسات التدخل المبكر في جمهورية الصين الشعبية. وبعد هذه النظرة العامة يعرض الفصل كيف يلبي برنامج في مقاطعة سيشوان Sichuan حاجات الأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسرهم. كما يعرض الفصل أيضاً إستراتيجيات لتحسين جودة المعلمين وتصميم منهج فعال وتشجيع مشاركة الأسر.

(١) المملكة المتوسطة Middle Kingdom هو الاسم القديم للصين وهو يعكس كيف كان شعبها ينظر إلى بلده من حيث موقعها من العالم: في منتصف العالم (المترجم).

حكاية كينج كينج

مع فجر كل يوم تعبر كينج كينج Qing Qing وجدتها بو بو Po Po نهر يانجتسي للحضور في أحد برامج الأطفال ذوي الإعاقات. وهما في طريقهما إلى البرنامج يقوم بعض الأطفال الذين يرتدون الأزياء المدرسية ويضعون حقائب الكتب على ظهورهم بالتلويح للجددة بأيديهم الصغيرة. تتبع كينج كينج الأطفال إلى ساحة المدرسة لتحية العلم ثم تعود مع معلمها إلى مدرستها التي تلي المدرسة الابتدائية مباشرة. تبلغ كينج كينج ٥ سنوات من العمر وتعاني من بعض أشكال التأخر النمائي وشلل دماغي ناتج عن حادث غرق في نهر يانجتسي قبل أن تتم عامها الثاني. تنمو هذه الطفلة الصغيرة السعيدة والنشطة وتتقدم تدريجياً بفضل إصرار بو بو وحماتها لها. تحضر البنت الآن في مدرسة خاصة تقدم برنامجاً تربوياً لأطفال ما قبل المدرسة، حيث ترتدي زيّاً رسمياً وبطاقة مكتوب عليها اسمها، تماماً مثل التلاميذ في المدرسة العادية المجاورة. وقد سُميت المدرسة الخاصة عن قصد بنفس اسم المدرسة الابتدائية "زيانج يانج" حتى لا تحجل الجدة من أن تقول للجميع إن "حفيدتي تذهب إلى مدرسة البلدة". تقع مدرسة كينج كينج في الطابق الثاني في واحد من مجموعة من الأبنية المتراصة. تتميز تلك المدرسة المعتمدة ذات الإدارة الخاصة التي تبلغ مساحتها ٥٦٠ متراً مربعاً بأنها تمتلك تسهيلات وتجهيزات أفضل من غالبية البرامج التربوية في هذه البلدة الزراعية، بفضل الدعم الذي تحصل عليه من كلية المعلمين المحلية.

تقوم كينج كينج بمساعدة من أحد المعلمين بارتداء حذائها الخفيف المخصص للفصل عند المدخل، وتقلب بطاقة اسمها المعلقة على الباب لكي تعلن "أنا هنا في المدرسة". تبحث كينج كينج عن الكرسي المكتوب عليه اسمها وتجلس فيه، ثم تخرج كتاب التواصل الأسري من حقيبتها وتضعه في السلة. تكون الجدة بو بو في الغالب هي عضو الأسرة الذي يقرأ الكتاب الأزرق مع كينج كينج بطريقة الإشارات. فوالدا كينج كينج منفصلان، ووالدها وزوجته الجديدة ليسا على وفاق دائماً. لذلك يبدو أن الاعتناء بكينج كينج يشكل عبئاً على هذين الزوجين.

تدب الحياة والحياة في الفصل مع وصول أطفال أكثر وأكثر. ولا تنسى كينج كينج أن تحمي صديقها المفضل "زياو ما" الذي يجلس في كرسي صممه المعلمون له خصيصاً لكي لا يضطر لأن يرقد على ظهره طوال اليوم. و"زياو ما" من جانبه يتسم ويظهر لسانه عندما يرى كينج كينج. ترى المعلمة ذلك وترجم للطفل "صباح الخير يا كينج كينج"، فتضحك كينج كينج وتعود إلى مقعدها.

إن الفصل مقسم إلى عدة مناطق يمارس الأطفال فيها مهاراتهم في كل المجالات النمائية. وكينج كينج تتبع الروتين اليومي وتستمتع بوجودها مع أصدقائها ومعلميها. لكنها في المنزل ترفض أن تستجيب لزوجتها أبيها وتقاتل بإرادة قوية تذهل الجدة بو بو. ووالد كينج كينج من جانبه يتجنب العودة إلى المنزل قدر استطاعته.

أشار المعلمون على بو بو بأن تحث زوجة ابنها وتساعدتها على أن تتعامل بطريقة إيجابية أكثر مع كينج كينج. ورتبوا أيضاً لأن تأتي زوجة الأب إلى المدرسة قبل نصف ساعة من الميعاد المعتاد لكي يعلموها كيف تلعب الألعاب التي تفضلها كينج كينج. وبالطبع يجد المعلمون صعوبة كبيرة في إيجاد الموارد لدعم أسر مثل أسرة كينج كينج، بل إن ذلك غير ممكن في كثير من الأماكن في الصين.

تقيم المدرسة الابتدائية حدثاً خاصاً تشجيعاً منها لعرض بكنين باستضافة دورة الألعاب الأولمبية لعام ٢٠٠٨م. شاركت كينج كينج وأربعة من الأطفال الصغار الآخرين في الفصل في هذا العرض مع تلاميذ من المدرسة الابتدائية، وأخذوا جميعاً يرقصون على نغمات الموسيقى الصاخبة. جذب العرض حشداً كبيراً، منهم أسرة كينج كينج، التي لم تُظهر أي خجل على الإطلاق. فتلك البنت الصغيرة التي استسلمت تقريباً من قبل لمياه نهر يانجتسي الهادرة، تسعد الآن وتمتلى بالحياة وهي تركز في كل حركة تقوم بها.

السياق القومي

جمهورية الصين الشعبية دولة نامية كبيرة تنقسم إلى اثنتين وعشرين مقاطعة، وخمس مناطق تتمتع بالحكم الذاتي، وأربعة بلديات تدار مركزياً، ومنطقة واحدة ذات طبيعة إدارية خاصة. تخضع الصين ثقافياً وسياسياً لهيمنة الهان الصينيين Han Chinese الذين يشكلون ٩١,٩٪ من السكان. أما نسبة الـ ٨٪ الباقية فتتكون من ٥٥ أقلية معترف بها، منها الزوانج Zhuang والأويجور Uigur والهوي Hui واليائي Yi والتبتيين Tibetan والمياو Miao والمانشو Manchu والمنغوليين Mongol.

يشهد مستوى المعيشة تحسناً ملحوظاً في كل مناطق البلاد منذ أن بدأت الإصلاحات الاقتصادية والسياسية في عام ١٩٧٨م. وقد حققت المناطق الساحلية

نجاحاً كبيراً في تحسين اقتصادها، في مقابل حدوث تقدم أبطأ، وإن كان ملحوظاً، في المقاطعات الداخلية. تتمثل اللغة الوطنية في البوتوغوا Putonghua (التي تعني الكلام المشترك) أو المندرين Mandarin، وهي إحدى اللغات الخمس المعمول بها في الأمم المتحدة. ومعظم الأقليات العرقية لها لغاتها الخاصة. واللغة الصينية كلغة مكتوبة تستخدم منذ ستة آلاف عام.

تتأثر طريقة الحياة الصينية التقليدية بثلاث من أنساق المعتقدات: تعليمات كونفوشيوس والماوية والبوذية. أكد كونفوشيوس بقوة على فضائل الإحسان والاستقامة والاحتشام والحكمة والأمانة. كما شدد على طاعة واحترام الكبار. أما الماوية فهي دراسة "الطريق"، وتهتم بتحقيق الانسجام مع الكون. وتهدف البوذية إلى تعليم أتباعها كيف يبلغون حالة السعادة القصوى من خلال رفض العالم المادي.

ثمة "ست علاقات" تشكل الأساس لكل التفاعلات الاجتماعية بين الأفراد، وتقوم هي نفسها على العلاقة الأساسية بين الوالدين والأطفال. أول هذه العلاقات هي طاعة الأبناء Xiao التي تعني الاحترام والطاعة الكاملين من جانب الأبناء لأبائهم وأمهاتهم، وهي تتسع لتشمل العلاقات بين الحاكم والمحكومين والإخوة الأكبر والأصغر سناً والزوج والزوجة والمعلم والتلميذ والأصدقاء.

نظم الخدمات التربوية

أصدرت الصين في عام ١٩٨٦م قانون التعليم الإلزامي الذي ألزم الدولة بتوفير ٩ سنوات من التعليم لكل الأطفال. ومن أجل الوفاء بهذا المطلب، يكون على الطفل إما أن يقضي ٥ سنوات في المدرسة الأولية يليها ٤ سنوات في المدرسة المتوسطة الدنيا، أو ٦ سنوات في المدرسة الأولية يليها ٣ سنوات في المدرسة المتوسطة الدنيا. وفي مطلع القرن الحادي والعشرين كان النظام الثاني (٦-٣ سنوات) هو الأكثر شيوعاً. ورغم أن قانون التعليم الإلزامي يطالب بأن يقضي كل طفل ٩ سنوات في التعليم الرسمي، فمن

المقرر أن ثمة حقائق ووقائع على الأرض تحول دون تنفيذ هذا المعيار. ومن حيث إعمال قانون التعليم الإلزامي يمكن تقسيم جمهورية الصين الشعبية إلى ثلاثة فئات: (١) المدن والمناطق ذات التنمية الاقتصادية المرتفعة، (٢) البلدات والقرى ذات التنمية المتوسطة، (٣) المناطق ذات التنمية الاقتصادية المنخفضة أو المنعدمة. تشكل الفئتان الأوليان ٩١٪ من السكان، وفي هذه الأماكن أصبح معيار التسع سنوات معممًا تقريباً. أما المناطق ذات التنمية المنخفضة أو المنعدمة والتي تحتوي على ٢٥٪ من سكان الصين تقريباً فقد وضعت جداول متباينة لتطبيق التعليم الإلزامي بناء على التنمية الاقتصادية المحلية لكل منطقة.

يستخدم مصطلحاً ما قبل المدرسة Preschool ورياض الأطفال Kindergarten بنفس المعنى، وتغطي برامجهما مدة أقصاها ٣ سنوات، حيث يدخلها الأطفال في حوالي عمر الثالثة ويظلون بها حتى عمر ست سنوات عندما يدخلون المدرسة الابتدائية. إن لجنة التعليم الرسمية State Education Commission (SEC) هي الهيئة الإدارية الرئيسة التي تشرف على التعليم. ولجنة التعليم الرسمية هي التي تضع السياسات والقوانين المتعلقة بالتعليم وتنفيذها وتنسق عمل المدارس الفردية. وعندما وصل دنج زياوينج إلى السلطة في عام ١٩٧٨م وبدأ فترة الإصلاح والانفتاح على الخارج، ظهرت فرص تعليم الأطفال ذوي الإعاقات وانتشرت.

جاء في إحصاءات المسح الوطني حول حالة الإعاقات National Survey on the Status of Disabilities لعام ١٩٨٧م أنه من بين ٥٢ مليون معاق يوجد ٢,٤٦ مليون طفل أصغر من عمر السادسة (Epstein, 1992; Gargiulo & Piao, 1996). لقد بدأ تعليم الأطفال ذوي الإعاقات في الصين على نطاق ضيق في أواخر القرن التاسع عشر. وقد كانت الإرساليات الأمريكية والأوروبية أول من فتح مدارس للأطفال ذوي الإعاقات الحسية. وفي عام ١٩١٢م أنشئت أول مدرسة تربية خاصة يؤسسها الصينيون وحدهم،

وكانت مدرسة تدريب لكل من المعلمين والتلاميذ ذوي الإعاقات البصرية والسمعية، ثم افتتحت مدرسة مماثلة لهؤلاء التلاميذ في ناتونج بمقاطعة جيانجسو Jiangsu عام ١٩١٦ م. وبحلول عام ١٩٣٧ م كان هناك حوالي ٤٠ مدرسة من هذا النوع، وقد أغلق كثير منها في أثناء الحرب العالمية الثانية (Epstein, 1988; Ye & Piao, 1995). ومع تأسيس جمهورية الصين الشعبية في عام ١٩٤٩ م، أعيد فتح المدارس وتم ضم المدارس التي كان يديرها الأجانب إلى نظام التعليم العام (Yang & Wang, 1994).

منذ ذلك التاريخ أصبح تعليم الأطفال ذوي الإعاقات جزءاً من التعليم العام. وقد أنشئ أول فصل للأطفال ذوي الإعاقات المعرفية^(٢) في بكين عام ١٩٥٨ م، ثم افتتحت مدرسة أخرى في داليان Dalian عام ١٩٥٩ م. لكن المسيرة توقفت في أثناء فوضى الثورة الثقافية ١٩٦٦-١٩٧٦ م (Yang & Wang, 1994; Ye & Piao, 1995). ومنذ أن بدأت فترة الإصلاح والانفتاح في عام ١٩٧٨ م تحسنت فرص التعليم لكل الأطفال في كل أرجاء البلاد. وفي الوقت الراهن تقدم الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات الحسية^(٣) والمعرفية في بيئات متنوعة. وتوجد مدارس منفصلة مخصصة للأطفال ذوي الإعاقات في أغلب المدن. وفي عام ١٩٩٠ م كانت هناك ٧٤٦ مدرسة تربية خاصة حكومية تعمل كجزء من نظام التعليم العام. وثمة نوع ثاني من البيئات التعليمية هو فصول التربية الخاصة الملحقه بمدارس التعليم الابتدائي العام. وفي عام ١٩٩٠ م بلغ عدد هذه الفصول ١٨٨٥ فصلاً (Renmin Jiaoyu Press, 1991). يحصل التلاميذ في هذه المدارس والفصول على التعليم من الصف الأول إلى التاسع (يكافئ المدرسة الأولية والمتوسطة الدنيا)، وتضم بعض المدارس أيضاً فصول رياض أطفال للأطفال تحت عمر السابعة.

(٢) يقصد بها الإعاقات العقلية [المترجم].

(٣) يقصد بها غالباً الإعاقات البصرية والسمعية [المترجم].

ومنذ أوائل الثمانينيات بدأت أماكن تعليمية جديدة تتاح للأطفال ذوي الإعاقات. فأصبح الأطفال ذوي الإعاقات الحسية والإعاقات المعرفية البسيطة يتلقون تعليمهم على نحو متزايد في بيئات التعليم العام. وكانت أولى المدارس التي تطبق هذا التوجه هي تلك التي تقع في مناطق جبلية وريفية نائية، وذلك بداية من مطلع الثمانينيات. وربما كان ذلك بسبب نقص التمويل، ذلك أن هذه المناطق، على خلاف المدن والبلدات الأكبر التي تتوفر بها مدارس وفصول للتربية الخاصة، تفتقر إلى الأموال والبنية التحتية اللازمة لتوفير مدارس منفصلة ملائمة. فقد أدى الالتزام بتقديم ٩ سنوات من التعليم لكل التلاميذ، بما في ذلك التلاميذ ذوي الإعاقات، إلى الأخذ بصيغة التعليم الدمجي Inclusive Education، فقط باعتباره طريقة عملية وملائمة لتوفير التعليم لكل الأطفال (Chen, 1996, 1997).

السمات الرئيسة للتدخل المبكر

طورت الصين منذ منتصف الثمانينيات سياسات وبرامج التربية الخاصة للأطفال في عمر المدرسة وتوسعت فيها، ومع ذلك فلم يتطور التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات تحت سن السادسة إلا مؤخراً. وثمة تقارير كثيرة توفر معلومات عامة حول الأعداد الإجمالية لفصول ومدارس الطفولة المبكرة للأطفال ذوي الإعاقات. من ذلك أنه في عام ١٩٩٠م، كما ذكر كارتر وتشين وهوانج ويو (Carter, Chen, Hwang, and Yu, 1996)، كان هناك أكثر من ٦٠٠ فصل من فصول ما قبل المدرسة للأطفال ذوي الإعاقات تديرها في الغالب الجماعات المحلية. وقد أدمج الأطفال الصغار ذوي الإعاقات البسيطة والمتوسطة في الفصول العامة فيما قبل المدرسة. وإضافة إلى الفرص التي تتوفر في بيئات ما قبل المدرسة منذ أواخر الثمانينيات، بدأ الموظفون الصحيون وأولياء الأمور ينشئون ويديرون كثيراً من برامج التربية الخاصة للطفولة المبكرة (Mu, Yang, & Armfield, 1993; Yang & Wang, 1994).

تقدم هذه المعلومات لمحة عامة للتدخل المبكر في جمهورية الصين الشعبية في عام ٢٠٠٢م. ومن الواضح أن ثمة جهود تبذل وأن بعض الأطفال يتلقون خدمات التربية الخاصة. لكن إحصاءات معدلات القيد تكشف، مع ذلك، عن حاجة مستمرة لهذه الخدمات، حيث وجد تقرير في عام ١٩٩٧م أن أكثر من ٨٥٪ من الأطفال الصغار ذوي الإعاقات لا تتاح لهم حتى الآن فرصة للتربية المبكرة (Zhao, Guo, & Zhou, 1997). ويمكن لنظرة عن قرب على الممارسات المحددة في هذه البرامج أن تقدم فهماً أفضل للتدخل المبكر في جمهورية الصين الشعبية اليوم.

المنهج والممارسات الصفية

تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال الصغار في كل من المدارس والمؤسسات العامة والخاصة. وتعد مدرسة إجزنيون Xinyun ببكين التي أنشئت عام ١٩٨٦م من أول وأفضل برامج التدخل المبكر في جمهورية الصين الشعبية (Mao & Wang, 1994). وفي هذه المدرسة يتعلم الأطفال على شكل مجموعات وفردياً. ويؤكد المنهج المطبق على السلوك الاجتماعي والمهارات الحركية الكبيرة والدقيقة والمهارات اللغوية والمعرفية ومهارات مساعدة الذات، مع التركيز بشكل خاص على المهارات اللغوية والحركية الدقيقة

تقدم برامج كثيرة في مؤسسات صحية أو في مؤسسات خاصة يديرها أولياء الأمور. من أمثلة ذلك مركز نانجنج لبحوث الصحة العقلية للأطفال Nanjing Child Mental Health Research Center الحكومي الذي يقدم برامج تدخل قصيرة للأطفال الصغار ذوي التوحد، ومعهد بكين التعليمي للأطفال ذوي التوحد Beijing Xingxingyu Education Institute الذي أنشأه ويديره والد طفل توحدي.

ورغم وجود مدارس وبرامج كثيرة مخصصة لتعليم الأطفال الصغار ذوي الإعاقات المعرفية والتوحد، فإن النسبة الأكبر من برامج التدخل المبكر في الصين تخدم

الأطفال ذوي الإعاقات السمعية. تتضمن هذه البرامج فصولاً ملحقة بمدارس التربية الخاصة وفصولاً للأطفال ما قبل المدرسة ضمن مراكز التأهيل الوطنية للأطفال ذوي الإعاقات السمعية. ويمثل التعليم الدمجي فيما قبل المدرسة اتجاهاً متنامياً.

وإجمالاً فمن الواضح أن الصين تحقق تقدماً ملحوظاً في تطور خدمات التدخل المبكر. فقد بدأت كل من المناطق الفقيرة النائية والمناطق الحضرية مرتفعة التنمية في إنشاء برامج للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. وتتراوح طرق توصيل الخدمة من فصول التدخل المبكر في مدارس التربية الخاصة أو مراكز التأهيل إلى بيئات أكثر دمجاً ضمن فصول ما قبل المدرسة بالتعليم العام.

أدوار الأسر

تؤكد برامج كثيرة في الصين على مشاركة أولياء الأمور في خدمات التدخل المبكر والخدمات التي تقدم الدعم والتعليم لهم. وتتراوح أدوار الأسر من الملاحظة واللقاءات العرضية مع المتخصصين إلى شكل أكثر شمولية من المشاركة. وفيما يلي سنقدم وصفاً للبرامج التي تحتوي على مكونات أسرية.

يعتبر معهد بكين التعليمي للأطفال ذوي التوحد واحداً من البرامج الإبداعية للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسرههم. وفي هذا البرنامج يشارك أولياء الأمور بشكل نشط في تعليم أطفالهم لمدة ثلاثة أشهر، حيث يعملون كمدرسين أوليين تحت توجيه المعلمين، ويحضرون جلسة أسبوعية يحاضر فيها مدير البرنامج مركزاً على أساليب محددة ومبادئ التحليل السلوكي التطبيقي. وتلعب الأسر في هذا البرنامج من برامج التدخل المبكر أدواراً فعالة في تعليم أطفالهم، كما يحصلوا على دعم كبير أيضاً.

يقدم مركز نانجينج للصحة النفسية للأطفال Nanjing Child Mental Health، وهو برنامج آخر سبق ذكره، خدماته للأطفال ذوي التوحد، ويحتفظ هو الآخر بأدوار نشطة لأولياء الأمور. وهنا يقوم أحد الوالدين، على الأقل، بالحضور في الفصل مع

طفله. كما يشارك أولياء الأمور أيضاً بفعالية في حصص التربية الموسيقية والبدنية الجماعية اليومية.

تركز مدرسة "فرصة" Fortune على مشاركة أولياء الأمور، حيث تعقد هذه المدرسة لقاءات مع أولياء الأمور كل شهر وقبل العطلات. ويركز العمل مع أولياء الأمور على تحسين مهاراتهم في الملاحظة وكذلك حساسيتهم واستجاباتهم لتلميحات أطفالهم وسلوكهم (Mao, 1989).

كما شدد مشروع "مؤسسة إنقاذ الطفولة" Save the Child Instiution بمقاطعة إنهوي Anhui على أهمية العمل مع الأسر. وقد جاء من بين أهداف المشروع تعزيز الشراكة بين المعلمين والأسر. وهنا يقوم المعلمون بتنفيذ زيارات إلى بيوت تلاميذهم، وتقوم الأسر بزيارة مدارس أطفالها. وتشجع الأسر على الانخراط في البرنامج التربوي الفردي لأطفالها، وأن تلتقي مع الأسر الأخرى وأن تشارك في ندوات وحلقات نقاشية. ويرى كل من أولياء الأمور والمعلمين أن تدريب المعلمين والطرق الجديدة أدت إلى حدوث تحسن في الخبرات التربوية لكل الأطفال: العاديين وذوي الإعاقات (Holds-worth, 1993).

تحتوي برامج التدخل المبكر في منطقة هونجكو Hongkou بشنغهاي أيضاً على مكون التربية الأسرية. وهنا يتم تشجيع أولياء الأمور على المشاركة في مناقشات حول وضع الأهداف ومحتوى البرامج الفردية. ويعتقد أن أولياء الأمور نتيجة لمشاركتهم في التدريب التعاوني سيتمكنوا من استخدام طرق المعلمين التعليمية في المنزل ويعززون ما يتعلمه الطفل في المدرسة (Gao, Xiang, & Jing, 1999).

المؤثرات النظرية

لقد أثرت بحوث وخبرات التدخل المبكر الغربية على تطور التدخل المبكر في الصين. ومن أمثلة ذلك التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقات والأطفال المعرضين

للخطر مثل برنامج "بداية مثلى" Head Start Program في الولايات المتحدة. وقد أثرت برامج الدمج في مرحلة المدرسة وما قبل المدرسة في الخارج على التوجه الحالي للتدخل المبكر في جمهورية الصين الشعبية (Mao & Wang, 1994).

وقد كان للبحوث والخبرات الأمريكية في التحليل السلوكي التطبيقي أثر كبير على الإستراتيجية التعليمية المستخدمة في معهد بكين التعليمي للأطفال ذوي التوحد. فقد زار مدير المعهد مراكز في الولايات المتحدة ليتعلم حول كيفية استخدام التحليل السلوكي التطبيقي في تعليم الأطفال الصغار ذوي التوحد من خلال الملاحظة وجمع مواد متعلقة بالمنهج والبحوث.

المؤثرات السياسية

كانت مبادرة تعميم التعليم الإلزامي لكل الأطفال من أهم المؤثرات السياسية على ممارسات التدخل المبكر في جمهورية الصين الشعبية. وقد نص قانون التعليم الإلزامي لعام ١٩٨٦ م على أن تقوم الحكومات المحلية على كل المستويات بتوفير ٩ سنوات من التعليم الإلزامي (في المدارس أو الفصول الخاصة) للأطفال ذوي الإعاقات الحسية أو المعرفية (National People's Congress, 1986). وثمة تشريعات أخرى تتعلق بتعليم الأطفال ذوي الإعاقات، منها قانون جمهورية الصين الشعبية لعام ١٩٩٠ م حول حماية الأشخاص المعاقين الذي يعطي أولوية للتعليم الإلزامي للأطفال ذوي الإعاقات في عمر المدرسة، فضلا عن كونه أول قانون لتشجيع جهود الفرص التعليمية في الطفولة المبكرة (National People's Congress, 1990).

إن قانون التعليم الإلزامي، رغم أنه لا يفرض تعليم ما قبل المدرسة بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات، فقد أثر بقوة على إنشاء برامج في التدخل المبكر، حيث أن العمل على الوفاء بالهدف القومي المتمثل في ٩ سنوات من التعليم الإلزامي لكل طفل جعل إدارات التعليم المحلية تعتبر التدخل المبكر أحد طرق تلبية ذلك الهدف.

وقد أدى هدف تعميم التعليم الأساسي والصعوبة المتضمنة في بناء مدارس وفصول منفصلة جديدة وتزويدها بالمعلمين إلى جعل التعليم الدمجي أكثر الحلول ملائمة لتوفير التعليم لكل الأطفال. ويقدم التدخل المبكر للطفل أساساً للدمج الناجح (Chen, Ye, & Peng, 1995; Zhao, 1996; Zhou & Cheng, 1995). ونتيجة لهذا المنطق كان التعليم الإلزامي والسياسات الموجهة لخدمة ذوي الإعاقات من المؤثرات القوية على تطور التدخل المبكر.

تشكل القيادة مؤثراً سياسياً رئيساً آخر على الخدمات الإجمالية التي تقدم للأشخاص ذوي الإعاقات. من ذلك أن دينج بوفانج ابن الزعيم الصيني الراحل دنج زياوبنج يترأس الاتحاد الصيني للمعاقين، وهو الهيئة الحكومية المسؤولة عن مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقات. ودينج الذي يستخدم هو نفسه كرسي متحرك بسبب إصابة في الحبل الشوكي وقعت له في عام ١٩٦٨م يأتي أيضاً على رأس المدافعين عن المواطنين الصينيين المعاقين الذين يقدر عددهم بـ ٥٢ مليون شخص. وقد ذكرت الصحف الرسمية في عام ١٩٩٦م أن مجلس الدولة أكمل مخططاً لبرنامج حكومي للأشخاص ذوي الإعاقات. يهدف هذا البرنامج الذي يشكل جزءاً من الخطة الحكومية الخمسية التاسعة (١٩٩٦-٢٠٠٠م) إلى حل مشكلات المأكل والملبس للأشخاص ذوي الإعاقات وضمان الحاجات الأساسية لثلاثة ملايين شخص معاق يعتقد أنهم يعيشون في فقر مدقع. ويؤكد البرنامج، إلى جانب ذلك، على الأهداف السابقة المتعلقة بتوفير خدمات التأهيل: رفع قيد الأطفال ذوي الإعاقات بالمدارس إلى ٨٠٪، وزيادة معدل توظيف هؤلاء الأشخاص إلى ٨٠٪. ومن أجل هذا الهدف الأخير تطالب الحكومة كل الشركات الحكومية بتوظيف عدد محدد من العمال ذوي الإعاقات، بينما تقدر السلطات أن نصف هؤلاء الأشخاص تقريباً لا يصلحون للعمل.

تقر البيئة السياسية منذ ١٩٧٨م التبادل والتعاون الدوليين ، وقد كان ذلك أيضاً أحد العوامل التي أسهمت في تطور التدخل المبكر في جمهورية الصين الشعبية. فقد جاءت المعرفة حول التدخل المبكر من الغرب (Mao & Wang, 1994) ، بل إن كثيراً من برامج التربية الخاصة للطفولة المبكرة - مثل لجنة التعليم الإقليمية بأنهيوي Anhui Provincial Education Commission وبرنامج إنقاذ الطفولة وبرنامج التأهيل المجتمعي (CBR) Community-based Rehabilitation التابع لليونيسيف - أقيمت وتدار بالتعاون مع المنظمات الدولية. وقد كانت الزيارات المتبادلة والزيارات الدراسية إلى الولايات المتحدة وألمانيا مفيدة في تطوير برنامجين للتدخل المبكر للأطفال ذوي التوحد. وذلك التبادل والتفاعل لم يكن ليتحقق بالطبع دون المناخ السياسي القائم على الإصلاح والانفتاح على الخارج.

المؤثرات الثقافية

ينظر الصينيون إلى التعليم باعتباره طريق الوصول إلى النجاح. وأولياء الأمور الصينيون معروفون باستعدادهم للتضحية بسعادتهم الشخصية من أجل ضمان تعليم جيد ، وبالتالي مستقبل ناجح لأطفالهم. ويحظى المعلمون عموماً باحترام كبير، وينشد تلاميذ المدارس الالتزام والطاعة والتبعية للجماعة.

لقد أدى التنفيذ الصارم لتنظيم النسل إلى نتيجة مزدوجة على بعض الأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم. فمن أجل كبح النمو السكاني السريع ، تبنت لجنة تنظيم النسل في عام ١٩٧٩م سياسة الطفل الواحد. تنص هذه السياسة على تقييد الزوجين في البيئات الحضرية بإنجاب طفل واحد، بينما يسمح للزوجين في المناطق الريفية بإنجاب طفلين في حال كان المولود الأول بنتاً. تعلمي الثقافة الصينية من قيمة الأبناء الذكور، وذلك لأن البنات عندما يتزوجن يصبحن جزءاً من أسرة أزواجهن، ولا يبق أحد ليعتني بالوالدين في شيخوختهما. ولا تزال تلك القيم تنتشر في المناطق الريفية النائية

التي يشكل الأبناء فيها عوناً للعمل في الحقول لزيادة دخل الأسرة. كما يوجد إستثناء آخر لهذه السياسة هو الأسر التي يكون طفلها الأول معاقاً بشرط أن يحصل الزوجان على إذن من السلطات المختصة. ويترتب على انتهاك سياسة الطفل الواحد عقوبات شديدة، منها حرمان الطفل الثاني من الخدمات التعليمية والصحية وغرامة تكافئ أجر ١٠ سنوات (Strom, Strom, & Xie, 1995).

لقد كانت قيود تنظيم النسل شديدة إلى درجة جعلت بعض الناس يتخلصون من المولود إذا كان بنتاً على أمل أن ينجبوا ولدًا في المرة القادمة، بينما أدت مشاعر الخجل واليأس التي تنتج عن ولادة طفل معاق إلى جعل بعض أولياء الأمور يرفضون أطفالهم. ومع أن ترك الطفل أو التخلص منه جريمة يعاقب عليها القانون، فإن معظم الحالات تمر دون عقاب. وقد كانت من نتائج هذه السياسة، إلى جانب ما سبق، أن أصبحت بعض الأسر تعير اهتماماً أكبر بأطفالها المعاقين وتجتهد أكثر في تعليمهم. فالصعوبات المترتبة بإنجاب طفل ثاني، خاصة المادية منها، جعلت كثيراً من الأسر التي يكون طفلها الأول معاقاً لا تفكر في إنجاب طفل ثان، وأن تركز هذه الأسر كل طاقاتها من أجل مساعدة الطفل في أن يحصل على الخدمات التعليمية وغيرها من الخدمات. وعندما يكون الطفل المعاق الواحد يلقي الرعاية من أربعة أجداد وأبوين، فمن المؤكد أن الرعاية والدعم اللذان يتحصل عليهما سيكونان كبيرين وإيجابيين.

وعموماً توجد بالصين الريفية عوائق متعددة أمام تطوير وتنفيذ خدمات التدخل المبكر. فيما يلي سنقدم وصفاً للجهود التي يبذلها أحد البرامج لمواجهة تلك التحديات.

وصف البرنامج

قامت مؤلفة الفصل الثالث وزميلها متسلحين بعشرين عام من الخبرة في العمل مع الأطفال ذوي الإعاقات في تايوان بإنشاء مركز زيانج يانج لنمو الطفل

Ziang Yang Children's Development في جيانج جين عام ١٩٩٦م. تقع جيانج جين Jiang Jin وشونجكنج Chongqing (عاصمة مقاطعة سيشوان) في الجزء الجنوبي الغربي من الصين، وتبعدان عن بعضهما بمسافة ٦٠ كيلو متر، وتربطهما طرق سريعة وسكك حديدية ونهر يانجتسي. ويتكون غالبية سكان جيانج جين من مزارعين يبحثون عن فرص عمل في المدن الساحلية في المواسم التي يقل فيها العمل بالزراعة. وقد أدت الدخول الإضافية والإصلاحات الاقتصادية إلى ازدهار هذه المدينة التي يسكنها ١٠٠٠٠٠٠ نسمة.

من بين التلاميذ الـ ٢٠ المسجلين في مركز زيانج يانج، يوجد سبعة تتراوح أعمارهم بين ثلاث وست سنوات. عند تأسيس المركز كان من المستحيل تقريباً أن يسجل الأطفال في عمر ما قبل المدرسة، وذلك لأن معظم أولياء الأمور لم يكونوا على استعداد لإرسال أبنائهم الصغار إلى "مدرسة للمعاقين"، علاوة على أن كثيراً من أولياء الأمور لم يكونوا يعرفون بأن خدمات التربية الخاصة أصبحت متوفرة في البلدة.

استخدم البرنامج ثلاث إستراتيجيات لتحديد أماكن الأطفال الذين يحتاجون إلى الخدمات. أولاً تسمح قوانين تنظيم النسل للأزواج الذين يأتي مولدوهم الأول معاقاً بأن يحصلوا على إذن من مكتب تنظيم النسل بإنجاب طفل ثان، وقد وفرت سجلات هذا المكتب معلومات ساعدت موظفي مركز زيانج يانج في تحديد أماكن الأسر. ثانياً، ونظراً لأن المستشفيات المحلية لا تحتفظ بسجلات للمرضى، فقد أقام موظفو مركز زيانج يانج شبكة مع الأطباء في مستشفيات وعيادات الأطفال بحيث يحيلون إليهم الأطفال الذين تشخص لديهم حالات إعاقة. ثالثاً افتتح مركز زيانج يانج مكتبة لإعارة الألعاب والكتب في شونجكنج للتعرف على الأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأشكال التأخر النمائي وأسرههم. كما قدم المركز إستشارات وخدمات

معلومات لمساعدة أولياء الأمور في إدراك أهمية التدخل المبكر. ونتيجة لذلك اختار عدد من الأسر أن يسجلوا أطفالهم في مركز زيانج يانج. الممارسات التي تستهدف تحديات معينة

معظم أولياء أمور الأطفال المسجلين في زيانج يانج من المزارعين أو العمال. وكثير منهم يبحثون عن عمل خارج البلدة ويتركون أطفالهم في رعاية الأجداد، وبعضهم افتتح مشروعات صغيرة في البلدة لكسب عيشهم. في تلك البيئة لا يزال تشجيع أولياء الأمور على المشاركة بشكل نشط في تعليم أطفالهم وتبني إحساس بالأمل في مستقبل أطفالهم يشكل تحدياً كبيراً. ولعل التحدي الأصعب هو ذلك الذي تمثل في نقل نموذج توصيل الخدمات الذي تطور في تايوان إلى هذا المكان الفقير في الموارد والمعلومات.

اختيار الموظفين وتدريبهم والتنمية المهنية المستدامة

لم يكن الناس في جيانج جين يسمعون شيئاً عن الفرص التربوية للأطفال الصغار ذوي الإعاقات قبل عام ١٩٩٦ م. ولذلك تمثلت الخطوة الأولى المهمة في اختيار المعلمين الذين لديهم الاستعداد للتعلم حول العمل مع الأطفال وأسرههم، فضلاً عن تدريبهم والاحتفاظ بهم في المجال. وقد حرص مركز زيانج يانج على أن يكون كل المعلمين أشخاص ولدوا وتربوا في جيانج جين، وذلك لكي يكون البرنامج محلياً حقاً ويكون نموذجاً لأعداد الموظفين يلائم منطقة زراعية ريفية. كان المعلمون الثمانية الأوائل الذين انضموا إلى المركز من حديثي التخرج من المدارس الثانوية أو مدارس المراسلة. ونظراً لافتقار هؤلاء الأشخاص إلى أية خلفية في التربية الخاصة أو نمو الطفل، فقد وضعهم المركز في عملية تدريب واختبار لمدة شهر. وبالفعل نجح كل هؤلاء المعلمون وظلوا بالمدرسة وأصبحوا الثروة الحقيقية لمركز زيانج يانج. وقد مكنتهم خبرتهم وعملهم الجاد من تنفيذ التدريس بشكل مستقل والعمل كمستشارين

للبرامج الأخرى ومتابعة الطلاب الذين يتدربون على التربية الخاصة وأن يكونوا خبراء في إستراتيجيات التدخل.

يتميز برنامج التدريب في أثناء الخدمة في مركز زيانج يانج بأنه يقدم بانتظام ويسمح للمعلمين باكتساب المعرفة بطريقة منظمة ويتجنب التجزيء. في أثناء السنتين الأوليين لمركز زيانج يانج، كان كل المعلمين يخضعون لخطة تنمية مهنية واحدة. فيما حدد مدير المركز في العامين الثالث والرابع المجالات التي يحتاج المعلمون الفرديون إلى التركيز عليها بناء على تقييمات أداء متأنية. وفي السنة الخامسة قام المعلمون أنفسهم بتحديد أهدافهم الخاصة بالنمو المهني.

كانت كل خطة سنوية للتنمية المهنية للمعلمين تتضمن هدفاً واحداً يتفق مع المسئوليات الحالية لكل معلم. من ذلك على سبيل المثال أن المعلمين تعلموا في السنة الأولى كيف يقيمون علاقات جيدة مع الأطفال وأفراد الأسر وكيف يصممون وينفذون أنشطة التدخل. وفي السنة الثانية كان يتوقع من المعلمين أن يكونوا قادرين على فهم خصائص الأطفال واحتياجاتهم وتقييمها بدقة وإعداد خطط لبرامج فردية. وتدرجياً وصلت الأهداف إلى التركيز على القدرة على مساعدة الأسر على التعامل مع مخاوفها المختلفة، وكذلك تم التأكيد على مهارات مثل الإستشارة والاستفادة من الموارد والعمل مع المهنيين والمنظمات الأخرى. وقد تضمنت الإستراتيجيات التي تستهدف التنمية المهنية للمعلمين قراءة الكتب المتعلقة بالتربية الخاصة أو المجالات ذات الصلة وتقديم تقارير حولها، والمشاركة في دراسات الحالة وإجراء بحوث مستقلة، وحضور المؤتمرات التي تقام في الداخل والخارج، وتقديم عروض للأسر والجمهور العام. ولعل التحدي الأكبر، وإن كان الأفضل في نتائجه، هو تقديم الدعم لبرامج التربية الخاصة الأخرى. فبعد أن قامت منظمات تعمل مع الأطفال ذوي الإعاقات بزيارة زيانج يانج، تقدم الكثير منها بطلبات للمساعدة في مواقعها. وقع اختيار زيانج

يانج على بضع برامج تقع في المناطق النائية لتدريب معلميها لكي يصبحوا مستشارين. في بادئ الأمر أرسل فريق من ثلاثة مدربين، وفيما بعد أرسل معلمان آخران لكي يتبادلوا معرفتهم وخبرتهم مع المتدربين.

ومن المعتقد أن المعلمين بعد سنوات من القراءة والتعلم والمناقشة، والأهم من ذلك بعد تقديم خدمات مباشرة، قد نمت لديهم مجالات اهتمام وخبرة خاصة بهم، واستكشفوا إمكانات أخرى لتلبية احتياجات الأطفال والأسر. والبرنامج من جانبه يدعم جهود كل المعلمين للجمع بين اهتماماتهم والموارد المتاحة لتحسين نوعية حياة الأسر التي يخدمونها. ومن ذلك مثلاً أن معلماً (وهو أيضاً والد لطفل من ذوي التوحد) بدأ في مكتبة إعارة الألعاب، ثم تقدم تدريجياً بعد ذلك إلى بناء نموذج توصيل خدمة خاص به.

إن خدمة الأطفال ذوي الإعاقات وأسره في المناطق الريفية هي الرسالة الأساسية لمركز زيانج يانج، وهدف المركز طويل المدى هو تدريب مجموعة ذات كفاءة عالية من متخصصي التدخل يستطيعون أن يقدموا تربية خاصة عالية الجودة في أماكن كثيرة مماثلة في مختلف أنحاء البلاد. وقد دأب المركز على تذكير المعلمين الثمانية، وهم يهيئون أنفسهم ليكونوا رواداً، بأن معلم التربية الخاصة الجيد يسأل أسئلة أساسية من نوع "لماذا نعلم هؤلاء الأطفال بينما استسلم الآخرون؟" و"كيف سيستخدم هذا الطفل المهارة التي يتعلمها لتحسين حياته؟" وعند الإجابة عن مثل هذه الأسئلة كان المعلمون يوجهون أولاً إلى التعرف على قيمة عملهم وتثمينها.

في أنحاء العالم تتعاون منظمات كثيرة في تقديم التدخل المبكر والتربية الخاصة للطفولة المبكرة. لكن يستحيل في مثل هذه البلدة الريفية أن يتوفر فريق من المتخصصين في المجالات المختلفة أو تعاون بين المنظمات. ولذلك فإن توفير العلاج الطبيعي أو المهني أو علاج اللغة والكلام للأطفال الصغار في زيانج يانج يتطلب من العاملين الإبداع

وسعة الحيلة. وقد تم التعاقد مع معالجين من تايوان لتقييم الأطفال وتقديم التدريب أثناء الخدمة، حيث تم إرسال أشرطة فيديو حول تقدم الأطفال إلى المدربين، وبناء عليها أعدوا أنشطة وإستراتيجيات تدخل، ثم نقلوها بعد ذلك إلى المعلمين عبر أشرطة فيديو وتعليمات مكتوبة. ومن أجل التغلب على النقص في المتخصصين، يعد المهنيون التايوانيون برامج تدريبية منظمة في جيانج جين، ويؤسسون شبكات إحالة بين المستشفيات في جنوب غرب الصين.

تطوير المنهج

لقد تطورت التربية الخاصة بداية من أواخر الثمانينيات من مدخل علاجي طبي إلى مدخل يركز أكثر على الجوانب النمائية والوظيفية. لكن فائدة تطبيق النماذج التي تطورت في الدول الغربية الصناعية في مناطق ذات اقتصادات متخلفة أمر مشكوك فيه. فمجرد اتباع خطوات المربين الخاصين الأمريكيين، على سبيل المثال، لا ينمي الاستقلالية وجودة الحياة للأطفال في الصين. فمن الضروري أن يفحص الممارسون بيئة الأطفال الإيكولوجية عن قرب ثم يطوروا نماذج توصيل الخدمة والمناهج تأسيساً عليها. ورغم الرخاء الاقتصادي الذي تحقق في كثير من المدن نتيجة للإصلاحات الاقتصادية، لا يزال أكثر من ٧٠٪ من الشعب الصيني فلاحين يعيشون في الريف. ولذلك فإن النموذج الإيكولوجي الذي يؤكد على استخدام أقل قدر من الموارد ودمج الأطفال بالكامل في بيئاتهم المحيطة قد يكون أفضل طريقة لتوصيل الخدمة من حيث الكلفة. ولذلك يحاول الموظفون في مركز زيانج يانج تحديداً أن يساعدوا الأطفال على أن يتفاعلوا بنجاح مع البيئة ويستندمجوا مهارات في كل مجالات النمو. وتصاغ عملية التعلم، بما في ذلك المحتوى والمكان والوقت، بحيث تتوافق مع خصائص واحتياجات البيئة. ينظر هذا النموذج إلى التعلم بوصفه عملية تتطلب تخطيطاً طويلاً المدى، ولذلك ينبغي تجنب السلوك المجزأ وغير الهادف وغير المرتبط.

أهداف التعلم الفردية: قبل تقييم الطفل باستخدام القوائم النمائية التي أعدت في الصين ومقياس تعلم الأطفال الصغار الذي أعده المركز، يزور المعلمون منزل الطفل ومجتمعه المحلي ليُكُونُوا فهماً لأنشطة الطفل الروتينية اليومية. وهنا يتم تشجيع أولياء الأمور على المساعدة في وضع أهداف تعلم فردية والتعبير عن خططهم طويلة المدى لطفلهم.

اختيار طرق التدريس: يتم التدريس لتحقيق كافة أهداف التعلم من خلال واحد أو أكثر من الإستراتيجيات التالية:

● التعلم العرضي Incidental Learning: يمكن دمج معظم أهداف التعلم في الأنشطة الروتينية اليومية باستخدام الأحداث التي تحدث طبيعياً لتعليم الأطفال الطريقة الصحيحة للاستجابة. من ذلك مثلاً أن يتم تعليم استخدام الملعقة في إطعام الذات في وقت الغداء، وخلع الملابس الداخلية في وقت دخول المرحاض. وتنظم أنشطة على مدار اليوم بعناية لتعظيم فرص التعلم، ومن أمثلة ذلك مساعدة الأطفال في خلع أحذيتهم وارتداء أحذية المنزل الخفيفة. يمثل ذلك تطبيقاً لمبدأ تعليم الأطفال المهارات المطلوبة في البيئات التي تكون تلك المهارات مطلوبة فيها، وهو ما يجعل التعلم ذي معنى.

● التكرار Repetition: تتبع الأنشطة الروتينية مثل اجتماعات الصباح والمساء صيغاً معينة، وفيها يمكن للأطفال الصغار أن يمارسوا على نحو متكرر مفاهيم مهمة حول الذات والآخرين والمكان والأعداد والوقت.

● التعلم حسب الموضوعات Thematic Learning: في بعض الأحيان تدور أهداف التعلم حول موضوع واحد يعكس أحداثاً مهمة في الطبيعة أو المجتمع المحلي. ففي درس مدته أسبوعين حول الاحتفال بالسنة الجديدة، على سبيل المثال، يمكن أن يتعلم الأطفال الصغار اللون الأحمر واستخدام عصي الطبول لعزف الموسيقى ولصق

قصائد شعرية على الجدران. ويؤكد النموذج البيئي على توفير خبرات كاملة للطفل وتحسين قدرة الطفل على التعرف على الحدث والمشاركة في خلق الحدث.

● التدريس العلاجي Remedial Instruction: يتم بناء على الاحتياجات الخاصة للأطفال تدريس بعض الأهداف التعليمية باستخدام أنشطة يوجهها البالغون. كما يجب أن يتاح لكل الأطفال يوماً للوقت للمشاركة في اللعب الحر، وكذلك يجب أن تشجع المبادرة الذاتية والإبداع على مدار اليوم.

التصميم والجدولة البيئيين: لا تقتصر بيئة التدخل على المركز، حيث تمتد بيئات التعليم إلى المجتمع المحلي والمزارع وضياف الأنهار والبيت، خاصة بالنسبة للأطفال الصغار. ويتم ترتيب وجدولة أنشطة الأطفال على أساس الأعمال الروتينية اليومية مثل الوصول إلى الفصل والغداء ووقت الاستراحة. في بعض الأحيان يكون من الضروري تغيير الأنشطة الروتينية من أجل أحداث خاصة. على سبيل المثال ترك كل الأطفال في زيانج يانج وقت الاستراحة في أحد أيام الصيف للانضمام إلى سكان المجتمع المحلي الذين تجمعوا لمشاهدة بروفة مهرجان مركب التين في نهر يانجتسي.

تصميم الأنشطة: تصمم الأنشطة عادة من واقع المجتمع المحلي وذلك لتعزيز الدمج الكامل. والهدف من ذلك هو تسهيل التفاعل بين سكان المجتمع المحلي والأطفال وموظفي زيانج يانج، بما يسهم في تحسين نوعية بيئة الأطفال. يمثل مركز زيانج يانج برنامج تربية خاصة منعزل في مجتمع محلي يشكل الفلاحون ورجال الأعمال والعمال المتقاعدون غالبية سكانه. فلم ينم الوعي بالمجتمع المحلي بين الأشخاص المجاورين، وقد اتخذ مركز زيانج يانج خطوات لإشراك المجتمع المحلي بفعالية ودعوة الأشخاص المجاورين للتعرف على المركز. ويعتبر تنظيف الممرات وسلم المبنى ودهانها أمثلة لبدء جهود ترمي إلى تحسين نوعية الحياة. ومن خلال المشاركة في مثل هذه الأنشطة يتعلم الأطفال الصغار كيف يكونوا جزءاً من جماعاتهم منذ وقت مبكر في حياتهم.

ولعله من قبيل الترف أن نتحدث عن استخدام التقنية في التدريس في منطقة تندر بها الموارد. لكن إذا توفرت للنجارين المحليين النماذج أو الصور اللازمة ، فسوف يتمكنوا من استخدام مواد رخيصة متاحة محلياً لبناء أجهزة معدلة Adaptive Equipments للأطفال ذوي الإعاقة البدنية. ومن أمثلة ذلك أن قام أحد أولياء الأمور بصنع كرسيين معدلين وسنادة وتجهيزات تسلق داخلية للمركز. كما يخطط الموظفون لاستيراد الأجزاء من تايوان لكي يقوم الكهربائيون المحليون بتجميع أجهزة التواصل المعزز والبديل. وبذلك يمكن التعويض عن الفقر الاقتصادي عن طريق إبداع ومهارة الشعب الصيني.

المشاركة الأسرية

في مجتمع يتحتم فيه العمل على كل من الأب والأم وتمثل البطالة مشكلة متزايدة، لا يأتي تعلم كيفية تلبية احتياجات الأطفال ذوي الإعاقات على رأس أولويات الوالدين. وفي المقابل يسافر أولياء أمور آخرون، خاصة المتعلمون والموسرون، ويقطعون مسافات طويلة إلى المدن الكبيرة طلباً للمساعدة والاستشارة، لكن النتائج تكون في أغلب الأحيان قصيرة المدى ولا تساعد في التعامل مع كل المشكلات التي تظهر مع نمو الطفل. ويقدم موظفو مركز زيانج يانج الدعم للأسر بحيث يحتفظ أولياء الأمور باهتمامهم وإيجابيتهم ولا يضع حماسهم لتعليم الطفل. وتركز الإستراتيجيات على الأسر الفقيرة التي تعيش في المناطق الريفية، وربما لذلك قد لا تكون ملائمة لأولياء الأمور الذين تتوفر تحت تصرفهم موارد أكثر ويعيشون في المدن وعواصم الأقاليم.

على أن معظم الخدمات التي يقدمها مركز زيانج يانج مجانية، ولا يسمح للمعلمين بقبول الهدايا من الأسر. وقد ساعد ذلك في بناء الثقة بين مقدمي الخدمة وملتقيها. كما يحرص المركز على أن تتوافق الخدمات التي يقدمها مع احتياجات

وجداول الأسر، كأن تحدد مواعيد اللقاءات مع أولياء الأمور في الأوقات التي تناسبهم، وتكون رعاية الطفولة متاحة دائماً. وفي العادة ينفذ معلمان الزيارات المنزلية معاً، بحيث يقوم أحدهما باللعب مع الطفل وأشقائه بينما يناقش الآخر القضايا مع أولياء الأمور. وقبل تقديم أية مقترحات يستفسر المعلمون أولاً حول ما يقدم للطفل في المنزل. وفي ثقافة يحظى المعلمون فيها بتقدير كبير لا يتمتع موظفو زيانج يانج عن تقديم أية توصيات مباشرة عندما يرون ذلك مناسباً.

وفي الاجتماعات مع أولياء الأمور يطلب منهم في الغالب شراء التجهيزات المدرسية للمعلمين، ثم يرد إليهم ما أنفقوه فيما بعد. وقد وفر ذلك للأسر فرصاً للتعرف على أنشطة المدرسة وربط الأطفال بالمجتمع المحلي. وفي الغالب تكون الجوائز التي يستخدمها المعلمون لتعزيز تعلم الأطفال عبارة عن أشياء منزلية تحتاجها الأسر. وبعد أن يكون الطفل قد اكتسب مهارة مهمة، وبعد استئذان أولياء الأمور، يساعد المعلم الطفل على إظهار المهارة باستخدام المواد المتاحة في المنزل. ومن أجل ذلك يفحص المعلمون الأعمال الروتينية اليومية للطفل والأسرة لكي يفهموا طبيعة ومكان الأنشطة حتى يعلموا أولياء الأمور كيف يستخدمون ما يوجد في بيئاتهم لتحسين نمو الطفل. ويحتاج أولياء الأمور إلى تحفيز لكي يلعبوا دوراً إيجابياً في تعليم أطفالهم، وذلك لا يمكن أن يتحقق إلا عندما يكون ما يطلب منهم القيام به سهل ودجه في أنشطتهم المعتادة. ولا يطلب من أولياء الأمور أن يقتطعوا من وقتهم لأغراض تعليمية. فعلى سبيل المثال تملك إحدى الأسر مكاناً لبيع الفاكهة في سوق البلدة ويحب طفلهم ابن الرابعة أن يكون جزءاً من هذا العمل الأسري. وتأسيساً على هذه الملاحظة، ساعد المعلم والد الطفل في تعليمه تنظيف التفاح وتصنيف البرتقال والكمثرى.

لا تركز الخدمات التي يقدمها مركز زيانج يانج فقط على تحسين نمو الطفل، وإنما يتعامل المركز مع الطفل باعتباره جزءاً من وحدة أسرية لا بد من الاجتماع

بأعضائها لكي ينمو الطفل بطريقة إيجابية. وتركز الورش التي يقدمها المركز لأولياء الأمور على التواصل من جانب الوالدين والإدارة المالية والترفيه وتزيين المنزل والرحلات والألعاب الرياضية والتدريب المهني

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

عند البحث عن نموذج توصيل الخدمة الأكثر ملاءمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسرههم، يجد المرء نفسه أمام خيارين متقابلين لحل المشكلات الكثيرة التي تعترض الخدمات الإنسانية. الخيار الأول هو أن تستخدم التقنيات المتقدمة والموارد الوفيرة للتخلص من المشكلة تماماً، والثاني هو أن يسمح "للمشكلة" بأن تصبح جزءاً من الحياة ويعيش معها بانسجام. والدول المختلفة، بناء على مستواها في النمو الاقتصادي والتوجه الثقافي، قد تختلف ظاهرياً في طريقة تقديم تلك الخدمات. لكنهم جميعاً يبحثون في الحقيقة عن حلول توجد على متصل ويطبقون هذه الحلول.

تكمن روعة الصين في اتساعها الذي يمكنها من استيعاب هذين النموذجين المتقابلين لتوصيل الخدمة. ففي الصين، من ناحية، مدن تتمتع بموارد وفيرة وتقنيات متقدمة يمكن أن تساعد أطفالها وأسرههم على مواجهة التحديات. وتوجد، على الجانب الآخر، مناطق زراعية شاسعة تضرب المثل على قبول الأطفال ذوي الإعاقات كما هم.

إن مؤسسي برنامج زيانج يانج القادمين من تايوان يكافحون لإيجاد أفضل الطرق لخدمة الأسر بالطريقة الصحيحة. وهم لا يريدون أن يصطدموا مع طريقة المجتمع في النظر إلى أعضائه، وإنما يسعون لأن يعززوا الدعم الذي يحتاجه الأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم. وقد أدرك المؤسسون أن فاعلي التغيير غير المحليين لا بد أن يتجذروا في تربة المجتمع بأن يعيشوا مع الناس، والأمر يستغرق وقتاً طويلاً قبل أن يحصل هؤلاء على ثقة الأهالي وتقبلهم. لقد دعت الصين أعداداً لا تحصى من الخبراء

الأجانب في التربية الخاصة لكي ينقلوا إليها نماذج توصيل الخدمة المختلفة التي أثبتت فعاليتها. لكن تلك النماذج لم تساعد الممارسين الصينيين في خدمة مواطنيهم في مدنهم وقراهم. وبدلاً من الإتيان بمهنيين من الدول المتقدمة، يتمثل الطريق الأمثل لدعم برامج التدخل المبكر في المناطق الصينية النائية في تحفيز المربين الخاصين المحليين للبحث عن إجابات من منظورات أنثروبولوجية وبيئية. فما نحتاجه بالفعل في الصين هو أن نناقش الارتباط بين الخدمة الفعالة والتوجهات السياسية والاقتصادية والاجتماعية. ولا بد أن مثل هذه المناقشة سوف تثير المربين الخاصين الصينيين لإيجاد خدمات متفردة تعكس الخصائص الاجتماعية والاقتصادية المحلية. ومن خلال استكشاف المرء لقيمه فحسب يمكنه أن يطور خدمات ملائمة.

خاتمة

إن إدراك أهمية التدخل المبكر وتوفير التمويل اللازم لدعم البرامج في المناطق الريفية يعني أن تتوفر لبرامج مثل مركز زيانج يانج لنمو الطفل إمكانية لتحفيز تطوير البرنامج وتحسين نوعية الخدمات المقدمة. ومن أجل توفير الخدمات للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسرههم، لا بد أن يعي الجمهور قيمة التدخل المبكر. وفي ذلك يعمل الموظفون في مركز زيانج يانج لنمو الطفل من أجل تقديم برامج عالية الجودة من خلال إشراك الأسر بطريقة ذات معنى لهم، ومن خلال المشاركة بفعالية في المجتمع المحلي. وقد أدى نجاح المركز إلى جذب انتباه مقدمي الخدمة في كثير من المقاطعات. بيد أنه في بلد مترامي الأطراف ومتنوع مثل جمهورية الصين الشعبية، لا يمكن تجربة مركز واحد أن تقدم نموذجاً يعد بالنجاح في المناطق المختلفة. لكن ذلك لا يمنع أن يستخدم الممارسون المبادئ التوجيهية التي وضعها مركز زيانج يانج لتطوير خدمات لدعم المعلمين وتلبية احتياجات كل من الأطفال وأسرههم في مجتمعاتهم المحلية.

المراجع

References

- Becker, J. (2000). *The-Chinese*. New York: The Free Press.
- Carter, D., Chen, G., Hwang, T.Y., & Yu, X. (1996). Special education in the People's Republic of China; History, trends and challenges. *B.C. Journal of Special Education*, 20(3), 25-35.
- Chen, Y.Y. (1996). Making special education compulsory and inclusive in China. *Cambridge Journal of Education*, 26(1), 47-57.
- Chen, Y.Y. (1997). Mianxiang weilai mianxiang shehui de Zhongguo yitihua jiaoyu. [China's integrated education: Facing the future and facing the world]. In Y.Y. Chen (Ed.), *Zhongguo yitihua jiaoyu gaige de lilun yu shijian* [Theory and practice in China's integrated education reform] (pp. 3-17). Beijing, People's Republic of China: Huaxia Chubanshe.
- Chen, Y.Y., Ye, L.X., & Peng, X.G. (1995). Ningxia huizu zizhiqu teshu jiaoyu xianzhuang de diaocha [Investigation of the situation of special education in Ningxia Moslem Autonomous Region]. *Teshu Brtong yu Shizi Yanjiu* [Special Children and Teacher Preparation], 1, 24-27.
- Epstein, E. (1988). Special educational provision in the People's Republic of China. *Comparative Education*, 24, 365-375.
- Epstein, I. (1992). Special education issues in China's modernization. In Ruth Hayhoe (Ed.), *Education and modernization: The Chinese experience* (pp. 285-303). Elmsford, NY: Pergamon.
- Gao, M., Xiang, B., & Jing, G.Z. (1999). Xueqian teshu jiaoyu shijian: Yitihua jiaoyu de tuijin [Practice of preschool special education: An approach of integration education]. *Zhongguo Teshu Jiaoyu* [Special Education in China], 3, 12-15.
- Gargiulo, R.M., & Piao, Y.X. (1996). Early childhood special education in the People's Republic of China. *Early Child Development and Care*, 118, 35-43.
- Holdsworth, J.C. (1993). Integrated education project, Anhui province. In United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO) (Ed.), *Making it happen: Examples of good practice in special needs education & community-based programmes* (pp. 9-15). Paris: UNESCO. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 375556)
- Mao, Y.Y. (1989). The FORTUNE training school in China: A support for mentally retarded children and their parents. *Early Childhood Development and Care*, 50, 189-196.
- Mao, Y.Y., & Wang, S.Q. (1994). *Ruozhiertongdezaoqiganyu*. [Early intervention for children with cognitive disabilities]. Beijing, People's Republic of China: Huaxia Chubanshe.
- Mu, K.L., Yang, H.L., & Armfield, A. (1993, April). *China's special education: A comparative analysis*. Paper presented at the annual convention of the Council for Exceptional Children, San Antonio, TX. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 361947)

- National People's Congress (1986). *Zhonghua renmin gongheguo yiwu jiaoyu fa* [Compulsory Education Law of the People's Republic of China]. Beijing, People's Republic of China: Law Publishers.
- National People's Congress (1990). *Zhonghua renmin gongheguo canji ren baozhangfa* [Law of the People's Republic of China on the Protection of Disabled Persons]. Beijing, People's Republic of China: Legal System Publishers.
- Renmin Jiaoyu Press. (1991). Man, longya, ruozhi xuexiao [Schools for children who are deaf, blind, or have mental retardation]. In *Zhongguo Jiaoyu Chengjiu, 1986-1990* [Educational Achievements in China, 1986-1990] (p. 84). Beijing, People's Republic of China: Author.
- Scalapino, R.A. (1999). China: Between tradition and modernity. In E. Sand-schneider (Ed.), *The study of modern China* (pp. 1-15). New York: St Martin's Press.
- Strom, R.D., Strom, S.K., & Xie, Q. (1995). The small family in China. *International Journal of Early Childhood*, 27(2), 37-45.
- Yang, H.L., & Wang, H.B. (1994). Special education in China. *The Journal of Special Education*, 28(1), 93-103.
- Ye, L.Q., & Piao, Y.S. (1995). *Teshu jiaoyu xue* [The study of special education]. Fujian, People's Republic of China: Fujian Jiaoyu.
- Zhao, L., Guo, C.F., & Zhou, M. (1997). Jiankang youer yu long youer de duikou jiaoyu huodong shijian [The implementation of counterpart activities for healthy young children and young children who are deaf]. In Y.Y. Chen (Ed.), *Zhongguo yitihua jiaoyu gaige de lilun yu shijian* [Theory and practice of the reform of China's integrated education] (pp. 198-202). Beijing, People's Republic of China: Xinhua Chubanshe.
- Zhao, T.Z. (1996). Wo guo canji ertong kangfu gongzuo de duice yu tujing [Strategies of rehabilitation of children with disabilities in China]. *Zhongguo Teshu Jiaoyu* [Special Education in China], 1, 28-31.
- Zhou, J., & Cheng, X.Q. (1995). Lun xueqian jiaoyu jigou de teshu ertong jiaoyu [A discussion of special education within preschool organizations], *Teshu Ertong Yu Shizi Jiaoyu* [Special Children and Teacher Preparation], 3, 2-5.

الدمج المجتمعي (كوريا الجنوبية)

Community-Based Inclusion (South Korea)

سوهيون لي SoHyun Lee

"الكثرة أفضل" The more, the better قول شائع في كوريا. وقد غير متخصصو التدخل المبكر هذا القول إلى "التبكير أفضل" The earlier, the better ويستخدمونه لتأكيد أهمية التدخل المبكر. يعكس ذلك الطريقة التي ينظر بها الشعب الكوري للتدخل المبكر للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. ورغم عدم وجود بحوث للتثبت من فعالية التدخل المبكر في كوريا الجنوبية، تستطيع الأسر والمعلمون والمهنيون الآخرون الذين يشاركون في التدخل المبكر أن يروا ويدركوا التأثير الإيجابي للتعليم الذي يقدم في السنوات المبكرة على نمو الأطفال وتعلمهم. وكما يعكس القول السابق، فإن القول بأن التدخل في وقت مبكر من الحياة يحول دون حدوث مشكلات لاحقة وينتج مخرجات أفضل للأطفال والأسر أصبح حكمة تحظى بقبول واسع في كوريا الجنوبية.

تصنف برامج الأطفال الصغار ذوي الإعاقات عادة إلى مجموعتين عمريتين: برامج أطفال السنتين الأوليين من العمر Infants and Toddlers وبرامج أطفال ما قبل المدرسة (٣-٦ سنوات). وفي كوريا الجنوبية توجه معظم برامج التربية الخاصة للطفولة المبكرة للأطفال بين عمر الثالثة والخامسة. وعلى ذلك فإن مصطلح التدخل المبكر يستخدم طوال هذا الفصل للإشارة في المقام الأول إلى الخدمات المقدمة لتلك المجموعة الأخيرة من

الأطفال ، وإن كان كثير من المؤلفين يستخدمون المصطلح للإشارة إلى الخدمات المقدمة للأطفال من الولادة إلى عمر الثالثة وأسرههم (مثل : Meisels & Shonkoff, 1990).

يبدأ هذا الفصل بتقديم وصف موجز للسّمات الأساسية لممارسات التدخل المبكر في كوريا الجنوبية ، ثم يتناول بعد ذلك موضوعه الأساسي : الدمج المجتمعي Community-based Inclusion في التدخل المبكر كما تطور ويُمارَس في كوريا الجنوبية ، حيث يبسط تفاصيل طبيعة الخدمات المقدمة وخصائصها المحددة. وسوف يقدم الفصل أمثلة لبرامج رعاية الطفولة الدمجية فيما قبل المدرسة بغية تحقيق فهم أفضل للدمج المجتمعي في كوريا الجنوبية.

حكاية يونغو

يونغو Youngho طفل في الثالثة من عمره مصاب بمتلازمة داون. ونظراً لأن الاضطراب لم يكن واضحاً عندما ولد يونغو ، فلم يستمع والداه إلى كلام الطبيب حول المضاعفات والتحديات المرتبطة بهذه المتلازمة. يعمل والدا يونغو لساعات طويلة ، لذلك يقضي الطفل معظم أيامه مع جدته. فقط بعد مولد شقيقه الأصغر بدأت أسرة يونغو تقارن نموه وسلوكه مع أخيه ، وهنا بدأت تتكشف أشكال التأخر النمائي عنده. وعندما تم تشخيص حالته مرة ثانية على أنه يعاني من متلازمة داون كان يونغو قد أمّ سنته الثانية.

اتبع والدا يونغو توصية الطبيب وسجلوا في برنامج خاص للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. عاشت والدة يونغو أوقات عصيبة قبل أن تتقبل حقيقة أن ابنها كان مختلفاً بعض الشيء عن الأطفال الآخرين. ورغم أن تقبل إعاقة ابنها والتكيف معها كان أمراً صعباً عليها ، فقد كان الشيء الأصعب كثيراً هو علمها بأن ابنها سوف يتعلم مع الأطفال الآخرين ذوي الإعاقات فقط. دفعها ذلك للبحث عن برنامج دمج ، عثرت عليه هي وزوجها في أحد مراكز رعاية الطفولة في الحي. تم قيد يونغو في فصل به ١٧ طفلاً في نفس العمر ، اثنين منهم من ذوي الإعاقات فضلاً عن يونغو. كان أحد معلمي الفصل معلمة تحمل شهادة في التربية الخاصة ، وكان عملها ينصب على توفير الخدمات للأطفال الثلاثة ذوي الإعاقات. وقد وُضع وتُنِذ

برنامج تربوي فردي (IBP) individualized education program وخططت دروس ليونغو، بينما كان الطفل يتبع منهج التعليم العام لمرحلة ما قبل المدرسة. كما أعدت برامج من نوع أنشطة المجموعات الصغيرة في الفصل لدعم مهارات التفاعل الاجتماعي لدى يونغو وزيارات منزلية ومجموعة دعم أسري ومعسكر نهاري للأشقاء من أجل تلبية الاحتياجات المختلفة ليونغو وأسرته. وبذلك لم يعد يونغو مجرد أحد الأطفال ذوي الإعاقات في برنامج للتدخل المبكر، وإنما طفل يذهب إلى منزل للأطفال في المجتمع المحلي كما يفعل كثير من أقرانه من نفس العمر. وقد أصبح والدا يونغو لذلك أكثر تفاؤلاً بشأن مستقبل ابنهم في المجتمع.

السياق القومي

كوريا عبارة عن شبه جزيرة ناتئة من يابسة شمال شرق آسيا تمتد جنوباً إلى حوالي ١٠٠٠ كيلومتر. وهي تتساوى في المساحة مع المملكة المتحدة أو نيوزيلندا. وتنقسم كوريا إلى جزأين - كوريا الشمالية وكوريا الجنوبية - منذ أن وضعت اتفاقية وقف إطلاق النار حداً للحرب الكورية. وكوريا الشمالية دولة مستقلة تحكمها حكومة شيوعية ولا ترتبط بأية علاقات بحكومة كوريا الجنوبية، وهذه الأخيرة حكومة ديمقراطية.

يبلغ عدد سكان كوريا الجنوبية حوالي ٤٧ مليون نسمة. وعاصمة كوريا الجنوبية هي سيؤول التي تمثل المركز السياسي والثقافي والتجاري والمالي والتعليمي للبلاد. يقف خلف كوريا تاريخ يمتد إلى ٥٠٠٠ سنة وثقافة يفتخر بهما الشعب الكوري. تمتلك اللغة الكورية أبجدية خاصة بها ابتكرها مجموعة من العلماء في القرن الخامس عشر. والأبجدية الكورية مميزة وفعالة لدرجة أنها لم تتغير إلى اليوم، ويشني اللغويون على وضوحها وبساطتها وسهولة تعلمها.

يعير الكوريون التعليم اهتماماً كبيراً لدرجة أن الأمية تكاد تكون غير موجودة تقريباً. يبدأ الأطفال المدرسة الابتدائية المكونة من ٦ سنوات عند عمر السادسة. وبعد ثلاث سنوات من المدرسة المتوسطة وثلاثة في المدرسة الثانوية، يكون أمام التلاميذ أن

يوصلوا التعليم إلى الجامعة بأربع سنوات من التعليم العالي. وفي مطلع القرن الحادي والعشرين بيدي أولياء الأمور اهتماماً أكبر بالتعليم المبكر لأطفالهم، وينمو النظام التعليمي لأطفال ما قبل المدرسة بسرعة لتلبية هذه الحاجة.

نظم الخدمة التعليمية

يتمتع كل الأطفال في كوريا الجنوبية بحقوق قانونية في التعليم بالمدرسة الأولية والمتوسطة. وعلاوة على ذلك يحق للأطفال ذوي الإعاقات أن يحصلوا على تعليم مجاني لمدة ثلاث سنوات فيما قبل المدرسة وثلاث سنوات في المدرسة الثانوية. وقسم التربية الخاصة بوزارة التعليم والموارد البشرية هو المسئول عن الخدمات التعليمية ضمن نظام المدارس العامة. وفي مستوى ما قبل المدرسة تتقاسم المسئولية عن الخدمات المقدمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وزارتا التعليم والموارد البشرية من جانب والصحة والرعاية الاجتماعية من جانب آخر.

يتوفر التعليم المجاني لأطفال ما قبل المدرسة ذوي الإعاقات فقط للأطفال من عمر الثالثة إلى الخامسة المقيدين في برامج مدرسية عامة أو برامج خاصة تلتزم بالمعايير والقواعد الواردة في تعديلات عام ١٩٩٤م لقانون توفير التربية الخاصة (PLSE) Promotion Law for Special Education). ولا يوجد دعم حكومي لبرامج التدخل المبكر للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات. والبرامج المقدمة للأطفال ما دون عمر الثالثة نادرة، وإن وجدت فلا بد أن يدفع أولياء الأمور ثمن الخدمات.

يوضع أطفال ما قبل المدرسة ذوي الاحتياجات الخاصة في واحدة من عدة بيئات تربوية مختلفة، منها فصول ما قبل المدرسة بالمدارس الابتدائية الخاصة وفصول ما قبل المدرسة الخاصة والفصول الخاصة ببرامج ما قبل المدرسة العامة ومراكز الرعاية غير الربحية والمؤسسات غير الحكومية وبيوت الأطفال بالمجتمع المحلي للأطفال ذوي الإعاقات وبيوت الأطفال الدجمية. يبين الجدول رقم (١، ٣) خصائص كل بيئة تربوية.

الجدول رقم (٣، ١). خصائص البيئات التعليمية المختلفة للتدخل المبكر في كوريا الجنوبية.

البيئات	هل تأهيل المعلم	هل تأهيل المعلم	هل تأهيل المعلم	هل تأهيل المعلم	هل تأهيل المعلم	
عمر الطفل	في التربية الخاصة	نوع الخدمة	التكلفة	المسئولة عن البرنامج	هل البرنامج دمجياً؟	
مطلوب؟						
فصول ما قبل المدرسة	٣-٥ سنوات	نعم	تعليمية	مجانية	وزارة التعليم	لا
بالمدراس					والموارد البشرية	
الأولية الخاصة						
الفصول الخاصة	٣-٥ سنوات	نعم	تعليمية	مجانية	وزارة التعليم	لا
فيما قبل المدرسة					والموارد البشرية	
فصول خاصة	٣-٥ سنوات	نعم	تعليمية	مجانية	وزارة التعليم	لا
في البرامج العامة					والموارد البشرية	
فيما قبل المدرسة						
مراكز الرعاية	تحت ٥ سنوات	لا	تعليمية	مخفضة	وزارة الصحة	لا
غير الربحية					والرعاية الاجتماعية	
المؤسسات	تحت ٥ سنوات	لا	تعليمية	مرتفعة	لا تخضع	لا
غير الحكومية					لإدارة حكومية	
بيوت الأطفال	تحت ٥ سنوات	لا	رعاية	مجانية	وزارة الصحة	لا
المنفصلة			الطفولة		والرعاية الاجتماعية	
بيوت الأطفال	تحت ٥ سنوات	لا	رعاية	مجانية	وزارة الصحة	نعم
الدمجية			الطفولة		والرعاية الاجتماعية	

السمات الأساسية للتدخل المبكر

لقد حدثت تغيرات في التدخل المبكر في كوريا منذ أواخر الثمانينيات. تتجلى هذه التغيرات في عدد الأطفال الذين يتلقون الخدمات التعليمية، وكذلك في جودة الخدمات المقدمة. ففي السبعينيات كانت البرامج أو الخدمات المقدمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات نادرة. أما اليوم فتتوفر برامج التدخل المبكر في أكثر من ٢٠٠ فصل في المدارس الخاصة أو فصول ما قبل المدرسة بالتعليم العام، وأكثر من ١٠٠ مركز رعاية غير ربحي أو مركز ديني، وأكثر من ٢٠٠ مؤسسة خاصة ربحية، وبعض فصول ما قبل المدرسة أو برامج رعاية الطفولة الدمجية. ورغم أن قانون توفير التربية الخاصة يقدم الدعم المالي لبعض فصول ما قبل المدرسة، كما ذكرنا آنفاً، فإن هذا القانون لا ينفق على الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات تحت عمر الثالثة.

المنهج والممارسات الصفية

لقد أعدت وزارة التعليم والموارد البشرية في كوريا المنهج العام للأطفال في عمر المدرسة ومنهج معد خصيصاً للأطفال ذوي الإعاقات. والأطفال ذوي الإعاقات يتبعون أحد المنهجين أو كلاهما بناء على المكان الذي يتلقون فيه تعليمهم. فالأطفال في مدارس التعليم العام يتبعون المنهج العام إلى جانب المنهج الخاص، بينما يتبع الأطفال في المدارس الخاصة منهج التربية الخاصة.

يوجد في كوريا منهج واحد للأطفال العاديين. ومعظم الأطفال ذوي الإعاقات المقيدين في فصول ما قبل المدرسة بالتعليم العام أو بيوت الأطفال المجتمعية يتبعون المنهج العام القومي لفصول ما قبل المدرسة. ويمكن إكمال هذا المنهج ببرنامج تربوي فردي IEP أو دروس معدلة بناء على توفر فصول خاصة أو موظفي تربية خاصة في المكان. وفي بعض الأحيان تطور المدارس النهارية الخاصة أو مراكز التدخل المبكر الخاصة مناهج خاصة بها للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. في الماضي كانت المناهج

تركز على مهارات الاستعداد للإنجاز الأكاديمي وكانت تنفذ عبر أنشطة صفية يشارك فيها كل الأطفال. وقد تغيرت الممارسات إلى التأكيد على قدرات واحتياجات الأطفال الفرديين (مثل مهارات الحياة اليومية). واليوم تتضمن مناهج التدخل المبكر عادة مجالات نمائية مختلفة، مثل النمو الاجتماعي والتواصل والمعرفي والتكيفي والحركي، ويركز التدريس على الاحتياجات المتفردة للأطفال. وإلى جانب ذلك تستخدم مراكز التدخل المبكر غير الحكومية المناهج المنشورة مثل منهج كارولينا للأطفال ما قبل المدرسة ذوي الاحتياجات الخاصة Carolina Curriculum for Preschoolers with Special Needs (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 199) ودليل بورتج للتربية المبكرة Portage Guide to Early Education (Bluma et al., 1976) اللذان ترجما إلى اللغة الكورية. وقد أظهرت دراسة حول كوريا أن محتوى المنهج والتوصيل وكذلك سرعة أو معدل التدريس تظهر مرونة كبيرة (Lee, Park, & Kim, 2002). وتلك التكيفات تساعد في الوصول إلى التوافق الأمثل بين التدريس وسرعة كل طفل في التعلم وأسلوبه وقدرته على التعلم. ويفضل المعلمون من جانبهم الجمع بين المناهج وأشكال المحتوى التعليمي والطرق المختلفة المتوفرة بدلاً من اتباع منهج واحد محدد لإنجاز الاحتياجات الفردية لكل طفل. ويتم الحكم على جودة التعليم المقدم للأطفال الصغار ذوي الإعاقات بناء على مدى ملاءمة التدريس لسمات التعلم الفردية للطفل. وعموماً تستخدم البرامج التربوية الفردية في كوريا باعتبارها منهج أو برنامج تعلم فردي يقوم على جوانب القوة والضعف لدى كل طفل وأساليب تعلمه واحتياجاته الخاصة. ومع أن البرنامج التربوي الفردي ليس إلزامياً في كوريا، فإن معظم المعلمين يستخدمون برامج تربوية فردية للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. وبناء على البرنامج التربوي الفردي للأطفال توضع خطط الدروس أو تكييف (في الفصول الدمجية) يومياً أو أسبوعياً و/أو شهرياً.

أدوار الأسرة

تلعب الأسر دوراً مؤثراً في التدخل المبكر للأطفال الصغار ذوي الإعاقات، حتى أنه يمكن القول بأن أولياء الأمور إذا لم يتعلموا كيف يعملون بفعالية مع أطفالهم، فلن تبقى المكاسب التي يحققها برنامج التدخل المبكر (Turnbull & Turnbull, 1996). وثمة اعتراف وقبول واسعان في كوريا لأهمية إشراك الوالدين وأعضاء الأسرة الممتدة في كامل عملية التقييم وممارسات التدخل. ورغم هذا القبول فلم توضع مشاركة الأسر موضع التنفيذ بعد. وقد تم التأكيد على أهمية مشاركة الأسر وشراكة أولياء الأمور والمهنيين في الدورات التدريبية الحديثة للمعلمين، وبدأ معظم المعلمين في تطبيق هذه الفكرة على ممارساتهم مع الأطفال الصغار ذوي الإعاقات.

يعتمد مدى المشاركة الأسرية على سياسة كل مؤسسة أو معلم. فبعض برامج التدخل المبكر تضع خطوطاً عريضة للمشاركة الأسرية، وبعضها لا يضع مثل هذه الخطوط. وعندما لا يكون لدى المؤسسة سياسة محددة للمشاركة الأسرية، تتوقف مشاركة الأسر على وجهة نظر المعلمين. والمعلمون الذين يرون أن المشاركة الأسرية مهمة يعدون برامج للمشاركة الأسرية ويوجهون الآباء والأمهات والأشقاء وأعضاء الأسر الممتدة الآخرين للمشاركة في البرنامج.

إن الشكل الأكثر انتشاراً للمشاركة الأسرية في كوريا هو المشاركة في برنامج تعليم أولياء الأمور Parent Education Programs. يحصل أفراد الأسر في هذه البرامج على مصادر معلومات مختلفة حول إعاقات أطفالهم واحتياجاتهم التربوية. ورغم أن معظم برامج تعليم أولياء الأمور تتبع صيغة التقديم أحادي الاتجاه للمعلومات، وليس عملية بناء علاقات تبادلية، تقدم هذه البرامج كثيراً من المعلومات الثمينة لأولياء الأمور حول احتياجات أطفالهم وتعليمهم.

ورغم أن المشاركة المباشرة من جانب أفراد الأسر في التدخل المبكر لا تزال محدودة نوعاً ما ، فإنها مع ذلك تلعب أدواراً مهمة. فأولياء الأمور يكونوا في الغالب أول من يحيل الأطفال إلى خدمات التربية الخاصة ، علاوة على أنهم يقدمون معلومات ثمينة وضرورية في عملية التقييم والتدخل. ويقيم بعض أولياء الأمور والمعلمين علاقات متبادلة جيدة ويعملون معاً لتعظيم المخرجات التربوية للأطفال. إضافة إلى أن أولياء الأمور يعاونون غالباً في البرامج التي يسجل فيها أطفالهم. ويمكن أن يعملوا كمعلمين معاونين متطوعين ، أو يجهزون المواد أو المناسبات الخاصة ، أو يجمعون الأموال أو يرفعون الوعي من خلال جهود الدفاع ، أو يقدمون الدعم والمساعدة لأولياء الأمور الآخرين.

المؤثرات النظرية

تلعب أقسام التربية الخاصة في الكليات والجامعات الكورية دوراً أساسياً في التدخل المبكر من حيث الأطروحات النظرية والبحثية. وكذلك تقوم المؤسسة الكورية للتربية الخاصة ، وهي المؤسسة القومية الوحيدة للتربية الخاصة التابعة للحكومة ، بدور رئيس في البحوث. كما تقدم هذه المؤسسة التدريب أثناء الخدمة لمساعدة المعلمين في تعلم النظريات الحديثة ونتائج البحوث ووضعها موضع التنفيذ. ومع أن الممارسات والبحوث في مجال التدخل المبكر في كوريا تتبع نظيراتها في الدول الأخرى ، فإن الممارسين في كوريا أخذوا يطورون بحوثاً وممارسات خاصة بهم. من هذه الممارسات نظم الدعم للدمج المبكر في فصول ما قبل المدرسة أو رعاية الطفولة المجتمعية (ستقدم لها وصفاً في موضع لاحق من هذا الفصل) والمدارس الخاصة المستقلة للتربية الخاصة للطفولة المبكرة والدورات التدريبية للمعلمين على التربية الخاصة للطفولة المبكرة التي تجمع بين النظرية والتطبيق في تربية الطفولة المبكرة والتربية الخاصة للطفولة المبكرة.

يتميز ميدان التدخل المبكر في كوريا بثراء واضح بفضل النظريات والممارسات التي تقدمها مجالات مثل تربية الطفولة المبكرة والتربية الخاصة وعلم النفس التربوي. وثمة نظريات كثيرة توجه ممارسات التقييم والتدخل للأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة. ويعتمد المنهج والنماذج التعليمية على منظورات نظرية مثل المنظور النمائي (Skinner, 1953) والمعرفي (Piaget, 1971) والوظيفي (Strain et al, 1992). تتخذ البرامج الدمجية فيما قبل المدرسة المنظورين النمائي والمعرفي أساساً لها، بينما تتخذ البرامج المنعزلة عادة المنظورين النمائي والوظيفي أساساً لها. وثمة منظورات نظرية أخرى ظهرت في أواخر الثمانينيات وشقت طريقها إلى كوريا وأثرت بقوة على التقييم والتدخل للأطفال الصغار ذوي الإعاقات، ويأتي على رأس هذه المنظورات المنظور الإيكولوجي (Bronfenbrenner, 1974) والتفاعلي (Sameroff & Fiese, 1990). وغالبية المداخل الحالية إلى تحسين نمو الأطفال وتحصيلهم التعليمي تطبق تشكيلة واسعة من الفرضيات النظرية بناء على المنظورات الفلسفية والنظرية للبرنامج. وتؤكد بحوث وممارسات التدخل المبكر في كوريا على عدة قضايا مهمة، منها التشخيص المبكر والمشاركة الأسرية والممارسات الملائمة نمائياً والدعم السلوكي الإيجابي والمنهج المرتبط بالتقييم والتدخل القائم على النشاط والدمج.

المؤثرات السياسية

تؤثر التغييرات في التشريعات والقوانين على التقدم في ميداني التربية الخاصة والتدخل المبكر. وقد وضعت كوريا الأسس القانونية لتوفير التعليم لكل الأطفال. فشرع التعليم الإلزامي في عام ١٩٤٩م، لكن لم يرد فيه ذكر الأطفال ذوي الإعاقات تحديداً. ويبدو أن تعليم الأطفال ذوي الإعاقات جاء كفكرة متأخرة لصناع السياسات. وقد أعدت كوريا وثائق سياسات منفصلة لتعليم الأطفال ذوي الإعاقات، ثم صدر قانون توفير

التربية الخاصة في عام ١٩٧٧م. لكن هذا القانون لم يتضمن أية بنود أو نصوص خاصة بأطفال ما قبل المدرسة. في ذلك الوقت كان عدد صغير فقط من الأطفال ذوي الإعاقات يتلقون تعليماً مجانياً، وهم أولئك الأطفال الذين كانوا مسجلين في فصول ما قبل المدرسة بالمدارس النهارية الخاصة. وفي الثمانينيات توسع التعليم المجاني للأطفال الصغار ذوي الإعاقات بفضل تشجيع وزارة التعليم والموارد البشرية لفصول ما قبل المدرسة بالمدارس النهارية الخاصة. ومع ذلك فلم يأت الأساس القانوني لتعميم التعليم المجاني إلا مع تعديلات ١٩٩٤م لقانون توفير التربية الخاصة. ولا يزال التعليم المجاني للأطفال بين عمر الثالثة والخامسة مقصوراً على المدارس العامة والبرامج غير الحكومية المعتمدة وفقاً للقواعد المفصلة الواردة في قانون توفير التربية الخاصة لعام ١٩٩٤م. وقد أدت التغييرات التشريعية إجمالاً إلى مردود إيجابي اتخذ شكل زيادة عدد الأطفال الذين يتلقون خدمات التدخل المجانية في الطفولة المبكرة. وإجمالاً فقد انتشرت برامج التدخل المبكر في المدارس الخاصة والفصول الخاصة في فصول ما قبل المدرسة بالتعليم العام للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الثالثة والخامسة بصورة ملحوظة منذ مطلع التسعينيات.

وعلى الرغم من هذه التطورات أوضحت دراسات مسحية أجريت في أواخر التسعينيات أن ما لا يزيد عن ٢٠٪ من أطفال ما دون الخامسة ذوي الإعاقات كانوا يتلقون خدمات تربية خاصة ملائمة، وكان عدد الأطفال الذين يتلقون الخدمات مجاناً أقل بكثير من هذه النسبة. فكوريا تحتاج إلى قادة حكوميين يفرضون السياسات الموجودة ويضعون سياسات جديدة تزيد من عدد الأطفال الذين يتلقون الخدمات وتحسن جودة البرامج.

المؤثرات الثقافية

ثمة خاصيتان محددتان للثقافة الكورية أثرتا أكثر من غيرهما على تعليم الأطفال الصغار ذوي الإعاقات. أولاً ينتشر في كوريا، كما في الثقافات الأخرى، اتجاه سلبي قديم

نحو الإعاقة يلصق عاراً ثقافياً بالأشخاص ذوي الإعاقات. فالأشخاص ذوي الإعاقات كانوا في الغالب يعاملون باعتبارهم فاشلين اجتماعياً ولم يكونوا موضع ترحيب كأعضاء مساوين لغيرهم في المجتمع أو جماعاتهم الصغيرة. ونتيجة لذلك كانت أسر كثيرة تجدد حرجاً في الظهور مع أطفالها ذوي الإعاقات. وقد أثر هذا الإحساس بالخجل والتردد من جانب الأسر سلباً على توفير تعليم ملائم للأطفال ذوي الإعاقات. وفيما يتعلق بالتدخل المبكر كان هذا التحيز الثقافي يحول دون التعرف والتشخيص المبكرين للإعاقات وتقديم الخدمات. وقد أدت جهود الأسر والمهنيين والمدافعين وصانعي السياسات في التسعينيات إلى إحداث تغييرات في الإدراك العام للإعاقة، حيث بدأ ينتشر تقبل الأشخاص ذوي الإعاقات كأعضاء مساوين لغيرهم في المجتمع واحترام حقوقهم في التعليم وفي حياة جيدة. ومعظم الأسر بعد تخلت عن خجلها وخوفها أصبحت تبحث بجدية عن المساعدة المهنية لأطفالها ذوي الإعاقات. وقد لعب ذلك، إلى جانب الخاصية الثقافية الثانية التي سنعرضها فيما يلي، دوراً نشطاً في تحسين نوعية جودة التدخل المبكر.

تتمثل الخاصية الثقافية الثانية التي تؤثر على التدخل المبكر في اهتمام الكوريين الكبير بالتعليم. فعالية الأمهات الكوريات يملأهن حماس قوي لتعليم أطفالهن، خاصة التعليم في الطفولة المبكرة. وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات لسن استثناء لذلك. فهن يردن لأطفالهن أن يحصلوا على أفضل تعليم ممكن. وقد يؤدي ذلك في حالة بعض الأطفال وأفراد الأسر إلى الإجهاد الشديد بسبب كثرة البرامج التعليمية والعلاجية التي يشتركون فيها. وبقدر ما يكون أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات مهتمين بإيجاد برامج أفضل بقدر ما يؤثروا بالتأكيد في تحسين جودة الخدمات المقدمة.

وصف البرنامج

في كوريا ينتظم كثير من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في فصول ما قبل المدرسة بالتعليم العام أو برامج رعاية الطفولة. يسجل أولياء الأمور أطفالهم في هذه

البرامج لاعتمادهم بأهمية التعليم الدمجي ورفضهم لإرسال أطفالهم لفصول منفصلة يعاملون فيها وفقاً لمسميات تشخيصية. ومع ذلك فإن كثيراً من هؤلاء الأطفال لن ينجحوا في هذه الفصول دون دعم ملائم من نوع التربية الخاصة. وهؤلاء الأطفال الذين قد تكون عندهم إعاقات متنوعة قد يكونوا عرضة لخطر الفشل نتيجة لعدم التعرف على احتياجاتهم وعدم حصولهم على دعم التدخل المبكر.

حتى أواخر التسعينيات لم يكن الأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يحضرون في فصول ما قبل المدرسة بالتعليم العام أو برامج رعاية الطفولة في كوريا يتلقون أي دعم تربوي خاص. لذلك شرعت الحكومة في تشجيع مهنيي التربية الخاصة لدعم الأطفال ذوي الإعاقات في تلك البيئات من خلال تيسير الدمج المجتمعي. وذلك يحدث بطريقتين مختلفتين، الأولى داخل نظم الخدمة التعليمية التابعة لوزارة التعليم والموارد البشرية استناداً إلى تعديلات عام ١٩٩٤م لقانون توفير التربية الخاصة التي تميز لأي من فصول ما قبل المدرسة لأطفال ما بين الثالثة والخامسة أن تفتح فصل للأطفال ذوي الإعاقات بتمويل من الحكومة. ويمكن إدارة هذا الفصل كبرنامج منفصل أو برنامج دمجي. وأياً كان النموذج، تتلقى فصول ما قبل المدرسة دعماً مالياً عندما يكون بها ستة أطفال على الأكثر في الفصل الواحد ومرتب لمعلم تربية خاصة واحد ونفقات إدارية. مقارنة بنسبة المعلمين إلى التلاميذ (معلم واحد لكل ٢٠-٣٠ تلميذاً) في بيئات الطفولة المبكرة بالتعليم العام، تقدم نسبة معلم واحد لكل ٦ تلاميذ حافظاً لبدء برامج للأطفال ذوي الإعاقات. ينطبق ذلك بوجه خاص على فصول ما قبل المدرسة التي يوجد بها أطفال ذوي إعاقات بالفعل.

تمثل بيوت الأطفال Children's Houses النظام الثاني لتسهيل الدمج المجتمعي للأطفال. وبيوت الأطفال التي تحصل على دعمها من وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية تقدم برامج رعاية الطفولة وبرامج تربوية للأطفال تحت عمر الخامسة.

حتى منتصف التسعينيات كانت هناك مقاومة من جانب بيوت الأطفال لتسجيل الأطفال ذوي الإعاقات فيها ، وكانت تتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقات كأنهم أعباء إذا لم تحصل على دعم مهني للاهتمام بأولئك الأطفال. لكن هذا الاتجاه تغير نتيجة لاعتماد سياسة تنص على أن البرامج التي تضم ثلاثة أطفال ذوي إعاقات يمكن أن تحصل على دعم مالي من الحكومة وأن توظف معلم تربية خاصة. ونظراً لكون نسبة معلم واحد لكل ثلاثة تلاميذ مشجعة للغاية ، فقد زادت بيوت الأطفال من قبول الأطفال ذوي الإعاقات في برامجها.

تعتبر مؤهلات معلمي التربية الخاصة مهمة للغاية في كلا نوعي برامج الدمج المجتمعي. بل إن جودة الخدمة التي تقدمها تعتمد على هؤلاء المعلمين. فهؤلاء المعلمون قد يحتاجون إلى إعداد وتنفيذ برامج تربوية فردية لكل طفل ذي احتياجات خاصة ، وتعديل أو تكييف خطط الدروس والأنشطة لمجموعة مختلطة من الأطفال ذوي الإعاقات والعاديين ، ومعاونة معلمي الطفولة المبكرة بالتعليم العام ، وإشراك الوالدين وأعضاء الأسر الممتدة في تعليم أطفالهم.

أمثلة للبرامج

توضح الأمثلة التالية هذين النوعين من البرامج: برنامج ما قبل المدرسة الدمجية وبيوت الأطفال الدمجية.

برنامج ما قبل المدرسة الدمجية

أنشئت برنامج ما قبل المدرسة Preschool التي أرمز إليها بالحرف "ج" عام ١٩٧٩م لكي تطبق الفلسفة القائمة على ثلاثة مفاهيم تبدأ جميعها بحرف C: التربية المسيحية والتعليم التعاوني والتعليم الابتكاري. تضم هذه المؤسسة الآن ١٦٨ تلميذاً مقسمين إلى ستة فصول. يحتوي كل فصل على طفل معاق. يعمل في هذه البيئة ستة معلمين تربية طفولة مبكرة ومعلمان تربية خاصة للطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال.

وفي حالة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يتعاون المعلمون معا لتنفيذ إستراتيجيات تربوية مختلفة، مثل إعداد وتنفيذ برامج تربوية فردية، وكتابة أو تكييف خطط دروس فردية/جماعية، والاشتراك معاً في خبراتهم الخاصة. وقد أعدت برامج مختلفة للأطفال والمعلمين وأولياء الأمور لتحسين مخرجات الدمج.

الأطفال: يسهل بعض البرامج العلاقات بين الأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأقرانهم. من ذلك أن يقوم مربو الطفولة المبكرة الخاصين بالتدريس بانتظام لمساعدة الأطفال على تقبل أقرانهم ذوي الإعاقات. ومن أمثلة ذلك أيضاً معرض الصور ("السر الأول! الكاميرا الخفية")، حيث يستخدم المعلمون كاميراً مخفية لالتقاط صور للأطفال وهم يساعدون أقرانهم ذوي الإعاقات أو يلعبون معهم، ثم يعرضون الصور على لوحة الإعلانات المدرسية، ثم تعطى جوائز ومكافآت للأطفال على سلوكهم النموذجي. وفي برنامج العطلة ("أنا وأصدقائي") يسهل المعلمون التفاعل الاجتماعي بين الأطفال ذوي الإعاقات وأقرانهم بينما هم يلعبون معاً في المسبح أو مدن الملاهي في أثناء العطلات المدرسية.

معلمو تربية الطفولة المبكرة: يلتقي معلمو تربية الطفولة المبكرة Early Childhood Education بالتلاميذ ذوي الإعاقات وذويهم قبل أن يبدأ الفصل الدراسي. وذلك يساعد المعلمون في فهم احتياجات الأطفال وأولياء أمورهم. كما يتلقى المعلمون عبر برامج التدريب أثناء الخدمة معلومات من أجل فهم الأطفال ذوي الإعاقات، وكذلك الإستراتيجيات التعليمية الملائمة للتدريس لهم.

أولياء الأمور: في أثناء عملية التهيئة في بداية السنة الدراسية يقدم لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات والعاديين معلومات حول الفلسفة التربوية للمدرسة وبرامج الدمج. وهنا تقدم أيضاً التربية الوالدية، حيث يقدم لأولياء الأمور المعلومات فردياً وفقاً لاحتياجاتهم من أجل رعاية أطفالهم وتعليمهم طوال السنة الدراسية. كما يديرون أيضاً على العمل مع الأطفال في الفصول كمعلمين معاونين إذا رغبوا في ذلك.

بيت الأطفال

أنشئ بيت الأطفال الذي أرمز إليه بالحرف "د" في عام ١٩٩٢م. وباعتباره أول مؤسسة على مستوى الدولة تنجح في دمج الأطفال ذوي الإعاقات، فقد فاز في عام ١٩٩٣م بجائزة مؤسسة سامسونغ للخدمات الاجتماعية، كما أئنت حكومة مدينة سيؤول في ١٩٩٤م على برنامجها الدمجي. إن هدف بيت الأطفال الذي نتحدث عنه هنا هو أن يقدم رعاية الطفولة لأطفال ما بين الثالثة والخامسة من الأسر منخفضة الدخل التي يعمل كلا الوالدين بها. يضم البيت ٢٥٢ طفلاً، مقسمين إلى سبعة فصول لأطفال ما دون الثالثة، وخمسة فصول لأطفال ما قبل المدرسة، من هؤلاء ٤٢ طفلاً من ذوي الإعاقات. ويعمل بالبيت ٤٦ موظفاً، منهم ٣٥ معلماً حاصلين على تدريب خاص ولديهم درجات جامعية في مجالات مختلفة مثل تربية الطفولة المبكرة والتربية الخاصة والعمل الاجتماعي والرعاية النهارية والتمريض والتغذية والتربية الفنية والتربية البدنية. سنعرض فيما يلي برامج البيت للأطفال والمعلمين وأولياء الأمور.

الأطفال: يؤكد بيت الأطفال على التعليم من أجل النمو الشامل وفقاً لنمو كل طفل، وخطط التربية الخاصة الفردية للأطفال ذوي الإعاقات، وبرنامج لتشجيع كل الأطفال على الانسجام مع بعضهم البعض بغض النظر عن الإعاقات، وبرنامج تغذية يقدم أيضاً تطعيمات وتدريباً على التوعية بالأمان، والتربية البدنية.

المعلمون: يشارك كل المعلمين سنوياً في برامج تدريبي أثناء الخدمة مدته ٦٠-٣٠ ساعة. يهدف التدريب لتعظيم فعالية التعليم من خلال مساعدة المعلمين في تعزيز معرفتهم المهنية وتحسين اتجاهاتهم الإيجابية وتفكيرهم الابتكاري والتقرير الذاتي. يتضمن التدريب أيضاً مداخل تدعم الدمج الناجح.

أولياء الأمور: يقدم بيت الأطفال أيضاً برنامجاً لأولياء الأمور لحث مشاركتهم في العملية التربوية وتعزيز دور الأسر. تتضمن البرامج التوجيه الوالدي والتربية الوالدية

من خلال التدريب الفعال لأولياء الأمور والاستشارات والمؤتمرات وورش العمل. كما يشارك أولياء الأمور في تعليم أطفالهم من خلال أنشطة مختلفة مثل العمل كمعلمين معاونين. وفي الغالب يجد أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات هذه الأنشطة مفيدة للغاية. وكذلك يشجع البيت أولياء أمور الأطفال العاديين على المشاركة في البرنامج لكي يفهموا الأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم.

العوائق أمام الممارسات الدمجية

إن دمج الأطفال الصغار ذوي الإعاقات في بيئات التعليم العام أحد خصائص خدمات التدخل المبكر في كوريا. لكن نجاح الدمج يعتمد على عناصر كثيرة من أهمها نوعية أو جودة الخدمات التي يقدمها معلمو تربية الطفولة المبكرة العاميين والخاصين. والتدريس المشترك Co-teaching وهو نموذج الدمج الأوسع انتشاراً (Lipsky & Gartner, 1997) يعتبر من العوامل القوية التي تؤثر على جودة برامج الدمج. معنى ذلك أن معلم تربية الطفولة المبكرة العام والخاص شريكان يشتركان معاً في البيئة المادية والمسئولية عن تخطيط وترتيب وتقييم خبرات التعلم (Friend & Cook, 1996; Pugach & Johnson, 1995). بينما يعد المعلمون في كوريا كل في مجاله أو تخصصه، دون انتباه إلى التعاون مع المعلمين من المجالات الأخرى. فطلاب الجامعات المقيدون في برامج تربية الطفولة المبكرة، على سبيل المثال، يدرسون جيداً لكي يكونوا معلمين جيدين لتربية الطفولة المبكرة، بينما لا يتعلم معظمهم أي شيء حول الأطفال ذوي الإعاقات، بما في ذلك كيف يدرسون لهم أو كيف يتعاونون مع معلمي التربية الخاصة. كما لا يتعلم الطلاب في مجال التربية الخاصة أي تدريب يذكر على العمل مع معلمي الطفولة المبكرة، ولا يتعلمون كيف يعملون كأعضاء في فريق أو الاشتراك في الأدوار والمسئوليات لوضع وتلبية الأهداف التربوية للأطفال ذوي الإعاقات في البيئات الدمجية. ولذلك توضع المسئولية عن تعليم الأطفال ذوي الإعاقات عادة على كاهل معلمي التربية الخاصة، وأحياناً يتم عزل الأطفال ذوي الإعاقات من أنشطة فصل

التعليم العام لقضاء بعض الوقت مع معلمي التربية الخاصة. وهذا التدريس المنفصل قد يقلل بعض المخرجات المنشودة للأطفال ذوي الإعاقات في هذه البيئات الدمجية (مثل تنمية المهارات الاجتماعية). ومن أجل التغلب على هذه المشكلة يجب على برامج التنمية المهنية قبل وأثناء الخدمة أن تتضمن معلومات حول الطريقة التي يجب أن يتعاون من خلالها المعلمون من كل مجال مع بعضهم البعض ويستفيدوا من خبرة بعضهم البعض.

ثمة عائق آخر للدمج المجتمعي في بيوت الأطفال وهو أن غالبية بيوت الأطفال الدمجية تواجه صعوبة في العثور على معلمي التربية الخاصة. وذلك ينتج جزئياً عن الانقسام في المسؤولية عن تعليم الأطفال بين وزارة التعليم والموارد البشرية ووزارة الصحة والرعاية الاجتماعية. فلا توجد سياسات مشتركة بين هاتين الوزارتين. ونتيجة لأن تأهيل المعلمين وسجلات مهنة التدريس يخضعان لوزارة التعليم والموارد البشرية ولأن بيوت الأطفال تخضع لوزارة الصحة والرعاية الاجتماعية، لا يعتبر التدريس في بيوت الأطفال مهنة تدرسية رسمية. ولذلك يتعمد المعلمون الحاصلون على تأهيل في التربية الخاصة الذي يحتاجون إلى سجل رسمي في مهنة التدريس من أجل الترقيات تجنب العمل في بيوت الأطفال. ونتيجة لصعوبة العثور على معلمين مؤهلين في التربية الخاصة، يتولى مهنيون من مجالات أخرى كعلم النفس والعمل الاجتماعي وتربية الطفولة المبكرة دور معلم التربية الخاصة للطفولة المبكرة. مع أن الدور المهني لمعلمي التربية الخاصة للطفولة المبكرة في إعداد وتكييف وتنفيذ البرامج التربوية الفردية وكذلك علاقتهم مع الأعضاء الآخرين في البيئات الدمجية يعتبر حاسماً لنجاح البرامج التعليمية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات. ومن أجل حل هذه المشكلة لا بد أن تتعاون الإدارتان المسؤولتان عن تعليم الأطفال - وزارة التعليم والموارد البشرية ووزارة الصحة والرعاية الاجتماعية - وأن تعملتا سوياً في وضع وتنفيذ السياسات.

وأخيراً فقد يشكل الوصول إلى البرامج المجتمعية الدمجية مشكلة حقيقية، فكثير من أولياء الأمور يريدون أن يكون أطفالهم ذوي الإعاقات في البرامج الدمجية المجتمعية، لكن في الغالب لا تتوفر أماكن كافية، خاصة في البرامج المعروفة بجودة تعليمها الدمجي، حيث تشتد المنافسة على التسجيل فيها. وقد أصبح أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات أكثر نشاطاً في البحث عن برامج جيدة لأطفالهم، حيث يقبل معظم الكوريين الآن فكرة أن الدمج مفيد للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. والخطوة التالية يجب أن تتمثل في زيادة عدد البرامج الدمجية لتلبية مطالب أولياء الأمور وأطفالهم ذوي الإعاقات. لكن ثمة عوائق أمام زيادة عدد البرامج الدمجية، كالصعوبة في إيجاد معلمي التربية الخاصة للطفولة المبكرة والتعقيدات الإدارية وإحجام بعض الموظفين والمديرين عن دمج الأطفال ذوي الإعاقات في فصول ما قبل المدرسة بالتعليم العام.

الدروس المتعلمة

ثمة دروس كثيرة يمكن أن نتعلمها من ممارسات الدمج المجتمعي في كوريا. وسوف نصف مضامين تلك الدروس عبر ثلاثة عوامل: (١) جدوى الدمج، (٢) الدافع إلى الدمج، (٣) جودة الدمج.

أولاً تأكدت جدوى الدمج من خلال البرامج التي عرضناها آنفاً. كما أن كفاءة التدخل المبكر والتربية الخاصة للطفولة المبكرة، بما في ذلك ممارسة الدمج، مثبتة جيداً في البحوث (Richey & Wheeler, 2000). وقد أوضحت تجربة الدمج المجتمعي في كوريا الجنوبية أن فصول ما قبل المدرسة أو رعاية الطفولة الحالية يمكن أن تدمج الأطفال ذوي الإعاقات. وبرامج الطفولة المبكرة توجد في معظم الأماكن، بينما تختلف في الحجم والموقع ووقت المدرسة والتمويل. لكنها جميعاً تشترك في هدف واحد مشترك وهو توفير بيئات تعلم جيدة لكل الأطفال الصغار. ورغم العوائق السابقة فإن توفير الواسع لبرامج الطفولة المبكرة يجعل دمج الأطفال الصغار ذوي الإعاقات ممكناً.

ثانياً لعب الدافع وراء بدء البرامج الدمجية التي تنفق عليها الحكومة دوراً مهماً في زيادة عدد فصول ما قبل المدرسة ومراكز رعاية الطفولة الدمجية. وبوجه عام يحتاج تعليم الأطفال ذوي الإعاقات إلى تدخل أكثر تكثيفاً (مثل خفض نسب التلاميذ إلى المعلمين وزيادة التدريس الذي يتوسطه المعلم Teacher-mediated Instruction) من تعليم الأطفال غير ذوي الإعاقات. إن توظيف معلم تربية خاصة من أجل عدد صغير من الأطفال يمكن أن يشكل عبئاً مالياً على البرنامج وإدارتها. لكن يمكن التحلل من هذا العبء من خلال الدعم المالي من جانب الحكومة الذي يقدم التمويل لمرتب معلم واحد والنفقات اليومية للفصل إذا كان يضم أكثر من ثلاثة أطفال (في بيوت الأطفال) أو ستة (في فصول ما قبل المدرسة) من ذوي الإعاقات. وقد لعبت الحوافز المالية الدور الأكبر في زيادة عدد البرامج الدمجية في كوريا الجنوبية، بينما تحتاج الآن لتقوية الأساس القانوني للدمج.

وأخيراً فمن بين الكثير من فصول ما قبل المدرسة ومراكز رعاية الطفولة المنتشرة في كوريا الجنوبية، ينفذ بعضها فقط الدمج بينما يرفض الكثير منها فكرة الدمج. والدرس الأهم الذي يمكن أن نتعلمه من تربية الطفولة المبكرة الدمجية ليس ما إذا كان البرنامج دمجياً أم لا، وإنما ما إذا كانت تبذل جهوداً لتلبية احتياجات الأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم. والدمج يتأثر بمجموعة دينامية من العوامل تعتمل داخل وخارج الفصل (Odom et al., 1997). ومن أجل السيطرة على جودة البرامج يكون من الضروري أن نعرف العناصر التي تؤثر على جودة البرامج وكيف ترتبط ببعضها أو بمخرجات البرنامج. وهذا يعني أيضاً أن الدمج لا يمكن أن ينجح دون جهود مستمرة للتعرف على تلك العناصر وتطبيقها. على سبيل المثال وجدت دراسة علاقة دالة بين وجود معلم معاون وجودة البيئة (McCormick, Noonan, Ogata, & Heck, 2001). وقد أوضحت دراسة أخرى أجريت في بيوت الأطفال في سيؤول أن التنفيذ المنظم لمنهج ما

قبل المدرسة الدمجي القائم على النشاط (Activity-based Inclusive Preschool Curriculum) زاد التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقات وقلل السلوك السلبي والعزلة في أثناء اللعب الحر (Lee & Park, 2001b). وأوضحت النتائج أيضاً أنه دون مساعدة منظمة ومخططة لتعزيز التفاعل الاجتماعي لن يحدث اندماج اجتماعي حقيقي للأطفال ذوي الإعاقات في البيئات الدمجية. وإجمالاً فإن تحقيق أهداف الأطفال ذوي الإعاقات يجب أن يكون الهدف الأهم للبرامج الدمجية، ويجب إجراء كافة البحوث والممارسات اللازمة لتحقيق هذا الهدف.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

تنبثق عن النجاحات والمشكلات التي اتضحت وكذلك الدروس التي تعلمناها في كوريا عدة توصيات للمهنيين في الدول الأخرى حول الدمج المجتمعي. أولاً يجب توفير حوافز حكومية لفصول ما قبل المدرسة ورعاية الطفولة القائمة لدمج الأطفال ذوي الإعاقات. فكل هذه البرامج يمكن أن تصبح برامج دمجية إذا توفر لها الدعم المالي لإنجاز هذا التحول. ثانياً يعتبر توفر معلمي تربية خاصة مؤهلين للبرامج عاملاً حاسماً لنجاح الدمج. ولا بد من اتخاذ إجراءات وأشكال دعم إدارية لضمان توفر العدد الكافي من المعلمين. ثالثاً يتطلب التعاون بين معلمي تربية الطفولة المبكرة ومعلمي التربية الخاصة للطفولة المبكرة وعملهم معاً كفريق أن تؤكد برامج التنمية المهنية قبل وأثناء الخدمة على بناء الفرق. رابعاً يتطلب نجاح برامج الدمج المجتمعي إجراء كافة البحوث واتخاذ كافة الممارسات لتحديد الأهداف النمائية والتعليمية للأطفال ذوي الإعاقات وتحقيقها. خامساً يجب توفير عدد كاف من برامج الطفولة المبكرة بحيث يستطيع الطفل المعاق أن يسجل في برنامج داخل المجتمع المحلي الذي يعيشون فيه. وفي هذه الحالة تكون البرامج قائمة على الدمج في المجتمع المحلي حقيقة.

خاتمة

تشارك برامج التدخل المبكر عبر الدول في هدف مشترك أساسي وهو تسهيل نمو وتعلم الأطفال الصغار ذوي الإعاقات والأطفال المعرضين لخطر لإعاقات. وقد تختلف طبيعة وطريقة توصيل خدمات التدخل المبكر في كوريا الجنوبية عن نظيراتها في الدول الأخرى، لكن ذلك ليس أكثر من طريقة أخرى لتحقيق نفس ذلك الهدف. لقد تغيرت الاتجاهات نحو الأفراد ذوي الإعاقات في كوريا الجنوبية. ونتيجة لذلك، ولو جزئياً فحسب، تطور الدمج المجتمعي في برامج الطفولة المبكرة وانتشر في هذه الدولة. على أن كوريا الجنوبية إضافة إلى تبنيها لنظريات وممارسات من الدول الأخرى طورت طريقته الخاصة الفريدة لتوصيل الخدمات. ورغم أن تلك المداخل تطورت على نحو متفرد في السياق الكوري، فإنها تشبه المداخل التي تطورت في دول أخرى. ومن خلال تبادل المعلومات حول النجاحات والعوائق يمكن للمعلمين من كوريا الجنوبية والدول الأخرى الذين ينفذون الدمج المجتمعي أن يتعلموا من بعضهم البعض.

المراجع

References

- Amendments to the Promotion Law for Special Education (PLSE). (1994).
 Bayley, N. (1969). Behavioral correlates of mental growth: Birth to thirty-six years. *American Psychology*, 23, 1-7.
 Bluma, S.M., Shearer, M.S., Frohman, A., & Hilliard, J. (1976). *Portage Guide to Early Education: Checklist, Curriculum and Card File*. Portage, WI: Cooperative Educational Service Agency.
 Bronfenbrenner, U. (1974). *early intervention effective?* Washington, DC: Department of Health, Education, and Welfare, Office of Child Development.
 Friend, M., & Cook, L. (1996). *Interactions: Collaboration skills for school professionals* (2nd ed.). New York: Longman Publishing,
 Gabarino, J. (1990). The human ecology of early risk. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 78-96). New York: Cambridge University Press.
 Gesell, A., & Amatruda, C.S. (1947). *Developmental diagnosis*. New York: Harper & Row.

- Johnson-Martin, N.M., Attermeier, S.M., & Hacker, B.J. (1990). *The Carolina Curriculum for Preschoolers with Special Needs*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Lee, S., & Park, E. (2001a). *Activity-based Inclusive Preschool Curriculum (AIPC)*. Seoul, Korea: Hakjisa.
- Lee, S., & Park, E. (2001b, November). *Effects of Activity-based Inclusive Preschool Curriculum (AIPC) on social integration of Korean young children with disabilities*. Poster session presented at the 2001 TASK annual conference, Anaheim, CA.
- Lee, S., Park, S., & Kim, K. (2002). A national survey of early childhood special education programs on using assessment and curriculum. *Korean Journal of Special Education*, 36(4), 191-212.
- Lipsky, D.K., & Gartner, A. (1997). *Inclusion and school reform: Transforming America's classrooms*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- McCormick, L., Noonan, M.J., Ogata, V., & Heck, R. (2001). Co-teacher relationship and program quality: Implications for preparing teachers for inclusive preschool settings. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 36, 119-132.
- Meisels, S.J., & Shonkoff, J.P. (Eds.). (1990). *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Odom, S.L., Peck, C.A., Hanson, M.J., Beckman, P.J., Kaiser, A.P., Lieber, J., Brown, W.H., Horn, E.M., & Schwartz, I.S. (1997). Inclusion at the preschool level: An ecological systems analysis. *SRCD Social Policy Report*, 18-30.
- Piaget, J. (1971). *Biology and knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pugach, M.C., & Johnson, L.J. (1995). *Collaborative practitioners, collaborative schools*. Denver, CO: Love Publishing.
- Richey, D.D., & Wheeler, J.J. (2000). *Inclusive early childhood education*. Albany, NY: Delmar.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B. (1990). Transactional regulations and early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). New York: Cambridge University Press.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Strain, P., McConnell, S., Carta, J., Fowler, S., Neisworth, J., & Wolery, M. (1992). Behaviorism in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 12(1), 121-141.
- Turnbull, A.P., & Turnbull, H.R. (1996). *Families, professionals, and exceptionality-A special partnership* (3rd ed.). Columbus, OH: Charles E Merrill.

obbeikandi.com

المدخل التوسطي إلى التدخل المبكر^(١) (إسرائيل) A Mediation Approach to Early Intervention (Israel)

بنينا كلاين Pnina S. Klein

يقدم هذا الفصل مدخلاً عاماً إلى التدخل المبكر (وليس برنامجاً محدداً) يطبق في إسرائيل^(٢) في مؤسسات الرعاية المبكرة وتعليم الأطفال الصغار. يتطلب هذا المدخل بناء سجل فردي يصور طبيعة وجودة تفاعلات الطفل مع البالغين، مع التركيز على خصائص الطفل وأسرته والجماعة المحلية والثقافة. والهدف من التدخل هو تحسين جودة التفاعلات وبالتالي تحسين جودة التوسط من جانب أولياء الأمور وغيرهم من مقدمي الرعاية الآخرين (السلوك التدريسي) التي يمكن أن تؤثر على مرونة عقل الطفل، بمعنى قدرته على التعلم من الخبرات الجديدة.

(١) أجريت البحوث المقدمة في هذا الفصل بدعم جزئي من منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف) ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والثقافة والعلوم (اليونسكو) ومؤسسة NORAD ومؤسسة Red Barna التي تدعم تنفيذ التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية (MISC) في إثيوبيا وسريلانكا وإندونيسيا والنرويج والسويد والولايات المتحدة وإسرائيل. أعد هذا الفصل بدعم من كرسي مكاخادو Machado للبحوث حول التعديل المعرفي Cognitive Modifiability بجامعة بار إنان بإسرائيل.

(٢) لا تعترف دول عربية وإسلامية كثيرة بدولة إسرائيل، وتستخدم محلها مسميات مثل "فلسطين المحتلة" أو "الكيان الصهيوني" أو غير ذلك. لكن الأمانة العلمية في الترجمة تفرض استخدام مصطلح "إسرائيل" للمترجم.

حكاية تالي

تتجول تالي Taly ابنة الثالثة من العمر في الغرفة بلا هدف، وتلمس الأشياء المختلفة أو تلقي عليها نظرات عابرة. حاول والدها أن يلعب معها كما طلب منه المستشار التربوي. تناول الوالد كتاباً من الرف وجلس على السجادة وحاول أن يجلس تالي بالقرب منه، وأخذ يستعد للقراءة لها. ليس لدى تالي رغبة في الجلوس، ناهيك عن الاستماع إلى القصة. حاول الأب مجدداً أن يلتفت انتباهها بإخراج سلة اللعب وإفراغ محتوياتها على الأرض. اقتربت تالي من اللعب وأخذت تتناول واحدة منها بعد الأخرى وتلقيها على الفور. فقدم لها الأب كرة صغيرة، فتناولتها تالي ثم سرعان ما ألقت بها بعيداً. واصلت تالي التنقل بناظرها حول الغرفة، ثم اقتربت من والدها وجذبتة نحو الباب وأومات برغبتها في الخروج.

قال والد تالي أن هذا السلوك هو المعتاد منها يومياً، عدا أنها تكون أكثر حدة في المنزل وتنتابها نوبات من الغضب عندما لا تحصل على ما تريد. وقد كان أكثر ما يشغل والد تالي هو نموها اللغوي المتردي. تتبع الأسرة مع تالي نصيحة طبيب الأطفال: أثيروا انتباه تالي بعرض أشياء كثيرة أمامها مثل الأشياء العينية أو اللعب أو الصور في الكتب.

لقد تحدد الهدف العام من برنامج التدخل لتالي في مساعدتها في تنمية مجموعة من الحاجات (كالحاجة إلى التركيز على الأشياء وإدراكها بوضوح، والحاجة إلى إيجاد معنى فيما تدرسه، والحاجة إلى الربط بين الأشياء، والحاجة إلى التخطيط قبل أن تشرع في الفعل، والحاجة إلى إكمال المهام، والحاجة إلى معايشة النجاح). إن مفهوم الحاجة ضروري لفهم التدخل. والهدف من التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية Mediation Intervention for Sensitizing Caregivers هو التأثير على نسق الحاجات لدى الطفل. وكل الأهداف الأخرى، بما في ذلك تنمية الفهم أو المهارات، تكون ثانوية وتابعة للتأثير على نسق الحاجات الذي من شأنه أن يمكن تالي من أن:

- تتعلم من الخبرات الجديدة (كأن تندفع بالحاجة إلى التركيز على الأشياء ومشاهدتها وسماعها وشمها وتذوقها وتحسسها بوضوح، وأن تضيف معنى على الأشياء، وأن تربط بين الأشياء، وأن تحصل على معلومات أكثر حولها أبعد مما تتيحها الحواس).
 - تطلب الموافقة وتعايش النجاح في سياقات اجتماعية ذات معنى.
 - تخطط مقدماً لتنظيم سلوكها لكي تعايش النجاح في سياقات اجتماعية ذات معنى.
- وقد تم إنجاز هذا الهدف متعدد الأوجه من خلال تحسين جودة تفاعل تالي مع الآخرين، وتحديدًا من خلال جودة السلوك التدريسي (التوسط) الذي تتلقاه.

تم تصوير تالي بالفيديو وهي تتفاعل مع والديها في المنزل في أثناء اللعب وغيرها من مواقف تقديم الرعاية. وخلال سلسلة من اللقاءات مع والدي تالي، حلل الممارسون أشرطة الفيديو، ووضعوا بناء عليها خططاً للتوسط وتبادلوها مع والدي الطفلة، فضلاً عن المعلومات حول نموها العام (اللغوي والمعرفي والعاطفي والحركي) وما تحب وما تكره في ضوء ما تعانيه من خلل في التكامل الحسي والحساسية المزاجية.

في كل لقاء مع والدي تالي كان الممارسون يستخدمون التفاعلات المسجلة على شريط الفيديو لتحديد معيار أساسي أو أكثر للتفاعل الجيد مع الأطفال الصغار جداً. بدأت اللقاءات مع والدي تالي بأن قدم الممارسون التشجيع (توسط الكفاءة) حول بعض مكونات التفاعلات المسجلة مع تالي (مثل انشغال الوالدين بنموها وجهودهما لتركيز انتباهها). وبناء على الجلسات المسجلة تم تحديد الحالات التي انتهت فيها تالي أو نظرت إلى شيء، ولو سريعاً، ومناقشتها من حيث علاقتها بسلوك الوالدين الذي يسبقها أو يليها. وفي اللقاءات التالية مع تالي والديها تحول التركيز إلى جمع المعالم النمائية والخصائص والصعوبات الخاصة بالطفلة ومعايير التفاعل والتوسط الجيدين. وقد واصل الممارسون تشجيع والدي تالي على بذل الجهد في عملية التوسط الجيد (في مقابل الإثارة المجزأة). وكان التدخل يعتمد على عمليات التفاعل المتواصلة مع تالي في بيئتها الطبيعية. وقد شارك في التدخل كل البالغين الذين يتفاعلون مع تالي في المنزل وفي برنامج رعاية الطفولة.

وبعد ثمانية لقاءات مع والدي تالي وثلاثة مع الموظفين في برنامج رعاية الطفولة الخاص بها، لوحظت تغييرات كبيرة في تفاعلات تالي مع والديها ومقدمي رعاية الطفولة والأقران. تعلم والداها ومقدمو الرعاية أن يتوقفوا عن استخدام الإثارة المجزأة (Fragmented Stimulation) والمدخل التعليمي اللفظي Over-didactic Approach اللذان أدبيا إلى تركيز انتباه تالي مرات كثيرة دون أن يساعدوا في استغلال هذا الانتباه. وبدلاً من ذلك بدأ الوالدان ومقدمو الرعاية يتبعون قيادة تالي بأن يختاروا الأشياء أو الأنشطة التي اختارها والحفاظ على انتباهها وإطالة حوادث الانتباه المشترك بإظهار التأثير وربط الأشياء بمعاني (مثل: "آه يا له من طائر جميل"). لقد تحسن ارتباط تالي الاجتماعي ومستواها في اللعب واهتمامها بالعالم من حولها بدرجة كبيرة، وهو ما أحدث نمواً كبيراً في مهاراتها التواصلية واللغوية. وتالي الآن في طريقها إلى تنمية مهارات كالتالي تتوفر لدى الأطفال ذوي النمو النموذجي.

السياق القومي

تأسست إسرائيل كدولة عام ١٩٤٨م لتكون وطناً للشعب اليهودي. وهي بلد صغير يتكون من ٢٢١٤٥ كيلو متر مربع و٦ مليون نسمة. وتضم إسرائيل نسبة من الأطفال أكبر من معظم المجتمعات الغربية. فوفقاً لتعداد عام ٢٠٠٠م يوجد بإسرائيل ٨٤١٠٠٠ طفل تحت السادسة، يضاف إليهم سنوياً ١٢٧٠٠٠ مولود تقريباً. والغالبية العظمى من الأطفال الصغار الذين يعيشون في إسرائيل ولدوا بها.

كانت إسرائيل منذ إنشائها تعتبر بوتقة للمهاجرين من جميع أنحاء العالم. وقد جاء معظم المهاجرين من أوروبا وآسيا وأفريقيا وبعضهم جاءوا من الولايات المتحدة وكندا. وبداية من التسعينيات وصلت موجات كبيرة من المهاجرين من دول الاتحاد السوفيتي السابق ومن إثيوبيا. ورغم القاسم المشترك المتمثل في كون المهاجرين جميعاً يهوداً فإنهم يختلفون كثيراً في مظهرهم وكذلك خلفياتهم الثقافية والتعليمية. فالمهاجرون من الدول الأفريقية والآسيوية تكون دخولهم ومستوياتهم التعليمية في الغالب أقل من ذوي الأصول الغربية. كما أنهم يعيشون في أحياء فقيرة، والتحصيل المدرسي لأطفالهم أقل ومعدل تسربهم أعلى. ورغم أن الاختلافات بين المهاجرين من الشرق والغرب تتراجع بمرور الوقت، ومع اندماج كثير من الأشخاص في ثقافة إسرائيل، تخلوا عن قيم آبائهم الثقافية والدينية دون أن يستعيضوا عنها بقيم أخرى. وذلك يؤدي كثيراً إلى تصدعات في عملية النقل الثقافي إلى الأجيال الناشئة.

إن المهنيين وهم يساعدون الأسر المهاجرة في التعامل مع عالمهم الجديد ينقلون لهم أيضاً الرسالة الضمنية: "نحن أصحاب المكان. افعلوا ما نقوله لكم، فنحن نعرف أفضل منكم". وعندما تنقل رسالة من هذا النوع حول ممارسات تربية الأطفال، فإن تأثيرها يكون مدمراً، حيث تقتل ثقة الآباء والأمهات في قدرتهم على مساعدة أطفالهم في النمو. وهذا العجز المدرك قد يتضخم عندما يولد للأسرة طفل معاق. وبرامج التدخل المبكر من نوع النموذج الذي سيقدم في موضع لاحق من هذا الفصل طُورت لمساعدة

أولياء الأمور الذين تتباهم المخاوف حول أطفالهم وتزويدهم بطرق يمكنهم من خلالها تعزيز نمو أطفالهم دون استخدام المواد المقيدة أو الألعاب التي يفرضها "الغريب".
نظام الخدمات التعليمية

أنشئ نظام التعليم الإسرائيلي قبل ٥٠ عاماً تقريباً من تأسيس الدولة المستقلة في إسرائيل. وفي عام ١٩٤٩م صدر قانون التعليم الإلزامي الذي ألزم الدولة وأولياء الأمور بضمان أن ينتظم كل طفل مجاناً بالمدرسة بين عمر الرابعة والخامسة عشر، ثم تم تعديل قانون التعليم الإلزامي ليشمل أطفال الثالثة، لكنه لم يطبق على المستوى القومي إلى الآن.

إن أهداف تربية الطفولة المبكرة في إسرائيل، كما صرحت وزارة التعليم، هي "أن تضمن أن يتوفر لكل الأطفال الظروف والفرص الضرورية للأداء الفعال والإنجاز الشخصي". ينقسم نظام التعليم العام إلى نظامين فرعيين رئيسيين: يهودي وعربي، لكل منهما منهجه ومؤسساته، وهما متماثلان وإن كانا يختلفان في اللغة والثقافة. وينقسم نظام التعليم اليهودي أكثر من ذلك بناء على الالتزام الديني إلى نظم علمانية ودينية ومستقلة. وتلك النظم المنفصلة تجعل كل قطاع مستقلاً في استخدام لغته وممارسة ثقافته، لكنها في ذات الوقت تزيد التباينات في مستويات التحصيل التعليمي وقد تسهم في استمرار الفجوات الاجتماعية بين هذه المجموعات. ويوجد في إسرائيل ٨٣٠٠ روضة أطفال (ناهيك عن المستقل منها). وتشرف وزارة التعليم على كل البرامج التربوية المقدمة لكل الأطفال بداية من عمر الثالثة.

يقدم مجلس التعليم عدة برامج للأطفال من الميلاد حتى الثالثة. وتلك البرامج التي تستهدف الأشخاص المعرضين للخطر (في المقام الأول الأسر الفقيرة) تقدم إما في بيوت الأطفال أنفسهم أو المراكز الصحية أو المراكز المجتمعية، ويكون الهدف منها تشجيع انخراط الوالدين وبناء تفاعلات جيدة مع أطفالهم. وتحاول البرامج أن تحسن المهارات الوالدية ونمو الطفل العام والاستعداد المدرسي. وثمة برامج مسائية تقدمها

السلطات المحلية ووزارة التعليم أو المراكز المجتمعية أو منظمات النساء القومية. ويدفع أولياء الأمور ثمن هذه البرامج.

رعاية الطفولة للأطفال حتى عمر الثالثة

يتلقى أطفال ما قبل الثالثة الخدمة إما في مراكز رعاية الطفولة Child Care Centers أو في وحدات الرعاية الأسرية Family Care Units (حيث تقدم رعاية الطفولة لمجموعة من أربعة إلى ستة أطفال في أحد بيوت الأهالي) أو من جانب الأقارب أو مقدمي الرعاية الآخرين في المنزل. تُموّل مراكز رعاية الطفولة من منظمات النساء الكبرى في البلاد وتخضع لإشرافها، كما تحصل على دعم من وزارة العمل والضمان الاجتماعي. يدير هذه البرامج عدد من منظمات النساء، وهي تعمل عادة ٨ ساعات يومياً لمدة ٦ أيام في الأسبوع. وتتمثل أهداف مراكز رعاية الطفولة ومراكز الرعاية الأسرية في رعاية الصالح العام وتشجيع وتسهيل عمل الأمهات وتوفير الإثراء التربوي. وقد اجتازت برامج رعاية الطفولة تغييرات واسعة نتيجة للتدريب المكثف لمقدمي الرعاية قبل الخدمة والإشراف في أثناء الخدمة.

تخضع برامج رعاية الطفولة الأسرية للأطفال من عمر ثلاثة أشهر إلى ثلاث سنوات لإشراف وزارة العمل والضمان الاجتماعي، ويديرها إما المركز المجتمعي المحلي أو إدارة الضمان الاجتماعي المحلية. يعمل هذا البرنامج على أساس أن تقوم مقدمة رعاية واحدة بتقديم الرعاية والتعليم لحوالي ستة أطفال تحت عمر الثالثة في بيت مقدمة الرعاية. والهدف من رعاية الطفولة الأسرية هو أن تقدم رعاية فردية وملائمة نمائياً لأطفال ما دون الثالثة. ومقارنة بالأطفال اليهود تحضر نسبة أعلى نسبياً من الأطفال العرب برامج رعاية الطفولة الأسرية بدلاً من مراكز رعاية الطفولة. على أن كثيراً من مقدمي الرعاية الخاصين ليسوا معتمدين. وهذا النوع من الخدمة شائع جداً بالنسبة للأطفال في عاميهم الأولين.

ولا تزال جودة الرعاية المقدمة لأطفال إسرائيل الصغار في حاجة إلى تحسين. والتحدي الرئيس هو انخفاض الحساسية لاحتياجات كل طفل والتجاوب معها، وهو ما ينتج أساساً عن نسبة الأطفال إلى مقدمي الرعاية الكبيرة نسبياً. إضافة إلى ذلك توجد مشكلات كثيرة تتعلق بجودة برامج رعاية الطفولة المقدمة للأطفال الصغار في إسرائيل تنتج عن الصعوبات التي يواجهها مقدمو الرعاية في "ترجمة" المعرفة المتاحة إلى ممارسات رعاية جيدة.

الحضانات ورياض الأطفال

يشير مصطلح الحضانة Nursery School إلى الرعاية المقدمة للأطفال الثالثة والرابعة من العمر، وتشير رياض الأطفال Kindergarten إلى الرعاية التي يحصلون عليها حتى عمر السادسة. ينخفض معدل حضور الأطفال العرب في الحضانات ورياض الأطفال مقارنة بالأطفال اليهود، وإن كان في ازدياد منذ عام ١٩٨٠م. وفي عام ١٩٩٢م بدأت وزارة التعليم برنامجاً خاصاً لتشجيع تعليم الأطفال العرب (بما في ذلك القطاع الدرزي، وهم طائفة مسلمة تعيش أساساً في لبنان وجنوب سوريا وشمال إسرائيل). يتضمن البرنامج زيادة ساعات التدريس الصفية وتدريب المعلمين وتطوير المنهج والكتب الدراسية. وتخضع رياض الأطفال في إسرائيل لإشراف إدارة التعليم ما قبل الابتدائي بوزارة التعليم. والهدف الأساسي من رياض الأطفال هو أن تضمن النمو الأمثل لكل طفل، مع التركيز بشكل خاص على الفروق الفردية كما يعكسها المثل الثقافي "ينبغي أن يتعلم كل طفل بطريقته الخاصة". ومن الأهداف الأساسية لرياض الأطفال كذلك أن تعد الأطفال للمتعلم المدرسي الشكلي. ومن أجل بلوغ هذا الهدف، وضعت وزارة التعليم معايير لمعلمي الأطفال الصغار في كل رياض الأطفال: العربية والدرزية والعلمانية والدينية.

إن وزارة الصحة هي المسئولة عن تعليم الأطفال ذوي الإعاقات البدنية والنمائية حتى عمر الثالثة. وسياسة وزارة التعليم بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات من

عمر الثالثة إلى السادسة هي أن تدمجهم في رياض الأطفال النظامية وتدعم برنامجهم ببضع ساعات من الخدمات الخاصة تقدم لهم أسبوعياً ضمن الإطار التعليمي العام. السمات الأساسية للتدخل المبكر

تنظر الثقافة اليهودية ودولة إسرائيل إلى الأطفال باعتبارهم الثروة الطبيعية الرئيسة ، ولا جدال في مركزية الأطفال في عملية صنع القرارات الحكومية. فلا يوجد في إسرائيل نقص في برامج التدخل للطفولة المبكرة. وإنما على العكس من ذلك توجد وفرة في برامج التدخل المبكر التي تنفذ لفترات قصيرة ثم تستبدل بأخرى. والتنوع في برامج التدخل ربما يرتبط بالحقيقة التي ينقلها القول الشائع في إسرائيل "إذا سألت ثلاثة إسرائيليين نفس السؤال ، فسوف تحصل على سبعة إجابات مختلفة". وتتضمن معظم برامج التدخل تمارين أو تعليمات منظمة لأولياء الأمور حول العمل مع أطفالهم بطرق محددة وألعاب معينة. وتلك البرامج قد تشجع أولياء الأمور للاعتماد على دمي وألعاب ومواد محددة دون أن يتعلموا كيف يعممون الأنشطة مع تقدم الطفل في العمر. التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية

إن الهدف من نموذج التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية MISC هو دعم نمو أطفال أكثر ذكاءً وحساسية More Intelligent and Sensitive Children (واختصارها هي الأخرى هو MISC) من خلال التعلم المتوسط Mediated Learning أي التعلم الذي يحدث في وجود بالغ يحاول أن يتوسط بين الطفل وبيئته ليضمن أن يحدث التعلم. والذكاء هنا يعرف بأنه قدرة الفرد على أن يتعلم بسهولة ويسر من خبراته وحاجته إلى هذا التعلم. ونموذج التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية MISC هو العملية التي من خلالها يتحقق هذا الهدف.

إن التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية كمدخل توسط نمائي يقوم على اندماج وتكامل ثلاثة أطر نظرية رئيسة. تلقي النظرية الإيكولوجية - الثقافية Ecocultural Theory الضوء على أهداف مقدمي الرعاية من تربية الأطفال ، ورؤيتهم

التربوية طويلة المدى للأهداف ، وتصوراتهم للطفل والوالد المثالي. ويؤكد منظور التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية على ضرورة استجلاء البيئة العرقية - الثقافية Ethnocultural والإيكولوجية الأساسية التي يرمى فيها الأطفال وتطابقها مع أهداف التدخل قبل تصميم أي برنامج تعليمي (Hundeide, 1996; Klein, 1996). وتقتصر النظرية النمائية Developmental Theory أن التطابق بين السلوك التوسطي من جانب البالغين والحاجات النمائية للأطفال الفرديين أساسية للتعليم (Greenspan & Wieder, 1998; Klein, Wieder, & Greenspan, 1987). ويبدأ هذا المدخل بتلبية الحاجة الانفعالية للطفل الصغير إلى علاقة حنونة مستقرة مع مقدم رعاية واحد. وتفترض نظرية التعلم المتوسط mediated learning theory المشتقة من أعمال فورشتاين (Feuerstein 1979, 1980) وفيجوتسكي (Vygotsky 1978) أن ثمة خصائص أساسية كثيرة لا بد أن تتوفر في سلوك البالغ لكي يخلق خبرات التعلم المتوسط للأطفال الصغار. ومن أنواع السلوك التوسطي ما يلي:

- التركيز: محاولة لفت انتباه الطفل أو الانضمام إلى الطفل فيما ينتبه إليه.
 - الإثارة: توسط المعنى لرفع وعي الطفل بالمغزى أو الأهمية المرتبطة بالأشياء أو الأشخاص أو الأفعال في البيئة.
 - التوسيع: تجاوز (لفظياً أو غير لفظي) السياق العيني المباشر للتفاعل.
 - التشجيع: دعم شعور الطفل بالكفاءة والتعبير عنه بأكثر طريقة تلائم.
 - التنظيم والتخطيط: تنظيم السلوك لتعزيز تخطيط السلوك، بما في ذلك الاعتبارات التي تسبق الأفعال وتعليم الطفل عملياً كيف يفعل الأشياء.
- وتكشف الأدلة الإمبريقية (Klein, 1996; Klein & Alony, 1993; Tzuriel, 1999) أن هذه الخبرات من شأنها أن تعزز فرص النمو المعرفي والانفعالي للأطفال الصغار. انظر الجدول رقم (١، ٤) للمزيد من المعلومات حول تلك الجوانب في مدخل التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية.

الأطفال الذين يمكن أن يستفيدوا فعلاً من التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية تذهب نظرية فورشتاين (١٩٨٠م) حول التعديل المعرفي Cognitive Modifiability إلى أن قدرة الأطفال على الاستفادة من الخبرات الجديدة ترتبط بنوع تفاعلاتهم مع مقدمي الرعاية البالغين. تتضح هذه الاختلافات في طريقة مقارنة الأطفال للخبرات الجديدة ودمجها مع الخبرات الأخرى والتعبير عن أنفسهم. والأطفال الذين يحرمون من التوسط بغض النظر عن إعاقاتهم أو احتياجاتهم الخاصة لا تتوفر لديهم الرغبة لاستكشاف بيئتهم، أو البحث عن المعنى، أو صنع ارتباطات بين خبراتهم، أو السعي وراء "الجدة" والطرافة. كما يميل هؤلاء الأطفال بدرجة أقل من الأطفال الآخرين إلى طلب المساعدة من البالغين. ويعايش هؤلاء الأطفال عالمهم بطريقة منعزلة ومجزأة تحد من قدرتهم على الاستفادة من الخبرات المستقبلية. وقد دفع فورشتاين بأن هذه الخصائص تنتج عن العمليات المعرفية المعيبة التي ترتبط بدورها بخبرات التوسط السيئة. والأطفال الذين توجد عندهم أوجه القصور من هذا النوع نعتبرهم نحن إما يفتقرون إلى المرونة المعرفية أو يواجهون صعوبات في الاستفادة من الخبرات الجديدة.

صعوبات التعلم لدى الأطفال الذين لم يحصلوا على خبرات توسطية كافية

يستخدم التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية مع الأطفال المعرضين للخطر بسبب الفقر والإهمال، وكذلك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، بما في ذلك الأطفال المولودين بوزن منخفض جداً (Klein, 1991; Klein, Raziel, Brish, & Birenbaum, 1987) والأطفال ذوي متلازمة داون والأطفال الموهوبين الصغار جداً (Klein, 1996; Klein & Tannenbaum, 1992) ومؤخراً الأطفال ذوي الصعوبات في التكامل الحسي والتواصل. وتأسيساً على كل البحوث التي أجريت حول هذا الموضوع (انظر منها: Klein, 1996; Klein & Alony, 1993; Klein & Rosental, 1999) تم تحديد نمطين عامين من أنماط التوسط الوالدي على أنهما لا يسهمان في نمو الأطفال،

بل وربما يعيقانه. يتمثل أحد هذين النمطين في نقص الدافعية والطاقة والشعور الإيجابي المطلوبة للتوسط لدى الوالدين. وهذا يؤدي إلى انخفاض تكرار كل أشكال السلوك التوسطي. ويتمثل النمط الآخر، على النقيض من السابق، في الدافعية المفرطة للتوسط الذي يتميز بتكرار مرتفع لسلوك التركيز بدرجة لا تتناسب مع التكرارات المرتفعة لأشكال السلوك التوسطي الأخرى (مثل إثارة السلوك وتوسيعه وتشجيعه وتنظيمه). إن الأمر هنا يبدو وكأن الآباء والأمهات لديهم طاقة للعمل لدعم نمو طفلهم، لكنهم لا يعرفون كيف يقدمون التوسط الذي يسمح لأطفالهم بالتركيز على الأشياء أو الأشخاص في بيئتهم للحصول على خبرات موسعة ذات معنى ولكي يكونوا ناجحين. وقد حَلَّصَ كلاين ورازيل وزملاؤهما Klein, Raziel, and colleagues من عملهم مع آباء وأمهات الأطفال منخفضي الوزن عند الولادة إلى أنه حتى التدخلات القصيرة عن طريق التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية أدت إلى تحسن كبير في التوسط الوالدي، وبالتالي، تحسين أداء الأطفال المعرفي.

أساليب التوسط التحليلية والشمولية عبر الثقافات

لقد أسهمت الدراسات العابرة للثقافات في تحديد أساليب التوسط المختلفة وتأثيراتها على الأطفال. في العادة تركز معظم برامج التدخل المبكر الحديثة - الغربية - على مهارات أو قدرات أو إعاقات محددة، وطرق التدريب على مهارات فردية أو ممارستها أو تعزيزها. لكن هذه البرامج نادراً ما تقترب من الدوائر الأوسع للمعنى الثقافي للحياة وطبيعة القيم وفلسفة الوالدين للتربية وتصورات الوالدين للطفل أو الوالد المثالي. في حين أن تحديد هذه المعلومات واستخدامها في التدخل من شأنه أن يحسن تعاون الوالدين وفرصة الصيانة طويلة المدى لتأثيرات التدخل.

يلعب فهم المعنى والقيم ومستوى التزام الوالدين ومقدمي الرعاية دوراً تنظيمياً أساسياً في التدخلات المبكرة. وقد ميزت كلاين (Klein, 1996) بناء على بحوث أجريت

في إسرائيل وأوروبا وأفريقيا والولايات المتحدة بين أسلوبين رئيسيين للتوسط : التحليلي والشمولي. يوجد التوسط التحليلي Analytic Mediation عادة في تفاعلات الطفل مع البالغين فيما يسمى العالم الغربي ، ويتضمن السلسلة التوسيطية : التركيز ثم الإثارة ثم التوسيع ، إلى جانب أشكال مختلفة من تشجيع وتنظيم السلوك (مثل "انظر، انظر إلى هذه الزهرة، إنها وردة. شمها، إن رائحتها زكية"). وتختلف المكونات داخل هذه المجموعة من حيث التكرار والشكل ، لكنها تقوم عموماً على عزل أجزاء البيئة وتركيز انتباه الطفل عليها.

أما التوسط الشمولي Holistic Mediation فيوجد عادة في المجتمعات غير الغربية الأكثر تقليدية. وعلى خلاف الأسلوب التحليلي ، لا يقوم هذا الأسلوب على تجزئة الخبرات إلى مكونات صغيرة وتعليمها تتابعياً ، وإنما يعطي للطفل خبرات لها مغزى ثقافي وترتبط مباشرة بأحداث ذات معنى في حياة الطفل وأسرته. من ذلك مثلاً أن يحدث التوسط من خلال الرواية المتكررة للقصص ومسرحة الأحداث ذات الصلة بحياة الطفل. ولا يلزم أن تجتاز تلك الخبرات اختبار العلم أو أن تكون حقيقية ، لكنها تساعد كثيراً من الأطفال في أن يعرفوا بيئتهم وكيف يفعلون الأشياء ولماذا.

سمات استخدام التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية في المنزل

ينفذ التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية في إسرائيل في مراكز الرعاية الصحية للأمومة والطفولة ومراكز رعاية الطفولة ورياض الأطفال ، وكذلك في التدريب قبل الخدمة لموظفي رعاية الطفولة ومعلمي رياض الأطفال ومعلمي المدرسة الابتدائية. ويتمثل جوهر هذه المدخل في رفع الحساسية Sensitization وزيادة الوعي بالقضايا الرئيسة في علاقة مقدم الرعاية بالطفل. والهدف من التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية هو أن يعزز إقامة علاقة تيسيرية سليمة بين الطفل والبالغ كوسيلة لتحسين إمكانية التعلم لدى الطفل. ويمكن تنفيذ البرنامج مع معظم الأطفال في

سياقات متنوعة كالحضانات وفصول ما قبل المدرسة والمشروعات واسعة النطاق القائمة على المجتمع المحلي التي تتضمن مهنيين وأفراد ذوي خبرة يطبقون "التدريب المنزلي" مع الوالدين. وقد حدث تطبيق ناجح للتوسط في بيئة تعلم بالحاسوب في رياض الأطفال (Klein for Nir-Gal, 1992; Klein, Nir-Gal, & Darom, 2000). لكن هذا الفصل يركز على

استخدام التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية مع أولياء الأمور في المنازل. يشمل مشروع التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية على مكونات مقيدة وغير مقيدة. يتعلق المكون المقيد Structured بتدريب الوسطاء Mediators الذين يفترض أن ينفذوا التدخل، بينما يتعلق المكون غير المقيد Unstructured بالتفسيرات الثقافية للأهداف والمحتوى الذي يتم من خلاله تقديم معايير التوسط وإظهارها في المنزل. وعندما يطبق التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية في المنزل يقوم الوسطاء بزيارات منزلية. ولا بد أن تتوفر لدى الوسطاء معرفة أساسية بالمبادئ العامة لنمو الطفل ومعاله، وتقدير الفروق الفردية في النمو، وفهم عميق للواقع الثقافي والاجتماعي - الاقتصادي للسياق المحدد. ويجب أيضاً أن يكونوا قادرين على إقامة علاقة قوية مع الأم أو مقدمي الرعاية والعمل بطريقة تقوم على الحب والتقبل. ويتوقع من الوسطاء كذلك أن يقدموا التشجيع وليس الانتقاد أو التقييم وأن يبشوا الحماس والأمل حول دور الوالدين أو مقدم الرعاية في تعزيز نمو الطفل.

ولا يهم كثيراً أن يتعلم الطفل إلى أن يربط معنى بشيء أو آخر طالما أن الخبرات تُربط بمعنى. وحيث أن معايير التوسط ليست الثقافة العالية أو محتوى محدد، فيمكن إظهار المعايير عبر الأسر وفقاً للخبرات الثقافية المختلفة أو الأشياء أو الأشخاص.

عملية استخدام التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية في المنزل

تتكون العملية الأساسية لتنفيذ التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي

الرعاية في المنزل من عدة سمات رئيسة سنورد تفاصيلها تحت العناوين التالية.

نفذ زيارة أولية: تنفذ زيارات منزلية لكل أسرة مشاركة قبل بدء البرنامج. ويتم في هذه الزيارات ملاحظة تفاعلات الأم مع الطفل في أثناء تناول الطعام والاستحمام واللعب وتصويرها على شريط فيديو (في معظم المنازل تكون الأم هي مقدم الرعاية الأساسي في أثناء الطفولة المبكرة). وتجرى مقابلات مع الأم لتقييم اتجاهها نحو الطفل وفلسفتها التربوية والأهداف التي تعولها على تربية الطفل، وأيضاً للحصول على لمحة عامة عن روتين الطفل اليومي. وتأسساً على الملاحظات والمقابلات يُكوّن الزائر المنزلي وصفاً للتوسط المقدم للطفل، وإذا أمكن أيضاً وصفاً لنوع التوسط الذي يقدمه كل فرد بالأسرة. وبعد ذلك يضع الزائر المنزلي مخططاً عاماً لخطة التدخل.

اختر شكل خطة التدخل: في بعض الأسر ينصب التركيز الأساسي للتدخل على تأسيس حلقة إيجابية للتفاعل التعبيري بين الطفل والبالغ. وتلك العلاقة أساسية لإرساء أساس سليم للتقبل المتبادل ورابطة انفعالية بين مقدم الرعاية البالغ والطفل. وهذا النوع من التدخل يكون مطلوباً لإرساء القصدية والتبادلية في علاقات الطفل من البالغ.

توسط مشاعر الكفاءة: يبدأ الزائر المنزلي التدخل مع كل أسرة بتوسط مشاعر الكفاءة أو نقلها إلى الأم حول أشكال السلوك التي توسطها بنجاح إلى طفلها والتي أظهرت لها أعلى تكرار لمعايير التوسط (كما تحددت في الملاحظة الأولية). ويتم لفت انتباه الأم إلى ذلك المعيار المحدد ويوضح لها باستخدام أسلوب سنعرضه فيما بعد في هذه المناقشة. ثم يساعد الوسيط الأم في إيجاد طرق أخرى لإظهار السلوك في الحياة العادية. ويعتمد تسلسل تقديم المعايير على جوانب القوة والضعف في توسط الأم، ويبدأ دائماً بجوانب القوة النسبية لضمان توسط الكفاءة إليها.

راجع الجلسة السابقة: تبدأ كل جلسة بمراجعة معايير وأمثلة التوسط التي قدمت في اللقاء السابق، وتنتهي بتلخيص أشكال السلوك التوسطي التي قدمت في الجلسة الحالية. ينفذ الزائر المنزلي زيارات دورية لكل أسرة مشاركة في البرنامج (زيارة أسبوعياً

أو أقل من ذلك حسب الحاجة). ويقوم كل وسيط بمراجعة الجلسة مع مدرب (مشرف) ويعد ملخصاً للجلسة، إلى جانب أهداف وخطط الجلسة القادمة. نفذ اجتماعات أولياء الأمور: تعقد اجتماعات عامة كل شهر أو اثنين لكل أولياء الأمور المشاركين. اطلب من أولياء الأمور في هذه اللقاءات أن يملأوا تفاعلات الأم والطفل المسجلة على شريط الفيديو وأن يقترحوا طرقاً بديلة للتوسط. الممارسات المقترحة للزيارات المنزلية

عند استخدام نموذج التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية في المنزل يتبع الوسطاء عدة ممارسات مفيدة. وهذه الممارسات قد تختلف من أسرة إلى أخرى، ولذلك فإن المعلومات التالية تمثل أمثلة إيضاحية فحسب.

يكون توجيه الأم بأقصى كفاءة ممكنة عندما تسجل تفاعلات الأم مع الطفل على أشرطة فيديو ثم تشاهد الأم الأشرطة مع الوسيط، ويتم استخدام كل معايير التوسط الأساسية في تفاعل الأم مع الوسيط، وتتم مساعدة الأم على التعرف على تلك المعايير.

يركز توسط المعايير إلى مقدمي الرعاية (الأمهات عادة) على المواقف اليومية. وبعد المرحلة الأولية يتم تحديد المعايير وهي تنبثق في الأعمال الروتينية المنزلية ويتم توسيع وعرض طرق أخرى ممكنة لتعميم التفاعلات. فيمكن للوسيط مثلاً أن يقول "ستأتي حماتك لزيارتك، وقد كرست كل جهدك لتنظيف المنزل وطبخ وجبة جيدة والعناية بالغسيل للأطفال وتنظيف ملابسهم. وبعد ذلك كله لا تقول حماتك أي شيء. فأنتي بعد أن فعلت كل ذلك لا تحصلين على أي مشاعر كفاءة متوسطة. كيف ستشعرين؟" وثمة احتمالات أخرى: تقول حماتك: "شكراً لقد استمتعت بالزيارة"، أو "شكراً لك، أحب دائماً أن أراك والأطفال بهذه الهيئة الجميلة". كلا هذا الاحتمالان يقدمان لك مشاعر الكفاءة، وأنت بالطبع ستشعرين بالراحة عندما تسمعين أشياء

جيدة تقال بحقك. وعلى أية حال فإن الاحتمال الثاني فقط هو الأكثر تحديداً حول تقديم نماذج للزيارة القادمة. بمعنى أنه إذا كانت حماتك قد استمتعت برؤيتك والأطفال على هذه الهيئة الجميلة ، فرمما لا يكون ضرورياً أن تبذلي نفس القدر من الجهد في تنظيف المنزل أو الطبخ في المرة القادمة".

سنناقش فيما يلي المعايير نفسها كما تظهر في تفاعلات الطفل مع البالغ. على سبيل المثال يمكن للوسيط أن يقول: "عندما يخربش طفلك على قطعة من الورق ويأتي بها إليك ، فلا تتجاهلين فعله. قدمي له توسط الكفاءة. قولي له أن الرسم جميل ، وحاولي أن تذكري أسباباً لذلك (إذا كنت تريدين منه أن يفعل ذلك بطريقة أفضل في المرة القادمة). فيمكن مثلاً أن تقولي: "إنه رسم جميل. أرى أنك تستخدم ألواناً كثيرة" (أو "آه لقد ملأت الصفحة كاملة"). وتعتمد تعليقاتك على ما تعتبرينه هدفاً منشوداً في نمو طفلك وسلوكه المستقبلي". ومن السهل على الأمهات أن يتوحدن مع معايير التوسط ويتذكرنها عندما تتجسد في حياتهن ، وبعد ذلك يراعينها في تفاعلاتهن مع الأطفال. وقد وجد أيضاً أن الأمهات ينمين القدرة على استخدام معايير التوسط لتقييم التوسط المتواصل بين أفراد الأسرة المختلفين والطفل ، وكذلك بين موظفي رعاية الطفولة أو المعلمين والطفل.

يفيد لعب الأدوار في التوسط ، كأن ينقل الوسيط إلى الأم إمكانية فهم سلوك الطفل إذا وضعت نفسها مكانه. يمكن للوسيط مثلاً أن يقول: "افترضي أنك الطفل ، وأن الأسرة كلها تجتمع في غرفة الجلوس ، وأخذوك إلى غرفة مظلمة وطلبوا منك أن تخلدي إلى النوم. كيف سيكون شعورك؟" ومن أجل مساعدة الأم في إدراك شعور الطفل ، فقد يكون من الضروري في بعض الأحيان أن يمارس الوسيط معها لعب الأدوار ، حيث تلعب هي دور الأم وهو دور الطفل. ومن خلال دور الطفل يمكن للوسيط أن ينطق بما يمكن أن يشعر به الطفل ويساعد الأم في التبصر حول سلوك

طفلها. وهذا الإجراء يكون مفيداً بدرجة كبيرة عندما تكون الأمهات يعتقدن أن ثمة نوايا سلبية تكمن خلف سلوك أطفالهن.

إن التشارك Sharing هو العرض اللفظي أو غير اللفظي لعمليات التفكير أو سلاسل السلوك العلنية أو الطرق التي يستخدمها الفرد في المواقف المختلفة (مثلاً: "عندما أنظر إلى سؤال من هذا النوع أجدني مشوشاً. لذلك أسأل نفسي ... أولاً ثم ..."). ويكون التشارك مفيداً بالدرجة الأولى في تركيز انتباه الأمهات على مشاعرهن وأسبابها ونتائجها. ومن خلال هذه العملية يمكن للأم أن تشارك في "الحكمة الثقافية" في شكل الأقوال الشعبية، أو القصص، أو الإستراتيجيات الفعالة للتواصل، أو أشكال التعبير عن التأثير، أو المعلومات حول عمليات معرفية مثل الذاكرة أو التخطيط أو التقييم. على سبيل المثال قد يقول الوسيط: "عندما أريد أن أتذكر شيئاً أحاول أن أراه بوضوح في ذهني بتفصيل كامل وبأكثر طريقة إمتاع لي. فذلك يساعدني في تذكره لاحقاً".

ويمكن للقصص وأغاني الأطفال والأغاني عموماً والرقص والموسيقى التي تخص الثقافة أن تستخدم لتحسين التوسط إلى الأطفال الصغار. وهنا يتم تشجيع الأمهات على أن تحكين قصصاً لأطفالهن أو يغنين لهم ويرقصن معهم، ويقوم الوسطاء بمساعدتهم في تحديد عناصر التوسط الجيد في مثل هذه التفاعلات.

التأثير في تصورات مقدمي الرعاية للطفل واتجاهاتهم نحوه

تمثل تصورات الوالدين المعيارية لأطفالهم جزءاً من التقاليد والممارسات الثقافية ولا بد أن تحترم. بل إنه لا يمكن توقع تأثيرات مستدامة للتدخل إذا لم يعمل الممارسون في إطار هذه المعايير الثقافية. وإلى جانب ذلك يفترض أن هناك بعض التصورات والمشاعر والاتجاهات السائدة في علاقة مقدم الرعاية والطفل تكون حاسمة للنمو المثالي للطفل في أية ثقافة. ومن أمثلة هذه الاتجاهات والمشاعر الأساسية "لقد رزقت مولوداً رائعاً"، "أنا مهمة جداً بالنسبة لطفلي، فهو يحبني ويحتاج إلي"، "أنا أستطيع أن

أساعد طفلي في النمو بديناً ومعرفياً". تناقش الفقرات التالية الأنشطة التي يستخدمها الزائرون المنزليون ببرنامج التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية لبناء تصورات إيجابية لدى مقدمي الرعاية.

ومن المفيد في ذلك الثناء الأم/الأب على الطفل (نستخدم مصطلح الأم/ الأب هنا لأن هدف التدخل هو دعوة كل أفراد الأسرة للتفاعل مع الطفل)، والإشارة إلى محاسنه الخاصة مثل العيون الجميلة المليئة بالحياة والشعر اللامع والبشرة الناعمة والأيدي الصغيرة وما إلى ذلك. ومع ذلك يجب تقديم هذه المجاملات ببعض الحذر في بعض الثقافات. ففي إثيوبيا، على سبيل المثال، يعتبر الثناء والمجاملات خطرين لأنها قد تثير الحسد و"العين الشريرة"، فضلاً عن أن الثناء يعتبر أمر غير طبيعي في التفاعلات السلطوية بين البالغ والطفل. ولذلك فعند العمل مع الأثيوبيين في إسرائيل يجب تجنب توسط الكفاءة في حضور الغرباء.

تحدث بطريقة إيجابية عن أية تشابهات في الشكل بين الطفل وأمه. وإذا كان مع الأم صورا للطفل، يمكن استخدامها أيضاً لتحسين المشاعر الإيجابية نحو الطفل وإظهار أن الطفل نما منذ التقطت الصور. وفي أثناء ذلك لا بد من التشديد على دور الأم (مثلاً: "أنك أم عظيمة، انظري كيف نما").

قدم للوالدين المعلومات الأساسية حول النمو المتسلسل للأطفال في مختلف المجالات، بحيث يتمكنوا من إدراك حتى الخطوات الصغيرة في نمو طفلهم ويسعدوا بها. لكن تجنب أن تفرقهم بالمعلومات بأن تعي مجالات نمو الطفل التي يعتبرونها مهمة، وركز على هذه المجالات.

اظهر للأم أن الطفل يستجيب معها أكثر مما يستجيب لأي شخص آخر. فيمكنك مثلاً أن تجعلها تنادي على الطفل وتؤكد على استجابته، وأنه لا يمكن أن يذهب إلى أي شخص آخر في وجودها. وشدد أيضاً على العلاقة الخاصة بين الإثنين.

وأبرز كذلك السمات الإيجابية التي قد توجد في ممارسات تربية الطفل الحالية من جانب الوالدين وتفاعلاتهما مع الطفل.

تأسيس دورة إيجابية لتفاعل مقدم الرعاية والطفل

يعد تأسيس دورة تفاعل تعبيرية إيجابية شرطاً ضرورياً للتوسط. ومن المهم أن يتعلم الطفل أن العالم من حوله قابل للتنبؤ ومتجاوب لإشارات الضيق من جانبه، وكذلك السلوك الذي يعبر عن إثارة إيجابية (مثل التلذذات والتعبيرات الوجهية وغيرها من الإشارات الجسمية). كما يحتاج الطفل لأن يتعلم أن الأفضل والأجدي "أن يفعل شيئاً" أو أن يكون نشطاً بدلاً من أن يكون سلبياً وخائفاً وغير مهتم (عدم المبادرة بأي سلوك يعبر عن الاهتمام) أو غير مبالي (عدم الرد على أية محاولة للفت انتباهه)، وهذه جميعاً أشكال من السلوك يظهرها الأطفال الذين يفتقرون إلى الاتصال الإنساني المتجاوب في الطفولة. ومعظم الأطفال مهياًون لتعلم الإشارات الأساسية للتفاعل الإنساني، لكنهم يحتاجون إلى خبرة تعلم متوسطة لتنمية المزيد من هذه المهارات التواصلية وإضفاء معنى على مثل هذا التواصل.

أمثلة لأنشطة تأسيس حلقة تفاعلية إيجابية

لتأسيس حلقة تواصلية مع طفل أو بالغ يلزم تفسير سلوك الشريك على أنه قصدي، أي يعبر عن رغبات الشريك التواصلية وحاجاته وأفكاره، بدلاً من تقبلها على أنها عرضية. والوعي بنوايا الطفل مهم لسلوك البالغ التفاعلي، وبالتالي يقرر جودة التفاعل مع ذلك الطفل.

ومن أفضل الطرق التي يمكن لمقدم الرعاية من خلالها أن يبدأ حلقة التواصل التعبيري مع الطفل أن يفترض أن الطفل يعبر قصدياً عن رسالة من خلال إيماءاته وأنه يفهم الإجابات المعدلة من جانب مقدم الرعاية. مثل هذا الموقف التفسيري الذي يوجد حدسياً لدى كثير من الأمهات يجعل التواصل مع الطفل طبيعياً وسهلاً.

وإلى جانب ذلك يتم تشجيع الوالدين على أن يسألوا أسئلة مثل: "ماذا يفعل طفلك الآن؟"، "ماذا يحاول أن يقول لك؟"، "ما هي مبادراته؟" إن الأطفال يحتاجون لأن يعيشوا الدفاء والقرب الإنساني من شخص محب وأن يتلقوا تأكيداً لهذا الاتصال من خلال السلوك التعبيري من جانب البالغ. والوسطاء يساعدون أولياء الأمور في التعرف على الرسالة المحددة التي قد يحاول طفلهم أن ينقلها في أية لحظة محددة. وعلاوة على ما سبق يتم تشجيع أولياء الأمور على أن يستجيبوا لمبادرات طفلهم بسلوك محدد، كأن يطيلوا الاتصال بالعين مع الطفل، أو يتسموا له، أو يستجيبوا لسلوكه بحركات وتلفظات (مثل التريبت على الطفل أو تقليد الأصوات التي يصنعها). وثمة خيار آخر وهو أن يعكسوا سلوك الطفل بطريقة إيجابية توكيدية مطمئنة. ويجب على الوالدين عندما يتفاعلوا مع الطفل صوتياً أو بأية طريقة أخرى أن ينوعوا في نبرة الصوت "وفي الإيقاع عند أخذ الدور" (كأن يأخذ الطفل دور، ثم يأخذ الوالد دور، ثم مبادرة من الطفل). كما يجب على الوالدين أيضاً أن يظهرها سعادتهما لوجودهما مع الطفل ويعبروا عن ذلك بإظهار وجوه أو أصوات سعيدة. لكننا يجب أن ننبه إلى أن تلك الأمثلة تتعلق بتأسيس حلقة تواصل إيجابية ولا تكفي للتوسط الجيد. فالتوسط الجيد يتضمن عناصر أخرى مثل الإثارة ونقل المعاني وتوسيع السلوك وربطه وتشجيعه وتنظيمه.

إنهاء التدخل

ينتهي التدخل عندما يتمكن مقدمو الرعاية من أن يشرحوا معايير التوسط بلغتهم، ويظهروا هذا الفهم في تفاعلاتهم اليومية مع أطفالهم. وفي معظم الأسر المشاركة في إسرائيل أظهرت الأمهات تغيراً في السلوك نحو أطفالهن قبل أن يستطعن أن يشرحن لفظياً ما فعلته. وقد تأكد ذلك في دول أخرى كذلك. وإذا كان التسلسل الطبيعي هو أن يسبق الفعل التصور، فهل يجب أن يركز الوسيط أولاً على نمذجة الأساليب بدلاً من التفسيرات؟

إن الفكرة الأساسية وراء التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية ليست تعليم الأمهات والمربين أنواعاً محددة من السلوك، وإنما أن نساعدهم في تحديد أنواع السلوك الموجودة حالياً ضمن حصيلتهن والتي يمكن أن تساعد في نمو أطفالهن. والهدف من ذلك هو التغلب على صعوبات التعميم والانتقال التي تعوق كثيراً من البرامج التربوية. وأولياء الأمور من خلال تعلم أشكال السلوك الضرورية للتفاعل التوسطي الجيد ومن خلال توسط الكفاءة إليهم يتعلموا أن يستخدموا هذه الأشكال من السلوك أكثر فأكثر لاستدماجها كمعرفة منزوعة من السياق يمكن أن تطبق في مواقف كثيرة.

وأولياء الأمور من جانبهم لا يستخدمون هذا السلوك كثيراً فحسب، وإنما يتعلمون أيضاً أن يوقفوا سلوكهم مع إشارات المبادرة أو التبادل من جانب الطفل. وهنا لا يكون التوضيح والعرض وتركيز انتباه الطفل إلا خبرة تربوية "مهذرة"، أو حتى خبرة معيقة إذا كان الطفل غير مهتم أو مرهق أو غير مشار. ويتعلم أولياء الأمور أن يتصرفوا وفقاً لسلوك الطفل، الذي لا يمكن تعلمه عن طريق تكرار سلوك منمذج، وإنما من خلال عملية يبني البالغ فيها استبصاراً حول سلوكه مع الطفل. ويظهر أولياء الأمور هذه البصيرة أولاً من خلال التحسن في جودة التوسط، وفيما بعد من خلال استبصارات لفظية. وهدف التدخل هو أن يصل إلى هذه المرحلة اللفظية وألا يقنع بالتغير في السلوك فقط. ومقدمو الرعاية الذين يستطيعون أن يعبروا لفظياً بوضوح عما يؤلف التوسط الجيد (باستقلالية عن السياقات المحددة) يتوقع منهم أن يستخدموا ذلك في مواقف مختلفة بينما ينمو طفلهم ويواجه خبرات جديدة.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

لقد استخدم التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية في عدد من الدول، منها النرويج والسويد وبلجيكا وهولندا وإثيوبيا وسريلانكا وإندونيسيا والولايات المتحدة (Klein, 1996). وفي غضون ذلك كان التكييف الثقافي للبرنامج

واردا لأنه يقوم على عناصر أساسية في تفاعل الطفل مع البالغين، الذي يمكن أن يحدد ويحسن في معظم التفاعلات مع الأطفال الصغار في أي مكان. وسلوك التوسط (التدريس) الذي تم تحديده وتحسينه لم يستورد من خارج سياق الحياة العادية مع الأطفال في بيوتهم، وإنما تم تحديد سلوك التوسط من داخل سياق ومحتوى الحياة لكل أسرة ومجتمع محلي وثقافة. وعلى هذا النحو يمكن تقييم المعايير الأساسية للسلوك التعليمي من جانب البالغين (التركيز والإثارة وتوسيع وتشجيع وتنظيم السلوك) وكذلك أشكال السلوك الذي يؤدي إلى تواصل انفعالي إيجابي. وبالتالي يمكن أن تُحسن في أية ثقافة من أجل الأطفال ذوي النمو النموذجي والأطفال المعرضين للخطر. فضلاً عن أن استخدام سلوك التوسط يحسن التعلم الممكن في بيئة الحاسوب في أي بلد.

خاتمة

يحتاج الأطفال الصغار إلى توسط البالغين لكي تزيد إمكانية أن يستفيدوا من الخبرات الجديدة. وتُربط أنماط التوسط المختلفة بالسلوك الذي يميز الأطفال الصغار، بما يعكس الحاجات إلى طلب الوضوح في الإدراك والبحث عن المعنى وطلب معلومات أكثر من تلك التي تدرك مباشرة من خلال الحواس والربط بين الخبرات (مثل صنع تداعيات تلقائية) ومعايشة النجاح، خاصة في السياقات الاجتماعية. وقد طبق التوسط في عديد من البرامج التربوية المقدمة للأطفال الصغار في إسرائيل.

والتوسط النمائي يمكن أن يشكل مدخلاً ممكناً لتحديد الفترات الحساسة في التفاعلات التوسطية بين الطفل والبالغ. كما تؤكد البحوث أنه يمكن تعديل توسط مقدم الرعاية، وأن هذا النوع من التدخل يؤثر بشكل ملحوظ على نمو الأطفال وتعلمهم. أما الأنماط المحددة للتوسط فقد تختلف باختلاف الأطفال وإعاقاتهم. والوعي بمثل هذه الأنماط يعتبر شرطاً أساسياً لتخطيط التدخل المبكر للأطفال الصغار وأسرهم.

المراجع

References

- Feuerstein, R. (1979). *The dynamic assessment of retarded performers*. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R. (1980). *Instrumental enrichment: Redevelopment of cognitive functions of retarded performers*. Baltimore: University Park Press.
- Greenspan, S.I., & Wieder, S. (1998). *The child with special needs*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hundeide, K. (1996). Facilitating cultural mediation: Indonesia. In P.S. Klein (Ed.), *Early intervention; Cross-cultural experiences with mediational approach* (pp. 113-133). New York: Garland Publishing.
- Klein, P.S. (1991). Improving the quality of parental interaction with very low birth weight children: A longitudinal study using a mediated learning experience model. *Infant Mental Health Journal*, 12(4), 321-337.
- Klein, P.S. (1996). *Early intervention: Cross-cultural experiences with a mediational approach*. New York: Garland Publishing.
- Klein, P.S., & Alony, S. (1993). Immediate and sustained effects of maternal mediation behaviors in infancy. *Journal of Early Intervention*, 71(2), 177-193.
- Klein, P.S., & Nir-Gal, O. (1992). Effects of computerized mediation of analogical thinking in kindergartens. *Journal of Computer Assisted Learning*, 8, 224-254.
- Klein, P.S., Nir-Gal, O., & Darom, E. (2000). The use of computers in kindergarten, with and without adult mediation; effects on children's cognitive performance and behavior. *Computers in Human Behavior*, 16, 591-608.
- Klein, P.S., Raziell, P., Brish, M., & Birenbaum, E. (1987). Cognitive performance of a 3 year old born at very low birth weight. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 7, 117-129.
- Klein, P.S., & Rosental, V. (1999). *Developmental mediation for children with special needs*. Paper presented at the biannual meeting of the International Association for Cognitive Education, Calgary, Alberta Canada.
- Klein, P.S., & Tannenbaum, A.J. (1992). *To be young and gifted*. Westport, CT: Ablex Publishing.
- Klein, P.S., Wieder, S., & Greenspan, S.L. (1987). A theoretical overview and empirical study of mediated learning experience: Prediction of preschool performance from mother-infant interaction patterns. *Infant Mental Health Journal*, 8(2), 110-129.
- Tzuriel, D. (1999). Parent-child mediated learning interactions as determinants of cognitive modifiability: Recent research and future directions. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 132(2), 109-156.
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

obbeikandi.com

ممارسات التدخل المبكر (إثيوبيا) Early Intervention Practices (Ethiopia)

تيروسيو تيفيرا Tirussew Teferra

إثيوبيا بلد يتميز بالتعددية الاجتماعية - الثقافية واللغوية ، ويستخدم الناس فيها الكثير من الأمثال ليعكسوا فهمهم ومعرفتهم وأفكارهم حول القضايا المتعلقة بخبرات الطفولة المبكرة. وتلك المجازات مأخوذة من اللغة الأمهرية ، وهي اللغة الرسمية لدولة إثيوبيا الفيدرالية التي تنتشر على نطاق واسع بين المجموعات العرقية المختلفة في البلاد. وكما يعبر المثل الذي صدرنا به هذا الفصل ، فإن الوقت الأمثل لتعديل سلوك الطفل يكون في مراحل النمو المبكرة. ونفس القول ينطبق أيضاً إلى المرض والعادة والنزاع وغيرها من المواقف الأخرى. فمن المستحسن دائماً ، على سبيل المثال ، أن يحصل المرء على علاج المرض قبل أن يصل المرض مرحلة لا يصلح فيها العلاج. وثمة أمثال شعبية أخرى تؤكد أهمية التدخل المبكر ترتبط مجازياً بالأشجار والحيوانات ، منها مثلاً "Zaf beljenet yetarekal" الذي يعني أن من السهل تهذيب الشجرة وتقويم أعوجاجها وهي صغيرة ، تماماً كما يتيسر تعديل السلوك البشري أو كبح تصاعد أية مشكلة في الطفولة المبكرة. فمحاولة تقويم أعوجاج الشجرة بعد أن تكون قد وصلت مستوى معيناً من النضج قد تتسبب في كسرها. وثمة قول آخر مرتبط بـ "ebabin be einchechu"

وهو يعني أنك تستطيع أن تتعامل مع الأفعى في مرحلة نموها الأولى (المرحلة الجنينية)، بينما يصعب التعامل معها بعد ذلك، فضلاً عن أنه يشكل تهديداً للحياة.

في إثيوبيا كما في الكثير من الدول الأخرى تتمثل الصعوبات الرئيسة التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقات في الجانب الاجتماعي. يناقش هذا الفصل طرقاً لعلاج تلك القضية، والحكاية التالية تصور طبيعة الخبرات الأسرية المبكرة وأنماط التدخل المبكر للأشخاص ذوي الإعاقات في إثيوبيا. تصف القصة شخصاً معاقاً يتميز بمستوى عالي من الإنجاز وشخصية مرنة. لكن لا يتاح لغالبية الأشخاص ذوي الإعاقات في إثيوبيا الوصول إلى التدخل أو التعليم أو الرعاية الصحية، وإنما يعيشون في فقر، بل ويشكلون أفقر الفقراء في البلاد. بينما تيسر لهذا الشخص حياة مختلفة بفضل تعليمه وخبراته الأسرية.

حكاية كيبدي

ولد كيبدي Kebede لأسرة تاجر محلي في بلدة بمقاطعة نائية. ويصف نفسه في السرد التالي كأحد الأفراد ذوي الإعاقات الأسعد حظاً في دولته ويؤكد على أهمية خبرات الطفولة المبكرة التي حظي بها.

لقد ولدت وتربيت وتعلمت حتى الصف الثالث وأنا مبصر. ثم جاءت الحادثة المدمرة بعد ذلك في مساء أحد الأيام حيث دخلت حشرة في أذني وأنا نائم. أزعجني صوت الحشرة لدرجة أنني أخذت في الصراخ والصياح والقفز، بينما لم تكن أسرتي تعرف ماذا تفعل. استمر ذلك الحال لمدة ثلاثة أيام تقريباً دون أية مساعدة. إستشار أهلي أناساً كثيرين من الحي، وقرروا أخيراً أن يأخذوني إلى معالج تقليدي محلي. أعد المعالج بعض الأوراق العشبية وصب السائل في أذني ثم امتصه ثانية. توقف اضطراب الحشرة في أذني، لكن لون عيني أصبح في حمرة الدم، ومنذ ذلك الحين بدأت مقلتا عيني في الضمور. وتدرجياً لم أعد قادراً على رؤية الأشياء البعيدة. وكان بصري يتدهور من يوم إلى آخر. أخذني والدي إلى أخصائي عيون حديث مشهور في أديس أبابا (عاصمة إثيوبيا) التي تبعد حوالي ٣٢٠ كيلو متراً عن بلدتنا. وبعد فحص شامل قال لنا الطبيب

أن الأوان قد فات لأي شكل من أشكال العلاج. ونصح أبي بأني يأخذني إلى مدرسة المكفوفين في أقرب وقت لكي أتعلم وأتدرب على مهنتي المستقبلية.

"وحيث أن فقد البصر حدث عندي كعملية تدريجية، وحيث أنني كنت طفلاً، فلم أعتبر الإعاقة أمراً جدياً. وقد كان والدي يحدثني دوماً عن المشكلات التي سأواجهها وكيف أتغلب عليها، فنمى بصيرتي وساعدني في أن أتقبل نفسي. وقد عرفني بكثير من الأشخاص لكي ينمي التفاعل الاجتماعي لدي، وقد ساعدني ذلك في أن أكون شخصاً اجتماعياً طوال حياتي. ونصحني أيضاً بالألا أتحدث عن نفسي بطريقة سلبية حتى لو كسرت بعض الأدوات المنزلية وأنا أتجول في المنزل. كما وجه أخي الأصغر بأن يرافقتني في السير إلى أماكن بعيدة، وأخي بدوره كان متعاوناً ومفيداً للغاية.

"كنت دائماً أَلعب مع الأطفال في الحي، ولم يكن أحد ينظر إليّ على أنني غريب أو مختلف. وقد أعانتني خبرات الطفولة من هذا النوع كثيراً في أن أكون مفهوماً واضحاً للذات، وأن أتقبل نفسي بطريقة إيجابية، وأن أكون اتجاهها إيجابياً نحو الناس، وأن أتحملي بالصبر والعمل الجاد وأخيراً أن أكون شخصاً ناجحاً وأعول نفسي كالمبصرين تماماً. وأنا سعيد في الوقت الحاضر ليس فقط لأنني أعول نفسي، ولكن أيضاً لأنني أسهم بنصيب في تطور المجتمع".

"أود أن أؤكد على ضرورة فعل كل شيء للطفل المعاق بصرياً في سنوات نموه الأولى، لأن ذلك سيكون الأساس لنجاح الطفل نفسياً واجتماعياً ومهنياً عندما يكبر. ومن المهم أيضاً أن توجه الطفل ونحميه لكي يعيش حياة ملائمة. ومن أجل ذلك يجب فعل الكثير من جانب الأسرة والحي والمجتمع ككل". (مأخوذة من: Teferra, T. [1998]. Persons with disabilities of high achievement : profile and resilience in Ethiopia [p. 46]. Addis Ababa, Ethiopia: Save the Children Sweden; (reprinted by permission).

السياق القومي

تقع إثيوبيا في شرق أفريقيا إلى الغرب من الصومال، وتبلغ مساحتها ١١٢٧١٢٧ كيلو متر مربع. وتعتبر إثيوبيا بالمعايير الأفريقية بلداً متوسط الحجم، وإن كانت مساحتها تساوي مساحة فرنسا وأسبانيا والبرتغال مجتمعة (Redie, 1998). وإثيوبيا تشترك في الحدود مع كينيا وجمهورية السودان وجمهورية جيبوتي والصومال وإرتيريا (Gold Mercury International, 1982).

وإثيوبيا بلد جميل جداً وملهيء بالتناقضات. يتراوح ارتفاع البلاد من ١٢٥ متر تحت مستوى سطح البحر (في دانكيل Dankail وهي أحد المواقع الأكثر حرارة على الأرض) إلى أكثر من ٤٥٠٠ متر فوق مستوى البحر. ونتيجة لذلك يسود البلاد مدى من المناخات في المرتفعات والمناطق الإستوائية على طول الحدود مع السودان والصومال وكينيا (Pankhurst, 1988; Redie, 1998). وتتميز التضاريس بهضبة عالية بها سلسلة جبلية مركزية تقسم وادي الصدع الكبير. والأرض في إثيوبيا تستخدم لأغراض مختلفة. فقد أوضحت التقديرات في عام ١٩٩٣ م أن ٤٠٪ من الأرض كانت تزرع بمحاصيل دائمة، ٢٥٪ غابات وأحراج، ١٢٪ أرضاً صالحة للزراعة، ٢٢٪ صُنفت إلى "أخرى" (Central Intelligence Agency, 2002). وتحدث المخاطر الطبيعية بالدرجة الأولى في وادي الصدع الكبير النشط جيولوجيا والمعرض للزلازل والثورات البركانية والجفاف المتكرر. أما القضايا الحالية المتعلقة بالمشكلات البيئية في البلاد فتتمثل في إزالة الغابات والرعي الجائر وتآكل التربة والتصحر.

الشعب والثقافة

إثيوبيا هي أقدم بلد مستقل في أفريقيا ومن أقدمها في العالم ككل. يقدر عدد السكان بـ ٦١٦٧٢٠٠٠ نسمة، يعيش منهم ٥٢٥٩٨٠٠٠ في المناطق الريفية النائية، ٩٠٧٤٠٠٠ في مناطق حضرية. يزيد السكان بمعدل ٣٪ سنوياً، ويتوقع أن يبلغوا ٨٦ مليوناً في عام ٢٠٠٥ م. ويشكل الأفراد تحت عمر ١٥ سنة ٤٥٪ من السكان، ويشكل الأفراد في الشريحة العمرية ١٥-٦٤ حوالي ٥١,٤٪ من السكان، بينما لا يزيد الأفراد الأكبر من ٦٥ سنة عن ٣,٢٪ من السكان (Central Intelligence Agency, 2002). وتلك التركيبة العمرية التي تتميز بنسب عالية من الأطفال والشباب تسم معظم الدول النامية.

شعب إثيوبيا متعدد الأعراق والثقافات واللغات. تتحدث المناطق المختلفة أكثر من ٨٣ لغة مختلفة وحوالي ٢٠٠ لهجة. فرغم أن الأمهرية بأبجديتها المميزة تمثل اللغة الرسمية، توجد لغات محلية أخرى مثل أوروميفا Oromiffa وتيجريجنا Tigigna وسيداماجينا Sidamagina ووليتاجنا Wolaitagna وجوراجيغنا Guragigna وصوماجنا Somaligna وكمباتجنا Kambatigna وهاديغنا Hadiyigna (Central Statistical Authority, 1997; Won-dimu et al., 1999). وقد ميز تعداد ١٩٩٤م بين ٨٠ مجموعة عرقية تؤلف معاً الفسيفساء الوطنية (Befekadu & Berhanu, 1999/2000).

الأثيوبيون شعب متدين عموماً (Befekadu & Berhanu, 1999/2000). ووفقاً لتعداد ١٩٩٤م تتمثل الغالبية (٦٠,٥٪) في المسيحيين الأرثوذكس، يليهم المسلمون (٣٨٪)، ثم البروتستانت (٢,١٠٪). وتُمارَس الديانة التقليدية من جانب نسبة صغيرة من السكان (حوالي ٥٪)، وفي الغالب في المناطق الريفية النائية.

وإثيوبيا واحدة من أفقر دول العالم، يبلغ إجمالي الناتج المحلي الحقيقي لكل فرد ٤٢٧ دولاراً، ويبلغ مؤشر التنمية البشرية ٠,٢٤٤، وتحتل الترتيب ١٧٣ من بين ١٧٥ دولة (National Committee on Traditional Practices in Ethiopia [NCTPE], 1998). والفقر في إثيوبيا متعدد الأوجه. وقد أوضحت تقديرات الفقر كما يقاس أساساً من حيث استهلاك المواد الغذائية (الذي يتطلب تغذية بحد أدنى قدره ٢٢٠٠ سعراً حرارياً لكل بالغ في اليوم) وكذلك متطلبات الاستهلاك غير الغذائية لعام 1995/1996 أن ٤٥,٥٪ من السكان يعيشون تحت حد الفقر. ويتنشر الفقر في كل من المناطق الريفية (٤٧٪) والحضرية (٣٣٪).

وفي عام ١٩٩٤م بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة ٥٠,٦ سنة، ومعدل وفيات المواليد والأطفال ١١٨ و١٧٣ لكل ألف على التوالي، ومعدل وفيات الأمهات ٧٠٠ في لكل مئة ألف (Ethiopia/Country Paper, 2000). وتمثل الزراعة العمود الفقري

للبلاد واقتصادها، وتقوم الحياة الريفية على مزارعين صغار أو صغار ملاك يشكلون حوالي ٨٠٪ من العمل الريفي (NCTPE, 1998).

صادقت جمعية تأسيسية كانت قد انتخبت في ١٩٩٣م على دستور جديد في عام ١٩٩٤م. والحزب السياسي الحاكم في البلاد عبارة عن ائتلاف من الأحزاب السياسية العرقية تحت راية الجبهة الديمقراطية الثورية للشعب الأثيوبي EPRDF. وفي يونيو ١٩٩٥م تأسست جمهورية إثيوبيا الديمقراطية الاتحادية، وأدت الحكومة الجديدة بقيادة الجبهة الديمقراطية الثورية للشعب الأثيوبي اليميني (Redie, 1998).
نظم الخدمة التعليمية

مع بداية التعليم الحديث في إثيوبيا كان الهدف منه يتمثل في إنتاج موظفين يستطيعون أن يتحدثوا عددا من اللغات الأجنبية (خاصة الإيطالية والإنجليزية والفرنسية) ويمتلكون المهارات التي تؤهلهم لشغل الوظائف في البيروقراطية الحكومية الحديثة المتنامية والمشاركة في أنشطة التنمية المحدودة. ويشير تعداد ١٩٩٤م إلى أنه من بين إجمالي السكان من ٥ سنوات فأكثر كان ١١٪ من الذكور و٨٪ من الإناث يحضرون في المدارس على اختلاف مستوياتها. وتبلغ نسب المعلمين في المناطق الحضرية والريفية ٦٩٪ و١٥٪ على التوالي (Central Statistical Authority, 1999).

لقد تعرض نظام التعليم في عام ١٩٩٤م لمحاولة إصلاحية أنتجت النظم الحالية المبنية في الشكل رقم (١، ٥). وقد تحدد الهدف من الصفوف ١-٤ في إتقان المعرفة الوظيفية بالقراءة والكتابة، ومن الصفوف ٥-٨ في تهيئة التلاميذ للتعليم الإضافي (التعليم الثانوي العام)، بينما يقصد بالصفوف ٩-١٠ أن تمكن التلاميذ من تحديد مجالات اهتمامهم من أجل التدريب الإضافي. وتستهدف الحلقة التالية من التعليم الثانوي (الصفوف ١١-١٢) إعداد الطلاب للتعليم العالي (Advance Research and Training, 2002).

الجدول رقم (١، ٥). فئات وأنواع التعليم في إثيوبيا.

المستوى	العمر	
إعداد للصف الأول	٤-٦	رياض الأطفال
الصفوف ١-٨	٧-١٤	المدرسة الابتدائية
الصفوف ٩-١٠	١٥-١٦	الثانوية العامة
الصفوف ١١-١٢	١٧-١٨	الحلقة الثانية من المدرسة الثانوية
١-٢ سنة للدبلوم	١٩-٢٠	التعليم ما بعد الثانوي
٣-٥ سنوات للدرجة الجامعية	٢١-٢٥	التعليم العالي
١-٣ سنوات للدراسات العليا	٢٦-٢٨	التعليم العالي

Source: Advance Research and Training (2002)

السمات الأساسية للتدخل المبكر

تتجاوز كل من الخدمات الحكومية وغير الحكومية في إثيوبيا مع احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقات. ومع ذلك فمن بين ملايين من الأشخاص ذوي الإعاقات لا يتاح إلا للقليل الوصول إلى الخدمات الخاصة. وتتضمن أنواع الخدمات التي تقدم في البلاد المدارس النهارية الخاصة والمدارس الداخلية الخاصة والفصول الخاصة والمراكز العلاجية والورش المحمية وبيوت الأطفال وبيوت "المسنين" (Teferra, 1995). ومؤخراً بدأت مراكز التأهيل المجتمعي Community-based Rehabilitation التي تديرها المنظمات غير الحكومية في تقديم برامج تدخل مبكر منزلية من باب لباب^(١) Door-to-door, Home-based Early Intervention Programs.

بيد أن الغالبية الساحقة من الأشخاص ذوي الإعاقات في البلاد لا يتاح لهم الوصول إلى هذه الخدمات. فتلك الغالبية إما تمارس التسول أو تطلب الصدقة أو تعيش

(١) أخذ هذا المصطلح من المجال التجاري، حيث يشير إلى توصيل الخدمة إلى كل بيت، بحيث لا يحتاج المستفيد للانتقال إلى المركز أو البحث عن مقدم الخدمة المترجم.

بمناى عن الحياة العامة، وهم أفقر الفقراء في إثيوبيا. ومن الشائع أيضاً أن تجد المراكز الحضرية أناساً غير معاقين يكسبون عيشهم اليومي من تسريح أفراد ذوي إعاقات للتسول وجمع الصدقات، وهو ما يعرف باسم "متلازمة التبعية المزدوجة" Double Dependency Syndrome.

وحتى المنظمات غير الحكومية لا تهتم كثيراً بالتدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات. وتقدم وزارة الصحة برامج تطعيمات مختلفة للأطفال الصغار وتوفر الرعاية الصحية الأساسية للأمهات للوقاية من الإعاقات إن أمكن. لكن إلى الآن لم تتم السيطرة على أمراض الطفولة الشديدة مثل شلل الأطفال، رغم أن وزارة الصحة ذكرت نتائج مشجعة في هذا الخصوص.

المنهج والممارسات الصفية

يوجد في إثيوبيا ٧ مدارس خاصة داخلية، ٨ مدارس خاصة نهارية، ٤٢ فصلاً خاصاً (Ministry of Education, 1997). وتلك البرامج المخصصة للأطفال في عمر المدرسة ذوي الإعاقات البصرية أو السمعية أو التأخر العقلي نظراً لوقوعها في المناطق الحضرية تقدم خدماتها إلى نسبة صغيرة من كل الأطفال ذوي الإعاقات (Teferra, 1993). وإثيوبيا بذلك لا يوجد بها منهجاً للتدخل المبكر. ولا يوجد إلا مقرر واحد عن التدخل المبكر للطلاب الخريجين في مجال تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، وهو مقرر تقدمه كلية التربية بقسم علم النفس التربوي بجامعة أديس أبابا منذ ١٩٩٨م. جاء الهدف العام الأول في سياسة التعليم والتدريب بإثيوبيا: تنمية قدرات الأفراد البدنية والعقلية وقدرات حل المشكلات من خلال تقديم التعليم الأساسي (Transitional Government of Ethiopia, 1994). وتوضح السياسة، علاوة على ذلك، أن السلم التعليمي بإثيوبيا يبدأ من ما قبل المدرسة التي تركز على النمو المتكامل للطفل إعداداً له للتعليم الرسمي. والمعلمون، بداية من معلمي رياض الأطفال، يجب أن

يتملكوا المؤهلات والكفايات الضرورية في طرق التدريس التي يقدمها التدريب قبل وأثناء الخدمة (Transitional Government of Ethiopia, 1994). وإضافة إلى ذلك صرحت سياسة تطوير الضمان الاجتماعي الجديدة بوضوح بالحاجة إلى توسيع برامج تربية الطفولة المبكرة والدعم الأسري (Federal Democratic Republic of Ethiopia, 1997).

تعكس هذه السياسات إدراك الحكومة لأهمية النمو والتعليم والرعاية في الطفولة المبكرة. ومن خلال هذا التشجيع أصبح من الممكن دمج برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات في نظام التعليم العام. وحتى عام ٢٠٠٢م كانت مؤسسات تربية الطفولة المبكرة الحديثة مركزة إلى حد كبير في القطاعات الحضرية، وتخدم بالدرجة الأولى أطفال الأسر متوسطة ومرتفعة الدخل. ويتنظم معظم الأطفال من المناطق الحضرية الريفية الفقيرة في فصول ما قبل المدرسة المسيحية والقرآنية التقليدية، وذلك في المقام الأول بسبب توفرها وانخفاض تكاليفها. وباستثناء القليل من المؤسسات التربوية للطفولة المبكرة، لا توفر خلفيات المعلمين ولا البرامج المدرسية الخبرات التربوية التي يحتاجها الأطفال في تلك الفترة من فترات النمو. وثمة حاجة إلى إعادة تنظيم المؤسسات الحالية وإلى تقديم منهج موجه إلى الطفولة المبكرة. وفي ضوء فعالية الكلفة والقدرة على الوصول إلى الأطفال من المناطق الريفية والحضرية الفقيرة، بحثت وزارة التعليم تحديث مؤسسات الطفولة المبكرة التقليدية من خلال برامج تدريب المعلمين أثناء الخدمة وتوفير المصادر. وفي ضوء الاتجاه إلى تعليم الأطفال الصغار ذوي الإعاقات في فصول دمجية، فلا بد أن تراعى احتياجاتهم عند تصميم منهج الطفولة المبكرة وبرنامج تدريب المعلمين، إلى جانب تقديم التدخل الأسري.

المنظور الاجتماعي - الثقافي

كمجتمع تقليدي ومتدين ينسب بعض الأثيوبيين الإعاقات إلى قوى خارقة وأفعال شريرة والأعمال الخاطئة و/أو التلبس بالأرواح الشريرة. يتجلى ذلك في المقتطف التالي من مقابلة مع أب يعاني طفله من شلل دماغي:

يرجع الأب سبب إعاقة ابنه البدنية إلى زوجته ، حيث قال "زوجتي هي السبب في إعاقة طفلنا. لا زلت أتذكر زوجتي عندما عادت إلى البيت وهي في شهرها الخامس في الحمل وهي ثائرة وغاضبة ، واشتكت من أنها في طريقها إلى البيت رأت شخصاً مشوه وقبيح الخلقه يمشي في الشارع. وقد علقنت زوجتي على منظر هذا الشخص بكلمات سيئة ، ولذلك عوقبت على سلوكها بابتنا المعاق". (Abedella, Asrat, & Tadesse, 2000)

ثمة أسباب مماثلة تنتشر بين الجمهور العام ، خاصة بين القطاعات غير المتعلمة من المجتمع. ولذلك تظهر صدمة كبيرة وحيرة وغضب عندما يكتشف أولياء الأمور أن طفلهم لديه إعاقة. وقد تمر الأسر بمشاعر الذنب واختلال التوازن. وفي أغلب الأحيان يحاول أولياء الأمور أن يتعاملوا مع المشكلة دون مساعدة أو استشارة مهنية. وقد يفضل البعض أن يخفوا الطفل في المنزل لتجنب العار الاجتماعي وخطر الإقصاء الاجتماعي. وعلى أية حال يحاول أولياء الأمور في معظم الحالات أن يجدوا علاجاً لطفلهم.

يذهب أولياء الأمور بالطفل أحياناً إلى المؤسسات الدينية والمعالجين التقليديين غير الدينيين. وفي المناطق الريفية على وجه الخصوص تمثل الكنيسة الأرثوذكسية الأثيوبية مركزاً لعلاج الأمراض المختلفة. وتقوم كل جهود العلاج على الاعتقاد الديني ، مثل الدخول في صلاة عميقة وقراءة نصوص دينية والحصول على رشقات من الماء المقدس وشرب الماء المقدس وأكل وشرب مواد مباركة وأكل طعام أعد في الأديرة والصوم ووضع تعويذة (مادة تشبه الرماد) على الجزء المصاب من الجسم. وليس من الغريب أن نسمع الأهالي يقولون أن الأطفال تحسنوا أو برءوا تماماً بعد اجتياز العلاج الديني المطلوب. وعلى اعتبار أن هذا العلاج يقوم على الإيمان ، فيبدو أنه يكون ذا طبيعة نفسية أكثر ، وتلك التغييرات تؤثر على حالة الطفل البدنية.

أما العلاج التقليدي غير الديني فيتمثل في المعالجين الفرديين الذين يشكلون تراتبية متباينة المستويات. أول هذه المستويات هو طب الأعشاب Awaki الذي يتناوله المريض إما داخلياً أو خارجياً، وثانيها نوع محلي من العلاج النفسي يسمى Metschaf-gelach يشترك فيه الشخص المسوس في زار يستطيع من خلاله أن يتواصل مع القوى الخارقة ويصل إلى حلول ممكنة للمشكلة (إعاقة الطفل مثلاً). ويمثل النوع الثالث شكلاً تقليدياً من العلاج الطبيعي يقدمه أشخاص يدعون Wegeshas (متخصصو العلاج الطبيعي التقليديين) عندما تكون مشكلة الطفل تتعلق بالأداء الحركي (كالجلوس أو المشي أو التنسيق مثلاً). ويقال أن العلاج الطبيعي التقليدي فعال جداً، فهو يحظى بسمعة إيجابية في كل من المناطق الريفية والحضرية.

وفي ظل غياب الدعم المهني وبرامج التدخل المبكر لا يجد أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات مفرأً من أشكال العلاج التقليدية. وبعد تجريب الأشكال المختلفة للعلاج التقليدي، يبحث أولياء الأمور غالباً عن العلاج الطبي الحديث لأطفالهم. وفي حال حدوث هذا النمط تضيع السنوات الأولى الحرجة والحساسة للنمو في الغالب دون علاج، وهو ما يستنزف موارد الأسرة وأملها.

وفي حالات كثيرة لا يتاح للأطفال ذوي الإعاقات في إثيوبيا الوصول إلى برامج التدخل المبكر. وقد يؤدي اجتماع المعتقدات التقليدية والأفكار الخاطئة إلى حرمان انفعالي يتراوح من الإهمال السلبي إلى الرفض النشط. وعلى ذلك فإن الاعتلال الحسي والبدني والمعرفي والحركي الذي يمكن أن يعالج من خلال التدخل المبكر ربما يتحول إلى إعاقات دائمة وحادة.

المؤثرات النظرية

في الوقت الراهن يركز الاتجاه العام حول توفير الدعم المهني للأطفال ذوي الإعاقات بالدرجة الأولى على البرامج القائمة على الأسرة ومراكز التأهيل المجتمعي.

وهذا النموذج يستلزم تعبئة الموارد المحلية التي قد تتضمن أولياء الأمور والأشقاء والقادة المحليين والمهنيين الذين يستفيدون من كل أشكال الشبكات غير الرسمية في دعم التدخل للأطفال ذوي الإعاقات. وفضلاً عن ذلك تتحول الإستراتيجية من التعليم المعزول (تعليم الأطفال ذوي الإعاقات في مدارس خاصة) إلى التعليم الدمجي (تعليم الأطفال ذوي الإعاقات في "مدارس نظامية") (Teferra, 1999).

ويميل توفير الخدمات التربوية وغيرها من الخدمات الأخرى في المراكز الخاصة إلى التركيز على "عوامل الفرد الداخلية" Within Individual Factors والدعم المهني الخاص للطفل، دون اهتمام بإعادة هيكلة بيئات تعلم ومعيشة الطفل. ويفترض المهنيون أن المشكلات تكمن حصراً داخل الفرد وأن الحلول تتمثل بالتالي في محاولات تغيير الفرد (Teferra, 2000)، وهي رؤية تحدتها بقوة رؤية بديلة تشدد على أن النمو يتقدم من خلال التفاعلات المتبادلة بين الأطفال والبيئات، وبالتالي لا بد من تغيير كل من الأفراد وبيئاتهم (Mitchell & Brown, 1991). ينظر هذا النموذج إلى نمو الطفل باعتباره منتج لتفاعلات دينامية مستمرة بين الطفل والخبرات المقدمة من سياقه الأسري والاجتماعي (Sameroff & Feise, 2000).

ظهرت في إثيوبيا مراكز التأهيل المجتمعي غير الحكومية في مجال التدخل المبكر. وهذه البرامج، إضافة إلى السياسات الحكومية الجديدة، لا تستهدف الطفل المعاق فحسب كبؤرة للتدخل أو التأهيل، وإنما أيضاً البيئة التي يعيش الطفل ويتعلم فيها. ومن أمثلة القضايا الأساسية التي تركز عليها المنظمات الحكومية وغير الحكومية رفع وعي الأسرة والمجتمع المحلي والجمهور العام حول أسباب الإعاقة، وأهمية التعرف والتدخل المبكرين، وحماية حقوق الطفل. وعموماً يتأثر تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة والتدخل المبكر تحديداً بالمدخل الإيكولوجي، ذلك المدخل الذي اكتسب زخماً في الدوائر الأكاديمية لمعلمي ذوي الاحتياجات الخاصة في إثيوبيا.

السمات المحددة لخدمات التدخل المبكر

يتضح من المناقشات السابقة أن خدمات التدخل المبكر في إثيوبيا تمثل ظاهرة جديدة وحضرية بالدرجة الأولى، بل وتتركز في المقام الأول في العاصمة أديس أبابا. وقد أنشأت المنظمات غير الحكومية الدولية والمحلية منذ مطلع التسعينيات عدداً من مراكز التأهيل المجتمعي، يتعاون معظمها مع العيادة الإثيوبية - السويدية بمستشفى الأسد الأسود، وهي المسئول الأول عن العلاج الطبي للأطفال ذوي الإعاقات الطبية والبدنية. وكقاعدة يتلقى الأطفال خدمة طبية مجانية في المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية إذا أثبت ذويهم أنهم غير قادرين مالياً.

تؤكد الدراسات أن مشروعات التأهيل المجتمعي تبني نموذجاً شمولياً يتضمن الأمور التربوية والاجتماعية والطبية. ومن أمثلة ذلك أن هذه المراكز تنظم سلسلة من البرامج التدريبية قصيرة المدى للموظفين الميدانيين على لغة الإشارة وطريقة برايل والحركة والتوجه البيئي والمهارات التكيفية والعلاج الطبيعي والرعاية الصحية الأولية. وقد نجح هذا التدريب في تزويد الموظفين الميدانيين بالمعرفة والمهارات اللازمة للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم والمجتمع المحلي ككل. وتتضمن المجالات الرئيسة لخدمات التأهيل المجتمعي والصحة والتعليم والتدريب والدفاع والوعي حول الإعاقات وأنشطة توليد الدخل (Desta, 2000). ويبدو أن مشروعات التأهيل المجتمعي تحقق أثر إيجابياً.

ومع ذلك فإن شيئاً من المقاومة واللامبالاة يظهر أحياناً، حتى من جانب الأسر التي تستفيد مباشرة من خدمات التأهيل المجتمعي. ومن الواضح أن تجاوب أولياء الأمور وأفراد الأسر يندرج في واحدة من ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى هي الأسر المنخرطة والمتجاوبة تماماً مع برنامج التأهيل المجتمعي، والمجموعة الثانية هي الأسر غير المهتمة بأنشطة التأهيل المجتمعي بقدر ما تهتم بالبحث عن معلومات حول أشكال الدعم المالي وغيرها لأطفالهم وأنفسهم، وتعتبر أنشطة المركز الأخرى (مثل تعزيز نمو

الطفل) مسئولية موظفي التأهيل المجتمعي، والمجموعة الأخيرة وهي الأسر التي تبدي مقاومة شديدة للتدخل المبكر وتغلق أبوابها في وجه أي شكل من أنشطة برنامج التأهيل المجتمعي (Desta, 2000). والأسر من النوع الأخير غالباً ما تخفي أطفالها في المنزل لأنها تخشى من العار أو الإقصاء الاجتماعي. وأولياء أمور هذه الأسر، خاصة من الأسر مرتفعة الدخل، يعتقدون على نحو خاطئ غالباً أنهم سيفقدون مكانتهم الاجتماعية إذا عُرف أن طفلهم معاق. ومن المعتاد أن تبحث هذه الأسر عن مكان للطفل خارج الأسرة (مؤسسة أو منزل أحد الأقارب البعيدين مثلاً).

لا يزال التدخل المبكر في بدايته في إثيوبيا، ولذلك فلن يكون من السهل توسيع خدماته. ومع ذلك فقد لاحظ ديستا (Desta, 2000) تغييرات مشجعة. ففي الأماكن التي تقدم فيها التأهيل المجتمعي خدماته حدثت تغييرات إيجابية في اتجاهات أعضاء المجتمع المحلي وأولياء الأمور نحو الأطفال ذوي الإعاقات. ومع الوقت واستمرار النتائج الإيجابية يتوقع أن تزداد خدمات التدخل المبكر، لكن مع هذا النمو ستأتي تحديات جديدة. وفيما يلي مثال لخدمات التدخل المبكر التي دشنتها مؤسسة بيت تشيشاير.

وصف البرنامج^(٢)

مؤسسة بيت تشيشاير Cheshire Home Foundation واحدة من أقدم المنظمات غير الحكومية في البلاد، أسسها في عام ١٩٦٢م عدد من رجال الخير الأثيوبيين والأجانب للعناية بالأطفال ذوي التأخر العقلي. وبعد عقد من إنشائها تحولت المؤسسة إلى العمل كمركز لتأهيل الأطفال المصابين بشلل الأطفال والعمل بالتعاون مع مستشفى الأسود الأسود. يقدم مركز مؤسسة بيت تشيشاير ومركز المجتمع المحلي

(٢) وصف البرنامج مأخوذ من أوراق قدمها طلاب الدراسات العليا (Abedella et al., 2000; Berta, 2000) في مقرر في التدخل المبكر النفسي - الاجتماعي كجزء من برنامج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة أديس أبابا بإثيوبيا.

ومشروع التدخل المبكر الموسع تأهيلاً قصيراً من خلال العلاج الطبيعي المكثف والتدخل الجراحي للأطفال من جميع أنحاء إثيوبيا. ويجري مركز تشيشاير برنامج متابعة للأطفال الذين يعودون إلى منازلهم بعد العلاج، يقوم فيه الموظفون بتغيير الأدوات المساعدة مع تقدم الأطفال في العمر ويفحصون ممارسات التدخل التي ينفذها أولياء الأمور. ويقدم المركز أنشطة متابعة من خلال البرامج المتجولة واسعة النطاق التي تذهب إلى عمق المناطق الريفية.

بدأت مؤسسة بيت تشيشاير في عام ١٩٩٤م برنامج تدخل مبكر للتأهيل المجتمعي للأطفال الصغار ذوي التأخر العقلي والإعاقة البصرية والإعاقة السمعية. يتضمن البرنامج أيضاً تدخلاً من أجل الاضطرابات الحركية، لكنه يقتصر على أديس أبابا. وفي عام ٢٠٠٣م كان البرنامج يعمل مع ٨ جماعات في منطقة وريدا Woreda و ٢٥ في أديس أبابا. ويحصل عمال التأهيل المجتمعي على تدريب لمدة ثلاثة أشهر كمارسين قبل أن ينضموا للعمل. ويقوم منسق التأهيل المجتمعي بالإشراف والمتابعة الميدانية.

يتكون مشروع تشيشاير للتدخل المبكر واسع النطاق من عدة أنشطة رئيسة. فهو يقدم للأطفال ذوي الإعاقات مساعدة فردية قائمة على المنزل في مجالات مثل مد الأطراف المتقلصة والاستحمام بماء مالخ دافئ ليلاً وصباحاً وتدليك السيقان والأوراك وتسهيل الوصول إلى المنتزهات في كل صباح. كما يتلقى أولياء الأمور استشارات حول تجاوبهم الانفعالي مع وجود طفل معاق في الأسرة. ويوجه أولياء الأمور أيضاً إلى التفتيش عن أية أشكال أخرى من التأخر الحسي أو البدني أو النمائي وأن يبلغوا عنها المراكز الصحية القريبة بدلاً من المعالين التقليديين. ويتم تعليم الأمهات والآباء المتوقعين لأطفال ذوي إعاقات على الممارسات التي تعزز النمو وتمنع أشكال التأخر المستقبلية. ولكي يتمكن أولياء الأمور ذوو الدخل المنخفضة من الاهتمام باحتياجات أطفالهم وإعالة أسرهم، تقدم لهم قروض لأنشطة توليد الدخل. ويتم تشجيع

الأطفال ذوي الإعاقات على تقبل إعاقاتهم وتنمية احترام الذات. كما يتم البحث عن طرق لتقليل تأثير المخاطر البيئية مثل الجفاف والحروب والفقر وسوء التغذية وتلوث الماء والهواء والإصحاح السيئ. وتقدم رعاية صحية أولية ومتابعة طبية للأمهات المستقبلات. كما يتم رفع وعي المجتمع المحلي حول الإعاقات، خاصة من خلال العمل مع الشيوخ المحليين للمساعدة في القضاء على الخجل الاجتماعي المرتبط بالإعاقة. وأخيراً يتم تعليم أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات كيف يستخدمون المواد المحلية لمساعدة أطفالهم مثل توفير عصي المشي لتحسين القدرة على الحركة.

وإضافة إلى الزيارات المنزلية الفردية واللقاءات المجتمعية، وجد أن الإستراتيجيات التالية كانت فعالة في تنفيذ هذه الأنشطة الرئيسة. في إثيوبيا تمثل مراسم القهوة اجتماعاً ودياً للسيدات في الحي، وفيها تجلس النساء ساعة تقريباً يتبادلن أطراف الحديث ويشربن القهوة. في هذه الاجتماعات يقوم الموظفون المجتمعيون بتعليم الأمهات، خاصة إذا كانت المضيفات أمهات لأطفال ذوي إعاقات. وتلك أفضل مناسبة لرفع وعي الأمهات. وإضافة إلى ما سبق تم تنظيم مجموعات دعم من أولياء الأمور بحيث يستطيع أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات أن يشاركوا في خبراتهم وعواطفهم ويساعدوا بعضهم البعض. كما تم تنفيذ برامج موجهة للطفل تركز على منع الحوادث والإصحاح الشخصي والبيئي.

التغذية الراجعة من أولياء الأمور

للحصول على تغذية راجعة حول تأثير أنشطة التدخل المبكر لمراكز التأهيل المجتمعي التي قدمتها مؤسسة بيت تشيشاير أجريت مقابلات مع أولياء الأمور. وعموماً ذكر أولياء الأمور أنهم قبل البرنامج كانوا يستشيرون الشيوخ والمعالجين التقليديين وكانوا ينفذون كل الطقوس والأدوية التي توصف لهم، بما في ذلك تعليق تعويذة حول رقبة الطفل. وعندما ثبت فشل ذلك، أخذ أولياء الأمور أطفالهم إلى الماء المقدس للقديسين

المسيحيين المختلفين. وكخطوة أخيرة، أخذوهم إلى المستشفى. وقد أحييت الأسر والأطفال إلى مشروع التأهيل المجتمعي عن طريق المستشفى، وبذلك شاركوا في المشروع. والتالية مقتطفات من المقابلات التي أجريت مع الأسر (Abedella et al., 2000):

● قال أحد الآباء: "جاء موظفو التأهيل المجتمعي وأقنعونا بأن نأتي بطفلتنا إلى المشروع. وقد رأينا تغييراً في قدرتها على الحركة والسيطرة على جسمها، وهي الآن تحاول أن تمشي وحدها، وإن كان بصعوبة كبيرة وقليلاً من المساعدة".

● ذكرت إحدى الأمهات: "جاء موظفو المشروع وأقنعوني بأن أحضر ابنتي إلى هذه الغرفة العلاجية. وأنا الآن أشهد تغييرات صغيرة لكنها ممتازة لديها. وأنا أعتقد أن ذلك جاء استجابة من الله لدعائي. وأمل أنا وزوجي أن ابنتنا سوف تتحسن إذا استمرت في هذا العلاج. ففي غضون ستة أشهر ستكون عضلات رقبته قد قويت وسوف [تحاول] أن تتحرك بالزحف على الأرض باستخدام مقعدها. ونحن نعتبر ذلك رحمة من الله".

● وقالت أم أخرى: "الآن يتحسن ابني كثيراً بعد أن جاء إلى المشروع".

● وذكرت أم ثالثة: "لم تكن ابنتي تستطيع أن تأكل أو تشرب أو تمشي وحدها، ولم تكن تستطيع أن تتحدث أيضاً... لكن بعد أن بدأت العلاج أصبح بمقدورها أن تأكل وتشرب وتمشي وحدها. صحيح أن كلامها لا يزال صعباً، لكنها تفهم كل شيء نقوله وتحاول أن تتواصل...."

تلك بعض النتائج الإيجابية والمشجعة لبرامج التدخل المبكر التي يقدمها التأهيل المجتمعي. وثمة حاجة إلى التشارك في الخبرة مع برامج التدخل المبكر الأخرى والمهنيين الآخرين لإثراء هذا العمل الجديد والمهم في إثيوبيا. ومن أجل تعزيز النمو الشامل للأطفال ذوي الإعاقات ومنع النتائج الاجتماعية والانفعالية السلبية، يجب أن تتضمن برامج التدخل المبكر مكوناً نفسياً - اجتماعياً يركز على جودة تفاعلات أولياء الأمور

مع الطفل أو مقدم الرعاية مع الطفل أو المعلم مع الطفل أو الطفل مع أقرانه. وتلك العوامل يجب أن تشكل الجانب الرئيس من برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات. وفي بلد تحيط فيه الأساطير والتصورات الخاطئة ظروف الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقات يجب أن يأتي على رأس أولويات التدخل المبكر تعليم مقدمي الرعاية ورفع حاسيتهم لكي يقدموا تفاعلاً جيداً مع أطفالهم.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

تقترح الخبرة الأثيوبية في مجال التدخل المبكر ضرورة أن يقوم المهنيون في الدول الأخرى بتعليم الجمهور العام خدمات الرعاية الصحية الوقائية من خلال تزويدهم بالمعلومات حول الرعاية الصحية الأولية والعوامل التي تسبب الإعاقة والتدخلات المتعلقة بالإعاقات. وينبغي أيضاً أن تبدأ برامج التدخل المبكر القائمة على المجتمع المحلي وعلى الأسرة منذ وقت مبكر من العمر (في السنوات الست الأولى). ويجب أن تركز برامج التأهيل على تكييف أو تعديل البيئة الاجتماعية وتحسين الجوانب الإيجابية لدى الأشخاص ذوي الإعاقات بدلاً من التركيز على النقائص. كما يجب على المهنيين أن يرتقوا بمعرفة الأهالي في مجالات علاج الإعاقة (عندما تكون قابلة للعلاج) والتأهيل.

وأخيراً يجب أن يعمل المهنيون بالتعاون مع أولياء الأمور والمنظمات المهتمة بالأشخاص ذوي الإعاقات.

خاتمة

إن تفشي وانتشار إعاقات الطفولة مرتفعان في إثيوبيا. والعوامل الأساسية التي تسهم في الإعاقات تتضمن قلة النظافة الشخصية والبيئية وقلة التطعيمات والأمراض المعدية وسوء التغذية والممارسات الثقافية الضارة ونقص الرعاية الملائمة فيما قبل الولادة والرعاية الصحية غير الكافية للطفل، فضلاً عن الوراثة. ورغم هذه الحقائق

يرجع كثير من الناس الإعاقة إلى قوى خارقة وأرواح شريرة، ولا يفهمون احتياجات الأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم. وقد أثرت هذه العوامل على أنواع العلاج التي ينشدها أولياء الأمور لأطفالهم والطريقة التي يرعون بها أطفالهم المعاقين. حيث يأخذ أولياء الأمور أطفالهم في الغالب إلى أماكن العلاج التقليدية الدينية أو غير الدينية. وفي ذلك نجد أن البحث عن الرعاية الصحيحة والصدمة النفسية عند معرفة أن الطفل معاق والخوف من الخزي المجتمعي وقلة المعرفة الكافية حول الإعاقات تؤثر جميعها على الطريقة التي يتفاعل بها أولياء الأمور مع أطفالهم. فالحاجة ماسة إلى تعليم الجمهور حول خدمات الرعاية الصحية الوقائية والتأهيلية. وفي ذلك يمكن الاستفادة من ورش العمل والحلقات النقاشية والإعلام لنقل المعلومات حول الرعاية الصحية الأولية والعوامل التي تسبب الإعاقة والتدخل المرتبط بهذه الإعاقة أو تلك والعلاج الطبي. وكما أوردنا في صدر هذا الفصل، توجد مجازات اجتماعية معينة ذات صلة بالتدخل المبكر والتعليم ورعاية الطفولة. وأي نموذج مثير لا بد أن يتضمن استخدام هذه المجازات لإدخال المشاركين المجتمعيين في حوار حول الإعاقة والتدخل المبكر.

تتركز ممارسات التدخل المبكر في إثيوبيا في المناطق الحضرية، وبالدرجة الأولى في أديس أبابا، وتاريخها لا يزال قصير جداً، وهي جميعاً مراكز تأهيل مجتمعي دشنها منظمات غير حكومية. وكل تلك البرامج لا تزال في مراحل التطور المبكر وتحتاج إلى نماذج مهنية وموارد مكثفة. فتغطيتها لا تذكر بالمرّة إذا ما قورنت بحجم المشكلة في عموم البلاد. لكن إنجازاتها إيجابية وجزئية، ويجب على الحكومة والمجتمع أن يشجعانها.

وقبل كل شيء فإن إحداث فرق في واقع برامج التدخل المبكر في إثيوبيا على نطاق واسع يتطلب مشاركة الحكومة والمجتمع. فيجب أن تفرض الحكومة سياسات

الصحة والتعليم والتنمية الاجتماعية والضمان الاجتماعي لدفع أنشطة الرعاية الصحية الأولية وتربية الطفولة المبكرة ودعم الأسر في رعاية الطفولة. ويمكن إدراج برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات في هذه الجهود. وإذا كان هدفنا هو أن نخلق مجتمعاً دمجياً، فإن جعل الدمج حالة طبيعية لن يحدث دون أن يترسخ في المعتقدات والممارسات الأسرية والمجتمعية اليومية.

المراجع

References

- Abedella, R., Asrat, M., & Tadesse, S. (2000). *Early intervention strategies on children with cerebral palsy*. Unpublished dissertation, Special Needs Graduate Program, Addis Ababa University.
- Advance Research and Training. (2002). *A project profile on the establishment of kindergarten and primary schools in Addis Ababa*. Addis Ababa, Ethiopia: Author.
- Befekadu, D., & Berhanu, N. (1999/2000). *Annual report on the Ethiopian economy: Volume I*. Addis Ababa: The Ethiopian Economic Association.
- Berta, F. (2000). *The situation of early intervention programs for physically handicapped children in Ethiopia: The case of Cheshire Home and parents of children with motor disorder*. Unpublished paper, Special Needs Education Graduate Program, Addis Ababa University, Ethiopia.
- Central Intelligence Agency. (Ed.). (2002). *The Worldfact Book 2002*. London: Brasseys.
- Central Statistical Authority. (1999). *The 1994 population and housing census of Ethiopia results at country level: Volume II—analytical report*. Addis Ababa, Ethiopia: Author.
- Central Statistical Authority. (1999). *The statistical report on the 1999 National Labor Force survey*. Addis Ababa, Ethiopia: Author.
- Desta, D. (2000). *Attitudes toward disability and the role of community based rehabilitation programs in Ethiopia*. Dissertation, University of Joensuu, Finland.
- Ethiopia/Country Paper. (2000). *Interim poverty reduction strategy paper 2001-2002/2003*. Addis Ababa, Ethiopia.
- Federal Democratic Republic of Ethiopia. (1997). *Social Security development policy*. Addis Ababa, Ethiopia: Author.
- Gold Mercury International. (1982). PANA African Conference, Addis Ababa, Ethiopia.
- Ministry of Education. (1997). *Education statistics (1995-1996)*. Addis Ababa, Ethiopia: Educational Materials Production and Distribution Agency.

- Mitchell, D., & Brown, R.I. (Eds.). (1991). *Early intervention studies for young children with special needs*. London: Chapman and Hall.
- National Committee on Traditional Practices in Ethiopia. (1998). *Baseline survey on harmful traditional practices in Ethiopia*. Addis Ababa, Ethiopia: Author.
- Pankhurst, R. (1988). *Ethiopia engraved: An illustrated catalogue of engravings by foreign travellers from 1681 to 1960*. London: Kegan Paul.
- Redic, A. (1998). *Ethiopia: Country profile*. Addis Ababa, Ethiopia.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental 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.
- Teferra, T. (1993). Problems and prospects of persons with disabilities in Ethiopia. *The Ethiopian Journal of Development Research*, 15(1), 67-87.
- Teferra, T. (1995). Reflections on the status of persons with disabilities in Ethiopia. *Proceedings of the symposium on Dignity for All* (pp. 76-89). Addis Ababa: Ethiopian Red Cross Society.
- Teferra, T. (1998). *Persons with disabilities of high achievement profile and resilience in Ethiopia*. Addis Ababa, Ethiopia: Save the Children Sweden.
- Teferra, T. (1999). Inclusion of children with disabilities in regular schools: Challenges and opportunities. *Ethiopian Journal of Education*, 19(1), 29-64.
- Teferra, T. (2000). *Inclusive education: An international perspective of the education of children with special educational needs*. Paper presented at the S AHER workshop, Addis Ababa, Ethiopia.
- Transitional Government of Ethiopia. (1994). *Education and training policy of Ethiopia*. Addis Ababa, Ethiopia: Educational Materials Production and Distribution Agency.
- Wondimu, H., et al. (1997). *Ethnic identity, stereotypes and psychological modernity in Ethiopian young adults: Identifying the potential for change*. Unpublished report, Addis Ababa, Ethiopia.

obbeikandi.com

العمل مع الأسر
Working with Families

- العمل مع الأسر لتنفيذ التدخلات
المتزلية (الهند)
- الحق في بداية جيدة ومشجعة في
الحياة (البرازيل)
- نموذج شراكة الأسرة في التدخل
المبكر (مصر)

obbeikandi.com

العمل مع الأسر لتنفيذ التدخلات المنزلية (الهند)

Working with Families to Implement Home Interventions (India)

Sudha Kaul سودها كول

Swapna Mukherjee سوابنا مخريجي

Asis Kumar Ghosh أسيس كومار غوش

Madhabi Chattopadhyay مادهابي شاتوبادهاي

Utsab Sil أوتساب سيل

تشكل الأخلاق والقيم وحب الجمال في الطفولة، وتتميز بالبيئة اللفظية وغير اللفظية التي يترى فيها الطفل. ومن أجل فهم الأطفال الهنود، لا بد أن ندرس ثقافة الهند وتقاليدها المكتوبة والشفوية. ولكي نفهم الأطفال ذوي الإعاقات يلزمنا بنفس القدر أن نقر بالاتجاهات الاجتماعية عميقة الجذور للجماعات ونظم الدعم المتاحة في البيئات التي يعيشون فيها. والأطفال ذوي الإعاقات يلقون الحب والرعاية من حيث الحاجات الأساسية، لكن أولياء الأمور لا يعرفون غالباً أهمية التحفيز والتدخل المبكرين. ولا تتوفر لهؤلاء المعلومات حول المهارات الوالدية، ويأتي معظم الدعم من داخل الأسر ذاتها.

يناقش هذا الفصل كيف يمكن أن تكون الأسر والأطفال ذوي الإعاقات جزءاً مهماً من فريق التدخل. ويثبت الفصل، من خلال الأمثلة، المعتقدات الثقافية القوية

وجوانب القوة في الأسرة الهندية، بناء على قناعة بأن تلك المعتقدات يمكن أن تسهم في تحسين نوعية حياة الأطفال ذوي الإعاقات.

حكاية بيش

ينتمي بيش Bish إلى خلفية فقيرة اقتصادياً، حيث يعمل أبوه ببناء وأمه خادمة في أحد المنازل. لم يحصل والدنا بيش على تعليم رسمي، لكن أخوه الأكبر يحضر في مدرسة محلية. والأسرة تتحدث اللغة البنغالية. تعيش جدة بيش مع الأسرة في كوخ مصنوع من شراشف الخيزران المحاكة والأجر وسقف من القرميد. والمنزل كله عبارة عن غرفة واحدة بشرفة في مقدمتها تستخدمها الأسرة كمكان للطبخ. تستحم أم بيش أحياناً في المنزل الذي تخدم فيه. ويأتي الماء للكوخ من بئر على مسافة دقيقتين من الكوخ. أما المرحاض فيشارك فيه أفراد الأسرة مع جيران يعيشون أيضاً في أكواخ ماثلة. وتعيش حوالي ٥٠ أسرة متلاصقين في هذا الحي الفقير الواقع على أرض تملكها الحكومة إلى جانب طريق رئيس، ولذلك يمكن طرد هؤلاء السكان في أي وقت. ولا توجد ساحة للعب، وعادة ما يلعب الأطفال في أرض مفتوحة بالقرب من الحي.

أحال أحد أطباء الأطفال بيش إلى عيادة التدخل المبكر وهو في عمر الثانية تقريباً. فأمه لا تعرف يقيناً تاريخ ميلاده، حيث أنها سقطت في شهرها السابع من الحمل وأخذت إلى المستشفى، حيث وضعت وليدها طبيعياً. لم يبك بيش أو يصرخ فور ولادته، ولذلك كان لزاماً أن يعطوه أوكسجين. قضى بيش ثلاثة أيام في الحاضنة، وأُخرج بعدها هو وأمه من المستشفى. وقد شُخصت حالته منذ ذلك الحين على أنه يعاني من شلل دماغي مع مرض الشلل اللاتواني Athetosis والشلل التشنجي. ينظر بيش بعينين لامعتين وابتسامة جاهزة إلى أي شخص يتحدث إليه، لكنه في عمر الثانية لم يستخدم بعد كلام واضح للتواصل. يزحف بيش في المنزل، حيث يستطيع أن يصل إلى اللعب. وعندما سأل متخصصو التدخل المبكر والدة بيش حول أكثر ما يشغلها حول احتياجات الطفل من أجل إعداد برنامج فردي له، أبدت الأم قلقاً حول قدرته على الذهاب إلى المرحاض وإطعام نفسه، وكذلك ضيق الوقت المتاح لها لتنفيذ التدخل. شرح متخصصو التدخل برنامجاً يمكن أن يدمج في روتين الأسرة. ولذلك كان التقييم المفصل لروتين بيش الخطوة الأولى في التدخل. وإلى جانب تعليم بيش مهارات الذهاب إلى المرحاض وإطعام الذات، ارتوي أيضاً أن برنامج تدخل قائم على العلاج الطبيعي والتواصل من شأنه أن يسهل تعلم بيش. وقد كان والدنا بيش متلهفان إلى تقييم قدرة الطفل على التعلم وأبديا استعدادهما لأن يحضراه إلى العيادة بانتظام. وقد كانا يتمتعان بأمل وإيمان كبيرين في تقدم طفلهما في المستقبل.

كانت خطة التدخل الخاصة ببيش تدور حول روتين الأسرة. وكان برنامج التدخل البدني يستهدف زيادة قدرته على تدوير جذعه واستقراره ومساعدته على الانتقال من الجلوس إلى الوقوف. وقد أوضح الممارسون لأمه كيف تنفذ هذه التمارين خلال أنشطة اللعب. واستطاع ببيش أن يمارس الوقوف عند زاوية الغرفة بينما كانت هي تطبخ، وكذلك استطاعت الأم أن تشجعه على التعليق على ما تفعله.

ومن أجل تعزيز مهارات الذهاب إلى المراض، اقترح ممارسو التدخل استخدام زاوية من الشرفة كمنطقة للمراض، وأوضحوا لأم ببيش كيف تصنع مرحاضاً من قدر موضوع بين قطعتين من الطابوق. وسرعان ما تعلم ببيش كيف يستخدم هذا الحمام البسيط.

أصبحت الأعمال الروتينية اليومية مثل وقت المراض ووقت الوجبات أوقاتاً للتعلم. فتعلم ببيش أن يشرب الماء وحده باستخدام شفاطة. ومن خلال تعليم ببيش كيف يستخدم ملعقة لأكل الأرز (بدلاً من أصابعه وفقاً للطريقة الهندية التقليدية)، تمكن ببيش من تقليل الأرز الذي ينسكب منه وهو يأكل. كما أوصى ممارسو التدخل أم ببيش أيضاً بأن تعلمه أسماء الأشياء التي يستخدمها في أثناء أنشطته الروتينية (مثل تناول الطعام واللعب)، بما يوفر له فرصاً للتحدث حول أنشطته. وسرعان ما بدأ ببيش في إدراك أنه يستطيع أن يسيطر على بيئته باستخدام اللغة. وتعلم كلمات للأسماء والألوان والأشكال والأحجام والخضراوات والفاكهة التي يأكلها. وبدأ ببيش في تسمية الأشياء وتقديم الطلبات، بل وحتى المداعبة والنكات. بعد ذلك أعطى ممارسو التدخل لببيش كتاب صور خاص مزود بكلمات مكتوبة فوق كل صورة لمساعدته في التواصل بكفاءة أكبر، ليس فقط مع أفراد أسرته وإنما أيضاً مع الأشخاص الآخرين في الجماعة المحيطة.

وعندما أدرك ببيش وأسرته أنه تعلم الكثير وأن هناك الكثير الذي يمكن أن يتعلمه، أصبحوا أكثر ثقة. حيث يتفاعل ببيش الآن أكثر مع أقرانه، وأصبح الأطفال في الحي أكثر تقبلاً له. وكون ببيش صداقات مع أطفال يأتون إلى البيت ليلعبوا معه. كما زادت معرفته بالعالم، وهو ما أعطاه فرصاً أكثر للتحدث.

كان ببيش يتقدم بدرجة ملحوظة مما حدا بأمه أن ترتب "لمعلم" خاص من الحي لكي يأتي إلى البيت ليعلمه القراءة، حيث كانت الأم نفسها لا تعرف القراءة. وقد التقت موظفة الخدمات الاجتماعية التي تزور أسرة ببيش بانتظام مع المعلم لتناقش برنامج التدخل الخاص بالطفل. وقدمت الموظفة النصيحة للأسرة أيضاً حول الغذاء الصحي الرخيص. وأكدت على الحاجة إلى بيئة نظيفة وآمنة، لأن المنزل كان يقع على طريق كثيف الحركة.

ورغم أن أفراد الأسرة لا يزالوا قلقين بشأن مستقبل ببيش، فقد غدوا أكثر ارتياحاً. وأصبح أبوه أكثر اهتماماً بتقدم ببيش. وكونت أمه صداقات مع أمهات أخريات في العيادة، وهو ما جعلها أقل عزلة الآن. وببيش من جانبه يستمتع بزياراته الأسبوعية إلى العيادة بجوها المرح وما بها من لعب كثيرة، ويشبه ببيش الذهاب إلى العيادة بالنزهة!

السياق القومي

تمتد دولة الهند التي تأخذ شكل قلب من سلسلة الهمالايا الشاهقة شمالاً، إلى مياه المحيط الهندي غرباً، وخليج البنغال شرقاً. ومن أقصى الشمال من قمة الهمالايا إلى أقصى الجنوب، ويبلغ طول الشريط الساحلي ٣٢٨٠٥٤٣ كيلومتر (Gandhi, 1980). تضم الهند بين جنباتها كل أنواع المناخ، من المناطق المعتدلة إلى النباتات والحيوانات المدارية. وقد أثرت البيئات الجيولوجية والجغرافية والطبيعية كثيراً على الغذاء والكساء وأسلوب الحياة والثقافات. وينعكس مزاج الشعب في التقاليد المختلفة للفنون الجميلة والموسيقى والرقص والنحت.

توصف الهند بأنها فسيفساء من شعوب متعددة الأصول والثقافات تمتزج معا. وكما قالت إنديرا غاندي فإن "الهند عالم قائم بذاته، فهي شاسعة جداً ومتنوعة لدرجة تصعب الإحاطة بها" (1980, p.7). ولكي يفهم المرء الهند لا بد أن يقبل التعددية في كل من ثقافتها وسياقها. ولا شيء يعكس الهند أفضل من تشكيلة اللغات الموجودة فيها: ٧٢٣ لغة بحوالي ٥٤٤ لهجة (Ramanujan, 1991). ويوجد بها ١٨ لغة إقليمية (Census of India, 1991).

يسمح قانون اللغات الرسمية (١٩٦٣م) باستخدام اللغة الإنجليزية إضافة إلى الهندية، وهي اللغة الوطنية المقبولة. فرغم أن الهند أنجزت استقلالها عام ١٩٤٧م، وبعد مرور ٥٤ سنة على هذا الاستقلال، لا تزال اللغة الإنجليزية هي اللغة التي تربط النخبة المتعلمة في مختلف أرجاء البلاد. ومعاهد التعليم العالي والجامعات تستخدم اللغة الإنجليزية لغة للتعليم. وتؤكد السياسات التعليمية الحالية التي وضعتها الحكومة القومية على تنمية اللغات الإقليمية واستخدام اللغة الهندية.

لقد أثرت الظارما Dharma، وهي النمط الأخلاقي للحياة، كثيراً على الفكر الهندي وكل الأديان الرئيسة بالهند. وقد ورد في تقرير تعداد ١٩٩١م الإحصاءات

التالية: ٨٢٪ هندوس، ١٢،١٢٪ مسلمين، ٢،٣٤٪ مسيحيين، ١،٩٤٪ سيخ، ٠،٧٦٪ بوذيين، ٠،٤٠٪ يانين Jain. وكان التعداد القومي الذي أتمم في فبراير ٢٠٠١ أول تعداد يتضمن الإعاقة. وقدر تقرير التعداد المؤقت أن سكان الهند يزيدون عن مليار نسمة (Census of India, 2001)، منهم ١٠٪ ذوي إعاقات (Status of Disability in India Report, 2000).

والهند هي أكبر دولة ديمقراطية في العالم. لكن للأسف يصل التباين وعدم التكافؤ بين المجموعات الاقتصادية والطبقات، الحضرية والريفية، درجات هائلة ومعقدة. ومع نمو الصناعة في المناطق الحضرية لم يكن ثمة مناص من التدفق الثابت للسكان من المناطق الريفية إليها. ورغم أن شكل ومعتقدات وأساليب حياة الشعب الهندي تغيرت على مدار الألفية الماضية، فلا تزال هناك درجة مذهلة من الاستمرارية في الثقافة الهندية. والتكافل الأسري أحد الموضوعات الرئيسة التي تجاوزت الزمن والمناطق. صحيح أنه في مطلع القرن الحادي والعشرين كانت التغيرات في تركيب وحجم الأسرة جلية، لكن القيم الأسرية المتجذرة الأساسية صمدت أمام اختبار الزمن، وعلى رأسها التماسك الأسري والأسرية Familism (Anandalakshmy, 1998). والسياق الأسري يتحدد عن طريق المجموعة الاجتماعية والمجتمع المحلي، وتكتسب القرابة شرعية باستخدام اللغة. واحترام الكبار في السن هو الجزء الأكثر ثباتاً في التربية داخل الأسر الهندية، وتلك سمة عابرة للحدود الإقليمية والأديان والثقافات بالهند.

ورغم أن المرأة الهندية تحظى بمكانة محترمة منذ الأزمان (باعتبارها نصف أنثى ونصف ذكر يكونان كلاهما كاملاً) وتتمتع بالحرية والمساواة الكاملة، فقد تغيرت مكانتها على مر السنين، حيث تم تنزيلها إلى مكانة ثانوية في المجتمع. فقد أصبح المجتمع ينظر إليها بوصفها بؤرة صون التقاليد وعضو الأسرة الذي يجب أن يتحمل وطأة الصدمة

والمأساة. ورغم أن الهند شهدت تبوء امرأة لمنصب رئيس الوزراء - إنديرا غاندي - ووجود كثير من النساء الهنديات في صدارة ميادين الحياة والعمل المختلفة، لا تزال المرأة الهندية الحديثة تناضل من أجل المساواة.

تتباين ممارسات تربية الأطفال عبر المناطق، لكن ثمة عوامل مشتركة معينة. من ذلك اعتبار مولد طفل للأسرة "هبة من الله" والنظر إلى المرض أو الإعاقة بوصفهما ينتجان أحياناً عن الذنوب السابقة أو عن "عين حاسدة" من غريب أو جار. لذلك يميل أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات إلى توقع حياة حافلة بالضحية، بدلاً من التركيز على التأهيل.

وفي العادة يتوفر في كثير من الأسر أكثر من مقدم رعاية واحد، حيث يوجد وأعمام أو عمات يشتركون في المسؤولية مع أولياء الأمور. وفي تلك التربية لا تفرض قواعد صارمة عادة، وتكون العناية باحتياجات الطفل الأساسية عادة مسئولية الأشقاء أو أبناء العم الأكبر سناً. ومع تغير البنية الأسرية، أخذت الأسر النووية Single-unit Families تظهر، وبدأ الأزواج الحضريون الصغار يتشاركون على نحو متزايد في المسئوليات عن تربية الأطفال.

لكن التقاليد لا تزال تلعب دوراً مهماً في تربية الأطفال (Swaminathan, 1998). ففي مراسم الكانيثور kanethur (بين الكشميريين) أو مراسم التسمية namsanskar/namkaran (في معظم الجماعات الهندوسية) تبدأ الأسرة في بناء هوية للمولود الجديد بإعطاء الطفل اسماً. وتبدأ مراسم أكل الأرز Annaprasan أو Kheer Chatana عندما يبلغ الطفل عمر ستة أشهر، حيث يُعطى الطفل الطعام الصلب لأول مرة. ويكون هذا الحدث عادة مناسبة تحتفل فيها الأسرة بوجود الطفل داخلها، وتشارك الأسرة في هذه البهجة مع أفراد الأسرة والأصدقاء الآخرين. وتلك التقاليد توجد رابطة قوية بين الأسرة والمجتمع المحلي.

نظم الخدمات التعليمية

إن فكرة رعاية الطفولة والالتزام بتعليم الأطفال ليست جديدة في الهند. ويمكن أن نضع يدنا على قصص التفاعل بين الأطفال والبالغين في الخرافات والقصص الدينية والأسطورية التي لا تحصى.

وقد تأثرت فصول ما قبل المدرسة (أو الحضانات كما تسمى عموماً) في الهند الحضرية كثيراً بفلسفة فريدريك فروبل. وكذلك زارت ماريا منتسوري الهند في الثلاثينيات ودشنت عدداً من مراكز منتسوري التعليمية. والحضانات الجيدة القائمة اليوم في الهند نتجت في الأساس عن طريقة منتسوري. فضلاً عن أن دور المعلم كمييسر ومفاهيم الاستكشاف الذاتي والمبادرة الذاتية والتعلم توجد في تعاليم المهاتما غاندي Mahatma Gandhi ورايندرانات تاجور Rabinrdanath Tagore وكريشنامورثي Krishnamurthy، وهم جميعاً مفكرون وفلاسفة أثروا بقوة على النظام التعليمي الهندي. يؤكد نقاد نظام التعليم المبكر الهندي الحالي على تجاهل الوظيفة التربوية للعب كليا. وفي ذلك يقول أناندالاكشمي Anandalakshmy أحد أنصار هذا الرأي أن: "الدعامة الثقافية للكرما^(١) والتجديد الروحي هي أن لكل فعل نتائج خاصة" (1998, p. 282). وفي الغالب لا يكون التركيز على الأنشطة الخاصة بأعمار محددة، وإنما على الطريقة التي سيؤثر بها النشاط على مستقبل الطفل. والطفولة هنا تعتبر وقت لغرس العادات الصحيحة، ولا يعتبر اللعب وسيلة للتعلم. ولذلك لا تحظى "طريقة اللعب" كطريقة تدريسية (أو التعلم من خلال اللعب) القائمة على اعتقاد فروبل بأن اللعب هو الشكل الأعلى لتنمية الذات غالباً بالمصادفة التي تستحقها. يعامل الطفل باعتباره بالغ صغير، ويقاسي أولياء الأمور فترات مؤلمة في تعليم أطفال الرابعة طريقة

(١) الكرما Karma في العقيدة البوذية هي العاقبة الأخلاقية الكاملة لأعمال المرء في طور من أطوار الوجود بوصفها العامل الذي يقرر قدر ذلك المرء [المترجم].

التعامل مع الامتحانات بسبب الخوف من الفشل الذي يسيطر على عقولهم. ويريد أولياء الأمور من أطفالهم أن يتعلموا القراءة والكتابة بأسرع ما يمكن. وينظرون إلى المدرسة باعتبارها مكان جدي للتعلم ، وفي الغالب ينظرون بعين الشك إلى طرق التدريس "القائمة على اللعب" أو غير الشكلية من جانب المعلم.

ويرغب معظم أولياء الأمور في المناطق الحضرية في أن يتعلم أطفالهم في "مدارس متوسطة إنجليزية" ، وهو ما يجعل الأطفال يجاهدون في التعلم بلغة لا يستخدمونها في المنزل. لكن فكرة أن السنوات الأولى حاسمة للتعلم في جو يستحث النمو تشق طريقها ببطء. ولذلك أخذت المدارس والمراكز التعليمية التقدمية تظهر شيئاً فشيئاً. وتلك المدارس والمراكز تعد أمثلة للممارسة الجيدة في المناطق الحضرية والقرى ، لكنها لا تزال تشكل الاستثناء وليس القاعدة.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

ترجع رعاية وتربية الطفولة المبكرة في الهند إلى العقد الأخير من القرن التاسع عشر عندما افتتح مبشر إسكتلندي أول روضة أطفال (Swaminathan, 1998). كان المناخ الاجتماعي السياسي إيجابياً ، وفي فترة ما بعد الاستقلال التي بدأت في خمسينيات القرن العشرين وضعت سياسات تعليمية مختلفة. وهو ما يتضح في القانون الذي يظهر التزام الدولة برعاية وتربية الطفولة المبكرة: السياسة القومية للأطفال (Ministry of Human Resource Development, 1974) والسياسة القومية للتعليم (Ministry of Human Resource Development, 1986) وبرنامج التعليم الابتدائي القومي (Ministry of Human Resource Development, 1993).

ومع ذلك فلم يتحقق الهدف المتمثل في خدمة ٧٠٪ من الأطفال (من الميلاد إلى السادسة) بنهاية عام ٢٠٠٠م. كانت الحكومة الهندية قد دشنت في عام ١٩٧٥م مخططاً ضخماً لتنمية الطفولة المتكاملة ، وهو عبارة عن برنامج شامل للطفولة المبكرة يلبي

الاحتياجات المترابطة للأطفال والمراهقات والنساء من الجماعات المحرومة. وفي مراكز الساحات Aganwadi يقوم ممارسون غير مهنيين Paraprofessionals بخدمة ٢٠-٤٠ طفلاً لعدة ساعات طوال أيام الأسبوع عدا العطلات، فضلاً عن التغذية الإضافية والفحوصات الطبية والأنشطة التربوية. وهذا البرنامج هو الأكبر من نوعه في العالم. ففي عام ١٩٨٧-١٩٨٨م كان يوجد بالهند أكثر من ٨٨٤٠٠ مركزاً بها حوالي ٤,٨ مليون طفل من الميلاد إلى عمر السادسة (Swaminathan, 1998). والهدف الرئيس لهذا البرنامج هو أن يقدم بيئة تعلم صحية لنمو الأطفال، وهو ما يتحقق من خلال تعليم الأمهات حول التغذية والأمور المتعلقة بالصحة (بما في ذلك التطعيمات) بما يمكنهن من العناية بأنفسهن وأطفالهن. وقد نجح البرنامج في عدة ولايات هندية، خاصة ذات المستوى المرتفع في معرفة القراءة والكتابة بين النساء.

ووفقاً للبيانات الحكومية لعام ٢٠٠٠م وصل عدد المستفيدين من البرنامج ٤,٨ مليون أم حاضنة ومتوقعة و٢٢,٩ مليون طفل تحت عمر السادسة (Ministry of Human Resource Development, 2000). ومع ذلك فقد نبه تقرير اليونيسيف إلى أن:

التعليم يعتبر على كل المستويات تحدياً كبيراً في الهند، حيث أن حوالي ٥٠٪ فقط من الأطفال المسجلين في المدارس يكملون السنة الأولى، وذلك جزئياً بسبب استمرار انتشار عمل الأطفال، وفي الغالب تبقى البنات في المنزل للعناية بأشقائهن الأصغر. وتلك الظروف القاسية هي السياق الذي يتحتم على فصول ما قبل المدرسة الهندية أن تعمل فيه. (Kolucki, 1999, p. 10)

الخدمات التعليمية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات

ذكرت الورق في دراستها حول الإعاقة والسياسات في الهند التي تركز على سياسة خطة تنمية الطفولة المتكاملة Integrated Child Development Scheme أنه "رغم

أن خطة تنمية الطفولة المتكاملة تنص على أنها لكل الأطفال ، فإنها في التطبيق لا تتضمن الأطفال المعاقين" (Alur 2000, p. 20). وذلك يكشف عن انفصال بين السياسة والممارسة. ولا يزال تعليم الأطفال ذوي الإعاقات يخضع لإشراف وزارة العدالة الاجتماعية والتمكين ، بينما لا تزال وزارة تنمية الموارد البشرية المسئولة عن السياسة التعليمية تسكت عن تعليم الأطفال ذوي الإعاقات. ومع ذلك فقد أنشأت الحكومة عدداً من المؤسسات المتخصصة على المستوى القومي ومستوى الولايات لتطوير وتحسين التعليم. والمنظمات الكبرى هي المجلس القومي للبحوث التربوية والتدريب والمعهد القومي للتخطيط والإدارة التربوية والمعهد القومي للتعاون العام وتنمية الطفل والمجلس القومي لإعداد المعلمين.

أطلقت الحكومة القومية في عام ١٩٩٤م برنامج التعليم الابتدائي على مستوى المقاطعات District Primary Education الذي كان يركز بشكل خاص على إتاحة التعليم للأطفال ذوي الإعاقات والبنات والأطفال الذين تركوا المدرسة من أجل العمل. وقد كان هذا البرنامج جزءاً من الإطار الأكبر للسياسة الحكومية للتعليم للجميع. ويهدف برنامج التعليم للجميع إلى توفير التعليم الأولي لكل الأطفال (ومنهم الأطفال ذوي الإعاقات) بين عمر السادسة والرابعة عشر، مع المشاركة النشطة من جانب المجتمع المحلي في إدارة المدارس. وتذكر التقارير الحكومية (Rehabilitation Council of India, 2000) أن حوالي ٦٠٠٠٠ طفل معاق سُجِّلوا في مدارس التعليم العام. وإذا وضعنا في الاعتبار أن الهند بها حوالي ٣٠ مليون طفل معاق، فلا بد أن المنظمات غير الحكومية لا تزال تتحمل المسؤولية الرئيسية عن توفير التعليم للأطفال ذوي الإعاقات، لكن نطاق هذه المنظمات ومداها لا يزال محدودين. وتكشف الإحصاءات الحكومية أن ٢٪ فقط من الأشخاص ذوي الإعاقات يحصلون على خدمة من نوع ما (Rehabilitation Council of India, 2000).

وفي عام ١٩٩٢م أنشئ مجلس التأهيل الهندي Rehabilitation Council of India لتنظيم برامج تطوير القوة العاملة في مجال تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. وفي عام ١٩٩٥م أقر قانون الأشخاص ذوي الإعاقات Persons with Disabilities Act (تكافؤ الفرص وحماية الحقوق والمشاركة الكاملة) التعليم المجاني لكل الأطفال ذوي الإعاقات، كما منحهم بيئة تيسر المشاركة الكاملة في المجتمع المحلي. لكن رغم إصدار هذا القانون، لا يزال تنفيذه يشق طريقه بصعوبة.

وقد باشرت الحكومة الهندية تحت مظلة برامجها الصحية القومية عدة مبادرات للوقاية من الإعاقة، تعامل بعضها مع الحاجة إلى توفير الخدمات في مستوى القاعدة لنشر مفهوم الخدمات القائمة على المجتمع المحلي. وقد اشتملت الخطة الخمسية التاسعة (١٩٩٧-٢٠٠٢م) على برنامج قومي قائم على المجتمع المحلي، وأيضاً مفهوم توفير اثنين من موظفي التأهيل متعددي الأغراض لخدمة عدد من القرى (حوالي ٥٠٠٠ شخص). لكن هذا البرنامج لم ينجح إلا في الولايات التي لقي فيها دعماً من المنظمات غير الحكومية المحلية.

تركز برامج التدخل المبكر على الوقاية أكثر منها على التعليم. وهي لا تشكل جزءاً من برنامج رعاية وتربية الطفولة المبكرة الحالي. ولا يزال النموذج الطبي للتدخل يشكل أولوية للأطفال ذوي الإعاقات، خاصة الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة. وتقتصر عيادات التدخل المبكر أو خدمات الأطفال ذوي الإعاقات على عدد محدود من المراكز المتخصصة التي توجد عادة في المدن.

وصف البرنامج

يعد المعهد الهندي للشلل الدماغى Indian Institute of Cerebral Palsy الواقع في كلكتا أحد المراكز المتخصصة الرئيسة بالبلاد التي تركز على الشلل الدماغى. يعكس تاريخ المعهد نجاح الشراكة بين أولياء الأمور والمهنيين والمنظمات الأخرى ذات الصلة.

تأسس المعهد في عام ١٩٧٤م على يد مجموعة من أولياء الأمور وأصدقائهم المتحمسين كانوا يسعون إلى توفير مدرسة لأطفالهم المصابين بالشلل الدماغي. ومنذ ذلك الحين يحظى المعهد باعتراف قومي ودولي كمعهد تدريب متخصص في تعليم وتأهيل الأطفال وبالغين ذوي الشلل الدماغي.

ويقدم المعهد مدى واسع من الخدمات الشاملة: عيادة تدخل مبكر ومدرسة خاصة ومركز تدريب للكبار. ويقوم المعهد على إيمان ضمني بمفهوم التدريب على الشراكة لتحسين وضمان جودة التعليم. ولذلك يدير المعهد دورات تدريبية مجتمعية على مستوى القاعدة وبرامج تعليمية للأسر وأولياء الأمور ودورات تدريبية للمهنيين في مجالات التعليم والطب والعلاج. ويتضح تأثير التدريب الذي يقدمه المعهد في الخدمات المجتمعية الريفية والحضرية التي دشنها في الأجزاء المختلفة من الهند، من الولايات الجبلية النائية في الشمال الشرقي إلى قرى غرب البنغال والمناطق الساحلية في الجنوب.

إن عيادة التدخل المبكر التي يديرها المعهد الهندي للشلل الدماغي نموذجاً فريداً، حيث تقوم فلسفتها الرئيسة على الاعتقاد الجوهري بأن أولياء الأمور أو أفراد الأسرة هم مقدمو الرعاية الأولية وشركاء تدخل لا يقلون في الأهمية عن المتخصصين. وقد أنتج نموذج الشراكة المتساوية علاقات استثنائية بين الأسر والمهنيين.

حدد المعهد الهندي للشلل الدماغي لنفسه خمسة أهداف للتدخل المبكر الأولي. يتمثل الهدف الأول في تحسين نمو الأطفال ذوي الشلل الدماغي (أو المشكلات العصبية - الحركية الممكنة) في كل المجالات البدنية والمعرفية والتواصل ورعاية الذات، وذلك في المقام الأول من خلال اللعب والعلاج الطبيعي والأنشطة الروتينية اليومية، ويتعلق الهدف الثاني بتزويد أولياء الأمور بالمعلومات حول الشلل الدماغي وإدارته، وينص الهدف الثالث للتدخل على تعليم أولياء الأمور حول طرق العمل مع أطفالهم

ذوي الشلل الدماغي ، ويذهب الهدف الرابع إلى تمكين أولياء الأمور بحيث يستطيعون أن يعملوا من أجل حقوق أطفالهم وحقوق الأطفال الآخرين ذوي الإعاقات ، ويركز الهدف الخامس على تشجيع أولياء الأمور على بدء برامج دعم وفقاً لاحتياجاتهم ، بحيث يستطيعوا أن يبدأوا الخدمات ومجموعات وقت الفراغ ومجموعات مساعدة الذات في المجتمع المحلي.

روتين عيادة التدخل المبكر

تتبع عيادة التدخل المبكر التابعة للمعهد الهندي للشلل الدماغي روتيناً محدداً سنعرضه في الأقسام التالية :

التشخيص والإحالة

يقوم الأطباء وموظفو المستشفيات وأولياء الأمور أو المنظمات الأخرى عموماً بإحالة الأطفال إلى العيادة التشخيصية الأسبوعية التي يديرها المعهد الهندي للشلل الدماغي. وإذا تم تشخيص حالة الأطفال على أنهم مصابون بالشلل الدماغي ، فإنهم يحاولون في نفس اليوم إلى عيادة التدخل المبكر التي تخدم الأطفال من الولادة إلى عمر سنتين ، بينما يحال الأطفال الأكبر من سنتين إلى قسم العلاج الخارجي.

وفي عيادة التدخل المبكر يقوم أحد المهنيين من فريق التدخل (أخصائي العلاج الطبيعي أو المرابي الخاص أو موظف الخدمات الاجتماعية) بتسجيل بيانات الطفل. ويتم إطلاع أولياء الأمور بالخدمات التي سيقدمها المعهد لطفلهم ، ويُشجعون على إبداء مخاوفهم والمشكلات التي تواجههم مع الطفل. ومن الطبيعي أن يكون معظم أولياء الأمور قلقين بشأن مستقبل أطفالهم ويريدون "علاجاً لعلتهم".

ويشعر موظفو المعهد بحساسية في شرح حالة الطفل. كما يناقشوا روتين الطفل اليومي للتعرف على حاجات أولياء الأمور الأساسية. ويتحدد لأولياء الأمور زيارات

أسبوعية أو نصف شهرية أو شهرية إلى العيادة وفقاً لجداولهم. ونظراً لقلق معظم أولياء الأمور عادة بشأن نمو الطفل البدني، يشرح لهم الموظفون بعض التمارين في اليوم الأول، وهو ما يجعل أولياء الأمور يغادرون العيادة بخطوة بداية إيجابية على طريق التدخل، ويُشجعون على تنفيذ التمارين من اليوم الأول. كما يُعطون أيضاً مقترحات بسيطة حول إطعام الأطفال.

وفي البنغال يتم إطعام معظم الأطفال وهم في وضع الرقاد، لذلك يشرح لهم الموظفون أهمية إطعامهم وهم في وضع الجلوس. ويطلب من أولياء الأمور أن يحضروا الطعام معهم في الزيارة التالية للعيادة لكي يساعدهم موظفو العيادة في التغلب على مشكلات إطعام الأطفال.

التقييم الفردي

يبدأ التقييم في الزيارة الثانية. وعموماً يأخذ التقييم من جلستين إلى ثلاث. وفي أثناء التقييم يناقش موظفو العيادة مع أولياء أمور الطفل نموه البدني. ويعرض الأطباء للوالدين الأوضاع المختلفة التي يمكن أن يتمرن عليها الطفل في أثناء الأنشطة اليومية مثل الاستحمام والإطعام واللعب. ويشجع الأطباء أولياء الأمور على تعلم كيف ينفذون التمارين لأنهم أفضل معلمين ومعالجين لأطفالهم.

الجلسات الجماعية

توضح الجلسات الجماعية لأولياء الأمور كيف يمكن أن ينفذوا التمارين عبر أنشطة اللعب مثل اللعب بالدمى أو الغناء مع الأطفال أو الأعمال الروتينية اليومية مثل الإطعام والاستحمام وارتداء الملابس، حيث يتم تشجيع أولياء الأمور على تفصيل وتجزئء أعمالهم الروتينية. يبين الجدول رقم (١، ٦) الأسئلة الأساسية.

الجدول رقم (٦،١). الأسئلة التي تناقش من خلالها الأعمال الروتينية اليومية للطفل ومقدم الرعاية الأولية.

الطفل	مقدم الرعاية الأولية
كيف يشارك الطفل؟	ماذا تفعل في أثناء كل نشاط روتيني؟
هل يؤثر الوقت من اليوم على مشاركة الطفل؟	متى تفعل نشاط معين؟ هل هو وقت ملائم من اليوم؟ ما مقدار الوقت المتاح لك؟
هل يؤثر استخدام أشياء معينة (مثل أواني المطبخ أو الدمي أو الملابس) على مشاركة الطفل؟	ما الأشياء التي تستخدمها لأداء نشاط معين (مثلاً في أثناء وقت الوجبات ما هي الأدوات التي تستخدمها)؟
هل يتمتع الطفل بأداء نشاط مع شخص معين في الأسرة أو المجتمع المحلي؟	مع مَنْ تؤدي النشاط؟ هل يساعدك أي فرد من الأسرة (مثل الزوج أو طفل آخر أو فرد من الأسرة الممتدة أو جار)؟
هل يؤثر المكان على مشاركة الطفل؟	أين تنفذ هذه الأنشطة؟ هل في جزء معين من المنزل أو الحديقة (مثلاً هل يوجد مرحاض بالحديقة إذا لم يكن هناك مرحاض بالمنزل)؟
كيف يتجاوب الطفل؟	ماذا تقول وأنت مع طفلك؟ هل تتحدث معه أم تكون مضغوطاً جداً لأن تنهي النشاط؟

تكوين مجموعات الدعم الأسري

يشجع موظفو المعهد أولياء الأمور الذين ينتمون إلى منطقة واحدة من المدينة لكي يأتوا إلى العيادة في نفس اليوم بحيث يلتقوا معاً، على أمل أن يكونوا مجموعات دعم في المستقبل. على أن يسمح لأولياء الأمور بأن يختاروا اليوم الأنسب لهم. تمثل جلسات الاستشارة جزءاً مهماً من برنامج التدخل. وفيها يُشجع أولياء الأمور على إبداء مخاوفهم ومناقشة وجهات نظرهم في جلسات فردية وجماعية. ويقوم موظفو الخدمات الاجتماعية بزيارات منزلية لفهم الاحتياجات الأسرية وتقديم الدعم اللازم للأهالي. وتُعقد جلسات الاستشارة الأسرية حينما يطلبها أولياء الأمور، علماً بأن

الأمهات تحتاج عادة إلى دعم انفعالي كبير لمجابهة القلق الناتج عن إنجاب طفل معاق. ويتم التأكيد على أهمية تفاعلات الأم مع الطفل في مراحل النمو المبكرة وأهمية الارتباط. ويقدم موظفو الخدمات الاجتماعية النصح لأفراد الأسرة حول الاحتياجات المختلفة التي يبدونها، والتي قد تتراوح من التوظيف إلى قضايا التغذية أو الصحة، وأحياناً تتطلب الأسرة توجيهاً محدداً حول تنظيم النسل أو سوء استخدام العقاقير.

الورش التدريبية لأولياء الأمور ومجموعات النقاش

إن الهدف المهم لعيادة التدخل المبكر لا يقتصر على تسريع نمو الطفل من خلال التدخل، وإنما يتعدى ذلك إلى تمكين أولياء الأمور بتزويدهم بالمعلومات والمعرفة. وذلك يحدث من خلال ورش جماعية حول قضايا مختلفة وفقاً لأولويات واحتياجات أولياء الأمور. ويُشجَع أولياء الأمور على إبداء مخاوفهم والاستفسار من المهنيين حول البرنامج. ينفذ هذه الورش عضو كبير بالمعهد الهندي للشلل الدماغي وفريق تدخل وأولياء أمور ذوي خبرة، وفيها يتبادلون المعلومات والخبرات الأساسية مع أولياء الأمور بأمانة وبساطة. وتغطي المناقشات الجماعية المركزة من هذا النوع تشكيلة واسعة من القضايا: من الصحة والتغذية إلى الاستشارة الوراثية وممارسات تربية الأطفال. كما تناقش تحيزات المجتمع والخرافات وطرق الاستفادة من الدعم المجتمعي. ويقدم لأولياء الأمور أيضاً معلومات حول التسهيلات الحكومية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقات ويُشجعون على ممارسة حقوقهم.

مواد التدريس والتعلم

تحتاج الأسر غير المتعلمة إلى معلومات مكتوبة ليقرأها لهم شخص من الحي. ولعل ذلك يعد طريقة مثالية وطبيعية لإشراك أشخاص من المجتمع المحلي. وفي الغالب يستخدم البرنامج دفتر تمارين عادي لتسجيل التمارين والنصائح التي تقدم في العيادة باستخدام الصور. كما تقدم المعلومات المكتوبة لأولياء الأمور أيضاً في شكل كتيبات

بسيطة بثلاث لغات (الهندية والبنغالية والإنجليزية). وتلك الكتيبات المزودة بالصور يمكن حتى لأولياء الأمور ذوي المستوى المنخفض في القراءة والكتابة أن يستخدموها. ومن أمثلة ذلك أن أحد كتيبات التمارين يحتوي على رسوم تشرح تمارين الجلوس والوقوف. ومن عناوين الكتيبات الأخرى "أنت وطفلك"، "تقييم الطفل"، "اللعب"، "إطعام الطفل".

الوصول إلى "المخرومين" في المناطق الريفية

تتكون ولاية البنغال الغربي من ١٧ مقاطعة، ويدير المعهد الهندي للشلل الدماغية شبكة من الشركاء في كل منها. اجتاز هؤلاء الشركاء سلسلة من الدورات التدريبية لمساعدتهم على بدء الخدمات في قراهم. وقد أطلقوا بعض برامج التدخل المبكر أيضاً. ويعتبر استخدام الموارد المجتمعية جزءاً متمماً وأساسياً من التدخل في المجتمعات النائية. لذلك يقدم المعهد حلقات توعية وتدريباً أساسياً للموظفين من مراكز الصحة الأولية ومراكز الساحات والمنظمات غير الحكومية الأخرى. وقد جاءت الاستجابة مشجعة في بعض المناطق، حيث توافد بعض المديرين إلى المعهد لحضور برامج تدريبية قصيرة في الإدارة الأساسية للشلل الدماغية. وحالياً ينسق المعهد الهندي للشلل الدماغية وشركاؤه لدمج الإعاقة في الخدمات المجتمعية الموجودة، وهو من التحديات الرئيسة للعمل المجتمعي.

السمة الأساسية لبرنامج التدخل

تتمثل الخاصية الأساسية لبرنامج التدخل الذي يقدمه المعهد الهندي للشلل الدماغية في الاعتراف بأدوار ومسئوليات كل المشاركين في عملية التدخل: الطفل والأسرة وموظفي العيادة. بل إن برنامج التدخل المبكر لا ينجح إلا بتشجيع أولياء الأمور على تعزيز تعلم ونمو طفلهم وتعليمهم أين وكيف يحدث هذا التعلم على أفضل صورة. والإستراتيجيات المستخدمة لتنفيذ البرنامج عملية وملائمة. كما تراعى

بيئة الأسرة ووقتها وقيودها المالية دائماً قبل اقتراح البرنامج. والعمل حول الروتين الأسري هو الإستراتيجية الأولى لتقديم التدخل.

يبدأ موظفو المعهد التدخل بتحديد الاحتياجات الفورية والحالية للأسرة والطفل، بما في ذلك الاحتياجات الاقتصادية والمعيشية للأسرة. كما يحددون أيضاً تكوين الأسرة ومستواها ومواردها الاقتصادية ومستوى تعليم الوالدين وحالتهم الوظيفية. وينتبه موظفو المعهد أيضاً إلى ممارسات تربية الأطفال بالأسرة ومدى توفر الوقت والمعرفة والاتجاه نحو الإعاقة، وكذلك تكوين المجتمع المحلي الذي تعيش فيه الأسرة، بما في ذلك الاتجاهات والمعرفة وتصور الإعاقة والمعتقدات والممارسات. ومن المهم أيضاً الاستيضاح حول موارد المجتمع المحلي، مثل خدمات النقل والتعليم والصحة للأطفال ذوي الإعاقات. وبناء على هذه المعلومات يقدم فريق التدخل المساعدة للأسرة ويحددون أولوياتها. ويناقش موظفو المعهد مع أولياء الأمور القيود الأسرية والبيئية ونظم الدعم، ويشجعون الأخيرين على اختيار أهداف لأطفالهم قابلة للإنجاز. ويجب على فريق التدخل أن يحدد بحساسية وحذر مقدم الرعاية الأساسي (الأم أو الجدة عادة) وأن يبنوا على جوانب القوة لدى ذلك الشخص واستعداده للتعلم. وإضافة إلى تلبية احتياجات الطفل الفورية، لا بد أن يكون البرنامج المقترح عملياً من حيث قيود الوقت الخاصة بمقدم الرعاية وروتين الأسرة. ولا بد أن يُترك لمقدم الرعاية الاختيار الأولي للسياق الروتيني للتدخل.

يُنَفَّذ برنامج للإدارة البدنية Physical Management خلال الروتين اليومي عن طريق وضع الطفل في أنشطة تسهل الأوضاع الطبيعية. والاعتبار الأساسي هو توفير وضع أو جلسة جيدة تعطي للطفل الدعم الكافي لأداء الأنشطة. ويسمح الدعم الجيد في أثناء أنشطة منظمة مثل الأكل أو الشرب للطفل بأن يركز على النشاط فقط، وليس الحفاظ على توازنه أيضاً. وتقدم أنشطة اللعب فرصاً لتعزيز البرنامج البدني، حيث

يمكن ممارسة التوازن والحركة. كما يتم تدريس مهارات التعلم المبكر أيضاً من خلال أنشطة الطفل الروتينية اليومية. تضرب الحكاية التالية المثل على فعالية استخدام البيشة والأعمال الروتينية الأسرية لتنفيذ برنامج التدخل.

حكاية برياً

بريا Priya بنت في الثالثة من العمر مصابة بمرض الشلل الالتهوائي Athetosis. ونظراً لأن برياً لا تستطيع أن تحفظ توازنها في أثناء الجلوس، أعد لها الأطباء مقعداً أرضياً يمكنها من الانضمام إلى أسرتها عندما يجلسون على الأرض للأكل. وحيث إن برياً لا تتوفر لها مدرسة منتظمة، شرح موظفو المعهد لأمها كيف يمكنها أن تساعد برياً في التعلم بمجرد التحدث إليها في أثناء وقت الوجبات (مثل الإشارة إلى الأطعمة وأدوات المائدة وتسميتها). وقد تجاوبت برياً بطريقة مشجعة لدرجة أن أمها بدأت تعلمها أشياء مختلفة في أثناء الأنشطة الروتينية. على سبيل المثال استخدمت الأم أجزاء الطعام لتقديم مفاهيم "أكثر" و"أقل" و"كبير" و"صغير". وكما هو معتاد في الأسر البنغالية، تقدم وجبة الأب في طبق كبير، وقد تعلمت برياً أن بابا يأخذ طبق أرز "أكبر" من طبقها، وأنها تأكل "أقل" من أبيها، وأن طبق أبيها "كبير" و"صغير". وفي كل مرة تعد والدة برياً المائدة تطلب من الطفلة أن تعطي الطبق الأكبر "لبابا"، ودائماً تنجح برياً في اختيار الطبق الصحيح الواحد!

وعندما تأتي أمها بالخضراوات والفاكهة من السوق، تجمد برياً متعة في إخراجها من حقيبة التسوق ووضعها في السلة. ومن خلال هذا النشاط تعلمت برياً أن تتعرف على الخضراوات والفاكهة وتسميها. وتعلمت أيضاً أشكال الخضراوات والفاكهة (الفاصوليا رفيعة وطويلة) وألوانها (البطاطس بنية). وإضافة إلى ذلك تعلمت برياً أيضاً المفاهيم من خلال اللمس: فهي تستطيع أن تسحق حبة طماط وليس حبة قرع، ولا بد أن تمضغ القصب الصلب بينما يمكن أن تتبلع قطعة الجيلي. وعلاوة على ذلك تعلمت

أمها أن توفر لها فرصاً للتواصل بأن توجه البنت لأن تطلب الأشياء التي تريدها. وبدأت برىا تقرر الأشياء التي تريد أن تأكلها وتبدي آرائها في الطعام الذي أكلته. وتعلمت كلمات جديدة مثل "لطيف" و "ساخن" ، يمكن فيما بعد تعميمها إلى سياقات ومحدثات أخرى. وقد أسهمت فرص التفاعلات الطبيعية من هذا النوع في تحسين نوعية حياة الأسرة وزيادة القرب الاجتماعي بين برىا والديها. فقد استطاعت برىا أن تشارك بشكل نشط في الروتين الأسري اليومي ، وتمارس بعض السيطرة على حياتها.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

بإيجاز يجب أن يبدأ المرء بتحديد الاحتياجات الفورية والحالية للأسرة والطفل ، ومنها احتياجات الأسرة الاقتصادية والمعيشية وتكوينها (أفراد الأسرة) ومستواها ومواردها الاقتصادية وحالة توظيف الوالدين ومستوى تعليمهما. ولا بد أن ننتبه إلى ممارسات تربية الأطفال ومدى توفر الوقت والمعرفة والاتجاه نحو الإعاقة ، وكذلك تركيب المجتمع المحلي من حيث معتقداته وممارساته واتجاهه نحو الإعاقة ومعرفته وتصوره لها. كما يجب تحديد الموارد المتوفرة في المجتمع المحلي ، من حيث وسائل النقل والخدمات التعليمية والصحية والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات (العيادات الصحية وعيادات توجيه الأطفال والتسهيلات التشخيصية والعلاجية والمدارس الخاصة ومنظمات الخدمة الاجتماعية ومراكز الساحات). وتأسيساً على هذه المعلومات يساعد فريق التدخل الأسرة في ترتيب احتياجاتها من حيث الأولوية. وتناقش القيود الأسرية والبيئية ونظم الدعم ، ويُشجَع أولياء الأمور على اختيار أهداف لأطفالهم قابلة للإنجاز. ويجب أن يقوم فريق التدخل بحساسية وحذر بتحديد مقدم الرعاية الأساسي ، الذي عادة ما يكون الأم أو الجدة ، والبناء على نقاط القوة عند هذا الشخص واستعداده للتعلم. وقبل اقتراح البرنامج يجب فحص القيود المفروضة على مقدم الرعاية من حيث الوقت والروتين الأسري. وينبغي ترك الاختيار الأولي لروتين تنفيذ برنامج التدخل لمقدم الرعاية ، على أن يراعى أن يكون

البرنامج سهلاً في اتباعه في المنزل ويلبي احتياجات الطفل الفورية. وثمة خطوات يمكن اتباعها لتخطيط برنامج التدخل باستخدام الروتين اليومي :

١- اختر روتيناً يُنفَّذ يومياً.

٢- حلل الروتين بأن تحدد ما يفعله الطفل في أثناء النشاط الروتيني المختار، وذلك بسؤال الأسرة و/أو مقدم الرعاية أو ملاحظة الأسرة أثناء الروتين وتسجيل ما يحدث وما يفعله كل شخص في أثناء الروتين والانتباه إلى القيود المفروضة على مقدم الرعاية من حيث الوقت.

٣- حدد المهارات التي يحتاج الطفل إلى أن يتعلمها في النشاط.

٤- انتبه إلى مهارات الطفل الحالية في المشاركة في النشاط.

٥- حدد ما يحتاج الطفل إلى أن يتعلمه الآن (الهدف الفوري).

٦- ضع خطة للمهارات التي يمكن للطفل أن يتعلمها على مدى فترة زمنية (الأهداف طويلة المدى).

٧- حدد الأشياء التي يحبها الطفل والأشياء التي يكرهها (تقييم المكافآت).

٨- حدد ما إذا كان أفراد آخرون في الأسرة أو المجتمع المحلي يبدون اهتماماً

بمساعدة الطفل ومقدم الرعاية الأساسي في تنفيذ البرنامج (فريق التدخل المجتمعي).

٩- حدد خطوات محددة لتدريس الهدف الحالي. وتلك الخطوات يجب أن تكون

بسيطة وصغيرة بحيث يستطيع مقدم الرعاية أن يتابع البرنامج في البداية من خلال التوجيه المهني وبعد ذلك باستقلالية. ورحب دائماً بمقترحات الأسرة.

١٠- ضع خطة للإستراتيجيات المحددة التي ستستخدمها لتدريس الهدف. وهذه

الإستراتيجيات ستعتمد على خصائص الأسرة (مواردها وقيودها من حيث الوقت

وحالتها الاقتصادية/التعليمية والأعمال الروتينية وتصورات الإعاقة والمعرفة حولها)

وخصائص الطفل (القدرة المعرفية والقدرة البدنية والنشاط/الروتين اليومي المختار).

١١- دُرْس إستراتيجيات التيسير لمقدم الرعاية.

١٢- اعرض إستراتيجيات التدريس أثناء الروتين ، وشجع مقدم الرعاية دائماً عندما تتحقق نجاحات صغيرة وكافئ الطفل على إنجازاته.

خاتمة

إن التحدي الأساسي أمام الممارسين هو أن يقترحوا برامج تدخل عملية تلبية احتياجات الطفل والأسرة. لقد لاحظ جولديبارت ومخرجي (Goldbart and Mukherjee, 1999) في دراستهما لانخراط ومشاركة أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات الذين يحضرون في إحدى عيادات التدخل في كلكتا أن أدوار ومسئوليات الأمهات تختلف وفقاً لنوع التكوين الأسري. ولاحظوا أيضاً أن أولياء الأمور يعتقدون أن التدريس يمكن أن يؤثر على نمو وتقدم أطفالهم ، ولذلك يجب أن يكون الممارسون حساسين لممارسات وقيود الأسر الفردية. إن إشراك الأسرة في عملية التدخل أساسي لنجاح أي برنامج تدخل. ولذلك يحتاج أولياء الأمور إلى أن يفهموا أن كل الأطفال ذوي الإعاقات يمكن أن يتعلموا وأن أفضل بيئة تعلم هي المنزل لأنه يمثل مكان للمشاركة والتعلم. ويمكن للأمهات ، وخاصة الجدات ، اللاتي يمتلكن المهارات الوالدية أن يعملن كمعلمات أوليات. ورغم أهمية توفر منزل نظيف وصحي ، فإن بيئة التعلم المحفزة لا تعتمد على الأشياء الغالية. فالمنزل نفسه يمكن أن يكون بيئة إثرائية.

إن الخصائص الرئيسة لبرنامج التدخل المبكر الذي يقدمه المعهد الهندي للمشلل الدماغية ترتبط بالمنزل ، حيث يستخدم الروتين والبيئة الأسرية لخلق بيئة للتعلم والتدخل. ويجب أن يكون البرنامج حساساً لاحتياجات الأسرة. والبرنامج يستخدم نموذج الفريق ، حيث يعطي لأولياء الأمور مشاركة مساوية في برنامج التدخل من خلال التشارك في الأدوار والمسؤوليات. ويعترف البرنامج بجوانب القوة لدى أولياء

الأمر ويحاول أن يحسن نوعية حياة الأسرة. ومن الطرق الممكنة للقيام بذلك مساعدة أولياء الأمور في خلق مجموعات دعم داخل وخارج الأسر. إن من الصعوبة بمكان أن نحيط عبر الكلمات بالتنوع غير المحدود للهند. وقد عرض هذا الفصل تجربة هندية واحدة. ولا يزعم المؤلفون أن ممارسات التدخل المبكر المقدمة في هذا الفصل ممثلة للهند. لكنها مع ذلك تكشف عن الإيمان بالشعب الهندي وأولياء الأمور والأطفال عبر كل المناطق والثقافات والأديان. فأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات عندما تتاح لهم الفرصة والمعرفة سيكونوا بالتأكيد عوامل مساعدة ومحفزة في عملية التنمية الهائلة في الهند.

المراجع

References

- Alur, M. (2000, October). *Exclusion of children with disabilities in India: A policy perspective*. Paper presented at the 6th International Conference for Children, Edmonton, Alberta, Canada.
- Anandalakshmy, S. (1998). The cultural context. In M. Swaminathan (Ed.), *The first five years: A critical perspective on early childhood care and education in India* (pp. 272-284). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Census of India. (1991). *India at a glance*. New Delhi, India: Ministry of Home Affairs, Office of the Registrar General and Census Commissioner.
- Census of India. (2001). *Provisional population totals: Census of India*. New Delhi, India: Ministry of Home Affairs, Office of the Registrar General and Census Commissioner.
- Gandhi, I. (1980). *Eternal India*. New Delhi, India: B.I. Publications.
- Goldbart, J., & Mukherjee, S. (1999). The appropriateness of Western models of parent involvement in Calcutta, India. Part 2: Implications of family roles and responsibilities. *Child: Care, Health and Development*, 25(5), 335-347.
- Kolucki, B. (1999). Overview: Early childhood and disability. *Disability World*, 1, 1-14.
- Ministry of Human Resource Development. (1974). *National Policy for Children*. New Delhi, India: Author.
- Ministry of Human Resource Development. (1986). *National Policy on Education*. New Delhi, India: Author.
- Ministry of Human Resource Development. (1993). *National Primary Education Programme (Education for all: The Indian scenario)*. New Delhi, India: Author.

- Ministry of Human Resource Development. (2000). *Education for all. The year 2000 assessment report*. New Delhi, India: Author.
- Ramanujan, A.K. (1991). *Folktales from India*. New Delhi, India: Penguin Books India.
- Status of disability in India: 2000*. New Delhi, India: Rehabilitation Council of India, Ministry of Social Justice and Empowerment.
- Swaminathan, M. (1998). Learning from experience: An overview of the Suraksha studies. In M. Swaminathan (Ed.), *The first five years: A critical perspective on early childhood care and education in India* (pp. 272-284). New Delhi, India: Sage Publications.

الحق في بداية جيدة ومشجعة في الحياة (البرازيل)

The Right to a Good and Supportive Start in Life (Brazil)

غارين لومبكين H. Garren Lumpkin

ماريا ساليث فابيو أراڤا Maria Salete Fabio Aranha

منذ أوائل التسعينيات تنفذ الحكومات والمؤسسات الرئيسة والمنظمات غير الحكومية وكيانات المجتمع المدني والوكالات الدولية في منطقة أمريكا اللاتينية والكاربي إستراتيجيات لضمان حقوق الأطفال والمراهقين في البقاء والنمو والمشاركة في المجتمع، فضلا عن حمايتهم. وقد جاء التقدم المشترك في هذا المجال استجابة مباشرة لجهود الدول الفردية لتحقيق أهداف القمة العالمية للأطفال والتعليم للجميع. وقد تم التأكيد بدرجة كبيرة على الأطفال تحت عمر السادسة. وفي الجلسة الخاصة حول الأطفال بالجمعية العامة للأمم المتحدة في مايو ٢٠٠٢م التي جمعت قادة العالم والمؤسسات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني والمؤسسات الإعلامية والوكالات الدولية والشباب جدد الحاضرون تأكيد التزامهم بخلق عالم يسع الأطفال، عالم^(١):

يستطيع فيه كل البنات والأولاد أن يستمتعوا بالطفولة باعتبارها وقت للعب والتعلم، ويحظون فيه بالحب والاحترام والرعاية، وتحظى فيه حقوقهم وتضان دون

(١) إن النتائج والتفسيرات والاستنتاجات الواردة في هذا الفصل تخص المؤلفين ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر اليونيسيف أو جامعة ولاية ساو باولو بالبرازيل.

تميز من أي نوع، وتعطى الأولوية لأمنهم وسعادتهم، ويستطيعون فيه أن ينمووا بعافية وسلام وكرامة. (United Nations, 2002, p. 6)

وتستهدف خطة العمل الدولية الوصول إلى ضمان "عالم صديق للطفل"

: Child-friendly World

أن يتيسر لكل الأطفال أفضل بداية ممكنة في الحياة وأن يتوفر لهم تعليم أساسي جيد، بما في ذلك التعليم الابتدائي الإلزامي والمجاني للجميع، تعليم تتوفر فيه لكل الأطفال، بما في ذلك المراهقين، فرصة كافية لتنمية قدراتهم الفردية في بيئة آمنة وداعمة. (United Nations, 2002, p. 8)

لقد حدث تحسن ملحوظ في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبية. لكن لم تظهر كل الدول الالتزام السياسي والمالي الضروري نحو السياسات والبرامج التي تربط التدخلات المحددة طوال دورة الحياة، خاصة تلك التي تركز على السنوات الأولى من الحياة وتلبي احتياجات الأطفال المعرضين لخطر و/أو ذوي الإعاقات. علاوة على أن الوحدة الأسرية لم تُراعى أو تُدعم، رغم اتفاق الجميع على أن أفراد الأسرة ومقدمي الرعاية الآخرين يلعبون دوراً أساسياً في ضمان بقاء الطفل وتعزيز نموه والمساعدة في الحماية المناسبة والموجهة ضد مواقف الخطر.

حكاية ماريان^(٢)

قمت بصحبة أحد مساعدي نمو الأطفال الصغار وأحد مساعدي رعاية الطفولة بزيارة منزلية إلى الحي الفقير القريب من مركز رعاية الطفولة. كان هدفنا هو أن نقوم بتسجيل الأطفال المستحقين أو المسجلين في منطقتنا. وفي كوخ يصعب الوصول إليه اكتشفنا طفلة مشدودة إلى عربة أطفال.

(٢) الخبرات التي تصفها هذه القصة مستمدة من مقابلة مع مدير أحد مراكز رعاية الطفولة، وهو شخص يشارك بهمة في إعداد تجارب استطلاعية لدمج الأطفال ذوي الإعاقات في مراكز نمو الطفل المحلية.

أدركنا أن البنت التي تدعى ماريا لديها نوع من الإعاقة وتأكدنا من أنها لم تكن مسجلة في منطقتنا. وعندما سألتنا أم ماريا إذا ما كانت قد بحثت عن نوع من خدمات رعاية الطفولة، وجاء ردها بالنفي، وبرت ذلك باعتقادها بأن هذه المراكز لا تقبل الأطفال ذوي الإعاقات. فشرحنها لها حقوقها وطلبنا منها أن تزور المركز.

انتظرنا ماريا وأمها بلهفة، وفعلاً جاءت بها الأم بعد أسبوع. كانت الأم تخشى من أن يُطلب منها أن تترك ابنتها بالمركز ولم تكن متأكدة مما سيتخذ معهما من إجراءات، لذلك رتب الفريق لها مقابلة مع الموظفين المهنيين. أظهرت الأم حماسة أكبر، ونصحوها بأن تذهب إلى طبيب ماريا ليكمل لها استمارة صحية بعد فحص الطفلة.

تعرف والدة ماريا أن ابنتها عندها إعاقات حركية ونوبات. وقد كانت ماريا تتلقى متابعة وعلاجاً عصبيين للنوبات.

جاء "اليوم الكبير" الذي ستحضر فيه ماريا برنامج رعاية الطفولة. ورغم أننا تلقينا تدريباً على الدمج، فإننا لم نكن نعرف الإجراءات التي يجب أن نستخدمها على وجه التحديد. لذلك طلبنا من المعالجين المهنيين Occupational Therapists وأم ماريا أن يحضروا. في البداية كانت ماريا منفعة جداً، حيث أخذت تزحف وتمسك بالأطفال الذين أبدوا خوفاً من هذه الطفلة "المختلفة". وفي وقت الطعام وبالاتفاق مع الأم كان مساعد الأطفال الصغار يمسك برأس ماريا لوضع الطعام في فمها. ولم تكن الطفلة تستطيع أن تأكل إلا في هذا الوضع وبهذه الطريقة. وكانت الفترة الباقية كارثة حقيقية، حيث لم تكن ماريا تنام وظلت تضرب على الباب وتصرخ، وهو ما كان يوقظ الأطفال الآخرين.

ونحن جميعاً في مركز الرعاية النهارية سعداء الآن ونحن نراها تتقدم. فماريا الآن تأكل الكعك والحلوى. صحيح أن الطعام لا يزال يوضع في فمها، لكن لم يعد من الضروري مسك رأسها. ولعل الشيء المفاجئ أكثر من ذلك أنها أصبحت تجلس على المنضدة في أثناء وقت تناول الطعام. تنام ماريا في الفترة الباقية على امتداد وقت النشاط، حيث تشارك بالسرعة التي تناسبها. وفي أثناء الفترة الحرة تلعب مع الأطفال الآخرين. وهدفنا هو أن نقدم خبرات محفزة إضافية تأخذ بيدها إلى الاستقلالية.

إنها ليست "مختلفة كثيراً" (عن الآخرين)، ونحن نتعلم منها الكثير مثل إرادتها وجهودها لكي تمشي وتعبّر عن نفسها دون كلمات، إضافة إلى سعادتها بالحياة. (بتصرف من:

يهدف هذا الفصل إلى أن يصف بعض تجارب التدخل المبكر الناشئة للإعاقات في مرحلة الطفولة في البرازيل، وهي تجارب تتعهد قيم وأهداف المتدييات الدولية سابقة الذكر. والمداخل والإستراتيجيات المتضمنة تمثل جزءاً من عملية بناء عالمية وإبداعية تحدث حالياً في إطار تحالف موسع يتضمن الكثير من الشركاء من الحكومة والمجتمع المدني ومستويات جغرافية مختلفة للتدخل (بمعنى التدخلات على مستويات مختلفة بلدية ومحلية وإقليمية وقومية).

السياق القومي

البرازيل جمهورية فيدرالية، تحتل الترتيب الخامس بين دول العالم من حيث المساحة بمساحة قدرها ٨٥١١٩٧٠ كيلو متر مربع (٣٢٨٦٤٧٢ ميل مربع)، وهو ما يشكل ٤٧,٧٪ من أرض أمريكا الجنوبية و٢٠,٨٪ من أرض الأمريكتين. تتكون البرازيل من ثلاث مناطق جغرافية رئيسة. والمنطقة الأكثر شهرة عالمياً هي حوض الأمازون في الشمال الذي يغطي أكثر من نصف البلاد، ويحتوي على أكبر غابة استوائية مطيرة في العالم وثاني أطول نهر في العالم: الأمازون. والمنطقة الثانية هي المنطقة الشمالية الشرقية التي تضم السهل الساحلي والهضاب الداخلية والريف الجبلي، وهي أفقر منطقة في البلاد. والمنطقة الثالثة هي المنطقة الجنوبية الشرقية التي تتكون من الهضاب، وتغطي ربع البلاد تقريباً، وهي الأكثر فسي النمو الاقتصادي والكثافة السكانية. ووفقاً لنتائج التعداد القومي الأولية لعام ٢٠٠٠م يقدر عدد سكان البرازيل بأكثر من ١٧٠ مليون نسمة. ومع نهاية القرن العشرين كانت البرازيل تشهد عملية توسع حضري سريعة، حيث أوضحت بيانات تعداد ١٩٩٩م الذي قدر السكان بـ ١٦٣ مليون أن ٧٨٪ من البرازيليين يعيشون في مناطق حضرية. والبرازيل تتميز بتنوعها العرقي: ٨٧ مليون من البيض، ٦٤ مليون من أعراق مختلطة، ٨,٦ مليون أسود، ٧٤٢٠٠٠ من أصول آسيوية، ٢٦١٠٠٠ من السكان

الأصليين. كما تتميز البرازيل أيضاً بالتنوع الثقافي. وتسر البلاد حالياً بفترة من التحول الديموغرافي بسبب تناقص معدل الخصوبة الذي تراجع من ٥,٢ طفل لكل امرأة في عام ١٩٨٠م إلى ٢,٤ في عام ١٩٩٩م. وقد بلغ عدد الأطفال والمراهقين تحت سن الثامنة عشر ٦٠,٤ مليوناً أو ٣٧٪ من إجمالي السكان (Institute Brasileiro de Geografia e Estatistica, 1997).

ومن حيث الخصائص الاقتصادية يعتبر ٧٧ مليون برازيلي نشطون اقتصادياً، منهم ٣١ مليون امرأة أو ٤٠٪ من السكان، وحوالي ٢,٩ مليون طفل عامل بين الخامسة والرابعة عشر (Institute Brasileiro de Geografia e Estatistica, 1997). ويبلغ الناتج القومي الإجمالي للبرازيل ٥٥٧ مليار دولار أمريكي، وهو أكبر اقتصاد في أمريكا اللاتينية والتاسع على العالم بمعدل سنوي لدخل الفرد يبلغ ٣٤٠١ دولاراً (Brazil Ministry of Education, 2001b) يختلف هذا الرقم بين مصادر المعلومات المختلفة).

ورغم أهمية البرازيل من حيث التأثير الاقتصادي، لا تزال التباينات وأشكال اللامساواة الاجتماعية والاقتصادية القائمة تثير القلق. فوفقاً لتقرير التنمية الإنسانية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (١٩٩٩م) تحتل البرازيل المرتبة الأولى عالمياً في عدم تكافؤ الدخل. ففي عام ١٩٩٨م كان أغنى ١٠٪ من البرازيليين يستحوذون على ٤٨٪ من كل الدخل الشخصي في البلاد، بينما كان أفقر ٤٠٪ يحصلون على ٧٪ فقط. وهذا يعني أن متوسط دخل الأغنياء أكبر ٢٠ ضعفاً من دخل الفقراء، وذلك في مقابل ١٠ أضعاف في معظم دول أمريكا اللاتينية و٤ أضعاف في الدول الأوروبية الصناعية.

ورغم وجود الفقر في كل المدن، فإنه يبرز أكثر في المنطقة الشمالية الشرقية. فمن بين ٢٠ مليون طفل فقير تحت عمر السابعة عشر، يعيش أكثر من نصفهم (٥٣,٤٪)

في المنطقة الشمالية الشرقية، يليها المنطقة الجنوبية الشرقية (٢١,٨٪)، ثم الجنوب (٩,٧٪)، ثم الشمال (٦,٠٪)، ثم الغرب الأوسط (٦,٢٪). والفقر يؤثر على بعض المجموعات أكثر من غيرها. ومع أن المستويات التعليمية للنساء عموماً أعلى من الرجال، فإن دخلهن أقل من الرجال بنسبة ٣٠٪-٤٠٪ في نفس نوع العمل. ويطول الفقر في الغالب غير البيض ومن يعيشون في المناطق الريفية، حيث لا تغطي المجموعتان بتعليم جيد، وهو ما يؤدي إلى انخفاض مستوياتهم التعليمية. وكما أوضحنا في موضع سابق فإن ملايين من الأطفال والمراهقين يعيشون أيضاً في أسر فقيرة، وهو ما يعني في الغالب أنهم محرومون من حقوقهم في الصحة والتعليم والاستجمام، بل وحتى الاسم، حيث كانت الأسر ولا تزال في بعض الأحيان لا تتحمل تكاليف تسجيل أطفالها عند الولادة، ومن لا يستطيعون أن يتحملوا تلك التكاليف يكون أطفالهم غير موجودين رسمياً.

تؤسس البرازيل منذ ١٩٨٨م عملية ديمقراطية متنامية. وقد تغيرت البنية السياسية السابقة بالكامل. فبعد ٢١ سنة من الحكم العسكري، أقر دستور ١٩٨٨م. دشّن الدستور الجديد عملية لا مركزة سريعة، حيث أعطى مزيداً من الاستقلالية السياسية والإدارية والمالية والتشريعية للبلديات. وتضم البرازيل أكثر من ٥٥٠٠ بلدية، منها ٤٠٧٧ بلدية بها أقل من ٢٠٠٠٠ شخص.

تتضمن عملية اللامركزية decentralization ومشاركة المجتمع المحلي الواردة في الدستور سلسلة من المشكلات والتحديات، من أخطرها:

- مشاركة المجتمع المحلي ليست تقليداً شائعاً في كل مناطق البرازيل.
- أدوار وسلطات السلطة التنفيذية بين المجالس والبلديات غير محددة جيداً.
- لا تزال الإدارات المحلية تواجه نقصاً في القدرة الفنية والإدارية.
- لا تزال السيطرة الاجتماعية على الموارد المالية محدودة.
- لا تزال مشاركة الكيانات المحلية والمنظمات غير الحكومية غير كافية.

لكن التحديات القائمة تجرد في الغالب معادلاً لها في الفرص الكبيرة والنجاحات الناشئة التي تبرز المشاركة والملكية المحلية المتزايدة لبلوغ حقوق الأطفال. وثمة مجاز أطول لهذا الفصل يوجد في المادة ٢٢٧ من الدستور البرازيلي القومي لعام ١٩٨٨م التي تعكس رؤية جديدة تتبلور في البرازيل مؤداها أن الحقوق مهمة وأن الأطفال يجب أن يكونوا أولوية لضمان مستقبل البلاد. تنص المادة ٢٢٧ من الدستور على ما يلي:

تقع المسؤولية على الأسرة والمجتمع والولايات لضمان أن يتمتع الأطفال والمراهقين بأولوية مطلقة في الحقوق في الحياة والصحة والغذاء والتعليم والاستجمام والتدريب والثقافة والكرامة والاحترام والحرية والأسرة والمجتمع المحلي، وضمان صيانة هذه الحقوق بطريقة تخلو من أي إهمال أو تمييز أو استغلال أو عنف أو وحشية أو قهر.

لقد مهدت هذه المادة، إلى جانب التصديق على اتفاقية حقوق الطفل، الطريق لإصدار قانون الطفل والمراهق الذي يقوم على مبدأ "الحماية الشاملة". ومع نشر هذا القانون في يوليو ١٩٩٠م (Brasil, 1990a) والتصديق في سبتمبر ١٩٩٠م على قانون التعليم الإلزامي (Brasil, 1990b) بدأ أن البرازيل دخلت عهداً يتاح فيه للأطفال والمراهقين "الحق في التمتع بحقوقهم".

الشعب والثقافة

اللغة البرتغالية هي اللغة الرسمية للبرازيل، ويتحدثها كل الشعب تقريباً. وقد كان النفوذ الأسباني السابق في المنطقة محدوداً جداً في البرازيل. فقد أعلن المستكشف البرتغالي بيدرو ألفاريز كابرال تبعية البرازيل للبرتغال في عام ١٥٠٠م. وبينما احتلت أسبانيا غرب أمريكا الجنوبية، بدأ البرتغاليون في تطوير مستعمراتهم التي كانت أكبر ٩٠ مرة من البرتغال. ولكي يقوموا بذلك استعبدوا الكثير من الشعب الأميركي المحلي وجلبوا حوالي ٤ مليون عبد أفريقي للعمل في المزارع والمناجم. وفي عام ١٨٢٢م

أعلنت البرازيل نفسها إمبراطورية مستقلة (عندما تأسس حكم ملكي)، ثم تبنت نظام حكم فيدرالي في عام ١٨٨١ م، ثم أصبحت جمهورية في عام ١٨٨٩ م. ولذلك فإن المشهد الثقافي المتنوع في البرازيل يقوم على خلفية تاريخية معقدة. فقد أجبر السكان المحليون تدريجياً على أن يتشاركوا في تلك الأرض الشاسعة مع البرتغاليين. وأدت ممارسة العبودية، بما في ذلك "استيراد" العبيد الأفارقة، إلى إدخال ثقافات متميزة بأطعمة وأديان وأشكال للتعبير الفني ولغات مختلفة.

ألغيت العبودية في نهاية القرن التاسع عشر، وأصبحت البلاد في حاجة إلى عمال لتعويض عن العبيد المعتقين. فأخذت الحكومة تقدم وظائف وأراض لكل من يريد أن يبدأ حياة جديدة في البرازيل. وقد كان ذلك فاتحة لخمسين عاماً من الهجرة الكثيفة من البرتغال وألمانيا وإيطاليا وتشيكوسلوفاكيا وأسبانيا وسوريا ولبنان وفلسطين وأرمينيا واليابان. استوطن كثير من الأشخاص الناطقين بالألمانية في المنطقة الجنوبية الشرقية. وأرسل معظم المهاجرين إلى المناطق الداخلية من البلاد. وبناء على تعداد ١٩٩٧ م (حيث كان إجمالي السكان ١٦٨ مليون) كان ٥٤٪ من السكان تقريباً من أصول أوروبية، وبرتغالية في المقام الأول، ٣٩٪ ممن يسمون ميسيتزو Mestizos (ذوي الأصول المختلطة) المتحدرين من أسلاف الأفارقة - الأوروبيين والأوروبيين - الأمريكيين الأصليين، ويشكل السكان من أصول الأمريكيين الأصليين والأفارقة - الأمريكيين الأصليين والأصول الآسيوية نسباً أصغر كثيراً من السكان. وتوضح نتائج المسح القومي البرازيلي للأسر المعيشية الذي أجراه المعهد البرازيلي للجغرافيا والإحصاء أن ٤٥٪ من سكان البرازيل يعتبرون أنفسهم سودا أو ملونين (استخدم المسح هذين المصطلحين).

نظم الخدمات التعليمية

يتميز النظام التعليمي البرازيلي بدرجة كبيرة من اللامركزية على خلاف معظم الدول في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي. فقد اتخذت خطوات كبيرة لوضع معالم

واضحة لمسئولية الحكومات الفيدرالية والإقليمية والبلدية. وربما تمثلت الخطوة الأهم في إصدار التعديل الدستوري الرابع عشر الذي صادقت عليه الهيئة التشريعية القومية في سبتمبر ١٩٩٦م، ثم أقر كقانون في ديسمبر ١٩٩٦م (قانون رقم ٩,٢٤٢ بعنوان "قواعد وأسس التعليم القومي"). إن المشاركة والالتزام الواضحين من المستويات الحكومية الثلاثة مهمين للغاية، خاصة على اعتبار العدد الكبير والتنوع والبنية السياسية في البرازيل (تتكون الجمهورية الفيدرالية من ٢٦ ولاية ومنطقة فيدرالية واحدة وأكثر من ٥٥٠٠ بلدية). وقد أفرز التعديل الدستوري لعام ١٩٩٦م وقانون التعليم الناتج عنه نظام تمويل جديد للتعليم الأساسي وخطوط مسئولية جاءت على النحو التالي:

- لا يزال توفير التعليم الأساسي مقسم بين الولايات والبلديات، لكن إستراتيجية التمويل تدعم دوراً أكبر للحكومات البلدية في إدارة التعليم الأساسي.
- تتحمل البلديات المسئولية عن ضمان خدمات تنمية الطفولة المبكرة (برامج رعاية الطفولة وفصول ما قبل المدرسة ورياض الأطفال).
- تختص الولايات بالمسئولية عن التعليم الثانوي.
- تظل الحكومة الفيدرالية مسئولة عن وضع القواعد والمعايير، إلى جانب التركيز على محاربة أوجه عدم التكافؤ الإقليمية والاجتماعية من خلال توزيع المواد والتمويل. وفيما يتعلق بالخدمات التعليمية تركز الحكومة الفيدرالية على التعليم العالي وبعض التعليم الفني.

إن النظام التعليمي في البرازيل عام ومجاني بالدرجة الأولى (بما في ذلك الجامعات)، باستثناء بعض مؤسسات التعليم العالي غير الحكومية. وقد اتخذت الحكومة الفيدرالية بالتعاون مع الولايات والبلديات خطوات مهمة لضمان تعليم أساسي جيد لكل الأطفال. وربما كانت الخطوات الأهم على هذا الطريق هي تلك الموجهة نحو تحقيق الاستيعاب الكامل ودمج كل الأطفال - بما في ذلك الأطفال

المعرضين لخطر - في خدمات التعليم الأساسي. وتتركز الخدمات التعليمية للأطفال تحت عمر الرابعة عشر في المستوى البلدي، إلى جانب خدمات الرعاية الصحية الأولية الموجهة للأمهات والأطفال تحت عمر السادسة.

حققت البرازيل في التسعينيات تحسناً كبيراً في نشر التعليم الابتدائي، وأنجزت تقدماً واضحاً في التعامل مع المشكلات التعليمية الرئيسة: الإقصاء الخفي (داخل وخارج الفصول) وانخفاض جودة التعليم الأساسي التي كانت تؤدي إلى رسوب الأطفال وتسربهم من المدرسة. والقيود بالمدارس الابتدائية ضخم بالفعل، حيث يبلغ أكثر من ٣٥ مليون تلميذ يمثلون ٩٧٪ من الشريحة العمرية المستحقة لهذا التعليم. وفيما يتعلق بتعليم الأطفال ذوي الإعاقات يحدث حالياً تحول تدريجي إلى التركيز على نماذج الدمج. ففي عام ١٩٩٨م كان ٨٧٪ من الأطفال ذوي الإعاقات المسجلين في الخدمات التعليمية يتعلمون في بيئات التربية الخاصة التقليدية، في مقابل ١٣٪ كانوا يحضرون في مؤسسات دمجية. وفي عام ٢٠٠٠م تعدلت هاتان النسبتان إلى ٧٨,٩٪ و ٢١٪ على التوالي.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

حققت الحكومة الفيدرالية وبعض الولايات الفردية والإدارات البلدية تقدماً ملحوظاً في مجال التعليم من خلال دعم ومساعدة الأطفال والأسر الفقيرة. ومن خلال استخدام حوافز مالية إبداعية قائمة على الأسر ترتبط بحضور المدرسة الابتدائية تتخذ حالياً خطوات للقضاء على عمالة الأطفال وضمان الاستيعاب الكامل وبقاء الأطفال في المدرسة ونجاح التعلم، خاصة للأطفال العاملين والمعرضين لخطر الإقصاء.

وينفذ حالياً تحت إشراف الأمانة الفيدرالية للبعون الاجتماعي التابعة لوزارة المعاشات والبعون الاجتماعي عدد كبير من البرامج والمشروعات من خلال التعاون المشترك مع الولايات والحكومات البلدية. وينصب التركيز الأساسي في هذه البرامج على تقوية دور الأسرة وقدراتها. ومن بين التشكيلة الواسعة من مبادرات البعون

الاجتماعي التي تقدمها الأمانة، يأتي دعمها لأنواع محددة من التدخل المبكر للأطفال المعرضين لخطر أو ذوي الإعاقات وأسرههم.

ومن أمثلة ذلك مشروع رودا موينو Roda Moinho الذي ينفذ بالتعاون مع مستويات مختلفة من الحكومة وبمشاركة منظمة راعي الأطفال بالكنيسة الكاثوليكية، وهي منظمة تطوعية. يركز هذا المشروع على ثلاثة عناصر رئيسية:

- ١- تحسين صحة وتغذية الأطفال الصغار وأسرههم.

- ٢- تعزيز مبادئ نمو الطفل التي تحفز التفاعلات الاجتماعية والنمو المعرفي.

- ٣- الدعم الاجتماعي للأسر وتحسين ظروفها من خلال تنفيذ مشروعات حول العمل وتوليد الدخل.

وبالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقات يتمثل الهدف الرئيس للأمانة الفيدرالية للبعون الاجتماعي في التنسيق والدعم الفني والمساعدة المالية للولايات والبلديات والمؤسسات في جهودها لاتخاذ أفعال وقائية وتعزيز الدمج الاجتماعي. يستهدف هذا الدعم الأسر التي يكون دخلها الشهري أقل من نصف الحد الأدنى للأجور ولديها طفل معاق.

تعمل الأمانة الفيدرالية للبعون الاجتماعي أيضاً بالتعاون مع مصادر التمويل الأخرى لتحسين القدرة المؤسسية وتوسيع الخدمات الحالية لرعاية الطفولة المؤسسية أو القائمة على المراكز للأطفال والأمهات العاملات. ومن أمثلة هذا التعاون الشراكة بين الأمانة الفيدرالية للبعون الاجتماعي وصندوق دعم العمال التي تركز على تدريب الموظفين وشراء الأجهزة وبناء أو إعادة هيكلة مراكز رعاية الطفولة وفصول ما قبل المدرسة.

ولا تزال تُبذل جهود كثيرة للحصول على دعم الحكومات بكل مستوياتها لتوسيع مبادرات الرعاية الصحية الأولية على مستوى المجتمع المحلي للأمهات

المتوقعات والأطفال تحت عمر السادسة. ولا يزال المساعدين الصحيين الذي يحصلون على أجورهم من المستوى المحلي، فضلاً عن متطوعي الصحة المجتمعية التابعين لمنظمة راعي الأطفال، يلعبون دوراً أساسياً في جهود الوقاية والاكتشاف المبكر والدعم الأسري والتعليم في المناطق الأكثر فقراً.

أدوار الأسرة

كما هو الحال في معظم دول المنطقة تعتبر الأسرة الممتدة مقدم الرعاية الأولية للأطفال الصغار. وقد تعزز ذلك بفعل الوضع القانوني الذي حصلت عليه الأسرة بموجب الدستور القومي لعام ١٩٨٨م وقانون الأطفال والمراهقين. ومنذ التصديق على الدستور اتخذت مبادرات كبرى لدعم دور الأسرة، خاصة الأسر المعرضة لخطر. وعلى أية حال فلا تزال هناك حاجة إلى الإرادة السياسية ومشاركة المجتمع المدني ودعم القطاع الخاص للتغلب على أشكال اللامساواة الباقية وتأثير الفقر.

يكون النساء عادة مقدمي الرعاية الأولية. وقد تغيرت حالتهم تدريجياً، فأصبحن يشكلن على نحو متزايد جزءاً من القوة العاملة. ففي عام ١٩٩٧م بلغت نسبة النساء في القوة العاملة ٤٠,٤٪ من ٢١٪ عام ١٩٧٠م. فضلاً عن أن النساء يتولين على نحو متزايد مسؤوليات رأس الأسرة أو عائلتها. فقد أوضحت بيانات مسح ١٩٩٧م للأسر المعيشية أن النساء يمثلن ٢٤٪ من عائلي الأسر. يقترن ذلك الموقف كثيراً بالبطالة الكاملة أو البطالة الجزئية *underemployment* و/أو فقدان الشريك، وكل ذلك يؤدي إلى انخفاض دخل الأسرة.

ورغم أن حالة النساء تحسنت كثيراً منذ الثمانينيات، فلا يزال التمييز يؤثر على حياة النساء. فمقارنة بالرجال تتمتع النساء بمستويات تعليمية أعلى (٧ سنوات للنساء في مقابل ٦ للرجال)، كما أنهن يحققن تقدماً في سوق العمل. لكن الموقف لا يزال سلبياً:

● أجور النساء أقل ٣٠٪ - ٤٠٪ من أجور الرجال لنفس نوع العمل (رغم ارتفاع المستوى التعليمي لمعظم النساء عن الرجال).

● النساء أكثر عرضة لفقد وظائفهن من الرجال ، حيث ينظر أرباب الأعمال إلى حالات مثل الحمل ومرض الأطفال باعتبارها "مشكلات نسائية".

● تتاح للنساء فرص تدريب أقل مقارنة بالرجال الذين يعتبرون أكثر استقراراً ويوضعون عادة في مواقع صنع القرار.

وإضافة إلى ما سبق فإن الإهمال الماضي والمتراكم في التعليم المقدم للقطاعات الأكثر فقراً لا يزال يشكل عبئاً كبيراً على الأسر الفقيرة. فوفقاً لبيانات المسح القومي للأسر المعيشية لعام ١٩٩٧م كان تعليم ٦٢,٦٪ من العمال النشطين (٤٤ مليوناً) أقل من الـ ٨ سنوات التي تضمنها الدولة للتعليم الابتدائي ، وهو ما يقلل قدرتهم وفرصهم للحصول على دخل كاف لتلبية الاحتياجات الأساسية.

المؤثرات السياسية والثقافية

لقد اتخذت الحكومة التعليم أولوية لها في التسعينيات. وقد أعطت عملية التعبئة من أجل التعليم للجميع Education For All في أثناء ١٩٩٣-١٩٩٤م الأساس لعملية التعبئة للمشاركة طويلة المدى. وقد استلزم ذلك مشاركة مؤسسية على كل المستويات السياسية ودعماً من شراكة المجتمع المدني الموسعة ، بما في ذلك القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية واتحادات العمال وأجهزة الإعلام. ومع وصول حكومة كارديسو Cardoso للسلطة في عام ١٩٩٥م ، اتخذت خطوات أخرى لتوسيع الجهود المشتركة من جانب الحكومة بمستوياتها الثلاث. وقد كان التعليم أحد أولويات الإدارة الجديدة: "البرنامج التعليمي للحكومة القائم على مبدأ تكافؤ الفرص ومبادئ تعميم التعليم واللامركزية ومشاركة المجتمع المحلي في إدارة المدارس والسيطرة الاجتماعية بدرجة أكبر على الإنفاق العام ونتائجه" (Brazil Ministry of Education, 2001a, p. 7).

وكما هو الحال في معظم دول أمريكا اللاتينية تتضمن المؤثرات الثقافية الحالية في البرازيل الجوانب ذات التأثير المباشر على العلاقات داخل الأسر، خاصة تلك الأسر التي بها أطفال ذوي إعاقات. فالعلاقات تكون في الغالب مشدودة بين الوالدين وبين الأشقاء وبين الوالدين وأطفالهم. فالبرازيل، كما ذكرنا سابقاً، تتميز بتنوع كبير في الأسس الثقافية بفضل تاريخها الغني بالهجرة. صحيح أن معظم البرازيليين ينتمون إلى المذهب الكاثوليكي الروماني، لكن الأديان الأخرى مؤثرة أيضاً في البرازيل، خاصة معتقدات البرازيليين الأفارقة التي تنتشر في بعض المناطق، والأديان التقليدية التي يتبعها الأمريكيين الأصليين.

ورغم أن أحداً لا يستطيع أن يقلل من أهمية تأثير الخلفيات الثقافية والدينية للبرازيليين، فإن "ثقافة حقوق الطفل" الآخذة في النمو من شأنها أن تؤثر في ضمان التقديم المنظم للخدمات والدعم الجيدين القائمين على الأسرة للأطفال المعرضين لخطر و/أو ذوي الإعاقات. وبالنسبة لمنطقة أمريكا اللاتينية والكاريبية قطعت البرازيل أشواطاً على مضمار الأطر القانونية لحقوق الطفل والمراهقين. وقد اتضحت نتائج ذلك في القضاء على عمالة الأطفال وتعزيز الحق في التعليم الأساسي الجيد للجميع. وفيما يتعلق بحقوق الأطفال ذوي الإعاقات بدأ دمج كل الأطفال في التعليم الابتدائي في الظهور. فيما لم يحدث تقدماً يذكر في التطبيق الموسع للجوانب الأساسية للتدخل المبكر للأطفال المعرضين لخطر. ولا يزال أولياء الأمور تنقصهم المعلومات المتعلقة بحقوق أطفالهم. ولا يزال معظمهم، خاصة الأمهات، يفتقرون إلى الثقة وتقدير الذات اللازمين لتنفيذ عملية طلب حقوقهم وحقوق أطفالهم التي تكون في الغالب عملية طويلة المدى.

ومنذ عودة البرازيل إلى الديمقراطية والمصادقة على دستور ١٩٨٨م أتاحت فرص جديدة لمزيد من المشاركة من جانب الأسرة والمجتمع المدني والحكومة المحلية.

ومع ذلك لا يزال المشاركون في حركة الإعاقة معزولين في دائرة اهتماماتهم الخاصة، ولا يزالوا بعيدين عن حركة حقوق الطفل العالمية التي تغطي قضايا مثل أطفال الشوارع والاعتداء على الأطفال وعمالة الأطفال وحقوق السكان الأصليين. وقد أظهرت منظمات برازيلية مثل الجمعية القومية لأولياء أمور الأطفال غير العاديين قدرة كبيرة على تعبئة وتنظيم الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات. لكن لا تزال هناك قيوداً ملحوظة فيما يتعلق بتوسيع جهود التدخل المبكر الدامجي ومبادرات الإعاقات في الطفولة من خلال أطر حقوق الطفل العالمية الحالية.

وصف البرنامج

يصف هذا القسم ويحلل الحزمة الإبداعية من التجارب البرازيلية التي نفذت عبر الشراكة بين المنظمات غير الحكومية والهيئات الحكومية (على كافة مستوياتها) والوكالات الدولية والشركاء غير التقليديين الآخرين. وربما يكون النموذج البرازيلي أحد أفضل النماذج في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبية، حيث يحاول أن يستجيب لقضايا كثيرة ويستخدم تشكيلة واسعة من نقاط الدخول ومنها:

- تعهد حقوق الأطفال.
- بناء قدرة الأسرة على المشاركة والدعم.
- نشر المعلومات حول الإعاقات.
- تطوير نماذج دمجية لخدمات رعاية الطفولة وما قبل المدرسة والمدرسة الابتدائية.
- بناء القدرات في مجال المداخل القائمة على المستوى المحلي.

إن هذه المعلومات المأخوذة من تقرير عام ٢٠٠٠م حول التعاون بين منظمة ابتسامة البرازيلية Sorri-Brazil واليونيسيف تغطي مدى واسع من المبادرات التي أعدها ودعمتها منظمة ابتسامة البرازيلية، وهي منظمة غير حكومية غير ربحية مقرها في ولاية ساو باولو تشكل اتحاداً من المنظمات غير الربحية التي تعمل معاً لدفع التأهيل المهني

والدمج الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقات البدنية والحسية والمعرفية والاجتماعية. يتكون النظام من وحدة ابتسامة البرازيلية المركزية (في مدينة ساو باولو) وخمسة مراكز محلية أخرى. تأسس المركز الأول عام ١٩٧٦م وكان يركز على الأشخاص ذوي الإعاقة البدنية والمعرفية والسمعية والبصرية والاجتماعية، وكان يعير انتباهها خاصاً لمرضى الجذام. ثم وسعت منظمة ابتسامة البرازيلية تدخلاتها لتشمل برنامج تعليم مجتمعي قوي ودعم المبادرات الحكومية (بمستوياتها الثلاثة) التي تستهدف الدمج. هذه الرؤية الموسعة لمنظمة ابتسامة البرازيلية تعكس رسالتها القائمة على دفع السياقات الدمجية وتنمية مجتمعا يتبنى الكرامة والعدالة والمساواة. وقد أثبتت هذه المنظمة أنها مثلاً مهماً لما يمكن أن تفعله المنظمات غير الحكومية من خلال تشكيلة واسعة من الإستراتيجيات والمشروعات التي:

- تصل جمهور أكبر من خلال التعليم المجتمعي وحملات التوعية العامة.
- تتعهد الروابط والتعاون بين المنظمات والقطاعات حول اهتمام أو هدف أو مبادرة مشتركة.
- تصمم نماذج جديدة و/أو مداخل معدلة وتختبرها ميدانياً من أجل التوسع المستقبلي من خلال استخدام الأموال العامة والخاصة.
- تساعد في وضع قضايا جديدة تتعلق بالإعاقة على جدول الأعمال العام.
- تتعهد روابط عملية بين المنظمات غير الحكومية والهيئات الحكومية العاملة في مجال الإعاقة.

التحديات التي تم التعامل معها

وكما هو الحال في البلاد الأخرى يتطلب تصميم برامج التدخل المبكر رؤية موسعة للشراكات والتدخلات متعددة المستويات والدعم والمشاركة الأسريين والمجتمعيين. كما تعد مشاركة القطاعات والتعاون بينها والتعبئة العامة وبناء القدرات عناصر مهمة أيضاً. وإضافة

إلى ذلك يجب الانتباه إلى الأفعال التي تتضمن خدمات مناسبة وجيدة للطفل / الأسرة، وكذلك التوسع والاستمرارية طويلتي المدى. ويجب أن تصمم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعرضين لخطر الإعاقات في ضوء الخصائص المنفردة للبرازيل ومساحتها القارية والتباينات الاقتصادية والاجتماعية السائدة فيها واللامركزة المتزايدة للمسئوليات وتطوير الخدمات والاحترام المنبثق لحقوق الأطفال والمراهقين.

ثمة تحديات كثيرة في البرازيل تؤثر على تطوير وجودة وتوسيع واستمرارية برامج التدخل المبكر القائمة على الأسرة. تبرز العناوين التالية قضايا مشتركة بين دول منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي وقضايا تخص البرازيل وحدها.

القضايا المشتركة بين دول المنطقة

يسود انعدام التنسيق بين قطاعات الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية، وهم الشركاء الأساسيين لتصميم وتنفيذ وتمويل وتوسيع برامج الوقاية والتدخل المبكر القائمة على الأسرة. وكذلك تفتقر دول المنطقة إلى فرص المشاركة المتزايدة في جهود بناء القدرات بالنسبة للأسر المعرضة للخطر والأسر التي تضم أطفالاً ذوي إعاقات. كما أن المعلومات والخدمات العامة التي تدعم التدخل المبكر والأسر محدودة، وهو ما يزيد الاعتماد على الخدمات المؤسسية غير الجيدة. ولا يتم التأكيد على حقوق الأطفال في مقابل التأكيد السائد على استمرار رؤية أو نموذج يقوم على النزعة الخيرية "العامة". كما يسود الازدواج والانعزال / أو النزاع بين المنظمات غير الحكومية والخدمات العامة ومنظمات أولياء الأمور وما إليها. ولا توجد استمرارية أو ارتباط بين مبادرات التدخل المبكر وجهود الدمج بالمدرسة الابتدائية، بما يتسبب في وجود انقطاعات في تخطيط الخدمة على مدى الحياة.

القضايا التي تخص البرازيل

ثمة قضية مهمة تميز البرازيل وهي اللامركزة المتسارعة، مع إعطاء المسئوليات عن مدى واسع من الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية لأكثر من ٥٥٠٠ بلدية.

ومعظم الحكومات البلدية تفتقر إلى القدرة الفنية الداخلية والتمويل لتنفيذ كل مستويات المسؤوليات التعليمية ودعم التدخل المبكر وأعمال الدمج التعليمي. وفي المقابل تتميز البرازيل بعامل إيجابي هو وجود إطار قانوني (قانون الأطفال والمراهقين) يتعهد ويعزز التنفيذ المحلي ويضمن حقوق الطفل. وثمة قضية إيجابية أخرى هي التأكيد الناشئ على توفير الدعم المالي والفني للأسر الفقيرة، خاصة تعهد الاستيعاب الكامل والمستدام في المدرسة الابتدائية والقضاء على عمالة الأطفال.

الخصائص المحددة للبرنامج

تمثل الخصائص المحددة التالية للبرنامج العناصر الأساسية لمبادرات منظمة ابتسامة البرازيلية. ورغم أن لكل مجال في البرنامج قيمة فردية، تتمثل السمة العامة في تلك الحزمة من المبادرات القائمة على الجهود المشتركة والإستراتيجيات المنسقة للتدخلات المتعددة المقدمة. يخاطب ذلك النموذج المتكامل الحقوق والاحتياجات الكثيرة للأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم، في نفس الوقت الذي يبلور فيه إستراتيجيات جديدة، بما يحشد شركاء جدد ويتعهد قدرة ووعي عامين متزايدين.

المعلومات العامة والتشبيك

لقد أدركت منظمة ابتسامة البرازيلية أهمية تعهد أو دعم مبادرات المعلومات العامة والتعبئة والتشبيك في التعاون مع الشركاء الآخرين. ومن أمثلة هذه المبادرات برنامج التوعية العامة المعروف باسم Turma do Bairro الذي يستخدم الدمى ويقوم على نموذج "الأطفال على المكعب" Kids on the Block. وتتضمن الموضوعات الرئيسية لتكوين الوعي الوقاية من الإعاقات، وتعهد فهم أفضل للإعاقات، وتنظيم بيئة غير عدوانية تسمح للأفراد غير ذوي الإعاقات بأن يشعروا بطريقة غير مباشرة بتأثير الإعاقات. يركز هذا الجهد في مجال المعلومات العامة على بيئات رعاية الطفولة وما قبل المدرسة والمدرسة الابتدائية في منطقة ساو باولو. وقد تكاثفت المنظمة مع وزارة التعليم

القومية واليونيسيف لتوسيع التعبئة ونشر المعلومات العامة وجهود بناء القدرات على مستوى البلديات في مجال حقوق الطفل ودمج الأطفال ذوي الإعاقات. وقد اتخذت تلك المبادرات الأفعال المحددة التالية:

- تم إعداد شريط فيديو حول حقوق الطفل لنشر قانون الأطفال والمراهقين باستخدام نموذج "الأطفال على المكعب".

- تم إعداد حملة إعلامية قومية حول الإعاقات ودمج التلاميذ ذوي الإعاقات في النظام العام للمدارس الابتدائية. تضمنت الحملة إعلانات على التلفزيون القومي اشتملت على أشكال "الأطفال على المكعب" ونجمين تلفزيونيين مشهورين على المستوى القومي ومطرب مشهور على المستوى العالمي. وبثت الحملة على التلفزيون والإذاعة القوميين، وقدر عدد الجمهور اليومي بـ ٣,٢ مليون شخص. وفي السنة التالية (١٩٩٧م) ازداد قيد التلاميذ ذوي الإعاقات بحوالي ٦٧,٥٪ على المستوى القومي نتيجة للحملة (Aranha, 2000).

- تم إعداد مواد التوجيه والتدريب لخطوة نقل التربية الخاصة إلى مستوى البلديات. وقد كانت هناك ثلاثة أدلة لإعداد المعلمين للدمج، إلى جانب ثلاثة أشرطة فيديو للبرنامج القومي لإعداد المعلمين عن طريق التعليم عن بعد (TV Escola). يعتبر هذا المشروع المشترك الأول بين نظامي التربية الخاصة والتعليم العام.

برامج التعليم المجتمعي ودمج الأطفال ذوي الإعاقات

في عام ١٩٩٥م تم دمج الخبرات المكتسبة والدروس المتعلمة من مبادرات التعليم المجتمعي السابقة في جهد موسع بغرض دمج الأطفال ذوي الإعاقات في خدمات الطفولة المبكر والمدرسة الابتدائية. وكما حدث سابقاً تم استخدام نموذج "الأطفال على المكعب" للحوار مع الأطفال وأولياء الأمور والمهنيين. وكانت الأهداف من الحوار تتمثل في تقليل المخاوف والجهل حول الإعاقات وتهيئة الأفراد للمشاركة في الفضاء المشترك للحياة المدرسية مع الأطفال ذوي الإعاقات.

وفي عام ١٩٩٦م بدأ مشروع تجريبي لتطوير إستراتيجيات ومواد معمقة لتعزيز دمج الأطفال ذوي الإعاقات في مراكز رعاية الطفولة. وقد اتخذ قرار بلدي (المرسوم رقم ٩٧/٠٣٤) لتخصيص ٥٪ من حصة مراكز رعاية الطفولة البلدية لدمج الأطفال ذوي الإعاقات. وقد وجد موظفو رعاية الطفولة في ذلك إشباعاً واعترافاً ودعماً، وهو ما دفعهم إلى توسيع هذه العملية (فضلاً عن الدفعة التي تمثلت في إصدار المرسوم الذي كان بمعنى أو بآخر اعترافاً بالعمل الجيد الذي كانوا يقومون به). وإضافة إلى القانون الجديد تم إعداد مواد وأدوات فنية وإجرائية مهمة.

وتأسيساً على التجارب الاستطلاعية التي نفذت مع حكومتين بلديتين وبدعم من منظمة ابتسامة البرازيلية، اتخذت جهود أكثر لتوسيع دمج الأطفال ذوي الإعاقات في برنامج رعاية الطفولة. وقد وجدت جهود بناء القدرات دعماً في إستراتيجيات ومواد التدريب التي أعدت. وقد كان التدريب الأولي للمدرسين على المستوى البلدي مهماً جداً في ضمان استمرارية وجودة التدخل.

وقد شاركت منظمة ابتسامة البرازيلية في "إعادة تعريف الاهتمام التربوي بالأطفال المعرضين لخطر وذوي الإعاقات" (صيغة المدرسة الدمجية - المدرسة للجميع)، وهو برنامج تجريبي في ولاية ساو باولو كان يهدف إلى (١) تحسين الظروف لتصحيح المشكلات الحالية في خدمة الأطفال الذين يظهرون صعوبات في التعلم، (٢) خفض المستويات العالية للتسرب من المدرسة وإعادة الصف، (٣) خفض عدد التلاميذ الكبير الذين يحالون إلى التقييم النفسي، (٤) زيادة معدلات إكمال المدرسة الابتدائية، (٥) زيادة احتمالات التربية الخاصة للأطفال ذوي الإعاقات في سياقات المدارس العامة دون قطع مشاركتهم في فصول التعليم العام.

الجهود الجديدة التي تركز على السياقات الأسرية والدعم الأسري

وجدت منظمة ابتسامة البرازيلية من عملها في المبادرات الأخرى أن معظم الأسر تواجه مشكلات واضحة في الوصول إلى الخدمات، إما لأنها تفتقر إلى المعرفة

بالخدمات أو لأن الخدمات المطلوبة غير موجودة. وقد وجد أيضاً أن الإحباط الناتج عن وجود طفل غير "نموذجي" فضلاً عن التغييرات غير المتوقعة في أسلوب الحياة وديناميات الأسرة كانت تؤثر على الأسر البرازيلية. ويتضح التأثير الساحق على الأمهات، خاصة عندما يكن هن معيلات الأسرة. ولا تزال درجة التأثير على الآباء غير واضحة بسبب الرؤية الثقافية السائدة التي ترى أن الآباء لا يكونوا حساسين لاحتياجات الأطفال الصغار ولا ينخرطوا عموماً في تربية الأطفال.

وبناء على هذا الموقف، بدأ مشروع جديد كان يستهدف تطوير إستراتيجيات لتوجيه ودعم الأسر التي تضم أطفالاً ومراهقين ذوي إعاقات. وكان التركيز الأولي للمشروع ينصب على إعداد الأسر لإدارة إعاقة أطفالهم والتدخل بشكل ملائم مع تقليل الاعتماد على الخدمات الرسمية أو القائمة على المؤسسات. وقد استخدم مستويان من الإستراتيجيات للتصميم والتنفيذ: (١) زيادة الدعم الأسري من خلال مشاركة مجموعات الأقران، (٢) خفض الضغط الأسري.

زيادة الدعم الأسري: استهدف هذا المكون الأول مجموعات من أولياء الأمور ومجموعات من الأشقاء ومجموعات من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات، حيث تم التأكيد على التفاعلات بين كل أفراد الأسرة، خاصة الأشقاء. كما تم التأكيد على مكونات التمكين الأسري بغرض (١) زيادة القدرة على فهم حقوق الطفل والأسرة والدفاع عنها، (٢) تحسين مهارات أولياء الأمور في التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقات. كما تضمن البرنامج أيضاً مبادرات قائمة على الأسرة في مقابل الاستجابات المتولدة عن الخدمات.

وقد أوضحت النتائج الأولية أن المجموعات الثلاث حققت تقدماً واكتسبت خبرات تعلم. فتمكن أولياء الأمور من تحديد المشكلات والتشارك فيها أو التشارك في الحلول الموجودة. وقد كان ذلك فرصة لبدء عملية للتعامل مع العزلة الاجتماعية

الحالية ومناقشة الاحتياجات المحددة المتعلقة بالخدمات (مثل تحديد الخدمات المجتمعية والعمليات المطلوبة لاستخدامها). ولأول مرة تمكن أشقاء الأطفال ذوي الإعاقات من الإفصاح عن خبراتهم وإحباطاتهم ومشاعر الرفض من جانب الأقران. وقد أعطي الأطفال ذوي الإعاقات فرصاً للمشاركة في الخبرات واللعب مع بعضهم خارج البيئة التعليمية الرسمية.

ورغم حدوث تقدم على امتداد تنفيذ المشروع والتجريب، ظلت هناك صعوبات كثيرة تؤثر على النماذج المتبناه وتضعفها. من ذلك أن معدل مشاركة معظم الأسر كان يتأثر بالفقر والتحديات اليومية لتلبية الاحتياجات الأكثر أساسية. إضافة إلى أن الإحباط والرفض الطويلين اللذان عايشهما كثير من الأسر تسببا في وجود قدر من الشك في التغييرات الناتجة عن لقاءات المجموعات. بل إن أسراً كثيرة تريد أن يتعلم أطفالها في بيئات التربية الخاصة ولم تقتنع بأن النماذج الدمجية هي الأفضل لأطفالها. كما أن كثيراً من الموظفين المسئولين عن التدريب وعن توسيع أعمال المشروع على المستوى البلدي لم يكونوا ملتزمين بالدمج حقاً. تشترك في هذا الموقف الدول التي تتبنى نموذج التعاون بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية. وكذلك كان تغير الحكومات البلدية يزيد مشاعر عدم الأمان الوظيفي بين الموظفين العاملين، بما أثر على مستوى التزامهم ومشاركتهم في تطوير المشروع.

خفض الضغط الأسري: في المراحل الأولى من تطوير البرنامج وضعت أهداف المكون الثاني: خفض الضغط الأسري. وقد كان من بين هذه الأهداف توفير وقت لأفراد الأسر بعيداً عن الاهتمامات الخاصة أو الفردية والأعمال الروتينية الأسرية، وتعزيز أفعال محددة لخفض الضغط عن الأسر التي تضم أشخاصاً ذوي إعاقات، وتعزيز الصحة النفسية للأشخاص ذوي الإعاقات من خلال التفاعل الاجتماعي والترويح والاستجمام.

وإضافة إلى الأهداف الموجهة نحو الوحدة الأسرية سعت منظمة ابتسامة البرازيلية إلى أن تتشارك مع منظمات أخرى (عامة وخاصة) في "الخبرة" التي بلورتها أو نشرتها. وقد تحقق ذلك من خلال تدريب المهنيين من منظمات أخرى على تطوير ونسخ هذا النوع من البرامج وتوفير الشروط اللازمة لتنفيذ هذا البرنامج من جانب منظمات أخرى وفي بلديات أخرى بساو باولو.

لقد حاول هذا الجهد الإبداعي في البرازيل أن يجمع النموذج التطوعي لموظفي الأسرة تحت شبكة الإشراف الرسمي، على غرار ما يحدث في الولايات المتحدة الأمريكية. ورغم أن هذا المكون جديد وتجريبي، فقد جاءت النتائج الأولية متفقة بوضوح مع التجارب الدولية الأخرى.

شبكة "بين الأصدقاء"

كان من أهداف منظمة ابتسامة البرازيلية أن تصل إلى قطاع أكبر من المجتمع بالمعلومات الضرورية والمناسبة ذات الطبيعة القانونية والفنية. لذلك بحثت المنظمة نماذج شبكات المعلومات الموجودة. وقد وقع اختيار المنظمة على شبكة مركز المعلومات القومي للأطفال والشباب ذوي الإعاقات (<http://www.nichey.org>) التي تدار من واشنطن العاصمة وتخدم الولايات المتحدة، حيث استخدمتها منظمة ابتسامة كنموذج ونقطة انطلاق للنموذج البرازيلي الذي حمل اسم Entre Amigos [بين الأصدقاء] (<http://www.entreamigos.com.br>). وفي عملية التخطيط الأولية تم استهداف مدى واسع من المجموعات مثل الأشخاص ذوي الإعاقات والأسر ومقدمي الرعاية والجامعات والهيئات الحكومية والمنظمات غير الحكومية

وقد تمثلت الأهداف الرئيسة للمبادرة في توفير المعلومات والتوجيه والإحالة للأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات وأسرتهم ودوائر أصدقائهم والمهنيين والمجتمع عموماً، وذلك من خلال الفاكس والبريد الإلكتروني والإنترنت والوصول المباشر

(مثل الذهاب مباشرة إلى أحد المنظمات المشاركة طلباً للدعم أو التوجيه). وقد كان من بين الأهداف المحددة للمشروع:

- توفير المعلومات لأسر الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات وللمجتمع حول الأشخاص ذوي الإعاقات والخدمات والمنتجات ذات الصلة.
- إحالة الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات وأفراد أسرهم لخدمات التأهيل والتعليم والصحة وفرص العمل والخدمات الأخرى.
- إنتاج مواد معلوماتية مطبوعة حول الأسئلة المتكررة.
- دعم شبكات المعلومات الموجودة الأخرى حول الإعاقات من خلال نشر خبراتها ومعارفها حول الموضوعات ذات الصلة.
- حث التكامل والتعاون المتبادل بين المؤسسات المشاركة في المشروع لبناء شبكة موسعة بين المؤسسات.

كانت الخطوات الأولى في عام ١٩٩٨ م مخصصة لتصميم وإيجاد وتنفيذ العناصر المتنوعة للشبكة: موقع على الشبكة وبنك بيانات والوصول المباشر. وربما كان أحد أهم نتائج الفترة الأولى تحديد إستراتيجية تضمنت ٢١ شريكاً مؤسسياً من قطاعات مختلفة من الحكومة والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني. وقد كانت المبادرة فرصة للعمل المشترك مع الحفاظ على استقلالية كل منظمة.

يتيح موقع "بين الأصدقاء" Entre Amigos الوصول إلى تشكيلة واسعة من الجوانب: تاريخ للأحداث وأخبار والوصول المباشر وغرفة دردشة ومنتدى ومعلومات حول موضوعات محددة ودليل حول المكان الذي يمكن التوجه إليه طلباً للدعم ولوحة إعلانات ووصلات مؤسسية ونصائح قانونية. ومع أن هذا البرنامج القائم على توفير المعلومات والدعم كان موجهاً في بادئ الأمر إلى سكان ساو باولو المحليين، فقد دفعت طبيعة النظام وقدرته عدداً كبيراً من المستخدمين القوميين والدوليين لاستخدام موقع الشبكة الخاص بالبرنامج.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

إن النقل أو التطبيق المباشر لنماذج الخدمات أو المشروعات الأجنبية في سياقات سياسية أو ثقافية مختلفة يؤدي غالباً إلى الإحباط والفشل. وفي حالات قليلة للغاية لنجح تطبيق النماذج بصورتها الأصلية دون أية تعديلات. لكن ذلك لا يمنع من أن عدداً من جوانب وسمات البرنامج قابلة للاستخدام، وأن الدروس التي تعلمتها منظمة ابتسامة البرازيلية والإستراتيجيات التي اختبرتها يمكن تطبيقها في سياقات مختلفة إذا أجريت التعديلات اللازمة.

وفي هذا السياق وتأسيساً على النتائج التي ظهرت في البرازيل تنبثق عدة اعتبارات للدول الأخرى التي تريد أن تصمم أو تطور و/أو توسع مبادرات التدخل المبكر المقدمة في هذا الفصل. والتوصيات التالية تمثل الدروس المتعلمة من الخبرات التي وردت في الفصل (بما في ذلك استخدام نموذج الإستراتيجيات المتعددة (multiple-strategy approach) والجهود الإقليمية الأخرى في مجال التدخل المبكر.

إن التركيز متعدد المكونات Multiple-component أو التركيز على المشروع، كما تطور في البرازيل، يمكن أن يؤدي إلى نموذج متكامل يغطي كل المراحل المهمة في دورة الحياة ويركز على كل من العوامل الداخلية والخارجية التي تؤثر بطريقة مباشرة على حياة الأطفال وأسرتهم. ورغم إمكانية تطوير إستراتيجية طويلة المدى متعددة المكونات تراعي العلاقة بين كل العناصر منذ المرحلة الأولى، يوصي المؤلفان بنموذج مرحلي يبدأ بالمكونات أو المشروعات التي يحتمل أكثر أن تحشد شركاء جدد فضلاً عن الإرادة السياسية.

وعند تطوير المشروعات لا بد من التفكير أولاً في العناصر التي تضمن الاستمرارية المالية والفنية والتوسع وجودة الخدمة. والعناصر الأربعة التالية علمي وجه التحديد يجب أن تؤخذ بنظر الاعتبار:

١- لا بد أن يتوفر إطار قانوني لضمان استمرارية التدخلات والتمويل، فضلاً عن تقليل تأثير التغييرات السياسية/الحكومية.

٢- لا بد أن يتوفر نظام تدريب مختبر ميدانياً ومنتظم وغير مركزي للموظفين، وكذلك مواد التدريب الضرورية لضمان تدريب مستدام ومرن لمقدمي الخدمات والشركاء على اختلافهم.

٣- ومن أجل التطوير والتوسيع طويل المدى للخدمات، لا بد من تقييم وتوثيق خبرات استخدام النموذج المعدل لحساب المتطلبات المالية وتدريب الموظفين والشركاء الآخرين.

٤- ويجب دمج شركاء جدد (غير تقليديين إن أمكن) في العملية وإجراء عملية نشر واسعة النطاق للمساعدة العامة في تعزيز الملكية الموسعة والطلب العام المستدام ومستويات جديدة من المشاركة.

وكما أثبتت التجربة في البرازيل وغيرها من الدول لا بد من الاهتمام بتقييم ودراسة العوامل المتعددة التي يمكن أن تعزز أو تعوق مبادرات التدخل المبكر الناجحة. وأفضل طريق لضمان أن تكون الإستراتيجية متجاوبة وملائمة ثقافياً إلى جانب الحفاظ على نموذج سليم فنياً هي أن يتم إشراك المستفيدين الرئيسيين (أي الأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم) ومقدمي الرعاية في تصميم وتنفيذ ومتابعة وتقييم المشروع.

وأخيراً فقد كان نموذج الشراكة الذي أشرك أطراف حكومية وغير حكومية ودولية ومن المجتمع المدني أساسياً لنجاح جهود التدخل المبكر في البرازيل. ولا بد من تقييم جوانب القوة والضعف في كل شريك ووضعها في الاعتبار عند تصميم وتنفيذ إستراتيجية طويلة المدى.

خاتمة

عرض هذا الفصل المبادرات التي نفذتها منظمة ابتسامة البرازيلية وشركاء أساسيون آخرون من الحكومة والمجتمع المدني. كانت كل الجهود موجهة نحو زيادة قدرة

القطاع العام على تنفيذ عدد كبير من نماذج الوقاية والتدخل المبكر وخدمات الدمج، ودفع تحويل المجتمع البرازيلي ليكون أكثر التزاماً بدعم وتحسين حياة الأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم. وعرض مكونات المشروع، كما ورد في هذا الفصل، قد لا يوفر المعلومات المعمقة التي قد تحتاجها المؤسسات أو الدول الأخرى لتطوير نماذج ماثلة. لكن المادة التي يوفرها الفصل تصلح لأن تدفع برؤية متكاملة للتدخل المبكر، رؤية تدمج الإستراتيجيات الضرورية المتعددة التي تقوي الأسر وتتعهد الدمج الاجتماعي وتضمن حق كل الأطفال في بداية جيدة ومشجعة للحياة وتعليم وإعداد جيدين.

المراجع

References

- Aranha, M.S. (2000). *Análise da Produção Resultantes da Parceria entre Sorri-Brasil e UNICEF 1995-2000* [Analysis of results of the Sorri-Brasil and UNICEF partnership 1995-2000]. Unpublished document, Brazil.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil* [Constitution of the Federal Republic of Brazil]. Brasília: Promulgada em 05 de outubro de 1988.
- Brasil. (1990a). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Lei no. 8.069, 13 de julho de 1990.
- Brasil. (1990b). *Lei Orgânica da Saúde*. Brasília: 19 de setembro de 1990.
- Brazil Ministry of Education. (2001a). *Bringing universal primary education to Brazil: A success story*. Brasília: Author.
- Brazil Ministry of Education. (2001b). *Education in Brazil (1995-2001)*. Brasília: Author.
- Durham, E.R. (2001). *Educate*. Retrieved February 2002 from <http://www.mec.gov.br>
- Inclusão melhora vida de deficientes: Antes isolados, portadores são agora incluídos no processo educacional [Inclusion improves the life of the disabled: Before isolated—the disabled are now included in the educational process]. (2000, July 11). *O Estado de São Paulo (Cidades)* [The State of São Paulo (Cities)], p. C4.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (1997). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro, Brazil: Author.
- UNICEF Brasil. (2001). *Situação da Infância Brasileira 2001*. Brasília: Author.
- United Nations. (1989). *Convention on the rights of the child*. New York: Author.
- United Nations. (1990, September). *World declaration on the survival, protection and development of children*. Declaration made at the World Summit for Children, New York.
- United Nations. (2002, May). *A world fit for children: Declaration and plan of action*. General Assembly Special Session for Children, New York.
- United Nations Development Programme. (1999). *Human development report 1999*. New York: Oxford University Press.

obbeikandi.com

نموذج شراكة الأسرة في التدخل المبكر^(١) (مصر) A Family Partnership Model of Early Intervention (Egypt)

نجيب خزام Naguib Khouzam

إجلال شنودة Eglal Chenouda

جورجيت نجيب Georgette Naguib

يبدأ هذا الفصل بحكاية تصور أعمال مركز سيبي التابع لهيئة كريتاس مصر، ثم يتبع ذلك بوصف السياق القومي لمصر وخصائص التدخل المبكر. ثم يصف الفصل كيف تشكلت خصائص هذا السياق من خلال نموذج الشراكة مع أولياء الأمور الذي يتبعه مركز سيبي للتدخل المبكر. كما يناقش الفصل أيضاً دور المجتمع المحلي في التدخل المبكر.

حكاية رحمة

مع كل صباح ترتدي رحمة زيها المدرسي الرسمي وتذهب إلى المدرسة مثل مئات الآلاف الآخرين من تلاميذ المدارس المصريين. لقد ولدت برحمة بتملازمة داون، والأطفال المصابون

(١) يعبر المؤلفون عن شكرهم لكل أعضاء فرق التدخل المبكر بالقاهرة والإسكندرية. فلولا إخلاص هؤلاء ومرونتهم واستعدادهم للاستماع وحرصهم على صالح الأطفال ورضا أولياء الأمور لما استطعنا أن نطور أو نكيف أو نبدع البرنامج الذي يعرض الفصل الحالي تفاصيله. وبمجهودنا جميعاً أصبح البرنامج الآن نموذجاً للمؤسسات الأخرى في مصر والأردن وسوريا والمغرب وفلسطين التي قد ترغب في تقديم خدمات مماثلة.

بمتلازمة داون لا يُقبلون في مدارس التعليم العام في مصر. وقد كان تعليم رحمة الدججي ثمرة لإصرار والدتها التي تؤمن بقوة بالمثل المصري الذي يقول "التعليم في الصغر كالنقش على الحجر". كانت رحمة أكبر بيضعة أشهر من السن القانوني عندما انضمت هي وأمها إلى برنامج التدخل المبكر في مركز سيتي بهيئة كريثاس مصر. وكما يشير اسم مركز سيتي (الدعم والتعليم والتدريب من أجل الدمج Support, Education and Training for Inclusion)، تتمثل أهداف المركز في تدريب المهنيين الذين يعملون في مجال الإعاقات وتقديم نماذج رائدة للتدخل وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقات وأسرتهم.

لقد تمكنت والدة رحمة من خلال مشاركتها النشطة في جلسات ابنتها وحضور برامج تعليم أولياء الأمور أن تنمي قدرات ابنتها، وكذلك أن تساعد الأسر الأخرى التي تضم أطفالاً من ذوي متلازمة داون بأن تشرح لهم ما أنجزته رحمة. كما ترأس هذه الأم وحدة صعوبات التعلم التي أنشئت حديثاً بمدرسة رحمة. وكون والدة رحمة شريكاً كاملاً في العملية التعليمية لابنتها أعطتها المعرفة والمهارات اللازمة لكي تكون موجهة للأسر الأخرى ومدافعة عن حقوق الأطفال ذوي الإعاقات في مصر.

السياق القومي

ثمة اعتراف منذ العصور القديمة بأن مصر هبة النيل. فسكانها الذين يتجاوزون ٦٠ مليون نسمة يتكدسون على ضفتي النيل، ربما في إشارة إلى الامتنان الأبدي لصاحب الفضل العظيم. لكن التكديس السكاني في هذا الشريط الأخضر الضيق يترك مساحات شاسعة من الصحارى غير مأهولة.

إن موقع مصر الجغرافي على الساحل الشمالي الشرقي لأفريقيا جعلها عرضة لتأثير ثلاث قارات: أفريقيا وآسيا وأوروبا. ومصر التي تعتبر دولة نامية معتدلة بكل من المعنى السياسي والديني نالت استقلالها في أوائل الخمسينيات. وقد وقعت ثلاثة حروب متتالية على مدار العقود الثلاثة التي تلت الاستقلال أدت إلى استنفاد معظم ميزانية الدولة السنوية. وبعد توقيع معاهدة السلام في نهاية السبعينيات، بدأ الانتباه أخيراً إلى تحسين البنية التحتية المتدهورة وتحسين خدمات مثل الصحة والتعليم.

الشعب والثقافة

يتسم المصريون بطبيعتهم بالاستقرار وعدم المغامرة والزراعة، وهم لذلك لا يُقتلَعون من أرضهم بسهولة، تماماً مثل محاصيل مصر الألفية. فهم في الغالب يعملون ويتزوجون ويتوالدون ويموتون في النهاية في نفس المنطقة، وأحياناً في نفس الحي. لا تزال الأسرة الممتدة بنية راسخة ومؤثرة، وفي العادة يكون أفراد الأسرة وحتى الأقارب البعيدين في المتناول. وتكون الأسرة حاضرة دائماً للمساعدة والدعم والنصح أو حتى النقد من حين لآخر في كل أمور الحياة، بما في ذلك ممارسات تربية الأطفال. يحتل هذا النوع من الحكمة الشعبية أهمية خاصة بسبب انتشار الأمية: ٣٥٪ من السكان، تشكل النساء ثلثيهم (National Council, 2000). والشعب المصري المتدين بطبيعته يعتبر كل ما يحل به خيراً أو شراً من تقدير الله، وقد تعلموا أن يحمداوا الله عليه. وبفضل تراثهم الثقافي أثبت المصريون قابليتهم للعلم والحضارة الحديثين. وقد جعل ذلك مصر أرض التناقضات، حيث تعايش أحدث الاختراعات في كل المجالات جنباً إلى جنب مع ممارسات ألفية نتجت عن قرون من الحضارات الفرعونية ثم المسيحية ثم الإسلامية.

نظام توصيل خدمات الإعاقات

يشكل الأطفال، كما هو الحال في كل الدول النامية، قسماً كبيراً من السكان: ٤٥٪ من المصريين أصغر من ١٨ سنة (National Council, 2000). وتتراوح نسب انتشار الإعاقة بين الأطفال الأصغر من ١٥ سنة بين ٥٪ و ١٠٪. ويرجع عدم الاتفاق بين الدراسات في معدل انتشار الإعاقة إلى نقص الإحصاءات الموثوقة (Mansour, 1997) وسوء الفهم حول نظام التصنيف الدولي للإعاقة والتكلفة العالية لإجراء دراسات على المستوى القومي على عينات ممثلة قومياً بالفعل.

وفيما يتعلق بالتدخل للأطفال ذوي الإعاقات توجد فجوة واسعة بين الاحتياجات والخدمات المتاحة. فرغم الميراث الطويل للنظم المؤسسية الحكومية وغير

الحكومية في مصر، لا يحصل إلا ١٪ فقط من الأشخاص ذوي الإعاقات على أي شكل من خدمات التأهيل (El Sherif, 1996). وترجع الفجوة في النظام الحالي إلى أسباب مختلفة. فهناك أولاً النقص في عدد الموظفين، حيث لا يغطي عدد الأفراد المدربين إلا ١٠٪ فقط من العدد المطلوب. وهناك ثانياً النقص في عدد المراكز التي تقدم خدمات التدخل، فضلاً عن عدم إمكانية توسيع المراكز الحالية. وحتى مع قلة المراكز الموجودة تحرم الكلفة العالية جداً لبعض الخدمات معظم الأسر من الوصول إليها. كما يسهم التوزيع الجغرافي غير العادل للخدمات المتوفرة في الحد من إمكانية الوصول إليها، حيث يوجد ٨٠٪ من الخدمات في المدن الكبيرة، خاصة القاهرة والأسكندرية، بينما تعاني الضواحي والأحياء الفقيرة والبلدات الصغيرة والمناطق الأخرى من نقص واضح. وإضافة إلى البعد تعتبر تكلفة النقل وصعوبة السفر بطفل معاق بدياً وجدول الخدمات وساعات العمل غير الملائمة عوامل تثبيط رئيسة لمعظم الأسر (French Center, 1997).

وبعيداً عن هذه الأسباب العينية، هناك أيضاً انخفاض وعي الجمهور وأولياء الأمور حول الإعاقات وأنواع وأماكن الخدمات المتاحة وكفاءة التدخل. فضلاً عن أن الأطباء لا يعترفون بما يكفي بدور الأسر، بما يؤدي إلى سوء الظن ونقص التواصل الجدي وانخفاض تبادل المعلومات بين أولياء الأمور والمهنيين. كما تختلف الاتجاهات نحو الإعاقة بدرجة كبيرة أيضاً وفقاً لنوع الإعاقة، حيث تتسم بالإيجابية مع الإعاقات البدنية عنها مع الإعاقات الحسية، بينما تتسم بأقل قدر من الإيجابية مع التأخر العقلي. ونتيجة لذلك تكون معظم الخدمات ذات توجه طبي، خاصة مع الأطفال الصغار، أو تكون مصممة كنوع من العمل الخيري، وليس لأنها حقوق معترف بها قانوناً (Magdi, 1995).

وعلاوة على ما سبق فإن كثيراً من الأطفال لا تنطبق عليهم شروط الاستفادة من الخدمات التي تفرضها المراكز. فمعظم المراكز ترفض قبول الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة الذين يشكلون ٣٣٪ من الانتشار الإجمالي للإعاقات (French Center, 1997).

وتقبل المراكز والمدارس الخاصة التابعة لوزارة التعليم الأطفال في عمر المدرسة (٦ سنوات)، بينما تقبلهم المراكز التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية في حوالي عمر ٤ سنوات. وبذلك لا يكون هناك نظاماً رسمياً للتدخل للأطفال تحت عمر ٤ سنوات. وأخيراً فإن أنواعاً معينة من الخدمات غير موجودة أصلاً. إن وزارة الصحة وهي المنسق الرئيس للخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقات تضم شبكة ضخمة من الخدمات تغطي المدن والقرى (أكثر من ٤٠٠٠ قرية)، بما يجعلها الأكبر من نوعها في الشرق الأوسط. وإضافة إلى معاهد شلل الأطفال وطب العيون والسمع واللغة، انشأت الوزارة وحدات صحة الأم والطفل التي بذلت جهوداً كبيرة في توفير التطعيمات والتغذية والدواء. ومع ذلك فإن نسبة الأطفال ذوي الإعاقات الذين يتلقون مساعدة صحية لا تزال صغيرة جداً، والدور الجزئي لكثير من البرامج الحالية لا يتضمن التدخل. ولا يزال أمام مصر الكثير مما ينبغي أن تفعله في مجالات الوقاية والاكتشاف والتدخل. فقد تقوضت الجهود المبذولة في هذه المجالات الثلاثة بفعل عدة صعوبات. من هذه الأخيرة أن الأسر في المناطق الريفية لا تزال تعتبر كثرة عدد الأطفال ثروة، وهو ما يجعل فحوص ما قبل الولادة والاستشارة الوراثية تمثل مشكلات حقيقية من حيث جدواها وقبولها من جانب أولياء الأمور، وتحديدًا مشكلات كلفة وجدوى فحص الأطفال حديثي الولادة من حيث اضطرابات مثل الفينيل كيتون يوريا Phenylketonuria وخمول الغدة الدرقية Hypothyroidism والثلاسيميا Thalassemia. فضلاً عن أن نسبة كبيرة من النساء في كل من الريف والحضر لا تزال يلدن في المنزل بمساعدة أشخاص غير مدربين. وهذا يؤدي إلى حالات كثيرة من الإعاقات الحركية والتأخر العقلي. علاوة على أن قلة الوعي بين الموظفين الطبيين حول الأعراض المبكرة للإعاقات تعني أن إعاقات كثيرة لا يتم اكتشافها قبل عمر الثانية (French Center, 1997).

ومعظم خدمات التدخل المبكر المحدودة المتوفرة، بما في ذلك نموذج مركز سيدي، بدأتها منظمات غير حكومية. وقد انتقلت هذه الخدمات إلى بعض معاهد التدريب (مثل وحدات الوراثة بالمركز القومي للبحوث وبعض الكليات الطبية) وإلى وحدات صحة الأم والطفل بمحافظة الإسكندرية.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

لقد تشكل التدخل المبكر في مصر بفعل عوامل سياسية ونظرية وثقافية. والتالي عرض لتلك المؤثرات.

المؤثرات السياسية

وضعت خطة خمسية في عام ١٩٩٧م تهدف إلى تحسين الوضع السيئ للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في مصر. اشتملت الخطة على إستراتيجيات وبرامج دعم تغطي معظم المجالات المرتبطة بالإعاقة، من الكشف المبكر إلى التوعية العامة وأدوار الأسر والإعلام والمنظمات غير الحكومية. وهنا كانت الإرادة السياسية داعمة لإحداث تغييرات جذرية. فأعلن الرئيس مبارك العقدين ١٩٩٠-٢٠٠٠م و٢٠٠٠-٢٠١٠م "العقدين الأول والثاني للطفل المصري". كما صادقت مصر على الإتفاقية الدولية لحقوق الطفل (National Council, 2000).

تمثل الخطة الخمسية أحد مكونات الإستراتيجية القومية لمكافحة الإعاقات في مصر التي أعدها مجلس الوزراء، وهو أعلى سلطة تنفيذية في البلاد. كما رافقت سيده مصر الأولى كثيراً من الأحداث ذات الصلة بالأطفال ذوي الإعاقات، انطلاقاً من وعيها بأن ذلك من شأنه أن يروج لهذه الأحداث ويرفع الوعي العام ويعطي دعماً كبيراً للجهود التي تستهدف تحسين الوضع القائم.

لكن لا تزال هناك صعوبة تخصيص الموارد الكافية والتنسيق بين القطاعات والهيئات المختلفة. فرغم الإطار التشريعي المستقر والراسخ، لا تزال توجد خطط

متوازية غير منسقة، كما في الانقسام بين الخدمات الصحية العامة وتلك التي تقدمها المنظمات غير الحكومية.

المؤثرات النظرية والثقافية

كان التأهيل في مصر يرتبط في السابق بنموذج طبي. وقد انبثقت ثلاث دوائر متميزة في خدمات المساعدة الصحية: الشعبية والمهنية والتقليدية. الدائرة الشعبية ورغم أنها غير معترف بها تشكل المحدد الأكبر وربما الأكثر فورية للرعاية. تتضمن هذه الدائرة كل الثقافة الشعبية غير المهنية على مستوى الشبكات الفردية والأسرية والاجتماعية (الجيران وأعضاء الأسرة الممتدة والمعارف والأصدقاء). وفي هذه الدائرة يحدث التعرف على المرض لأول مرة وتبدأ أنشطة الرعاية الصحية. وهنا تصنع الاختيارات حول وقت طلب الاستشارة وممن وما إذا كان الأهل سيمثلون للتعليمات، وكذلك وقت التحول إلى بدائل علاجية (Cook, 1997). وتلك الدائرة تحتل أهمية خاصة نظراً لأن الأهالي لا يتوجهون دائماً إلى مؤسسات الرعاية الصحية. وحتى عندما يتوجهون إليها لا يتبعون غالباً توصيات العلاج، ويستخفون بفائدة الأطراف الاصطناعية ولا يثقون كثيراً في موظفي الخدمة الصحية والرعاية التي يقدمونها (Hussein, 1997).

يرجع هذا الاتجاه جزئياً إلى الدائرة الثانية: المهنيين. إذ يبدأ المهنيون غالباً بافتراض أنهم "يملكون كل المعرفة وأن الناس خارج الدائرة الطبية يجب ألا يكون لهم رأي في أمور الصحة" (Cook, 1997). ونتيجة لذلك يكون التواصل بين الأطباء والأسر غير كفاء في الغالب، ولا تتطابق تصورات الطرفين لخصائص توصيل الخدمة إلا قليلاً (French Center, 1997). وتكثر الشكاوى على كلا الجانبين. فمن ناحية يشتكي المهنيون من أن الأسر لا تدرك مدى أو خطورة المشكلة ويتحدث أفرادها كثيراً ولا يفهمون المطلوب منهم ولا يصبرون، وسرعان ما يتحولون إلى مهنيين آخرين أو يقعدون

سليبين لامبالين. ومن الناحية الأخرى تشتكي الأسر من أن المهنيين لا يسمعون لهم دائماً، وأن يكونوا دائماً في عجلة من أمرهم، ويطلبون منهم أن يحققوا أهدافاً غير واقعية أو معقدة. وكثيراً ما تقول الأسر أنهم يشعرون بأن المهنيين يريدون أن يستخدموا أطفالهم لأغراض بحثية. كما تشير الأسر أيضاً إلى أن أتعاب المهنيين المالية تكون مرتفعة جداً في بعض الأحيان، وأنهم يستخدمون لغة ومفردات لا يفهمها أحد، وإما يخفون الحقيقة أو يقولونها بطريقة متهورة وعديمة الحس، أو يطمثنون أولياء الأمور كذباً بأن الأطفال "سيتغلبون" على مشكلاتهم.

هذه الحالة من سوء الظن المتبادل تدفع الأسر كثيراً إلى اللجوء إلى المستوى الثالث للخدمات الصحية: الدائرة التقليدية. وتستمد هذه الدائرة أهميتها ووجودها من حقيقة أن معظم السكان يؤمنون بأسباب غامضة للإعاقة: الأرواح الشريرة أو "العين الشريرة" أو القدر أو الاختبار الإلهي أو التكفير عن ذنوب ارتكبتها أولياء الأمور أو العقاب على عدم الرغبة في الطفل (Hussein, 1997). والطب التقليدي أسهل في استخدامه وأرخص من الطب المهني. وهو يتضمن المعالجات الروحية والشيوخ والكهنة والمعالجين بالأعشاب. وثمة مجموعة مختلفة من المعتقدات والقيم تحكم فهم وإدارة أمور الصحة والمرض في هذا المستوى. من ذلك مثلاً أنه يتم التعامل مع نوبات الصرع عن طريق المعالجات الروحية، ومن هذا المنظور تعتبر نوبات الصرع دليلاً على تلبس الجن. وحتى إذا فشل الطب التقليدي يمكن للأسر أن تعتبر طفلها المعاق بركة من الله، ولذلك يجب أن "يقبلوا إرادة الله دون تدمير" (Hussein, 1997).

يزداد موقف توصيل الخدمة تعقيداً بسبب تأخر أطباء الأطفال والممارسين العاميين في بعض الأحيان في التعرف على الأعراض المبكرة للإعاقة، وذلك لأن الإعاقات لا تُغطى بما يكفي في كليات الطب. وفي حالات التشخيص المؤكد قد يعتمد بعض الأطباء إلى المراوغة لأنهم لم يتدربوا على نقل الأخبار إلى أهل المريض،

ويفضلوا أن يتركوا هذا العبء لطبيب آخر على أساس أن الأهل سيكتشفون الأمر في النهاية. وكذلك يمكن أن يتجاهل الأطباء الأمر عن عمد عندما لا يعرفون مكاناً يحيلون الأسر إليه من أجل التدخل. وردت هذه المعضلة على لسان حكيمة تعمل في إحدى المستشفيات الحكومية كجزء من فريق صحي متنقل. ذكرت الحكيمة أنه في زيارة إلى منطقة نائية جاءت أم بطفلها ابن الخمسة أشهر المصاب بمتلازمة داون إلى العيادة المتنقلة ليحصل على التطعيم الروتيني. كان من الواضح أن الأم لا تعرف حالة طفلها. ورأت الحكيمة أنه لا جدوى من إخبار الأم بحالة الطفل نظراً لعدم وجود خدمات في مكان قريب وأنها لا تعرف بماذا تنصح الأهل في مثل هذه الحالات. وأخيراً ورغم أنه لا يوجد إلى الآن علاج طبي معترف به للإعاقات المعرفية، لا يزال بعض الأطباء يصفون للمرضى العقاقير المنشطة والمنبهة التي تتسبب أحياناً في نوبات الصرع.

إن دور الأطباء النفسيين وموظفي الخدمات الاجتماعية في نظام توصيل الخدمات ليس واضحاً بدرجة كافية. علاوة على ندرة أخصائيي العلاج الطبيعي وأمراض النطق واللغة وعدم وجود المعالجين المهنيين والنفس - حركيين وغياب التواصل بين المهنيين المختلفين الذين يعملون مع نفس الطفل، حيث يسهم كل منهم في تدخل مجزأ وغير متكامل.

أدوار الأسرة وخدمات التدخل المبكر

إن المشاعر المتناقضة التي قد تسيطر على الأهل إزاء طفلهم المعاق قد تزداد تعقيداً في المجتمع المصري بفعل نوع وترتيب الطفل وأمور الوراثة. فمولد طفل معاق يوجد إحباطاً كبيراً عندما يكون هذا المولود هو الطفل الأول لوالدين لهما تاريخ سابق مع العقم وصعوبة الإنجاب، أو عندما يكون الطفل ذكراً تنتظره الأسرة ليرث اسمها وثروتها. وعندما تولد بنت معاقة ينشأ خوف من أن يساء إليها جنسياً في المستقبل. وكل هذه العوامل، إلى جانب الضغط الاجتماعي، قد تزيد مشاعر الخزي

والحرج والعزلة الاجتماعية. وذلك قد يؤدي إلى رفض الطفل أو إهماله أو عدم تحفيزه بدرجة كافية.

ثمة عوامل أخرى يمكن أن تعرقل فرق التدخل المبكر: عدم استعداد بعض أولياء الأمور للتعاون، وانشغال الأصدقاء بمشكلاتهم الخاصة، والفقر المدقع وانخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والأمية وانخفاض المستوى التعليمي. وقد أوضحت الدراسات الوبائية أن المستوى التعليمي لمهات الأطفال ذوي الإعاقات يكون منخفضاً جداً عن مهات الأطفال غير ذوي الإعاقات. كما أوضحت الدراسات الأثنروبولوجية أن اتجاهات المهات إزاء الإعاقة كانت سلبية بين المهات ذات المستويات التعليمية المنخفضة أكثر من نظيراتهن ذات المستويات التعليمية الأعلى (French Center, 1997).

علاوة على أن بعض جوانب الإعاقات والمرض المزمن تستلزم استخدام مصادر صحية على مدى زمني طويل. بينما في دولة نامية مثل مصر يعاق الاستخدام الجيد والمستدام للخدمات بفعل عوامل تتعلق بإمكانية الوصول إلى الخدمات مثل النقل والتكلفة والتواصل مع الموظفين الطبيين (Cook, 1997).

ورغم كل ما سبق توجد بعض السمات الإيجابية للتدخل المبكر في مصر. أولاً تكون الرعاية الصحية مجانية في معظم الحالات. ولا ترضى الأسر عموماً بمؤسسات الإيواء لأطفالهم المعاقين، وتصر على بقاء الطفل في رعايتها. كما تتلقى الأسر عادة دعماً كبيراً من الأسر الممتدة والجيران وأعضاء المجتمع المحلي، حيث يكون الجميع مستعداً للمساعدة عندما يقال لهم كيف يمكن أن يساعدوا.

وصف البرنامج

يدير مركز سيتي أحد برامج التدخل المبكر القليلة في مصر. وقد أنشئ مركز سيتي في عام ١٩٨٧م كمنظمة غير حكومية تابعة لهيئة كريتاس مصر، التي تتبع

بدورها هيئة كريتاس الدولية. تعمل كريتاس الدولية في مجالات الصحة والشباب والمرأة واللاجئين ورعاية الأطفال.

وعلى اعتبار نقص البنية التحتية التي تيسر الوصول إلى التدخل وندرة الخدمات كان الحل في مصر يتمثل في الاعتماد على الأسر ودعم المؤسسات أو المجتمعات المحلية. وهكذا طور مركز سيتي نموذجاً لخدمات التدخل المبكر بالشراكة مع الأسر. يساعد هذا النموذج الأسر في ضمان أن ينمو أطفالهم ذوي الإعاقات إلى أقصى ما تسمح به إمكانياتهم مع وضع السياق المصري في الاعتبار بما يتميز به من حيث جوانب القوة والضعف. ويهدف النموذج إلى:

- مساعدة الأطفال من الولادة حتى عمر الرابعة الذين لديهم إعاقات مثل متلازمة داون والشلل الدماغي والإعاقات المعرفية والشذوذ الكروموسومي والاضطرابات الأيضية.
- المساعدة في تنمية قدرات الأطفال الحركية والاجتماعية والمعرفية، وكذلك مهارات التواصل ومساعدة الذات.
- دعم الأسر لمساعدتها في فهم إعاقة أطفالها والتغلب على مشاعر الخزي والخرج، فضلاً عن تعليمهم كيف ينفذون خطة التدخل.
- دعم وتدريب أطباء الأطفال والمهنيين الصحيين والموظفين الصحيين المجتمعيين لزيادة الوعي بخصائص وخدمات الإعاقة وأهمية الاكتشاف المبكر.
- تدريب موظفي المنظمات غير الحكومية والهيئات الحكومية على إستراتيجيات وأساليب التدخل المبكر بهدف توسيع النموذج بما يسمح بتكراره وزيادة عدد المستفيدين.

لقد بني نموذج مركز سيتي لتوصيل الخدمة على الاعتقاد بأن إقامة شراكات حقيقية مع أولياء الأمور أمر مرغوب فيه وضروري لنجاح أي برنامج للتدخل المبكر.

فقد أوضحت الدراسات أن العلاج النشط عندما يقترن مع الاستشارة ينتج تحسناً كبيراً في قدرات الأطفال في مجالات مثل التواصل (Rustin, 1995). وقد ذهب بوفينبرنر Bronfenbrenner إلى أنه دون مشاركة الأسرة "سيتآكل أي تأثير للتدخل، على الأقل في المجال المعرفي، بمجرد انتهاء البرنامج" (مثل: McConkey, 1985, p. 20). ولذلك فمن أهداف برنامج التدخل المبكر أن يعيد ثقة أولياء الأمور في مهاراتهم الوالدية (Rustin, 1995). يقع هذا النموذج على الطرف المقابل "لوصفات" العمل المعلقة التي تعد دون مشاركة الوالدين، بما يزيد من اعتماد أولياء الأمور على المهنيين ويقلل الاستقلالية والثقة بالنفس من جانب أولياء الأمور (Cunningham, cited in McConkey, 1985). فضلاً عن أن البرامج التي تحترم بيئات وروتين الأسر تكون فرصتها أفضل في النجاح من تلك التي تهمل الأبنية الأسرية لرعاية الطفولة أو تفرض تغييرات كثيرة في الروتين اليومي (McConachie, cited in McConkey, 1985). لذلك لا يجب النظر إلى أولياء الأمور باعتبارهم متلقين سلبيين للمعلومات القادمة من أشخاص آخرين يعرفون أفضل منهم، وإنما يجب أن تتسم الخدمات بالتشارك الكامل في المعرفة والمهارات والخبرات بين أولياء الأمور والمهنيين. وذلك يقدم نظام دعم مستدام للطفل يعزز تأثيرات البرنامج وهو لا يزال جارياً ويحافظ على فوائده بعد أن ينتهي (Bronfenbrenner, cited in McConkey, 1985).

الممارسات التي تضمن الشراكة

يقوم نموذج مركز سיתי على أهمية المشاركة الأسرية من أجل تحقيق أفضل المخرجات للطفل وعلى الاعتقاد بقدرة الوالدين على العمل كشركاء في التدخل. وقد استرشد هذا النموذج لتوصيل الخدمات بستة أهداف رئيسية:

١- ضمان مشاركة أولياء الأمور.

٢- تزويد أولياء الأمور بالمعرفة والمهارات.

٣- ضمان أن يكون البرنامج منظماً ومستداماً.

٤- توفير التجهيزات.

٥- الحفاظ على الدافعية والمشاركة.

٦- نشر الوعي وتحسين إتاحة الخدمات.

وقد اتبعت إستراتيجيات محددة لبلوغ تلك الأهداف تفصيلها كالتالي.

ضمان مشاركة أولياء الأمور

لقد صمم البرنامج بهدف إشراك أولياء الأمور في التقييم ووضع الأهداف والتدخل، وذلك باستخدام الطرق التالية.

أدوات التقييم سهلة الاستخدام: يستخدم البرنامج قوائم نمائية بمصطلحات بسيطة مثل الدليل الأسري للتربية المبكرة (Portage Guide to Early Education) (Bluma, Shearer, Frohman, & Billiard, 1976) الذي ترجم إلى اللغة العربية وقُضِن على الثقافة المصرية. وقد ثبت نجاح هذه القوائم في أن توضح لأولياء الأمور عملية التقييم ونوع المعلومات المطلوبة وجوانب أداء الطفل التي يجب ملاحظتها ومستويات الأداء اللازمة للقول بوجودها. وفي بعض الأحيان كانت هذه الاستثمارات تعطى للأمهات لكي يكملنها في المنزل بحيث يشركن الآباء وأفراد الأسرة الآخرين. وقد استخدم نظام مكون من رسوم وعلامات لأولياء الأمور الذين لا يستطيعون القراءة. وقد تم التأكيد على أن يكون التقييم مستمراً وأن يحدث التشارك من المعلومات في أي وقت في أثناء عملية التدخل.

أهداف واضحة سهلة التحقيق والاصياغة: بعد تحديد مستوى أداء الطفل، تتم مساعدة أولياء الأمور في اختيار أهداف التدخل وفقاً لقدرات أطفالهم وألويوات أولياء الأمور. وتصاغ الأهداف بكلمات واضحة بسيطة، وتكون قابلة للتطبيق في المنزل باستخدام الأجهزة والمواد المتاحة. وقد تم تخطيط زيارات منزلية في هذه المرحلة للتأكد من تجاوب البيئة المنزلية في أثناء التخطيط للمراحل التالية من التدخل.

مساهمة أولياء الأمور في تكييف الأنشطة: يدعى أولياء الأمور لإبداء آرائهم في مدى ملاءمة الأنشطة المقترحة لأطفالهم. كما يطلب منهم أن يساعدوا في تعديل وتكييف الأنشطة لتحسينها. وتكون مقترحات أولياء الأمور محل ترحيب وتقدير وتوضع موضع التنفيذ. يمكن هذا النموذج التعاوني المهنيين وأولياء الأمور من توليد حلول إبداعية للمشكلات المختلفة بطريقة تعاونية.

تزويد أولياء الأمور بالمعرفة والمهارات

في الشراكات الحقيقية يمتلك كلا الشريكين معلومات متساوية لضمان العمل الكفء. وذلك يتحقق من خلال الأنشطة التالية.

برنامج تعليم أولياء الأمور: يسير برنامج أولياء الأمور بالتوازي مع برنامج التدخل الخاص بالطفل. ويصمم البرنامج لمجموعات من أولياء الأمور تكون احتياجات أطفالهم متماثلة. توفر هذه البرامج لأولياء الأمور الخلفية النظرية اللازمة لفهم نمو الطفل النموذجي في المجالات المختلفة وطبيعة وأسباب الإعاقة والأساس المنطقي وراء التدخل والأفعال المقترحة عند مواجهة التأخر في بعض المجالات. وتستخدم المعينات السمعية البصرية مثل أشرطة الفيديو والرسوم لضمان توفر وإتاحة المعلومات لأولياء الأمور من الخلفيات التعليمية المختلفة. كما توزع مادة مكتوبة مزودة بمخططات ورسوم توضيحية حتى يتيسر لأولياء الأمور الرجوع إليها في المستقبل.

العروض العملية وتقديم المشورة: يقوم المهنيون بالعرض العملي لطرق تعليم الطفل. ويتمرن أولياء الأمور على هذه الإجراءات مع المهنيين بحيث يستطيعون أن يواصلوا الدعم في المنزل.

المعلومات والتغذية المرتدة: يحدد وقت معين في كل جلسة يعلق فيه كل من أولياء الأمور والمهنيين على ما حدث وبغرض تحديد ما إذا كان النشاط ناجحاً ووضع توصيات للجلسات المستقبلية أو الأنشطة المنزلية. وفي أثناء إنجاز هذا الهدف يتعلم

المهنيون أن يقدموا ما لديهم من معرفة ومهارات، وكذلك أن يتخلوا عما قد يكون في حوزتهم من سلطة. يشجع ذلك أولياء الأمور على أداء هذه الأنشطة بهمة ونشاط. وبالطبع لا تكون هذه المهمة سهلة على المهنيين. فهي حقيقة "أحد أصعب المهارات التي يجب على (المهنيين جيدي التدريب) أن يتعلموها" (Mittler, cited in McConkey, 1985). كما يساعد تخصيص وقت لتبادل المعلومات والتغذية المرتدة في تحسين التواصل بين أولياء الأمور والمهنيين، وهو ما يؤثر إيجابياً بدوره على الروح المعنوية لكلا الطرفين وعلى تفاعلهم مع الطفل. وكما جاء في تعليق إحدى الأمهات: "لا يهم إن ابني يتقدم ببطء، فأنا أعرف أن هناك من سيستمع لي مرة كل أسبوع ويشارك معي في اللعب". وقول هذه الأم يشبه مثلاً مصرحاً يقول: "لاقني ولا تغديني". ويتفق ذلك مع نتائج دراسة هوانج وهيفتز Huang and Heifetz (نقلاً عن: McConkey, 1985) التي وجدت أن أولياء الأمور يقيمون أولاً أداء المهنيين واهتمامهم وتفهمهم عندما يصنفونهم كمتعاونين أو غير ذلك. يلي هذا المحك قدرة المهنيين على تمكين أولياء الأمور من المشاركة في صنع القرار. ثم تأتي الخبرة والكفاءة في المرتبة الثالثة! ضمان أن يكون البرنامج منظماً ومستداماً

لقد فشلت بعض البرامج جيدة الإعداد بسبب نقص المتابعة أو بسبب فراغ الجداول أو ازدحامها. كما يشتكي أولياء الأمور أحياناً من أن الأنشطة تستهلك وقتاً كبيراً. ولذلك فقد اتخذت عدة إجراءات لضمان إعداد جدول متوازن. الجلسات الأسبوعية: أثبتت جلسات الساعة الواحدة الأسبوعية نجاحها لأنها توفر وقتاً كافياً للممارسات المنزلية للأهداف والمتابعة الحثيثة إذا ظهرت المشكلات. وتسمح تلك الجلسات للمهنيين بأن يخدموا أطفالاً أكثر أسبوعياً مما كان يمكن لهم قبل أن يبدأ أولياء الأمور في تنفيذ الأنشطة في المنزل.

مهام منزلية قصيرة وواضحة: يتم الاتفاق على أنشطة للأهداف المختارة، ويوضح أولياء الأمور التكرار الذي سيؤدون به هذه الأنشطة على مدار الأسبوع. ويضع أولياء الأمور علامات في ورقة المهام الأسبوعية أمام الأنشطة التي يكملونها ويضعون تعليقاتهم التي ستناقش في الجلسات التالية.

المتابعة في نهاية البرنامج: تخطط جلسات شهرية للمتابعة لإعطاء أولياء الأمور الدعم الذي قد يحتاجون إليه.

توفير التجهيزات

كان أولياء الأمور يشكون كثيراً من عدم توفر المواد أو التجهيزات المستخدمة في الخدمات التقليدية أو ارتفاع تكلفتها. وقد عولجت هذه المسألة عبر المكونات التالية. المواد منخفضة التكلفة: تم توفير الألعاب والكتب والمواد التي تستخدم في الجلسات إما بتكلفة منخفضة أو مجاناً أو التوجيه حول طريقة صنعها بالمواد المتاحة في المنزل. ومن أمثلة ذلك أنه تم استخدام علب الجبن الفارغة ومشابك الغسيل الملونة والملاعق الخشبية لإنتاج لعب جذابة ومتينة. كما سُمح لأولياء الأمور بأن يستعيروا هذه الألعاب من المركز أو شرح لهم كيف يصنعونها بأنفسهم.

معينات رخيصة تصنع وفقاً للطلب: يمكن صناعة معينات وأجهزة للأطفال ذوي الشلل الدماغي أو الإعاقات الحركية الأخرى وفقاً للمواصفات التي يريدها أولياء الأمور في ورشة ملحقة بوحدة التدخل المبكر. وفي هذه الورشة يتم تصنيع إطارات الوقوف والكراسي المتحركة وأدوات الأكل الخاصة من مواد رخيصة لكنها قوية التحمل.

الحفاظ على الدافعية والمشاركة

لقد أثبت إشراك أفراد آخرين من الأسر أولياء الأمور المشاركين وتوضيح كيف يمكن للآخرين أن يستفيدوا من خبرات أولياء الأمور المشاركين أنه إجراء مفيد وفعال في الحفاظ على اهتمام وحماس أولياء الأمور. وقد ساعدت عوامل مختلفة في إنجاز ذلك.

الدعم من أسرة لأسرة: رتبت لقاءات بين الأسر للتشارك في الخبرات وتبادل العناوين ومناقشة الأنشطة المفيدة أو لمجرد التعبير عن المشاعر. وتشجع الأسر الجديدة على مركز سيتي على حضور هذه اللقاءات للحصول على دعم ثمين من الأشخاص القدامى الذين يمكن أن يقدموا المشورة لهم. وفي ذلك إعمال للمثلين المصريين "أسأل مجرب ولا تسأل طبيب" و"الذي يده في المياه ليس كمن يده في النار" بمعنى أن من يعيش نفس موقفك الصعب ستكون نصيحته أفضل ممن لم يجرب نفس الموقف.

مشاركة الآباء: تحاول خدمة التدخل المبكر من خلال ترتيب لقاءات في أيام الجمع (يوم العطلة) وتخطيط زهات لكل الأسرة أن تشرك الوالدين أيضاً. والهدف من ذلك هو أن يلتقي الآباء معاً ويشعرون بأن لهم دور مهم في حياة أطفالهم وزوجاتهم. علماً بأن الآباء يبدون سلبين لأنهم لا يعرفون ماذا يجب أن يفعلوا أو يخشون من أن يفعلونه بشكل سيئ. وقد وجد مركز سيتي أن السماح للآباء بالتعبير عن مشاعرهم والتحدث عن أطفالهم، وكذلك تعريفهم كيف يمكن أن يساعدوا أطفالهم ويتشاركوا في مشاعرهم مع زوجاتهم يساعد الآباء في لعب دور أكثر نشاطاً مع أسرهم والأسر الأخرى التي تحتاج إلى دعم. وكما يشير المثل المصري السابق فإن اللقاء بآباء آخرين نجحوا في لعب هذا الدور النشط يكون أكثر تأثيراً في تغيير اتجاهات الآباء السلبية من نصائح وتوجيهات أفضل المهنيين.

برنامج الأشقاء: استجابة لطلبات الأمهات أُطلق برنامج للأشقاء وأثبت أنه ناجح جداً. وتنظم أنشطة جماعية للإخوة والأخوات لتوضيح طبيعة وأسباب الإعاقة وتمكين الأشقاء من إبداء ومناقشة مشاعرهم واقتراح طرق يمكن من خلالها أن يساعدوا أخوانهم أو أخواتهم أو آبائهم. كما تتوفر لهم الفرصة لمقابلة أشقاء الأطفال الآخرين الذين تغلبوا على مشاعر الخزي أو الحرج أو الرفض ويشكلون من أنفسهم مجموعات للدعم المتبادل. علاوة على أنهم مارسوا بعد ذلك تأثيراً إيجابياً في مدارسهم وبين

أصدقائهم. ومن ذلك أن قام شقيق لطفل ذي متلازمة داون بإخبار معلمه بخدمات مركزنا، وقد كان لدى هذا المعلم نفسه طفل من ذوي متلازمة داون ولم يكن يعرف ما يجب عليه أن يفعله معه.

التزاهات الأسرية: كما ورد آنفاً لا تزال الأسرة الممتدة وحدة مهمة في الثقافة المصرية. ولذلك يمكن لأعضاء الأسرة الممتدة أن يقوضوا جهود الآباء والأمهات من خلال الضغط أو النقد المستمرين، ويمكن لهم كذلك أن يدعموا هذه الجهود إذا فهموا الأهداف. ومن أجل ضمان هذا الدعم، دُعي الأجداد والعمات أو الأعمام الذين يعيشون مع الأسرة للتزاهات والمعسكرات الصيفية.

نشر الوعي وتحسين إمكانية الوصول للخدمات

إن أطباء الأطفال أو موظفي الخدمات الصحية الحالية الذين يطلب أولياء الأمور مساعدتهم في أول الأمر يكونوا في الغالب مخيبين للآمال. وبدلاً من إيجاد أبنية جديدة، وجد مركز سبتي أن من الأفضل والاقتصادي تفعيل الأبنية الحالية - خاصة أبنية الرعاية الصحية الأولية - من خلال تدريب الأطباء والموظفين (French Center, 1997). وقد نفذ البرنامج ثلاثة برامج لإنجاز هذا الهدف.

برنامج توعية الأطباء: تنظم لقاءات توعية لأطباء الأطفال والأطباء الآخرين وموظفي الرعاية الصحية لزيادة معرفتهم حول الإعاقة وقدرتهم على الاكتشاف المبكر وإعطائهم معلومات حول الخدمات الحالية وتعديل اتجاهاتهم نحو الإعاقة. في هذه اللقاءات يتشارك أولياء الأمور مع الأطباء في خبراتهم حول المرة الأولى التي أخبروا فيها بأن أطفالهم معاقين. وناقشوا معاً طريقة إخبار الأهل الصريحة والمؤلمة في مقابل الطريقة التي تبعث على الطمأنينة. ويدعى المهنيون الطبيون ذوي الاتجاه الإيجابي نحو الأطفال المعاقين لكي يتشاركوا مع الآخرين في معرفتهم وخبرتهم. وهذه الآراء "الخبيرة" تكون في الغالب فعالة في تعديل اتجاهات الأطباء السلبية لأنها تأتي من

أشخاص من "الدائرة المميزة". وفي هذه اللقاءات توزع كتيبات تحوي معلومات مفيدة ومخططات للنمو النموذجي (للمساعدة في التعرف على الأعراض الأولية للإعاقة).
برامج تدريبية للمهنيين: يقدم للمهنيين في وحدات الرعاية الصحية الأولية أو مستشفيات طب الأطفال تدريباً على توصيل خدمات التدخل المبكر بالشراكة مع أولياء الأمور. تولد عن ذلك شبكات خدمة جيدة التغطية ومعقولة التكلفة. ويؤدي إضافة التدخل المبكر إلى إتاحتها لعشرات الآلاف من الأسر التي تزور هذه الوحدات من أجل الفحص أو التطعيمات الروتينية. يقدم هذه الخدمات حالياً المركز القومي للبحوث ومستشفى جامعة عين شمس ووحدات الرعاية الصحية الأولية بمحافظة الإسكندرية.

برامج تدريبية للمتطوعين: دشنت منظمة الصحة العالمية برنامجاً عالمياً للتأهيل القائم على المجتمع المحلي يلائم الدول النامية على نحو خاص. تقدم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات، وفقاً لهذا النموذج، في البيئة التي يعيشون فيها وبأدنى تكلفة وباستخدام الموارد المتاحة في المجتمع المحلي. ويُجند متطوعون من المجتمع المحلي ويدربوا على نقل خبراتهم إلى الأسر. وتدمج في هذه البرامج التدريبية معلومات حول توفير خدمات التدخل المبكر. أما المستفيدون الرئيسيون من برامج التأهيل المجتمعي فهم الأسر التي تعيش في الأحياء الفقيرة والمجتمعات المحلية ذات الحالة الاجتماعية - الاقتصادية المنخفضة. وكثير من المتطوعين يكونون من أولياء أمور أو أشقاء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

فعالية الخدمات التي يقدمها مركز سيتي

إضافة إلى التحسن الذي أظهره الأطفال في مجالات النمو المختلفة بعد حضورهم في مركز سيتي، تم قبول الكثير منهم في مدارس التعليم العام. وبالطبع لم يكن هذا الإنجاز ممكناً إذا لم يتلقوا خدمات التدخل المبكر. لقد تم تكييف البرنامج

بنجاح ليلائم أنواعاً مختلفة من الإعاقات وأشكال التأخر. وقد استفادت أسر من خلفيات اجتماعية اقتصادية وثقافية مختلفة من المكونات الكثيرة لهذه الخدمات.

لقد تمكن أولياء الأمور من إعادة تشكيل دورهم الوالدي والارتباط المفقود مع أطفالهم. وقد تمكنوا أيضاً من لعب أدوار المربين لأطفالهم والموجهين للأسر الأخرى والمدافعين عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات. وكذلك أقيمت مجموعات دعم متبادل قام أولياء الأمور من خلالها بتبادل الخدمات أو الأجهزة المعدلة أو الألعاب التي لم يعد أطفالهم يريدونها. على سبيل المثال صنعت أم غطاء واقياً للرأس لابن أم أخرى لحماية رأسه في أثناء نوبات الصرع.

وقام الآباء بجمع معلومات مفيدة من الإنترنت وترجمتها ونسخها وتوزيعها. وقد وزع أعضاء "اتحاد أولياء الأمور التدخل المبكر" المشكل حديثاً أسماؤهم وأرقام هواتفهم على أطباء الأطفال وأطباء النساء والتوليد، على أمل أن يتصل بهم هؤلاء الأطباء عندما يرد إليهم أولياء أمور آخرين يكتشفون إعاقة أطفالهم لأول مرة ويحتاجون إلى دعم من أسر ذات خبرة.

وكذلك شاركت أسر كثيرة في حلقات نقاشية ومؤتمرات ولقاءات مع متطوعين أو مسئولين وبرامج تلفزيونية أو إذاعية لرفع الوعي الاجتماعي وتعديل الاتجاهات الخاطئة والمطالبة بمزيد من الحقوق للأطفال ذوي الإعاقات. وقد نجحت عدة أمهات لم يكن لديهن خبرة مهنية سابقة في العثور على فرص عمل ومصدر دخل ثابت كن في أشد الحاجة إليه بفضل التدريب الذي تلقوه من خلال برنامج التدخل المبكر. كما زادت الإحالات من أطباء الأطفال الذين حضروا لقاءات التوعية، والأهم أن أولياء الأمور المحليين قالوا أن هؤلاء الأطباء كانوا متعاونين إلى حد كبير. بل إن بعض هؤلاء الأطباء بدأوا خدمات التدخل المبكر حتى في العيادات أو المستشفيات التي يعملون فيها.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

ينبغي التأكيد على دور الأسر في التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. فالأسر لا تعرف فحسب كيف تستخدم الجوانب الإيجابية لدى أطفالها ومهاراتهم، وإنما يستطيعون أيضاً أن يعدلوا ويكيفوا خصائص البرنامج لكي يلائم الاحتياجات الفردية للأطفال بدرجة أفضل. علاوة على أنهم يمكن أن يحققوا ذلك بأقل تكلفة، وهو عامل مهم، خاصة في الدول النامية.

ولذلك يعتبر اتخاذ الأسر كشركاء أفضل مداخل التدخل من حيث الفعالية والكلفة الاقتصادية. لكن هذه الشراكة تشكل تحدياً لم يُعد له المهنيون دائماً. ويجب على المهنيين أن يتجاوزوا مع هذا التحدي ببذل الجهود اللازمة لمرافقة الأسر في المراحل التي يمرون بها منذ اكتشاف إعاقة طفلهم، وأن يسعوا دائماً من خلال البرامج التدريبية لأولياء الأمور إلى تحسين قدرات الأخيرين. ويجب أيضاً أن يكونوا مستعدين لأن يسمعون لأولياء الأمور ويلاحظونهم ويتعلموا منهم، أو أن "يستشيرونهم بنفس قدر ما يستشيرهم أولياء الأمور" (McConkey, 1985). ويجب أن يشرك المهنيون أولياء الأمور في صنع القرار وأن يأخذوا آراءهم في الحسبان لتعزيز قبول الإجراءات المقترحة. (French Center, 1997).

ولا يلزم أن يكون كل أعضاء الفريق الذين يعملون في مثل هذه البرامج مؤهلين طبيياً. فالبرنامج يمكن أن يتقدم بنجاح في حال وجود عضو واحد من الفريق على الأقل يحمل مثل هذه المؤهلات (طبيب أطفال أو ممرضة مثلاً). ثمة ندرة في الموظفين شديدي التخصص (مثل أخصائيي أمراض النطق واللغة وأخصائيي العلاج الطبيعي والمعالجين المهنيين) في الدول النامية، وفي حالات أخرى لا يعتبر هؤلاء المهنيين العمل مع الأطفال عملاً من النوع الذي يرفع المكانة الاجتماعية. لكن يمكن للبرامج مع ذلك، كما فعل مركز سياتي، أن تلجأ إلى تدريب أفراد من خلفيات تعليمية أخرى لتقديم خدمات

التدخل المبكر. وقد قام البرنامج بتدريب معلمي الطفولة المبكرة أو الأخصائيين النفسيين أو موظفي الخدمات الاجتماعية أو الأفراد ذوي التخصصات غير المرتبطة بالإعاقات، وهؤلاء يظهرون اهتماماً ودافعية للعمل كأعضاء في فريق (يسمى هؤلاء "موظفين عامين" Generic Workers). ويكتسب هؤلاء المهارات العملية في أثناء أداء الوظيفة من مجالات مختلفة تمكنهم من العمل مع الأطفال ذوي الإعاقات. وبالفعل نجح المهنيون في نقل مهارات مثل دعم التواصل أو تحقيق الوضع الجسمي للأطفال ذوي الشلل الدماغي أو تكييف البيئة المنزلية لكي تلائم الأطفال ذوي الإعاقات إلى أعضاء فريق التدخل المبكر. والتحدي الذي يواجه المهنيين لا يتمثل فحسب في إشراك وتمكين أولياء الأمور في شراكة واقعية وملائمة (Rustin, 1995)، وإنما أيضاً في أن يفعلوا ذلك مع موظفين غير مهنيين. ونجاح هذه الشراكة يفيد الطفل والأسر والمهنيين أنفسهم والمجتمع ككل.

ويمكن لأفراد الأسر أن يلعبوا دوراً نشطاً في برنامج التدخل الخاص بأطفالهم، وهو ما يحث نتائج إيجابية من حيث تقدير الذات والثقة من جانب أولياء الأمور في مهاراتهم. فيتعلمون كيف يعبروا عن الاحتياجات الأسرية بطريقة أفضل وأن يكونوا مدافعين حقيقيين عن أطفالهم وأن يكونوا "نقديين" أكثر بالمعنى الإيجابي للخدمات التي تقدم لأطفالهم. ويتعلم المهنيون أن يستمعوا أكثر وأن يظهروا التعاطف وأن ينظروا إلى أولياء الأمور كمستهلكين يحق لهم التعليق على الخدمات المقدمة لهم. وهم بذلك يصبحون مهنيين أفضل بكثير. وبذلك أيضاً تبنى الثقة المتبادلة وينتج الإثراء المتبادل عن التشارك في الخبرات والمعلومات.

خاتمة

نظراً لندرة خدمات التدخل المبكر في مصر، دشّن مركز سياتي نموذجاً للشراكة مع أولياء الأمور. يأخذ هذا النموذج في الاعتبار خصائص السياق المصري، بما فيه من جوانب قوة وضعف. ويعالج تحديات مثل نقص الموارد والاتجاهات السلبية ونقص

الوعي والامية بين أولياء الأمور وارتفاع التكلفة وعدم سهولة الوصول إلى الخدمات. وفي نفس الوقت يستخدم البرنامج وينمي كفايات أولياء الأمور وسلوكهم الذي قد يسهم في النمو الصحي للطفل. يحدد البرنامج أيضاً ويفعل الموارد الكامنة في المجتمع المحلي. وبذلك لا يصير التدخل المبكر مسؤولية المهنيين وحدهم، حيث تتشارك الأسر والمجتمعات المحلية في هذه المسؤولية، بما يعزز جودة خدمات التدخل المبكر واستمراريتها وتغطيتها وفعاليتها من حيث التكلفة.

المراجع

References

- Bluma, S.M., Shearer, M.S., Frohman, A.M., & Hilliard, A.M. (1976). *Portage Guide to Early Education: Checklist, Curriculum and Card File*. Portage, WI: Cooperative Educational Service Agency.
- Cook, J. (1997). People's perception and habits in making use of health services. In proceedings of the seminar *Childhood and Handicap: Concepts and Strategies* (pp. 23-24). Cairo, Egypt: United Nations Development Program.
- El Sherif, H. (1996). The national strategy to combat handicaps in Egypt. In proceedings of the seminar *Childhood and Handicap: Concepts and Strategies* (p. 64). Cairo, Egypt: United Nations Development Program.
- French Center for Culture and Cooperation. (1997). *Handicapped children in Egypt: Past and present work of the French cooperation* (pp. 2-5). Cairo, Egypt: Author.
- Hussein, A. (1997). Anthropology of handicaps. In proceedings of the seminar *Childhood and Handicap: Concepts and Strategies* (pp. 40-41). Cairo, Egypt: United Nations Development Program.
- Magdi, S. (1995). Current situation and services. In *Report on Childhood Disability Workshop* (p. 47). Cairo, Egypt: UNICEF.
- Mansour, E. (1997). Policy of the Ministry of Health for the benefit of handicapped children. In proceedings of the seminar *Childhood and Handicap: Concepts and Strategies* (p. 24). Cairo, Egypt: United Nations Development Program.
- McConkey, R. (1985). *Working with parents: A practical guide for teachers and therapists*. London: Groom Helm.
- National Council, for Childhood and Motherhood. (2000). *National report on follow-up to the World Summit for Children* (pp. 2-17). Cairo, Egypt: Author.
- Rustin, L. (1995). Parents and families of children with communicative disorders. *Folia Phoniatica et Logopaedics*, 47, 123-139.

obbeikandi.com

التدريب وإعداد الموظفين

Training and Personnel Preparation

- بناء فريق حول الطفل من خلال التعليم المستمر للمهنيين (السويد)
- الممارسون غير المهنيين في برامج التدخل المبكر منخفضة التكاليف (جامايكا)
- نموذج شامل إلى التدريب على التدخل المبكر (البرتغال)

obbeikandi.com

بناء فريق حول الطفل من خلال

التعليم المستمر للمهنيين (السويد)

Creating a Team Around the Child Through Professionals' Continuing Education (Sweden)

إيفا بورك - أكيسون Eva Björck-Akesson

ماتس غرانلوند Mats Granlund

تتألف بيئة التدخل المبكر في السويد من الأسرة وفصول ما قبل المدرسة ومراكز الخدمات الصحية للأطفال (CHS) Child Health Services ومراكز تأهيل الطفولة (CHC) Child Habilitation Center. والإجماع مهم حول فلسفة ومبادئ التدخل المبكر. وثمة حاجة لأن يركز تعليم المهنيين على الأساس النظري للتدخل المبكر في السويد. يصف هذا الفصل التدخل المبكر في السويد وكيف يمكن تصميم وتنفيذ التعليم الإضافي والمستمر للمهنيين. تضرب الحكاية التالية المثل على أهمية التعاون القائم على مرجعية مشتركة في التدخل المبكر (للطفل والأسرة).

حكاية كارل

يعيش كارل Karl ابن الخامسة مع أمه وأبيه وأخيه الأصغر في بلدة صغيرة في جنوب السويد، ويعيش أجداده في منطقة قريبة منهم. وتنتظر أمه طفلاً جديداً في وقت قريب.

ولد كارل قبل ٦ أسابيع من تمام مدة الحمل. ومنذ ولادته يخضع كارل للمتابعة وثيقة من جانب أطباء الأطفال بقسم طب الأطفال وممرضة متخصصة في طب الأطفال. وقد كان واضحاً وكارل في عمر ٦ أشهر أن نموه الحركي متأخر. وقد حصل كارل على تشخيص أولي بالشلل الدماغي في عمر ١٤ شهراً. وأخذ يتلقى دعماً خاصاً من إخصائي علاج طبيعي بأحد مراكز تأهيل الطفولة بداية من عمر ٦ أشهر، وفيما بعد من أحد مستشاري ما قبل المدرسة (معلم تربية خاصة) وإخصائي نطق ولغة.

كان كارل الطفل الأول لوالديه، ولذلك لم تكن لديهم خبرة سابقة في تربية الأطفال. وقد كانا يعتقدان أن نمو كارل نموذجياً، وإن كان بطيئاً بعض الشيء. فقد كان كارل منذ عمر مبكر طفلاً اجتماعياً جداً وكان يتمتع بمهارات تواصل جيدة. ولذلك صُدم والدا كارل عندما أخبرا بأنه مصاب بشلل دماغي. وكان رأيهما أن المهنيين ينظرون فقط إلى نقائص كارل ولا يعترفون بقدراته. كما كان من دواعي خيبة أمل والديه أن الدعم الذي كان يقدم له في ذلك الوقت لم يكن يحتويهم كشركاء في التدخل.

في سنواته الخمس الأولى تلقى كارل خدمات طبية وتعليمية وعلاجية عديدة. وكان والداه راضيين عن الدعم الذي يتلقونه، لكنهما كانا يريدان إشراكهما بدرجة أكبر في القرارات والتدخلات التي تخطط لكارل. وكانا يريدان أيضاً أن يلتقيا بكل المهنيين المشاركين في وقت واحد لكي يناقشا ويحددا التدخلات. وكانا يريدان أن كل التدخلات يجب أن تكيف وتواءم مع أسلوب حياتهم وتدمج في حياتهم اليومية. وكل ما كان يطلبانه هو التعاون بين كل المشاركين، وهما منهم بالطبع، والتوثيق الجيد للتدخلات. لكن هذان المطلبان استغرقا وقتاً طويلاً قبل أن يلبيا. وعندما بلغ كارل الخامسة اقتنع والداه أخيراً بأنهما يشتركان بالكامل في التدخلات وصنع القرار. كان فريق التدخل يتألف من والدي كارل ومعالج طبيعي ومساعد شخصي ومعلم ما قبل مدرسة وممرضة طب أطفال وإخصائي أمراض نطق ولغة. وإلى جانب ذلك يمكن الاستعانة بأي مهنيين آخرين.

لقد انبثقت عدة دروس عن العمل مع كارل ووالديه. أولاً لا يعتبر الوالدان شركاء في عملية التدخل في غالب الأحيان. وهما لذلك كانا يريدان أن خبرتهما ومعرفتهما بطفلها يتم تجاهلها أحياناً، وأن التدخلات لم تكن تكيف دائماً مع حياتهم اليومية. ثانياً يفضل أولياء الأمور أن يتواصل المهنيون من المنظمات المختلفة معاً وأن ينطلقوا في عملهم من فلسفة ونظرية مشتركة (كما تجلّى في قانون الدعم والخدمات وقانون الخدمات الصحية والطبية بالسويد). ثالثاً يرى أولياء الأمور أن التوثيق الجيد يحسن عملية التدخل. ويمكن لاستخدام التقنيات الجديدة مثل صفحات شخصية على شبكة الإنترنت للطفل والأسرة أن تفيد في ذلك مستقبلاً.

السياق القومي

تنظر فلسفة الطفولة السويدية إلى الطفولة باعتبارها فترة متفردة في حياة البشر. والطفولة لها قيمتها في ذاتها، وليس فقط باعتبارها وقت إعداد لسنوات البلوغ وإستثمار من أجل المستقبل. ولا بد أن يسمح للأطفال بأن يعيشوا وقتهم وحياتهم. وقيمة اللعب الكبيرة تتضح في الإقتباس الذي صدرنا به الفصل من أسترد ليندجرين Astrid Lindgren مؤلفة كتب الأطفال السويدية المعروفة عالمياً. تبرز ليندجرين في كتبها "الروح القومية" السويدية التي تحتل الطبيعة والعلاقات الوثيقة بين الأشخاص أهمية كبيرة فيها، وكذلك الخيال ومراعاة شعور الآخرين والاستمتاع بالأشياء الصغيرة في الحياة اليومية. ويمكن للبالغين أن يوفرُوا إمكانات للأطفال من خلال دعم الأطفال وتدريبهم في نموم ولعبهم وتعلمهم.

السويد دولة ديمقراطية صناعية حديثة تقع في إسكندنافيا في شمال أوروبا، وتشكل جزءاً من الاتحاد الأوروبي. ورقعتها من الأرض طويلة وضيقة، وتبلغ المسافة بين أقصى جزء في الشمال ومثيله في الجنوب ١٥٧٤ كيلو متراً، بينما تبلغ أعرض نقطة ٤٩٩ كيلو متراً. ورغم وقوعها في الدائرة القطبية الشمالية فمناخها يلفه وجود أربعة فصول متميزة. فتيار الخليج القادم من الغرب يتسبب في صيف دافئ. ومع ذلك فإن شتاء السويد قد يكون طويلاً وبارداً.

وتتفاوت مقاطعات السويد من سطح منبسط ومهد إلى آخر منعزل به جبال عالية. وتغطي الغابات نصف مساحة السويد، وأقل من ١٠٪ من سطحها مهدته يد الإنسان. وبينما يكاد يكون شمال البلاد غير أهل بالسكان، يعيش معظم السكان في الأجزاء الجنوبية والوسطى من السويد. وتحكم السويد أسرة مالكة وراثية وحكومة برلمانية يقودها رئيس وزراء، ويبلغ عدد سكانها ٨,٩ مليون شخص تقريباً (Statistiska Centralbyran, 2000).

اللغة السويدية هي اللغة الوطنية. ويبدأ الأطفال في تعلم اللغة الإنجليزية في المدرسة الابتدائية، ويتعلم معظم الأطفال أيضاً لغة أجنبية أخرى فيما بعد (كالأسبانية أو الفرنسية أو الألمانية). ويهتم المواطنون بالمسائل المدنية، كما يتضح في حقيقة أن ٨١٪ من السكان صوتوا في انتخابات ١٩٩٨م. وإستوكهولم هي العاصمة الوطنية وبها حوالي مليوني شخص يعيشون في منطقة إستوكهولم الكبرى. تتمتع البلديات الـ ٢٨٩ في السويد بحرية كبيرة في تكوين هيئات صنع السياسات في كل منها. وهذه البلديات هي المسئولة عن الخدمات الأساسية إلى كل الأشخاص، بما في ذلك رعاية الطفولة والمدارس والخدمات الاجتماعية. والمدارس مجانية لجميع الأطفال والشباب. وتنقسم السويد إلى ٢٠ مقاطعة يحكم كل منها مجلس مقاطعة. وابتداءً من ٢٠٠٢م يسود اتجاه نحو دمج المقاطعات في كيانات إقليمية أكبر. ومجالس المقاطعات هي المسئولة عن الصحة والرعاية بالأسنان التي تكون مجانية للأطفال والشباب. وتقدم المجتمعات المحلية الخدمات الاجتماعية، وتكون مسؤولة أيضاً عن رعاية وتعليم الطفولة.

الشعب والثقافة

للسويد تاريخ حديث قصير جداً مع التنوع الثقافي. فحتى حوالي عام ١٩٦٠م كانت السويد تتمتع بثقافة واحدة تقوم على القيم والتقاليد المتجذرة في التاريخ الإسكندنافي. فعلى مدى سنوات ظلت قومية سامي^(١) من لابلندا Lapland في الشمال هي الجماعة الرئيسة في السويد بثقافتها الخاصة. وفي الستينيات دعت السويد الأشخاص المهرة من الدول الأوروبية الأخرى (مثل يوغسلافيا وفنلندا وإيطاليا) للهجرة إليها ويكونوا جزءاً من القوة العاملة الصناعية. وتبع السويد سياسة ليبرالية للهجرة، وقد زادت الهجرة منذ التسعينيات، حيث توافد عليها الكثير من مواطني

(١) قومية سامي Sami هم السكان الأصليون لقسم كبير من شمال أوروبا يعرف باسم سامي Sapmi يعيشون حالياً في شمال السويد والنرويج وفنلندا وشبه جزيرة كولا الروسية المترجم.

دول الشرق الأوسط والبلقان. وفي عام ٢٠٠٢م كان المهاجرون يشكلون ١٠٪ تقريباً السكان، وكان أحد والدي ٢٤٪ من الأطفال من الولادة حتى عمر ١٧ سنة من أصول أجنبية (Barnombudsmannen [BO], 2002). وفي الفترات السابقة كان كثير من المهاجرين يأتون من أوروبا الشرقية، وفي بداية القرن الحادي والعشرين جاء عدد كبير من المهاجرين كلاجئين ومعهم أسرهم الممتدة، ويعيش غالبيتهم في المدن الكبيرة.

تتحول السويد إذن إلى مجتمع متنوع ومتعدد الثقافات. فكثير من الأطفال الآن لهم جذور في ثقافات غير الثقافة التقليدية السويدية. وقد أصبحت رعاية الطفولة والمدارس أماكن للتكامل متعدد الثقافات والدمج الثقافي والثائية اللغوية. وتلك التغييرات في المجتمع السويدي تخلق حاجة إلى مجالات جديدة من المعرفة في التدخل المبكر.

يتربى ٧٥٪ من الأطفال في السويد في أسر كاملة، يعمل رأساها أو معيلاها في القوة العاملة (٧٠٪ من الأمهات و٧٣٪ من الآباء). ويعمل غالبية آباء وأمهات الأطفال الصغار - خاصة الأمهات - في وظائف بدوام جزئي (BO, 2002). وثمة أنواع جديدة من الأسر تنبثق نتيجة للمؤثرات الثقافية الجديدة والعدد المتزايد للأسر أحادية الوالد والأسر المختلطة الناتجة عن إعادة الزواج. وهذه الأخيرة يمكن أن تسمى أسر مرتبطة Link-families أو أسر ترتبط من خلال أطفالها. فكثير من الأطفال يعيشون مع والد بيولوجي واحد بدأ أسرة جديدة مع شخص آخر له أطفال أيضاً من زواج أو علاقة سابقة. معنى ذلك أن الأطفال يمكن أن ينشئوا في أسر ممتدة مع مجموعات مختلفة. وعندما تنفق الأسرة الممتدة على الاتجاهات الأساسية لتربية الأطفال ويكون بينهما تواصل جيد يتحول ذلك إلى رصيد وإضافة للأطفال (Larsson Sjoberg, 2000).

يكفل نظام التأمين الاجتماعي الذي تديره الدولة السويدية لأحد الوالدين الحق في البقاء في المنزل ورعاية الطفل الأصغر من ١٨ شهراً. ويمكن أن تقسم الأيام بين الوالدين، إذ يمكن لأحدهما أن يستفيد من رعاية الطفولة خلال الأيام الـ ٣٦٠ الأولى

بعد الولادة بـ ٨٠٪ من الأجر. وإضافة إلى ذلك يمكن لأحد الوالدين أن يبقى في المنزل لمدة ٩٠ يوم أخرى بمرتب أقل. ويتسم النظام بالمرونة ويسمح لأولياء الأمور بأن يدخروا هذا الوقت حتى يبلغ طفلهم عمر الثامنة.

فعلى سبيل المثال يمكن تقصير يوم عمل الشخص من ٨ ساعات إلى ٦. وأولياء الأمور أنفسهم يملكون قرار توزيع وقت الانقطاع عن العمل. وفي العادة تكون الأمهات هن اللاتي يبقين في المنزل لرعاية الأطفال إعمالاً لنظام التأمين الاجتماعي، لكن ١٠٪ تقريباً من الآباء يبقون في المنزل لفترات أطول مع أطفالهم (BO, 2002). وتسمح أيام التواصل Contact Days للوالدين بيوم واحد في السنة لزيارة أطفالهم في المدرسة. وعندما يكون الطفل معاقاً ترتفع أيام التواصل لأحد الوالدين إلى ١٠ أيام في السنة، ويمكن أن يحصل أيضاً على دعم من نظام التأمين الاجتماعي لكي يبقى في المنزل لفترات أطول. ويكفل هذا النظام أيضاً لأحد الوالدين أن يبقى في المنزل عندما يكون طفله الأصغر من ١٢ سنة مريضاً مع حصوله على ٨٠٪ من أجره. والحد الأقصى لذلك هو ٦٠ يوماً في السنة للأسرة الواحدة والطفل الواحد، لكنه يمكن أن يمدد. وتحصل كل الأسر على إعانة طفولة شهرية (حوالي ١٠٠ دولار) من الدولة إلى أن يبلغ الطفل عمر ١٦ سنة (٢٠٠٢م). وعندما يكون بالأسرة أكثر من طفلين تزيد الإعانة الشهرية لكل طفل.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

يمكن تعريف التدخل المبكر في السويد بأنه ممارسات التدخل للأطفال الذين يحتاجون إلى دعم خاص من الولادة حتى بداية المدرسة في عمر السادسة أو السابعة. يكبر كل الأطفال في السويد تقريباً في بيئة أسرية، ويسجل معظم الأطفال في رعاية الطفولة من عمر ١-٢ سنة. وهكذا تكون خدمات التدخل المبكر موجهة للطفل في سياق بيئة أسرية. وكل من المجتمعات المحلية ومجالس المقاطعات مسئولة عن التدخل

المبكر، وإن كان لأهداف ومجموعات مختلفة. يوضح الجدول رقم (٩، ١) هذه الأهداف وفقاً لمفهوم سيميسون (Simeonsson, 1994) لمستويات الوقاية.

الجدول رقم (٩، ١). وصف وأهداف التدخل المبكر في السويد.

الوقاية من المستوى الأول	الوقاية من المستوى الثاني	الوقاية من المستوى الثالث	
تقليل الحالات الجديدة	تقليل شدة الإعاقة عن	تقليل المضاعفات عن	التعريف
من خلال التعرف على الأطفال المعرضين لخطر	طريق التدخل المركز على الطفل والأسرة	طريق التدخل المركز على البيئة	
صالح وصحة كل الأطفال والأسر	صالح وصحة الأطفال ذوي الإعاقات وأسره	إيجاد بيئة اجتماعية ومادية جيدة للطفل النامي وأسرته	بؤرة التركيز
الخدمات الصحية للطفولة	مراكز تأهيل الطفولة تقدم الرعاية الطبية المتخصصة (مثل العلاج الطبيعي وعلاج النطق واللغة)	الخدمات الصحية للطفولة ومراكز تأهيل الطفولة تقدم الإشراف على الموظفين والاستشارة حول التصميم البيئي	مجلس المقاطعة
خدمات اجتماعية وأنشطة ما قبل المدرسة	دعم خاص فيما قبل المدرسة ومساعدة شخصية وتربية خاصة ورعاية مؤجلة	تدريب الموظفين أثناء الخدمة والتكيف البيئي	المجتمع المحلي

من منظور مستويات الوقاية يتحمل المجتمع المحلي المسؤولية الأساسية عن صالح كل الأطفال والأسر وتأمين ظروف معيشة مقبولة للجميع. وفي المستوى الثاني يتحمل المجتمع المحلي المسؤولية عن التدخل في فصول ما قبل المدرسة ورعاية الطفولة. والطفل الذي يحتاج إلى دعم خاص ربما يخصص له مساعد شخصي. وتشتمل الخدمات المقدمة

من المجتمع المحلي على الرعاية طويلة المدى للأسر ذات الأطفال المعاقين (Brodin, 1995). وفي المستوى الثالث يكون المجتمع المحلي مسئولاً عن توفير بيئة صحية للأطفال والأسر. إن مجلس المقاطعة هو المطالب بتوفير الخدمات الصحية والطبية على مستوى الوقاية الأولية. ومنذ عام ١٩٣٧م تقدم لكل الأطفال من الولادة إلى عمر ٦ سنوات رعاية صحية مجانية ضمن مراكز الخدمات الصحية للأطفال CHS. وقد تحدت أهداف مراكز الخدمات الصحية للأطفال في التوصية العامة من مجلس السويد القومي للصحة والرفاه في عام ١٩٨١م:

- تقليل الوفيات والمرض والإعاقة بين الأطفال.
- تقليل التأثيرات الضارة والمحنة على أولياء الأمور والأطفال.
- دعم وتحفيز أولياء الأمور في أدوارهم الوالدية بما يخلق بيئة معيشية إيجابية لكل الأطفال.

إن أكثر المشكلات الصحية انتشاراً بين الأطفال هي أمراض حديثي الولادة والإعاقات الخلقية وموت الأطفال المفاجئ والحوادث والمشكلات النفسية - الاجتماعية والعدوى والأورام الخبيثة والربو. وكثير من تلك الحالات يمكن أن تتأثر بالعمل الوقائي للخدمات الصحية للطفولة. ومع تغير الظروف المعيشية تحول تركيز مراكز الخدمات الصحية للأطفال لتتضمن عملاً أكثر حول المشكلات النفسية - الجسمية والاجتماعية - الانفعالية والأدوار الوالدية المتغيرة وتقديم الدعم للأسر المهاجرة. وقد زادت أهمية هدف دعم وتحفيز أولياء الأمور، خاصة للأسر التي تواجه أزمات (الصعوبات الاجتماعية والاقتصادية) وبها أطفال ذوي إعاقات (Aurelius, 2000). وتنظم مجموعات أولياء الأمور وتعليم أولياء الأمور كجزء من هذه الخدمة.

وبغرض تقوية الشبكة الاجتماعية حول الأسر التي تحتاج إلى دعم، تتعاون مراكز الخدمات الصحية للأطفال مع الخدمات الاجتماعية وفصول ما قبل المدرسة

والمدارس والخدمات الطبية وخدمات تأهيل الأطفال. وتقدم مراكز الخدمات الصحية للأطفال برنامجاً أساسياً للمتابعة لكل الأطفال والأسر يشمل الفحص والتعرف الإكلينيكي (Aurelius, 2000; Larsson, 1996). وتتم متابعة نضج الطفل وصحته ونموه العام من خلال فحوصات منتظمة تقوم بها ممرضة متخصصة في طب الأطفال. ويتم الاحتفاظ بسجلات الطفل الصحية في نماذج قومية موحدة. وتبدأ الفحوصات من الولادة ولمدة ١٠ أيام، إلى جانب زيارة منزلية من جانب ممرضة متخصصة في طب الأطفال تقدم النصح حول الرعاية وسلامة الأطفال. وفي أثناء الشهور ٢-٣ الأولى يزور الطفل ووالداه مراكز الخدمات الصحية للأطفال عادة مرة في الأسبوع. وأولياء الأمور هم الذين يحددون الوقت الذي يزورون فيه مراكز الخدمات الصحية للأطفال، ومعظم أولياء الأمور يقررون أن يزورونها كثيراً. وبعد الشهور الثلاثة الأولى تصبح الزيارات أقل تكراراً. وتتكون الزيارات من الاستشارات والتطعيمات والمتابعة الصحية. ويلتقي طبيب أطفال مع الطفل في أوقات منتظمة بغرض التقييم المنظم لنموه وفي الغالب باستخدام اختبار^(٢) BOEL-test (Stensland-Junker, 1995). وفيما بعد ينفذ الفحص النمائي في فترات منتظمة. ويمكن للأسرة أيضاً أن تزور طبيب نفسي أو أخصائي أمراض النطق واللغة ضمن مراكز الخدمات الصحية للأطفال. وبداية من عمر ٣ أشهر وحتى عمر ٦ سنوات يزور الطفل ووالداه مراكز الخدمات الصحية للأطفال من أجل الفحوصات والتطعيمات أكثر من ١٥ مرة. وتعد مراكز الخدمات الصحية للأطفال واحداً من نظم قليلة على مستوى العالم للتسجيل المنتظم لصحة الطفل، وهي لذلك توفر مصدر موثوقاً للدراسات الوبائية. وعندما يكون لدى الأطفال عدوى أو أمراض حادة يحالون

(٢) اختبار BOEL-test (blicken orienterar efter ljudet) يقوم على تشتيت الانتباه ويعطي معلومات كثيرة حول العيوب البصرية والعصبية، ابتكر في الأصل من أجل الاكتشاف المبكر لاضطرابات التواصل لدى الأطفال الرضع [المترجم].

إلى الأطباء في قطاع الممارسة الأسرية العامة التي تقدم الخدمات لكل المجموعات العمرية. وإذا ارتاب مركز الخدمات الصحية للأطفال في أن الطفل عنده إعاقة، يحال الطفل إلى عيادة الأطفال الطبية و/أو مركز تأهيل الأطفال الذي تديره المقاطعة أيضاً.

وعلى مستوى الوقاية من الدرجة الثانية يتحمل مجلس المقاطعة المسؤولية عند تقديم المشورة والدعم للأطفال ذوي الإعاقات وأسرههم. وتنسق الخدمات المقدمة للطفل المعاق وأسرتهم من خلال خطة خدمة فردية بطلب الأسرة. والأسرة مطالبة بأن تطلب الخدمات بناء على احتياجاتها المدركة للدعم. ويحدث التدخل المبكر للأطفال الصغار ذوي الإعاقات بالدرجة الأولى في مركز تأهيل الأطفال، رغم وجود اتجاه نحو مزيد من المشاركة والتعاون من جانب المجتمع المحلي في كل أنواع الخدمات (Bjorck-Akesson & Granlund, 1997).

تقدم المشورة والدعم لأسر الأطفال ذوي الإعاقات في مركز تأهيل الأطفال بناء على مفهوم التأهيل Habilitation المشتق من الكلمة اللاتينية Habile التي تعني "جعل الشخص ماهراً". وتتضمن عملية التأهيل مساهمات من المجالات الطبية والاجتماعية والنفسية والتعليمية لدعم ومساعدة الأطفال ذوي الإعاقات في نموهم وحياتهم اليومية (Bille & Olow, 1999). والهدف التقليدي للتأهيل هو أن يحسن نمو الطفل من خلال البناء على مصادر الطفل وإعطائه الإمكانيات النموذجية لحياة مستقلة في المستقبل. كان المنظور الطبي له الهيمنة على السويد والعشرين أخذ دور الأسرة في نمو الطفل يتضح أكثر. وذلك يؤدي إلى منظور مختلف للتدخل، حيث يمكن التعرف على انتقال نحو منظور اجتماعي/تربوي أكثر.

وفي مراكز التأهيل يعمل فريق متعدد التخصصات بالتعاون مع الأسرة والطفل. وهذا الفريق يتكون من طبيب أطفال أو طبيب أطفال عصبي ومعالج طبيعي وطبيب

نفسى ومعالج مهني وأخصائي أمراض نطق ولغة وموظف خدمات اجتماعية ومربي خاص. وفي العادة تتضمن عملية التأهيل لقاء لتحديد إجراءات التقييم من جانب أعضاء الفريق المختلفين، واجتماع للفريق لصنع القرار وتنفيذ برنامج التدخل. وقد يلي ذلك تقييم، ثم تتكرر العملية بدرجات مختلفة من التأكيد على العناصر المختلفة (Bjorck-Akesson et al, 2000).

تقدم الوقاية من الدرجة الثالثة عن طريق كل من البلديات ومجالس المقاطعات. والبلديات مسؤولة عن جعل كل الأماكن العامة متاحة للأشخاص ذوي الإعاقات، إضافة إلى تقديم التدريب والإشراف أثناء الخدمة في مجال التعليم لموظفي ما قبل المدرسة الذين يعملون مع الأطفال ذوي الإعاقات. وتقع على مركز تأهيل الأطفال مسؤولة توفير التدريب والإشراف في أثناء الخدمة في مجالات غير التعليم لموظفي ما قبل المدرسة الذين يعملون مع الأطفال ذوي الإعاقات (مثل العلاج الطبيعي والعلاج المهني).

الأسس النظرية للتدخل المبكر

يمكن التعرف على نموذج قائم على التفاعل transactional model (Sameroff & Fiese, 2000) يبنى على النظرية الإيكولوجية ونظرية النظم في الممارسات على كل المستويات، وهو نموذج يوفر الدعم لتوفير الخدمات المتمركزة على الأسرة. يعتبر الطفل وفقاً لهذا النموذج فاعل نشط في خلق بيئته النمائية. كما يؤكد هذا النموذج في نفس الوقت على كون الطفل جزءاً من الأسرة والبيئة الأقرب proximal environment، ولا تخلو العلاقات بين هاتين البيئتين من التأثير المتبادل. وبذلك تكون خصائص واحتياجات وجوانب القوة لدى الطفل والأسرة والبيئة الأقرب مهمة في عمليات التدخل والتقييم. وحتى إذا كان هناك إجماع حول المبادئ العريضة للتدخل المبكر، فسوف تُغلب منظورات وثقافات مهنية مختلفة في المنظمات الثلاث المشاركة.

تقوم فلسفة السويد الرسمية لدعم الأطفال ذوي الإعاقات على منظور يماثل التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF; World Health Organization, 2001). ويستخدم نموذج تفاعلي، ووفقاً لهذا النموذج يساهم التفاعل بين الطفل الفردي والبيئات الاجتماعية والمادية في تأثير الإعاقة على الحياة اليومية للطفل والأسرة. ومع ذلك فلا يزال المنظور الطبي يكتسب زخماً، خاصة فيما يتعلق بالمعرفة والخبرات الجديدة في مجال التقييم العصبي.

يشير المنظور المتمركز على الأسرة إلى أن التدخل ينفذ في مواقف طبيعية في الحياة اليومية، وأنه يتضمن أيضاً كلا من الطفل وأولياء الأمور/مقدمي الرعاية. وعندما تكون البيئة الأقرب متضمنة في عملية التدخل، تحدث تغييرات في كل من الطفل والأشخاص الآخرين في البيئة. ومن أجل التكيف مع احتياجات الطفل والأسرة يكون من المهم الاعتراف بخبرة كل المشاركين في التدخل المبكر، بما في ذلك الأسرة.

وبالعودة إلى القصة التي بدأنا بها الفصل، نجد أن الدعم والخدمات التي تقدم لكارل وأسرته تأتي من ثلاث منظمات (انظر الجدول رقم ٢، ٩). هناك أولاً مراكز الخدمات الصحية للأطفال التي قدمت لكارل والديه المشورة حول الرعاية الطبية العامة واليومية. وبعد الاشتباه في الإعاقة أحيلت الأسرة إلى مركز تأهيل الأطفال الذي تم فيه تأكيد التشخيص الأولي وتقديم التدخلات العلاجية. وبعد ذلك تم تسجيل كارل في إحدى فصول ما قبل المدرسة بالقرب من منزله وتم تعيين مساعد شخصي له. لقد نفذت المنظمات الثلاث التدخلات كما هو متوقع، لكنها فشلت في البداية على الأقل في تشكيل فريق حول الطفل والديه. وربما تنتج هذه المشكلة عن قلة التنسيق بين خدمات المنظمات المختلفة واختلاف النظريات حول ما يجب أن ينفذ في التدخل واختلاف الثقافات المهنية (والثقافات داخل تلك المنظمات) وقلة المبادئ والنظريات العامة التي يقوم عليها التدخل المبكر. وقد أكد والدا كارل أن مهنيي التدخل كانوا

يحتاجون إلى تنمية مهنية وتدريب في العمل بطريقة تتمركز حول الأسرة وفي الانخراط في الحل التعاوني للمشكلات مع أولياء الأمور. والتعليم المستمر أو التدريب أثناء الخدمة القائم على تداخل التخصصات هو أحد الطرق التي يمكن للمهني التدخل المبكر من مركز تأهيل الأطفال ومركز الخدمات الصحية للأطفال وفصول ما قبل المدرسة أن يحصلوا على المعرفة والمهارات المهنية الأساسية المتمركزة حول الأسرة.

الجدول رقم (٩،٢). التدخلات التي قدمت لكارل.

مراكز الخدمات الصحية للأطفال	مراكز تأهيل الأطفال	أنشطة ما قبل المدرسة
بؤرة التقييم	الوظائف والأبنية الجسمية	الأداء والعمليات
	وتقييم النمو الحركي	اليومية واللعب
	واللغوي والعصبي	
بؤرة التدخل	مستوى الأداء الأمثل	الكفاءة الاجتماعية
	والأقرب والرعاية في	المشاركة والدمج
	مجالات محددة (الحسية	
	والمعرفية والاجتماعية)	
الهدف	أهداف نمائية ووظيفية	الطفل كمشارك نشط
	للطفل ونوعية الحياة	في إيجاد خبرات
	للطفل والأسرة	تعلم وعلاقات
	اجتماعية إيجابية	
الأدوار المهنية	الخبرة في نمو الطفل	الخبرة في الأنشطة
	والإعاقات	الجماعية للأطفال
	السياق اليومي	وإيجاد بيئة جيدة

منذ عام ١٩٩٧م تعطي جامعة مالارداين Malardalen درجة ماجستير في البرنامج الدولي للتدخل المبكر والدعم الأسري. وفي خريف ٢٠٠٢م بدأ في تنفيذ

برنامج للماجستير حول الخبرات السابقة في هذا المجال بعنوان "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل". فيما يلي وصف مفصل لهذا البرنامج ووصف البرنامج

في حال مقارنة محتوى وشكل برامج التعليم المستمر الجامعية في التدخل المبكر عبر الدول، تنبثق عدة سمات مشتركة حول أهداف التعليم (Peterander, 1996). ومن هذه السمات المشتركة النموذج القائم على تداخل التخصصات، وتقديم الدعم للأسرة ككل، وإشراك الوالدين في صنع القرار ومراحل تنفيذ التقييم والتدخل. وفيما يتعلق بصيغة التعليم المستمر تتضمن السمات المشتركة النموذج القائم على تداخل التخصصات، والجمع بين المحاضرات والتطبيقات العملية، والتغذية المرتدة الفردية للمشاركين (Granlund & Bjorck-Akesson, 2000; Winton & McCollum, 1997). وتتضمن السمات المشتركة نظرية النظم الأسرية، والاستشارة، ونماذج الحل التعاوني للمشكلات، ونظرية التدخل والتقييم.

وبرنامج "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل" Children: Health, Learning, Development and Intervention برنامج قائم على تداخل التخصصات interdisciplinary يسجل الطلاب فيه في مقررات مع أساتذة وطلاب من التربية الخاصة وعلم النفس الصحي والصحة الوقائية. ويتبنى البرنامج أهدافاً مشتركة معينة للمهنيين في التدخل المبكر:

- ١- العمل انطلاقاً من أساس نظري سليم للتدخل المبكر.
- ٢- تعزيز نمو الأطفال العام وأدائهم.
- ٣- تعزيز نمو الأطفال العام وأدائهم في مجالات خاصة.
- ٤- دعم نمو العمليات الأقرب proximal processes وكفاءة الأطفال الاجتماعية.
- ٥- تعزيز دور الأسر في تسهيل نمو أطفالهم الصغار.
- ٦- تمكين الأسر عبر عملية التدخل.

يرتبط هذا البرنامج بشكل وثيق مع البرنامج البحثي "الأطفال والصحة والتدخل والتعلم والنمو" Children, Health, Intervention, Learning, Development (CHILD) بقسم العلوم الاجتماعية بجامعة مالارداين. وبرنامج "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل" له قاعدة بحثية في نظرية النظم والإيكولوجيا النمائية ونظرية التفاعل والتصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (World Health Organization, 2001)، ويؤكد على تعدد أو تآزر التخصصات في التدخل المبكر.

يأخذ برنامج "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل" طلابه من ذوي الخلفية المهنية في مجالات صحة الطفل وتأهيل الطفل والخدمات الاجتماعية وما قبل المدرسة والمدرسة. وتتضمن المتطلبات خبرة سابقة في التدخل للأطفال الصغار وشهادة بكالوريوس في مجال التدخل المبكر والتخصص في مجال ذي صلة ومقررات أساسية سابقة في المناهج العلمية. وشكل البرنامج عبارة عن صيغة معدلة من التعليم عن بعد Modified Distance Education وهو ما يعني أن الطلاب يلتقون في الجامعة يومين متتاليين شهرياً في الفصول الدراسية. والبرنامج له قاعدة على الإنترنت، حيث يتم استخدام صفحة رئيسية ونظام المؤتمرات عبر الإنترنت Web-based Conference. ويستخدم نظام المؤتمرات للتعاون بين الطلاب في مجموعات أصغر وتوزيع المعلومات على المجموعة الأكبر. ويستخدم أيضاً لإعلان المهام بحيث يستطيع الطلاب أن يقرأوا أعمال بعضهم البعض قبل الحلقات النقاشية.

والطلاب الذين يأتون من مختلف مناطق السويد وأيضاً من دول إسكندنافية أخرى يقضون نصف وقتهم عادة في العمل في التدخل المبكر. ويرتبط المحتوى والمهام بشكل وثيق بخبرات الطلاب العملية اليومية. والبرنامج المكون من سنتين من العمل بدوام جزئي يكافئ برنامج مكون من سنة واحدة بدوام كامل. ويبلغ إجمالي البرنامج ٤٠ نقطة معتمدة سويدية تساوي ٦٠ نقطة وفقاً لنظام تحويل النقاط الأوروبي المعتمد.

مقررات البرنامج

يضم البرنامج أربعة مقررات أساسية ومقرررين مستقلين وأطروحة ماجستير (انظر الجدول رقم ٩،٣). وتضم المقررات محاضرات وحلقات دراسية وأعمال مقرر تطبيقية (تصحبها تغذية مرتدة/إشراف فردي أو قائم على مجموعات). والمشاركة في كمل أعمال المقررات إلزامية. ويتكون الامتحان من أوراق مكتوبة تعد فردياً وفي مجموعات وتقدم في حلقات نقاشية.

الجدول رقم (٩،٣). تكوين برنامج درجة الماجستير المسمى "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل".

فصل الخريف	فصل الربيع
السنة الأولى	بيئة التدخل المبكر (٥ نقاط)
البحوث والمناهج والتطبيق في	نظرية النظم: الطفل والأسرة والفريق (٥ نقاط)
بحوث التدخل (٥ نقاط)	التقييم والتدخل: عملية التدخل (٥ نقاط)
السنة الثانية	دراسة مستقلة (٥ نقاط)
أطروحة ماجستير (١٠ نقاط)	

بيئة التدخل المبكر

يقدم هذا المقرر المسمى بيئة التدخل المبكر Ecology of Early Intervention مراجعة عامة للمنظورات الأوروبية والدولية حول بيئة التدخل المبكر والدعم الأسري، فضلاً عن الفهم النظري للتدخل والدعم الأسري. وهنا يتعلم الطلاب كيف يحللوا نماذج التدخل وكيف يطبقون تلك النماذج. ويغطي المحتوى منظورات التدخل ونظريات ومبادئ التدخل المبكر والفلسفة والسياسات والجوانب الأخلاقية والفرضيات والسياق والتنوع الثقافي والبيئة النمائية والتمكين ونماذج التدخل والتصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة ICF ومبادئ الدعم القائم على الأسرة (World Health Organization, 2001). وتتألف الأدبيات من الكتب المتداولة عالمياً مثل

غورالينك (Guralnick, 1997) وشونكوف وميسلز (Shonkoff and Meisels, 2000)، جنباً إلى جنب مع الأدبيات والمقالات الأوروبية والسويدية في المجالات العلمية الدولية. يمكن هذا المقرر الطلاب من فهم النظريات الرئيسية والبحوث الحالية ذات الصلة بالتدخل المبكر والدعم الأسري. ويكتسب الطلاب معرفة معمقة بمناهج البحث، خاصة المناهج المفيدة للبحوث في مجال التدخل المبكر. ويركز المحتوى على مناهج البحث ومناهج التحليل الكيفية والكمية والتحليل البعدي meta-analysis. ويتم تحليل الأطروحات والتقارير والمقالات العلمية ذات الصلة بالمجال وتمثل توجهاً علمياً مختلفاً وتصميماً مختلفاً للدراسة من حيث تحديد المشكلات ومناهج التحليل وتفسير النتائج. وتناقش بحوث مأخوذة من ثقافات مختلفة والجوانب الأخلاقية في بحوث التدخل. وتغطي الأدبيات كل من مناهج البحث الكمية والكيفية. ويتم التأكيد على المزج بين مناهج البحث في مقارنة الظواهر المعقدة متعددة الأبعاد. وتتطلب المهام مراجعة نقدية للأعمال العلمية في مجال التدخل المبكر.

نظرية النظم: الطفل والأسرة والفريق

يكتسب الطلاب في هذا المقرر معرفة أساسية بنظرية النظم العامة ونظرية النظم الدينامية، ثم يربطون هاتين النظريتين بنمو الطفل والبيئات التي ينمو فيها الأطفال. كما يكتسب الطلاب فهماً معمقاً للعلاقات والتأثيرات بين النظم التي يشكل الأطفال ذوي الإعاقات والأطفال المعرضين لخطر جزءاً منها، وكذلك فهماً معمقاً للعمل في فريق أو العمل الجماعي Teamwork من منظور نظرية النظم. ويغطي المحتوى نظرية النظم العامة ونمو الطفل من منظور نظرية النظم والمنظور البيئي والنموذج التفاعلي والأسر والبيئات القريبة الأخرى باعتبارها نظاماً، والعلاقات بين البيئات القريبة المختلفة التي تؤثر على الطفل والنظام. وتتضمن الأدبيات كتباً أساسية حول نظرية النظم العامة مثل باتيسون (Bateson, 1987) وبيرتالانفي (Bertalanffy, 1968)، إضافة إلى الأدبيات الحديثة مثل واتشز (Wachs, 2000).

التقييم والتدخل: عملية التدخل

يعطي هذا المقرر للطلاب معرفة متقدمة حول تقييم النمو والوظائف لدى الأطفال ذوي الإعاقات أو المعرضين لخطر وتقييم المصادر واحتياجات الدعم في البيئات الأسرية والقريبة. كما يكتسب الطلاب معرفة متقدمة حول حل المشكلات التعاوني في عملية التدخل. ويغطي المحتوى المنظورات النظرية حول عملية التدخل تقييم النمو والوظيفة لدى الأطفال ذوي الإعاقات أو المعرضين لخطر، وتقييم المصادر والاحتياجات لدى الأسر والبيئات القريبة الأخرى، وتقييم البيئة المادية. ويتضمن المحتوى أيضاً تحليل الأنواع المختلفة من معلومات التقييم ودمج المعلومات في تخطيط وتنفيذ التدخل، والحل التعاوني للمشكلات، وتقييم مخرجات التدخل. والأدبيات المتضمنة في هذا المقرر دولية (مثل المطبوعات الأمريكية والأوروبية حول التدخل والتقييم)، كما يستخدم كثير من المقالات المنشورة في المجالات العلمية.

الدراسة المستقلة

في مقررات الدراسة المستقلة يصمم كل طالب منهجاً دراسياً خاصاً مع متابعة معلم أو مشرف. والمحتوى يمكن أن يتراوح من القضايا النظرية الصرفة إلى أشياء تشبه منهجاً علمياً خاصاً. وتتألف الأطروحة من إطار نظري ودراسة إمبريقية، ولا بد أن تربط بالأسئلة البحثية في المجال المهني للطلاب و/أو في برنامج بحوث الطفل.

تلخيص

تشير درجة التشابه الكبيرة بين الدول في أهداف وشكل ومحتوى التعليم المستمر إلى إمكانية تطوير فرص للتعاون الدولي في مجال التعليم المستمر في التدخل المبكر. وقد تم تطوير منهج مشترك للتعليم المستمر في التدخل المبكر بالتعاون بين خمسة جامعات أوروبية وثلاث جامعات أمريكية من خلال الاتحاد العابر للأطلسي لدراسات التدخل المبكر Transatlantic Consortium on Early Intervention Studies الذي يموله صندوق

تحسين التعليم ما بعد الثانوي بوزارة التعليم الأمريكية. ومعظم المشاركين في برامج درجة الماجستير يحتلون مواقع تنفيذية أو قيادية في منظماتهم. لكن الانتقال نحو منظور متمركز حول الأسرة يتطلب أن يتحول كل الأعضاء داخل المنظمات في نفس الاتجاه وأن يكون لديهم قاعدة مشتركة. ولذلك يجب إكمال التعليم المستمر لعدد صغير من المهنيين بالتدريب أثناء الخدمة لكل أعضاء الفرق والمنظمات.

التدريب أثناء الخدمة لتعزيز الخدمات المتمركزة حول الأسرة في التدخل المبكر

كثيراً ما يحصل متخصصو الخدمات الصحية وتأهيل الأطفال على تدريب وخبرات وافية في العمل بطريقة مباشرة مع الطفل، بينما لا يحصلون على قدر مماثل من التدريب والخبرة في العمل كمستشارين لأولياء الأمور وموظفي ما قبل المدرسة ومقدمي الرعاية الآخرين. وفي الغالب يكون التقييم والتدخل مركزين على الطفل دون أي اعتبار أعمق لبيئات الطفل. ولكي يعمل هؤلاء المهنيين كمستشارين ينبغي إنجاز مهمتين عمليتين مختلفتين: (١) دعم الأسرة في تنمية المهارات اللازمة للإكتفاء الذاتي في مجال التعبير عن الاحتياجات وتنسيق واستخدام الخدمات للطفل والأسرة، (٢) العمل كخبراء في التدخل المتمركز حول الطفل في مجال محدد. تنطبق المهمة الأولى على كل المهنيين، وهي الأهم على المدى البعيد إذا أريد للطفل أن يؤدي جيداً داخل النظام الأسري (Guralnick, 2001). أما المهمة الثانية فيكون لها شكل ومحتوى مختلفين تأسيساً على الفئة المهنية والمنظمة المتضمنة.

إن محتوى تنسيق الخدمات Service Coordination Content هو الخدمات الفعلية التي تقدم عبر الزمن. وكل خدمة مقدمة تحتوي على الخطوات التالية:

- ١- تحديد المشكلات التي يجب حلها.
- ٢- توضيح المشكلات واستجلائها.
- ٣- تحديد أولوية المشكلات وتحديد أهداف التدخل.

٤- تصميم وتنفيذ التدخل.

٥- تقييم تأثيرات التدخل.

إن المشكلات المدركة ستتغير مع الوقت ، وبالتالي يجب أن يتغير مهنيو التدخل ومنظمات الخدمة المشاركة مع الوقت. وأعضاء الفريق الثابتون الوحيدون هم الطفل والأسرة. ولذلك فإن أحد القضايا الرئيسية التي يجب التركيز عليها هي كيف يمكن للمهنيين أن يساعدوا أولياء الأمور في أن يصبحوا مكثفين ذاتياً في تنسيق الخدمات من أجل ضمان الاستمرارية والصلة في الخدمات التي يحصل عليها الطفل والأسرة. ولكي يدعموا أولياء الأمور في أن يصبحوا مكثفين ذاتياً، يحتاج المهنيون إلى معرفة ومهارات في: (١) تكوين ارتباط مع الأسرة وأعضاء البيئة القريبة بطريقة توكيدية تنم عن التعاطف، (٢) إستراتيجيات الحل التعاوني للمشكلات، (٣) نظرية النظم/الأسرة. كما يجب أن يعرفوا كيف يطبقون هذه المهارات في عملية الحل التعاوني للمشكلات التي تشرك أولياء الأمور والبيئات القريبة والمهنيين. معنى ذلك أنهم يجب أن يعرفوا كيف يعملون في "فريق حول الطفل" Team around the Child حيث تكون الخدمات متمركزة حول الأسرة (Bjorck-Akesson & Granlund, 1997; Peterander, 2000; Pretis, 2000). يبين الجدول رقم (٤، ٩) المهام العملية والكفايات الضرورية اللازمة للمهنيين في مجال التعاون مع الأسر والبيئات القريبة في التدخل المبكر.

في سلسلة من الدراسات شبه التجريبية باستخدام مجموعات ضابطة، أجرى غرانلوند وبورك - أكيسون (Granlund and Bjorck-Akesson, 2000) تقويماً لمخرجات التدريب أثناء الخدمة للمهنيين على الممارسات المتمركزة على الأسرة. وخلصوا إلى أن التدريب أثناء الخدمة إذا أدمج في الخدمات العادية سيكون أداة فعالة لتغيير الممارسات في التدخل المبكر إلى نموذج أكثر تركيزاً على الأسرة. وثمة عوامل كثيرة يمكن أن تؤثر إيجاباً أو سلباً على نتائج التدريب. والتدريب أثناء الخدمة ليس أكثر من واحد من

أنشطة التغيير الممكنة الكثيرة، ويجب أن يُكَمَل غالباً بأنشطة أخرى (مثل تغيير روتين المنظمة وتغيير توزيع المصادر). ويجب النظر إلى التغيير بوصفه عملية يشكل التدريب أثناء الخدمة مرحلة واحدة فقط فيها. ويبدو أن فعالية التدريب تتوقف على عوامل ترتبط بالإطار المنظمي Organizational لنشاط التدريب والعمل التحضيري قبل التدريب وتنفيذ أنشطة المتابعة والتدريب.

الجدول رقم (٩،٤). المهام العملية والكفايات المطلوبة من المهنيين.

الكفايات المطلوبة	المهام العملية
المعرفة والمهارات الأساسية	المهام العملية الأساسية للخدمات المتمركزة على الأسرة
المهارات في تكوين ارتباط مع الأسر ومقدمي الرعاية المباشرين	مسح احتياجات الطفل والأسرة والبيئات القريبة
المهارات في الحل التعاوني للمشكلات	تنسيق الخدمات
معرفة نظرية النظم والأسر	تقويم النتيجة الإجمالية
المهارات في الجوانب الأساسية لعملية التقييم	مساعدة أولياء الأمور في تنمية مهارات حل المشكلات
مهارات مسح احتياجات البيئات القريبة	وضع الأهداف
المعرفة والمهارات الخاصة بالمهنة	تصميم طرق لزيادة الالتزام بالتدخلات
المهارات في تقييم مجال محدد	المهام الخاصة بالمهنة
المهارات في أهداف وطرق التدخل الخاصة بالمهنة	التقييم المتمركز حول الطفل في مجال محدد
المهارات في تقويم التدخل الخاص بالمهنة	التشخيص ووضع الأهداف
	طرق التدخل في مجال محدد
	تقويم تدخلات محددة

ولا بد أن تربط أنشطة التدريب أثناء الخدمة بالإطار المنظمي الذي يحدث فيه التدريب. وفي نظام تحكمه الأهداف لا بد أن تعمل أنشطة التغيير المختلفة والعوامل الأخرى المؤثرة على المنظمة على دفع النظام في نفس الاتجاه. ولا بد أن يربط التدريب

أثناء الخدمة بالقاعدة القيمية العريضة والأهداف الواضحة للمنظمة وأن تنسق مع أدوات التسيير Steering الأخرى مثل التوثيق المطلوب للخدمات. وذلك يستوجب قاعدة قيمية معلنة بوضوح للأهداف المنظمة.

وفي العمل التحضيري يجب ربط الممارسات الحالية للمشاركين بنتيجة منشودة وقاعدة قيمية منشودة. وكلما زاد التناقض بين الوضعية الحالية والوضعية المنشودة، زاد الجهد المطلوب لمسح مهارات المشاركين ومعرفتهم وشواغلهم حول التغيير فردياً. وقد يكون من الضروري أيضاً إدخال التغيير فردياً. ولا بد أن تكون الوضعية المطلوبة (أي التأثيرات المطلوبة على الأسر والأطفال) هي بؤرة التركيز وليس سلوك المهنيين. وهذا يسمح للمهنيين المشاركين في أنشطة التغيير بأن يكون لهم إسهامهم في شكل ومحتوى أنشطة التدريب.

ومن المهم عند تنفيذ التدريب أن يتم ربط النظرية والممارسة معاً. ومن الوسائل المهمة لإنجاز مستوى ملائم من الترابط أن ينظر المشاركون إلى التقييم باعتباره عملية مستمرة موجهة نحو تحسين تأثيرات التدريب. ومن أنشطة التدريب الأساسية التغذية المرتدة الفردية إلى المشاركين حول تطبيقهم للممارسات المتمركزة على الأسرة.

وينبغي أن تضمن أنشطة المتابعة توفر فرص ومصادر للإبقاء على التغييرات والممارسات والمهارات في سياقات العمل العادية. وسوف تحدث الحركة في اتجاه التمركز حول الأسرة ببطء، إذا كنا نتوقع تغييرات على مستوى الفريق والمنظمة. ولذلك يجب أن يكون التدريب أثناء الخدمة جزءاً من خطة طويلة المدى تتضمن تغييرات في الإشراف والروتين المنظمي وتوزيع المصادر، إلى جانب أشياء أخرى.

خاتمة وتوصيات للمهنيين في الدول الأخرى

في السويد تقدم النظم العامة لرعاية الطفولة لكل الأطفال والأسر الدعم والخدمات الأساسية (مثل مركز الخدمات الصحية للأطفال وفصول ما قبل المدرسة).

وهذا يشير ضمناً إلى قلة الجهود المنصبة على خدمات التدخل المبكر لمجموعات محددة من الأطفال. والجانب السلبي لهذا النموذج هو أن المهنيين في الدعم والخدمات الأساسية لا يمتلكون أحياناً المهارات اللازمة لتقديم الدعم الضروري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. والمهنيون في مركز تأهيل الأطفال يتمتعون عادة بالخبرة الضرورية للعمل مباشرة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، بينما تنقصهم الخبرة للعمل مع الأسر والبيئات القريبة. والأسر وفصول ما قبل المدرسة هي البيئات الطبيعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في السويد، ولذلك يعتبر التدخل المبكر المتمركز على الطفل في بيئته الأقرب قضية أساسية.

وإذا أراد المهنيون أن يعملوا كمستشارين فلا بد أن يبنوا علاقات توكيدية قائمة على التعاطف مع أعضاء الأسرة والبيئة الأقرب. ولا بد أن يحلوا المشكلات بالتعاون مع الأسر وفصول ما قبل المدرسة. والتدريب أثناء الخدمة للمهنيين في مراكز الخدمات الصحية للأطفال ومراكز تأهيل الأطفال وفصول ما قبل المدرسة أحد الوسائل الموصلة إلى هذه الغاية.

وتتوقف فعالية التدريب أثناء الخدمة على وجود قاعدة قيمية واضحة ومفصلة للتدريب وعلى عوامل تتعلق بالإطار المنظمي مثل فرص العمل التحضيري قبل التدريب والوقت والموارد المتاحة لتنفيذ التدريب.

ومن شأن التعليم المستمر والتدريب أثناء الخدمة للمهنيين في مراكز الخدمات الصحية للأطفال ومراكز تأهيل الأطفال وفصول ما قبل المدرسة أن يحسن ممارسات التدخل المبكر في السويد. فمن شأن ذلك أن يوفر الخدمات في بيئة يتعاون فيها المهنيون وأولياء الأمور بناء على إطار مرجعي مشترك. ومن شأن ذلك، بدوره، أن يسمح للأطفال من أمثال كارل، إلى جانب أسرته، بأن يحصل على خدمات منسقة جيداً ومركزة على احتياجات كل من الطفل والأسرة.

المراجع

References

- Aurelius, G. (2000). Barnhalsövard [Health care in children]. In T. Lindberg & H. Lagercrantz (Eds.), *Barnmedicin* [Child medicine] (pp. 75-80). Lund, Sweden: Studentlitteratur.
- Barnombudsmannen [The childhood ombudsman]. (2002). *Barndom i förändring* [The changing childhood]. Retrieved October 14, 2002, from <http://www.bo.se/captest/bamdom.asp>
- Bateson, G. (1987). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychology, evolution, and epistemology*. North Vale, NJ: Jason Aronson.
- Bille, B., & Olow, I. (1999). *Barnhabilitering vid rörelsehinder och andra neurologiskt betingade funktionshinder* [Child habilitation for children with physical impairments and other neurologically based impairments]. Stockholm: Liber.
- Björck-Akesson, E., & Granlund, M. (1997). Changing perspectives in early intervention for children with disabilities in Sweden. *Infants and Young Children*, 9(3), 56-68.
- Björck-Akesson, E., Granlund, M., & Simeonsson, R.J. (2000). Assessment philosophies and practices in Sweden. In M.J. Guralnick (Ed.), *Interdisciplinary clinical assessment of young children with developmental disabilities* (pp. 391-411). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Brodin, J. (1995). *Avlösarservice för familjer med barn med funktionsnedsättningar* [Respite care for families with disabilities]. Stockholm: Lararhögskolan i Stockholm, Institutionen för specialpedagogik.
- Granlund, M., & Björck-Akesson, E. (2000). Integrating inservice training in family centered practices in context: Implications for implementing change activities. *Infants and Young Children*, 12(3), 46-60.
- 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(2), 1-18.
- Health and Medical Services Act of 1982 (HSL:SFS:1982:763). Sweden.
- Larsson, J.-L. (1996). *Aspects of health surveillance at child welfare centres*. Doctoral dissertation, Department of Woman and Child Health, St. Goran's Children's Hospital. Stockholm: Karolinska Institute!
- Larsson Sjöberg, K. (2000). *Barndom i länkade familjesystem: Om samhörighet och atskillnad* [Childhood in linked family systems: About being together and being apart]. Doctoral dissertation, Örebro Universitet, Sweden.
- Lindgren, A. (1992). Skulle kunna flyga [Could be able to fly]. In H. Medelius, *Leka för livet* [Play for life] (p. 8). Stockholm: Nordic Museum.
- National Agency for Education. (2001). *Beskrivande data om barnomsorg, skola och vuxenutbildning* [Descriptive data about early education, school and adult education]. Report No. 206.

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2001). *Starting strong: Early childhood education and care*. Paris: Author.
- Peterander, F. (Ed.). (1996). *Helios II final report—Early intervention: Information, orientation and guidance of families: Thematic Group I*. Munich, Germany: LMU Munich.
- Peterander, F. (2000). The best quality cooperation between parents and experts in early intervention. *Infants and Young Children*, 12(3), 32-45.
- Pretis, M. (2000). Early intervention in children with Down's syndrome: From evaluation to methodology. *Infants and Young Children*, 72(3), 23-31.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental 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.
- Shonkoff, J., & Meisels, S. (Eds.). (2000). *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Simeonsson, R.J. (Ed.). (1994). *Risk, resilience, and prevention. Promoting the well-being of all children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Statistiska Centralbyran [Statistics Sweden]. (2000). *Population and welfare: population*. Retrieved October 14, 2002, from <http://www.scb.se/eng/index.asp>
- Stensland-Junker, K. (1995). *Den lilla mdniskan* [The young child]. Stockholm: Natur & Kultur.
- Support and Service Act (LSS, SFS:1993:387). Sweden.
- von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. London: Penguin Books.
- Wachs, T.D. (2000). *Necessary but not sufficient: The respective roles of single and multiple influences of individual development*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Winton, P.J., & McCollum, J.A. (1997). Ecological perspectives on personnel preparation: Rationale, framework, and guidelines for change. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 3-25). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Retrieved August 6, 2002, from <http://wvww3.who.int/icf/icftemplate.cfm>.

obbeikandi.com

الممارسون غير المهنيين في برامج التدخل المبكر منخفضة التكاليف (جامايكا) Paraprofessionals in Low-Cost Early Intervention Programs (Jamaica)

ماريجولد ثوربيرن Marigold J. Thorburn

"لا تتخلى عن الطفل الذي يبدو ميتاً لعله ينهض" هذا تعليق كريولي جامايكي اعتاد موظفي التأهيل المجتمعي CRWs سماعه من المارة عندما يرون طفلاً حقيقاً تقدماً في أثناء التدخل المبكر القائم على المنزل. يعرض هذا الفصل أسباب نجاح هذا البرنامج في جامايكا، وسوف نبدأ بالحكاية الإيضاحية التالية.

حكاية شيلا

ولدت شيلا Sheila قبل شهرين من تمام الحمل لأم في عمر السابعة عشر بإحدى المستشفيات الحكومية بجامايكا. كان حمل الأم قد تدهور بسبب فقر حاد في الدم. وحدثت الولادة طبيعية، وكان وزن شيلا ساعتها ٤ أرطال و٨ أونسات. وقد صُرح للأم ووليدتها بمغادرة المستشفى في وقت غير محدد بعد فترة قصيرة من الولادة. (فترة الإقامة العادية في المستشفيات الجامايكية هي يوم واحد). في أسبوعها الثاني من العمر أعيدت شيلا إلى المستشفى بحالة يرقان حادة وعولجت بالضوء phototherapy. وقيل أنها سقطت من على السرير في عمر ٧ أشهر، لكن قبل ذلك، وتحديداً في شهرها السادس، لم تكن تجلس بعد.

وفي عمر سنة وأربعة أشهر أحال معاون صحة مجتمعية (موظف رعاية صحية أولية) شيلا إلى المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات (Dedicated to the Development of) 3D Projects (people with Disabilities)، وهي عبارة عن برنامج تأهيل مجتمعي في جامايكا، بسبب تأخر نمائى شخص بعد ذلك على أنه شلل دماغي التوائي choreoathetoid cerebral palsy. لم تكن شيلا حتى ذلك الوقت تستطيع أن تجلس أو تستخدم يديها. وكانت تأتي بحركات لا إرادية ولم تقل أي كلمة. سُجّلت شيلا في برنامج التدخل المبكر وقامت إحدى موظفات التأهيل المجتمعي بتقييمها وفقاً لقائمة بورتج (Portage checklist (Bluma, Shearer, Frohman, & Milliard, 1976)). أوضح التقييم أشكالاً حادة من التأخر في كل مجالات النمو، ما عدا النظر الاجتماعية. بدأ التدخل القائم على المنزل باستخدام دليل جامايكا - بورتج للتدخل المبكر (Jamaica-Portage Guide to Early Intervention (Caribbean Institute on Mental Retardation, 1986)) وتمارين على التوازن. والتالية هي حكاية شيلا كما قصتها موظفة التأهيل المجتمعي التي تزور شيلا منذ ١٩٩٧م:

"لم تكن شيلا تستطيع أن تتكلم أو تزحف، ولا أن تتبع الأشياء عبر خط المنتصف. كانت هناك صعوبة كبيرة في العمل مع والدة شيلا رغم أنها حضرت توجيهاً لأولياء الأمور. فكانت أم شيلا تعتقد أن إعاقة ابنتها تسبب فيها عفريت (duppy) (روح شخص ميت تتلبس الفرد بفعل شخص حسود أو حقود). وقالت أنها في يوم ما أجلست ابنتها في وعاء غسيل تحت شجرة بفناء المنزل ودخلت إلى المنزل لتقضي شيئاً ما. وعند عودتها رأت "عفريت امرأة" يتعد عن ابنتها. وعندما نظرت إلى شيلا وجدت رأسها مائلاً على جانب ويسيل اللعاب من فمها. وعندما ذكرت أم شيلا بأن ابنتها سقطت من على السرير وهي في عمر ٧ أشهر وأنها لم تلتق عناية طبية، تجاهلت كلامي كأنها لا تسمعني.

"مرت أيام قبل أن تأخذ الأم شيلا إلى ساحرة لكي تحمم ابنتها وتدلكها بالزيت. وصفت لي الأم كيف يقوم الساحرة بتمرير شمعة موقدة وإنجيل حول شيلا. في بعض المرات التي زرت فيها منزلهم كنت أجد شيلا ملفوفة في رداء أحمر ويديها مربوطتين بشريط أحمر، وذلك لحماية الطفلة من العفريت. لقد أفزعني ذلك، ولذلك قررت أن استخدم إستراتيجية مختلفة لدفع الأم لأن تهتم بالأمر. فقلت لوالدة شيلا إن ما قالته عن العفريت ربما يكون حقيقياً، لكن علينا الآن أن نتعامل مع الإعاقة بإجراء تمارين للطفلة.

"وأخيراً، وبعد عامين تقريباً، أدركت الأم أن شيلا كانت تحتاج إلى مساعدة وبدأت في المشاركة في البرنامج. صُنِعَ لشيلا كرسي بجانب كانت توضع فيه يومياً. وكنت كلما زرتهم أجد الطفلة في كرسيها. وقد ساعد ذلك شيلا كثيراً، حيث أصبحت الآن تستطيع أن تجلس بقليل من المساعدة. وهي تستطيع الآن أن تشير إلى كل أعضاء الجسم وتضع يديها معاً، وتسحب نفسها لتقف،

وتطعم نفسها بالملقعة، وتحدث جملاً قصيرة، وتضع قبعة على رأسها، وتشير عندما تريد أن تذهب إلى المراض، وترسم خطوطاً عمودية. ولا تزال رأس شيلا متدلية ولعابها يسيل قليلاً. وقد بدأت شيلا تحضر في مدرسة خاصة للأطفال ذوي الإعاقة المعرفية منذ سبتمبر ٢٠٠١م. وينظر الناس إلى شيلا ويقولون "لا تتخلى عن الطفل الذي يبدو ميتاً لعله ينهض". وعندما رأيتها مؤخراً في عيادة المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات 3D projects في عام ٢٠٠٠م، كانت شيلا قد تعلمت ١٣٥ مهارة جديدة من قائمة بورتج في ثلاث سنوات بمعدل ٣,٦ شهرياً.

السياق القومي

جامايكا عبارة عن جزيرة شبه إستوائية تبعد ساعة وربع بالطائرة جنوب ميامي بفلوريدا، وسكانها ٢,٧ مليون شخص، وتعرف أساساً بأنها وجهة سياحية وموطن المطرب بوب مارلي.

لغة جامايكا الرسمية هي الإنجليزية، لكن أغلبية الجاماكيين يتحدثون شكلاً كريولياً من اللغة الإنجليزية. كانت جامايكا مستعمرة بريطانية حتى عام ١٩٦٢م، وهي الأكبر في السكان بين المناطق الناطقة بالإنجليزية في حوض الكاريبي. والصناعات الرئيسة المدرة للدخل هي السياحة وإنتاج البوكسايت والسكر والموز.

تحكم جامايكا حكومة منتخبة ديمقراطياً، وتنعم بحرية التعبير والصحافة، لكنها مبتلاة بالعنف السياسي الداخلي المرتبط بالمخدرات. وإدارياً تنقسم البلاد إلى ١٤ منطقة تعرف بالأبرشيات تتفاوت في عدد سكانها من حوالي ٩٠٠٠٠ إلى أكثر من مليون شخص (كنغستون).

الشعب والثقافة

نشأ شعب جامايكا عن الهجرة من أجزاء أخرى من العالم. فبسبب الشتات الذي جلبته تجارة العبيد يرجع ٩٥٪ من السكان إلى أصول أفريقية، إلى جانب أقليات

عرقية منهم الأوروبيون الذين يرجعون إلى المزارعين عندما كانت جامايكا مستعمرة بريطانية، ومنهم أيضاً العرب (من لبنان وسوريا أساساً) الذين وصلوا في مرحلة متأخرة كتجار، والهنود الذين جُلبوا كعمال ملزمين بعد إلغاء العبودية، والصينيون الذين جاؤوا أساساً من هونج كونج. ومن الجوانب الإيجابية للحياة الوطنية أن هناك دائماً امتزاج للمجموعات العرقية. لكن تاريخ العبودية وأهوالها لا يزال لهما تأثيرات سلبية على كثير من جوانب الشخصية القومية.

إن جامايكا دولة مسيحية اسماً، وبها الكثير من الكنائس المختلفة، وكثير من الجامايكيين متدينون جداً. لكن ذلك يتناقض مع العدد الكبير من الأطفال الذين يولدون خارج إطار الزواج وانتشار الشركاء المتعددين، خاصة في المجموعات الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة. وقد شهدت السنوات الستين الأخيرة انتشار الرستفارية^(١)، وهي ثقافة دينية ثانوية أثرت بقوة على الموسيقى والملبس وحتى الطعام في البلاد. وفي القرن العشرين ازدهرت الفنون، وتوجد حالياً ثقافة غنية في الموسيقى والرقص والفنون الجميلة الأصيلة.

نظم الخدمات التعليمية

جاء في تقرير تقدم الأمم (UNICEF, 1998) أن ١٠٠٪ من الأطفال في جامايكا مسجلين بالمدارس الابتدائية، رغم أن مستوى معرفة القراءة والكتابة لا يتجاوز ٧٠٪. والحضور بالمدارس ليس إلزامياً ويميل إلى التذبذب اعتماداً على القدرة المالية للأسرة لتوفير أجور الحافلات والأحذية ومصروف الغداء وما إذا كانت هناك حاجة إلى الأطفال للمساعدة في الزراعة.

(١) الرستفارية Rastafarianism أو الحركة الرستفالية حركة دينية جديدة إبراهيمية توحيدية نشأت في الثقافة المسيحية في جامايكا في ثلاثينيات القرن العشرين يعبد أتباعها الإمبراطور السابق لأثيوبيا هيلا سيلاسي الأول باعتباره تجسيداً للرب (المترجم).

يبدأ التعليم الرسمي في عمر ٣-٤ سنوات في "مدارس أساسية" Basic Schools تدير غالبيتها الكنائس أو المنظمات غير الحكومية الأخرى ويتلقون بعض الدعم الحكومي للتدريب والطعام والإعانات المالية. وبحلول عمر ٦ سنوات يكون ٩٥٪ من الأطفال يحضرون بمدرسة. ومن الممكن استنتاج أن نسبة الـ ٥٪ الباقية من الأطفال على الأقل هم من ذوي الإعاقات. يغطي التعليم المدعوم من الحكومة المدارس الابتدائية للأطفال في عمر ٦-١٢ سنة والمدارس الثانوية والشاملة للطلاب في أعمار ١٢-١٥ سنة والمدارس العليا لذوي الأداء الأكاديمي الأعلى في أعمار ١٢-١٨ سنة. ويتوقف أغلبية الأطفال عن حضور المدرسة في عمر ١٥ سنة. ولم يعد التعليم الجامعي مجانياً، حيث توجد بجامايكا ثلاث جامعات وحوالي ١٠ كليات لإعداد المعلمين وعدداً من المدارس الفنية وكليات المجتمع.

تمول برامج التربية الخاصة بالدرجة الأولى من جانب الحكومة، لكنها تدار من جانب كل من المنظمات غير الحكومية ووزارة التعليم. ومعظم هذه البرامج معزولة، لكن الوزارة تتجه نحو التعليم الدمجي وستوقف دعمها للمؤسسات المعزولة. يوجد حوالي ٢٥٠٠ طفل في برامج التربية الخاصة وعدد أكبر لكن غير معروف يحضر بمدارس التعليم العام.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

بدأ التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات عام ١٩٧٥م بمشروع التحفيز المبكر Early Stimulation Project في كينغستون Kingston الذي أنشئ تحت إدارة ما كان يعرف حينذاك بمجلس جامايكا للمعاقين، وهي الهيئة الحكومية التي كانت مختصة بإدارة برنامج للبالغين ذوي الإعاقات. وقد كان من الأمور التي أثرت على تطور هذا البرنامج التكلفة ونقص الموظفين الماهرين والحاجة إلى الوصول إلى الأطفال في بيوتهم والحاجة إلى إشراك أولياء الأمور. ونتيجة لذلك تم تطوير نموذج يستخدم أيضاً في

برامج التأهيل المجتمعي، حيث يتلقى أكثر من ١٣٠٠ طفل في جامايكا تدخلاً مبكراً (انظر الجدول رقم ١، ١٠).

الجدول رقم (١٠، ١). تحليل عددي للتدخل المبكر في جامايكا.

عدد الأطفال	مقدم الخدمة
١٥٥	مشروع التحفيز المبكر
حوالي ٣٠٠	المشروعات المكرسة للأشخاص ذوي الإعاقات
٢٠٢	مجموعة كلارندون للمعاقين
٦٥٠	المنظمة التطوعية الخاصة
١٣٠٧	الإجمالي

المنهج والممارسات الصفية

بحلول عام ٢٠٠٣م كان كل التدخل المبكر في جامايكا تقريباً قائماً في المنزل. وهو متوفر في معظم أجزاء الجزيرة، وإن كان بدرجة متفاوتة من التغطية وغير كافية في الغالب. توجد أربع منظمات تقدم هذه الخدمة، بما في ذلك مشروع التحفيز المبكر الأصلي وهو الوحيد الذي لا يشكل جزءاً من برنامج التأهيل المجتمعي.

والمنهج المستخدم يختلف من منظمة لأخرى. تستخدم ثلاثة برامج (مشروع التحفيز المبكر والمشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات والمنظمة التطوعية الخاصة) دليل جامايكا - بورتج للتدخل المبكر (Caribbean Institute on Mental Retardation, 1986).

يتكون هذا الدليل من ثلاثة أجزاء: قائمة لتقييم النمو، ودليل للمنهج، ودليل لتوجيه المستخدمين. وقد كانت جامايكا واحدة من أوائل الدول التي استخدمت هذا المنهج خارج الولايات المتحدة، حيث تبنته جامايكا عام ١٩٧٥م وقتنته عام ١٩٧٦م، ثم تم تدريسه واستخدامه في مشروعات مختلفة في أجزاء كثيرة من الكاريبي، منها كوراكاو وباربيدوس

وترنيداد وأنتيغوا وغرينادا. كما يستخدم أيضاً في هايتي وجمهورية الدومينيكان. لكن هذا المنهج يستخدم في جامايكا بطريقة مختلفة عنه في كثير من الدول الأخرى، بل ويتفاوت استخدامه قليلاً داخل جامايكا نفسها. في دول كثيرة يقوم مهني (معلم عادة) وأحد الوالدين بإكمال تقييم الطفل وخطة البرنامج الفردي. ثم يحدث التدريس في المنزل من جانب نفس المعلم مع الأم. وفي جامايكا يكمل موظف التأهيل المجتمعي التقييم والتخطيط والتدريس المنزلي جميعها، مع إشراف متقطع من أحد المهنيين (راجع عنوان "الموظفون المجتمعيون متعددو الوظائف: مكون خاص لخدمات التدخل المبكر الجامايكية"). وفي مشروع التحفيز المبكر يقدم هذا الموظف التدريس المنزلي فقط.

تلعب الأسرة دوراً حاسماً في كل هذه البرامج. ولا يستطيع البرنامج أن ينجح دون مشاركة الأسرة. وقد اتضح منذ وقت مبكر جداً من مشروع التحفيز المبكر أنه لا بد من عمل إضافي مع الأسر للتغلب على العوائق المختلفة والمتكررة للمشاركة الأسرية، مثل نقص المعلومات، والأفكار الخاطئة حول طبيعة إعاقة الطفل، وقلة الوعي بوجود الإعاقة، وعدم التقبل، والفقر، والأمل في علاج آخر أسرع (مثل الذهاب إلى الولايات المتحدة من أجل العلاج الطبي، أو استخدام العلاجات العشبية أو زيارة الساحرات).

لقد كان لزاماً أن تعالج هذه القضايا، وقد طورت لهذا الغرض أربع إستراتيجيات رئيسية: (١) تعليم أولياء الأمور، (٢) استخدام أولياء الأمور كموظفي تأهيل مجتمعي، (٣) تكوين مجموعات أولياء الأمور، (٤) مشروعات توليد الدخل (Thorburn, 1991). وقد أصبحت كل الإستراتيجيات عناصر مكتملة في معظم برامج التدخل المبكر في جامايكا. فتوجد الآن منظمات فاعلة لأولياء الأمور في كل الأبرشيات، ومجموعة دفاع قومية من أولياء الأمور. وتم تطوير مناهج مزودة بأدلة وأشرطة فيديو لتدريب أولياء الأمور (3D Projects, 1995)، وغالبية موظفي التأهيل

المجتمعي في معظم البرامج يكونوا من أولياء الأمور. لكن هناك مع ذلك نقيصة في البرامج وهي قلة مشاركة الآباء في أغلبية الأسر.
المؤثرات النظرية

كانت هناك ستة مؤثرات رئيسة على تطور هذه المشروعات، تجلى خمسة منها منذ بداية التدخل المبكر في جامايكا:

- ١- استخدام نموذج بورتج (Shearer & Shearer, 1972).
 - ٢- استخدام النموذج السلوكي الواضح في نموذج بورتج.
 - ٣- استخدام نموذج القوة العاملة.
 - ٤- حشد أولياء الأمور.
 - ٥- استخدام ممارسين غير مهنيين Paraprofessionals كموظفي تأهيل مجتمعي.
- لقد تعرض مهنيو التربية الخاصة في جامايكا للنموذج السلوكي في عامي ١٩٧٤/١٩٧٥م من خلال مقررات قصيرة كان يقدمها علماء نفس من ولاية نيويورك عبر برنامج شركاء الأمريكتين. أما نموذج القوة العاملة فقد جاء من كندا (National Institute, 1971)، وهو يصنف الموظفين المطلوبين لبرامج الإعاقة إلى ٤ مستويات، تتمثل غالبيتهم في الأشخاص منخفضي التدريب (من ٦ أشهر إلى سنة) لكنهم يتحلون بالشخصية الملائمة (مثل موظفي التأهيل المجتمعي). وقد خصص هذا الفصل لوصف استخدام أولياء الأمور كموظفي تأهيل مجتمعي. واستخدام وتدريب الممارسين غير المهنيين مفصل تحت عنوان "الموظفون المجتمعيون متعددو الوظائف: مكون خاص لخدمات التدخل المبكر الجامايكية".

المؤثرات السياسية

ثمة صعوبة في التفكير في أية مؤثرات سياسية على برامج التربية الخاصة، وذلك لأنها استمرت ونالت الإقرار منذ عام ١٩٧٥م رغم تغيير الحكومات. لكن بالمعنى

الواسع كان هناك غياباً كلياً لتطوير السياسات في هذا المجال المهم للخدمة الإنسانية. وثمة مؤثر أكثر أهمية وصلته وهو الاقتصاد الذي كان تأثيره سلبياً جداً منذ البداية. كان البرنامج الوحيد الذي تدعمه الحكومة بالكامل هو مشروع التحفيز المبكر، وقد تراجع هذا الدعم جداً لدرجة أن عدد موظفي البرنامج انخفض إلى ربع عددهم في السبعينيات.

أما البرامج الأخرى فتديرها جميعاً المنظمات غير الحكومية وتحصل على بعض الدعم المالي من الحكومة، لكنها تعتمد بالدرجة الأولى على التمويل الخاص والدولي، الذي تزداد صعوبة تأمينه أكثر فأكثر. ومع التراجع الاقتصادي في العالم الثالث منذ الثمانينيات تكافح هذه البرامج من أجل البقاء، حيث لم يكن من الممكن أن تحصل على دعم كبير من المستفيدين. ولم يكن لإغلاق البرامج القائمة على المنزل بهامشيتها نفس التأثير الكبير لإغلاق مؤسسة.

المؤثرات الثقافية

يمكن تمييز مؤثرين ثقافيين رئيسيين: استخدام النموذج الأمريكي ودور ممارسات تربية الأطفال في جامايكا.

استخدام النموذج الأمريكي

لقد حسم الأمر منذ بدء مشروع التحفيز المبكر عام ١٩٧٥م باستخدام نموذج منهج متبع في الولايات المتحدة الأمريكية وهو نموذج بورتج (Shearer & Shearer, 1972). وقد كان لهذا التبني مزاياه وعيوبه.

المزايا: تتضمن المزايا توفر منهج جاهز ومواد تقييم ودليل للتدريس، فضلاً عن إمكانية طلب المشورة والمساعدة من مشروع بورتج نفسه. وفيما بعد بدأت دول أخرى في استخدام نموذج بورتج. وقد سمح ذلك بتبادل المعلومات بين دول العالم الثالث والعالم الأول، كما يسرّ عقد مؤتمرات وإصدار نشرة دولية منتظمة.

وهذا المنهج سهل في تعلمه ويمكن أن يستخدمه الممارسون غير المهنيين. فلا يشترط في من يستخدمه أن يكون متخصصاً في علم النفس. وقد يسر ذلك للأشخاص الأقل تدريباً أن يوصلوا هذه الخدمة في البرنامج. ومن المزايا الأخرى مرونة النموذج، وكذلك سهولة تقويم التقدم فيه بفضل طبيعته الموضوعية.

العيوب: ثمة عيبان أساسيان: اللغة والثقافة اللتان يقوم عليهما النموذج. فلغة البرنامج هي الإنجليزية القياسية، وقد صيغت بطريقة مقتضبة جداً. وتلك اللغة وهذه الصياغة يصعب فهمهما واستخدامهما على الناطق بالكريولية، سواء موظفي التأهيل المجتمعي أم أولياء الأمور. وقد تطلب ذلك وقتاً طويلاً في أثناء التدريب من أجل توضيح معنى الكثير من المفردات في القائمة، خاصة القسم الخاص باللغة. وهذا الأخير يتطلب فهم القواعد الأساسية. وكان الحل لتلك المشكلة هو تقنين لغة النموذج إلى اللغة العامة.

يقوم منهج بورتج أيضاً على أسلوب الحياة الأمريكي الذي يختلف تماماً عن نظيره في جامايكا (رغم أن الفجوات آخذة في الانغلاق بفعل القرب المكاني بين الدولتين وتأثير التلفزيون الأمريكي). وقد أخضعت مسألة الملاءمة الثقافية للمناقشة، وكانت خلاصة النقاش أن مزايا البرنامج تُجَب عيوبه. وبالتأكيد يساعد استخدام النموذج السلوكي كثيراً في تأكيد الحاجة إلى التعزيز الإيجابي الذي تفتقر إليه في الغالب ممارسات تربية الأطفال في جامايكا.

دور ممارسات تربية الأطفال في جامايكا

لقد تأثرت ممارسات تربية الأطفال في جامايكا كثيراً بتفسخ الأسرة في أثناء العبودية وميراث هذه الفترة المتمثل في الأسر غير المستقرة. فكثير من الأسر تحمل فيها البنات غير المتزوجات مبكراً، ويولد الأطفال خارج إطار الزواج، وقلّة اللعب والكتب ومواد الكتابة، وغياب الآباء، والعنف المنزلي، وحاجة الأمهات للعمل. وفي

أحيان كثيرة يترى الأطفال على يد أفراد من الأسرة غير الوالدين ، كالجندات أو العمات المسنات اللاتي يكن كثيراً أقل مرونة ويؤمن بالخرافات (Thorburn, 1998). وتتضمن أنماط تربية الأطفال تأييد أدوار النوع التي تشجع خروج الأولاد من المنزل وعدم تجاوز البنات لفضاء المنزل. وغالباً ما يحظى الأولاد بتدليل مفرط ، وهو ما يبقى إلى سن البلوغ مع الكثير منهم. ومن النتائج البسيطة المترتبة على ذلك فشل كثير من الأولاد في المدرسة. وتلقي نسبة من الأولاد أعلى بكثير من البنات خدمات الإعاقة (Thorburn, 2000).

كما تميل إدارة سلوك الأطفال لأن تكون سلبية وغياب استخدام التعزيز الإيجابي ، والتركيز على السلوك السلبي والاستخدام المتكرر للعقاب البدني (Barrow, 1996). وفي بعض الأحيان يستخدم منع الطعام كعقاب (Sobo, 1993).

وكما في معظم دول العالم الثالث يسود في جامايكا نسق معتقدات ربما يؤثر سلباً على الطفل أو يؤثر عكسياً على فعالية التدخل. من ذلك أن المعتقدات الخارقة تؤثر على ١٥٪-١٧٪ من فهم الناس للإعاقة. فهم ربما يعتبرون الإعاقة عقاباً من عند الله ، أو ناتجة عن رؤية المرأة الحامل لشخص معاق ، أو الشعور بالأسى على الحيوان ، أو ظهور عفريت زتلبسه للطفل (Thorburn, 1998). وثمة اعتقاد آخر واسع الانتشار هو التدخل الإلهي إما في التسبب في الإعاقة أو الخلاص منها. تنتشر كل هذه المعتقدات بين المجموعة الأكبر والأصغر سناً والأقل تعليماً (Thorburn, 1998). ومن المعتقدات الأخرى السائدة أن الأطفال ذوي الإعاقات لن يحققوا أي تقدم وسوف يكونوا عبئاً ويجب وضعهم دائماً في "البيوت" أو المؤسسات وأنهم لا يتمتعون بنفس حقوق الأشخاص الآخرين. تؤثر كل هذه المفاهيم على تقبل الأشخاص ذوي الإعاقات ، ودافعية مقدمي الرعاية للمشاركة في برامج التدخل ، وقبول الأطفال في المدارس والبالغين في الوظائف ، وتقديم خدمات غير كافية.

وهناك أخيراً تلك الممارسة الثقافية الخاصة، التي ربما تكون قد نشأت في غرب أفريقيا وتمارس على نطاق واسع في جامايكا وفي كثير من جزر الكاريبي الأخرى، وتتمثل في روتين التدريبات الحركية الذي تستخدمه الأمهات والجدات مع الأطفال بعد الاستحمام (Hopkins & Westra, 1988; Werrij, Voeten, Adriaanse, & Thorburn, 2000). يتضمن هذا الروتين مط الأطفال وهزهم وتشكيل أجسامهم وتدريبات حركية وإسنادهم في وضع الجلوس. وهذا الروتين يستخدم لفترات أطول وبتكرار أكثر مع الأطفال ذوي الإعاقات (van der Putten, Finkenflugel, & Thorburn, 2001)، وربما يكون لذلك قيمة علاجية ممكنة.

الموظفون المجتمعيون متعدّدو الوظائف: مكون خاص لخدمات التدخل المبكر الجامايكية

ثمة خاصية مميزة لبرامج التدخل المبكر الجامايكية أسهمت في نجاحها واستمراريتها هي استخدام موظفين مجتمعيين متعدّدي الوظائف. وكما ذكرنا سابقاً فإن غالبية هؤلاء الموظفين نساء لم يحصلن على تدريب سابق وكثير منهن أمهات أو أفراد أسر ذات أطفال معاقين، ودائماً ما يجترن من جماعات بها أطفال سيحصلوا على الخدمة.

وقد نشأت فكرة هذا النموذج من مصدرين: برنامج معاونين الصحيين المجتمعيين Community Health Aide Programme في جامايكا وخبرة تدريب الموظفين الذين يعتنون بالأطفال ذوي الإعاقات في دور الحضّانة النهارية.

بدأ برنامج معاونين الصحيين المجتمعيين في عام ١٩٧٠م السير كينيث ستاندارد من جامعة جزر الهند الغربية كوسيلة لتوفير الرعاية الصحية الأولية بتكلفة منخفضة. أعطيت النساء قليلات التعليم التي اختارتهن المجتمعات المحلية ٣ أشهر من التدريب لتقديم المهام الصحية الشائعة والأساسية والبسيطة في مجتمعاتهن المحلية تحت إشراف ممرضات وقابلات صحيات عامات. تبنّت حكومة جامايكا هذا المشروع الأولي

وحولته الآن إلى برنامج قومي. وفيما بعد تدرّب معاونون الصحيون المجتمعون بأحد مناطق كنجستون لكي يقدموا التحفيز المبكر للأطفال ذوي سوء التغذية.

وقد قامت المؤلفة عام ١٩٧٤م عندما كانت تعمل بقسم السير ستاندارد بجامعة جزر الهند الغربية بتدريب مجموعة من المتسربين من المدارس في برنامج حكومي للقيام بالفحص النمائي (Thorburn & Brown, 1976). كانت تلك أيضاً هي خبرة المؤلفة الأولى لتدريب مجموعة من النساء من برنامج توظف حكومي خاص للعمل في مراكز رعاية الطفولة. وقد قررت أن تستخدم النساء من هذا البرنامج في مشروع التحفيز المبكر.

إن نقص الخبرة (أي الموظفين المهنيين المدربين على نوع محدد من العمل) أحد المشكلات الرئيسة التي تواجه البرامج المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقات في دول العالم الثالث. فالوظائف في خدمات الإعاقة، خاصة برامج التأهيل المجتمعي CBR، لا تدفع أجوراً مجزية ويصعب جذب المهنيين إليها. وكذلك لا يقدم تدريب محدد لموظفي التدخل المبكر في البرامج التدريبية القياسية على مستوى الجامعات أو كليات المجتمع. كما توجد مشكلة أخرى هي أن كثيراً من برامج التدخل لا تقدم التوظيف بسبب صعوبة الموقف المالي لمعظم المنظمات غير الحكومية وقلة البرامج الحكومية. فعندما بدأ مشروع التحفيز المبكر في عام ١٩٧٥م كان الموظفون يتكونون فقط من المؤلفة (طبيبة) وممرضة صحية عامة ومعلم ابتدائي متطوع. وبفضل دليل بورتج فقط تمكن المشروع من العمل.

ومن أجل التغلب على هذا النقص في الخبرة، قرر الموظفون أن يتبنوا نموذج القوة العاملة الكندي Canadian Manpower Model الذي يحتاج إلى بنية هرمية من أربع مستويات. يتكون المستوى الأول من موظفي التأهيل المجتمعي الذين يشكلون ٦٠٪ تقريباً من الموظفين. ويتمثل المستوى الثاني في المشرفين الذين يكونوا عادة موظفي تأهيل مجتمعي بلغوا هذه الدرجة بفضل خبرتهم وكفاءتهم واحترامهم للموظفين الآخرين، وهم يشكلون ٢٠٪. ويتمثل المستوى الثالث في المهنيين (١٠٪)، والمستوى الرابع في المدير.

يقوم مشروع التحفيز المبكر على فريق صغير من مهنيين اثنين وفريق أكبر من موظفي التأهيل المجتمعي بنسبة ١ إلى ٨. ومن المفترض أن يكون الفريق المهني متعدد التخصصات، وكذلك موظفي التأهيل المجتمعي يجب أن يكونوا أيضاً متعددي التخصصات في شخص الموظف الواحد.

لقد كان تطوير دور موظفي التأهيل المجتمعي حاسماً لعمل البرنامج. وحيث أن موظفي التأهيل المجتمعي كانوا عادة من النساء ذات المستوى التعليمي المحدود، فقد كان لزاماً أن يكون التدريب ملائماً لهن لكي يفهمن ويتعلمن. كان ذلك يعني في البداية استخدام أنواع من التدريب عملية وتشاركية مع تقليل التنظير إلى حده الأدنى، فضلاً عن تقسيم التدريب إلى وحدات موزعة على فترة زمنية، سنة عادة.

صمم التدريب على أساس الوظائف والمهام المطلوبة من موظفات التأهيل المجتمعي. وقد رجعت الوظائف والمهام عدة مرات منذ عام ١٩٧٥م. وقد عرض التدريب السابق بشكل مفصل في عدة مطبوعات (Thorburn, 1976, 1990, 1992b). وكانت وحدات التدريب عبارة عن:

- ١- وحدات أساسية: ٣-٤ أسابيع.
- ٢- استخدام دليل جامايكا - بورتج للتدخل المبكر: أسبوعين.
- ٣- مهارات تربية الطفل (إدارة السلوك): أسبوع واحد.
- ٤- العلاج الطبيعي البسيط والمعينات المعدلة: أسبوعين.
- ٥- النطق واللغة: أسبوع واحد.
- ٦- فحص وإدارة الرؤية والسمع: أسبوعين.
- ٧- لعينة متتقة من موظفي التأهيل المجتمعي استخدام اختبار دينفير الثاني Denver II test (Frankenburg et al., 1992): أسبوع واحد.

خُرج هذا البرنامج التدريبي موظفات متعدّدات الوظائف أصبحن رائعات ومهتمات عندما اكتسبن الخبرة، حتى أن الزوار المهنيين إلى المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات كانوا يعجبون دائماً بمدى المهارات والاهتمام بتعلم المزيد الذي أظهرته موظفات التأهيل المجتمعي. وقد رقيت اثنتان منهن إلى وظيفة منسق، وهي وظيفة كانت لا تعطى في السابق إلا للمهنيين.

وفي عام ١٩٩٩م أجريت مراجعة جديدة للمهام وأهداف تدريب، مع التركيز على تطوير دليل تدريبي لإعداد الموظفين المجتمعيين بوزارة الصحة لتقديم التدخل المبكر. كما استخدم التدريب أيضاً لمجموعة جديدة من الموظفين بالمشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات في وقت مبكر من عام ٢٠٠٠م. وقد كانت الأهداف من التدريب الأساسي لهاتين المجموعتين تتمثل في:

- ١- التعرف على الأطفال ذوي الإعاقات مبكراً قدر الإمكان عن طريق الفحوصات النمائية واستخدام معايير الخطر في عيادات ما بعد الولادة ورعاية الطفل.
- ٢- إحالة الأطفال الذين يتم التعرف على وجود إعاقات لديهم إلى عيادة خاصة بغرض التقييم وعلاج أية مشكلات طبية. وبعد ذلك يوزع الأطفال على موظفي التأهيل المجتمعي كل طفل في منطقته.
- ٣- أن تقدم موظفات التأهيل المجتمعي تدخلاً قائماً على المنزل من خلال تعليم مقدمي الرعاية الأنشطة والتمارين الملائمة للأطفال، على أن ينفذ أولياء الأمور التدريب في بيوتهم في الفترات الممتدة بين زيارات موظفات التأهيل المجتمعي.
- ٤- أن يعاد على فترات منتظمة تقييم الأطفال ذوي الإعاقات الذين يتلقون تدخلاً وذلك من أجل التأكد من حدوث تقدم. وإذا لم تتضح أدلة على حدوث تقدم، يمكن أن يحال الطفل إلى مهني أو هيئة أخرى.
- ٥- أن يتم تقييم الأطفال ذوي الإعاقات في عمر ٣-٤ سنوات لتقرير إمكانية وضعهم في فصول ما قبل المدرسة المحلية بالتعليم الدمجي. وسوف تقدم موظفة التأهيل

المجتمعي دعماً للمعلم والطفل وفقاً لحاجة كل منهما. وبالنسبة للأطفال الذين يعتبرون غير جاهزين للمدرسة، تواصل موظفة التأهيل المجتمعي تقديم تدخل قائم على المنزل إلى أن تستغني عنه الأم وطفلها.

٦- تم أيضاً تطوير أهداف تدريبية مفصلة بناء على الأهداف الخمسة السابقة (راجع الملحق الوارد في نهاية هذا الفصل).

لقد أجري التدريب في الموقع على يد موظفين من المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات: مهنيين وموظفات تأهيل مجتمعي خبيرات. وفي حالة موظفات التأهيل المجتمعي استمر التدريب أربعة أسابيع. وفي تدريب وزارة الصحة تم تدريب ممرضات ممارسات وممرضات من الصحة العامة لمدة ثلاثة أيام. وقد تلقى معاونو الصحة المجتمعية أسبوعاً من التدريب منذ سنة بما سمح لبقية التدريب أن يكتمل في ثلاثة أسابيع.

تدريب المهنيين

في برامج التدخل المبكر والتأهيل المجتمعي بالعالم الثالث يتركز نقاش كثير حول أنواع المهنيين المطلوبين للوظائف الإشرافية والتوجيهية. وقد اقترحت منظمة الصحة العالمية لهذه الوظائف المهنيين من المستوى المتوسط، لكن برامج قليلة فقط تعد مثل هؤلاء الأفراد (Mendis, 1995). وقد اتفق الزملاء المشاركون في مراكز التأهيل المجتمعي مع مؤلفة هذا الفصل على أنه ربما كان المهنيون الأكثر نفعاً والأكثر توفراً هم المعالجون المهنيون وأخصائيو العلاج الطبيعي. لكن هؤلاء يجب أن يكونوا مرنين ويتعلموا مهارات جديدة، خاصة في مجالات الإشراف والإدارة والتدريب.

في نظام نموذج القوة العاملة رباعي المستويات، يتكون المستوى الثالث من المهنيين. وفي المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات يحتل هؤلاء وظيفة المنسقين. وعادة يكون هناك منسق واحد لكل برنامج أبرشية. وفي السابق كانت المشروعات المخصصة

للأشخاص ذوي الإعاقات تستطيع أن توظف أخصائي، مثل أخصائي العلاج الطبيعي، للإشراف والتدريب، لكن القيود المالية الحالية حالت دون ذلك.

والمنسقة إلى جانب وظيفتها الإشرافية تكون أيضاً موظفة متعددة الوظائف. فهي تحتاج نفس مهارات موظفة التأهيل المجتمعي لكن بعمق أكبر في كل من المعرفة والحكم. وتحتاج أيضاً إلى المهارات الإدارية والإشرافية والتدريبية. وهذا الجمع بين هذه المجالات ليس متوفراً عموماً في دول العالم الثالث، لذلك كان لزاماً أن يتم تدريب المهنيين المختلفين الذين استخدموا في هذه المواقع. وقد تضمنت خلفية هؤلاء المهنيين المعلمين وممرضات الصحة العامة والممرضات الممارسات وموظفات الخدمات الاجتماعية. وفي الفترة من ١٩٩١ إلى ١٩٩٣م قدمت المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات برنامجاً تدريبياً قصيراً أثناء الخدمة لتقديم خلفية معمقة لمجموعة من منسقيها ومشرفيها سُمي تدريب المستوى الوسيط من التأهيل المجتمعي. شارك في هذا البرنامج اثني عشر موظفاً لمدة أربعة أيام في الشهر. كانت الحاجة واضحة لأن يقدم هذا النوع من التدريب كمقرر يعطي درجة علمية في جامايكا. تناقش قضايا التدريب الحالية والمستقبلية في مراكز التأهيل المجتمعي بالتفصيل في ورقة ويرز (Wirz, 2000) وثوربيرن (Thorburn, 2000).

الدروس المتعلمة

على مدار السنين أجريت تقييمات مختلفة لبرامج التدخل المبكر والتأهيل المجتمعي في جامايكا. ويعمد التقييم لأسباب كثيرة واحداً من أصعب الجوانب في البرامج منخفضة التكاليف القائمة على المنزل. فالتقييم يكون صعباً بسبب انخفاض الكلفة ومحدودية الخبرة المهنية. كما تنتج صعوبة تقييم برامج التدخل المبكر أيضاً عن التنوع الكبير في مكونات البرنامج والإعاقات المتضمنة.

جريت المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات نوعين من التقييم. كان الأول تقييم أثر وجهات نظر أولياء الأمور في البرنامج في أبرشيتين منفصلتين في

سنتين مختلفتين (Thorburn, 1992a). لم تتضمن المحاولة مجموعة ضابطة. وجاءت النتائج من المنطقتين متماثلة تقريباً ومتماسكة ومؤيدة. وقد وجد أن الزيارات المنزلية كانت تحظى بتقدير واضح لأنها أعطت لأولياء الأمور التشجيع والانتباه من مستمع متعاطف. واتضح أن فهم أولياء الأمور ومعرفتهم حول إعاقة أطفالهم كانت جيدة مقارنة بمجموعة من أولياء الأمور لم يشاركوا في برامج التأهيل المجتمعي، حيث استطاع ٩٢٪ من أولياء الأمور المشاركين في المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات أن يحددوا إعاقة أطفالهم مقارنة بـ ١١-٤٥٪ في المجموعة الثانية. ومن بين أولياء الأمور الذي شملهم التقييم أقر ٦٧٪ ممن شاركوا في المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات بحدوث تغيير إيجابي في الاتجاهات، و ٧٢٪ بحدوث تغيير في الممارسات مع أطفالهم. وعلاوة على ذلك قال ٧٦٪ أنهم شعروا بتحسن في أطفالهم نتيجة للبرنامج، وقال ٩٣٪ أنهم يزكون البرنامج لأولياء أمور آخرين.

قررت المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات في عام ١٩٩٥م أن تستخدم حزمة متابعة العمليات وتحليل النتائج (Operations Monitoring and Analysis of Results (OMAR) لتقييم برنامجها، إلى جانب برنامجين آخرين للخدمات القائمة على المجتمع المحلي في جامايكا. وقد نتجت هذه الحزمة عن جهد من جانب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لتطوير حزمة تقييم سهلة الاستخدام ورخيصة التكلفة تسمى متابعة العمليات وتحليل النتائج (OMAR; Jonsson, 1994). وتشتمل الحزمة على المجالات الخمسة التالية:

- ١- الفعالية: هل يحقق البرنامج تقدماً مرضياً؟ هل يحقق البرنامج أهدافه؟ وقد تم تقييم ذلك باستخدام استبانة تسمى "استبانة أنشطة الحياة اليومية" (Thorburn, Desai, & Davidson, 1992) تقييم مشكلات الفرد ثم تعيد تقييمها بعد فترة محددة (في هذه الحالة بعد سنة).

٢- التأثير: ماذا كان تأثير البرنامج على الأشخاص ذوي الإعاقات والمجتمع المحلي بشكل عام؟ وقد تم تقييم ذلك بعدة استبانات طبقت على أولياء الأمور والأشخاص ذوي الإعاقات وعينة من الموظفين.

٣- الصلة: هل العمل الذي يجري له صلة باحتياجات الناس؟ وقد تم تقييم ذلك من الاستجابات الإجمالية على الاستبانات المختلفة.

٤- الكفاءة: هل تم استخدام الموظفين والمصادر الأخرى بأقصى كفاءة ممكنة؟ وقد تم تقييم ذلك في ضوء الاستبانات التي طبقت على الموظفين الإداريين بالمشروعات المكرسة للأشخاص ذوي الإعاقات.

٥- الاستدامة: هل يمكن للبرنامج أن يستمر دون دعم خارجي؟ هل نمت القدرة والاهتمام المحليين؟ وقد تم تقييم ذلك أيضاً عن طريق الاستبانات التي طبقت على الموظفين الكبار.

وبمساعدة طالبين جامعيين هولنديين قضيا ٦ أشهر في جامايكا تم تطبيق حزمة التقييم وظهرت نتائج الجزء الأول في عام ١٩٩٦م (كتاب غير منشور). ومن أجل إجراء مكون الفعالية، قام طالبان آخران بإكمال التقييم في السنة التالية.

أثبت التقييم أنه عمل صعب يتطلب خبرة في الحاسوب، وهي خبرة لا تتوفر عادة في برامج التأهيل المجتمعي إلى أن تكتسب حنكة (قدم الطلاب ذلك للتقييم). وثمة مشكلة أخرى تجلت في أن الجهد الذي بذل لتبسيط أسئلة الاستبانات أدى إلى صعوبات في فهم أولياء الأمور وتسجيل استجاباتهم وتحليلها. فما قصد به أن يكون تحليلاً كمياً سهلاً لم يعط نتائج مفيدة وواضحة عبر المكونات الخمسة لحزمة التقييم، ولذلك ارتؤي أن النموذج الكيفي قد يكون أكثر فعالية، لكنه سيكون أصعب في التسجيل والتحليل. وثمة مشكلة ثالثة هي أن الاستبانات المستخدمة لم تحدد ما هي الاستبانة أو الأسئلة المقصودة لكل مكون من التقييم.

ونتيجة لذلك فرغم توفر تغذية مرتدة مفيدة لمديري المشروع، لم تكن ثمة إمكانية لتتائج محددة تتعلق بالفعالية والصلة والاستدامة، إذ كان لا بد من استنتاجها. فلم يشعر الطلاب بأنه قد توفرت لديهم المعلومات الضرورية لتقييم الكفاءة. وقد أثبتت الفعالية أنها الأصعب في تقويمها بسبب عدم كفاية المتابعة في السنة الثانية للمستفيدين الذين شاركوا في السنة الأولى. فقد جعل التسرب الأعداد النهائية غير كافية لاستخلاص استنتاجات صادقة، وكذلك لم تكن الاستبانات المستخدمة لتقييم التقدم حساسة بما يكفي.

إن أفضل أداة لتقييم الفعالية هي قائمة بورتج من أجل القياس الكمي للمكاسب النمائية. وقد استخدمت القائمة لتقييم تقدم الأطفال في برنامج التحفيز المبكر في منطقة كنغستون في عام ١٩٧٨م (Thorburn, Brown, & Bell, 1979). لكن هذه الطريقة قد لا تحظ بالقبول في البرامج الغربية بسبب افتقارها إلى الاختبار النفسي وغياب المجموعة الضابطة. لكن هذا النوع من البحوث المتطورة أبعد من إمكانات الخدمات الاجتماعية منخفضة التكاليف.

وإضافة إلى ما سبق فقد تعلمنا دروساً كثيرة من التجربة، منها أن المهنيين يميلون إلى المراوغة والرغبة في الصعود الاجتماعي، مما يؤدي إلى معدل مرتفع لترك المجال. وقد واجهتنا صعوبة خاصة في استقطاب أخصائيي العلاج الطبيعي، لكننا لا نعرف السبب وراء ذلك إلى الآن. وقد أثبتت موظفات التأهيل المجتمعي - خاصة الأمهات - أنهن متفانيات جداً ويمكن أن يصبحن موظفات ماهرات وخبيرات. وقد ظللن وفيات للبرنامج حتى في الأوقات الصعبة.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

لقد كان من أسباب نجاح البرنامج استخدامه للأمهات كموظفات تأهيل مجتمعي. فهؤلاء الأمهات لهن مصلحة شخصية في تنمية الأطفال ذوي الإعاقات. ومن

خلال الملاحظة المباشرة تمكن الموظفون من اختيار الأمهات اللاتي اتضح تفانيهن الاستثنائي في الطرق التي يتعاملون بها مع أطفالهن.

ثانياً يرجع نجاح التدريب المتضمن في البرنامج إلى اعتماده على الطرق التشاركية والممارسة العملية، بما في ذلك التعامل المباشر مع الأطفال ذوي الإعاقات. ويعتمد التدريب على إجراء تحليل مهام للوظيفة التي سيؤديها المتدرب. وفي هايتي أيضاً استخدمت دورة "تدريب المدربين" النموذج التشاركي Participatory Approach لتحليل المهام وتخطيط التدريب في برنامج جديد للتأهيل المجتمعي. وقد كان هذا البرنامج ناجحاً أيضاً، حيث تعلم المهنيون وخططوا في نفس الوقت.

ثالثاً يعتبر النموذج السلوكي مكوناً في نجاح البرنامج، حيث كان مؤثراً في تنفيذ التدريب القائم في المنزل وفي المساعدة في تغيير الممارسات السلبية في مجال تربية الأطفال السائدة في المجتمع الجامايكي.

خاتمة

لقد قدم هذا الفصل وصفاً لخصائص برامج التدخل المبكر المنزلية منخفضة التكاليف التي تستخدم في جامايكا وتصل إلى حوالي ١٣٠٠ طفلاً من شريحة ما قبل المدرسة. وتعد تلك البرامج في الغالب جزءاً من برامج التأهيل المجتمعي الأكبر ويقدمها نساء من المجتمع المحلي حاصلات على التعليم الأساسي، وكثيراً منهن أمهات لأطفال معاقين. بدأ البرنامج الأول منذ عام ١٩٧٥ م، وهو يثبت أن استمراريته ترتبط بملاءمة خصائصه التدريبية والثقافية والمالية وكذلك خصائص موظفيه. وعموماً فإن هناك حاجة إلى مزيد من البحوث لتحديد المخرجات طويلة المدى بالنسبة للأطفال الذين استمروا في البرنامج.

وربما كانت السمة المخيبة للأمال أكثر من غيرها هي فشل الحكومة في دمج برامج التدخل المبكر في البرامج الحكومية. فكل برامج التدخل المبكر الحالية ما عدا

واحد فقط تديرها منظمات غير حكومية بإعانات مالية حكومية صغيرة، بينما يأتي الدعم الرئيس من المانحين من وراء البحار. ومن المفترض أن تدمج برامج التدخل المبكر في برنامج الصحة المجتمعية أو تربية الطفولة المبكرة. وقد بذلت محاولتان لتحقيق الدمج من النوع الأول لكنهما لم تنجحا، حيث تم تدريب موظفي الصحة المجتمعية لكن التدخل المنزلي لم يطبق. كما تولت وزارة التعليم المسئولية عن رعاية الطفولة وتعليم ما قبل المدرسة للأطفال ٣-٦ سنوات. وربما حان الوقت الملائم لكي تحاول الوزارة أن تدمج التدخل المبكر أيضاً.

المراجع

References

- Barrow, C. (1996). *Family in the Caribbean: Themes and perspectives*. Kingston, Jamaica: Ian Randle Publishers.
- Bluma, S.M., Shearer, M.S., Frohman, A., & Hilliard, J. (1976). *Portage Guide to Early Education: Checklist, Curriculum and Card File*. Portage, WI: Cooperative Educational Service Agency.
- Caribbean Institute on Mental Retardation and Other Developmental Disabilities. (1986). *Jamaica—Portage Guide to Early Education*. Spanish Town, Jamaica: 3D Productions.
- Frankenburg, W.K., Dodds, J.B., Archer, P., Bresnick, B., Maschka, P., Edelman, N., & Shapiro, H. (1992). *Denver Developmental Screening Test II (Denver II)*. Denver, CO: Denver Developmental Materials.
- Hopkins, B., & Westra, T. (1988). Maternal handling and motor development: An intra-cultural study. *Genetic, Soda! and General Psychology Monographs*, 114, 377-408.
- Jonsson, T. (1994). *OMAR in rehabilitation. A guide on operations monitoring and analysis of results*. Geneva: United Nations Development Programme Interregional Programme for Disabled People.
- Mendis, P. (1995). Education of personnel: The key to successful community-based rehabilitation. In B. O'Toole & R. McConkey (Eds.), *Innovations in developing countries for people with disabilities* (pp. 211-220). Lancashire, England: Lisieux Hall.
- National Institute on Mental Retardation, Canada. (1971). *A national mental retardation manpower model*. Toronto: Roehar Institute.
- Shearer, M., & Shearer, D. (1972). The Portage model: A model for early childhood education. *Exceptional Children*, 36, 210-220.

- Sobo, E.J. (1993). *One blood: The Jamaican body*. Albany: State University of New York Press.
- Thorburn, M.J. (1990). Training community workers for early detection, assessment and intervention. In M.J. Thorburn & K. Marfo (Eds.), *Practical approaches to childhood disability in developing countries* (pp. 125-140). Spanish Town, Jamaica: 3D Projects.
- Thorburn, M.J. (1991). Mobilising parent involvement in Jamaica. In V.R. Pandurangi & P.A. Woods (Eds.), *Early intervention for pre-school children in developing countries* (pp. 63-67). Bangalore, India: Sri Suhindra Printing Press.
- Thorburn, M.J. (1992a). Parent evaluation of a community based rehabilitation programme in Jamaica. *International Journal of Rehabilitation Research*, 15, 170-176.
- Thorburn, M.J. (1992b). Training community workers in a simplified approach to early detection, assessment and intervention. *Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap*, 16, 24-29.
- Thorburn, M.J. (1998). Attitudes towards childhood disability in three areas in Jamaica. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 9, 20-24.
- Thorburn, M.J. (2000). Advances in the provision of services for children with disabilities in Jamaica (1988-1997). *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 11, 69-79.
- Thorburn, M.J. (2001). *Manual for training community workers in early intervention and community based rehabilitation for children with disabilities*. Spanish Town, Jamaica: 3D Projects.
- Thorburn, M.J., & Brown, J.M. (1976). Para-professionals in early detection and stimulation. In M.J. Thorburn & C.A. Tucker (Eds.), *Proceedings of the Fourth Caribbean Congress on Mental Retardation* (pp. 125-134).
- Thorburn, M.J., Brown, J.M., & Bell, C. (1979, August). *Early stimulation of handicapped children using community workers*. Paper presented at the Fifth Congress of the International Association for Scientific Study of Mental Deficiency, Jerusalem, Israel.
- Thorburn, M.J., Desai, P., & Davidson, L.L. (1992). Categories, classes and criteria in childhood disability. *International Disability Studies*, 14, 122-142.
- 3D Projects. (1995). *Parent training. A manual for training parents in disability issues* [Book and video]. Spanish Town, Jamaica: Author.
- UNICEF. (1998). *The progress of nations 1998*. New York: UNICEF Publications.
- van der Putten, A.A.J., Finkenflugel, H.J.M., & Thorburn, M.J. (2001). Formal handling routines: Child-rearing practices in Jamaica. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 12, 52-62.
- Werrij, M., Voeten, C.D., Adriaanse, H.P., & Thorburn, M.J. (2000). Formal handling routines in Jamaican infants: Knowledge, attitudes and behavior. *West Indian Medical Journal*, 49, 38-42.
- Wirz, S. (2000). Training of CBR personnel. In M. Thomas & M.J. Thomas (Eds.), *Selected readings in community based rehabilitation: Series 1. CBR in transition*, 96-108. Bangalore, India: Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal.

ملحق الفصل العاشر: أهداف التدريب للموظفين المجتمعيين

الموضوعات العامة

إن الموظفين يجب أن:

- ١- يكونوا على ألفة كاملة بعمل البرنامج.
- ٢- يكونوا قادرين على إقامة علاقات جيدة مع أولياء الأمور والأطفال والمحافظة عليها وعلى فهم ديناميات الأسرة.
- ٣- يكونوا على ألفة باتجاهات المجتمع المحلي ومعتقداته والممارسات التي قد تؤثر على نجاح عمل البرنامج.
- ٤- يعرفوا حقوق الأطفال ذوي الإعاقات ويكونوا قادرين على الدفاع عنها.
- ٥- يفهموا نمو الطفل النموذجي.

الموضوعات الخاصة بإعاقات محددة

- ١- يعرفوا طبيعة ومصطلحات وتكرار الإعاقات الأكثر انتشاراً في جامايكا.
- ٢- يعرفوا أسباب وتجليات الإعاقات التالية وتشريحها الأساسي:

- الإعاقات المعرفية.
- الإعاقات الحركية.
- إعاقات الكلام.
- إعاقات السمع.
- نوبات الصرع.
- الإعاقات البصرية.

المهارات العملية اللازمة للفحص والتقييم

وأن يكونوا قادرين على تطبيق:

- ١- قائمة الفحص النمائي.

٢- الأسئلة العشر.

٣- استبانة أنشطة المعيشة اليومية.

٤- فحص السمع الأساسي.

٥- فحص الإبصار الأساسي.

٦- خطة البرنامج الفردي.

مهارات التدخل المبكر

١- يكون لديهم رؤية عامة للتدخل المبكر وفهم الأساس المنطقي الكامن خلفه.

٢- يعرفوا كيف يقيّمون ويعيدون تقييم مستوى نمو الطفل باستخدام دليل

التحفيز المبكر.

٣- يعرفوا كيف يخططون لبرنامج تدخل.

٤- يكونوا قادرين على تخطيط وتدرّس الدروس والأنشطة.

٥- يكونوا قادرين على تعليم الأطفال المجموعات التالية من المهارات.

● اللعب/التعلم.

● الحركية.

● اللغوية.

● الاجتماعية.

● مساعدة الذات.

٦- يكونوا قادرين على تنفيذ تدريس ملائم ومعينات معدلة لتسهيل

الأهداف السابقة.

٧- يكونوا قادرين على تضمين التدريب في الأنشطة اليومية المعتادة.

٨- يكونوا قادرين على استخدام عملية التدريس المنزلي لتعليم مقدمي الرعاية

كيف يدرسون للأطفال.

٩- يكونوا قادرين على إعطاء المشورة الأساسية حول المشكلات السلوكية.

١٠- يكونوا قادرين على استخدام نموذج الحل الجماعي للمشكلات.

أخرى

١- يكونوا قادرين على العمل مع المعلمين لتسهيل دمج الأطفال ذوي

الإعاقات في مدارس التعليم العام.

٢- يعرفوا المصادر التي يمكن أن تساعد الأطفال ذوي الإعاقات في المجتمع

المحلي والأكبر.

٣- يكونوا قادرين على تقديم عروض للمجتمع المحلي حول بعض جوانب

الإعاقة.

السجلات والملفات

١- يكونوا قادرين على استخدام ملفات الحالات بشكل صحيح

والمحافظة عليها.

٢- يعرفوا معايير الانضمام إلى البرنامج والاستبعاد منه.

نموذج شامل إلى التدريب على

التدخل المبكر^(١) (البرتغال)

A Comprehensive Early Intervention Training Approach (Portugal)

جوسي بوفيدا Jose Boavida

ليونور كارفالو Leonor Carvalho

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

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

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

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

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

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

حكاية جواكيوم وبولا

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

السياق القومي

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

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

(٢) الدولة الثانية هي أسبانيا (المترجم).

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

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

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

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

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

الشعب والثقافة

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

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

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

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

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

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

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

نظم الخدمات الصحية والتعليمية

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

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

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

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

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

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

السمات الأساسية للتدخل المبكر

جاء إصدار قانون التدخل المبكر (Despacho Conjunto 891/ 99) في أكتوبر ١٩٩٩م كمعلم أساسي على الطريق. فقبل هذا القانون كان التعليم المجاني والملائم للأطفال ذوي الإعاقات يقدم فقط بعد عمر السادسة. لكن ظهرت الحاجة الماسة إلى شكل آخر لتقديم التعليم بسبب انتشار برامج التدخل المبكر في البرتغال. تطورت منذ أوائل التسعينيات مجموعة كبيرة من البرامج والخدمات تطلق على نفسها اسم "التدخل المبكر" في كافة أنحاء البلاد: بعضها متركز على الطفل، وبعضها متركز على المهنيين، وبعضها نتج عن عمل مهني واحد وبعضها عن مجموعة من المهنيين أو حتى الفرق. اعتمد بعض البرامج على وزارتي التعليم والصحة، واعتمد غيرها على نظام الضمان الاجتماعي، أو نتج عن التشبيك بين الهيئات العامة والخاصة (Almeida, 2000). وقد كانت الأطر المفاهيمية ونماذج التوصيل والمجموعات المستهدفة والأهداف ومقاييس المخرجات ومستوى مشاركة أولياء الأمور ونوع أو كثافة أو مدة الخدمات تختلف كثيراً من برنامج إلى آخر، وحتى داخل نفس البرنامج. ونتيجة لذلك كانت الصورة العامة للتدخل المبكر في البرتغال متباينة للغاية، وتوجد الآن بمساعدة التشريع توقعات لحركة ممكنة وإن كانت بطيئة جداً نحو الإتساق القومي.

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

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

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

وصف البرنامج

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

كيومبرا هي ثالث أكبر مدينة في البرتغال، وهي عاصمة المنطقة الوسطى التي تضم ست مقاطعات. وتغطي مقاطعة كيومبرا مساحة قدرها ١٦٠٠ ميلاً مربعاً، وتضم سكان يقدرون بحوالي ٤٥٠٠٠٠٠ نسمة. وكشأن بقية مقاطعات البلاد، تعكس كيومبرا سياقات جغرافية مختلفة تتراوح من الجماعات المنعزلة في الجبال إلى القرى الساحلية التي تزدهر على السياحة، وكذلك سياقات اجتماعية مختلفة تتراوح من الفقر المدقع (يشكل إدمان الخمر في الغالب مشكلة خطيرة) إلى أسر الطبقة المتوسطة.

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

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

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

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

أهداف وفروضيات مشروع كيومبرا

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

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

٦- الإسهام في تطوير تشريعات التدخل المبكر في البرتغال.

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

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

تنظيم المشروع

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

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

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

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

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

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

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

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

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

الأطفال والأسر

يخدم مشروع كيومبرا حوالي ٢١٠ طفلاً وأسرة كل سنة. ونظرة إلى الوراء على الأطفال الذين خدمهم المشروع منذ بدايته توضح أن ٣٣٪ منهم كان عندهم تأخر نمائي محقق، و٤٥٪ لديهم مشكلات نمائية فقط لكنهم ينتمون إلى المجموعات المعرضة لخطر شديد، والـ ٢٢٪ الباقين تلقوا التدخل من باب الوقاية بسبب عوامل الخطر البيئية (Boavida et al., 2000). لقد خدم المشروع أطفالاً من كل أنواع التأخر النمائي والإعاقات. وكانت المجموعات الرئيسة كالتالي:

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

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

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

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

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

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

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

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

دور الأسرة

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

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

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

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

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

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

نتائج مشروع كيومبرا والاتجاهات المستقبلية

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

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

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

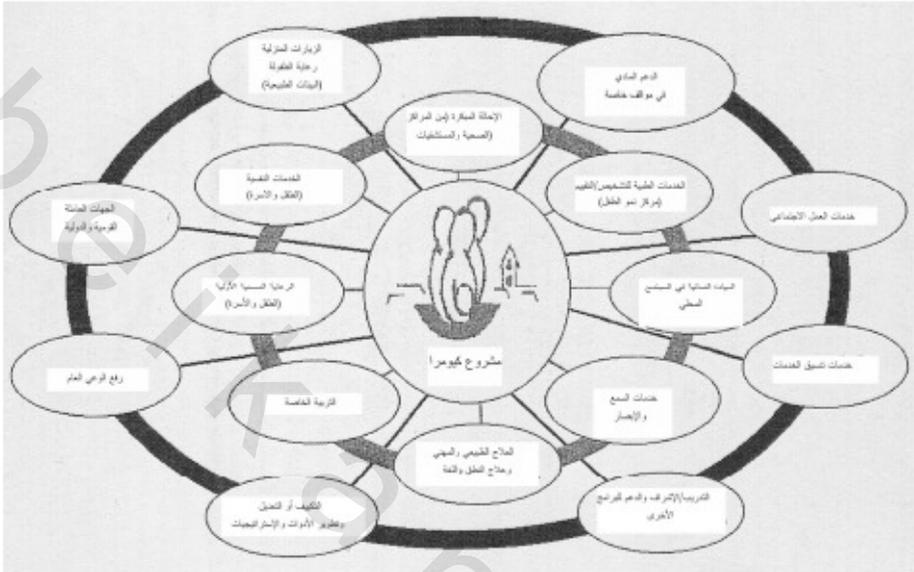
وقد تم تقييم رضا أولياء الأمور عن مشروع كيومبرا مرة ثانية في عام ٢٠٠٢م باستخدام المقياس الأوروبي لرضا أولياء الأمور عن التدخل المبكر European Parent Satisfaction Scale about Early Intervention (EPASSEI) (Eurlayid, 1997). قام فريق بحثي مستقل بدعم من الجمعية القومية للتدخل المبكر بترجمة المقياس الأوروبي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

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

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

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

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



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

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

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

التدريب وإعداد الموظفين

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

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

● نقص النظم القانونية حول توفير الخدمات.

● نقص الإعداد قبل الخدمة في أمور التدخل المبكر.

● نقص المهنيين المدربين وذوي الخبرة والأساتذة في المجال.

● التطوير المستمر للمفاهيم والممارسات التي ثبت نجاحها.

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

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

الوجه الناشئ للتدخل المبكر في كيومبرا والبرتغال

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

الجماعات المستهدفة وأهداف التدخل المبكر

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

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

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

المكان الذي يحدث فيه التدخل

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

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

التعاون بين الهيئات

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

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

القيم والأدوار الجديدة في التدخل المبكر

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

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

تصميم برنامج تدريب الموظفين

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

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

عملية البرنامج ومحتواه

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

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

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

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

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

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

- أهمية الرعاية الصحية الجيدة في عمل الأسرة وأدائها.
 - أهمية التعرف المبكر على الأطفال والأسر المستحقة.
 - الحاجة إلى تغيير الاتجاهات الطبية التقليدية نحو المشكلات النمائية والتدخل المبكر.
- كانت مستشفى الأطفال بكيومبرا، خاصة مركز نمو الطفل بها، هي التي قدمت هذا التدريب للمهنيين الصحيين. وقد اشتمل التدريب على مقررات نظرية وعملية وورش عمل. وأجريت لقاءات ومؤتمرات في كل المراكز الصحية الـ ١٧ بالمقاطعة بحزمة مقننة من مواد الفحص والتقييم النمائيين وزعت على كل الأطباء والمرضات المشاركين في الفرق المحلية. وإضافة إلى ذلك شارك كل مقدمو الرعاية الصحية بالمشروع في تدريب بالملاحظة لمدة أسبوعين في العيادة النمائية بمركز نمو الطفل تعرفوا فيه على اضطرابات نمائية مختلفة وعملية التقييم القائمة على تداخل التخصصات. وعلى اعتبار الهدف المتمثل في زيادة فرص التعرف على الأطفال ذوي الإعاقات أو العرضة للخطر من جانب مقدمي الرعاية الصحية، قرر القائمون على المشروع أن هذا المحتوى المحدد باتساعه وعمقه المفصّلين للأطباء والمرضات كان ضرورياً لكي يوجد في هذين المجالين قاعدة معرفية ومهارات إكلينيكية قوية. وقد جاءت عملية توصيل هذا المكون من البرنامج التدريبي الخاصة بتخصصات محددة مختلفة عن الإعداد اللاحق للموظفين الذي كان عابراً للتخصصات وقائماً على نظام الفريق. وقد شارك الأطباء والمرضات أيضاً في كل التدريب العابر للتخصصات.
- وفي السنة الأولى من عمل مشروع كيومبرا أيضاً حضر المؤلف الأول لهذا الفصل برنامجاً تدريبياً مكثفاً قائماً على تداخل التخصصات لمدة ثلاثة أشهر حول الاضطرابات النمائية في مركز سينسيناتي للاضطرابات النمائية Cincinnati Center for Developmental Disorders التابع للجامعة. وفي تلك الفترة ساعد المؤلف في تحقيق أول اتصال لمشروع كيومبرا بالخبرة الأمريكية في المجال والتشريع الأمريكي، كما تمكن من

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- تقديم تدريب قائم على الفريق.
- تضمين قيم وفلسفة البرنامج إضافة إلى المعرفة والمهارات.
- تطوير برنامج قائم على تداخل التخصصات أو عابر للتخصصات.
- تقديم محتوى أساسي مشترك عبر التخصصات.
- تقديم رؤية مشتركة وفلسفة مشتركة حول توصيل الخدمة.
- إشراك أفراد الأسرة في توصيل التدريب.
- إحداث تغييرات ذات معنى ودائمة في المهارات والاتجاهات المهنية.
- التجاوب مع قرارات الفريق والاحتياجات التي تحدد.
- توفير فرص للممارسة والتأمل ضمن سياق التدريب.
- تضمين المشاركين كمتعلمين نشطين.
- أن يكون التدريب ذا صلة للممارسة اليومية.
- توفير فرص للملاحظة المباشرة للأطفال والأسر المستحقة.
- تقديم دعم مستمر من خلال الإشراف الفردي الملائم.

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

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

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

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

الإشراف

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

فعالية برنامج

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

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

١٩٩١م مقارنة ب٤٦٪ في عام ١٩٩٦م. وذلك يوضح الأهمية المتزايدة للرعاية الصحية الأولية والتغير في الاتجاهات الطبية نحو التدخل المبكر (Boavida et al., 2000).
 وإضافة إلى ذلك أوضح المسح السابق للأسر والمهنيين أن ٩١٪ من المهنيين كانوا يعتقدون أنهم استفادوا من مشاركتهم في مشروع كيومبرا. وقد أرجعوا الفوائد إلى التدريب القائم على الفريق والتآزر بين التخصصات والعمل في فريق والتغييرات الناتجة في اتجاهاتهم المهنية (Boavida et al., 2000). وأخيراً فقد أسهم تكوين فرق الإشراف والتدريب بمشروع كيومبرا والاعتراف المتزايد بين مهنيي التدخل المبكر في جميع أنحاء البرتغال بجودة مشروع كيومبرا والطلب المتزايد على مدربيه في فعاليته المدركة.
 الاتجاهات والاعتبارات المستقبلية

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

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

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

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

خاتمة

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

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

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

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

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

المراجع

References

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

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

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

- Roberts, R.N., Rule, S., & Innocenti, M.S. (1998). *Strengthening the family-professional partnerships in services for young children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sameroff, A.J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapa-tek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University Chicago Press.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B. (1990). Transactional regulations and early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp.135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sandall, S.R. (1997). The family service team. In A.H. Widerstrom, B.A. Mowder, & S.R. Sandall (Eds.), *Infant development and risk: An introduction* (2nd ed., pp. 155-173). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Shanok, R.S. (1991). The supervisory relationship: Integrator, resource and guide. *Zero to Three*, 12(2), 16-21.
- Shearer, M.S., & Shearer, D.E. (1972). The Portage Project: A model for early childhood education. *Exceptional Children*, 39, 210-217.
- Simeonsson, R.J., & Bailey, D.B. (1990). Family dimensions in early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). New York: Cambridge University Press.
- Stayton, V., & Bruder, M.B. (1999). Early intervention personnel preparation for the new millennium: Early childhood special education. *Infants and Young Children*, 12(1), 59-69.
- Thorp, E.K., & McCollum, J.A. (1994). Defining the infancy specialization in early childhood special education. In L.J. Johnson, R.J. Gallagher, M.J. LaMontagne, J.B. Jordan, J.J. Gallagher, P.L. Hutinger, & M.B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three* (2nd ed., pp. 167-183). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Winton, P.J. (2000). Early childhood intervention personnel preparation: Backward mapping for future planning. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 87-94.
- Winton, P.J., & McCollum, J.A. (1997). Ecological perspectives on personnel preparation: Rationale, framework, and guidelines for change. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 3-25). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

الدعم المنظمي للتدخل المبكر

Organizational Support for Early Intervention

- التشريع القومي للتدخل المبكر
(الولايات المتحدة الأمريكية)
- الشبكات الرسمية وغير الرسمية
(أستراليا)
- دعم فريق التدخل المبكر (ألمانيا)
- التدخل المبكر: موضوعات وتنويعات
من مختلف أنحاء العالم

obbeikandi.com

التشريع القومي للتدخل المبكر

(الولايات المتحدة الأمريكية)

National Legislation for Early Intervention (United States of America)

مارسي هانسون Marci J. Hanson

ثمّة صعوبة تكتنف أية محاولة لجمع آراء الأمريكيين في عبارة واحدة أو التعميم في ضوء تنوع الشعب الأمريكي. ومع ذلك فإن الاقتباس السابق يعكس قيمة أساسية في الولايات المتحدة تتعلق بأهمية الوقاية والبدء المبكرين. وثمة أمثال أخرى لا تقل مصداقية، منها تلك التي تعبر عن القناعة بالمساواة الإنسانية ("ولد كل الناس متساوون") وأهمية العمل الجاد والمثابرة ("إذا لم تنجح من البداية، فحاول مرة بعد أخرى") والقدرة على التغيير ("متى وُجدت الإرادة وُجد الطريق").

لقد تبلورت تغييرات جذرية في الخدمات المقدمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسره في الولايات المتحدة في العقود الأخيرة. فجاءت مبادرات تشريعية قومية رئيسة لتضمن توسيع إتاحة الخدمات للأطفال الذين يستحقونها. وحتى قبل صدور هذه القوانين كانت نواحي كثيرة تقدم برامج تدخل مبكر، فيما كان غيرها لا يفعل ذلك. وعلى ذلك فلم يكن توفر الخدمة متساوياً، وإنما كان يعتمد على المكان

الذي تعيش فيه الأسر وإعاقة أطفالهم وعمرهم. وقد أصلح القانون أوجه اللامساواة وأوجد نظاماً جديداً من الخدمات.

يركز هذا الفصل على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) وهو القانون الفيدرالي الذي أرسى النظام الجديد للخدمات. وفر هذا القانون البنية التحتية التنظيمية لتأسيس نظام خدمات التدخل المبكر على طول البلاد وعرضها. وتمثل العناصر الأساسية في القانون في أن تكون الخدمات على مستوى الولاية وشاملة وتقوم على التأزر بين التخصصات والهيئات، وكذلك المشاركة الأسرية.

وكما أوضح فلوريان (Florian, 1995)، فقد جاء هذا القانون إنجازاً كبيراً لأنه ظهر في مناخ سياسي يتسم بالخفض القومي للبرامج الاجتماعية. كما أثبت إصدار هذا القانون الرئيس قوة الأفراد وقدرتهم على إحداث التغيير في المجتمع. وعلى حد تعبير مارجريت ميد Margaret Mead ف"لا شك مطلقاً في أن أية مجموعة صغيرة من المواطنين الملتزمين والمترايطين يمكن أن يغيروا العالم، بل إن ذلك هو الشيء الوحيد الذي تفعله دوماً" (cited in Florian, 1995, p. 247). وقد لعب مشرعون وموظفون كبار بالكونغرس الأمريكي أدواراً محورية في تصميم وضمان صدور هذا القانون. وقد اقتنع المشرعون بمزايا هذا البرنامج بسبب الفوائد الاقتصادية من تقديم الخدمات مبكراً للأطفال الصغار لتمكينهم من أن يصبحوا أعضاء أكثر إنتاجية في المجتمع. كما ذُكرت أيضاً قضايا التمكين مع وصف الحاجة إلى التحول من سياسة الإعاقة المبنية على الإحسان وفعل الخير إلى أخرى تشجع الأسر والأطفال على صنع الاختيارات ومساعدة أنفسهم. وكذلك أسهم الدعم العام والمشاركة كثيراً في النجاح في المخرجات. فقد أدت حملة توقيعات هائلة موجهة إلى الرئيس في إقناعه بتوقيع هذا القانون المهم.

لقد بني هذا القانون على تاريخ طويل من مشاركة أولياء الأمور، وممارستهم الدفاع عن حقوق أطفالهم، ومشاركة المجتمع المحلي وفاعليته، والمشاركة النشطة من المواطنين الفرديين في العملية السياسية لضمان أن يحصل الأطفال الصغار ذوي الإعاقات على خدمات مبكرة وملائمة. ورغم أن هذه الأفعال أنتجت قانوناً جذرياً، فإن تنفيذ الخدمات بعيدة عن أن تكون منتجاً ناجحاً. فكما في كل المبادرات الأخرى يجب أن تُراقب الخدمات وتحلل، وأن تحدد الاحتياجات الحالية وتراعى الاختلافات المحلية وتحل التحديات لضمان احترام القانون. ولذلك فرغم أن هذا القانون والبنية التحتية التي أوجدها تمثل واقعا في الولايات المتحدة، فإن الخدمات تقيّم ويعاد تشكيلها باستمرار حسب الحاجة. يوجز هذا الفصل العقائد الأساسية لهذا القانون ويحاول وصف المكونات الرئيسة وتحديات التنفيذ.

تصور الحكاية التالية أنواع الخدمات والدعم المقدمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسره في الولايات المتحدة الأمريكية. وتتمثل الخصائص الأساسية في المشاركة والدعم الأسريين، والخدمات المتخصصة التي تقدم في بيئات الطفولة المبكرة النموذجية مثل منزل الطفل أو مراكز رعاية الطفولة أو فصول ما قبل المدرسة، والخدمات القائمة على تداخل التخصصات، ومدى خدمات الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية والتعليمية المتاحة للأسر منذ ميلاد الطفل.

حكاية تومي وجيمي

عادة ما يكون الصباح وقتاً محموماً بالنسبة لجوسي وجين والدي الولدين الصغيرين النشيطين توماس (تومي) وجيمس (جيمي) وابنة الثامنة سارة. تتناول الأسرة الإفطار معاً قبل أن يسرعوا في اتجاهات مختلفة كل يوم. يوصل جين سارة إلى المدرسة وهو في طريقه إلى العمل في شركة تقنية محلية، وتوصل جوسي الولدين إلى برنامج ما قبل المدرسة بالمقرب من المدرسة الابتدائية التي تُدرّس فيها. وتومي وجيمي في حوالي الرابعة من العمر ويحضران في "مدرسة" منذ أن كانا في شهرهم الثامن من العمر.

قال الأطباء لجوسي أن من غير الوارد أن تحمل ثانية بعد الصعوبات التي واجهتها في حملها وولادتها لسارة. ولذلك كانت فرحة جوسي وجين كبيرة عندما علما أنها حامل في توأم! ولد تومي وجيمي قبل أشهر من ميعاد الولادة الطبيعية. وعند الولادة نقل الولدان إلى وحدة عناية مركزة للأطفال حديثي الولادة بالمستشفى حيث ظلّا تحت العناية على مدار الساعة إلى أن استقرت حالتها إلى درجة تسمح لهما بالعودة إلى المنزل. كان وزنهما عند الولادة 1.100 و1.250 غراماً، وشُخص نزيف داخل البطن لدى جيمي استوجب دعماً ورعاية طبية كبيرين. كانت جوسي وجين وسارة يزورون المستشفى يومياً، وكانت جوسي تستحلب لبن ثديها وتجلبه إلى المستشفى للولدين. وكانت أيام الانتظار والتمني تمر صعبة على الأسرة، لكن أخيراً تمكن تومي وجيمي من الرجوع إلى المنزل. فرضت حاجة الطفلين إلى العناية على جوسي أن تأخذ إجازة من عملها، وحصل جين على جدول عمل أكثر مرونة لكي يشارك في العناية بولديه. أنهكت جين الفواتير الطبية المتصاعدة. والأسرة تنظر الآن إلى تلك الفترة باعتبارها سحابة لا تنتهي من مواعيد الأطباء وتقييمات المتخصصين والتفاعلات مع شركات التأمين والقلق من النفقات والضغط اليومي على رعاية الولدين وقلة راحة شديدة.

كانت الخدمات التي يتلقاها الولدان كثيرة ومختلفة. فكانا يؤخذان في زيارات منتظمة إلى طبيب الأطفال بعد خروجهم من المستشفى، حيث سُجلوا في برنامج متابعة الأطفال المعرضين لخطر شديد بالمستشفى، وكان نموها يقيّم هناك على فترات منتظمة. وعندما وصل الولدان عمر ٦ أشهر، أوصى طبيب الأطفال بأن يحالا إلى مزيد من الاختبار. كان نمو جيمي يسبب قلقاً أكبر وسُجل في خدمات التدخل المبكر. وأخذ زائر منزلي ذو خلفية في التربية الخاصة يزور المنزل أسبوعياً طوال الستين الأوليين وعلم جوسي وجين أنشطة لروتين اللعب وتقديم الرعاية التي من شأنها أن تحسن نمو الولدين. وكذلك كان المعالج الطبيعي للأطفال يزورهم دورياً للعمل مع جيمي وتقديم مقترحات للبرامج المنزلية ومساعدة الزائر المنزلي والأسرة في تصميم إستراتيجيات لمساعدة الولدين حركياً خلال الأعمال الروتينية اليومية.

وفي عمر الثانية بدأ الولدان بالحضور في حضانة في الصباح ويظلا في المنزل مع مقدم رعاية الطفولة بعد الظهر. كان معلم الحضانة ومقدم رعاية الطفولة يسعيان أيضاً لأن ينفذا الأنشطة المنزلية. وفي عمر الثالثة دخل الولدان برنامج ما قبل المدرسة. وأظهر الطفلان تأخراً في نمو النطق واللغة، واختص جيمي بتأخر حركي ملحوظ. فأعد جيمي برنامج ترويي فردي/خطة خدمة أسرة فردية منذ أن كان رضيعاً وكان يتلقى علاجاً طبيعياً. وكان الولدان يتلقيان خدمات التربية الخاصة في شكل علاج النطق واللغة. ويعمل مع معلمي جيمي أيضاً أخصائي دمج من الإدارة التعليمية المحلية لمساعدتهم في تكيف البيئة

لضمان أن يتمكن جيمي من الانتقال وأن يشارك ويتعلم بشكل نشط. ويحدد البرنامج التعليمي الفردي لجيمي إستراتيجيات وأهداف محددة وطرق لتقييم التقدم والأشخاص المسؤولين عن تنفيذ هذه الأهداف. ومع أن الولدين يتلقيان الخدمات في البرنامج المحلي لما قبل المدرسة من خلال فريق من المهنيين، لا تزال جوسي وجين ينفذان أسبوعياً سلسلة متواصلة من الزيارات للمهنيين كالأطباء والمعالجين الطبيعيين والمهنيين وأخصائيي أمراض النطق واللغة. ورغم محاولات المهنيين المخلصة للتعاون مع بعضهم البعض، لا تزال جوسي وجين يشعران بأنهما أفضل مدافعان ومعلمان لولديهما. ولذلك فإنهما على يقظة دائمة لكي يتأكدا من أن احتياجات وأهداف ولديهما تلبى. تعرف جوسي وجين أن أمامهما طريق طويل. وهما ممتنان أيضاً لأن طفليهما الصغيرين تلقيا خدمات التدخل المبكر التي يحتاجونها لدعم نموهما المبكر الهش. وجوسي وجين واثقان من أن ولديهما سيكبران ويصبحان مواطنين جيدين وأنهما سيحضرا في المدرسة العامة ويعيشان حياة سعيدة ومثمرة كأقرانهم.

السياق القومي

تشكل الولايات المتحدة الأمريكية نسيجاً ثرياً بالثقافات والبيئات الجغرافية والأديان والمعتقدات. وهي ثالث أكبر دولة في العالم من حيث عدد السكان والرابعة من حيث المساحة. والولايات المتحدة بمساحتها التي تبلغ ٩٣٦٣٥٦٣ كيلو متر مربع تمتد عبر أمريكا الشمالية من المحيط الأطلسي في الشرق إلى المحيط الهادي في الغرب، وإلى ألاسكا في أقصى الشمال الغربي وهاواي في منتصف المحيط الهادي. وتتكون الدولة من ٥٠ ولاية، إضافة إلى مقاطعة كولومبيا وهي الأرض المخصصة للعاصمة الفيدرالية واشنطن.

يُجرى تعداد قومي للسكان كل عقد. وفي عام ٢٠٠٠ م (U.S. Census Bureau, 2000) بلغ عدد سكان الولايات المتحدة أكثر من ٢٨٥ مليون شخص، ٧٥٪ منهم تقريباً قوقازيين، ١٢,٣٪ أمريكيين من أصول أفريقية، ٣,٦٪ آسيويين، ١٪ هنود أمريكيين وسكان ألاسكا الأصليين. ويشكل الأمريكيون من أصول إسبانية/الأمريكيون من أصول لاتينية ١٢,٥٪ من، وهؤلاء يرجعون بالدرجة الأولى إلى دول المكسيك وبورتوريكو وكوبا. وثمة مجموعات أخرى تشكل ٥,٥٪ من السكان.

شهدت الفترة من ١٩٩٠م إلى ٢٠٠٠م أكبر نمو سكاني في التاريخ الأمريكي، بزيادة قدرها ٣٢,٧ مليون شخص. وقد تفاوت هذا النمو بشكل ملحوظ وفقاً للمنطقة، وقد شهدت الولايات الغربية (زيادة قدرها ١٩,٧٪) والجنوب (زيادة قدرها ١٧,٣٪) أعلى معدلات النمو. وبين الولايات كانت كاليفورنيا الأعلى في الزيادة، حيث زادت ٤,١ مليون شخص. والولايات العشر الأكثر سكاناً هي كاليفورنيا وتكساس ونيويورك وفلوريدا وإلينوي وبنسلفانيا وأوهايو ومشيغان ونيو جيرسي وجورجيا. وهذه الولايات موزعة على المناطق الأربع الأساسية للولايات المتحدة الأمريكية (المنطقة الشمالية الشرقية ووسط الغرب والجنوب والغرب). ويعيش حوالي ٨٠٪ من الأمريكيين في مناطق حضرية مع أن ٩٨٪ من الأرض تقريباً تصنف على أنها ريفية.

الشعب والثقافة

من حيث الأسلاف يعتبر الشعب الأمريكي أحد أكثر شعوب العالم تنوعاً. ورغم أن المجموعة الأكبر من السكان ينحدرون من أسلاف أنجلو - أوروبيين، تشكل الهجرات الكبيرة من أمريكا اللاتينية وآسيا أيضاً جزءاً كبيراً من سكان أمريكا. ويرجع معظم الأمريكيين الأفارقة بجذورهم إلى أفريقيا، حيث جلب عدد كبير من الأفارقة إلى أمريكا الشمالية في القرون السابع عشر والثامن عشر والتاسع عشر كعبيد. وعلى مدار القرن العشرين كان الآسيويون وسكان جزر المحيط الهادي المجموعة الأسرع في النمو، بزيادة قدرها ٤٣٪. وزاد الأمريكيون اللاتينيون بمعدل ٣٨,٨٪، والأمريكيون الأفارقة بمعدل ١٣,٨٪، والهنود الأمريكيون وسكان ألاسكا الأصليون بمعدل ١٥,٥٪، والبيض بمعدل ٧,٣٪.

إن اللغة الأساسية المتحدثة في الولايات المتحدة هي الإنجليزية، والأسبانية هي اللغة الثانية في الانتشار. وفي أجزاء كثيرة من البلاد توجد نسبة كبيرة من الأسر تتحدث لغة غير الإنجليزية في المنزل. وفي كاليفورنيا، على سبيل المثال، يتحدث أكثر من ٣٩٪

من الأسر لغة أخرى. في بعض النواحي تنعكس ٥٠-٦٠ مجموعة لغوية في الإدارة التعليمية الواحدة.

تُمارَس كل ديانات العالم الرئيسة في الولايات المتحدة الأمريكية. فقد جاء كثير من المهاجرين إلى هذا البلد لكي يمارسوا عقيدتهم فارين من الاضطهاد الديني في بلادهم. وينتمي حوالي ٦٠٪ من الأمريكيين إلى عقيدة منظمة، منهم حوالي ٥٢٪ بروتستانت و ٣٨٪ كاثوليك ورومان و ٤٪ يهود و ٣٪ مرمون و ٣٪ أرثوذكس شرقيين. وثمة أعداد أصغر من الناس يمارسون الإسلام والبوذية والهندوسية ومعتقدات أخرى. كانت أمريكا على مدى سنوات كثيرة تسمى "بوتقة" في إشارة إلى ذلك المكان الذي يجتمع فيه أشخاص من خلفيات مختلفة ليشكلوا ثقافة جديدة أو موحدة. ورغم أن الأمريكيين يشتركون في عناصر كثيرة، فقد أفسحت هذه الرؤية المكان لفكرة التعددية الثقافية Cultural Pluralism. فالمنظور السائد في مطلع القرن الحادي والعشرين هو أن يحتفظ السكان بخصائص ثقافات مواطنهم وأن يفخروا بأصول وتقاليد مواطنهم الأصلية. وإضافة إلى ذلك نجد أن بعض المناطق أو المدن الأمريكية أكثر تنوعاً بكثير من غيرها. لقد فقد مصطلحا الأقلية والأغلبية معناهما فيما يتعلق بمجموعات السكان. فعلى سبيل المثال أصبحت كاليفورنيا في عام ١٩٨٩م الولاية الأولى التي يكون فيها "أغلبية" من أطفال "الأقلية" في مدارسها العامة، ولا توجد أغلبية في عدة مدن.

المؤثرات السياسية

وبينما تشيخ الأمم، لا تزال الولايات المتحدة الأمريكية فتية. فقد تأسست عام ١٧٧٦م عندما انفصلت المستعمرات الـ ١٣ الأصلية عن بريطانيا العظمى، وكونت أمة جديدة تقوم على الحرية وتكافؤ الفرص. ثم نمت الأمة إلى ٥٠ ولاية ومقاطعة كولومبيا وأقاليم أخرى تربطها معاً حكومة فيدرالية. وتتألف الحكومة القومية من ثلاثة أفرع: التنفيذي والتشريعي والقضائي، يشكل كل منها سلطة منفصلة. ثم يأتي نظام

"الرقابة والتوازن" checks and balances ليعطي كل سلطة القوة للتأثير على السلطتين الآخرين. وتمثل هذه الأفرع على التوالي الرئيس والكونجرس والمحكمة العليا. وتعمل الحكومة وفقاً للنظام الفيدرالي حيث تعمل الحكومة على ثلاثة مستويات: القومي والولاية والمحلي. وقد حدد دستور الولايات المتحدة سلطات وواجبات الحكومات الفيدرالية وحكومات الولايات.

لا ينص الدستور على المسؤوليات عن التعليم. لكنه يعطي للولايات أية سلطات لم تمنح للحكومة الفيدرالية. ولذلك تتولى الولايات آليا السلطة على التعليم، وقد أنشأ كل منها نظام تعليمي عام. تشتمل هذه النظم على كل مستويات التعليم، من الطفولة المبكرة إلى التعليم العالي. ومع أن الولايات تحتفظ بسلطات أساسية في التعليم والصحة والضمان الاجتماعي، يمنح الدستور الكونغرس السلطة لرعاية الصالح العام للأمة. والكونجرس يستخدم هذه السلطة في التعليم، خاصة في الأمور التي تؤثر على مجموعات كبيرة من السكان.

نظام الخدمات التعليمية

رغم أن الولايات المتحدة تركز على التعليم منذ وقت طويل، كانت غالبية المدارس ملكية وإدارة خاصة في البداية، وفي الأساس تحت رعاية الكنيسة. وفي أوائل القرن التاسع عشر حظي التعليم العام بالدعم وأنشأت حكومات الولايات والحكومات المحلية نظم تعليمية عامة. وفي عام ٢٠٠٣م كان حوالي ٧٥٪ من المدارس الأولية والثانوية و٤٥٪ من مؤسسات التعليم العالي عامة. تدار هذه النظم من جانب الولايات وينفق عليها بالدرجة الأولى من خلال الضرائب.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

يرجع الدعم العام للتعليم بجذوره إلى تاريخ أمريكا وتقاليدها وقيمها. ومن أدلة ذلك أنه من قبل ميلاد الأمة، أصدر قانون عام ١٦٤٧م بإحدى المستعمرات الأصلية

لتوفير المعرفة الأساسية بالقراءة والكتابة وتعيين معلمين لتعليم الأطفال القراءة والكتابة (Safford & Safford, 1996). وقد قصد بالتعليم في هذه المدارس الأولى "أن يتعهد صالح الدولة بتمكين المواطنين من الحكم الذاتي" (Tanner & Tanner, 1990, p. 31; cited in Safford & Safford, 1996). ورغم أن نماذج التعليم مرت بالكثير من الانعطافات والتحويلات منذ قيام الدولة، ظلت فكرة التعليم العمومي المدعوم من الدولة أساسية للحياة في الولايات المتحدة الأمريكية إلى اليوم.

إن النظم التعليمية العامة الحالية مطبقة منذ الثورة التي أسست هذا البلد، لكن لم يكن لكل الأطفال فرصة متكافئة للمشاركة رغم الفرضيات الأساسية المتعلقة بتكافؤ الفرص. فقد كانت الطبقة الاجتماعية - الاقتصادية والنوع والعرق والإعاقة، على سبيل المثال، تؤثر على الوصول إلى هذه الفرص التعليمية. وعلى مر السنين خفتت أوجه الجور من هذا النوع بفعل التقاضي والإصلاحات التشريعية، واليوم أصبحت الخدمات التعليمية ذات التمويل العام متاحة لكل الأطفال في الولايات المتحدة.

وكذلك تكاثرت خيارات التعليم المبكر للأطفال الصغار، رغم أنها غير ملزمة. وعلاوة على ذلك استوجبت خدمات التدخل المبكر التعاون العابر للتخصصات من أجل تلبية الاحتياجات المعقدة والمختلفة للأطفال الصغار وأسرههم، حيث تأتي الخدمات من مجالات التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية والتخصصات ذات الصلة.

مؤسسات التدخل المبكر

تتبع شونكوف وميسلز (Shonkoff & Meisels, 1990) تطور التدخل في الطفولة المبكرة Early Childhood Intervention من الإسهامات الأولية في أربعة مجالات: تربية الطفولة المبكرة، وصحة الأم والطفل، والتربية الخاصة، ونمو الطفل. سنوجز فيما يلي مراجعتهم لكل مجال.

تربية الطفولة المبكرة

أبرزت أعمال الفلاسفة والكتاب الأوروبيين من القرنين السابع عشر والثامن عشر الطفولة كمرحلة متفردة. فأبرز فلاسفة من أمثال لوك وروسو تأثير الخبرات المبكرة على نمو الأطفال. ورغم هيمنة الأفكار البيوريتانية لتربية الأطفال المتعلقة بالانضباط والخلاص الروحي بعد قيام الولايات المتحدة الأمريكية، فقد نقلت فلسفات وممارسات التربية والتعلم تدريجياً، بالدرجة الأولى من أوروبا، إلى الدولة الجديدة. وتأسيساً على أعمال فريدريك فروبل في ألمانيا وعلى الحضانات التي طورتها في إنجلترا راشيل ومارجريت ماكميلان Rachel and Margaret MacMillan، أنشئت رياض الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين. وعند نقطة لاحقة أخذت أعمال ماريا منتسوري مع الأطفال الفقراء في روما تؤثر على ممارسات المنهج في التعليم في فصول ما قبل المدرسة. ومع ازدهار وانتشار برامج التعليم المبكر ترسخت في الممارسات التعليمية الأمريكية المبكرة المفاهيم الأساسية المتعلقة بالاكشاف والتربية المبكرين والتنشئة المبكرة ومشاركة أولياء الأمور واستعداد المدرسة. وجاءت العوامل التاريخية، مثل الكساد الكبير في ثلاثينيات القرن العشرين والحرب العالمية الثانية، لتزيد من حصول الأطفال على الرعاية والخدمات التعليمية خارج المنزل وتقوي الخدمات التعليمية المبكرة.

خدمات الأمومة والخدمات الصحية

أدى القلق حول صحة الأطفال ومعدلات وفيات الأطفال العالية إلى تطور نظام لتوصيل الخدمات يتألف من مكونات خدمة ذات تمويل عام وخاص. ففي عام ١٩١٢م أنشأ الكونغرس مكتب الأطفال Children's Bureau كجزء من وزارة العمل، وقد أجرى المكتب برامج فيدرالية لجمع البيانات والبحوث وقدم خدمات للأطفال الأكثر عرضة للخطر مثل الأطفال المرضى بدنياً ونفسياً. وجاء الفصل الخامس من

قانون الضمان الاجتماعي لعام ١٩٣٥ م ليوسع المسؤولية والدعم الفيدراليين لصحة الأطفال ورفاههم. وقد أقر هذا القانون خدمات صحة الأم والطفل وخدمات الأطفال المقعدين وخدمات رفاه الطفل. وفي عام ١٩٦٥ م توسعت الخدمات المقدمة وفقاً لهذا القانون لزيادة وصول الأطفال الذين يعيشون في فقر إلى الخدمات الطبية. وقد صمم أحد مكونات البرنامج - "برنامج الفحص المبكر والدوري والتشخيص والعلاج" EPSDT - ليكفل الفحص والتشخيص والعلاج المبكر للأطفال المحرومين اقتصادياً.

بحوث نمو الطفل

لقد أثرت المداخل والسجلات النظرية وكذلك البحوث الإمبريقية بقوة على تطور الخيارات التعليمية المبكرة، خاصة للأطفال المعرضين لخطر أو ذوي الإعاقات. وقد كان من المؤثرات الرئيسة الجدول الأساسي بين الطبيعة في مقابل التربية. وقد تميز مطلع القرن العشرين بالاهتمام بتقييم وتدوين نمو الطفل. في هذا المناخ أصبح السجل الجدلي حول تأثير المؤثرات الوراثية (الطبيعة) في مقابل تأثير العوامل البيئية (التنشئة) على المسار والمخرجات النمائية للطفل قوة مركزية دفعت في اتجاه تبلور خدمات التدخل المبكر. وقد برزت تأثيرات الخبرات المبكرة في التوثيق الإمبريقي للتأثيرات البيئية المبكرة وأهمية وتأثير علاقات تقديم الرعاية أو التنشئة المبكرة على نمو الطفل اللاحق. وكان التبادل التفاعلي بين العوامل البيئية والتكوينية بؤرة أساسية للبحوث، وأكد أهمية دعم الأسر وخبرات التنشئة المبكرة.

التربية الخاصة

لقد أثر الفلاسفة والممارسون التربويون الأوروبيون بدرجة كبيرة أيضاً على تطور خدمات التربية الخاصة في هذا البلد. ويرجع قدر كبير من التأثير على المجال إلى أعمال جين مارك إتارد في القرن التاسع عشر مع "الصبي المتوحش أفيرون" باستخدام التدريب الحسي ومداخل التدريب السلوكي المنظم لتنشئة وتعليم طفل وحشي. وواصل إدوارد

سكوين Eduoard Sequin طريق أستاذه إتارد بتصميم طريقة لتعليم الطلاب ذوي الإعاقات تركز على الأنشطة الحسية - الحركية sensorimotor ونموذجاً منظماً إلى الملاحظة والتقييم والعلاج. وقد أثر عمله كمدير لدار الإعاقات بباريس على تطور البرامج التعليمية للأشخاص ذوي التأخر العقلي في العالم ككل. وعندما هاجر إلى الولايات المتحدة الأمريكية طبقت أساليبه في مؤسسات الإقامة الداخلية للأشخاص ذوي الإعاقات. وقد تنوع نموذج العلاج المقدم في هذه المؤسسات عند مفاصل تاريخية مختلفة من التركيز النشط على العلاج إلى تقديم الرعاية من نوع الوصاية.

وإذا كان الأطفال ذوي الإعاقات يتلقون خدمات، فقد كان ذلك يحدث في مؤسسات العلاج الداخلية حتى بعد الحرب العالمية الثانية. وفي عام ١٩٤٦م أنشأ المكتب الأمريكي للتعليم قسم الأطفال غير العاديين Section for Exceptional Children الذي تحول في عام ١٩٦٦م إلى مكتب تعليم المعاقين Bureau of Education for the Handicapped، وهو يعرف اليوم باسم مكتب التربية الخاصة والخدمات التأهيلية Office of Special Education and Rehabilitative Services (تأسس عام ١٩٨٠م).

لقد تغيرت السياسات والخدمات المتعلقة بالأطفال ذوي الإعاقات على مر السنين من العزل في مدارس داخلية أو منفصلة إلى تعليم هؤلاء الأطفال في مدارس التعليم العام وخيارات الخدمة التعليمية المبكرة المتاحة لأقرانهم. سنراجع اتجاهات الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات بمزيد من التفصيل تحت عنوان "الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات النمائية".

الخلاصة

لقد جاء التركيز على التدخل نتيجة لمؤثرات مختلفة، منها البحوث حول نمو وتعلم الطفل المبكرين والأعمال التي نشرت في الخارج (خاصة أوروبا) والقضايا الاجتماعية - الثقافية (العرق والفقر والنساء اللاتي انضممن إلى القوة العاملة في أثناء

الحرب العالمية الثانية). وقد أدت التحولات في توصيل الخدمة التعليمية نتيجة لهذه العوامل إلى توسيع النظام التعليمي كثيراً لضمان أن يكون التعليم العام متاحاً لكل أطفال أمريكا وأن يتوفر التعليم العام من عمر مبكر للأطفال ذوي الإعاقات.

الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات النمائية

قبل ثمانينيات القرن العشرين كان بعض الأطفال في الولايات المتحدة محرومين من التعليم بالمدارس العامة بسبب إعاقاتهم، حيث كان يُنظر إلى هؤلاء الأطفال على أنهم لا يستطيعون أن يتعلموا، ولم يكن بكثير من المدارس برامج كافية أو ملائمة للأطفال ذوي الإعاقات، خاصة ذوي الإعاقات الحادة. وقد ساعدت عمليات المقاضاة من جانب الأسرة والمدافعين وقرارات المحاكم والتشريع القومي والدراسات البحثية وجهود الدفاع على مستوى القاعدة جميعها في تغيير هذا المنظور جذرياً. وقد كان الاحتكام إلى التعديل الرابع عشر للدستور الأمريكي أساسياً في دفع العلاج القانوني لهذا الجور. فهذا التعديل يكفل حماية متساوية لكل المواطنين في ظل القانون وإرساء الحرية من التمييز لأسباب غير مبررة مثل العرق أو الإعاقة. ونتيجة لذبوع الحركات وقضايا المحاكم البارزة التي بدأها أولياء الأمور في الخمسينيات والستينيات بدأت تحدث تحولات في السياسات.

فقد أُقر التعليم العام وخدمات ودعم التربية الخاصة لكل الأطفال في عمر المدرسة بصندوق القانون المهم "التعليم لكل الأطفال المعاقين" Education for All Handicapped Children Act عام ١٩٧٥ م (القانون العام رقم ٩٤-١٤٢) (انظر Braddock, 1987, and Turnbull, 1986) لمراجعات السياسات الفيدرالية وتطور هذا القانون في الولايات المتحدة). وقد تم تعديل هذا القانون بعد ذلك ليشمل كل أطفال ما قبل المدرسة ذوي الإعاقات، وفيما بعد ومن خلال البرامج الخاضعة لسلطة الولايات ليشمل الأطفال ذوي الإعاقات من الولادة إلى عمر سنتين.

وفي عام ١٩٩٠م أعيد تسمية هذا القانون إلى قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (IDEA) Individuals with Disabilities Education Act (القانون العام رقم ١٠١-٤٧٦)، ثم عدل في عام ١٩٩٧م برقم ١٠٥-١٧.

تعديلات قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات لعام ١٩٩٧م

يمثل قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA وتعديلاته الإطار للسياسات والخدمات التعليمية للأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم. توجد ستة مبادئ أساسية بهذا الإطار.

التعليم العام المجاني الملائم: إن توفير تعليم عام مجاني ملائم Free Appropriate Public Education (FAPE) يتطلب توفير التربية الخاصة والخدمات المساندة للأطفال على النفقة العامة وكذلك الوفاء بمعايير الهيئة التعليمية على مستوى الولاية. يؤكد هذا القانون على سياسة "الرفض الصفري" Zero Reject التي تمنع المدارس العامة من استبعاد الأطفال ذوي الإعاقات. ويجب كذلك أن تكون الخدمات ملائمة للاحتياجات الفردية لكل طفل.

التقييم الملائم: يضم القانون اشتراطات كثيرة تتعلق بالتقييم: "التقييم الأولي الكامل والفردى"، ومطلب موافقة الوالدين على التقييم الأولي، والتقييم من جانب فريق، والتقييم بلغة الطفل الأصلية أو نمط التواصل الذي يستخدمه، واستخدام مقاييس متعددة بدلاً من الاعتماد على أداة واحدة لتقرير استحقاق الطفل للخدمات، واشتراط إعادة التقييم. وإضافة إلى ذلك يجب أن تتضمن أنشطة التقييم جمع معلومات وبيانات وثيقة الصلة بمشاركة الطفل وتقديمه في منهج التعليم العام الأساسي وألا تكون إجراءات التقييم تمييزية.

إعداد برنامج تربوي فردي: يطالب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات بأن يُعد برنامج تربوي فردي Individualized Education Program (IEP) لكل طفل معاق.

تحدد البرامج التربوية الفردية مستوى الطفل الحالي في الأداء التعليمي، والأهداف السنوية والأهداف قصيرة المدى القابلة للقياس، والتربية الخاصة والخدمات المساندة، والخدمات الانتقالية إلى البيئة التعليمية التالية، وكذلك تواريخ وتكرار ومكان ومدة الخدمات. ويعد البرنامج التربوي الفردي باستخدام نموذج فريق يتضمن والدي الطفل والمهنيين، وتراعى فيه جوانب القوة لدى الطفل ومخاوف الوالدين حول تحسين تعليم الطفل. وبالنسبة للأطفال من الولادة إلى عمر سنتين تتمثل الخطة الفردية في خطة الخدمة الأسرية الفردية (IFSP) Individualized Family Service Plan. يوجد وصف مفصل لهذه الخطط في مناقشة لاحقة.

يقدم التعليم في البيئة الأقل تقييداً Least Restrictive Environment: إلى أقصى حد ممكن يجب أن يتلقى الأطفال ذوي الإعاقات تعليماً ملائماً لاحتياجاتهم الفردية في نفس بيئات أقرانهم غير ذوي الإعاقات. ويقصد القانون بذلك أن يزيد فرص تعلم الأطفال ذوي الإعاقات مع أقرانهم وفي مجتمعاتهم المحلية وأحيائهم. والتأكيد هنا ينصب على إيجاد خدمات ودعم يسمحان للأطفال الصغار بالمشاركة في منهج التعليم العام.

مشاركة التلميذ والوالدين في صنع القرار: للوالدين الحق في مراجعة سجلات أطفالهم التعليمية، وكذلك تطلب موافقة الوالدين الواعية على التقييم الأولي ومكان تعليم الأطفال. ويمكن لأولياء الأمور أن يشاركوا بشكل نشط في كل جوانب التقييم واختيار المكان والعملية التعليمية. وللوالدين الحق أيضاً في الاعتراض على أي قرار يتعلق بالتعرف على حالة طفلهم أو تقييمه أو مكان تعليمه، ونقض هذا القرار في المحاكم.

الضمانات الإجرائية لحماية حقوق أولياء الأمور وأطفالهم ذوي الإعاقات: يحدد قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات ضمانات تحمي حقوق الأطفال ذوي الإعاقات وذويهم. ومن هذه الضمانات تمكين أولياء الأمور من الوصول إلى السجلات

التعليمية، والحق في طلب جلسة استماع ملزمة، والحق في نقض قرار الجلسة بدعوى مدنية. وكذلك حدد القانون الحقوق والمتطلبات المتعلقة بالانضباط.
قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات لعام ١٩٩٠م

ثمة قانون مهم آخر له مضامين حاسمة على تعليم الأطفال ذوي الإعاقات ومدى إتاحتها وهو قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات Americans with Disabilities Act (ADA: القانون العام رقم ١٠١-٣٣٦) الذي أصدر في عام ١٩٩٠م. هذا القانون من قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية، وهو يضمن أن تتاح للأشخاص ذوي الإعاقات كل جوانب الحياة، بما في ذلك رعاية الطفولة. وهو يعطي الأفراد ذوي الإعاقات حماية الحقوق المدنية من النوع الذي يقدم للأشخاص على أساس العرق والنوع والأصل القومي والدين. ويطلب هذا القانون باتخاذ تكييفات معقولة للأشخاص لإعطائهم الفرصة للمشاركة في الخدمات والأنشطة المقدمة.
الخلاصة

قدم قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات ADA وقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA ضمانات وحقوق بعيدة المدى للأطفال ذوي الإعاقات. فأوجد التشريع سياسات وخدمات جديدة لضمان حماية متساوية في ظل القانون وتوفير التعليم العام للأطفال ذوي الإعاقات.
التشريعات القومية للتدخل المبكر

يتضمن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات وتعديلاته مكونات تضع الأساس لسياسة قومية للتدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات من الولادة حتى عمر الخامسة وأسرهم. فقد وضع هذا القانون البنية التحتية لنظام توصيل الخدمات عبر الولايات المتحدة. ومن أساسيات هذا النظام الاعتراف بالدور المتفرد الذي تلعبه الأسر في نمو الأطفال.

سنراجع تحت العناوين التالية مكونين أو جزءين أساسيين لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات يتعلقان بالأطفال الصغار: المكون الأول هو برنامج التدخل المبكر للأطفال ما قبل الثانية من العمر (الجزء الثالث من القانون) الذي يغطي الخدمات المقدمة للأطفال من الولادة حتى عمر سنتين، والمكون الثاني هو برنامج منح ما قبل المدرسة (القسم ٦١٩ من الجزء الثاني من القانون) الذي يغطي الخدمات المقدمة للأطفال ٣-٥ سنوات. وسوف نناقش أيضاً قانون "البداية المثلى" Head Start القومي. وبعد ذلك سنناقش الدروس المتعلمة والتحديات التي لا تزال تقف في طريق تنفيذ هذه الخدمات، على أمل أن تستمد الدول الأخرى الدعم والمعنى من الخبرات الأمريكية في تنفيذ هذا القانون.

برنامج التدخل المبكر لأطفال السنتين الأوليين ذوي الإعاقات

دشن الكونجرس هذا البرنامج في عام ١٩٨٦م اعترافاً "بالحاجة الماسة والكبيرة" إلى تحسين نمو الأطفال ذوي الإعاقات في سنتينهم الأوليين من العمر، وخفض الكلفة التعليمية بتقليل الحاجة إلى التربية الخاصة من خلال التدخل المبكر، وتقليل احتمال وضع الأفراد ذوي الإعاقات في مؤسسات معزلة، وتعظيم القدرة على المعيشة المستقلة، وتحسين قدرة الأسر على تلبية احتياجات أطفالهم.

إن برنامج أطفال السنتين الأوليين ذوي الإعاقات Program for Infants and Toddlers with Disabilities (الجزء الثالث من تعديلات قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات لعام ١٩٩٧م) عبارة عن برنامج منحة اختيارية فيدرالية تساعد الولايات في تخطيط وتطوير وتنفيذ نظام لخدمات التدخل المبكر على مستوى الولاية للأطفال ذوي الإعاقات من الولادة حتى عمر سنتين وأسرهم. ويتضمن القانون والتعليمات الواردة في الجزء الثالث كثيراً من المطالب التي يجب على الولايات أن تلبّيها لتنفيذ هذا البرنامج الشامل والمنسق والقائم على تداخل التخصصات والتآزر بين الهيئات لتوصيل

الخدمات. ولكي تشارك الولايات في البرنامج يجب أن تضمن أن يكون التدخل المبكر متاحاً لكل طفل مستحق. ويعرف القانون طفل الستين الأوليين المعاق المستحق بأنه:

فرد تحت عمر الثالثة يحتاج إلى خدمات التدخل المبكر لأنه (١) يواجه أشكالاً من التأخر النمائي، كما تقاس بالأدوات والإجراءات التشخيصية الملائمة، في واحد أو أكثر من مجالات النمو المعرفي والنمو البدني ونمو التواصل والنمو الاجتماعي أو الانفعالي والنمو التكيفي، أو (٢) لديه حالة بدنية أو عقلية مشخصة يحتمل أن تؤدي إلى التأخر النمائي (20 U.S.C. §1432[5][A]).

ويحق للولاية أيضاً أن تخدم الأطفال المعرضين لخطر وفقاً لتعريف الولاية لمصطلح "الخطر". وقد اختار حوالي ٢٠٪ من الولايات أن يخدموا الأطفال المعرضين لخطر. ولذلك تختلف تعريفات الاستحقاق بدرجة كبيرة من ولاية لأخرى.

وعند تنفيذ البرنامج يحدد حاكم كل ولاية هيئة رئيسة lead agency لإدارة البرنامج. ويمكن لهيئات عديدة أن تكون الهيئة الرئيسية كهيئات التعليم والصحة والخدمات الإنسانية والخدمات الاجتماعية والإعاقات النمائية وخدمات التأهيل. ويعين الحاكم أيضاً مجلس تنسيق بين الهيئات Interagency Coordinating Council (ICC) يضم أولياء أمور الأطفال الصغار ذوي الإعاقات لتقديم النصح والمساعدة للهيئة الرئيسية. وفي عام ٢٠٠٣م كانت كل الولايات الأمريكية والمناطق المستحقة تشارك في برنامج الجزء الثالث. ويعتمد التمويل السنوي لكل ولاية أو منطقة على عدد الأطفال في آخر تعداد.

ورغم الاختلافات الممكنة بين الولايات من حيث معايير الاستحقاق بالنسبة للأطفال وهيئة الإدارة الرئيسية على مستوى الولاية، لا بد أن يتص على عدة عناصر في خطة كل ولاية. وهذه العناصر المشتركة تمثل المكونات الدنيا المطلوبة في نظام شامل للتدخل المبكر لأطفال الستين الأوليين من العمر ذوي الاحتياجات الخاصة على مستوى الولاية (انظر الجدول رقم ١٢،١).

الجدول رقم (١٢,١). المكونات الدنيا المطلوبة في نظام التدخل المبكر الشامل على مستوى الولاية لأطفال الستين الأوليين من العمر ذوي الاحتياجات الخاصة.

تعريف التأخر النمائي

جدول زمني لضمان الخدمات الملائمة لكل الأطفال المستحقين

تقييم قائم على تداخل التخصصات شامل ويجرى في الوقت المناسب لاحتياجات الأطفال وتحديد احتياجات كل أسرة

خطة الخدمة الأسرية الفردية وتنسيق الخدمة

نظام تعرف وإحالة شامل للأطفال

تعريف التأخر النمائي

نظام شامل للتنمية المهنية للموظفين

سياسات وإجراءات لمعايير الموظفين

سلطة واحدة تتمثل في الهيئة الرئيسة التي يعينها أو ينشئها الحاكم تكون مسؤولة عن تنفيذ: (١) الإدارة والإشراف العامين، (٢) تحديد كل الموارد المتاحة والتنسيق بينها، (٣) المسؤولية المالية أمام الهيئات الملائمة، (٤) اتخاذ إجراءات لضمان أن تقدم الخدمات بطريقة مناسبة دون انتظار حل أي منازعات، (٥) حل المنازعات داخل وبين الهيئات، (٦) وضع الإتفاقات الرسمية بين الهيئات.

السياسة الخاصة بتقليص أو تنظيم الخدمات

إجراء لضمان رد الأموال في الوقت المناسب

ضمانات إجرائية

نظام لجمع البيانات حول نظام التدخل المبكر

مجلس تنسيقي بين الهيئات على مستوى الولاية

سياسات وإجراءات لضمان أن يتلقى الأطفال خدمات التدخل المبكر إلى أقصى حد ملائم في البيئات الطبيعية.

Adapted from 20 U.S.C. §1435(a).

From National Early Childhood Technical Assistance System. (1998, December). Part C updates (p. 1). Chapel Hill, NO Author; adapted by permission.

يختلف مدى وأنواع الخدمات التي تمول من خلال هذا البرنامج، وتمثل خدمات من تخصصات كثيرة مختلفة. وتتضمن الخدمات ما يلي: (١) تدريب الأسر والاستشارة والزيارات المنزلية، (٢) التدريس الخاص، (٣) خدمات أمراض النطق واللغة

والسمع، (٤) العلاج المهني، (٥) العلاج الطبيعي، (٦) الخدمات النفسية، (٧) خدمات تنسيق الخدمة، (٨) الخدمات الطبية لأغراض التشخيص أو التقييم فقط، (٩) خدمات التعرف والفحص والتقييم المبكر، (١٠) الخدمات الصحية اللازمة لتمكين الطفل من الاستفادة من خدمات التدخل المبكر الأخرى، (١١) خدمات العمل الاجتماعي، (١٢) خدمات الإبصار، (١٣) أدوات تقنية مساعدة وخدمات تقنية مساعدة، (١٤) النقل والتكاليف المرتبطة اللازمة لتمكين الطفل وأسرته من الحصول على خدمة أخرى [من قائمة الخدمات السابقة] (20 U.S.C. §1432 [E]).

وينص القانون أيضاً على أنواع الموظفين الذين يمكن اعتبارهم مؤهلين لتقديم هذه الخدمات. وهنا أيضاً نجد تخصصات كثيرة منها المرين الخاصين وأخصائيي أمراض النطق واللغة وأخصائيي السمع Audiologists والمعالجين المهنيين والمعالجين الطبيعيين وموظفي الخدمات الاجتماعية والمرضات أخصائيي التغذية Nutritionists والمعالجين الأسريين Family Therapists وأخصائيي الحركة والتوجه وأطباء الأطفال والأطباء الآخرين. وتلك الخدمات يمكن أن تقدم في عدد من البيئات منها منزل الطفل وأماكن المجتمع المحلي مثل رعاية الطفولة أو برنامج طفل السنة الأولى / طفل السنة الثانية. برنامج منح ما قبل المدرسة

تدار الخدمات المقدمة للأطفال في عمر ما قبل المدرسة وفقاً لهذا الإطار القانوني عن طريق هيئات التعليم بالولاية. وهكذا يمتد هذا القسم من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات إلى الأطفال ٣-٦ سنوات: العملية المستحقة، والاختبار والتقييم غير التمييزي، وإعداد برنامج تربوي فردي، ووضع الأطفال في أقل البيئات تقييداً. وتعترف نصوص مهمة من القانون أيضاً بدور مشاركة أولياء الأمور، خاصة في البرامج المقدمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات ويؤكد على تقوية دور أولياء الأمور وضمان "فرص ذات معنى" لأولياء الأمور لكي يشاركوا في تعليم أطفالهم في المدرسة والمنزل.

تتضمن معايير الاستحقاق من جانب الطفل المعاق وفقاً للقسم ٦١٩ من الجزء الثاني من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات الشروط التالية: التأخر العقلي والإعاقات السمعية وإعاقات الكلام أو اللغة والإعاقات البصرية والاضطراب الانفعالي الحاد والإعاقات التجبيرية والتوحد والإصابة المخية الرضية والإعاقات الصحية الأخرى أو صعوبات التعلم المحددة. وبالنسبة للأطفال في عمر ٣-٩ سنوات يحق للهيئة التعليمية على مستوى الولاية وعلى المستوى المحلي بحسب تقديرها أن تخدم أيضاً الأطفال الذين "يواجهون أشكالاً من التأخر النمائي" كما تعرفها الولاية.

وهذه قد تتضمن أشكال التأخر في مجالات النمو البدني أو المعرفي أو التواصلية أو الاجتماعي أو الانفعالي أو التكيفي. وتستخدم درجة القطع التالية من جانب معظم الولايات التي تطبق معايير كمية لتقرير الاستحقاق: إنحراف معياري قدره ٢,٠ تحت المتوسط في أحد المجالات النمائية و/أو إنحراف معياري قدره ١,٥ تحت المتوسط في مجالين أو أكثر (مدى قدره ١,٠ إنحراف معياري في مجال واحد إلى ٣,٠ انحراف معياري في مجال واحد). وفي ولايات أخرى تحدد نسبة للتأخر (مدى قدره ٢٠٪-٣٣٪) في مجال نمو واحد أو أكثر لتقرير الاستحقاق. وفي ولايات ثالثة يحدد الاستحقاق من خلال إجماع فريق مهني أو حكم مهني أو رأي إكلينيكي مستتير بدلاً من المعايير الكمية.

وتقدم الخدمات التعليمية والمرتبطة للأطفال ما قبل المدرسة في عدد من بيئات الخدمة أوسع من المتاح للأطفال في عمر المدرسة. والبيئات التعليمية قد تتضمن برامج رعاية الطفولة وبرامج "البداية المثلى" وكذلك البرامج المدرسية. وتصنف البيئات التعليمية عادة إلى:

- فصل التعليم النظامي أو العام: يتلقى الأطفال الخدمات في البرامج المصممة أساساً للأطفال غير ذوي الإعاقات.

● حجرة المصادر: يتلقى الأطفال الخدمات في البرامج المصممة للأطفال غير ذوي الإعاقات، بينما يكون الأطفال ذوي الإعاقات في برنامج منفصل بنسبة ٢١٪-٦٠٪ من الوقت.

● فصل منفصل: يتلقى الأطفال الخدمات في برامج منفصلة لأكثر من ٦٠٪ من الوقت.

● مدرسة منفصلة (عامة أو خاصة): يتلقى الأطفال الخدمات في مؤسسة منفصلة عامة أو خاصة للأطفال ذوي الإعاقات بنسبة ٦١٪-١٠٠٪ من الوقت.

● مؤسسة إقامة داخلية: يتلقى الأطفال الرعاية ٢٤ ساعة يومياً في مؤسسة إقامة داخلية عامة أو خاصة مثل مؤسسات الرعاية التمريضية العامة أو المدارس الداخلية.

● المنزل/المستشفى: يتلقى الأطفال الخدمات إما في المنزل (قد تتضمن الخدمات من زائر منزلي منتظم) أو في مستشفى.

لقد أصبحت فصول التعليم العام منذ التسعينيات بيئة الخدمة الأكثر شيوعاً للأطفال ذوي الإعاقات. ففي ١٩٩٧-١٩٩٨م أوضحت الولايات التي أعلنت عن أماكن الخدمة أن أكثر من ٩٢٪ من أطفال ما قبل المدرسة ذوي الإعاقات كانوا يتلقون التربية الخاصة أو الخدمات المساندة في بيئة المدارس العامة بالتعليم العام (U.S. Department of Education, 2000). وكان غالبية هؤلاء الأطفال (٥٢,٥٪) يتلقون الخدمة في فصول الأطفال غير ذوي الإعاقات لـ ٨٠٪ من اليوم على الأقل.

توجد مجموعة واسعة من الخدمات يجب أن توضع في الحسبان في نظم توصيل خدمة التربية الخاصة. تتضمن هذه الأنواع من الخدمات وفقاً للجزء الثاني من القانون الخاص بأطفال ٣-٥ سنوات الأجهزة التقنية المساعدة وخدمات السمع وخدمات الاستشارة والتعرف والتقييم المبكرين والخدمات الطبية للتشخيص أو التقييم والعلاج

المهني وتقديم الاستشارة والتدريب لأولياء الأمور والعلاج الطبيعي والخدمات النفسية والإستجمام وخدمات الاستشارة التأهيلية وخدمات الصحة المدرسية وخدمات العمل الاجتماعي في المدارس والتربية الخاصة وأمراض النطق واللغة والنقل. البداية المثلى

أُطلق برنامج البداية المثلى Head Start program بموجب قانون الفرصة الاقتصادية لعام ١٩٦٤م Economic Opportunity Act (القانون العام رقم ٨٨-٤٥٢). وكان التركيز الأساسي للبرنامج يتمثل في تقديم خدمات تعليمية واجتماعية مبكرة للأطفال الصغار من الأسر منخفضة الدخل في محاولة من البرنامج لأن يقدم لهم "بداية مثلى" وكسر حلقة الفقر. وقد عدل هذا القانون بعد ذلك ليشترط أن يكون ١٠٪ على الأقل من الأطفال المسجلين في برنامج البداية المثلى من ذوي الإعاقات وأن يقدم لهم البرنامج خدمات متخصصة. ولذلك فقد كان لخيارات الخدمة ببرنامج البداية المثلى تأثيراً كبيراً في توسيع الخدمات الدمجية. وقد كان برنامج البداية المثلى منذ بدايته يؤكد على مشاركة الأسرة والمجتمع المحلي وعلى تقديم وتنسيق الخدمة القائم على تداخل التخصصات. وتلك مكونات مهمة للخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات أيضاً. كما أضيفت برامج بداية مثلى مبكرة للأمهات الحوامل وأطفال الستين الأوليين من العمر. وهذه جميعاً متضمنة في مدى خيارات الخدمة الواردة في الجزء الثالث من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات.

المفاهيم والتحديات الأساسية في مجال توصيل الخدمة

يناقش قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات عدداً من المفاهيم والمكونات الأساسية بغض النظر عما إذا كانت الخدمات مقدمة للأطفال الستين الأوليين من العمر أو لأطفال ما قبل المدرسة. وفيما يلي سنوجز العناصر الأساسية ونناقش تحديات تنفيذها بإيجاز.

البرامج التربوية الفردية للأطفال الصغار

وفقاً للقانون يجب أن يكون لكل الأطفال الصغار ذوي الإعاقات برامج تربوية فردية. وتختلف المتطلبات بعض الشيء حول هذا المكون بين أطفال السنين الأوليين من العمر وأطفال ما قبل المدرسة.

يخص البرنامج التربوي الفردي الأطفال في عمر ما قبل المدرسة ذوي الإعاقات الذين تقدم لهم الخدمات وفقاً للقسم ٦١٩ من الجزء الثاني من القانون. وكما هو الحال مع أطفال عمر المدرسة يجب أن يكون لهؤلاء الأطفال برامج تربوية فردية. والبرامج التربوية الفردي عبارة عن بيان مكتوب يتألف من معلومات محددة، منها مستوى الطفل الحالي في الأداء التعليمي، وأهداف سنوية قابلة للقياس وأهداف تلبي احتياجات الطفل التعليمية، ومواصفات التربية الخاصة والخدمات المساندة والمعينات والخدمات الإضافية وتعديلات البرنامج أو الدعم المطلوبين لتمكين الطفل من الوفاء بالأهداف التعليمية والمشاركة مع الأطفال الآخرين.

وعلاوة على ذلك فإن الطفل إذا لم يكن سيدمج بالكامل في فصول التعليم العام، فلا بد أن تتضمن الخطة تبريراً لهذا القرار. كما تضمن الخطة أيضاً تعديلات في تطبيق الاختبارات للسماح للطفل بالمشاركة في تقييمات الولاية والمقاطعة لتحصيل التلاميذ. وتذكر الخطة أيضاً تاريخ بداية الخدمات وتكرارها ومكانها ومدتها والتعديلات المقدمة أيضاً. وتحدد الخطة أخيراً نظاماً لقياس تقدم الطفل نحو الأهداف. ويعد البرامج التربوي الفردي فريق يضم أولياء أمور الطفل ومعلم تعليم عام ومعلم تربية خاصة وممثل عن هيئة التعليم المحلية وأي أفراد آخرين قد تتوفر لديهم المعرفة أو الخبرة حول الطفل.

إن خطة الخدمة الأسرية الفردية (IFSP) individualized Family Service Plan

هي البرنامج التعليمي الذي يقدمه الجزء الثالث من القانون لأطفال السنين الأوليين

من العمر وأسرهم. ويمكن النظر إلى خطة الخدمة الأسرية الفردية على أنها ترتبط منطقياً بالبرنامج التربوي الفردي. وخطة الخدمة الأسرية الفردية هي الأخرى عبارة عن بيان مكتوب يغطي مجالات محددة، أولها مستويات الطفل الحالية في النمو البدني والمعرفي والتواصل الاجتماعي أو الانفعالي والتكيفي، ثم مصادر الأسرة وأولوياتها وما يشغلها حول تحسين نمو أطفالها ذوي الإعاقة، وكذلك المخرجات الرئيسية التي يتوقع أن تنجز بالنسبة للطفل والأسرة فضلاً عن معايير وإجراءات ومواعيد زمنية لتقرير التقدم ومدى ضرورة إجراء تعديلات أو مراجعات للمخرجات أو الخدمات. كما يحدد في هذه الخطة خدمات التدخل المبكر الضرورية لتلبية الاحتياجات المتفردة للطفل والأسرة (بما في ذلك تكرار وكثافة وطريقة توصيل الخدمات)، وأيضاً البيئات الطبيعية التي ستقدم فيها خدمات التدخل المبكر وتبرير عدم تقديمها في البيئة الطبيعية. ويذكر في هذه الخطة كذلك التواريخ المتوقعة لبدء الخدمات والمدة المتوقعة للخدمات. وثمة مكون آخر للخطة يتمثل في اختيار منسق الخدمة من أكثر المجالات صلة باحتياجات الطفل أو الأسرة، ليكون مسئولاً عن تنفيذ الخطة والتنسيق مع الهيئات والأشخاص الآخرين. وأخيراً تتضمن الخطة الخطوات اللازمة لدعم انتقال الطفل إلى ما قبل المدرسة أو الخدمات الملائمة الأخرى.

إن البرامج التربوية الفردية وخطط الخدمة الأسرية الفردية أساسية لتوصيل الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات. فهما تصميمان لتلبية الاحتياجات المتفردة لكل طفل، وتحديدان نظم المحاسبية. وقد تركزت التحديات التي تواجه إعداد وتنفيذ البرامج التربوية الفردية وخطط الخدمة الأسرية الفردية حول تقديم تقييمات ملائمة وذات معنى وإقامة شراكات من أولياء الأمور والمهنيين للتخطيط والتنفيذ، وضمان أدوار ذات معنى لأولياء الأمور، وتفريد الخطط بحسب الخلفية الثقافية واللغوية لكل أسرة وتفضيلاتها، وممارسة عمل الفريق المهني في إعداد وتقديم الخدمات.

نماذج توصيل الخدمة المتمركز حول الأسرة

يُشجَع أولياء الأمور وأفراد الأسرة على المشاركة الكاملة والنشطة في نظم توصيل خدمة التدخل المبكر لأطفال الستين الأوليين وأطفال ما قبل المدرسة. وقد أضفى قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات وإجراءاته التنظيمية الصفة الرسمية على "العملية المستحقة" due process ومتطلبات إشراك الأسر في القرارات المتعلقة بتقييم أطفالهم ومكان تعليمهم وتخطيط وتنفيذ البرامج التعليمية.

وقد اتخذت أدوار الأسر والطرق الكثيرة التي يمكن من خلالها إشراك الأسر في البرامج التعليمية المبكرة المقدمة لأطفالهم أشكالاً مختلفة على مر السنين. ففي بعض الأوقات كان التأكيد ينصب على اعتبار أولياء الأمور معلمين أو مدافعين أو معلمين معاونين في الفصل. وبالطبع لا يمكن لحجم واحد أن يناسب الجميع، إذ تختلف الأسر من حيث تكوينها وبنيتها وأدوارها وخلفيتها الثقافية واللغوية وخلفيتها الدينية وأنساق القيم والمعتقدات والموارد والأولويات والاهتمامات فيما يتعلق بأطفالهم. كما تختلف أيضاً في الأدوار ومستويات المشاركة التي تفضلها.

وعموماً ينظر إلى الأسرة من منظور النظم الأسرية Family Systems (Turnbull & Turnbull, 1997)، الذي يعتبر تفاعل الأسرة داخل نظام إيكولوجي أوسع يضم الأحياء والجماعات المحلية وبنية ونظم الخدمة والثقافة بشكل عام أحد المؤثرات المهمة في الأسرة ونمو الطفل (Bronfenbrenner, 1979; Odom et al., 1996). وعلى مدى السنوات نشأ جدل قوي حول معنى وبؤرة تركيز وحتى المصطلحات المستخدمة لوصف الخدمات من خلال الأسرة. وقد اقترحت وبجست نماذج لإشراك الأسر بشكل نشط في وضع أو تخطيط وتنفيذ وتقييم الخدمات المقدمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات (Bailey et al., 1986). وقد أعطي اهتمام كبير لفكرتي التمكين الأسري والدعم الأسري (Dunst, Trivette, & Deal, 1988, 1994). وتشير الخدمات المتمركزة

على الأسرة أو المركزة على الأسرة إلى فلسفة الخدمات وكذلك إلى مجموعة من الممارسات الموصى بها في مجال التدخل المبكر (Shelton, Jeppson, & Johnson, 1987). وتصف هذه الخدمات سلسلة من الممارسات: تقديم خدمات أسرية محترمة وحساسة ثقافياً، والتعرف على أولويات الأسر وما يشغلها بالنسبة للأطفال، والحصول على موافقة واعية من الأسر وضمان مشاركتها في عملية صنع القرار حول الخدمات المقدمة لأطفالهم، واستخدام ممارسات تؤدي إلى تمكين الأسر، واستخدام ممارسات تدعم وتحسن نمو الأسر وكفاياتها.

ورغم هذا التحول الفلسفي إلى نموذج أكثر تركيزاً على الأسرة، لا تزال هناك تحديات. ففي مواقف كثيرة لا يزال المهنيون هم من يصنعون القرارات التعليمية بالدرجة الأولى (Hanson et al., 2000, 2001). وإعداد الموظفين وأنماط التوظيف بالبرامج والإشراف على الموظفين ودعمهم وقيادة البرنامج وتنفيذ السياسة يجب أن تتوسع في استخدام المداخل المتمركزة على الأسرة (Hanson & Bruder, 2001). ويجب أيضاً أن توصل هذه الخدمات للأسر بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية، طريقة تحترم الأسر وتنوعها من حيث الثقافة والخلفيات اللغوية والمعتقدات والقيم (Lynch & Hanson, 1998).

الدمج/البيئة الأقل تقييداً/البيئة الطبيعية

فيما يتعلق بأطفال ما قبل المدرسة ينص القانون على أن تقدم الخدمات إلى أقصى حد ممكن في البيئات التعليمية مع الأطفال غير ذوي الإعاقات. كما ينص على أن الأطفال لا يجب أن يستبعدوا من هذه البيئة إلا عندما تكون طبيعة أو شدة إعاقاتهم تحول دون تحقيق التعليم على نحو وافي في تلك البيئة مع استخدام المعينات أو الخدمات الإضافية. وهذا الشرط يعرف في الغالب باسم التعليم على البيئة الأقل تقييداً Least Restrictive Environment. وقد استخدمت مصطلحات مختلفة مثل التسجيل في المدارس العامة Mainstreaming والدمج Integration على مر السنين

لوصف مشاركة الأطفال ذوي الإعاقات في البيئات التعليمية مع أقرانهم غير ذوي الإعاقات. والدمج هو المصطلح المستخدم حالياً للإشارة إلى هذه الممارسة. والهدف من الدمج مماثل له بالنسبة للأطفال الستين الأوليين من العمر، رغم أن لغة القانون تختلف بعض الشيء. فبرنامج الجزء الثالث للأطفال الستين الأوليين من العمر ينص على أن الخدمات يجب أن تقدم إلى أقصى حد ملائم في البيئة الطبيعية. وتلك البيئات تتضمن منزل الطفل وأماكن المجتمع المحلي التي يشارك فيها الأطفال غير ذوي الإعاقات.

إن تقديم خدمات فردية ومتخصصة للأطفال في بيوتهم والبرامج المدرسية والمجتمعية يتطلب التخطيط المتأني والعمل في فريق والدعم الإداري والمرونة والمشاركة الأسرية. تكثر فرص التعلم في الأعمال الروتينية اليومية والأنشطة الأسرية والمجتمعية. ولذلك يجد متخصصو التدخل المبكر أنفسهم أمام تحدي تكييف الأنشطة والمناهج والبيئات وصياغة علاقات عمل جديدة لتلبية احتياجات الأطفال ذوي الإعاقات في عدد من البيئات (Bruder & Dunst, 2000; Gural-nick, 2001; Odom, 2001).

الانتقال

تتميز حياة الأطفال الصغار بانتقالات حاسمة، خاصة الأطفال المولودين بعوامل خطر. عرف رايس وأوبرين هذه الانتقالات بأنها "نقاط التحول في الخدمات والموظفين الذين ينسقون ويقدمون الخدمات" (Rice and O'Brien, 1990, p.2). قد يحدث الانتقال الأول عندما ينتقل الطفل من الرعاية في المستشفى إلى منزل الأسرة. وتتضمن الانتقالات التالية للأطفال ذوي الإعاقات: الانتقال إلى خدمات أطفال الستين الأوليين، ثم الانتقال إلى خدمات ما قبل المدرسة، ثم الانتقال إلى خدمات رياض الأطفال. والانتقالات يمكن أن تكون شديدة الوطأة حتى في ظل أفضل الظروف. وفي كثير من الولايات تتعامل هيئات مختلفة مع خدمات التدخل المبكر

لأطفال السنتين الأوليين من العمر والخدمات التعليمية فيما قبل المدرسة ، وهو ما يجعل هذه الانتقالات صعبة جداً على الأطفال. ولذلك تمثل الاتفاقات بين الهيئات والإجراءات الانتقالية ، ودعم الأسر من موظفين أساسيين ، وإعداد الأطفال للانتقال ، وإجراءات تبادل المعلومات بين الخدمات والموظفين السابقين والتاليين ، وتدريب وإعداد الموظفين للانتقال أمثلة قليلة للمجالات التي تستهدف بالتخطيط والدعم المتأنيين لتسهيل الانتقالات على الأطفال وأسرههم (Hanson, 1999; Rosenkoetter, Hains, & Fowler, 1994).

إعداد الموظفين ونماذج الفريق القائم على تداخل التخصصات

قد تختلف المعايير المهنية ومتطلبات إجازة الموظفين وتأهيلهم واعتمادهم بين الولايات وكذلك بين المهن بناء على المعايير التي يضعها كل تخصص. لذلك توجد اختلافات عبر الولايات ، رغم أنها جميعاً يجب أن تلتزم بشروط نظام شامل للتنمية المهنية يحدده القانون.

لقد وسعت معظم المجموعات المهنية مناهجها في مستويات ما قبل وأثناء الخدمة للتركيز على الكفايات المرتبطة بخدمة الأطفال الصغار وأسرههم ، وكثير منها يقدم تأهيلاً منفصلاً أو برامج تدريبية إضافية في الرعاية الطبية للأطفال أو الرعاية المبكرة. ومع ذلك فإن ثمة حاجة إلى مداخل إبداعية وعابرة للتخصصات لتنمية الموظفين عبر مجالات الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية في التدخل المبكر (Winton, McCollum, & Catlett, 1997).

إن مدى احتياجات الخدمات التي يواجهها أو يحتاجها الأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسرههم يتجاوز التخصصات المهنية. ولذلك فلا يمكن تلبية هذه الاحتياجات إلى الخدمات بالكامل إلا من خلال نماذج الفرق التعاونية. وفي التدخل المبكر يعتبر نموذج الفريق القائم على تعدد التخصصات مثالياً لتوصيل الخدمات. فهي تحتاج إلى نموذج جماعي Teamwork يمكن من خلاله ممارسة "التخلي عن الدور"

role release، بمعنى أن يكون مهني واحد أو بضعة مهنيين هم الأفراد الأساسيون المسؤولون عن تنفيذ برنامج الطفل، مع حصولهم على المساعدة والاستشارة والتدريب والتنمية المستمرة على المهارات من جانب طيف كامل من أعضاء الفريق الذين يمثلون تخصصات مختلفة (McGonigel, Woodruff, & Roszmann-Millican, 1994). وهذا النموذج الجماعي يتطلب تعاوناً متأنياً عبر مقدمي الخدمة المهنيين ويتطلب توزيع الوقت والموارد بين التدريب والتخطيط وكذلك الالتزامات وعلاقات العمل الفعالة بين المهنيين (Hanson & Bruder, 2001).

تنسيق الخدمات والتعاون بين الهيئات

إن تنسيق الخدمات واحداً من الخدمات التي ينص عليها الجزء الثالث من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات، ويجب أن تقدم مجاناً للأسر. ويعرف تنسيق الخدمات بأنه "عملية نشطة ومستمرة تساعد الأسر وتمكنها للوصول إلى الخدمات وتضمن حقوقها وضماناتها الإجرائية" (National Early Childhood Technical Assistance System, 2001). ويجب على أعضاء فريق التدخل المبكر أن يقوموا معاً بتقديم أنشطة التقييم والتدخل والتقييم في شراكة مع أسرة الطفل، ويجب أيضاً أن يساعدوا الأسر في الوصول إلى الخدمات المختلفة التي يحتاجون إليها (Bruder & Bologna, 1993).

إن الخدمات والنظم والأنماط لا تختلف عبر الولايات فحسب، بل وجدت الدراسات أيضاً أنه حتى داخل الولاية الواحدة تختلف الهيئات جوهرياً ونوعياً عن بعضها البعض (Harbin, 1996). وقد لاحظ هارين Harbin أن الاختلافات توجد في الهياكل الإدارية والمجموعات المستهدفة وبيانات الرسالة والفلسفات والأدوار وأنواع صنع القرار وأنواع الاتفاقات والخلفيات المهنية والموارد والأولويات ومدى وضع سياسات محددة. ولذلك يكون من الصعب في الغالب تحقيق التعاون والتنسيق بين الهيئات. ولعل الممارسة الواعدة حقاً للتغلب على ذلك تتمثل في استخدام الاتفاقات

بين الهيئات ، حيث تدخل هيئات الولايات في اتفاقات أو شراكات رسمية مع بعضها البعض لتأسيس أبنية تعاونية وللتشارك في المصادر ولتحديد مكان الأطفال الذين يحتاجون الخدمات وإحالتهم وإجراء حملات توعية عامة وتقديم أنشطة تدريبية. وكثير من الهيئات التعليمية يربطها اتفاق واحد أو أكثر مع هيئات أخرى ، وهذا التعاون يتضمن مدى واسع من الشراكات بين وزارات مثل التعليم والصحة والخدمات الإنسانية والخدمات الاجتماعية و"البداية المثلى".

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

في القسم السابق عرضنا مكونات الخدمات الأساسية وناقشنا التحديات التي تعوق تنفيذها. وقد نتج كل من هذه المكونات عن سنوات من البحوث والدفاع في الولايات المتحدة الأمريكية. وهي بذلك تمثل أيضاً توصيات للدول الأخرى وهي تعد و/أو توسع خدماتها للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. تشكل البرامج التربوية الفردية الأساس لكل الخدمات. وهذه البرامج تخطط وتنفذ خصيصاً لكل طفل بناء على جوانب القوة لديه واحتياجاته وأولويات أسرة الطفل. ويوصي الفصل الحالي بأن يتم تقديم الخدمات باستخدام نموذج متمركز حول الأسرة لضمان أن يتم احترام أفراد الأسرة باعتبارهم صناع القرار الأساسيين لأطفالهم. والخدمات المتمركزة حول الأسرة تكون بالطبع حساسة ثقافياً لاحتياجات وتفضيلات كل أسرة. ويجب تقدم الخدمات التعليمية للأطفال قدر الإمكان في بيئات دمجية أو البيئات الطبيعية التي يقضي الأطفال الصغار وقتهم فيها. ويشارك الأطفال في البرامج والخدمات مع أقرانهم ، ويتم الاستفادة من الأعمال الروتينية النموذجية للطفل والأسرة لتخطيط التدخلات التعليمية والعلاجية. وهذا التوجه يحترم حق الطفل والأسرة في المشاركة في مجتمعهم المحلي ويدمج الخدمات في الطقوس والروتين المعتاد للأسرة. ويوصي المؤلف بأن تخطط الانتقالات من أحد أنواع الخدمة إلى غيره بعناية وأن يتم دعم الأطفال والأسر في هذه العملية. وفي بعض الدول ، كما هو الحال في الولايات المتحدة ، ربما تدير الخدمات هيئات مختلفة لكل منها متطلبات مختلفة. وهنا يكون تنسيق الخدمات

والتعاون القائم على التآزر بين الهيئات والتخصصات أساسياً أيضاً لمنع وقوع ضغوط إضافية على الأسرة ولضمان أن يتلقى الطفل خدمات كافية وشاملة. وأخيراً يعتبر إعداد الموظفين وتدريب مقدمي الخدمات أساسياً هو الآخر لتقديم خدمات مثالية. ويجب أن يكون مقدمو الخدمة واسعوا الإطلاع في مجال الخبرة الذي يتخصصون فيه وأن يُحدّثوا معرفتهم وقدرتهم على إظهار "الممارسات المثلى" وهم يقدمون دعم التدخل للأطفال والأسر. قد تتجلى هذه المكونات في أنواع مختلفة من الهيئات، ومع مجموعات مختلفة من الأطفال والأسر، وفي مواقع جغرافية مختلفة. لكنها مع ذلك تشكل البنية التحتية للخدمات الجيدة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسره.

خاتمة

لقد وفر قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA للأطفال الصغار من الولادة حتى عمر الخامسة فرصة غير مسبوقه في الولايات المتحدة لبناء نظام توصيل موحد للخدمات لمخاطبة الاحتياجات المعقدة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسره. ويقع في صميم السياسات والإجراءات المنبثقة عن هذا القانون احتياجات الطفل الفردية إلى الخدمات وأهداف الطفل والدمج والمشاركة النشطين لأسرة الطفل. لقد قدم التشريع البنية التحتية الضرورية لتطوير نظام يغطي الأمة ككل ويدمج مدى كامل من الهيئات والأبنية والتخصصات المهنية التي توصل خدمات التدخل المبكر.

وقد ساعد هذا القانون الأساسي للتدخل المبكر في إرساء خدمات أكثر عمومية وشمولاً للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. وقد وفر الوسائل لعبور حدود الهيئات والمهنة لخدمة الاحتياجات المتنوعة للأطفال وأسره. وفي المقابل أنتجت الطبيعة الشاملة لهذا القانون أيضاً تحديات كبيرة تتعلق بالتنسيق والعمل في فريق teaming والتعاون بين الهيئات، وتقديم خيارات مشاركة كاملة وذات معنى للأسر بطريقة تتفق مع أولوياتها واحتياجاتها. والمطلوب هو نظام خدمات يخاطب مدى احتياجات الخدمات من جانب الأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسره في الولايات المتحدة.

المراجع

References

- Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, PL 101-336, 42 U.S.C. §§ 12101 *et seq.*
- Bailey, D.B., Simeonsson, R.J., Winton, P.J., Huntington, G.S., Comfort, M., Isbell, P., O'Donnell, K.J., & Helm, J.M. (1986). Family-focused intervention: A functional model for planning, implementing, and evaluating individualized family services in early intervention. *Journal of the Division for Early Childhood*, 10, 156-171.
- Braddock, D. (1987). *Federal policy toward mental retardation and developmental disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (ERIC Document Reproduction Service No. ED128387).
- Bruder, M.B., & Bologna, T.M. (1993). Collaboration and service coordination for effective early intervention. In W. Brown, S.K. Thurman, & L.F. Pearl (Eds.), *Family-centered early intervention with infants and toddlers: Innovative cross-disciplinary approaches* (pp. 103-127). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bruder, M.B., & Dunst, C.J. (2000). Expanding learning opportunities for infants and toddlers in natural environments: A chance to reconceptualize early intervention. *Zero to Three*, 20(3), 34-36.
- deFosset, S. (Ed.). (2001). *Section 619 profile* (10th ed.). Chapel Hill, NC: National Early Childhood Technical Assistance System.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Deal, A.G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Deal, A.G. (Eds.). (1994). *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Economic Opportunity Act of 1964, PL 88-452, 42 U.S.C. §§ 2701 *et seq.*
- Education for All Handicapped Children Act of 1975, PL 94-142, 20 U.S.C. §§ 1400 *et seq.*
- Florian, L. (1995). Part H early intervention program: Legislative history and intent of the law. *Topics in Early Childhood Special Education*, 15, 247-262.
- Guralnick, M.J. (Ed.). (2001). *Early childhood inclusion: Focus on change*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Hanson, M.J. (1999, September). *Early transitions for children and families: Transitions from infant/toddler services to preschool education*. Reston, VA: The ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education. (ERIC Digest No. E581).
- Hanson, M.J., Beckman, P.J., Horn, E., Marquart, J., Sandall, S.R., Greig, D., & Brennan, E. (2000). Entering preschool: Family and professional experiences in this transition process. *Journal of Early Intervention*, 23, 279-293.
- Hanson, M.J., & Bruder, M.B. (2001). Early intervention: Promises to keep. *Infants and Young Children*, 13(3), 47-58.
- Hanson, M.J., Horn, E., Sandall, S., Beckman, P., Morgan, M., Marquart, J., Barnwell, D., & Chou, H. (2001). After preschool inclusion: Children's educational pathways over the early school years. *Exceptional Children*, 68(1), 65-83.
- Harbin, G. (1996). The challenge of coordination. *Infants and Young Children*, 8(3), 8-76.

- Head Start, Economic Opportunity, and Community Partnership Act of 1974, PL 93-644, 42 U.S.C. §§ 2941 *et seq.*
- Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997, PL 105-17, 20 U.S.C. §§ 1400 *et seq.*
- Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) of 1990, PL 101-476, 20 U.S.C. §§ 1400 *et seq.*
- Lynch, E.W., & Hanson, M.J. (Eds.). (1998). *Developing cross-cultural competence: A guide for working with children and their families* (2nd ed.). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- McGonigel, M.J., Woodruff, G., & Roszmann-Millican, M. (1994). The transdisciplinary team: A model for family-centered early intervention. In L.J. Johnson, R.J. Gallagher, M.J. LaMontagne, J.B. Jordan, J.J. Gallagher, P.L. Hut-inger, & M.B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three* (2nd ed., pp. 95-131). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- National Early Childhood Technical Assistance System. (1998, December). *Part C updates*. Chapel Hill, NC: Author.
- National Early Childhood Technical Assistance System. (2001, October). *Service coordination under IDEA*. Retrieved October 15, 2002, from <http://www.nectac.org/topics/scoord/scoord.asp>
- Odom, S.L. (Ed.). (2001). *Widening the circle*. New York: Teachers College Press.
- Odom, S.L., Peck, C.A., Hanson, M.J., Beckman, P.J., Kaiser, A.P., Lieber, J., Brown, W.H., Horn, E.M., & Schwartz, I.S. (1996). Inclusion at the preschool level: An ecological systems analysis. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 10(2,3), 18-30.
- Rice, M.L., & O'Brien, M. (1990). Transitions: Time for change and accommodation. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9(4), 1-14.
- Rosenkoetter, S.E., Hains, A.H., & Fowler, S.A. (1994). *Bridging early services for children with special needs and their families: A practical guide for transition planning*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Safford, P.L., & Safford, B.J. (1996). *A history of childhood and disability*. New York: Teachers College Press.
- Shelton, T., Jeppson, E., & Johnson, B. (1987). *Family-centered care for children with special health care needs*. Washington, DC: Association for the Care of Children's Health.
- Shonkoff, J.P., & Meisels, S. J. (1990). Early childhood intervention: The evolution of a concept. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3-31). New York: Cambridge University Press.
- Turnbull, A.P., & Turnbull, H.R. (1997). *Families, professionals, and exceptionality: A special partnership* (3rd ed.). Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Turnbull, H.R. (1986). *Free appropriate public education: The law and children with disabilities*. Denver, CO: Love Publishing Co.
- U.S. Census Bureau. (2000). *United States Census 2000*. Retrieved from <http://www.census.gov>.
- U.S. Department of Education. (2000). *Twenty-second annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Author.
- Winton, P.J., McCollum, J.A., & Catlett, C. (Eds.). (1997). *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

الشبكات الرسمية وغير الرسمية^(١) (أستراليا)

Formal and Informal Networks (Australia)

كريستين جونسون Christine F. Johnson

إن عبارة "بلا حدود!" The sky's the limit رغم أنها ليست مثلاً وبالتأكيد لا تخص أستراليا، فإنها تحوي وجهة النظر التي يتبناها أولياء الأمور والمهنيون الأستراليون حول قوة وأهمية التدخل في الطفولة المبكرة. وقد استخدمت هذه العبارة أيضاً شعاراً لليوم السنوي للطائرات الورقية للأطفال "Kites for Kids Day"، وهو عبارة عن حملة قومية بدأت عام ٢٠٠٠م لرفع الوعي حول التدخل في الطفولة المبكرة في المجتمع المحلي. ثمة مغزى خاص يكمن في الشعار وفي حقيقة أن الحملة أحد أنشطة الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة (ECIA) Early Childhood Intervention Australia. وهذه المؤسسة عبارة عن شبكة قومية من أولياء الأمور والمهنيين المشاركين في التدخل في الطفولة المبكرة، وهي في ذاتها تُظهر الدافعية للانخراط المجتمعي المتزايد من جانب المعنيين بمخرجات هذا التدخل.

(١) أود أن أشكر هيلين لين Helen Lunn لتعليقها على مسودة هذا الفصل وليزلي بيرنت Lesley Burnett والشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة (الفصل الخاص بنيو ساوث ويلز) والسيد والسيدة باين Payne للسماح باستخدام صورة طفليهما.

والرأي الذي يعبر عنه هذا الشعور ليس أن التدخل في الطفولة المبكرة يقدم علاجاً للإعاقة، وإنما ببساطة أن المرء لا يعرف ما هو ممكن إلى أن يحاول. فلا يجب أن توضع حدود أو توقعات. وقد عبّر عن ذلك الرأي والد طفل صغير ذي إعاقة حادة وهو يتحدث عن التدخل المتمركز حول الأسرة في الطفولة المبكرة:

حسناً نحن سنمد أيدينا إلى النجوم، فإذا وصلنا إلى القمر فقط، سيكون ذلك عظيماً. وسوف نضع أعلى أهداف ممكنة، وإذا لم نصل إليها، فلا مشكلة. فقد حاولنا معه، وقد حاول هو أيضاً (Treloar, 1997, no page number).

يعتمد تقديم خدمات التدخل في الطفولة المبكرة في أستراليا على مبادرات الهيئات والمجتمع المحلي وليس على القانون (Campbell, 1997). ولذلك فقد تضع الحكومة توجيهات للممارسات المثلى في المجال، لكن النموذج المتبنى يكون مسألة اختيار وليس إلزامي. ورغم أن غالبية خدمات التدخل في الطفولة المبكرة تعتبر نفسها متمركزة حول الأسرة، وبالتالي تتبع الممارسات الموصى بها، فإنها تفعل ذلك بسبب الفعالية المدركة. ويقوم على التنفيذ بالدرجة الأولى شبكات رسمية وغير رسمية من المهنيين والأسر.

تقوم هذه الشبكات بوظيفتين أساسيتين: أولاً نشر تنفيذ نماذج ومداخل محددة بإتاحة آخر البحوث لأولياء الأمور والمهنيين من خلال المؤتمرات والنشرات وطرق التعليم غير الرسمي الأخرى، ثانياً توفير الوسائل لتنسيق مدى الخدمات لتستفيد منه أسر معينة. وعندما تعمل هذه الشبكات جيداً فإنها تحسن خبرة الأسرة في التدخل في الطفولة المبكرة وتقلل تكرار أو ازدواجية الخدمات وتضمن الاستخدام الأقصى للخدمات المتاحة. ولذلك فإن التقديم الفعال للخدمات يعتمد على الانضواء في هذه الشبكات. يركز هذا الفصل على مناقشة مزايا وعيوب هذا النظام الشبكي.

حكاية بن

هاجر والدا بن Ben من جنوب أوروبا إلى أستراليا وهما بعد طفلين صغيرين. ولا يزال إرثهما العرقي أساسياً في حياتهما. فهما ثنائياً اللغة ويريدان لطفليهما أن يكونا كذلك. يحمل الوالدان درجات جامعية، ويعمل الأب في وظيفة مهنية وترعى الأم بن واخته الأكبر طول الوقت. وتعيش الأسرة في منطقة بسدني تتميز بتنوع ثقافي كبير.

ولد بن قبل شهرين من اكتمال مدة الحمل الطبيعية. تتذكر أمه أنها كانت لديها مخاوف حول نموه منذ ولادته، حيث كانت تعتقد أنه لم يكن يتقدم بسرعة أخته الأكبر عندما كانت في سنه. ومع ذلك ففي عمر ٦ أشهر فقط تعرف المهنيون على تأخر في نمو بن الحركي، ولذلك أحيل إلى خدمة تدخل مبكر متخصصة هي العلاج الطبيعي. وظل ذلك هو شكل التدخل الذي كان يتلقاه بن إلى أن سُخِّصت حالته رسمياً الشلل الطرفي المزدوج Spastic Diplegia في عمر ١٩ شهراً. أحيل بن في ذلك الوقت إلى هيئة غير ربحية تعمل على مستوى الولاية تتخصص في الخدمات للأطفال ذوي الشلل الدماغي. والآن في عمر الرابعة ٤ يستخدم بن جهاز مشي Walker ومؤخراً خطى خطواته الأولى دون مساعدة. يتحدث بن بثبات، لكن عنده بعض الصعوبات في النطق. وهو طفل اجتماعي وأحد أشهر الأطفال في فصله فيما قبل المدرسة.

تطلب بن نتيجة لطبيعة إعاقته مدى كامل من الخدمات العلاجية، منها العلاج الطبيعي والعلاج المهني وأمراض النطق واللغة. شارك مربي طفولة مبكرة خاصة وأخصائيي نفسي أيضاً في برنامج التدخل المقدم لبن. وكانت الخدمات تقدم في المنزل والمركز. وكذلك استلزمت حاجته إلى تقويم العظام Orthoses زيارات منتظمة أيضاً إلى جراح عظام. إن الالتزام الذي يفرضه برنامج التدخل الخاص بين على أسرته من حيث الوقت كبير بالفعل. ومن أجل التغلب على ذلك تمت مراجعة برنامج التدخل الحالي وإعداد آخر جديد في اجتماعات خطة الخدمة الأسرية الفردية المخصصة لبن التي تعقد كل ٦ أشهر تقريباً. وقد كان والدا بن هما من وضع جدول هذه الاجتماعات، حيث أنهما كانا يحضران فيها جنباً إلى جنب مع أفراد كانوا يعملون باستمرار مع بن وأسرته. وقد اختارت والدة بن أن تترأس هذه الاجتماعات، لكنها تفضل أن يعمل مربي الطفولة المبكرة الخاصة كمنسق خدمات. ومنذ أن بدأ بن برنامج ما قبل المدرسة ومعلمه أيضاً يحضر هذه الاجتماعات.

إن البرنامج المجتمعي لما قبل المدرسة الذي يحضر بن ثلاثة أيام أسبوعياً قريبة من منزله، وأمه تأخذ صباحاً إليه وتذهب لتأتي به بعد الظهر، كما يفعل كل أولياء الأمور الآخرين. وهذا يسمح

لها بأن تكون على تواصل دائم مع معلم بن والمعلمين المعاونين بالفصل وأن تلتقي وتتحدث مع أولياء الأمور الآخرين. ومن بين الـ ٨٧ طفلاً الذين يحضرون في برنامج ما قبل المدرسة في الأسبوع ينتمي ٦٦٪ إلى خلفيات لغاتها الأساسية لغات أخرى غير الإنجليزية، ١٤٪ تم تشخيص حالتهم على أنهم ذوي احتياجات خاصة. وبتفاهق الأسرة وبرنامج ما قبل المدرسة يقوم معالجون من أحد الهيئات المهنية بزيارة المؤسسة مرة كل فصل دراسي على الأقل لتقديم الاستشارة. وفي الوقت الحاضر توضع خطط لاختيار المدرسة التي سيحضر بن فيها، وهذه المدرسة ستكون هي الأخرى برنامجاً دمجياً في الحي الذي يعيش فيه. وهذه الخدمات التي تتوفر للأسرة تكون مجانية عموماً.

تبرز حكاية بن وأسرته بعض النجاحات التي حققها التدخل في الطفولة المبكرة في أستراليا، وكذلك بعض التحديات المستمرة. كانت المشاركة في التدخل المبكر خبرة إيجابية جداً لبن وأسرته. فبعد بعض الصعوبات الأولية في العثور على من يستمع لمخاوفهم، وجد والدا بن طريقهم إلى النظام ووصلوا إلى الخدمات المطلوبة بالقرب من منزلهم. وقد نتجت السهولة التي وجدوها في تسجيل بن في البرنامج المجتمعي لما قبل المدرسة عن سياسة الدمج النشط التي تتبعها هذه المؤسسة. كما تربط المهنيين في برنامج بن لخدمات التدخل في الطفولة المبكرة علاقة مهنية مع برنامج ما قبل المدرسة من خلال الزبائن السابقين ومع مديرها من خلال لجان التشبيك. علاوة على أن كون بن عنده إعاقة مشخصة كان يعني وجود طريق إحالة واضح. وقدرة والدي بن على التعبير بوضوح وعلى الإبحار في مثل هذا النظام المعقد كانت أيضاً في مصلحته ومصالحته. فالموقف كان سيتغير إذا كانت أسرة بن لا تتحدث الإنجليزية أو تعيش في منطقة معزولة أو نائية. ففي أمثال المناطق الأخيرة قد يكون الوصول إلى الخدمات صعباً بسبب قوائم الانتظار الطويلة أو نقص التشبيك بين الخدمات المتخصصة والعامّة. وتكمن الصعوبة، مع ذلك، في ضمان أن يعمل النظام للجميع.

السياق القومي

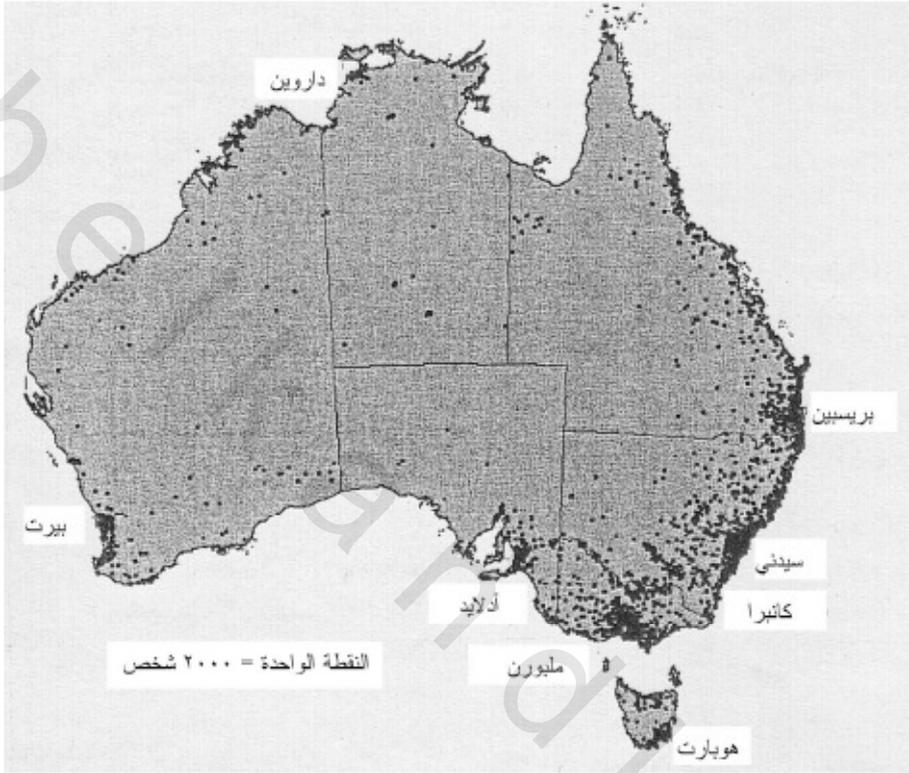
احتفلت أستراليا عام ٢٠٠١م بذكرى اتحادها المثوية عندما شكلت الولايات الست كومونولث أستراليا بعد أن كانت مستعمرات تابعة لبريطانيا العظمى. ظهرت أستراليا كاتحاد مستقل دون ثورة أو حرب أهلية، وإن كانت قد تجاهلت احتياجات وحقوق السكان الأصليين. وقد استغرق الاتحاد ١١ سنة ليتحقق بعد عقد اتفاقية

الوحدة الأساسية (كانت الفكرة تناقش منذ عام ١٨٤٢ م تقريباً). وقد كان من العوامل الأساسية وراء التأخر القوة النسبية للكومونولث وحكومات الولايات. ولا تزال حقوق ومسئوليات الولايات تشكل موضوعاً ثابتاً في السياسة الأسترالية.

ونتيجة للاتحاد أصبح بأستراليا ثلاث طبقات من الحكومة: الفيدرالية والولاية/الإقليمية والمحلية. تخول سلطات محددة للحكومة الفيدرالية من خلال الدستور، وترجع السلطات الباقية للولايات أو الأقاليم. ويقع توفير خدمات من نوع الصحة والتعليم رغم أنها تمول جزئياً على الأقل من الحكومة الفيدرالية، في الأساس تحت مسؤولية حكومات الولايات والأقاليم. ولذلك توجد اختلافات كبيرة نتيجة لاختلاف الاتساع الجغرافي والسكاني الذي يتعامل معه الإقليم أو الولاية. وكذلك يختلف دور الحكومة المحلية في تقديم هذه الخدمات، لكنها جميعاً تتدخل في خدمات الطفولة المبكرة ورعاية الطفولة.

الخصائص السكانية

أستراليا قارة جزيرية تبلغ مساحتها حوالي ٧,٧٢ مليون كيلومتر مربع، وهي مساحة أصغر قليلاً من مساحة الولايات المتحدة الأمريكية. وتتكون أستراليا من ست ولايات (كوينزلاند ونيو ساوث ويلز وفيكتوريا وتسمانيا وجنوب أستراليا وغرب أستراليا) وإقليمين (الإقليم الشمالي والإقليم الأسترالي الكبير). بلغ عدد السكان في عام ١٩٩٩ م حوالي ١٩ مليون نسمة (Australian Bureau of Statistics, 2001a). ويتركز معظم سكان أستراليا في منطقتين ساحليتين، واحدة في المنطقة الجنوبية الشرقية والشرقية للقارة، والأخرى في الجنوب الغربي. ويمكن فهم حقيقة ومضامين هذا الانتشار السكاني على نحو أفضل بالنظر إلى التوزيع السكاني المبين في الشكل رقم (١، ١٣). وكما يوضح الشكل فإن السكان يتركزون في المراكز الحضرية لدرجة أن ٨٤٪ من السكان يعيشون في ١٪ من مساحة البلاد (Australian Bureau of Statistics, 2001a).



الشكل رقم (١٣,١). توزيع السكان في أستراليا.

وهذا التوزيع السكاني له نتائج ومضامين على تقديم الخدمات لا بد من وضعها في الاعتبار. فبالنسبة لمن يعيشون في المدن الرئيسية تكون خدمات التدخل في الطفولة المبكرة أكثر سهولة في الوصول إليها. لكن يجب أن نقول أيضاً أن الانتشار الحضري كان من شأنه أن يؤدي إلى أوقات سفر طويلة للحصول على التدخل، سواء كانت الأسرة هي التي ستسافر أو المهني. أما بالنسبة لمن يعيشون في المناطق الريفية النائية فإن ما أسماه المؤرخ الأسترالي جيفري بليني Geoffrey Blainey "استبداد المسافة"

يصبح مؤثراً. فأقرب الخدمات يمكن أن يكون على بعد مئات الكيلوات. ولذلك فإن تنفيذ برامج التدخل المعدة بالتشاور مع موظفي تدخل الطفولة المبكرة المتخصصين يصبح في الأساس مسئولية الأسرة و/أو المهنيين المحليين الذين يعملون في الخدمات العامة، هذا إذا توفر وأصلاً. ومع تيسر التقنية تحاول الخدمات أن تستفيد من نماذج التعليم عن بعد والبرامج القائمة على الإنترنت والمؤتمرات عن بعد Teleconferencing كوسائل أرخص لتقديم الخدمات.

وكما هو الحال في كثير من الدول الأخرى تتغير طبيعة وتركيبية الأسر في أستراليا. من ذلك مثلاً أن نسبة الأسر الأسترالية التي تتكون من زوجين وأطفال تراجعت من ٦٠٪ إلى ٥٠٪ منذ عام ١٩٨٠م (Press & Hayes, 2000). فقد زاد عدد الأسر التي يوجد بها أحد الوالدين دون الآخر (٢١,٥٪ في عام ١٩٩٨م) وكذلك الأسر التي تتكون من الزوجين فقط. فالأستراليون يؤخرون إنجاب الأطفال ويعيشون حياة أطول.

ومن الأمور المهمة أيضاً حقيقة أن حوالي ٧٠٪ من النساء الأستراليات كن يعملن بأحد أنواع العمل بأجر في عام ١٩٩٧م، ٤٩٪ من النساء اللاتي لديهن أطفال تحت عمر الرابعة كن يعملن أيضاً. وإلى جانب ذلك يبدو أن النساء يحتفظن بالمسئولية الأساسية عن العمل المنزلي (Bittman & Pixley, 1997). وأخيراً يجب أن نلاحظ أيضاً أنه في عام ١٩٩٨م قُدر أن ٣٪ من الأطفال من الولادة إلى عمر الرابعة كانت عندهم إعاقات (Australian Bureau of Statistics, 2001b). ولذلك يعتبر تقديم خدمات طفولة مبكرة ملائمة في هذا السياق أولوية أولى.

الشعب والثقافة

يتجلى التنوع الثقافي بأستراليا في أوضح صورته في أنه في عام ٢٠٠٠م بلغ إجمالي السكان الذين ولدوا فيما وراء البحار ٤,٥ مليون شخص أو ٢٤٪ من السكان

(Australian Bureau of Statistics, 2001d)، فضلاً عن ٣,٨ مليون شخص ولد أحد والديه على الأقل في الخارج. كما يوجد بأستراليا حوالي ٢٨٠ لغة رئيسية، منها ١٧٠ من لغات السكان الأصليين وسكان جزر بوغاز توريز (Press & Hayes, 2000). وكذلك يوجد تنوع كبير في الأديان.

وقد قُدِّر عدد السكان الأصليين (السكان الأصليون وسكان جزر بوغاز توريز) في عام ١٩٩٦م بحوالي ٣٨٦٠٠٠ شخص أو ٢,١٪ من إجمالي السكان، وكان متوسط أعمارهم ٢٠,١ سنة، أي أقل بحوالي ١٤ سنة من إجمالي السكان (Australian Bureau of Statistics, 2001c). وحالياً يبلغ متوسط العمر المتوقع للسكان الأصليين ٥٧ سنة للذكور و٦٢ سنة للإناث، وهو أقل بحوالي ٢٠ سنة من بقية السكان (Australian Bureau of Statistics, 2001c). وتظل الصحة والتعليم والعمل تشكل قضايا رئيسية. فكما توضح هذه الأرقام فإن التحدي أمام أولئك الذين يعملون في مجال تقديم تدخل الطفولة المبكرة هو ضمان أن تكون الخدمات ملائمة لغوياً وحساسة ثقافياً.

نظم الخدمات التعليمية

إن التعليم العمومي متوفر لكل الأطفال في عمر المدرسة الإلزامية. ورغم بعض الاختلافات عبر الدولة ككل، يغطي التعليم المدرسي الإلزامي ٧ سنوات بالمدرسة الابتدائية (بما في ذلك رياض الأطفال) و٦ سنوات بالمدرسة الثانوية. ويبدأ الأطفال المدرسة في عمر الخامسة تقريباً (أو السادسة في بعض الولايات) ويستطيعون أن يتركوا المدرسة في حوالي عمر الخامسة عشر.

وبالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات يتوفر عدد من الخيارات المدرسية: الدمج في الفصول النظامية (أي التعليم العام) والوحدات الخاصة ضمن المدارس النظامية والمدارس الخاصة. ورغم أن الدمج ليس إلزامي، فإنه يشكل الاتجاه العام متى كان

ممكناً. لكن ليس ثمة ضمان لدخول المدرسة التي يختارها أولياء الأمور، وذلك يمثل مصدر نزاع في حالات كثيرة، ويصل إلى المقاضاة في بعض الحالات.

يقوم عدد من الجهات بتقديم التعليم المدرسي، حيث تشكل المدارس التابعة لحكومات الولايات/الأقاليم ٧٠٪ من القيد، ومدارس النظام الكاثوليكي ٢٠٪، والمدارس غير الحكومية ١٠٪ (Press & Hayes, 2000). والمدارس غير الحكومية يمكن أن تكون دينية أو غير طائفية، وهي تشمل مدارس غير محدودة الموارد وذات مصروفات عالية، وكذلك مدارس مجتمعية صغيرة تلبى الاحتياجات المحددة للأسر ذات الخلفيات أو الفلسفات العرقية أو الثقافية المختلفة.

يأتي تمويل التعليم من كل مستويات الحكومة ومن المصادر الخيرية والدينية وغيرها. أما تكلفة التعليم العالي تحديداً فيتحملها بالدرجة الأولى الكومنولث وحكومات الولايات، فضلاً عن أن الطلاب يدفعون جزءاً من التكلفة من خلال نظم مصروفات مختلفة. وثمة اتجاه متنامي إلى جعل الأماكن في الجامعات متاحة للطلاب الأستراليين المستعدين لدفع مصروفات كاملة. وفي السابق كانت هذه الأماكن متاحة فقط للطلاب الدوليين.

ورغم أن الدستور يضع المسؤولية عن تعليم الأطفال على عاتق الولايات، يستطيع الكومنولث أن يمارس تأثيراً على مجالات مثل المنهج ومستويات القراءة والكتابة ومعدلات البقاء في الصف للإعادة، وذلك من خلال التمويل الموجه. ولا يزال هذا التمويل والحصة النسبية من المال الذي يعطى لنظم المدارس العامة وغير الحكومية قضية سياسية. وتتحمل تكلفة تربية الطفولة المبكرة مستويات الحكومة الثلاثة وأولياء الأمور من خلال المصروفات وجمع التبرعات وكذلك المنظمات الخيرية. ولا يختلف عن ذلك كثيراً واقع تمويل خدمات التدخل في الطفولة المبكرة. وهكذا يتضح أن ترتيبات التمويل عبر النظام التعليمي معقدة ومتغيرة.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

في سبعينيات القرن العشرين بدأ الوعي والاتجاهات المجتمعية نحو الأفراد ذوي الإعاقات تتغير. فبدأت الممارسات السابقة القائمة على وضع الأطفال الصغار ذوي الإعاقات في مؤسسات منعزلة تتراجع ، وبدأت الاحتياجات النمائية لهؤلاء الأطفال تبرز إلى السطح (McAlpine & Johnston, 1993). وفي ذلك لاحظ لينفوت (Linfoot, 1992) أنه في منتصف السبعينيات شهدت ولايتا فيكتوريا ونيو ساوث ويلز بداية توسع سريع في خدمات تدخل الطفولة المبكرة. ومن خلال مقارنة الخدمات المقدمة لأطفال نيو ساوث ويلز ذوي الإعاقات المولودين في العقد الثامن (١٩٧٠-١٩٨٠م) بالمولودين في العقد التاسع (١٩٨١-١٩٨٨م) من القرن العشرين ، وجد فورمان (Foreman, 1992) أن التوصيات بالاستفادة من خدمات التدخل المبكر تضاغت. وبفضل الزيادة في ممارسات الدفاع من جانب أولياء الأمور (اعتبرها Turnbull & Turnbull, 1990 ظاهرة عامة) ، تعمق التأثير على كل من قبول أهمية تدخل الطفولة المبكر والنموذج ذاته. وفي عام ٢٠٠٣م كانت الخدمات في أستراليا قد تطورت إلى نموذج متمركز حول الأسرة. ويلاحظ أيضاً حدوث تحرك في أستراليا نحو استخدام اسم "التدخل في الطفولة المبكرة" early childhood intervention للمجال ، وذلك لتعزيز فهم المجتمع المحلي لأهدافه ولتمييز المجال عن أشكال التدخل المبكر الأخرى (مثل سوء استخدام العقاقير والكحول أو المرض العقلي). وكان من بين من دافعوا عن هذا الاسم الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة ECIA ، وهو الآن يحظى بالقبول في كافة أنحاء البلاد.

نظام خدمات التدخل في الطفولة المبكرة

عند محاولة وصف نظام التدخل في الطفولة المبكرة في أستراليا تبرز اختلافات بين الولايات والأقاليم في تعريف المجموعة المستحقة للخدمات. ولذلك فإن التعريف الذي تتبناه الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة يتسم بالعمومية عندما يقرر أن

تدخل الطفولة المبكرة "يقدم الدعم لأطفال السنة الأولى من العمر والأطفال الصغار الذين لديهم تأخر نمائي أو إعاقات وأسرههم وجماعاتهم المحلية بغرض تعزيز نمو الطفل ودرجه" (Early Childhood Intervention Australia, 2000). ورغم أن هذا التعريف يكفي لغرضه المتمثل في رفع الوعي وتوفير قاعدة للضغط على المستوى الفيدرالي، فإن ثمة حاجة إلى تعريف محدد أكثر في مستوى توصيل الخدمة. ومن ذلك على سبيل المثال أن حكومة نيو ساوث ويلز تصرح بأن المجموعة المستهدفة هي:

الأسر ذات الأطفال من الولادة إلى سن دخول النظام المدرسي الذين:

لديهم بالفعل تأخر نمائي أو إعاقة، أو يحتاجون خدمات متخصصة قد لا تتحقق بدونها المعالم الرئيسية على طريق النمو أو قد ينتج عن غيابها إعاقة (Office on Disability, 1995, p. 4).

ولذلك يمتد تقديم خدمات الطفولة المبكرة من الولادة إلى ما قبل المدرسة وينتهي عموماً عندما يدخل الطفل النظام المدرسي.

ويتميز التدخل في الطفولة المبكرة في أستراليا بأنه نظام خدمات وليس مجموعة من الخدمات المنفصلة لكل منها جدول ومناهج. ويتسم النظام بالبساطة في تسمانيا، حيث تكون وزارة حكومية واحدة مسؤولة عن الخدمات، وحيث يكون السكان قليلين نسبياً، وإن كانوا متفرقين. وفي ولايات مثل نيو ساوث ويلز التي تتوزع فيها المسؤولية بين أربعة هيئات حكومية ويقدم التدخل عبر أكثر من ٥٠٠ مؤسسة يصبح وصف النظام أكثر صعوبة. وعلى أية حال يمكن القول بأن النظام في كل الولايات والأقاليم يشتمل بنسب ودرجات أهمية متفاوتة خدمات تدخل تديرها أجهزة حكومية أو منظمات غير حكومية وخدمات تربية طفولة مبكرة عامة وخدمات صحية عامة.

وتتخذ الخدمات المقدمة أشكالاً مختلفة:

● الخدمات القائمة على المنزل: في المقام الأول للأسر ذات الأطفال من

الولادة إلى الثالثة.

- الخدمات القائمة على المركز: تتضمن الوصول إلى العلاج وما قبل المدرسة ومساعدتي الدمج.
 - الخدمات المتنقلة: عندما يتطلب الموقع أو الحاجة جلسات شخصية عرضية فقط وعندما يمكن تطبيق نموذج الاستشارة.
 - الخدمات الاستشارية: عندما تقدم مساعدة عرضية للمهنيين في الخدمات العامة أو لخدمة متخصصة أخرى حول إعاقة محددة.
- ويتحدد مزيج الخدمات التي تتلقاها الأسر وفقاً لاحتياجاتها عند أية نقطة زمنية ووفقاً لتوفر الخدمات.
- أدوار الأسر

إن الممارسة المفضلة في أستراليا هي تبني نموذج متمركز حول الأسرة. يقع هذا النموذج في صميم ميثاق آداب المهنة Code of Ethics الذي أعدته الشبكة الأسترالية لتدخل الطفولة المبكرة في عام ٢٠٠٠م لمهنيي تدخل الطفولة المبكرة، والذي يشكل الأساس لمعظم السياسات الحكومية المرتبطة بالمجال (Treloar, 1997). وعندما يطبق هذا النموذج بالكامل فإنه يمكن الأسر من أن تحدد البرنامج الذي ينفذ ودرجة مشاركتها فيه، وكذلك يمكنها من التأثير على إدارة الخدمات ذاتها من خلال وجودها في المجالس واللجان الإدارية. ورغم أن كلا من أولياء الأمور والمهنيين يعبرون عن رضاهم ودعمهم لهذا النموذج، فإنهم يعترفون أيضاً بالحاجة إلى إجراء تحسينات في تنفيذه (Beamish & Bryer, 1999; Dempsey & Carruthers, 1997).

المؤثرات النظرية

أستراليا لها تاريخ طويل في تقديم الخدمات للأسر ذات الأطفال الصغار من خلال عيادات "الطفل المعافى" Well baby clinics. ورغم الاختلاف في طبيعة ومدى هذه الخدمات عبر الولايات والأقاليم، ثمة عدد من الوظائف المشتركة مثل تقديم

الدعم للأهيات الجديدة ومتابعة نمو الأطفال وإحالة الأسر إلى خدمات الدعم الإضافي في حال الضرورة. ويمكن النظر ببساطة إلى تطور خدمات تدخل الطفولة المبكرة المتخصصة باعتبارها توسيع لهذه الممارسة.

وقد تأثرت هذه الخدمات المتخصصة كثيراً بالمدخل التي تم بحثها وتبنيها وتقييمها في الولايات المتحدة الأمريكية. ويرجع ذلك إلى ثلاثة أسباب رئيسة. أولاً أن غالبية أدييات التدخل المبكر تأتي من الولايات المتحدة ويسهل الوصول إليها. ثانياً دأبت الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة (بفروعها في الولايات والأقاليم، وفيما بعد اتحادها القومي) منذ ١٩٨٣ م على استضافة باحثين أمريكيين في مؤتمراتها كمتحدثين أساسيين. وبذلك تجسدت فرصة العمل مع خبراء دوليين في المجال وساعدت في التأثير على الاتجاه الذي اتخذه تدخل الطفولة المبكرة في أستراليا. وبهذه الطريقة أثرت شبكة أولياء الأمور والمهنيين الرسمية بالإيجاب على الممارسات المنتشرة. ثالثاً كان للبحوث الأمريكية تأثيراً كبيراً بسبب التشابهات المدركة بين المجتمعين الأسترالي والأمريكي. لكن التشابه بينهما يحتاج إلى تدقيق. وفي ذلك ذهب أشمان (Ashman, 1990) وبيميش وبرير (Beamish and Bryer, 1999) إلى أن صدق البيانات الأمريكية يجب أن يختبر في السياق الأسترالي. ومن هنا تظهر الحاجة إلى جهود بحثية منسقة تخص الاحتياجات الأسترالية، وهو أمر لا يزال نفتقر إليه في أستراليا إلى الآن.

المؤثرات السياسية

لقد سبق أن تعرضنا بإيجاز لنظام أستراليا السياسي وناقشنا تأثيره على توصيل الخدمات التعليمية. لكننا يجب أن ننبه، مع ذلك، إلى أن الدعم يقدم من كل مستويات الحكومة لتدخل الطفولة المبكرة. وتكمن الصعوبات التي يواجهها النظام في افتقاره إلى قاعدة قانونية، وهو ما أدى بدوره إلى خضوع التمويل والسياسات للإرادة السياسية للحكومة الموجودة في السلطة على المستويات الثلاثة. ويزداد الأمر تعقيداً إذا وضعنا في

الاعتبار عدد الهيئات الحكومية التي يمكن أن تشارك في المجال. ففي عام ٢٠٠٣م كانت تشترك أربع هيئات بالكومنولث في المسؤولية عن تدخل الطفولة المبكرة. وعلى مستوى الإقليم والولاية يختلف العدد، لكنه يكون في حدود أربع هيئات. ويعتبر النظام من هذا الجانب معقداً ومشوشاً ومجزأ. ولذلك تصبح معرفة مصادر التمويل المتاحة والتقدم لها والمحاسبية أمامها قضية أساسية بالنسبة لمقدمي الخدمات. وذلك بدوره يسهم كثيراً في تقليل الوقت المتاح لتوصيل الخدمات. ولا يزال ترشيد التمويل والإجراءات المرتبطة به يشكل أحد القضايا التي تحظى بنقاش وافر.

المؤثرات الثقافية

تفرض الطبيعة متعددة الثقافات للمجتمع الأسترالي مطالب إضافية على خدمات تدخل الطفولة المبكرة. وثمة قلق أساسي يتعلق بقدرة الأشخاص الذين يتحدثون لغة أساسية غير الإنجليزية على الإبحار في هذا النظام. وقد جاء استخدام لغات الجماعات المحلية في المواد المتعلقة بصحة ونمو الطفل كأحد المداخل المستخدمة للتصدي لهذا القلق. كما تعمل المؤسسات أيضاً لضمان أن تكون ممارساتها حساسة ثقافياً من خلال تدريب الموظفين أثناء الخدمة، والتشاور المستمر مع ممثلي المجتمع المحلي، واستخدام ضباط اتصال مجتمعيين من الجماعات العرقية المستفيدة. كما يستخدم مترجمين عندما يكون ذلك ملائماً وممكناً. وقلة التمويل تعتبر من العوائق الرئيسة لمراعاة اللغات والاحتياجات الأخرى عند تقديم الخدمات.

ومن الأمور الأخرى المثيرة للقلق انخفاض مستوى مشاركة الأسر التي تنتمي إلى السكان الأصليين في تدخل الطفولة المبكرة، حيث يحول ضعف ارتباط الخدمات بالجماعات الأصلية وقبولها من جانبها دون مشاركتها فيها. ومداخل التدخل تكون ناجحة عندما تعمل في إطار الأبنية المجتمعية القائمة لتلبية الاحتياجات الفردية للأطفال والأسر (Reedman, 2000). وفي هذا المجال تحديداً تبرز الحاجة إلى بحوث في السياق الأسترالي، لأنه في هذا المجال أخفق النظام في أن يكون متمركزاً حول الأسرة حقاً.

تنسيق الخدمات

إن غياب القاعدة القانونية لتقديم خدمات التدخل في الطفولة المبكرة يقتضي ضمناً أن يحدث تقديم وتنسيق الخدمات من داخل النظام نفسه. وذلك يحدث من خلال وجود كل من الشبكات الرسمية وغير الرسمية التي تعمل على المستويات القومية والإقليمية/الولايات والمحلية.

تمثل تلك الشبكة على المستوى القومي في الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة، وهي أعلى هيئة تضم أولياء الأمور والمهنيين والمعنيين بالمجال. وتلك الشبكة كمجموعة قومية لا تزال حديثة نسبياً، حيث تأسست رسمياً عام ١٩٩٥م. أنشئت الأفرع الأولى بالولايات في الثمانينيات، وكانت تربط بينها روابط غير رسمية، وكانت بذلك تمثل تجمعا قومياً مرناً وفضفاضاً. وجاء التنظيم القومي ليركز على ثلاث وظائف رئيسية:

١- تطوير سياسات للمجال (مثل: Code of Ethics, Early Childhood Intervention Australia, 2000).

٢- إيجاد صوت قومي لممارسة الضغط.

٣- نشر البحوث والمعرفة المتعلقة بالممارسة من خلال المؤتمرات والمطبوعات. ورغم أن هناك أشياء أخرى يجب أن تنجز، يبدو أن الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة تحقق أهدافها بتوفير مكان يجمع كل من أولياء الأمور والمهنيين في محاولاتهم لضمان تقديم خدمات جيدة للتدخل في الطفولة المبكرة. وكانت الفائدة الأساسية هي توفير فرصة للأعضاء لكي يلتقوا ويتحدثوا مع أشخاص آخرين واجهوا تحديات مماثلة ولكي يتبادلوا الحلول الممكنة. ولا شك في أن قيمة مثل هذا التشبيك غير الرسمي لا تقدر.

أثبتت الشبكات أيضاً أنها مفيدة على مستوى الإقليم والولاية، خاصة فيما يتعلق بالجوانب العملية لتوصيل وتنسيق الخدمات في مناطق الجماعات المحلية. وتتحدد

طريقة عمل الشبكات بالعوامل والظروف المحلية. فيما يلي سنركز على الاستخدام الرسمي للشبكات في نيو ساوث ويلز لأنه يقدم مثلاً لمحاولة التعامل مع نظام خدمة معقد ومتنوع ولأن مؤلف الفصل الحالي شارك فيه بقوة.

تطور برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكرة

في عام ١٩٩١م أطلقت حكومة ولاية نيو ساوث ويلز ما سمي حينذاك مشروع تنسيق التدخل المبكر Early Intervention Coordination Project كمشروع استطلاعي في ثلاث مناطق (اثنان في سدني الحضرية والثالثة في منطقة ريفية). كان الهدف من المشروع يتمثل في إيجاد طرق لتحسين تنسيق التدخل في الطفولة المبكرة. وكانت الأهداف الأصلية تتمثل في:

تحديد وتقييم أنماط توصيل وتخطيط خدمات التدخل المبكر وتطوير إستراتيجيات لتحسين تخطيط وتوصيل هذه الخدمات إلى الأسر المحتاجة إليها، خاصة من خلال تنسيق تخطيط وتوصيل الخدمات عبر الهيئات (Office on Disability, 1995, p. 1).

نشأ المشروع عن وعي بالمشكلات التي تواجه الأسر في الوصول إلى الخدمات. كما كان التوزيع غير المتساوي للخدمات عبر المناطق وقوائم الانتظار الطويلة مشكلات أساسية في النظام الحالي. وقد تمثل الهدف الرئيس من المشروع في أن يلبور استجابة ثابتة أو واحدة للأسر التي لها عدد من الاحتياجات الخاصة. وقد كان هناك إدراك بأن إنجاز ذلك يتطلب تكون المشاركة المستمرة من جانب عدد من الهيئات الحكومية والمنظمات غير الحكومية. ولكي الاستجابة للأسر المحتاجة ثابتة أو واحدة عبر الولاية عملت لجنة مركزية (تكونت من ممثلين من الهيئات الحكومية ذات الصلة وفرع نيو ساوث ويلز من الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة ممثلاً للمنظمات غير الحكومية) على وضع أهداف مشتركة ونظم للمحاسبية. وقد عملت هذه اللجنة أيضاً على مراجعة الفلسفة

العامة التي تقف وراء توصيل الخدمات في الولاية، ووضع تعريفات مشتركة وسياسة مشتركة، والتوصل إلى فهم واضح للمسئوليات المختلفة للهيئات المشاركة، وتفعيل إطار لوضع اتفاقات (Office on Disability, 1995). ولعل أهم ما في ذلك كان الاعتراف بأن فهم النظام يتطلب وضع المستوى المحلي الذي تعايش الأسر فيه خبراتها الأولية والمستمرة مع التدخل المبكر في الاعتبار. وكان تقييم السياسات والإستراتيجيات والتوجهات في المناطق الاستطلاعية جزءاً أساسياً من العملية، وكذلك ما تلى ذلك من مشاور مستمر بين المستويات المحلية والمركزية (Office on Disability, 1995).

وضعت المبادئ الأساسية الموجهة للمشروع حينذاك، وجاءت على النحو التالي:

- الشراكات الفعالة بين الهيئات والمنظمات غير الحكومية.
- نموذج متمركز حول الأسرة للتدخل المبكر.
- تحسين تنسيق الخدمات المتاحة بالفعل للأسر.
- تخطيط وتقديم الخدمات بطريقة فعالة من حيث التكلفة (Office on Disability, 1995).

وقد سعى المشروع منذ البداية لأن يضع في الاعتبار القضايا الإجرائية، وكذلك الإطار الفلسفي الذي تعمل فيه.

أجريت عمليات تقييم خارجية للمشروع في عامي ١٩٩٤م و١٩٩٧م، وجاءت نتائجها إيجابياً بوجه عام. وقد اتضح أن هذا النموذج ينجح في استخدام طرق إبداعية في وقت يتسم بمحدودية الموارد. ووضعت توصيات في البداية لتوسيع المشروع الاستطلاعي عبر الولاية، وزادت توصيات تقييم ١٩٩٧م على ذلك تبني المشروع كبرنامج حكومي مستمر. وقد قبلت هذه التوصيات، حيث تم توسيع المشروع الذي أصبح يعرف باسم برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكر (ECICP) Early Childhood Intervention Coordination Program عبر الولاية، وتمت المصادقة في ٢٠٠١م على إعادة تطبيقه لمدة ثلاث سنوات أخرى.

برنامج التدخل في الطفولة المبكرة عملياً

أدارت البرنامج هيئة رئيصة تتكون من هيئات تابعة للولاية عملت للبرنامج بمثابة منسق التدخل في الطفولة المبكرة. وكما جاء في دليل الإجراءات الذي أصدره برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكرة (Ageing and Disability Department, 1999)، يتكون البرنامج من أربعة طبقات من اللجان. تتألف اللجنة الإدارية من موظفين كبار من كل من الهيئات الحكومية ذات الصلة وموظفين من هيئات الكومنولث لتقديم التمويل الأساسي لخدمات التدخل في الطفولة المبكرة وممثلاً للمنظمات غير حكومية من فرع نيو ساوث ويلز للشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة. وهذه اللجنة مسؤولة في الأساس عن متابعة تنفيذ السياسات على مستوى الولاية والتعامل مع القضايا المهمة على مستوى الولاية. تجتمع هذه اللجنة أربع مرات سنوياً وتقدم تغذية مرتدة إلى اللجان التي تقع تحتها على الترابية التنظيمية. وتتألف لجنة الولاية من ممثلين من لجان كل منطقة وممثلين للجنة الإدارية ومنسق التدخل في الطفولة المبكرة. تجتمع هذه اللجنة كل ثلاثة أشهر بهدف نقل وتبادل المعلومات. أما لجان المناطق التي يوجد منها ١٦ لجنة فتتكون من ممثلين للأجهزة الحكومية والمنظمات غير الحكومية ولجان التشبيك المحلية المشاركة. والأسر أيضاً ممثلة في لجان المناطق. وتمثل الوظائف الرئيصة للجان المناطق في تعهد الممارسة المثلى في التدخل المتمركز على الأسرة وتعريف ومراقبة الحدود وتركيب الشبكات المحلية وتنسيق أنشطة التدريب والتنمية التي تدعم أهداف البرنامج. يتوفر بعض التمويل للجان المناطق لمساعدتها في تحقيق هذه الأهداف. وتتكون لجان الشبكات المحلية من ممثلين لمقدمي الخدمة الفرديين والأجهزة الحكومية والمنظمات غير الحكومية والأسر. وهذه اللجان مسؤولة عن وضع إستراتيجيات لدعم تنسيق الخدمات في كل منطقة محلية. في عام ٢٠٠٢م كان يوجد ٧٣ من هذه اللجان. لقد صمم التدرج الهرمي للجان بحيث يضمن الاتساق والعدالة في تقديم الخدمات على مستوى الولاية، فضلاً عن ضمان أن تؤخذ الظروف المحلية في الحسبان.

ولذلك فعلى الرغم من أن الهدف هو أن يقدم لكل الأسر برنامج تدخل للطفولة المبكرة متمركز حول الأسرة، فإن طريقة تحقيق ذلك لأسرة تعيش في منطقة ريفية بعيدة ذات خدمات محدودة ستختلف كثيراً عن طريقة تحقيقه لأسرة تعيش في منطقة حضرية. والقصد من التعامل مع الموقف على المستوى المحلي هو أن تأتي المخرجات متوافقة مع ظروف كل أسرة.

وعلى ذلك فإن لجان المناطق واللجان المحلية يجب أن تتبنى سياسات تشجع عمليات مثل استخدام إجراءات إدخال مشتركة وتبادل المصادر والموظفين وتبادل المعلومات والاستشارات. والأهداف من ذلك هي تسهيل تبني وتطوير الممارسات المثلى في الخدمة الفردية ومستويات النظام وضمان تلبية احتياجات الأسر الفردية قدر الإمكان. وفي كل الحالات يتم تطبيق مبادئ التدخل المتمركز حول الأسرة. وتوضع تعليمات وسياسات واضحة حول السرية ومشاركة الأسرة في كل مراحل تطوير برنامجها.

يشجع هذا النموذج أيضاً الاستفادة من الشبكات غير الرسمية. وتسمح عضوية اللجان على كل المستويات بتعزيز العلاقات المهنية بين أولئك الذين يحضرون الاجتماعات. وتتوفر فرص لمناقشة الأمور التي تشغل الحاضرين وطلب النصيحة أو الحلول الممكنة. وذلك يسهل عمليات الإحالة. وكذلك يصبح التفاوض حول المسؤولية المشتركة أو المشاركة في برنامج الطفل أسهل في حال قيام علاقات مهنية بين المتخصصين.

وعلى ذلك فإن الفوائد الممكنة من مثل هذا التشبيك كبيرة جداً. لكن النظام ليس خلوًا من الصعوبات، وهذه الصعوبات لا بد أن توضع في الاعتبار. يأتي على رأس هذه الصعوبات الوقت اللازم لمثل هذا التشبيك. إن حضور الاجتماعات بغض النظر عن فائدته يأخذ من وقت المستفيدين. ولذلك لا بد أن توضع جداول أعمال واضحة وأطر زمنية محددة وأن توضح المكاسب الفورية التي ستعود على الحاضرين.

يعتمد نجاح هذا النوع من التشبيك بدرجة كبيرة أيضاً على التزام المشاركين وحماسهم. وإذا غاب الالتزام على مستوى الفردي أو مستوى النظام ستفشل الشبكات يقيناً. وتلك إحدى الشكاوى المتكررة إلى اللجنة الإدارية من لجان المناطق واللجان المحلية. وتؤدي التغييرات المستمرة في عضوية اللجان إلى الحيلولة دون سلاسة وفعالية العمل، تماماً كما يحدث نتيجة لاختلاف مستويات المشاركة والالتزام من جانب المشاركين. وقد اتضح ذلك جلياً في مشاركة أعضاء الهيئات الحكومية، حيث أنهم قد لا يشتركون مباشرة في توصيل الخدمة وينظرون إلى المشاركة في برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكرة باعتبارها أمر عرضي وهامشي بالنسبة لمسئولياتهم الرئيسية. وعلى ذلك فإذا أريد لأمثال هذه الشبكات أن تنجح فلا بد أن تكون المشاركة فيها جزءاً من وظيفة الفرد وعاملاً في تقييم أدائه.

وقد يعتمد النجاح طويل المدى للجان المناطق واللجان المحلية أيضاً على مدى قدرة النظام على تجديد الموظفين وتقديم مسار مهني. وكذلك يمثل عدم الأمان من حيث التمويل عائقاً حقيقياً، ولذلك يجب أن يعالج النظام.

كفاءة الشبكات

تتضح فوائدها هذا النموذج على أفضل نحو من خلال إنجازاته. ومنذ أن بدأ المشروع تمثلت هذه الإنجازات في:

- وضع معايير نموذجية للممارسة.
- إنتاج حزمة تدريبية بعنوان "شركاء" حول الممارسات المثلى في التدخل المتمركز حول الأسرة في الطفولة المبكرة، وقد وزعت على المستويين القومي والدولي.
- تنفيذ برنامج تدريبي على مستوى الولاية باستخدام الحزمة التدريبية "شركاء" شارك فيه أولياء الأمور والمهنيين لتحسين التعاون وزيادة جودة توصيل الخدمات.

● توفير خط معلومات Infoline خاص بالتدخل في الطفولة المبكرة (بديره فرع نيو ساوث ويلز من الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة) وهو عبارة عن خدمة هاتفية للمهتمين بأماكن الخدمات عبر الولاية.

● إنتاج دليل الإجراءات الذي يساعد اللجان في عملها في برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكرة.

تلك هي المنتجات الملموسة التي انبثقت عن المشروع حتى عام ٢٠٠٣م. ولعل الفوائد الأهم، وإن كانت غير كمية، هي تلك التي تحققت للأسر من خلال التحسن في توصيل الخدمة. أما القضايا التي تزال تبحث عن حلول فتتضمن تبني معايير استحقاق مشتركة ومتطلبات التمويل ودورات التمويل وإعلان الإجراءات عبر هيئات تمويل حكومية مختلفة، والتعامل مع عدم المساواة في تقديم الخدمة عبر المناطق.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

يمثل التشبيك مدخل إلى التنسيق من شأنه أن يحقق مستوى عالي من الخدمة بطريقة فعالة من حيث الوقت والتكلفة. وإذا أريد للشبكات أن تنجح فلا يجب أن تفرض على النظام، وإنما أن تكون إطاراً له. وتنشأ الصعوبات التي لا يزال برنامج التنسيق يواجهها عن تعامل البرنامج مع متطلبات تمويل كثيرة وإجراءات محاسبية مختلفة وأشكال لا مساواة في توزيع الخدمات عبر الولاية. ومن شأن ربط اعتماد الخدمة والمحاسبية بالشبكات أن يضمن أن تكون الشبكات فعالة دائماً، وأن يجعلها أيضاً أكثر قدرة على زيادة جودة خدمات التدخل في الطفولة المبكرة. فالشبكات تحتاج إلى ما هو أكثر من الحماسة والنية الحسنة لكي تستمر وتنجح.

خاتمة

ينجح التدخل في الطفولة المبكرة بأستراليا في المقام الأول بفضل التزام وتفاني وحماسة الأسر والمهنيين المشاركين. لكن المهنيين، مع ذلك، يتحملون في الغالب أعباء زائدة من حيث عدد الحالات ويعملون بوظائف غير آمنة ولا يتوفر لهم مسار مهني

واضح. ويمكن للأسر أن تواجه صعوبات في الوصول والإبحار في نظام تتفاوت خياراته كثيراً داخل وبين الولايات والأقاليم.

ومن المشكوك فيه، على أية حال، أن يؤدي إيجاد قاعدة قانونية لتقديم خدمات التدخل في الطفولة المبكرة إلى حل كل هذه الصعوبات. وإنما المطلوب هو الاعتراف والالتزام بكفاءة التدخل في الطفولة المبكرة على كل مستويات الحكومة. ومع أن التمويل الإضافي والكافي أساسي من أجل تطوير جودة الخدمات أكثر، فإن ذلك لن يكون كافياً. وترجع المشكلات التي يواجهها النظام بالدرجة الأولى إلى تعقيده وتجزئته. وربما كانت المقولة "كثرة الطباق تفسد المرق" تصف جيداً النظام الحالي في أستراليا. فكثرة الخدمات ومصادر التمويل التي تميز تقديم الخدمة قد توفر الاختيار وتنوع المداخل، لكنها يمكن أن تتسبب أيضاً في التشوش للأسر والمهنيين والحكومات.

تقول الأسر دائماً أن أهم الأمور بالنسبة لها هي المعلومات والوصول إلى الخدمات وتنسيقها. والشبكات سواء الرسمية أو غير الرسمية تقدم وسيلة فعالة لضمان أن تلبى هذه الاحتياجات. ومن المؤكد أن هذه الشبكات ستفيد أيضاً في تبسيط النظام وليس تعقيده. وذلك يوفر الوقت والجهد للمهنيين للعمل مع الأطفال وأسره بدلاً من أن تضاف إليهم طبقات أخرى من الواجبات الإدارية. والشبكات تعمل على أحسن ما يكون على المستويات المحلية، وهي لا تستخدم المصادر المحلية فحسب، وإنما أيضاً تعتبر جزءاً منها.

المراجع

References

- Ageing and Disability Department. (1999). *Early Childhood Intervention Coordination Program: Procedures manual*. Sydney, Australia: Author.
- Ashman, A.F. (1990). Setting a research agenda for the study of intellectual disability in Australia. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 16, 169-172.

- Australian Bureau of Statistics. (2001a). *Australia now—A statistical profile—Population: Population distribution*. Retrieved October 2001 from <http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs%40.nsf/94713ad445ff1425ca25682000192af2/fe3fa39a5bf5aa5aca256b350010b3fd!OpenDocument>
- Australian Bureau of Statistics. (2001b). *Australian statistics—Main features: 4120.0 Disability and handicap, Australia*. Retrieved October 2001 from <http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs%40.nsf/b06660592430724fca2568b5007b8619/1618215db8a5c6abca25692d0083019d!OpenDocument>
- Australian Bureau of Statistics. (2001c). *Australian statistics—Main features: 3230.0 Experimental estimates of the Aboriginal and Torres Strait Islander population, 30 June 1991-30 June 1996*. Retrieved October 2001 from <http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs%40.nsf/b06660592430724fca2568b5007b8619/elb3119470f95e02ca2568a900139384!OpenDocument>
- Australian Bureau of Statistics. (2001d). *Australian statistics—Main features: 3412.0 Migration, Australia*. Retrieved October 2001 from <http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs%40.nsf/b06660592430724fca2568b5007b8619/2c6d9db6b7ef7c97ca2568a9001393d5!OpenDocument>
- Beamish, W., & Bryer, F. (1999). Practitioners and parents have their say about best practice: Early intervention in Queensland. *International Journal of Disability, Development and Education*, 46(2), 261-278.
- Bittman, M., & Pixley, J. (1997). *The double life of the family: Myth, hope and experience*. St. Leonards, New South Wales: Allen & Unwin.
- Blainey, G. (1982). *The tyranny of distance: How distance shaped Australia's history* (Rev. ed.). New York: Macmillan.
- Campbell, J. (1997). The next step: Parent perspectives of transition to preschool of children with disabilities. *Australian Journal of Early Childhood*, 22(3), 30-34.
- Dempsey, I., & Carruthers, A. (1997). How family-centered are early intervention services? Staff and parent perceptions. *Journal of Australian Research in Early Childhood Education*, 1, 105-110.
- Early Childhood Intervention Australia. (2000). *Code of ethics*. Brisbane, Australia: Author.
- Foreman, P. (1992). Services to children with intellectual disability in New South Wales government schools: Parental perceptions. *Australasian Journal of Special Education*, 16(2), 3-12.
- Linfoot, K. (1992). The delivery of early intervention services for infants and preschool children: A 10 year retrospective. *Australasian Journal of Special Education*, 16(1), 42-47.
- McAlpine, E., & Johnston, C. (1993). The role of early intervention. In C. Johnston (Ed.), *Does this child need help? Identification and early intervention* (pp. 43-68). Sydney, Australia: Australian Early Intervention Association (New South Wales Chapter).
- Office on Disability. (1995). *Disability direction: Tomorrow's blueprint. Final Report*. Sydney, Australia: Author.
- Press, F., & Hayes, A. (2000). *OECD thematic review of early childhood education and care policy: Australian background report*. Canberra: Commonwealth Government of Australia.

- Reedman, L. (2000). Beside the Arafura Sea: A case study of supportive early childhood intervention in a remote location in the Northern Territory of Australia. Supporting not controlling: Strategies for the new millennium. In *Proceedings of the 4th Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia* (pp. 177-183). Brisbane, Queensland: Early Childhood Intervention Australia.
- Treloar, R. (Ed.). (1997). *Recommended practices in family-centred early intervention*. Sydney, Australia: Ageing and Disability Department.
- Turnbull, A.P., & Turnbull, H.R. (1990). *Families, professionals, and exceptionality: A special partnership* (2nd ed.). Columbus, OH: Charles E. Merrill.

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 تداخل 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 التعويض عن الإعاقة أو تقليلها. يمثل "التدخل المبكر" في ألمانيا مصطلحاً عاماً لتشخيص وعلاج الأطفال وتقديم الاستشارات لأولياء الأمور والتعاون بين المؤسسات المختلفة التي تشترك في علاج الطفل. ويعنى نظام التدخل المبكر بالعملية الأولية القائمة على تداخل 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 بمداخل مختلفة. علاوة على أنهم يدركون أن المسئولية 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، وتحديداً 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 ساقها، 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 ببنتها 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 لم تسبب 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 وباربرة 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 التنجيب. وعندما تظهر احتياجات المجتمع الفرقة لمناقشتها. ويقوم التدخل كل ٤ أشهر على الأقل على أساس التقدم في نمو سارة. ويوفر المتخصصون من عيادة تجميرية أجهزة مثل جائر السيقان لمساعدة الطفلة في المشي.

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

حققت سارة تقدماً ثمناً واضحاً في الشلل التشنجي، لكنها لا تزال تحتاج إلى مزيد من التدخل. وأصبح والداها الآن في وضع أفضل للتعامل مع إعاقة سارة والمواقف الانفعالية الصعبة للأسرة. ونتيجة لذلك تحسن 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 و٤٠. 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 يلائمان 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 الـ ١٦ 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 و ٤٠ 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 الدماغي 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 ببارفاريا.

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 البافاري 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 تداخل 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. وبسبب هذا الوضع يجب أن يكون جميع الأطراف المعنيين مرئيين جداً في عملهم المهني كجزء من فرق قائمة على تداخل 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 (Thurmain & 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 ١٩٩٤م برامج تحليل وتقييم بمساعدة الحاسوب من أجل التشخيص في التدخل المبكر. وذلك يخفف العبء عن المتخصصين ويفتح آفاقاً جديدة للتشخيص والتقارير التشخيصية والآراء الخبيرة (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 واستقلالته.
 - 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.

يتسم 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 ينتج 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 يحددون 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 والمهن 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 بالقدره 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 نحو كثير من الأطفال في خطر. وقد أصبح عدد متزايد من الأسر الألمانية (وبنسبة 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 تقيم 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 وينفذ 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.

تحتوي 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 السلبي

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. ثمة أسباب أخرى لمناخ الفريق السلبي 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.

وينتج المناخ السلبي في الفريق أيضاً عن متغيرات تتعلق بالمنظمة والموظفين. فثمة ارتباط واضح بين المناخ السلبي وقيادة الفريق السيئة وقلة استقلال أعضاء الفريق الفرديين في بعض القرارات. وعندما يترك الأعضاء المؤسسة فإن الأسباب ترجع في الغالب إلى المناخ السلبي، 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 كاف في جلسات الفريق، رغم أن غالبية أعضاء الفريق قالوا أنهم يرحبون بذلك. وعلى النقيض 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 وطاقته 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).

المدخل 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) مسحة 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. ويشير 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 نحتاج 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 التنظيمي 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 الطبية - 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).

التنمية 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.

ويُنتخب 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 متنقلة أثناء الخدمة ليوم واحد تعقد في كل مركز تدخل مبكر في بارفاريا. 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 المتحركة

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 وأسرههم، 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 الفيدرالي. والغرض من ذلك هو تقديم لقاءات من يوم واحد يتلقى الموظفون فيها

مساعدة في مهنتهم تحديداً. وتعد "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. وتعد 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 التدريب، يتمتع غالبيتهم بسنوات 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 وتفضيلاتهم 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. ويُظهر 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 وأسرتهم 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 لمتطلبات ووظائف 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 يثري 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 كمتددي لموظفي التدخل المبكر لتقديم المعلومات حول المناهج وتبادل نتائج التدخل ومناقشة الخبرات وتبادل الأفكار.

ثمة اقتراح آخر يتمثل في إنتاج أشرطة فيديو لفرق "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 إمبيريمي. 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 إمكانات إبداعية للتدريب والبحوث والممارسات اليومية. وتفتح تلك التقنيات أبعاداً 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). *Fördert 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.

obbeikandi.com

التدخل المبكر:

موضوعات وتنويعات من مختلف أنحاء العالم

Early Intervention:

Themes and Variations from Around the World

صمويل 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 أستخدمها بالضرورة في شيء ما. (جمهورية الصين الشعبية)
- التبكير 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 حدود! (أستراليا)

● تكمن الفرصة بين الأوان وفواته. (ألمانيا)

تتمثل هذه الأمثال والمجازات اعتماداً بأن تقديم الدعم المبكر للأطفال وأسرهام 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 الطبّاحين 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 ليشربن 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 وأسرهام. 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 يياجيه 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 وجرانلونند (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 همونغ 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 غرانلونند 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 التفاسلات 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 تتشكل 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 سويلاً. 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, 1996) (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 الخزي في الدول والجماعات التي كانت في السابق لا تتقبل الأفراد ذوي الإعاقات. وفي حالة بعض أولياء الأمور أدى الخزي 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). سناقش 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 "الاثني 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 كريتناس 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 يمثل 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 الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة (الفصل الثالث). ويعمل الزائرون المنزليون من المعهد الهندي للشلل الدماغي 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 كؤودة 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 تدربوا كـممارسين غير مهنيين Paraprofessionals. 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 وجرانلوندي (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 الطبّاحين 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. سناقش 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 كريتاس الدولية. وفي جامايكا يحصل البرنامج المجتمعي الذي يصفه ثوربيرن (الفصل العاشر) على الدعم من خلال منظمة غير حكومية. ويصف لومبكين وأرانها (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 روبونوني 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 والخرافة 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 وأسرتهم. 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) وثوربيرن (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 ومنتامياً. 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., & ECRII Investigators. (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>

ثبت المصطلحات

أولاً: عربي - إنجليزي



Convention on the Rights of the Child	اتفاقية حقوق الطفل
Action	إجراء
Nutritionists	أخصائيي التغذية
Audiologists	أخصائيي السمع
Code of Ethics	آداب المهنة
Physical Management	الإدارة البدنية
Fragmented Stimulation	استخدام الإثارة المجزأة
Single-unit families	الأسر النووية
Link-Families	أسر مرتبطة

Familism	الأسرية
Trauma	الإصابات
Self-Repair	الإصلاح الذاتي
Cognitive Impairments	الإعاقات المعرفية
Handicap	الإعاقة
Impairment	الاعتلال
Primary	أولية
Contact Days	أيام التواصل

١

Researches	بحوث
Action Research	البحوث الإجرائية
Center-Based Programs	البرامج القائمة على المركز
Home-Based Programs	البرامج القائمة على المنزل
Home-Based Early Intervention Programs	برامج تدخل مبكر منزلية
Individualized Education Program	برنامج تربوي فردي
Early Childhood Intervention Coordination Program	برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكر
Infant Health and Development Program	برنامج صحة الطفل ونموه
The Comprehensive Child Development Program	برنامج نمو الطفل الشامل
Genetic Endowment	البصمة الوراثية
Ecology	بيئة

Ecology of Early Intervention	بيئة التدخل المبكر
Biological	بيولوجي
ت	
Transdisciplinary	تآزر التخصصات
Interdisciplinary	تداخل التخصصات
Early Childhood Intervention	التدخل في الطفولة المبكرة
Teacher-Mediated Instruction	التدريس الذي يتوسطه المعلم
Remedial Instruction	التدريس العلاجي
Co-Teaching	التدريس المشترك
Wegehas	التدليك
Sharing	التشارك
Diagnosis	التشخيص
Heilpedagogic Diagnosis	التشخيص التربوي المتقدم
Medical Diagnosis	التشخيص الطبي
Medical Therapeutic Diagnosis	التشخيص العلاجي الطبي
Psychological Diagnosis	التشخيص النفسي
Transactional Conceptualization	التصور التفاعلي
Multidisciplinary	تعدد التخصصات
Cultural Pluralism	التعددية الثقافية
Cognitive Modifiability	التعديل المعرفي

Learning	التعلم
Incidental learning	التعلم العرضي
Playful Learning	التعلم اللعبي
Thematic Learning	التعلم حسب الموضوعات
Education	التعليم
Inclusive Education	التعليم الدمجي
Free Appropriate Public Education	تعليم عام مجاني ملائم
Modified Distance Education	التعليم عن بعد
Least Restrictive Environment	التعليم في البيئة الأقل تقييدا
Organizational Learning	التعلم المنظمي
Education For All	التعليم للجميع
Individual Educational Report	التقرير التربوي الفردي
Report	تقرير
Self-Evaluation	التقييم الذاتي
Neural Proliferation	التكاثر العصبي
Repetition	التكرار
Service Coordination Content	تنسيق الخدمات
Hypertonia	التوتر الزائد
Analytic Mediation	التوسط التحليلي
Holistic Mediation	التوسط الشمولي
Experience Expectant	توقع

Thalassemia



الثالاسيميا

Walker



جهاز مشي

Folic Acid



حامض الفوليك

Chromosome Microdeletion



حذف الكروموسومات

Experience

الخبرة

Baseline Differences

خط الأساس

Individualized Family Service Plan

خطة الخدمة الأسرية الفردية

Established Risk

الخطر المؤكد

Environmental Risk

خطر بيئي

Hypothyroidism

خمول الغدة الدرقية



Organizational Support for Early Intervention
Supporting The Early Intervention Team
Portage Guide to Early Education
Community-Based Inclusion
Inclusive
Quality Circles

الدعم المنظمي للتدخل المبكر
دعم فريق التدخل المبكر
الدليل الأسري للتربية المبكرة
الدمج المجتمعي
الدمجي
دوائر الجودة



Differently Abled

ذوي قدرات مختلفة"



Care
Zero Reject
Sensitization
Kindergarten

رعاية
الرفض الصفري
رفع الحساسية
رياض الأطفال



Stereotypic

السلوك النمطي

ش

Networks	الشبكات
Formal and Informal Networks	الشبكات الرسمية وغير الرسمية
Athetosis	الشلل الالتوائي
Spasticity	الشلل التشنجي
Severe Spastic Paralysis	الشلل التشنجي الحاد
Spastic Diplegia	الشلل الطرفي المزدوج

ص

Infant Health	صحة الطفل
Tabula Rasa	صفحة بيضاء

ط

Infant	طفل
--------	-----

ع

Child-Friendly World	عالم صديق للطفل
Disability	العجز

Physical Therapy	العلاج الطبيعي
Family Therapy	علاجاً أسرياً
Teamwork	العمل الجماعي
Due Process	العملية المستحقة
Within Individual Factors	عوامل الفرد الداخلية
Developmental Clinic in the Community	العيادة النمائية بالمجتمع المحلي

غ

Unstructured	غير المقيّد
Paraprofessionals	غير مهنيين

ف

Individual	فردى
Team	فريق
Effectiveness	الفعالية
Family-Allied Philosophy	فلسفة متحالفة مع الأسرة
Phenylketonuria	الفنيل كيتون يوريا
Cytomegalovirus	الفيروس المضخم للخلايا

ق

Hippocampus	قاع المخ
-------------	----------

Persons with Disabilities

قانون الأشخاص ذوي الإعاقات

Preschool

قبل المدرسة

Limitations

القصور

ك

Chromosome

كروموسومات

Efficacy

الكفاءة

Social Competence

الكفاءة الاجتماعية

ج

Commission

لجنة

State Education Commission

لجنة التعليم الرسمية

Risk

خطر

Biological Risk

خطر بيولوجي

Receptive Language

اللغة الاستقبالية

Expressive Language

اللغوية التعبيرية

م

Double Dependency Syndrome

متلازمة التبعية المزدوجة

Prader-Willi Syndrome

متلازمة برادر فيلي

Rehabilitation Council of India	مجلس التأهيل الهندي
Multimodal Approaches	مداخل متعددة الأنماط
Basic Schools	مدارس أساسية
Participatory Approach	النموذج التشاركي
Over-Didactic Approach	النموذج التعليمي اللفظ
A Mediational Approach	النموذج التوسطي
Centers	مراكز
Community-Based Rehabilitation	مراكز التأهيل المجتمعي
Heilpedagogic Centers	المراكز التربوية المتقدمة
Heilpedagogic Day Centers	المراكز التربوية النهارية
Child Care Centers	مراكز رعاية الطفولة
Socio-Pediatric Centers	مراكز طب الأطفال الاجتماعية
National Survey on The Status of Disabilities	المسح الوطني حول حالة الإعاقات
Family Therapists	المعالجين الأسريين
Have-nots	معدمين
Habilitation	مفهوم التأهيل
Structured	المقيد
Children's Bureau	مكتب الأطفال
Early Intervention Practices	ممارسات التدخل المبكر
Climate	مناخ
Team Climate	مناخ الفريق
Activity-Based Inclusive Preschool Curriculum	منهج ما قبل المدرسة الدمجي القائم على النشاط

Haves

موسرين

Generic Workers

موظفين عامين

ن

Neuromaturational

النضج العصبي

Exosystem

النظام الخارجي

Social Gaze

النظرة الاجتماعية

Ecocultural Theory

النظرية الإيكولوجية - الثقافية

Mediated Learning Theory

نظرية التعلم المتوسّط

Child Development Theory

نظرية نمو الطفل

Systems

النظم

Family Systems

النظم الأسرية

Ecological systems

النظم البيئية

Hypotonia

نقص توتر

Service Delivery Models

نماذج توصيل الخدمات

Development

نمو

Transactional Model

النموذج التفاعلي

و

Family Care Units

وحدات الرعاية الأسرية

Unit

وحدة

Prevention	وقاية
Primary Prevention	الوقاية الأولية
Tertiary Prevention	الوقاية من المستوى الثالث
Secondary Prevention	الوقاية من المستوى الثاني

ثانياً: إنجليزي - عربي

A

A Mediation Approach	النموذج التوسطي
Action	إجراء
Action Research	البحوث الإجرائية
Activity-Based Inclusive Preschool Curriculum	منهج ما قبل المدرسة الدمجي القائم على النشاط
Analytic Mediation	التوسط التحليلي
Athetosis	الشلل الالتهوائي
Audiologists	أخصائيي السمع

B

Baseline Differences	خط الأساس
Basic Schools	مدارس أساسية

Biological	بيولوجي
Biological Risk	لخطر بيولوجي

C

Care	رعاية
Center-Based Programs	البرامج القائمة على المركز
Centers	مراكز
Child Care Centers	مراكز رعاية الطفولة
Child Development Theory	نظرية نمو الطفل
Child-Friendly World	عالم صديق للطفل
Children's Bureau	مكتب الأطفال
Chromosome	كروموسومات
Chromosome Microdeletion	حذف الكروموسومات
Climate	مناخ
Code of Ethics	آداب المهنة
Cognitive Impairments	الإعاقات المعرفية
Cognitive Modifiability	التعديل المعرفي
Commission	لجنة
Community-Based Inclusion	الدمج المجتمعي
Community-Based Rehabilitation	مراكز التأهيل المجتمعي
Contact Days	أيام التواصل

Convention on the Rights of the Child	اتفاقية حقوق الطفل
Co-Teaching	التدريس المشترك
Cultural Pluralism	التعددية الثقافية
Cytomegalovirus	الفيروس المضخم للخلايا

D

Development	نمو
Developmental Clinic in the Community	العيادة النمائية بالمجتمع المحلي
Diagnosis	التشخيص
Differently Abled	ذوي قدرات مختلفة
Disability	العجز
Double Dependency Syndrome	متلازمة التبعية المزدوجة
Due Process	العملية المستحقة

E

Early Childhood Intervention	التدخل في الطفولة المبكرة
Early Childhood Intervention Coordination Program	برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكر
Early Intervention Practices	ممارسات التدخل المبكر
Ecocultural Theory	النظرية الإيكولوجية - الثقافية
Ecological systems	النظم البيئية
Ecology	بيئة

Ecology of Early Intervention	بيئة التدخل المبكر
Education	التعليم
Education For All	التعليم للجميع
Effectiveness	الفعالية
Efficacy	الكفاءة
Environmental Risk	خطر بيئي
Established Risk	الخطر المؤكد
Exosystem	النظام الخارجي
Experience	الخبرة
Experience Expectant	توقع
Expressive Language	اللغوية التعبيرية
F	
Familism	الأسرية
Family Care Units	وحدات الرعاية الأسرية
Family Systems	النظم الأسرية
Family Therapists	المعالجين الأسريين
Family Therapy	علاجاً أسرياً
Family-Allied Philosophy	فلسفة متحالفة مع الأسرة
Folic Acid	حامض الفوليك
Formal and Informal Networks	الشبكات الرسمية وغير الرسمية

Fragmented Stimulation	استخدام الإثارة المجزأة
Free Appropriate Public Education	تعليم عام مجاني ملائم

G

Generic Workers	موظفين عامين
Genetic Endowment	البصمة الوراثية

H

Habilitation	مفهوم التأهيل
Handicap	الإعاقة
Have-nots	معدمين
Haves	موسرين
Heilpädagogic Centers	المراكز التربوية المتقدمة
Heilpädagogic Day Centers	المراكز التربوية النهارية
Heilpädagogic Diagnosis	التشخيص التربوي المتقدم
Hippocampus	قاع المخ
Holistic Mediation	التوسط الشمولي
Home-Based Early Intervention Programs	برامج تدخل مبكر منزلية
Home-Based Programs	البرامج القائمة على المنزل
Hypertonica	التوتر الزائد
Hypothyroidism	خمول الغدة الدرقية

Hypotonia نقص توتر

I

Impairment الاعتلال

Incidental learning التعلم العرضي

Inclusive الدمجي

Inclusive Education التعليم الدمجي

Individual فردي

Individual Educational Report التقرير التربوي الفردي

Individualized Education Program برنامج تربوي فردي

Individualized Family Service Plan خطة الخدمة الأسرية الفردية

Infant طفل

Infant Health صحة الطفل

Infant Health and Development Program برنامج صحة الطفل ونموه

Interdisciplinary تداخل التخصصات

K

Kindergarten رياض الأطفال

L

Learning التعلم

Least Restrictive Environment	التعليم في البيئة الأقل تقييدا
Limitations	القصور
Link-Families	أسر مرتبطة

M

Mediated Learning Theory	نظرية التعلم المتوسط
Medical Diagnosis	التشخيص الطبي
Medical Therapeutic Diagnosis	التشخيص العلاجي الطبي
Modified Distance Education	التعليم عن بعد
Multidisciplinary	تعدد التخصصات
Multimodal Approaches	مداخل متعددة الأنماط

N

National Survey on The Status of Disabilities	المسح الوطني حول حالة الإعاقات
Networks	الشبكات
Neural Proliferation	التكاثر العصبي
Neuromaturational	النضج العصبي
Nutritionists	أخصائيي التغذية

O

Organizational Learning	التعلم المنظمي
-------------------------	----------------

Organizational Support for Early Intervention

الدعم المنظمي للتدخل المبكر

Over-Didactic Approach

النموذج التعليمي اللفظ

P

Paraprofessionals

غير مهنيين

Participatory Approach

النموذج التشاركي

Persons with Disabilities

قانون الأشخاص ذوي الإعاقات

Phenylketonuria

الفنيل كيتون يوريا

Physical Management

الإدارة البدنية

Physical Therapy

العلاج الطبيعي

Playful Learning

التعلم اللعبي

Portage Guide to Early Education

الدليل الأسري للتربية المبكرة

Prader-Willi Syndrome

متلازمة برادر فيلي

Preschool

قبل المدرسة

Prevention

وقاية

Primary

أولية

Primary Prevention

الوقاية الأولية

Psychological Diagnosis

التشخيص النفسي

Q

Quality Circles

دوائر الجودة

R

Receptive Language	اللغة الاستقبلية
Rehabilitation Council of India	مجلس التأهيل الهندي
Remedial Instruction	التدريس العلاجي
Repetition	التكرار
Report	تقرير
Researches	بحوث
Risk	لخطر

S

Secondary Prevention	الوقاية من المستوى الثاني
Self-Evaluation	التقييم الذاتي
Self-Repair	الإصلاح الذاتي
Sensitization	رفع الحساسية
Service Coordination Content	تنسيق الخدمات
Service Delivery Models	نماذج توصيل الخدمات
Severe Spastic Paralysis	الشلل التشنجي الحاد
Sharing	التشارك
Single-unit families	الأسر النووية
Social Competence	الكفاءة الاجتماعية

Social Gaze	النظرة الاجتماعية
Socio-Pediatric Centers	مراكز طب الأطفال الاجتماعية
Spastic Diplegia	الشلل الطرفي المزدوج
Spasticity	الشلل التشنجي
State Education Commission	لجنة التعليم الرسمية
Stereotypic	السلوك النمطي
Structured	المقيد
Supporting The Early Intervention Team	دعم فريق التدخل المبكر
Systems	النظم

T

Tabula Rasa	صفحة بيضاء
Teacher-Mediated Instruction	التدريس الذي يتوسطه المعلم
Team	فريق
Team Climate	مناخ الفريق
Teamwork	العمل الجماعي
Tertiary Prevention	الوقاية من المستوى الثالث
Thalassemia	الثلاسيميا
The Comprehensive Child Development Program	برنامج نمو الطفل الشامل
Thematic Learning	التعلم حسب الموضوعات
Transactional Conceptualization	التصور التفاعلي

Transactional Model

النموذج التفاعلي

Transdisciplinary

تآزر التخصصات

Trauma

الإصابات

U

Unit

وحدة

Unstructured

غير المقيّد

W

Walker

جهاز مشي

Wegehas

التدليك

Within Individual Factors

عوامل الفرد الداخلية

Z

Zero Reject

الرفض الصفري

كشاف الموضوعات

- أسر مرتبطة ٢١٩، ٤٣٣
- الأسرية ٦، ١١، ١٩، ٤٥، ٥٧، ٧٠، ٧٢، ٩٢، ١١٤، ١٣٢، ١٤١، ١٤٢، ١٥١، ١٥٤، ١٥٥، ١٥٦، ١٥٨، ١٦٢، ١٨٠، ١٨٢، ١٨٣، ٢٠٠، ٢٠٦، ٢١٠، ٢٢٤، ٢٢٨، ٢٣٢، ٢٤٧، ٢٨٦، ٢٩٢، ٢٩٥، ٣٠٠، ٣٠٢، ٣١٦، ٣٢٩، ٣٣٣، ٣٣٨، ٣٣٩، ٣٤٠، ٣٤٢، ٣٥١، ٣٧٩، ٤٢٣، ٤٢٣، ٤٣٣
- الإصابات ٢٥، ٤٣٣
- الإصلاح الذاتي ٢٦، ٤٣٣
- الإعاقات المعرفية ٣، ٤١، ٤٣، ٢٦٤، ٤٣٣
- اتفاقية حقوق الطفل ١٦٧، ٤٢٤، ٤٣٣
- إجراء ٨٣، ٢٠٤، ٢٥٩، ٢٦١، ٢٦٩، ٣٣٣، ٣٣٩، ٣٦٠، ٣٩١، ٤١٠، ٤٣٣
- أخصائي التغذية ٣٣٤، ٤٣٣
- أخصائي السمع ٤٣٣
- آداب المهنة ٣٦٠، ٤٢٤، ٤٣٣
- الإدارة البدنية ٤٣٣
- استخدام الإثارة المجزأة ٨٨، ٤٣٣
- الأسر النووية ١٤٢، ٤٣٣

الإعاقة ٢، ٣، ٤، ٩، ١٠، ١١،	برامج تدخل مبكر منزلية ١١٩، ٤٣٤
١٨، ٢١، ٥٧، ٧٤، ١١٤، ١٢٤،	برنامج تربوي فردي ٦٤، ٣١٧،
١٣٠، ١٣١، ١٤١، ١٤٢، ١٤٥،	٣٢٨، ٣٣٤، ٤٣٤
١٤٧، ١٥٣، ١٥٤، ١٥٦، ١٥٧،	برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكر
١٦٢، ١٧٥، ١٧٦، ١٩١، ١٩٢،	٤٣٤، ٣٦٥
١٩٦، ١٩٨، ١٩٩، ٢٠٢، ٢٠٥،	برنامج صحة الطفل ونموه ١٧، ٤٣٤
٢٠٦، ٢٢١، ٢٢٦، ٢٢٧، ٢٤١،	برنامج نمو الطفل الشامل ١٦، ٤٣٤
٢٤٧، ٢٤٨، ٢٥١، ٢٥٣، ٢٦٦،	البصمة الوراثية ٧، ٤٣٤
٢٨٣، ٣١٦، ٣٢٧، ٣٣٩، ٣٧٣،	بيئة التدخل المبكر ٢١٥، ٢٣٠، ٤٣٤
٣٧٩، ٣٨٢، ٤٢١، ٤٢٨، ٤٣٣،	بيولوجي ٢١٩، ٣٨٧، ٤٢٢، ٤٣٤
الاعتلال ٤، ٥، ٦، ١٢٣، ٤٣٣،	

ت

أولية ١٠٢، ١٢٨، ٢٤١، ٢٨٠،	تأزر التخصصات ٢٢٩، ٢٨٦، ٢٩٤،
٢٩٩، ٣٠١، ٣٨٣، ٤٣٤،	٢٩٥، ٣٠٠، ٣٠٢، ٣٠٤، ٣٠٥،
أيام التواصل ٢٢٠، ٤٣٤،	٤٣٤

ب

بحوث ٤٥، ٥٢، ٦٣، ٧٢، ٩٩،	تداخل التخصصات ٢٢٧، ٢٢٨،
٢٣٠، ٢٣١، ٢٣٢، ٣٢٥، ٣٦٢،	٢٦٧، ٢٧٦، ٢٨١، ٢٨٦، ٢٩٧،
٤٣٤	٣٠١، ٣٠٧، ٣١٧، ٣٣١، ٣٣٣،
البحوث الإجرائية ٤١٠، ٤٣٤،	٣٣٧، ٣٣٧، ٣٤٣، ٣٧٣، ٣٧٩،
البرامج القائمة على المركز ١٧، ٤٣٤،	٣٨٠، ٣٨١، ٣٨٢، ٣٨٨، ٣٩١،
البرامج القائمة على المنزل ٢٤٩، ٤٣٤،	٣٩٢، ٣٩٧، ٤٠٦، ٤٠٧، ٤٠٨،
	٤٠٩، ٤١٠، ٤٢٧، ٤٣١، ٤٣٤،

التعلم المنظمي ٤٣٥	التدخل في الطفولة المبكرة ٣٢٣، ٣٤٩
التعلم حسب الموضوعات ٥٥، ٤٣٥	٣٥٠، ٣٥١، ٣٥٤، ٣٥٧، ٣٥٨
التعليم في البيئة الأقل تقييدا ٣٢٩	٣٦٣، ٣٦٤، ٣٦٦، ٣٦٨
تعليم عام مجاني ملائم ٣٢٨	٣٦٩، ٣٧٠، ٣٨٧، ٤٣٥
التعليم ٣، ٦، ١٣، ٣٩، ٤٠، ٤١،	التدريس الذي يتوسطه المعلم ٨٢،
٤٢، ٤٤، ٤٦، ٤٧، ٤٨، ٥٦، ٦٤،	٤٣٥
٦٥، ٦٦، ٦٧، ٦٨، ٦٩، ٧٢، ٧٣،	التدريس العلاجي ٥٦، ٤٣٥
٧٤، ٧٥، ٧٨، ٧٩، ٨٠، ٩١، ٩٢،	التدريس المشترك ٤٣٥
٩٣، ١١٤، ١١٨، ١١٩، ١٢٠،	التدليك ٤١٨، ٤٣٥
١٢١، ١٢٤، ١٤٠، ١٤٣، ١٤٤،	التشارك ١٠٥، ١٢٩، ١٥٨، ١٨١،
١٤٥، ١٤٦، ١٤٧، ١٤٨، ١٦٢،	٢٠١، ٢١٠، ٢٨٥، ٢٨٦، ٤٣٥
١٦٧، ١٦٩، ١٧٠، ١٧٣، ١٧٤،	التشخيص ٧٢، ١٤٩، ١٩٦، ٢٢٦،
١٧٦، ١٧٨، ١٧٩، ١٨٠، ١٨٩،	٢٣٥، ٢٦٩، ٣٣٤، ٣٨٢، ٣٨٣،
١٩٣، ٢٠٧، ٢١٣، ٢١٥، ٢٢٥،	٣٨٤، ٣٨٥، ٣٨٨، ٣٩١، ٣٩٩،
٢٢٨، ٢٢٩، ٢٣٢، ٢٣٣، ٢٣٧،	٤١٠، ٤٣٥
٢٤٥، ٢٥٢، ٢٦١، ٢٦٢، ٢٦٦،	التصور التفاعلي ٤١٨، ٤٣٥
٢٦٨، ٢٧٥، ٢٧٦، ٢٩٦، ٣٠٦،	تعدد التخصصات ٢٨٦، ٢٩٤، ٣٤٣،
٣٠٨، ٣٢٢، ٣٢٣، ٣٢٤، ٣٢٦،	٣٩٤، ٤٠٥، ٤٠٧، ٤٣٥
٣٢٧، ٣٢٨، ٣٢٩، ٣٣٠، ٣٣٢،	التعددية الثقافية ٣٢١، ٤٣٥
٣٣٤، ٣٣٥، ٣٣٦، ٣٣٨، ٣٤١،	التعديل المعرفي ٨٧، ٩٨، ٤٣٥
٣٤٥، ٣٥٠، ٣٥٥، ٣٥٦، ٣٥٧،	التعلم العرضي ٥٥، ٤٣٥
٣٧٣، ٣٧٦، ٣٧٧، ٣٧٨، ٣٧٩،	التعلم اللعبي ٣٨٤، ٤٣٥
٣٨٩، ٤١٥، ٤٢٧، ٤٣٥	

تقرير ٦، ٧، ٤٣، ١٤٠، ١٤١، حذف الكروموسومات ٢٤

١٤٥، ١٧٥، ٢٤٤، ٢٨٢، ٣٧٩

التقرير التربوي الفردي ٣٧٨

التقييم الذاتي ٣٠٢، ٤٠٣

التكاثر العصبي ٢٢

التكرار ٥٥، ١٠٠، ٢٠٤، ٤٣١

تنسيق الخدمات ٢٣٣، ٢٣٤، ٢٣٥

٢٩٣، ٣٤٤، ٣٤٥، ٣٦٣، ٣٦٥

٣٦٦

التوتر الزائد ٣

التوسط التحليلي ١٠٠

التوسط الشمولي ١٠٠

توقع ٢٤، ١٠٥، ١٤٢

٤٠٦

خط الأساس ١٦

الخطر المؤكد ٤٢٢

خطر بيئي ٤٣٧

خمول الغدة الدرقية ٤٣٧

د

الدعم المنظمي للتدخل المبكر ٣١٣

دعم فريق التدخل المبكر ٣١٣، ٣٧٣

٣٩١

الدليل الأسري للتربية المبكرة ٢٠١

الدمج المجتمعي ٦٣، ٦٤، ٧٥، ٧٦

٨١، ٨٣، ٨٤

ذ

الثالاسيميا ٤٣١

ح

جهاز مشي ٣٥١

ح

حامض الفوليك ٢٦

الدمجى ٤٢، ٤٤، ٤٧، ٧٥، ٧٨،	رياض الأطفال ٩٣، ٩٤، ١٠٠،
٨١، ٨٣، ١٢٤، ١٧٥، ١٨٩،	١٠١، ١١٩، ١٢٠، ٣٢٤، ٣٤٢،
٢٤٥، ٢٥٥، ٣٠٨، ٤٣٥	٣٥٦، ٣٧٧، ٣٧٩، ٣٨١
دوائر الجودة ٣٩٩، ٤٠٠، ٤٢٠	

س

السلوك النمطي ٤٣٨

ش

الشبكات الرسمية وغير الرسمي ٤٣٨

رعاية ٩، ١٠، ٥١، ٥٨، ٦٤، ٦٧،	الشلل الالتوائي ١٣٨، ١٥٥،
٦٨، ٧١، ٧٤، ٧٥، ٧٧، ٧٨، ٨١،	الشلل التشنجي ٤، ٣٧٤،
٨٢، ٨٨، ٩٢، ٩٣، ٩٥، ١٠٠،	الشلل الطرفي المزدوج ٣٥١

ص

صحة الطفل ١٧، ٢٢٩، ٤٣٤

صفحة بيضاء ٧

ط

طفل ٢، ٢٢، ٣٩، ٤٠، ٤٣، ٤٦،
٤٨، ٤٩، ٥٠، ٦٤، ٦٩، ٧٦، ٧٨،

ذ

ذوي قدرات مختلفة ٤٢٢

ر

١٠٤، ١٢٨، ١٣٢، ١٤٢، ١٤٣،
١٤٤، ١٤٧، ١٦٢، ١٦٩، ١٧١،
١٧٥، ١٧٨، ١٨٠، ٢١٨، ٢١٩،
٢٢٠، ٢٢٢، ٢٤١، ٢٥٣، ٢٦٢،
٢٦٩، ٢٨٠، ٢٨٤، ٢٩٣، ٣١٧،
٣٢٢، ٣٣٠، ٣٣٤، ٣٣٥، ٣٧٤،
٤١٦، ٤٢٢، ٤٢٥، ٤٢٦

الرفض الصفري ٣٢٨

رفع الحساسية ١٠٠

العيادة النماية بالمجتمع المحلي ٢٨٣ ،	٩٠ ، ٩١ ، ٩٣ ، ١٠٧ ، ١٢٧ ، ١٤٢ ،
٢٨٤	١٤٥ ، ١٤٦ ، ١٥١ ، ١٥٢ ، ١٦٥ ،
	١٧١ ، ١٨١ ، ١٩٧ ، ٢٠٦ ، ٢٢٠ ،
	٢٤٥ ، ٢٤٦ ، ٢٥٥ ، ٢٩٢ ، ٣٢٥ ،
	٣٢٨ ، ٣٣٢ ، ٣٣٤ ، ٣٣٩ ، ٣٤٥ ،
غير المقيد ١٠١	٣٥٠ ، ٣٥١ ، ٣٨٠ ، ٣٨٨ ، ٤٠٥ ،
غير مهنيين ١٤٥ ، ٢١٠ ، ٢٤٨ ، ٤٢٦ ،	٤٠٩ ، ٤١٥ ، ٤١٦ ، ٤٢١
٤٢٧	



عالم صديق للطفل ١٦٢	
العجز ٤ ، ٥ ، ٩٠ ، ٣٨٢	
علاج أسري ٤٣٩	
العلاج الطبيعي ٣ ، ١٤ ، ١٨ ، ٥٣ ،	
١٢٣ ، ١٢٧ ، ١٣٨ ، ١٤٩ ، ١٩٧ ،	
٢٠٩ ، ٢٢١ ، ٢٢٥ ، ٢٥٤ ، ٢٥٦ ،	
٢٥٧ ، ٢٦٠ ، ٢٦٩ ، ٣٣٤ ، ٣٥١ ،	
٣٧٤ ، ٣٨٣ ، ٤١٨	
العمل الجماعي ٢٣١ ، ٣٨٨ ، ٣٩١ ،	
٣٩٢ ، ٣٩٥ ، ٣٩٦ ، ٣٩٨ ، ٣٩٩ ،	
٤٠٤ ، ٤٠٥ ، ٤٠٦ ، ٤٠٧ ، ٤٠٩ ،	
٤١٠	
العملية المستحقة ٣٣٤ ، ٣٤٠	
عوامل الفرد الداخلية ١٢٤	
فردية ٦٨ ، ٦٩ ، ٨٧ ، ١٣٨ ، ٢٣٠ ،	
٣٨٢ ، ٤٢٤	
فريق ١١ ، ٥٣ ، ٧٩ ، ١٣٧ ، ١٤٩ ،	
١٥٤ ، ١٥٦ ، ١٥٧ ، ١٩٧ ، ٢١٠ ،	
٢١٣ ، ٢١٥ ، ٢٢٤ ، ٢٢٦ ، ٢٣١ ،	
٢٣٤ ، ٢٥٤ ، ٢٦٨ ، ٢٧٧ ، ٢٧٩ ،	
٢٨٠ ، ٢٨١ ، ٢٨٢ ، ٢٨٣ ، ٢٨٧ ،	
٢٩٣ ، ٢٩٥ ، ٢٩٦ ، ٢٩٩ ، ٣٠٢ ،	
٣٠٣ ، ٣٠٤ ، ٣٠٥ ، ٣٠٦ ، ٣٠٨ ،	
٣١٣ ، ٣١٧ ، ٣٢٨ ، ٣٢٩ ، ٣٣٥ ،	
٣٣٨ ، ٣٤٢ ، ٣٤٤ ، ٣٤٦ ، ٣٧٣ ،	
٣٨١ ، ٣٩١ ، ٣٩٦ ، ٤٠٨ ، ٤١٦	

الفعالية ١٤ ، ٢٧ ، ٢٠٩ ، ٢٥٨ ، القصور ١ ، ٢ ، ٢٠ ، ٢٦ ، ٩٨ ،
٢٥٩ ، ٢٦٠ ، ٣٥٠

فلسفة متحالفة مع الأسرة ٢٩٢

الفنيل كيتون يوريا ١٩٣

الفيروس المضخم للخلايا ٢٥

ك

كروموسومات ٢٤

الكفاءة الاجتماعية ٢٧ ، ٢٨ ، ٢٢٧

ق

قاع المخ ٢٥

قانون الأشخاص ذوي الإعاقات ١٤٧

قبل المدرسة ٦ ، ٢٤ ، ٢٨ ، ٣٧ ، ٤٠ ،

٤٢ ، ٤٤ ، ٤٦ ، ٥٠ ، ٦٣ ، ٦٤ ، ٦٦ ،

٦٧ ، ٦٨ ، ٦٩ ، ٧١ ، ٧٢ ، ٧٣ ، ٧٤ ،

٧٥ ، ٧٦ ، ٧٨ ، ٨١ ، ٨٢ ، ٨٣ ،

١٠١ ، ١٢٠ ، ١٢١ ، ١٤٣ ، ١٤٥ ،

١٦٩ ، ١٧١ ، ١٧٥ ، ١٧٨ ، ٢١٥ ،

٢٢١ ، ٢٢٢ ، ٢٢٥ ، ٢٢٦ ، ٢٢٧ ،

٢٢٩ ، ٢٣٣ ، ٢٣٦ ، ٢٣٧ ، ٢٥٥ ،

٢٦١ ، ٢٦٢ ، ٢٧٥ ، ٢٧٩ ، ٣١٧ ،

٣٢٤ ، ٣٢٧ ، ٣٣١ ، ٣٣٤ ، ٣٣٥ ،

٣٣٦ ، ٣٣٧ ، ٣٣٨ ، ٣٣٩ ، ٣٤٠ ،

٣٤١ ، ٣٤٢ ، ٣٤٣ ، ٣٥١ ، ٣٥٩ ،

٣٦٠ ، ٣٧٦ ، ٤٢٥

ج

اللغة الاستقبلية ٤٤١

اللغوية التعبيرية ١١

م

متلازمة التبعية المزدوجة ١٢٠

متلازمة برادر فيلي ٢٤

مجلس التأهيل الهندي ١٤٧

مداخل متعددة الأنماط ٣٨٤

مدارس أساسية ٢٤٥

مراكز التأهيل المجتمعي ١١٩ ، ١٢٤ ،

١٢٥ ، ٢٥٦ ، ٢٥٧ ، ٤٢٧ ،

المراكز التربوية المتقدمة ٤٤١

المراكز التربوية النهارية ٤٤٢

المسح الوطني حول حالة الإعاقات ٤٠

٦٣، ٧٢، ٧٦، ٨٤، ٩١، ٩٤، ٩٨،	المعالجين الأسريين ٤٤٢
٩٩، ١٠١، ١٠٤، ١٠٦، ١٠٩،	معلمين ٣٩٠
١١٠، ١٢٤، ١٢٥، ١٤١، ١٤٨،	مفهوم التأهيل ٢٢٤
١٥٠، ١٥٢، ١٥٨، ١٦٢، ١٧١،	المقيد ١٠١
٢٠٢، ٢١٥، ٢٢٤، ٢٢٧، ٢٢٨،	مكتب الأطفال ٣٢٤
٢٦٤، ٢٦٥، ٢٦٩، ٢٧٤، ٢٨٠،	ممارسات التدخل المبكر ٤٦، ١١٣،
٢٨١، ٢٨٣، ٢٩٢، ٢٩٤، ٢٩٥،	١٣١، ١٥٩، ٢٣٧، ٤١٦، ٤١٨،
٢٩٧، ٢٩٩، ٣٠٤، ٣١٧، ٣٢٠،	مناخ الفريق ٣٩٢، ٣٩٣، ٣٩٤،
٣٢٤، ٣٢٥، ٣٢٦، ٣٣٠، ٣٣١،	موسرين ٣٩٠
٣٣٥، ٣٣٩، ٣٤١، ٣٥١، ٣٥٩،	موظفين عامين ٢١٠
٣٦١، ٣٧٤، ٣٨٣، ٣٨٧، ٣٨٨،	
٣٩٠، ٣٩١، ٤١٠، ٤١٧، ٤٢٣،	
٤٢٨، ٤٣٤،	

النموذج التشاركي ٢٦١

النموذج التفاعلي ٨، ٩

و

وحدة ٥٨، ١٧٦، ١٨٩، ٢٠٦،
٣١٧، ٣٩٠،

الوقاية الأولية ٢، ٢٢٢

الوقاية من المستوى الثالث ٣، ٢٢١

الوقاية من المستوى الثاني ٣، ٢٢١

ز

النضج العصبي ٢٨٧

النظام الخارجي ٤٢٨

النظرة الاجتماعية ٢٠، ٢١

النظرية الإيكولوجية - الثقافية ٩٤

نظرية التعلم المتوسط ٩٥

نظرية نمو الطفل ٧

النظم البيئية ٤١٩، ٤٢٨

نقص توتر ١٤

نمو ١، ٢، ٧، ٨، ١١، ١٦، ١٧،

٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٧، ٥١، ٥٧، ٥٨،

نبذة عن المؤلفين

صمويل أودوم Samuel L. Odom أستاذ التربية الخاصة بقسم المناهج وطرق التدريس
بمدرسة التربية بجامعة إنديانا، الولايات المتحدة الأمريكية.

مارسي هانسون Marci J. Hanson أستاذة بقسم التربية الخاصة بجامعة ولاية سان
فرانسيسكو، الولايات المتحدة الأمريكية.

جيمس بلاكمان James A. Blackman أستاذ طب الأطفال ومدير البحوث بمركز
كلوج لتأهيل الأطفال Kluge Children's Rehabilitation Center بجامعة
فيرجينيا، الولايات المتحدة الأمريكية.

سودها كول Sudha Kaul المدير التنفيذي للمعهد الهندي للشلل الدماغي، الهند.

ماريا سالييت فايو أرانها Maria Saletc Fabio Aranha أستاذة علم النفس بجامعة
ولاية ساو باولو، البرازيل.

إيفا بورك - أكيسون Eva Bjorck-Akesson أستاذة التربية بقسم العلوم الاجتماعية
بجامعة مالاردالين Malardalen، السويد.

جوسي بوفيدا Jose Boavida رئيس الجمعية القومية للتدخل المبكر وأخصائي طب
الأطفال النمائي بمركز نمو الطفل بمستشفى الأطفال في كيومبرا، البرتغال.

ليونور كارفالو **Leonor Carvalho** عضو مجلس إدارة الجمعية القومية للتدخل المبكر وأخصائي علم النفس النمائي بمركز نمو الطفل بمستشفى الأطفال في كيومبرا، البرتغال.

مادهابي شاتوبادهيائي **Madhabi Chattopadhyay** مربي خاص ومنسق عيادة التدخل المبكر بالمعهد الهندي للشلل الدماغي، الهند.

إجلال شنودة **Eglal Chenouda** رئيس قسم التأهيل الأسري بمكتب القاهرة لمركز سيتي بهيئة كريتاس مصر، مصر.

أسيس كومار غوش **Asis Kumar Ghosh** أخصائي العلاج الطبيعي ورئيس قسم العلاج الخارجي بالمعهد الهندي للشلل الدماغي، الهند.

ماتس غرانلوند **Mats Granlund** أستاذ علم النفس بقسم العلوم الاجتماعية بجامعة مالاردالين، السويد.

سومر تساي - هسنيج هسيا **Summer Tsai-Hsing Hsia** أستاذ مساعد بقسم التربية الخاصة بجامعة سان فرانسيسكو، الولايات المتحدة الأمريكية.

كريستين جونسون **Christine F. Johnson** أستاذ مساعد بقسم التربية الخاصة بمدرسة التربية ودراسات الطفولة المبكرة بجامعة غرب سيدني، أستراليا.

نجيب خزام **Naguib Khouzam** أستاذ علم النفس التعليمي بجامعة عين شمس والمشرف العام على مركز سيتي بهيئة كريتاس مصر، مصر.

بنينا كلاين **Pnina S. Klein** مديرة مركز بيكر لدراسة اضطرابات النمو لدى الأطفال الصغار ورئيسة برنامج الخريجين لتعليم الطفولة المبكرة بجامعة بار إيلان، إسرائيل.

سو هيون لي **SoHyun Lee** أستاذ مساعد بقسم التربية الخاصة بجامعة إيوا للنساء **Ewha Women's University**، كوريا الجنوبية.

باو - جين لي Bao-Jen Li مدير مركز زيانج يانج لنمو الطفل ، جمهورية الصين الشعبية.

غارين لومبكن H. Garren Lumpkin مستشار اليونسيف الإقليمي بمكتب اليونسيف الإقليمي لدول أمريكا اللاتينية والكاريبية.

هيلين ماكاي Helen McCabe طالبة دكتوراه بمدرسة التربية بجامعة إنديانا. سوابنا مخريجي Swapna Mukherjee مربي خاص ونائب مدير القسم الخارجي بالمعهد الهندي للشلل الدماغي ، الهند.

جورجيت نجيب Georgette Naguib رئيس قسم التأهيل الأسري بمكتب الإسكندرية لمركز سيتي بهيئة كريتاس مصر ، مصر.

فرانز بيتراندر Franz Peterander مدرس بقسم علم النفس والتدخل في الطفولة المبكرة بجامعة لودويج ماكسيميليانز Ludwig-Maximilians ، ألمانيا.

أوتساب سيل Utsab Sil مشرف القسم الخارجي بقسم الخدمة الاجتماعية بالمعهد الهندي للشلل الدماغي ، الهند.

تيروسيو تيفيرا Tirussew Teferra أستاذ الاحتياجات الخاصة بكلية التربية ، جامعة أديس أبابا ، إثيوبيا.

ماريجولد ثوربيرن Marigold J. Thorburn محاضر بدوام جزئي بكلية العلوم الطبية بجامعة غرب الإنديز ، جامايكا.