

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

ماريجولد ثوربيرن Marigold J. Thorburn

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

حكاية شيلا

ولدت شيلا Sheila قبل شهرين من تمام الحمل لأم في عمر السابعة عشر بإحدى المستشفيات الحكومية بجامايكا. كان حمل الأم قد تدهور بسبب فقر حاد في الدم. وحدثت الولادة طبيعية، وكان وزن شيلا ساعتها ٤ أرطال و ٨ أونسات. وقد صُرح للأم ووليدتها بمغادرة المستشفى في وقت غير محدد بعد فترة قصيرة من الولادة. (فترة الإقامة العادية في المستشفيات الجامايكية هي يوم واحد). في أسبوعها الثاني من العمر أعيدت شيلا إلى المستشفى بحالة يرقان حادة وعولجت بالضوء phototherapy. وقيل أنها سقطت من على السرير في عمر ٧ أشهر، لكن قبل ذلك، وتحديداً في شهرها السادس، لم تكن تجلس بعد.

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

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

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

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

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

السياق القومي

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

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

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

الشعب والثقافة

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

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

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

نظم الخدمات التعليمية

جاء في تقرير تقدم الأمم (UNICEF, 1998) أن ١٠٠٪ من الأطفال في جامايكا مسجلين بالمدارس الابتدائية، رغم أن مستوى معرفة القراءة والكتابة لا يتجاوز ٧٠٪. والحضور بالمدارس ليس إلزامياً ويميل إلى التذبذب اعتماداً على القدرة المالية للأسرة لتوفير أجور الحافلات والأحذية ومصروف الغداء وما إذا كانت هناك حاجة إلى الأطفال للمساعدة في الزراعة.

(١) الرستفارية Rastafarianism أو الحركة الرستفالية حركة دينية جديدة إبراهيمية توحيدية نشأت في الثقافة المسيحية في جامايكا في ثلاثينيات القرن العشرين يعبد أتباعها الإمبراطور السابق لأثيوبيا هيلا سيلاسي الأول باعتباره تجسيداً للرب (المترجم).

يبدأ التعليم الرسمي في عمر ٣-٤ سنوات في "مدارس أساسية" Basic Schools تدير غالبيتها الكنائس أو المنظمات غير الحكومية الأخرى ويتلقون بعض الدعم الحكومي للتدريب والطعام والإعانات المالية. وبحلول عمر ٦ سنوات يكون ٩٥٪ من الأطفال يحضرون بمدرسة. ومن الممكن استنتاج أن نسبة الـ ٥٪ الباقية من الأطفال على الأقل هم من ذوي الإعاقات. يغطي التعليم المدعوم من الحكومة المدارس الابتدائية للأطفال في عمر ٦-١٢ سنة والمدارس الثانوية والشاملة للطلاب في أعمار ١٢-١٥ سنة والمدارس العليا لذوي الأداء الأكاديمي الأعلى في أعمار ١٢-١٨ سنة. ويتوقف أغلبية الأطفال عن حضور المدرسة في عمر ١٥ سنة. ولم يعد التعليم الجامعي مجانياً، حيث توجد بجامايكا ثلاث جامعات وحوالي ١٠ كليات لإعداد المعلمين وعدداً من المدارس الفنية وكليات المجتمع.

تمول برامج التربية الخاصة بالدرجة الأولى من جانب الحكومة، لكنها تدار من جانب كل من المنظمات غير الحكومية ووزارة التعليم. ومعظم هذه البرامج معزولة، لكن الوزارة تتجه نحو التعليم الدمجي وستوقف دعمها للمؤسسات المعزولة. يوجد حوالي ٢٥٠٠ طفل في برامج التربية الخاصة وعدد أكبر لكن غير معروف يحضر بمدارس التعليم العام.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

بدأ التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات عام ١٩٧٥م بمشروع التحفيز المبكر Early Stimulation Project في كينغستون Kingston الذي أنشئ تحت إدارة ما كان يعرف حينذاك بمجلس جامايكا للمعاقين، وهي الهيئة الحكومية التي كانت مختصة بإدارة برنامج للبالغين ذوي الإعاقات. وقد كان من الأمور التي أثرت على تطور هذا البرنامج التكلفة ونقص الموظفين الماهرين والحاجة إلى الوصول إلى الأطفال في بيوتهم والحاجة إلى إشراك أولياء الأمور. ونتيجة لذلك تم تطوير نموذج يستخدم أيضاً في

برامج التأهيل المجتمعي، حيث يتلقى أكثر من ١٣٠٠ طفل في جامايكا تدخلاً مبكراً (انظر الجدول رقم ١، ١٠).

الجدول رقم (١٠، ١). تحليل عددي للتدخل المبكر في جامايكا.

عدد الأطفال	مقدم الخدمة
١٥٥	مشروع التحفيز المبكر
حوالي ٣٠٠	المشروعات المكرسة للأشخاص ذوي الإعاقات
٢٠٢	مجموعة كلارندون للمعاقين
٦٥٠	المنظمة التطوعية الخاصة
١٣٠٧	الإجمالي

المنهج والممارسات الصفية

بحلول عام ٢٠٠٣م كان كل التدخل المبكر في جامايكا تقريباً قائماً في المنزل. وهو متوفر في معظم أجزاء الجزيرة، وإن كان بدرجة متفاوتة من التغطية وغير كافية في الغالب. توجد أربع منظمات تقدم هذه الخدمة، بما في ذلك مشروع التحفيز المبكر الأصلي وهو الوحيد الذي لا يشكل جزءاً من برنامج التأهيل المجتمعي.

والمنهج المستخدم يختلف من منظمة لأخرى. تستخدم ثلاثة برامج (مشروع التحفيز المبكر والمشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات والمنظمة التطوعية الخاصة) دليل جامايكا - بورتج للتدخل المبكر (Caribbean Institute on Mental Retardation, 1986).

يتكون هذا الدليل من ثلاثة أجزاء: قائمة لتقييم النمو، ودليل للمنهج، ودليل لتوجيه المستخدمين. وقد كانت جامايكا واحدة من أوائل الدول التي استخدمت هذا المنهج خارج الولايات المتحدة، حيث تبنته جامايكا عام ١٩٧٥م وقتنته عام ١٩٧٦م، ثم تم تدريسه واستخدامه في مشروعات مختلفة في أجزاء كثيرة من الكاريبي، منها كوراكاو وباربيدوس

وترنيداد وأنتيغوا وغرينادا. كما يستخدم أيضاً في هايتي وجمهورية الدومينيكان. لكن هذا المنهج يستخدم في جامايكا بطريقة مختلفة عنه في كثير من الدول الأخرى، بل ويتفاوت استخدامه قليلاً داخل جامايكا نفسها. في دول كثيرة يقوم مهني (معلم عادة) وأحد الوالدين بإكمال تقييم الطفل وخطة البرنامج الفردي. ثم يحدث التدريس في المنزل من جانب نفس المعلم مع الأم. وفي جامايكا يكمل موظف التأهيل المجتمعي التقييم والتخطيط والتدريس المنزلي جميعها، مع إشراف متقطع من أحد المهنيين (راجع عنوان "الموظفون المجتمعيون متعددو الوظائف: مكون خاص لخدمات التدخل المبكر الجامايكية"). وفي مشروع التحفيز المبكر يقدم هذا الموظف التدريس المنزلي فقط.

تلعب الأسرة دوراً حاسماً في كل هذه البرامج. ولا يستطيع البرنامج أن ينجح دون مشاركة الأسرة. وقد اتضح منذ وقت مبكر جداً من مشروع التحفيز المبكر أنه لا بد من عمل إضافي مع الأسر للتغلب على العوائق المختلفة والمتكررة للمشاركة الأسرية، مثل نقص المعلومات، والأفكار الخاطئة حول طبيعة إعاقة الطفل، وقلة الوعي بوجود الإعاقة، وعدم التقبل، والفقر، والأمل في علاج آخر أسرع (مثل الذهاب إلى الولايات المتحدة من أجل العلاج الطبي، أو استخدام العلاجات العشبية أو زيارة الساحرات).

لقد كان لزاماً أن تعالج هذه القضايا، وقد طورت لهذا الغرض أربع إستراتيجيات رئيسية: (١) تعليم أولياء الأمور، (٢) استخدام أولياء الأمور كموظفي تأهيل مجتمعي، (٣) تكوين مجموعات أولياء الأمور، (٤) مشروعات توليد الدخل (Thorburn, 1991). وقد أصبحت كل الإستراتيجيات عناصر مكتملة في معظم برامج التدخل المبكر في جامايكا. فتوجد الآن منظمات فاعلة لأولياء الأمور في كل الأبرشيات، ومجموعة دفاع قومية من أولياء الأمور. وتم تطوير مناهج مزودة بأدلة وأشرطة فيديو لتدريب أولياء الأمور (3D Projects, 1995)، وغالبية موظفي التأهيل

المجتمعي في معظم البرامج يكونوا من أولياء الأمور. لكن هناك مع ذلك نقيصة في البرامج وهي قلة مشاركة الآباء في أغلبية الأسر.
المؤثرات النظرية

كانت هناك ستة مؤثرات رئيسة على تطور هذه المشروعات، تجلى خمسة منها منذ بداية التدخل المبكر في جامايكا:

- ١- استخدام نموذج بورتج (Shearer & Shearer, 1972).
 - ٢- استخدام النموذج السلوكي الواضح في نموذج بورتج.
 - ٣- استخدام نموذج القوة العاملة.
 - ٤- حشد أولياء الأمور.
 - ٥- استخدام ممارسين غير مهنيين Paraprofessionals كموظفي تأهيل مجتمعي.
- لقد تعرض مهنيو التربية الخاصة في جامايكا للنموذج السلوكي في عامي ١٩٧٤/١٩٧٥م من خلال مقررات قصيرة كان يقدمها علماء نفس من ولاية نيويورك عبر برنامج شركاء الأمريكتين. أما نموذج القوة العاملة فقد جاء من كندا (National Institute, 1971)، وهو يصنف الموظفين المطلوبين لبرامج الإعاقة إلى ٤ مستويات، تتمثل غالبيتهم في الأشخاص منخفضي التدريب (من ٦ أشهر إلى سنة) لكنهم يتحلون بالشخصية الملائمة (مثل موظفي التأهيل المجتمعي). وقد خصص هذا الفصل لوصف استخدام أولياء الأمور كموظفي تأهيل مجتمعي. واستخدام وتدريب الممارسين غير المهنيين مفصل تحت عنوان "الموظفون المجتمعيون متعدّدو الوظائف: مكون خاص لخدمات التدخل المبكر الجامايكية".

المؤثرات السياسية

ثمة صعوبة في التفكير في أية مؤثرات سياسية على برامج التربية الخاصة، وذلك لأنها استمرت ونالت الإقرار منذ عام ١٩٧٥م رغم تغيير الحكومات. لكن بالمعنى

الواسع كان هناك غياباً كلياً لتطوير السياسات في هذا المجال المهم للخدمة الإنسانية. وثمة مؤثر أكثر أهمية وصلته وهو الاقتصاد الذي كان تأثيره سلبياً جداً منذ البداية. كان البرنامج الوحيد الذي تدعمه الحكومة بالكامل هو مشروع التحفيز المبكر، وقد تراجع هذا الدعم جداً لدرجة أن عدد موظفي البرنامج انخفض إلى ربع عددهم في السبعينيات.

أما البرامج الأخرى فتديرها جميعاً المنظمات غير الحكومية وتحصل على بعض الدعم المالي من الحكومة، لكنها تعتمد بالدرجة الأولى على التمويل الخاص والدولي، الذي تزداد صعوبة تأمينه أكثر فأكثر. ومع التراجع الاقتصادي في العالم الثالث منذ الثمانينيات تكافح هذه البرامج من أجل البقاء، حيث لم يكن من الممكن أن تحصل على دعم كبير من المستفيدين. ولم يكن لإغلاق البرامج القائمة على المنزل بهامشيتها نفس التأثير الكبير لإغلاق مؤسسة.

المؤثرات الثقافية

يمكن تمييز مؤثرين ثقافيين رئيسيين: استخدام النموذج الأمريكي ودور ممارسات تربية الأطفال في جامايكا.

استخدام النموذج الأمريكي

لقد حسم الأمر منذ بدء مشروع التحفيز المبكر عام ١٩٧٥م باستخدام نموذج منهج متبع في الولايات المتحدة الأمريكية وهو نموذج بورتج (Shearer & Shearer, 1972). وقد كان لهذا التبني مزاياه وعيوبه.

المزايا: تتضمن المزايا توفر منهج جاهز ومواد تقييم ودليل للتدريس، فضلاً عن إمكانية طلب المشورة والمساعدة من مشروع بورتج نفسه. وفيما بعد بدأت دول أخرى في استخدام نموذج بورتج. وقد سمح ذلك بتبادل المعلومات بين دول العالم الثالث والعالم الأول، كما يسرّ عقد مؤتمرات وإصدار نشرة دولية منتظمة.

وهذا المنهج سهل في تعلمه ويمكن أن يستخدمه الممارسون غير المهنيين. فلا يشترط في من يستخدمه أن يكون متخصصاً في علم النفس. وقد يسر ذلك للأشخاص الأقل تدريباً أن يوصلوا هذه الخدمة في البرنامج. ومن المزايا الأخرى مرونة النموذج، وكذلك سهولة تقويم التقدم فيه بفضل طبيعته الموضوعية.

العيوب: ثمة عيبان أساسيان: اللغة والثقافة اللتان يقوم عليهما النموذج. فلغة البرنامج هي الإنجليزية القياسية، وقد صيغت بطريقة مقتضبة جداً. وتلك اللغة وهذه الصياغة يصعب فهمهما واستخدامهما على الناطق بالكريولية، سواء موظفي التأهيل المجتمعي أم أولياء الأمور. وقد تطلب ذلك وقتاً طويلاً في أثناء التدريب من أجل توضيح معنى الكثير من المفردات في القائمة، خاصة القسم الخاص باللغة. وهذا الأخير يتطلب فهم القواعد الأساسية. وكان الحل لتلك المشكلة هو تقنين لغة النموذج إلى اللغة العامة.

يقوم منهج بورتج أيضاً على أسلوب الحياة الأمريكي الذي يختلف تماماً عن نظيره في جامايكا (رغم أن الفجوات آخذة في الانغلاق بفعل القرب المكاني بين الدولتين وتأثير التلفزيون الأمريكي). وقد أخضعت مسألة الملاءمة الثقافية للمناقشة، وكانت خلاصة النقاش أن مزايا البرنامج تُجَب عيوبه. وبالتأكيد يساعد استخدام النموذج السلوكي كثيراً في تأكيد الحاجة إلى التعزيز الإيجابي الذي تفتقر إليه في الغالب ممارسات تربية الأطفال في جامايكا.

دور ممارسات تربية الأطفال في جامايكا

لقد تأثرت ممارسات تربية الأطفال في جامايكا كثيراً بتفسخ الأسرة في أثناء العبودية وميراث هذه الفترة المتمثل في الأسر غير المستقرة. فكثير من الأسر تحمل فيها البنات غير المتزوجات مبكراً، ويولد الأطفال خارج إطار الزواج، وقلّة اللعب والكتب ومواد الكتابة، وغياب الآباء، والعنف المنزلي، وحاجة الأمهات للعمل. وفي

أحيان كثيرة يترى الأطفال على يد أفراد من الأسرة غير الوالدين ، كالجندات أو العمات المسنات اللاتي يكن كثيراً أقل مرونة ويؤمن بالخرافات (Thorburn, 1998). وتتضمن أنماط تربية الأطفال تأييد أدوار النوع التي تشجع خروج الأولاد من المنزل وعدم تجاوز البنات لفناء المنزل. وغالباً ما يحظى الأولاد بتدليل مفرط ، وهو ما يبقى إلى سن البلوغ مع الكثير منهم. ومن النتائج البسيطة المترتبة على ذلك فشل كثير من الأولاد في المدرسة. وتلقي نسبة من الأولاد أعلى بكثير من البنات خدمات الإعاقة (Thorburn, 2000).

كما تميل إدارة سلوك الأطفال لأن تكون سلبية وغياب استخدام التعزيز الإيجابي ، والتركيز على السلوك السلبي والاستخدام المتكرر للعقاب البدني (Barrow, 1996). وفي بعض الأحيان يستخدم منع الطعام كعقاب (Sobo, 1993).

وكما في معظم دول العالم الثالث يسود في جامايكا نسق معتقدات ربما يؤثر سلباً على الطفل أو يؤثر عكسياً على فعالية التدخل. من ذلك أن المعتقدات الخارقة تؤثر على ١٥٪-١٧٪ من فهم الناس للإعاقة. فهم ربما يعتبرون الإعاقة عقاباً من عند الله ، أو ناتجة عن رؤية المرأة الحامل لشخص معاق ، أو الشعور بالأسى على الحيوان ، أو ظهور عفريت زتلبسه للطفل (Thorburn, 1998). وثمة اعتقاد آخر واسع الانتشار هو التدخل الإلهي إما في التسبب في الإعاقة أو الخلاص منها. تنتشر كل هذه المعتقدات بين المجموعة الأكبر والأصغر سناً والأقل تعليماً (Thorburn, 1998). ومن المعتقدات الأخرى السائدة أن الأطفال ذوي الإعاقات لن يحققوا أي تقدم وسوف يكونوا عبئاً ويجب وضعهم دائماً في "البيوت" أو المؤسسات وأنهم لا يتمتعون بنفس حقوق الأشخاص الآخرين. تؤثر كل هذه المفاهيم على تقبل الأشخاص ذوي الإعاقات ، ودافعية مقدمي الرعاية للمشاركة في برامج التدخل ، وقبول الأطفال في المدارس والبالغين في الوظائف ، وتقديم خدمات غير كافية.

وهناك أخيراً تلك الممارسة الثقافية الخاصة، التي ربما تكون قد نشأت في غرب أفريقيا وتمارس على نطاق واسع في جامايكا وفي كثير من جزر الكاريبي الأخرى، وتتمثل في روتين التدريبات الحركية الذي تستخدمه الأمهات والجدات مع الأطفال بعد الاستحمام (Hopkins & Westra, 1988; Werrij, Voeten, Adriaanse, & Thorburn, 2000). يتضمن هذا الروتين مط الأطفال وهزهم وتشكيل أجسامهم وتدريبات حركية وإسنادهم في وضع الجلوس. وهذا الروتين يستخدم لفترات أطول وبتكرار أكثر مع الأطفال ذوي الإعاقات (van der Putten, Finkenflugel, & Thorburn, 2001)، وربما يكون لذلك قيمة علاجية ممكنة.

الموظفون المجتمعيون متعدّدو الوظائف: مكون خاص لخدمات التدخل المبكر الجامايكية

ثمة خاصية مميزة لبرامج التدخل المبكر الجامايكية أسهمت في نجاحها واستمراريتها هي استخدام موظفين مجتمعيين متعدّدي الوظائف. وكما ذكرنا سابقاً فإن غالبية هؤلاء الموظفين نساء لم يحصلن على تدريب سابق وكثير منهن أمهات أو أفراد أسر ذات أطفال معاقين، ودائماً ما يجترن من جماعات بها أطفال سيحصلوا على الخدمة.

وقد نشأت فكرة هذا النموذج من مصدرين: برنامج معاونين الصحيين المجتمعيين Community Health Aide Programme في جامايكا وخبرة تدريب الموظفين الذين يعتنون بالأطفال ذوي الإعاقات في دور الحضّانة النهارية.

بدأ برنامج معاونين الصحيين المجتمعيين في عام ١٩٧٠م السير كينيث ستاندارد من جامعة جزر الهند الغربية كوسيلة لتوفير الرعاية الصحية الأولية بتكلفة منخفضة. أعطيت النساء قليلات التعليم التي اختارتهن المجتمعات المحلية ٣ أشهر من التدريب لتقديم المهام الصحية الشائعة والأساسية والبسيطة في مجتمعاتهن المحلية تحت إشراف ممرضات وقابلات صحيات عامات. تبنّت حكومة جامايكا هذا المشروع الأولي

وحولته الآن إلى برنامج قومي. وفيما بعد تدرّب معاونون الصحيون المجتمعون بأحد مناطق كنجستون لكي يقدموا التحفيز المبكر للأطفال ذوي سوء التغذية.

وقد قامت المؤلفة عام ١٩٧٤م عندما كانت تعمل بقسم السير ستاندارد بجامعة جزر الهند الغربية بتدريب مجموعة من المتسربين من المدارس في برنامج حكومي للقيام بالفحص النمائي (Thorburn & Brown, 1976). كانت تلك أيضاً هي خبرة المؤلفة الأولى لتدريب مجموعة من النساء من برنامج توظف حكومي خاص للعمل في مراكز رعاية الطفولة. وقد قررت أن تستخدم النساء من هذا البرنامج في مشروع التحفيز المبكر.

إن نقص الخبرة (أي الموظفين المهنيين المدربين على نوع محدد من العمل) أحد المشكلات الرئيسة التي تواجه البرامج المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقات في دول العالم الثالث. فالوظائف في خدمات الإعاقة، خاصة برامج التأهيل المجتمعي CBR، لا تدفع أجوراً مجزية ويصعب جذب المهنيين إليها. وكذلك لا يقدم تدريب محدد لموظفي التدخل المبكر في البرامج التدريبية القياسية على مستوى الجامعات أو كليات المجتمع. كما توجد مشكلة أخرى هي أن كثيراً من برامج التدخل لا تقدم التوظيف بسبب صعوبة الموقف المالي لمعظم المنظمات غير الحكومية وقلة البرامج الحكومية. فعندما بدأ مشروع التحفيز المبكر في عام ١٩٧٥م كان الموظفون يتكونون فقط من المؤلفة (طبيبة) وممرضة صحية عامة ومعلم ابتدائي متطوع. وبفضل دليل بورتج فقط تمكن المشروع من العمل.

ومن أجل التغلب على هذا النقص في الخبرة، قرر الموظفون أن يتبنوا نموذج القوة العاملة الكندي Canadian Manpower Model الذي يحتاج إلى بنية هرمية من أربع مستويات. يتكون المستوى الأول من موظفي التأهيل المجتمعي الذين يشكلون ٦٠٪ تقريباً من الموظفين. ويتمثل المستوى الثاني في المشرفين الذين يكونوا عادة موظفي تأهيل مجتمعي بلغوا هذه الدرجة بفضل خبرتهم وكفاءتهم واحترامهم للموظفين الآخرين، وهم يشكلون ٢٠٪. ويتمثل المستوى الثالث في المهنيين (١٠٪)، والمستوى الرابع في المدير.

يقوم مشروع التحفيز المبكر على فريق صغير من مهنين اثنين وفريق أكبر من موظفي التأهيل المجتمعي بنسبة ١ إلى ٨. ومن المفترض أن يكون الفريق المهني متعدد التخصصات، وكذلك موظفي التأهيل المجتمعي يجب أن يكونوا أيضاً متعددي التخصصات في شخص الموظف الواحد.

لقد كان تطوير دور موظفي التأهيل المجتمعي حاسماً لعمل البرنامج. وحيث أن موظفي التأهيل المجتمعي كانوا عادة من النساء ذات المستوى التعليمي المحدود، فقد كان لزاماً أن يكون التدريب ملائماً لهن لكي يفهمن ويتعلمن. كان ذلك يعني في البداية استخدام أنواع من التدريب عملية وتشاركية مع تقليل التنظير إلى حده الأدنى، فضلاً عن تقسيم التدريب إلى وحدات موزعة على فترة زمنية، سنة عادة.

صمم التدريب على أساس الوظائف والمهام المطلوبة من موظفات التأهيل المجتمعي. وقد رجعت الوظائف والمهام عدة مرات منذ عام ١٩٧٥م. وقد عرض التدريب السابق بشكل مفصل في عدة مطبوعات (Thorburn, 1976, 1990, 1992b). وكانت وحدات التدريب عبارة عن:

- ١- وحدات أساسية: ٣-٤ أسابيع.
- ٢- استخدام دليل جامايكا - بورتج للتدخل المبكر: أسبوعين.
- ٣- مهارات تربية الطفل (إدارة السلوك): أسبوع واحد.
- ٤- العلاج الطبيعي البسيط والمعينات المعدلة: أسبوعين.
- ٥- النطق واللغة: أسبوع واحد.
- ٦- فحص وإدارة الرؤية والسمع: أسبوعين.
- ٧- لعينة متتقة من موظفي التأهيل المجتمعي استخدام اختبار دينفير الثاني Denver II test (Frankenburg et al., 1992): أسبوع واحد.

خُرج هذا البرنامج التدريبي موظفات متعدّدات الوظائف أصبحن رائعات ومهتمات عندما اكتسبن الخبرة، حتى أن الزوار المهنيين إلى المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات كانوا يعجبون دائماً بمدى المهارات والاهتمام بتعلم المزيد الذي أظهرته موظفات التأهيل المجتمعي. وقد رقيت اثنتان منهن إلى وظيفة منسق، وهي وظيفة كانت لا تعطى في السابق إلا للمهنيين.

وفي عام ١٩٩٩م أجريت مراجعة جديدة للمهام وأهداف تدريب، مع التركيز على تطوير دليل تدريبي لإعداد الموظفين المجتمعيين بوزارة الصحة لتقديم التدخل المبكر. كما استخدم التدريب أيضاً لمجموعة جديدة من الموظفين بالمشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات في وقت مبكر من عام ٢٠٠٠م. وقد كانت الأهداف من التدريب الأساسي لهاتين المجموعتين تتمثل في:

- ١- التعرف على الأطفال ذوي الإعاقات مبكراً قدر الإمكان عن طريق الفحوصات النمائية واستخدام معايير الخطر في عيادات ما بعد الولادة ورعاية الطفل.
- ٢- إحالة الأطفال الذين يتم التعرف على وجود إعاقات لديهم إلى عيادة خاصة بغرض التقييم وعلاج أية مشكلات طبية. وبعد ذلك يوزع الأطفال على موظفي التأهيل المجتمعي كل طفل في منطقته.
- ٣- أن تقدم موظفات التأهيل المجتمعي تدخلاً قائماً على المنزل من خلال تعليم مقدمي الرعاية الأنشطة والتمارين الملائمة للأطفال، على أن ينفذ أولياء الأمور التدريب في بيوتهم في الفترات الممتدة بين زيارات موظفات التأهيل المجتمعي.
- ٤- أن يعاد على فترات منتظمة تقييم الأطفال ذوي الإعاقات الذين يتلقون تدخلاً وذلك من أجل التأكد من حدوث تقدم. وإذا لم تتضح أدلة على حدوث تقدم، يمكن أن يحال الطفل إلى مهني أو هيئة أخرى.
- ٥- أن يتم تقييم الأطفال ذوي الإعاقات في عمر ٣-٤ سنوات لتقرير إمكانية وضعهم في فصول ما قبل المدرسة المحلية بالتعليم الدمجي. وسوف تقدم موظفة التأهيل

المجتمعي دعماً للمعلم والطفل وفقاً لحاجة كل منهما. وبالنسبة للأطفال الذين يعتبرون غير جاهزين للمدرسة، تواصل موظفة التأهيل المجتمعي تقديم تدخل قائم على المنزل إلى أن تستغني عنه الأم وطفلها.

٦- تم أيضاً تطوير أهداف تدريبية مفصلة بناء على الأهداف الخمسة السابقة (راجع الملحق الوارد في نهاية هذا الفصل).

لقد أجري التدريب في الموقع على يد موظفين من المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات: مهنيين وموظفات تأهيل مجتمعي خبيرات. وفي حالة موظفات التأهيل المجتمعي استمر التدريب أربعة أسابيع. وفي تدريب وزارة الصحة تم تدريب ممرضات ممارسات وممرضات من الصحة العامة لمدة ثلاثة أيام. وقد تلقى معاونو الصحة المجتمعية أسبوعاً من التدريب منذ سنة بما سمح لبقية التدريب أن يكتمل في ثلاثة أسابيع.

تدريب المهنيين

في برامج التدخل المبكر والتأهيل المجتمعي بالعالم الثالث يتركز نقاش كثير حول أنواع المهنيين المطلوبين للوظائف الإشرافية والتوجيهية. وقد اقترحت منظمة الصحة العالمية لهذه الوظائف المهنيين من المستوى المتوسط، لكن برامج قليلة فقط تعد مثل هؤلاء الأفراد (Mendis, 1995). وقد اتفق الزملاء المشاركون في مراكز التأهيل المجتمعي مع مؤلفة هذا الفصل على أنه ربما كان المهنيون الأكثر نفعاً والأكثر توفراً هم المعالجون المهنيون وأخصائيو العلاج الطبيعي. لكن هؤلاء يجب أن يكونوا مرنين ويتعلموا مهارات جديدة، خاصة في مجالات الإشراف والإدارة والتدريب.

في نظام نموذج القوة العاملة رباعي المستويات، يتكون المستوى الثالث من المهنيين. وفي المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات يحتل هؤلاء وظيفة المنسقين. وعادة يكون هناك منسق واحد لكل برنامج أبرشية. وفي السابق كانت المشروعات المخصصة

للأشخاص ذوي الإعاقات تستطيع أن توظف أخصائيي، مثل أخصائيي العلاج الطبيعي، للإشراف والتدريب، لكن القيود المالية الحالية حالت دون ذلك.

والمنسقة إلى جانب وظيفتها الإشرافية تكون أيضاً موظفة متعددة الوظائف. فهي تحتاج نفس مهارات موظفة التأهيل المجتمعي لكن بعمق أكبر في كل من المعرفة والحكم. وتحتاج أيضاً إلى المهارات الإدارية والإشرافية والتدريبية. وهذا الجمع بين هذه المجالات ليس متوفراً عموماً في دول العالم الثالث، لذلك كان لزاماً أن يتم تدريب المهنيين المختلفين الذين استخدموا في هذه المواقع. وقد تضمنت خلفية هؤلاء المهنيين المعلمين وممرضات الصحة العامة والممرضات الممارسات وموظفات الخدمات الاجتماعية. وفي الفترة من ١٩٩١ إلى ١٩٩٣م قدمت المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات برنامجاً تدريبياً قصيراً أثناء الخدمة لتقديم خلفية معمقة لمجموعة من منسقيها ومشرفيها سُمي تدريب المستوى الوسيط من التأهيل المجتمعي. شارك في هذا البرنامج اثني عشر موظفاً لمدة أربعة أيام في الشهر. كانت الحاجة واضحة لأن يقدم هذا النوع من التدريب كمقرر يعطي درجة علمية في جامايكا. تناقش قضايا التدريب الحالية والمستقبلية في مراكز التأهيل المجتمعي بالتفصيل في ورقة ويرز (Wirz, 2000) وثوربيرن (Thorburn, 2000).

الدروس المتعلمة

على مدار السنين أجريت تقييمات مختلفة لبرامج التدخل المبكر والتأهيل المجتمعي في جامايكا. ويعمد التقييم لأسباب كثيرة واحداً من أصعب الجوانب في البرامج منخفضة التكاليف القائمة على المنزل. فالتقييم يكون صعباً بسبب انخفاض الكلفة ومحدودية الخبرة المهنية. كما تنتج صعوبة تقييم برامج التدخل المبكر أيضاً عن التنوع الكبير في مكونات البرنامج والإعاقات المتضمنة.

جريت المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات نوعين من التقييم. كان الأول تقييم أثر وجهات نظر أولياء الأمور في البرنامج في أبرشيتين منفصلتين في

سنتين مختلفتين (Thorburn, 1992a). لم تتضمن المحاولة مجموعة ضابطة. وجاءت النتائج من المنطقتين متماثلة تقريباً ومتماسكة ومؤيدة. وقد وجد أن الزيارات المنزلية كانت تحظى بتقدير واضح لأنها أعطت لأولياء الأمور التشجيع والانتباه من مستمع متعاطف. واتضح أن فهم أولياء الأمور ومعرفتهم حول إعاقة أطفالهم كانت جيدة مقارنة بمجموعة من أولياء الأمور لم يشاركوا في برامج التأهيل المجتمعي، حيث استطاع ٩٢٪ من أولياء الأمور المشاركين في المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات أن يحددوا إعاقة أطفالهم مقارنة بـ ١١-٤٥٪ في المجموعة الثانية. ومن بين أولياء الأمور الذي شملهم التقييم أقر ٦٧٪ ممن شاركوا في المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات بحدوث تغيير إيجابي في الاتجاهات، و٧٢٪ بحدوث تغيير في الممارسات مع أطفالهم. وعلاوة على ذلك قال ٧٦٪ أنهم شعروا بتحسن في أطفالهم نتيجة للبرنامج، وقال ٩٣٪ أنهم يزكون البرنامج لأولياء أمور آخرين.

قررت المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات في عام ١٩٩٥م أن تستخدم حزمة متابعة العمليات وتحليل النتائج (Operations Monitoring and Analysis of Results (OMAR) لتقييم برنامجها، إلى جانب برنامجين آخرين للخدمات القائمة على المجتمع المحلي في جامايكا. وقد نتجت هذه الحزمة عن جهد من جانب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لتطوير حزمة تقييم سهلة الاستخدام ورخيصة التكلفة تسمى متابعة العمليات وتحليل النتائج (OMAR; Jonsson, 1994). وتشتمل الحزمة على المجالات الخمسة التالية:

- ١- الفعالية: هل يحقق البرنامج تقدماً مرضياً؟ هل يحقق البرنامج أهدافه؟ وقد تم تقييم ذلك باستخدام استبانة تسمى "استبانة أنشطة الحياة اليومية" (Thorburn, Desai, & Davidson, 1992) تقييم مشكلات الفرد ثم تعيد تقييمها بعد فترة محددة (في هذه الحالة بعد سنة).

٢- التأثير: ماذا كان تأثير البرنامج على الأشخاص ذوي الإعاقات والمجتمع المحلي بشكل عام؟ وقد تم تقييم ذلك بعدة استبانات طبقت على أولياء الأمور والأشخاص ذوي الإعاقات وعينة من الموظفين.

٣- الصلة: هل العمل الذي يجري له صلة باحتياجات الناس؟ وقد تم تقييم ذلك من الاستجابات الإجمالية على الاستبانات المختلفة.

٤- الكفاءة: هل تم استخدام الموظفين والمصادر الأخرى بأقصى كفاءة ممكنة؟ وقد تم تقييم ذلك في ضوء الاستبانات التي طبقت على الموظفين الإداريين بالمشروعات المكرسة للأشخاص ذوي الإعاقات.

٥- الاستدامة: هل يمكن للبرنامج أن يستمر دون دعم خارجي؟ هل نمت القدرة والاهتمام المحليين؟ وقد تم تقييم ذلك أيضاً عن طريق الاستبانات التي طبقت على الموظفين الكبار.

وبمساعدة طالبين جامعيين هولنديين قضيا ٦ أشهر في جامايكا تم تطبيق حزمة التقييم وظهرت نتائج الجزء الأول في عام ١٩٩٦م (كتاب غير منشور). ومن أجل إجراء مكون الفعالية، قام طالبان آخران بإكمال التقييم في السنة التالية.

أثبت التقييم أنه عمل صعب يتطلب خبرة في الحاسوب، وهي خبرة لا تتوفر عادة في برامج التأهيل المجتمعي إلى أن تكتسب حنكة (قدم الطلاب ذلك للتقييم). وثمة مشكلة أخرى تجلت في أن الجهد الذي بذل لتبسيط أسئلة الاستبانات أدى إلى صعوبات في فهم أولياء الأمور وتسجيل استجاباتهم وتحليلها. فما قصد به أن يكون تحليلاً كمياً سهلاً لم يعط نتائج مفيدة وواضحة عبر المكونات الخمسة لحزمة التقييم، ولذلك ارتؤي أن النموذج الكيفي قد يكون أكثر فعالية، لكنه سيكون أصعب في التسجيل والتحليل. وثمة مشكلة ثالثة هي أن الاستبانات المستخدمة لم تحدد ما هي الاستبانة أو الأسئلة المقصودة لكل مكون من التقييم.

ونتيجة لذلك فرغم توفر تغذية مرتدة مفيدة لمديري المشروع، لم تكن ثمة إمكانية لتتائج محددة تتعلق بالفعالية والصلة والاستدامة، إذ كان لا بد من استنتاجها. فلم يشعر الطلاب بأنه قد توفرت لديهم المعلومات الضرورية لتقييم الكفاءة. وقد أثبتت الفعالية أنها الأصعب في تقويمها بسبب عدم كفاية المتابعة في السنة الثانية للمستفيدين الذين شاركوا في السنة الأولى. فقد جعل التسرب الأعداد النهائية غير كافية لاستخلاص استنتاجات صادقة، وكذلك لم تكن الاستبانات المستخدمة لتقييم التقدم حساسة بما يكفي.

إن أفضل أداة لتقييم الفعالية هي قائمة بورتج من أجل القياس الكمي للمكاسب النمائية. وقد استخدمت القائمة لتقييم تقدم الأطفال في برنامج التحفيز المبكر في منطقة كنغستون في عام ١٩٧٨م (Thorburn, Brown, & Bell, 1979). لكن هذه الطريقة قد لا تحظ بالقبول في البرامج الغربية بسبب افتقارها إلى الاختبار النفسي وغياب المجموعة الضابطة. لكن هذا النوع من البحوث المتطورة أبعد من إمكانات الخدمات الاجتماعية منخفضة التكاليف.

وإضافة إلى ما سبق فقد تعلمنا دروساً كثيرة من التجربة، منها أن المهنيين يميلون إلى المراوغة والرغبة في الصعود الاجتماعي، مما يؤدي إلى معدل مرتفع لترك المجال. وقد واجهتنا صعوبة خاصة في استقطاب أخصائيي العلاج الطبيعي، لكننا لا نعرف السبب وراء ذلك إلى الآن. وقد أثبتت موظفات التأهيل المجتمعي - خاصة الأمهات - أنهن متفانيات جداً ويمكن أن يصبحن موظفات ماهرات وخبيرات. وقد ظللن وفيات للبرنامج حتى في الأوقات الصعبة.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

لقد كان من أسباب نجاح البرنامج استخدامه للأمهات كموظفات تأهيل مجتمعي. فهؤلاء الأمهات لهن مصلحة شخصية في تنمية الأطفال ذوي الإعاقات. ومن

خلال الملاحظة المباشرة تمكن الموظفون من اختيار الأمهات اللاتي اتضح تفانيهن الاستثنائي في الطرق التي يتعاملون بها مع أطفالهن.

ثانياً يرجع نجاح التدريب المتضمن في البرنامج إلى اعتماده على الطرق التشاركية والممارسة العملية، بما في ذلك التعامل المباشر مع الأطفال ذوي الإعاقات. ويعتمد التدريب على إجراء تحليل مهام للوظيفة التي سيؤديها المتدرب. وفي هايتي أيضاً استخدمت دورة "تدريب المديرين" النموذج التشاركي Participatory Approach لتحليل المهام وتخطيط التدريب في برنامج جديد للتأهيل المجتمعي. وقد كان هذا البرنامج ناجحاً أيضاً، حيث تعلم المهنيون وخططوا في نفس الوقت.

ثالثاً يعتبر النموذج السلوكي مكوناً في نجاح البرنامج، حيث كان مؤثراً في تنفيذ التدريب القائم في المنزل وفي المساعدة في تغيير الممارسات السلبية في مجال تربية الأطفال السائدة في المجتمع الجامايكي.

خاتمة

لقد قدم هذا الفصل وصفاً لخصائص برامج التدخل المبكر المنزلية منخفضة التكاليف التي تستخدم في جامايكا وتصل إلى حوالي ١٣٠٠ طفلاً من شريحة ما قبل المدرسة. وتعد تلك البرامج في الغالب جزءاً من برامج التأهيل المجتمعي الأكبر ويقدمها نساء من المجتمع المحلي حاصلات على التعليم الأساسي، وكثيراً منهن أمهات لأطفال معاقين. بدأ البرنامج الأول منذ عام ١٩٧٥ م، وهو يثبت أن استمراريته ترتبط بملاءمة خصائصه التدريبية والثقافية والمالية وكذلك خصائص موظفيه. وعموماً فإن هناك حاجة إلى مزيد من البحوث لتحديد المخرجات طويلة المدى بالنسبة للأطفال الذين استمروا في البرنامج.

وربما كانت السمة المخيبة للأمال أكثر من غيرها هي فشل الحكومة في دمج برامج التدخل المبكر في البرامج الحكومية. فكل برامج التدخل المبكر الحالية ما عدا

واحد فقط تديرها منظمات غير حكومية بإعانات مالية حكومية صغيرة، بينما يأتي الدعم الرئيس من المانحين من وراء البحار. ومن المفترض أن تدمج برامج التدخل المبكر في برنامج الصحة المجتمعية أو تربية الطفولة المبكرة. وقد بذلت محاولتان لتحقيق الدمج من النوع الأول لكنهما لم تنجحا، حيث تم تدريب موظفي الصحة المجتمعية لكن التدخل المنزلي لم يطبق. كما تولت وزارة التعليم المسئولية عن رعاية الطفولة وتعليم ما قبل المدرسة للأطفال ٣-٦ سنوات. وربما حان الوقت الملائم لكي تحاول الوزارة أن تدمج التدخل المبكر أيضاً.

المراجع

References

- Barrow, C. (1996). *Family in the Caribbean: Themes and perspectives*. Kingston, Jamaica: Ian Randle Publishers.
- Bluma, S.M., Shearer, M.S., Frohman, A., & Hilliard, J. (1976). *Portage Guide to Early Education: Checklist, Curriculum and Card File*. Portage, WI: Cooperative Educational Service Agency.
- Caribbean Institute on Mental Retardation and Other Developmental Disabilities. (1986). *Jamaica—Portage Guide to Early Education*. Spanish Town, Jamaica: 3D Productions.
- Frankenburg, W.K., Dodds, J.B., Archer, P., Bresnick, B., Maschka, P., Edelman, N., & Shapiro, H. (1992). *Denver Developmental Screening Test II (Denver II)*. Denver, CO: Denver Developmental Materials.
- Hopkins, B., & Westra, T. (1988). Maternal handling and motor development: An intra-cultural study. *Genetic, Soda! and General Psychology Monographs*, 114, 377-408.
- Jonsson, T. (1994). *OMAR in rehabilitation. A guide on operations monitoring and analysis of results*. Geneva: United Nations Development Programme Interregional Programme for Disabled People.
- Mendis, P. (1995). Education of personnel: The key to successful community-based rehabilitation. In B. O'Toole & R. McConkey (Eds.), *Innovations in developing countries for people with disabilities* (pp. 211-220). Lancashire, England: Lisieux Hall.
- National Institute on Mental Retardation, Canada. (1971). *A national mental retardation manpower model*. Toronto: Roehner Institute.
- Shearer, M., & Shearer, D. (1972). The Portage model: A model for early childhood education. *Exceptional Children*, 36, 210-220.

- Sobo, E.J. (1993). *One blood: The Jamaican body*. Albany: State University of New York Press.
- Thorburn, M.J. (1990). Training community workers for early detection, assessment and intervention. In M.J. Thorburn & K. Marfo (Eds.), *Practical approaches to childhood disability in developing countries* (pp. 125-140). Spanish Town, Jamaica: 3D Projects.
- Thorburn, M.J. (1991). Mobilising parent involvement in Jamaica. In V.R. Pandurangi & P.A. Woods (Eds.), *Early intervention for pre-school children in developing countries* (pp. 63-67). Bangalore, India: Sri Suhindra Printing Press.
- Thorburn, M.J. (1992a). Parent evaluation of a community based rehabilitation programme in Jamaica. *International Journal of Rehabilitation Research*, 15, 170-176.
- Thorburn, M.J. (1992b). Training community workers in a simplified approach to early detection, assessment and intervention. *Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap*, 16, 24-29.
- Thorburn, M.J. (1998). Attitudes towards childhood disability in three areas in Jamaica. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 9, 20-24.
- Thorburn, M.J. (2000). Advances in the provision of services for children with disabilities in Jamaica (1988-1997). *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 11, 69-79.
- Thorburn, M.J. (2001). *Manual for training community workers in early intervention and community based rehabilitation for children with disabilities*. Spanish Town, Jamaica: 3D Projects.
- Thorburn, M.J., & Brown, J.M. (1976). Para-professionals in early detection and stimulation. In M.J. Thorburn & C.A. Tucker (Eds.), *Proceedings of the Fourth Caribbean Congress on Mental Retardation* (pp. 125-134).
- Thorburn, M.J., Brown, J.M., & Bell, C. (1979, August). *Early stimulation of handicapped children using community workers*. Paper presented at the Fifth Congress of the International Association for Scientific Study of Mental Deficiency, Jerusalem, Israel.
- Thorburn, M.J., Desai, P., & Davidson, L.L. (1992). Categories, classes and criteria in childhood disability. *International Disability Studies*, 14, 122-142.
- 3D Projects. (1995). *Parent training. A manual for training parents in disability issues* [Book and video]. Spanish Town, Jamaica: Author.
- UNICEF. (1998). *The progress of nations 1998*. New York: UNICEF Publications.
- van der Putten, A.A.J., Finkenflugel, H.J.M., & Thorburn, M.J. (2001). Formal handling routines: Child-rearing practices in Jamaica. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 12, 52-62.
- Werrij, M., Voeten, C.D., Adriaanse, H.P., & Thorburn, M.J. (2000). Formal handling routines in Jamaican infants: Knowledge, attitudes and behavior. *West Indian Medical Journal*, 49, 38-42.
- Wirz, S. (2000). Training of CBR personnel. In M. Thomas & M.J. Thomas (Eds.), *Selected readings in community based rehabilitation: Series 1. CBR in transition*, 96-108. Bangalore, India: Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal.

ملحق الفصل العاشر: أهداف التدريب للموظفين المجتمعيين

الموضوعات العامة

إن الموظفين يجب أن:

- ١- يكونوا على ألفة كاملة بعمل البرنامج.
- ٢- يكونوا قادرين على إقامة علاقات جيدة مع أولياء الأمور والأطفال والمحافظة عليها وعلى فهم ديناميات الأسرة.
- ٣- يكونوا على ألفة باتجاهات المجتمع المحلي ومعتقداته والممارسات التي قد تؤثر على نجاح عمل البرنامج.
- ٤- يعرفوا حقوق الأطفال ذوي الإعاقات ويكونوا قادرين على الدفاع عنها.
- ٥- يفهموا نمو الطفل النموذجي.

الموضوعات الخاصة بإعاقات محددة

١- يعرفوا طبيعة ومصطلحات وتكرار الإعاقات الأكثر انتشاراً في جامايكا.

٢- يعرفوا أسباب وتجليات الإعاقات التالية وتشريحها الأساسي:

- الإعاقات المعرفية.
- الإعاقات الحركية.
- إعاقات الكلام.
- إعاقات السمع.
- نوبات الصرع.
- الإعاقات البصرية.

المهارات العملية اللازمة للفحص والتقييم

وأن يكونوا قادرين على تطبيق:

- ١- قائمة الفحص النمائي.

٢- الأسئلة العشر.

٣- استبانة أنشطة المعيشة اليومية.

٤- فحص السمع الأساسي.

٥- فحص الإبصار الأساسي.

٦- خطة البرنامج الفردي.

مهارات التدخل المبكر

١- يكون لديهم رؤية عامة للتدخل المبكر وفهم الأساس المنطقي الكامن خلفه.

٢- يعرفوا كيف يقيّمون ويعيدون تقييم مستوى نمو الطفل باستخدام دليل

التحفيز المبكر.

٣- يعرفوا كيف يخططون لبرنامج تدخل.

٤- يكونوا قادرين على تخطيط وتدريب الدروس والأنشطة.

٥- يكونوا قادرين على تعليم الأطفال المجموعات التالية من المهارات.

● اللعب/التعلم.

● الحركية.

● اللغوية.

● الاجتماعية.

● مساعدة الذات.

٦- يكونوا قادرين على تنفيذ تدريس ملائم ومعينات معدلة لتسهيل

الأهداف السابقة.

٧- يكونوا قادرين على تضمين التدريب في الأنشطة اليومية المعتادة.

٨- يكونوا قادرين على استخدام عملية التدريس المنزلي لتعليم مقدمي الرعاية

كيف يدرسون للأطفال.

٩- يكونوا قادرين على إعطاء المشورة الأساسية حول المشكلات السلوكية.

١٠- يكونوا قادرين على استخدام نموذج الحل الجماعي للمشكلات.

أخرى

١- يكونوا قادرين على العمل مع المعلمين لتسهيل دمج الأطفال ذوي

الإعاقات في مدارس التعليم العام.

٢- يعرفوا المصادر التي يمكن أن تساعد الأطفال ذوي الإعاقات في المجتمع

المحلي والأكبر.

٣- يكونوا قادرين على تقديم عروض للمجتمع المحلي حول بعض جوانب

الإعاقة.

السجلات والملفات

١- يكونوا قادرين على استخدام ملفات الحالات بشكل صحيح

والمحافظة عليها.

٢- يعرفوا معايير الانضمام إلى البرنامج والاستبعاد منه.