

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 والصرياح 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 عرفتني 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 لأني 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 فتمثل 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

تتجاوب 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 علقت 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 الأسد 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 دشنتها 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.