

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 الالتهابي 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 يحضرا 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 بيش 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 بيش كيف تصنع مرحاضاً من قدر موضوع بين قطعتين من الطابوق. وسرعان ما تعلم بيش كيف يستخدم هذا الحمام البسيط.

أصبحت الأعمال الروتينية اليومية مثل وقت المراض ووقت الوجبات أوقاتاً للتعلم. فتعلم بيش أن يشرب الماء وحده باستخدام شفاطة. ومن خلال تعليم بيش كيف يستخدم ملعقة لأكل الأرز (بدلاً من أصابعه وفقاً للطريقة الهندية التقليدية)، تمكن بيش من تقليل الأرز الذي ينسكب منه وهو يأكل. كما أوصى ممارسو التدخل أم بيش 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 بيش في إدراك أنه يستطيع أن يسيطر على بيئته باستخدام اللغة. وتعلم كلمات للأسماء والألوان والأشكال والأحجام والخضراوات والفاكهة التي يأكلها. وبدأ بيش في تسمية الأشياء وتقديم الطلبات، بل وحتى المداعبة والنكات. بعد ذلك أعطى ممارسو التدخل لبيش 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 بيش وأسرته أنه تعلم الكثير وأن هناك الكثير الذي يمكن أن يتعلمه، أصبحوا أكثر ثقة. حيث يتفاعل بيش الآن أكثر مع أقرانه، وأصبح الأطفال في الحي أكثر تقبلاً له. وكون بيش صداقات مع أطفال يأتون إلى البيت ليلعبوا معه. كما زادت معرفته بالعالم، وهو ما أعطاه فرصاً أكثر للتحدث. كان بيش 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 بيش 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 بيش، فقد غدوا أكثر ارتياحاً. وأصبح أبوه أكثر اهتماماً بتقدم بيش. وكونت أمه صداقات مع أمهات أخريات في العيادة، وهو ما جعلها أقل عزلة الآن. وبیش من جانبه يستمتع بزياراته الأسبوعية إلى العيادة بجوها المرح وما بها من لعب كثيرة، ويشبه بيش الذهاب إلى العيادة بالنزهة!

السياق القومي

تمتد دولة الهند التي تأخذ شكل قلب من سلسلة الهملايا الشاهقة شمالاً، إلى مياه المحيط الهندي غرباً، وخليج البنغال شرقاً. ومن أقصى الشمال من قمة الهملايا 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 ماريما 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 والبالغين 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 وتجزئ 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 الدمى 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. ويُشجع 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.