

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 وأسره.

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 وحمول 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 سيتي، 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 سيدة 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

سلبين 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 النفسين 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 للتحرك في الخبرات وتبادل العناوين ومناقشة الأنشطة المفيدة أو مجرد 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 يكونون في الغالب مخيبين للآمال. وبدلاً من إيجاد أبنية جديدة، وجد مركز سيتي 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 يعد 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 سيّتي 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.