

التدخل المبكر Early Intervention

جيمس بلاكمان James A. Blackman

مراجعة عامة

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

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

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

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

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

الوقاية كشكل من التدخل المبكر

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

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

وعندما تكون الإعاقة قد حدثت بالفعل ، تأتي جهود الوقاية من المستوى الثاني Secondary Prevention لتستهدف تجنب حدوث الإعاقات الأخرى التي قد تحدث نتيجة للإعاقة الأولية. فالإعاقة السمعية إذا لم يتم التعرف عليها وعلاجها ، على سبيل المثال ، يمكن أن تؤدي إلى إعاقات تواصلية دائمة ، ويمكن أن يؤدي التوتر الزائد Hypertonica لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي إلى تقليل مدى حركة المفاصل. وفي حال غياب العلاج الوقائي الثانوي - مثل العلاج الطبيعي أو الأجهزة التقويمية أو الجراحة التجبيرية - يمكن أن يحدث تقلص دائم في المفاصل ، بما يلحق الضرر بقدرة الطفل على الحركة الوظيفية.

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

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

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

اتساع مفاهيم الإعاقة

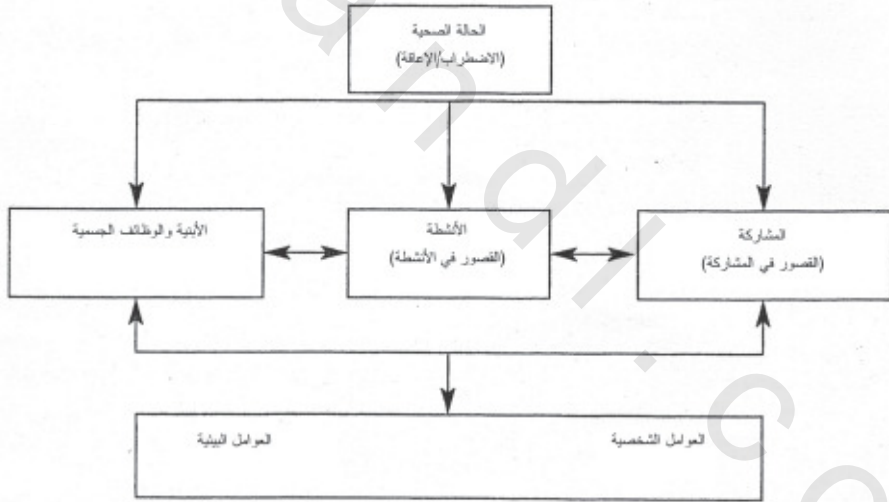
لقد تغيرت مصطلحات الإعاقة على مر السنين. وهذا التطور في المصطلحات مهم بالنسبة للأطفال الصغار تماماً كما هو بالنسبة للبالغين. وفي واحدة من أقدم وثائقها حول الإعاقة، قد وسعت منظمة الصحة العالمية مفهوم الإعاقة بالتمييز بين مصطلحات الاعتلال Impairment والعجز Disability والإعاقة Handicap (١٩٨٠م)^(٢). ووفقاً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

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

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

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

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



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

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

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

التكامل بين الطبيعة والتربية^(٣)

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

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

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

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

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

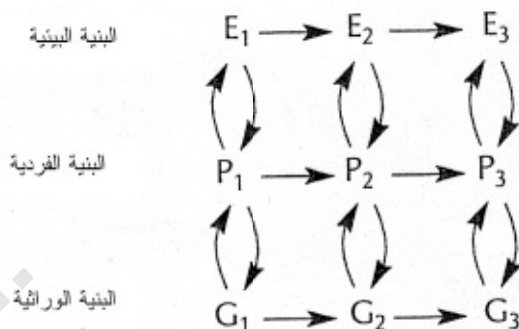
وقد ذهب عالم النفس الأمريكي سكنر Skinner (القرن العشرين) إلى أن النمو السلوكي يعتمد كلية على النتائج التي كانت تلي السلوك وتترتب عليه في الماضي، وأن كل السلوك تقريباً ينتج عن الاشتراط. واعترف سكنر، مع ذلك، بأن البصمة الوراثية Genetic Endowment تفسر قدراً كبيراً من الاختلاف بين الأطفال (Thomas, 2000).

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

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

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

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



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

يعترف هذا النموذج بأهمية كل من الطبيعة والتربية، وأنهما تتفاعلا داخل الفرد، وأن هذا التفاعل يكون تأثيره تراكميا بمرور الزمن (Sameroff & Fiese, 2000). والحكاية التالية توضح فائدة النموذج التفاعلي للنمو في فهم سبب (أو أسباب) الإعاقة التي تكون معقدة في بعض الأحيان وفي تحديد فرص التدخل المتعددة والمتكررة.

قد يكون من الصعب أن نعرف كيف ومتى يبدأ التدخل، عندما تكون المشكلات والتحديات كثيرة وشديدة إلى هذا الحد، كما في هذه الحالة. واللحظة المثالية للتدخل - بحسب النموذج التفاعلي - تكون قبل أن يبلغ بوتر عمر سنتين. فقد كان من شأن التعرف على حالة الحمل الخطرة جداً، لو حدث، أن يشجع أنجيلا على التوقف عن تناول العقاقير والكحول وأن يدفعها إلى أن تحسن تغذيتها وأن تحصل على رعاية جيدة من مؤسسات ما قبل الولادة، وهذه كلها إجراءات كان من شأنها أن توفر لبوتر بداية أفضل في الحياة. وقد دخلت أنجيلا أحد نظم الرعاية في وقت ولادة بوتر. وكانت تلك فرصة أخرى للتدخل الوقائي لمساعدة أنجيلا على إيجاد مسكن ملائم، ودعم

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

حكاية بيتر

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

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

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

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

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

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

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

هل ينجح التدخل المبكر؟

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

الرؤية الصغيرة

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

الأطفال المحرومون

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

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

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

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

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

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

الأطفال المعرضون لخطر المشكلات العصبية - الحركية

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

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

متلازمة داون

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

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

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

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

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

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

اضطراب طيف التوحد

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

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

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

اضطرابات التواصل

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

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

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

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

الأساس البيولوجي للتدخل المبكر

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

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

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

الفترات الحرجة في نمو المخ

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

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

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

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

الإصابة والإصلاح الذاتي

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

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

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

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

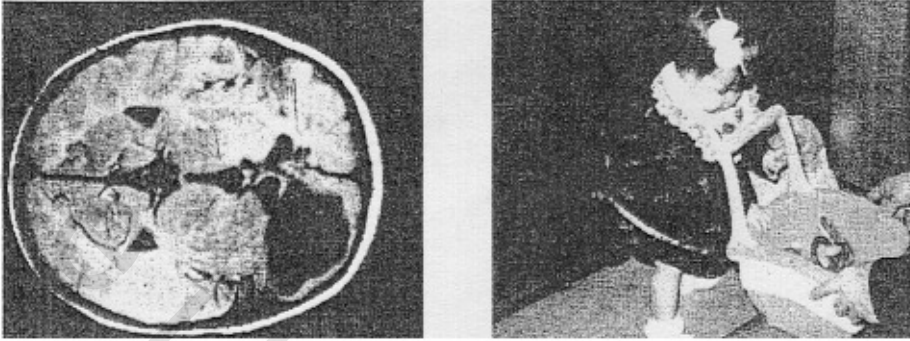
(٦) يستخدم هذا المصطلح عادة لوصف الحالات التي يتعرض فيها الفرد لإصابات ناتجة عن حوادث بيئية مثل الحوادث المنزلية أو المرورية أو الحوادث في مكان العمل [المترجم].

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

خاتمة: ربط الخلايا العصبية بالأشخاص والجماعات

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

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

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

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

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

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

المراجع

References

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

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

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

نماذج توصيل الخدمات Service Delivery Models

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

oboi.kandi.com

القضايا الثقافية وتقديم الخدمات

في المناطق الريفية (جمهورية الصين الشعبية)

Cultural Issues and Service Provision in Rural Areas (China)

سومر تساي - هسج هسيا Summer Tsai-Hsing Hsia

هيلين ماكابي Helen McCabe

باو - جين لي Bao-Jen Li

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

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

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

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

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

حكاية كينج كينج

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

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

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

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

أشار المعلمون على بو بو بأن تحث زوجة ابنها وتساعدتها على أن تتعامل بطريقة إيجابية أكثر مع كينج كينج. ورتبوا أيضاً لأن تأتي زوجة الأب إلى المدرسة قبل نصف ساعة من الميعاد المعتاد لكي يعلموها كيف تلعب الألعاب التي تفضلها كينج كينج. وبالطبع يجد المعلمون صعوبة كبيرة في إيجاد الموارد لدعم أسر مثل أسرة كينج كينج، بل إن ذلك غير ممكن في كثير من الأماكن في الصين. تقيم المدرسة الابتدائية حدثاً خاصاً تشجيعاً منها لعرض بكنين باستضافة دورة الألعاب الأولمبية لعام ٢٠٠٨م. شاركت كينج كينج وأربعة من الأطفال الصغار الآخرين في الفصل في هذا العرض مع تلاميذ من المدرسة الابتدائية، وأخذوا جميعاً يرقصون على نغمات الموسيقى الصاخبة. جذب العرض حشداً كبيراً، منهم أسرة كينج كينج، التي لم تُظهر أي خجل على الإطلاق. فتلک البنت الصغيرة التي استسلمت تقريباً من قبل لمياه نهر يانغتسي الهادرة، تسعد الآن وتمتلى بالحياة وهي تركز في كل حركة تقوم بها.

السياق القومي

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

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

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

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

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

نظم الخدمات التربوية

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

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

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

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

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

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

(٢) يقصد بها الإعاقات العقلية [المترجم].

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

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

السمات الرئيسة للتدخل المبكر

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

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

المنهج والممارسات الصفية

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

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

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

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

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

أدوار الأسر

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

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

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

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

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

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

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

المؤثرات النظرية

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

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

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

المؤثرات السياسية

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

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

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

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

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

المؤثرات الثقافية

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

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

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

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

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

وصف البرنامج

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

Ziang Yang Children's Development في جيانج جين عام ١٩٩٦ م. تقع جيانج جين Jiang Jin وشونجكنج Chongqing (عاصمة مقاطعة سيشوان) في الجزء الجنوبي الغربي من الصين، وتبعدان عن بعضهما بمسافة ٦٠ كيلو متر، وتربطهما طرق سريعة وسكك حديدية ونهر يانجتسي. ويتكون غالبية سكان جيانج جين من مزارعين يبحثون عن فرص عمل في المدن الساحلية في المواسم التي يقل فيها العمل بالزراعة. وقد أدت الدخول الإضافية والإصلاحات الاقتصادية إلى ازدهار هذه المدينة التي يسكنها ١٠٠٠٠٠ نسمة.

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

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

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

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

اختيار الموظفين وتدريبهم والتنمية المهنية المستدامة

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

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

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

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

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

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

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

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

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

تطوير المنهج

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

المشاركة الأسرية

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

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

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

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

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

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

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

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

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

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

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

خاتمة

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

المراجع

References

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

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

الدمج المجتمعي (كوريا الجنوبية)

Community-Based Inclusion (South Korea)

سوهيون لي SoHyun Lee

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

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

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

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

حكاية يونغو

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

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

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

السياق القومي

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

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

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

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

نظم الخدمة التعليمية

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

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

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

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

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

السمات الأساسية للتدخل المبكر

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

المنهج والممارسات الصفية

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

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

تركز على مهارات الاستعداد للإنجاز الأكاديمي وكانت تنفذ عبر أنشطة صفية يشارك فيها كل الأطفال. وقد تغيرت الممارسات إلى التأكيد على قدرات واحتياجات الأطفال الفرديين (مثل مهارات الحياة اليومية). واليوم تتضمن مناهج التدخل المبكر عادة مجالات نمائية مختلفة، مثل النمو الاجتماعي والتواصل والمعرفي والتكيفي والحركي، ويركز التدريس على الاحتياجات المتفردة للأطفال. وإلى جانب ذلك تستخدم مراكز التدخل المبكر غير الحكومية المناهج المنشورة مثل منهج كارولينا للأطفال ما قبل المدرسة ذوي الاحتياجات الخاصة Carolina Curriculum for Preschoolers with Special Needs (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 1999) ودليل بورتج للتربية المبكرة Portage Guide to Early Education (Bluma et al., 1976) اللذان ترجما إلى اللغة الكورية. وقد أظهرت دراسة حول كوريا أن محتوى المنهج والتوصيل وكذلك سرعة أو معدل التدريس تظهر مرونة كبيرة (Lee, Park, & Kim, 2002). وتلك التكيفات تساعد في الوصول إلى التوافق الأمثل بين التدريس وسرعة كل طفل في التعلم وأسلوبه وقدرته على التعلم. ويفضل المعلمون من جانبهم الجمع بين المناهج وأشكال المحتوى التعليمي والطرق المختلفة المتوفرة بدلاً من اتباع منهج واحد محدد لإنجاز الاحتياجات الفردية لكل طفل. ويتم الحكم على جودة التعليم المقدم للأطفال الصغار ذوي الإعاقات بناء على مدى ملاءمة التدريس لسمات التعلم الفردية للطفل. وعموماً تستخدم البرامج التربوية الفردية في كوريا باعتبارها منهج أو برنامج تعلم فردي يقوم على جوانب القوة والضعف لدى كل طفل وأساليب تعلمه واحتياجاته الخاصة. ومع أن البرنامج التربوي الفردي ليس إلزامياً في كوريا، فإن معظم المعلمين يستخدمون برامج تربوية فردية للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. وبناء على البرنامج التربوي الفردي للأطفال توضع خطط الدروس أو تكييف (في الفصول الدمجية) يومياً أو أسبوعياً و/أو شهرياً.

أدوار الأسرة

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

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

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

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

المؤثرات النظرية

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

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

المؤثرات السياسية

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

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

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

المؤثرات الثقافية

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

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

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

وصف البرنامج

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

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

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

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

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

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

أمثلة للبرامج

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

برنامج ما قبل المدرسة الدمجية

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

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

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

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

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

بيت الأطفال

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

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

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

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

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

العوائق أمام الممارسات الدمجية

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

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

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

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

الدروس المتعلمة

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

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

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

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

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

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

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

خاتمة

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

المراجع

References

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

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

oboi.kandi.com

المدخل التوسطي إلى التدخل المبكر^(١) (إسرائيل)

A Mediation Approach to Early Intervention (Israel)

بنينا كلاين Pnina S. Klein

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

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

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

حكاية تالي

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

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

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

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

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

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

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

السياق القومي

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

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

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

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

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

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

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

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

رعاية الطفولة للأطفال حتى عمر الثالثة

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

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

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

الحضانات ورياض الأطفال

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

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

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

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

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

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

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

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

تابع الجدول رقم (٤١)، صمدية التوسيع	أدلة لعملية التوسيع	الاحتياجات العقلية	الاحتياجات الاجتماعية - الانفعالية
تشجيع وتقديم مشاعر الكفاءة	رابط الحريات الماضية والحالية والمستقبلية أقم علاقة مع القواعد والأطر القيريقية والمنطقية والاجتماعية امتنح الطفل بطريقة ذات معنى بالنسبة له حدد أسباب النجاح	الحاجة إلى طلب التعميم الحاجة إلى ربط المعلومات الماضية وتوقع الحريات المستقبلية، وتذكرها الحاجة إلى البحث عن خبرات ناجحة حاجة الفرد إلى تلخيص أنشطته وتحديد ذلك الذي أدى إلى النجاح	الحاجة إلى سلاسل مسبب ونتيجة في التفاتلات الاجتماعية الحاجة إلى ربط الحريات وتذكر المعلومات الماضية وتوقع الحريات المستقبلية الحاجة إلى إسماء الآخرين والحصول على مزيد من مشاعر الكفاءة المتوسطة الحاجة إلى التعرف على مسا يسمند الأشخاص المختلفين الحاجة إلى تقديم مشاعر كفاءة متوسطة للآخرين حاجة الفرد إلى السيطرة على اندفاعاته في المواقف الاجتماعية حاجة الفرد إلى تعلم الطرق للقبول للتعير عن اتصالاته (مثل تنظيم سرعة وشدة الاستجابات الاجتماعية للعصب والفرجة) الحاجة إلى تنظيم مستوى الطاقة المستمر في المهمة
التعليم والتخطيط (تنظيم السلوك)	قدم التنظيم من حيث السرعة والدقة والقوة وتسلسل النشاط الذي يؤدي إلى الإكمال الناجح للمهمة	الحاجة إلى استجلاء الأهداف الرئيسية وتلبية الأهداف الفرعية حاجة الفرد إلى ضبط سرعة أنشطته الحاجة إلى تنظيم مستوى الطاقة المستمر في المهمة	

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

صعوبات التعلم لدى الأطفال الذين لم يحصلوا على خبرات توسطية كافية

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

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

أساليب التوسط التحليلية والشمولية عبر الثقافات

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

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

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

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

سمات استخدام التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية في المنزل

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

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

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

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

عملية استخدام التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية في المنزل

تتكون العملية الأساسية لتنفيذ التدخل التوسطي لزيادة حساسية مقدمي الرعاية في المنزل من عدة سمات رئيسة سنورد تفاصيلها تحت العناوين التالية.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

التأثير في تصورات مقدمي الرعاية للطفل واتجاهاتهم نحوه

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

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

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

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

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

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

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

تأسيس دورة إيجابية لتفاعل مقدم الرعاية والطفل

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

أمثلة لأنشطة تأسيس حلقة تفاعلية إيجابية

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

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

وإلى جانب ذلك يتم تشجيع الوالدين على أن يسألوا أسئلة مثل: "ماذا يفعل طفلك الآن؟"، "ماذا يحاول أن يقول لك؟"، "ما هي مبادراته؟" إن الأطفال يحتاجون لأن يعيشوا الدفء والقرب الإنساني من شخص محب وأن يتلقوا تأكيداً لهذا الاتصال من خلال السلوك التعبيري من جانب البالغ. والوسطاء يساعدون أولياء الأمور في التعرف على الرسالة المحددة التي قد يحاول طفلهم أن ينقلها في أية لحظة محددة.

وعلاوة على ما سبق يتم تشجيع أولياء الأمور على أن يستجيبوا لمبادرات طفلهم بسلوك محدد، كأن يطيّلوا الاتصال بالعين مع الطفل، أو يتسموا له، أو يستجيبوا لسلوكه بحركات وتلفظات (مثل الترييت على الطفل أو تقليد الأصوات التي يصنعها). وثمة خيار آخر وهو أن يعكسوا سلوك الطفل بطريقة إيجابية توكيدية مطمئنة. ويجب على الوالدين عندما يتفاعلوا مع الطفل صوتياً أو بأية طريقة أخرى أن ينوعوا في نبرة الصوت "وفي الإيقاع عند أخذ الدور" (كأن يأخذ الطفل دور، ثم يأخذ الوالد دور، ثم مبادرة من الطفل). كما يجب على الوالدين أيضاً أن يظهرهما لوجودهما مع الطفل ويعبروا عن ذلك بإظهار وجوه أو أصوات سعيدة. لكننا يجب أن ننبه إلى أن تلك الأمثلة تتعلق بتأسيس حلقة تواصل إيجابية ولا تكفي للتوسط الجيد. فالتوسط الجيد يتضمن عناصر أخرى مثل الإثارة ونقل المعاني وتوسيع السلوك وربطه وتشجيعه وتنظيمه.

إنهاء التدخل

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

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

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

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

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

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

خاتمة

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

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

المراجع

References

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

obeikandi.com

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

تيروسيو تيفيرا Tirussew Teferra

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

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

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

حكاية كيبدي

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

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

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

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

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

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

السياق القومي

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

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

الشعب والثقافة

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

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

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

وإثيوبيا واحدة من أفقر دول العالم، يبلغ إجمالي الناتج المحلي الحقيقي لكل فرد ٤٢٧ دولاراً، ويبلغ مؤشر التنمية البشرية ٠,٢٤٤، وتحتل الترتيب ١٧٣ من بين ١٧٥ دولة (National Committee on Traditional Practices in Ethiopia [NCTPE], 1998). والفقر في إثيوبيا متعدد الأوجه. وقد أوضحت تقديرات الفقر كما يقاس أساساً من حيث استهلاك المواد الغذائية (الذي يتطلب تغذية بحد أدنى قدره ٢٢٠٠ سعراً حرارياً لكل بالغ في اليوم) وكذلك متطلبات الاستهلاك غير الغذائية لعام ١٩٩٥/١٩٩٦ أن ٤٥,٥٪ من السكان يعيشون تحت حد الفقر. ويتنشر الفقر في كل من المناطق الريفية (٤٧٪) والحضرية (٣٣٪).

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

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

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

مع بداية التعليم الحديث في إثيوبيا كان الهدف منه يتمثل في إنتاج موظفين يستطيعون أن يتحدثوا عددا من اللغات الأجنبية (خاصة الإيطالية والإنجليزية والفرنسية) ويمتلكون المهارات التي تؤهلهم لشغل الوظائف في البيروقراطية الحكومية الحديثة المتنامية والمشاركة في أنشطة التنمية المحدودة. ويشير تعداد ١٩٩٤م إلى أنه من بين إجمالي السكان من ٥ سنوات فأكثر كان ١١٪ من الذكور و٨٪ من الإناث يحضرون في المدارس على اختلاف مستوياتها. وتبلغ نسب المتعلمين في المناطق الحضرية والريفية ٦٩٪ و ١٥٪ على التوالي (Central Statistical Authority, 1999).

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

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

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

Source: Advance Research and Training (2002)

السمات الأساسية للتدخل المبكر

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

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

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

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

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

المنهج والممارسات الصفية

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

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

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

المنظور الاجتماعي - الثقافي

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

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

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

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

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

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

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

المؤثرات النظرية

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

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

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

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

السمات المحددة لخدمات التدخل المبكر

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

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

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

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

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

وصف البرنامج^(٢)

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

(٢) وصف البرنامج مأخوذ من أوراق قدمها طلاب الدراسات العليا (Abedella et al., 2000; Berta, 2000)

في مقرر في التدخل المبكر النفسي - الاجتماعي كجزء من برنامج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة أديس أبابا بإثيوبيا.

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

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

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

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

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

التغذية الراجعة من أولياء الأمور

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

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

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

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

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

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

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

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

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

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

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

خاتمة

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

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

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

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

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

المراجع

References

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

- Mitchell, D., & Brown, R.I. (Eds.). (1991). *Early intervention studies for young children with special needs*. London: Chapman and Hall.
- National Committee on Traditional Practices in Ethiopia. (1998). *Baseline survey on harmful traditional practices in Ethiopia*. Addis Ababa, Ethiopia: Author.
- Pankhurst, R. (1988). *Ethiopia engraved: An illustrated catalogue of engravings by foreign travellers from 1681 to 1960*. London: Kegan Paul.
- Redie, A. (1998). *Ethiopia: Country profile*. Addis Ababa, Ethiopia.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Teferra, T. (1993). Problems and prospects of persons with disabilities in Ethiopia. *The Ethiopian Journal of Development Research*, 15(1), 67-87.
- Teferra, T. (1995). Reflections on the status of persons with disabilities in Ethiopia. *Proceedings of the symposium on Dignity for All* (pp. 76-89). Addis Ababa: Ethiopian Red Cross Society.
- Teferra, T. (1998). *Persons with disabilities of high achievement profile and resilience in Ethiopia*. Addis Ababa, Ethiopia: Save the Children Sweden.
- Teferra, T. (1999). Inclusion of children with disabilities in regular schools: Challenges and opportunities. *Ethiopian Journal of Education*, 19(1), 29-64.
- Teferra, T. (2000). *Inclusive education: An international perspective of the education of children with special educational needs*. Paper presented at the S AHER workshop, Addis Ababa, Ethiopia.
- Transitional Government of Ethiopia. (1994). *Education and training policy of Ethiopia*. Addis Ababa, Ethiopia: Educational Materials Production and Distribution Agency.
- Wondimu, H., et al. (1997). *Ethnic identity, stereotypes and psychological modernity in Ethiopian young adults: Identifying the potential for change*. Unpublished report, Addis Ababa, Ethiopia.

oboiyadi.com

العمل مع الأسر Working with Families

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

oboi.kandi.com

العمل مع الأسر لتنفيذ التدخلات المنزلية (الهند)

Working with Families to Implement Home Interventions (India)

سودها كول Sudha Kaul

سوابنا مخريجي Swapna Mukherjee

أسيس كومار غوش Asis Kumar Ghosh

مادهابي شاتوبادهي Madhabi Chattopadhyay

أوتساب سيل Utsab Sil

تشكل الأخلاق والقيم وحب الجمال في الطفولة ، وتبرز بالبيئة اللفظية وغير اللفظية التي يتربى 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 والد 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 مماثلة. 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، وأخرج بعدها هو وأمه من المستشفى. وقد شُخصت حالته منذ ذلك الحين على أنه يعاني من شلل دماغي مع مرض الشلل اللاتواني Athetosis والشلل التشنجي. ينظر بيش بعينين لامعتين وابتسامة جاهزة إلى أي شخص يتحدث إليه، لكنه في عمر الثانية لم يستخدم بعد كلام واضح للتواصل. يزحف بيش في المنزل، حيث يستطيع أن يصل إلى اللعب. وعندما سأل متخصصو التدخل المبكر والدته 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 اليومي 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 والد 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 ببيش أن يمارس الوقوف عند زاوية الغرفة بينما كانت هي تطبخ، وكذلك استطاعت الأم أن تشجعه على التعليق على ما تفعله.

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

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

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

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

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

السياق القومي

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

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

يسمح قانون اللغات الرسمية (١٩٦٣م) باستخدام اللغة الإنجليزية إضافة إلى الهندية، وهي اللغة الوطنية المقبولة. ورغم 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 أكتمل 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 كلا 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 مسؤولية 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 المسؤوليات عن تربية الأطفال.

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

نظم الخدمات التعليمية

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

وقد تأثرت فصول ما قبل المدرسة (أو الحضانات كما تسمى عموماً) في الهند الحضرية كثيراً بفلسفة فريدريك فروبل. وكذلك زارت ماريا منتسوري الهند في الثلاثينيات ودشنت عدداً من مراكز منتسوري التعليمية. والحضانات الجيدة القائمة اليوم في الهند نتجت في الأساس عن طريقة منتسوري. فضلاً عن أن دور المعلم كميسر ومفاهيم الاستكشاف الذاتي والمبادرة الذاتية والتعلم توجد في تعاليم المهاتما غاندي Mahatma Gandhi ورابندرانات تاجور Rabinrdanath Tagore وكريشنا مورثي 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 أناندا لاكشمي 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 بالمصداقية التي تستحقها. يعامل الطفل باعتباره بالغ صغير، ويقاسي أولياء الأمور فترات مؤلمة في تعليم أطفال الرابعة طريقة

(١) الكرما Karma في العقيدة البوذية هي العقابة 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 الور 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 المسؤولة 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 سُجلوا 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 يحالون 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 المربي 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 يتمرّن 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 للأهملات. 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 الدماغي 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 الدماغي. وحالياً ينسق المعهد الهندي للشلل الدماغي 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 الدماغي في الاعتراف بأدوار ومسؤوليات 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.

يُنفذ 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 البيئة 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 أسررتها 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"طبقها" "صغير". وفي كل مرة تعد والدته 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 قمر، ولا بد أن تمضغ القصب الصلب بينما يمكن أن تبتلع 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 ووالديها. فقد استطاعت برىا أن تشارك بشكل نشط في الروتين الأسري اليومي، وتمارس بعض السيطرة على حياتها.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

يُيجاز 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، ويُشجّع 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- درّس 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 ومسؤوليات الأمهات تختلف وفقاً لنوع التكوين الأسري. ولاحظوا أيضاً أن أولياء الأمور يعتقدون أن التدريس يمكن أن يؤثر على نمو وتقدم أطفالهم ، ولذلك يجب أن يكون الممارسون حساسين لممارسات وقيود الأسر الفردية. إن إشراك الأسرة في عملية التدخل أساسي لنجاح أي برنامج تدخل. ولذلك يحتاج أولياء الأمور إلى أن يفهموا أن كل الأطفال ذوي الإعاقات يمكن أن يتعلموا وأن أفضل بيئة تعلم هي المنزل لأنه يمثل مكان للمشاركة والتعلم. ويمكن للأمهات ، وخاصة الجدات ، اللاتي يمتلكن المهارات الوالدية أن يعملن كمعلمات أوليات. ورغم أهمية توفر منزل نظيف وصحي ، فإن بيئة التعلم المحفزة لا تعتمد على الأشياء الغالية. فالمنزل نفسه يمكن أن يكون بيئة إثرائية.

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

الأمر ويحاول أن يحسن نوعية حياة الأسرة. ومن الطرق الممكنة للقيام بذلك مساعدة أولياء الأمور في خلق مجموعات دعم داخل وخارج الأسر.

إن من الصعوبة بمكان أن نحيط عبر الكلمات بالتنوع غير المحدود للهند. وقد عرض هذا الفصل تجربة هندية واحدة. ولا يزعم المؤلفون أن ممارسات التدخل المبكر المقدمة في هذا الفصل ممثلة للهند. لكنها مع ذلك تكشف عن الإيمان بالشعب الهندي وأولياء الأمور والأطفال عبر كل المناطق والثقافات والأديان. فأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات عندما تتاح لهم الفرصة والمعرفة سيكونوا بالتأكيد عوامل مساعدة ومحفزة في عملية التنمية الهائلة في الهند.

المراجع

References

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

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

الحق في بداية جيدة ومشجعة في الحياة (البرازيل)

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

غارين لومبكين H. Garren Lumpkin

ماريا سالييت فابيو أراڤا Maria Salete Fabio Aranha

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

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

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

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

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

: Child-friendly World

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

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

حكاية ماري^(٢)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

السياق القومي

البرازيل جمهورية فيدرالية، تحتل الترتيب الخامس بين دول العالم من حيث المساحة بمساحة قدرها ٨٥١١٩٧٠ كيلو متر مربع (٣٢٨٦٤٧٢ ميل مربع)، وهو ما يشكل ٤٧,٧٪ من أرض أمريكا الجنوبية و ٢٠,٨٪ من أرض الأمريكتين. تتكون البرازيل من ثلاث مناطق جغرافية رئيسة. والمنطقة الأكثر شهرة عالمياً هي حوض الأمازون في الشمال الذي يغطي أكثر من نصف البلاد، ويحتوي على أكبر غابة استوائية مطيرة في العالم وثاني أطول نهر في العالم: الأمازون. والمنطقة الثانية هي المنطقة الشمالية الشرقية التي تضم السهل الساحلي والهضاب الداخلية والريف الجبلي، وهي أفقر منطقة في البلاد. والمنطقة الثالثة هي المنطقة الجنوبية الشرقية التي تتكون من الهضاب، وتغطي ربع البلاد تقريباً، وهي الأكثر فتي النمو الاقتصادي والكثافة السكانية. ووفقاً لنتائج التعداد القومي الأولية لعام ٢٠٠٠م يقدر عدد سكان البرازيل بأكثر من ١٧٠ مليون نسمة. ومع نهاية القرن العشرين كانت البرازيل تشهد عملية توسع حضري سريعة، حيث أوضحت بيانات تعداد ١٩٩٩م الذي قدر السكان بـ ١٦٣ مليون أن ٧٨٪ من البرازيليين يعيشون في مناطق حضرية. والبرازيل تتميز بتنوعها العرقي: ٨٧ مليون من البيض، ٦٤ مليون من أعراق مختلطة، ٨,٦ مليون أسود، ٧٤٢٠٠٠ من أصول آسيوية، ٢٦١٠٠٠ من السكان

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

الشعب والثقافة

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

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

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

نظم الخدمات التعليمية

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

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

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

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

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

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

السمات الأساسية للتدخل المبكر

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

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

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

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

- ١- تحسين صحة وتغذية الأطفال الصغار وأسرههم.

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

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

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

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

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

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

أدوار الأسرة

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

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

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

- أجور النساء أقل ٣٠٪ - ٤٠٪ من أجور الرجال لنفس نوع العمل (رغم ارتفاع المستوى التعليمي لمعظم النساء عن الرجال).
- النساء أكثر عرضة لفقد وظائفهن من الرجال ، حيث ينظر أرباب الأعمال إلى حالات مثل الحمل ومرض الأطفال باعتبارها "مشكلات نسائية".
- تتاح للنساء فرص تدريب أقل مقارنة بالرجال الذين يعتبرون أكثر استقراراً ويوضعون عادة في مواقع صنع القرار.

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

المؤثرات السياسية والثقافية

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

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

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

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

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

وصف البرنامج

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

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

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

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

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

التحديات التي تم التعامل معها

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

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

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

القضايا المشتركة بين دول المنطقة

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

القضايا التي تخص البرازيل

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

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

الخصائص المحددة للبرنامج

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

المعلومات العامة والتشبيك

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

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

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

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

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

برامج التعليم المجتمعي ودمج الأطفال ذوي الإعاقات

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

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

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

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

الجهود الجديدة التي تركز على السياقات الأسرية والدعم الأسري

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

شبكة "بين الأصدقاء"

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

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

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

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

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

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

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

خاتمة

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

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

المراجع

References

- Aranha, M.S. (2000). *Análise da Produgao Resultants da Parcereia entre Sorri: Brasil e UNICEF1995-2000* [Analysis of results of the Sorri-Brasil and UNICEF partnership 1995-2000]. Unpublished document, Brazil.
- Brasil. (1988). *Constituicao da Repiublica Federativa do Brasil* [Constitution of the Federal Republic of Brazil]. Brasilia: Promulgada em 05 de outubro de 1988.
- Brasil. (1990a). *Estatuto da Crianqa e do Adolescents*. Brasilia: Lei no. 8.069, 13 de julho de 1990.
- Brasil. (1990b). *Lei Organica da Saiide*. Brasilia: 19 de setembro de 1990.
- Brazil Ministry of Education. (2001a). *Bringing universal primary education to Brazil: A success story*. Brasilia: Author.
- Brazil Ministry of Education. (2001b). *Education in Brazil (1995-2001)*. Brasilia: Author.
- Durham, E.R. (2001). *Educate*. Retrieved February 2002 from [http:// www.mec.gov.br](http://www.mec.gov.br)
- Inclusao melhora vida de deficientes: Antes isolados, portadoes sao agora inclu-idos no processo educacional [Inclusion improves the life of the disabled: Before isolated—the disabled are now included in the educational process]. (2000, July 11). *O Estado de Sao Paulo (Cidades)* [The State of Sao Paulo (Cities)], p. C4.
- Institute Brasileiro de Geografia e Estatfstica. (1997). *Pesquisa Nacional par Amostra de Domidlios (PNAD)*. Rio de Janeiro, Brazil: Author.
- UNICEF Brasil. (2001). *Situacao da Infanda Brasileira 2001*. Brasilia: Author.
- United Nations. (1989). *Convention on the rights of the child*. New York: Author.
- United Nations. (1990, September). *World declaration on the survival, protection and development of children*. Declaration made at the World Summit for Children, New York.
- United Nations. (2002, May). *A world fit for children: Declaration and plan of action*. General Assembly Special Session for Children, New York.
- United Nations Development Programme. (1999). *Human development report 1999*. New York: Oxford University Press.

obeikandi.com

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

نجيب خزام Naguib Khouzam

إجلال شنودة Eglal Chenouda

جورجيت نجيب Georgette Naguib

يبدأ هذا الفصل بحكاية تصور أعمال مركز سيتي 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 سيتي 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 بتمتازة داو، 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 نبعد 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 ببضعة أشهر من السن القانوني عندما انضمت هي وأمها إلى برنامج التدخل المبكر في مركز سيتي بهيئة كريetas مصر. وكما يشير اسم مركز سيتي (SETI) (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 وأسرهم.

لقد تمكنت والددة 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 تترأس هذه الأم وحدة صعوبات التعلم التي أنشئت حديثاً بمدرسة رحمة. وكون والددة رحمة شريكاً كاملاً في العملية التعليمية لابنتها أعطاهما المعرفة والمهارات اللازمة لكي تكون موجهة للأسر الأخرى ومدافعة عن حقوق الأطفال ذوي الإعاقات في مصر.

السياق القومي

ثمّة 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 تتعايش 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 وجداول الخدمات وساعات العمل غير الملائمة عوامل تثبيط رئيسة لمعظم الأسر (French Center, 1997).

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

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

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

ومعظم خدمات التدخل المبكر المحدودة المتوفرة، بما في ذلك نموذج مركز سיתי، 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 كفء في الغالب ، ولا تتطابق تصورات الطرفين لخصائص توصيل الخدمة إلا قليلاً (French Center, 1997). وتكثر الشكاوى على كلا الجانبين. فمن ناحية يشتكي المهنيون من أن الأسر لا تدرك مدى أو خطورة المشكلة ويتحدث أفرادها كثيراً ولا يفهمون المطلوب منهم ولا يصبرون ، وسرعان ما يتحولون إلى مهنيين آخرين أو يقعدون

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

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

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

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

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

أدوار الأسرة وخدمات التدخل المبكر

إن المشاعر المتناقضة التي قد تسيطر على الأهل إزاء طفلهم المعاق قد تزداد تعقيداً في المجتمع المصري بفعل نوع وترتيب الطفل وأمور الوراثة. فمولد طفل معاق يوجد إحباطاً كبيراً عندما يكون هذا المولود هو الطفل الأول لوالدين لهما تاريخ سابق مع العقم وصعوبة الإنجاب، أو عندما يكون الطفل ذكراً تنتظره الأسرة ليرث اسمها وثروتها. وعندما تولد بنت معاقة ينشأ خوف من أن يساء إليهما 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 الأشقاء بمشكلاتهم الخاصة، والفقر المدقع وانخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والامية وانخفاض المستوى التعليمي. وقد أوضحت الدراسات الوبائية أن المستوى التعليمي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقات يكون منخفضاً جداً عن أمهات الأطفال غير ذوي الإعاقات. كما أوضحت الدراسات الأثنروبولوجية أن اتجاهات الأمهات إزاء الإعاقة كانت سلبية بين الأمهات 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 المجتمعين 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 رئيسة:

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 التشرك من المعلومات في أي وقت في أثناء عملية التدخل.

أهداف واضحة سهلة التحقيق والصياغة: بعد تحديد مستوى أداء الطفل ، تتم مساعدة أولياء الأمور في اختيار أهداف التدخل وفقاً لقدرات أطفالهم وأولويات 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 دفاء المهنيين واهتمامهم وتفهمهم عندما يصنفوهم 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 شُرح 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 للشارك في الخبرات وتبادل العناوين ومناقشة الأنشطة المفيدة أو لمجرد التعبير عن المشاعر. وتشجع الأسر الجديدة على مركز سيتي على حضور هذه اللقاءات للحصول على دعم ثمين من الأشخاص القدامى الذين يمكن أن يقدموا المشورة لهم. وفي ذلك إعمال للمثلين المصريين "أسأل مجرب ولا تسأل طبيب" و"الذي يده في المياه ليس كمن يده في النار" بمعنى أن من يعيش نفس موقفك الصعب ستكون نصيحته أفضل ممن لم يجرب نفس الموقف.

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

برنامج الأشقاء: استجابة لطلبات الأمهات أطلق 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.

التحديات 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، دُعِيَ الأجداد والعمات أو الأعمام الذين يعيشون مع الأسرة للتزاهات والمسكرات 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 أهل 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 "الخبيثة" تكون في الغالب فعالة في تعديل اتجاهات الأطباء السلبية لأنها تأتي من

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

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

فعالية الخدمات التي يقدمها مركز سيتي

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

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

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

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

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

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

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

ولذلك يعتبر اتخاذ الأسر كشركاء أفضل مداخل التدخل من حيث الفعالية والكلفة الاقتصادية. لكن هذه الشراكة تشكل تحدياً لم يُعد له المهنيون دائماً. ويجب على المهنيين أن يتجاوبوا 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 سيتي، 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 سيتي 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 والأمية 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 مسئولية المهنيين وحدهم، حيث تشارك الأسر والمجتمعات المحلية في هذه المسئولية، 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 Phoniatrica et Logopaedics*, 47, 123-139.

oboi.kandi.com

التدريب وإعداد الموظفين

Training and Personnel Preparation

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

obeikandi.com

بناء فريق حول الطفل من خلال

التعليم المستمر للمهنيين (السويد)

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

إيفا بورك - أكيسون Eva Björck-Akesson

ماتس غرانلوند Mats Granlund

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

حكاية كارل

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

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

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

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

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

السياق القومي

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

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

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

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

الشعب والثقافة

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

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

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

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

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

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

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

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

السمات الأساسية للتدخل المبكر

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

تقدم المشورة والدعم لأسر الأطفال ذوي الإعاقات في مركز تأهيل الأطفال بناء على مفهوم التأهيل Habilitation المشتق من الكلمة اللاتينية Habile التي تعني "جعل الشخص ماهراً". وتتضمن عملية التأهيل مساهمات من المجالات الطبية والاجتماعية والنفسية والتعليمية لدعم ومساعدة الأطفال ذوي الإعاقات في نموهم وحياتهم اليومية (Bille & Olow, 1999). والهدف التقليدي للتأهيل هو أن يحسن نمو الطفل من خلال البناء على مصادر الطفل وإعطائه الإمكانيات النموذجية لحياة مستقلة في المستقبل. كان المنظور الطبي له الهيمنة على السويد (Bjorck-Akesson, Granlund, & Simeonsson, 2000)، لكن مع مطلع القرن الحادي والعشرين أخذ دور الأسرة في نمو الطفل يتضح أكثر. وذلك يؤدي إلى منظور مختلف للتدخل، حيث يمكن التعرف على انتقال نحو منظور اجتماعي/تربوي أكثر.

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

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

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

الأسس النظرية للتدخل المبكر

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

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

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

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

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

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

مراكز الخدمات الصحية للأطفال	مراكز تأهيل الأطفال	أنشطة ما قبل المدرسة
بؤرة التقييم	الوظائف والأبنية الجسمية	الأداء والعمليات
	وتقييم النمو الحركي	اليومية واللعب
	واللغوي والعصبي	
بؤرة التدخل	الرعاية الطبية العامة والمشورة	الكفاءة الاجتماعية
	للوالدين حول الرعاية والأداء	والمشاركة والدمج
	اليوميين والتطعيم	مجالات محددة (الحسية
		والمعرفية والاجتماعية)
الهدف	أهداف نمائية ووظيفية للطفل	الطفل كمشارك نشط
	والتمكين للأسرة	في إيجاد خبرات
		تعلم وعلاقات
		اجتماعية إيجابية
الأدوار المهنية	الخبرة في نمو الطفل والوقاية من	الخبرة في الأنشطة
	الإعاقة ونمو الطفل في	الجماعية للأطفال
	السياق اليومي	وإيجاد بيئة جيدة

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

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

وصف البرنامج

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

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

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

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

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

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

مقررات البرنامج

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

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

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

بيئة التدخل المبكر

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

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

نظرية النظم: الطفل والأسرة والفريق

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

التقييم والتدخل: عملية التدخل

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

الدراسة المستقلة

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

تلخيص

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

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

التدريب أثناء الخدمة لتعزيز الخدمات المتمركزة حول الأسرة في التدخل المبكر

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

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

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

٤- تصميم وتنفيذ التدخل.

٥- تقييم تأثيرات التدخل.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

خاتمة وتوصيات للمهنيين في الدول الأخرى

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

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

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

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

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

المراجع

References

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

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2001). *Starting strong: Early childhood education and care*. Paris: Author.
- Peterander, F. (Ed.). (1996). *Helios II final report—Early intervention: Information, orientation and guidance of families: Thematic Group I*. Munich, Germany: LMU Munich.
- Peterander, F. (2000). The best quality cooperation between parents and experts in early intervention. *Infants and Young Children*, 12(3), 32-45.
- Pretis, M. (2000). Early intervention in children with Down's syndrome: From evaluation to methodology. *Infants and Young Children*, 12(3), 23-31.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J., & Meisels, S. (Eds.). (2000). *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Simeonsson, R.J. (Ed.). (1994). *Risk, resilience, and prevention. Promoting the well-being of all children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Statistiska Centralbyran [Statistics Sweden]. (2000). *Population and welfare: population*. Retrieved October 14, 2002, from <http://www.scb.se/eng/index.asp>
- Stensland-Junker, K. (1995). *Den lilla mdnniskan* [The young child]. Stockholm: Natur & Kultur.
- Support and Service Act (LSS, SFS:1993:387). Sweden.
- von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. London: Penguin Books.
- Wachs, T.D. (2000). *Necessary but not sufficient: The respective roles of single and multiple influences of individual development*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Winton, P.J., & McCollum, J.A. (1997). Ecological perspectives on personnel preparation: Rationale, framework, and guidelines for change. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 3-25). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Retrieved August 6, 2002, from <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>.

oboiyadi.com

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

ماريغولد J. Thorburn ثوربيرن

"لا تتخلى عن الطفل الذي يبدو ميتاً لعله ينهض" هذا تعليق كريولي جامايكاني 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 4 أرطال و 8 أونسات. وقد صُرح للأم وليليتها 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 7 أشهر، لكن قبل ذلك، وتحديدًا 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 3D Projects (Dedicated to the Development of people with Disabilities)، وهي عبارة عن برنامج تأهيل مجتمعي في جامايكا، بسبب تأخر نمائي شخص بعد ذلك على أنه شلل دماغي التواثي choreoathetoid cerebral palsy. لم تكن شيلا حتى ذلك الوقت تستطيع أن تجلس أو تستخدم يديها. وكانت تأتي بحركات لا إرادية ولم تقل أي كلمة. سُجلت 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 ترحف، ولا أن تتبع الأشياء عبر خط المنتصف. كانت هناك صعوبة كبيرة في العمل مع والدة شيلا رغم أنها حضرت توجيهها لأولياء الأمور. فكانت أم شيلا تعتقد أن إعاقة ابنتها تسبب فيها عفريت duppy (روح شخص ميت تتلبس الفرد بفعل شخص حوسود 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 تتلق عناية طبية، تجاهلت كلامي كأنها لا تسمعي.

"مرت أيام قبل أن تأخذ الأم شيلا إلى ساحرة لكي تحمم ابنتها وتدلّكها بالزيت. وصفت لي الأم كيف يقوم الساحرة بتمرير شمعة موقدة وإجمل 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 تتخلي عن الطفل الذي يبدو ميتاً لعله ينهض". وعندما رأيتها مؤخراً في عيادة المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات 3D projects في عام ٢٠٠٠م، كانت شيلا قد تعلمت ١٣٥ مهارة جديدة من قائمة بورتج في ثلاث سنوات بمعدل ٣,٦ شهرياً.

السياق القومي

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

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

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

الشعب والثقافة

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

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

إن جامايكا دولة مسيحية اسماً، وبها الكثير من الكنائس المختلفة، وكثير من الجامايكيين متدينون جداً. لكن ذلك يتناقض مع العدد الكبير من الأطفال الذين يولدون خارج إطار الزواج وانتشار الشركاء المتعدين، خاصة في المجموعات الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة. وقد شهدت السنوات الستين الأخيرة انتشار الرستافارية^(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) الرستافارية 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 تجسداً 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 ١٠,١).

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 مكاملة في معظم برامج التدخل المبكر في جامايكا. فتوجد الآن منظمات فاعلة لأولياء الأمور في كل الأبرشيات، ومجموعة دفاع قومية من أولياء الأمور. وتم تطوير مناهج مزودة بأدلة وأشرطة فيديو لتدريب أولياء الأمور (3D Projects, 1995)، وغالبية موظفي التأهيل

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

المؤثرات النظرية

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

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

المؤثرات السياسية

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

الواسع كان هناك غياباً كلياً لتطوير السياسات في هذا المجال المهم للخدمة الإنسانية. وثمة مؤثر أكثر أهمية وصلة 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 رئيسين: 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 التبنّي 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 يسّر 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، وقلة 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 زتلبيه 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 يخترن 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 الحضانة 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. ويفضل 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 روجعت الوظائف والمهام عدة مرات منذ عام ١٩٧٥ م. 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 متتابة من موظفي التأهيل المجتمعي استخدام اختبار دينفير الثاني Denver II test (Frankenburg et al., 1992): أسبوع واحد.

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

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

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

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

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

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

تدريب المهنيين

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

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

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

والمنسقة إلى جانب وظيفتها الإشرافية تكون أيضاً موظفة متعددة الوظائف. فهي تحتاج نفس مهارات موظفة التأهيل المجتمعي لكن بعمق أكبر في كل من المعرفة والحكم. وتحتاج أيضاً إلى المهارات الإدارية والإشرافية والتدريبية. وهذا الجمع بين هذه المجالات ليس متوفراً عموماً في دول العالم الثالث، لذلك كان لازماً 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. ويعد التقويم لأسباب كثيرة واحداً من أصعب الجوانب في البرامج منخفضة التكاليف القائمة على المنزل. فالتقويم 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 التقويم. كان الأول تقويم أثر وجهات نظر أولياء الأمور في البرنامج في أبرشيتين منفصلتين في

سنتين مختلفتين (Thorburn, 1992a). لم تتضمن المحاولة مجموعتين ضابطة. وجاءت النتائج من المنطقتين متماثلة تقريباً ومتناسكة ومؤيدة. وقد وجد أن الزيارات المنزلية كانت تحظى بتقدير واضح لأنها أعطت لأولياء الأمور التشجيع والانتباه من مستمع متعاطف. واتضح أن فهم أولياء الأمور ومعرفتهم حول إعاقة أطفالهم كانت جيدة مقارنة بمجموعة من أولياء الأمور لم يشاركوا في برامج التأهيل المجتمعي، حيث استطاع ٩٢٪ من أولياء الأمور المشاركين في المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات أن يحددوا إعاقة أطفالهم مقارنة بـ ١١-٤٥٪ في المجموعة الثانية. ومن بين أولياء الأمور الذي شملهم التقييم أقر ٦٧٪ ممن شاركوا في المشروعات المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات بحدوث تغيير إيجابي في الاتجاهات، و ٧٢٪ بحدوث تغيير في الممارسات مع أطفالهم. وعلاوة على ذلك قال ٧٦٪ أنهم شعروا بتحسين 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) تقيم 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 لنتائج 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، بما يؤدي إلى معدل مرتفع لترك المجال. وقد واجهتنا صعوبة خاصة في استقطاب أخصائيي العلاج الطبيعي، لكننا لا نعرف السبب وراء ذلك إلى الآن. وقد أثبتت موظفات التأهيل المجتمعي - خاصة الأمهات - أنهن متفانيات جداً ويمكن أن يصبحن موظفات ماهرات وخبيرات. وقد ظللن وفيات للبرنامج حتى في الأوقات الصعبة.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

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

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

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

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

خاتمة

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

وربما كانت السمة المخيبة للآمال 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 المسؤولية 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, Social 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: Liseux Hall.
- National Institute on Mental Retardation, Canada. (1971). *A national mental retardation manpower model*. Toronto: Roeher 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 المجتمعين

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.

نموذج شامل إلى التدريب على

التدخل المبكر^(١) (البرتغال)

A Comprehensive Early Intervention Training Approach (Portugal)

جوسي بوفيدا Jose Boavida

ليونور كارفالو Leonor Carvalho

في عام ١٩٨٩م بدأ تنفيذ برنامج مجتمعي للتدخل المبكر قائم على التآزر بين الهيئات community-based interagency program في منطقة كيومبرا بوسط البرتغال (Boavida & Borges, 1990). وقد سمح النموذج الفريق القائم على التآزر بين الهيئات وعلى تداخل التخصصات transdisciplinary interagency team في كيومبرا للمهنيين من مجالات وهيئات مختلفة بالعمل معاً في تقديم خدمات متكاملة للأطفال والأسر.

(١) يوجه المؤلفان خالص الشكر إلى مارلين إسب - شيرويند Marilyn Espe-Sherwindt التي لم تبخل عليهما بوقتها الثمين لإعطائهما تعليقات وتوجيه أفادا منهما كثيراً في إنضاج هذا الفصل. كما يتوجها بالشكر أيضاً إلى الكثير من زملائهما الذين ساعدوا في تطوير خدمات التدخل المبكر في كيومبرا وأماكن أخرى في البرتغال.

ومنذ البداية اعتبر بناء قوة عاملة مؤهلة أمراً حيوياً وحجر الزاوية لتطوير مشروع كيومبرا. فقد كان من الأهداف الرئيسة من التدريب نشر إطار مفاهيمي وفلسفي مشترك بين المهنيين (Boavida, 1992). وقد كان من بين الصعوبات التي واجهها المشروع قلة الإعداد قبل الخدمة، والتدريب المهني المتمركز حول الطفل (في مقابل المتمركز حول الأسرة)، ونقص مهارات العمل في فريق، وقلة المدربين البرتغاليين ذوي الخبرة. كيف يمكن تطوير برنامج تدريبي أثناء الخدمة من شأنه أن يكون فعالاً في تحسين معرفة ومهارات الموظفين ذوي الخبرة المحدودة أو المتعدمة في المجال؟

ورغم أن التدخل المبكر كان مترسخاً نسبياً في كيومبرا في عام ٢٠٠٣م، فإنه لم يظهر إلا مؤخراً في معظم البرتغال. فمنذ منتصف التسعينيات تم تطوير مجموعة واسعة من البرامج والخدمات في كافة أنحاء البلاد. ولذلك واجه فريق مشروع كيومبرا سؤالاً ثانياً: كيف يمكن تدريب فريق من شأنه أن يقدم دعماً مستمراً للممارسين من مشروع كيومبرا ومن مختلف أنحاء البلاد؟

لقد أوجد قانون التدخل المبكر الذي أصدر في عام ١٩٩٩م (Despacho Conjunto 891/99, 1999) الحاجة إلى إعداد مزيد من الموظفين على المستوى القومي. وسوف يكون تطوير برامج تدريبية قبل وأثناء الخدمة تضع في اعتبارها كل التغييرات التي حدثت في نماذج توصيل الخدمة منذ التسعينيات تحدياً رئيساً للجامعات ومؤسسات التعليم العالي وبرامج التدخل المبكر.

ومن أجل مساعدة الآخرين على فهم التحديات لمشروع كيومبرا والاستجابات لتلك التحديات يبدأ هذا الفصل بحكاية، يليها مناقشة للخصائص السكانية والسياق الاجتماعي، ونظم الخدمات الصحية والتعليمية، والخصائص الرئيسة للتدخل المبكر في البرتغال. ويقدم الفصل أيضاً وصفاً لمشروع كيومبرا وتطوير التدريب وبرنامج إعداد الموظفين في المشروع وتوجهات مستقبلية وتوصيات للمهنيين في الدول الأخرى.

حكاية جواكيوم وبولا

بولا امرأة برتغالية من أصل أفريقي في أوائل العقد الثالث من عمرها جاءت من مستعمرة برتغالية سابقة طلباً لحياة أفضل ورعاية طبية أفضل لحالتها الصحية. فقد تعرضت في الطفولة لمرض تركها بإعاقة حركية شديدة. وقد أدى عيشها حياة فقيرة في مكان لا تتوفر فيه الرعاية الصحية الجيدة إلى انعدام فرص الحصول على أي تدخل. وكثيرها من أبناء بلدها اختارت بولا البرتغال بسبب ما تتميز به من ظروف معيشية أفضل ولأنها تتحدث البرتغالية. وقد اضطرت بولا لأن تترك ابنتها ساندرا التي تبلغ الثالثة من العمر في رعاية أمها [جدة الطفلة] على أمل أنها سترسل للطفلة لتحلق بها في البرتغال بأسرع ما يمكن.

كان أنطونيو زوج بولا يعيش في البرتغال عندما وصلت هناك. استقر الزوجان في بلدة صناعية صغيرة بالقرب من كيوميرا. وسرعان ما وجد أنطونيو عملاً في مصنع، بينما لم يتيسر ذلك لبولا بسبب إعاقتهما البدنية. وبسبب العيش على مرتب أنطونيو الصغير، واجه الزوجان صعوبات اقتصادية هائلة.

وبعد بضعة أشهر من وصولها حملت بولا وأنجبت طفلها جواكيوم. كان الحمل والولادة طبيعيين. لكن بعد شهرين لاحظت بولا أن جواكيوم يبدو "أكثر ثقلاً" وأقل يقظة من الأطفال الآخرين. توجهت بولا وأنطونيو إلى المركز الصحي المحلي القريب للحصول على مساعدة طبية.

أكد الطبيب شكوك بولا بأن طفلها لم يكن ينمو بشكل طبيعي رغم عدم وضوح أسباب التأخر. وأحيل جواكيوم إلى مستشفى الأطفال من أجل إجراء تقييم نمائي شامل في مركز نمو الطفل بها. وفي غضون ذلك علمت بولا وزوجها بوجود مشروع كيوميرا لبرنامج التدخل المبكر وسنلا عما إذا كانا يودان أن يتصل بهما عضو من الفريق المحلي. وبالفعل وافقا على الفكرة فوراً.

تسلم الفريق المحلي خطاب إحالة وتقرير يصف جواكيوم بأن لديه "مشكلات وراثية ممكنة" وأنه "عرضة لخطر اجتماعي". وعلى الفور تم اختيار مرب خاص وموظف خدمات اجتماعية ليكونا المهنيين اللذين يقدمان الخدمات للأسرة والطفل. وفي الوقت الذي حدث فيه الاتصال الأول كان جواكيوم ابن الأربعة أشهر قد شُخصت عنده متلازمة داون الوراثية. وقد تأخر التشخيص بسبب الصعوبة في التعرف على آثار التثلث الصبغي رقم ٢١ لدى الطفل.

شرح المهنيون للأسرة في الزيارة الأولى كيف يعمل البرنامج، وناقشوا في أغلب المخاوف التي تنتاب الأسرة. تحدثت بولا القوية والعازمة صراحة عن أولوياتها ومشكلاتها. كان أول ما يشغلها هو النمو الحالي والمستقبلي لطفلها. ورغم غياب الاضطرابات المصاحبة العادية التي تُرى عند الأطفال ذوي متلازمة داون، كان التأخر الحركي واضحاً جداً.

كانت بولا قلقة أيضاً بشأن إعاقته البدنية هي نفسها. وكانت تريد أيضاً أن تشتري جهازاً مساعداً ليحسن قدرتها على الحركة ونوعية حياتها، وأن تجد عملاً تسهم به في دخل الأسرة. ولكي تفعل هذه الأشياء لا بد أن تحصل بولا على وضع الهجرة القانونية في البرتغال. وكذلك كانت بولا تحلم بأن تأتي بساندرا لتعيش مع الأسرة في البرتغال. وقد أوضحت للمهنيين أنها بعد أكثر من سنة في البرتغال ساءت مشكلاتها الصحية والاقتصادية أكثر، وأنها لا تعرف إلى من تتوجه لتطلب المساعدة.

وافقت بولا على أن تتلقى زيارات منزلية أسبوعية لجواكيوم. وبالتعاون مع المهنيين حددت بولا بعض الأهداف والاستراتيجيات لنمو جواكيوم وللأسرة عموماً. وبعد بعض الاتصالات بالسلطات المختصة تمكنت بولا من الحصول على إقامة قانونية في البرتغال، وهو ما فتح أفقاً جديدة لتحقيق أهدافها. فبعد زيارة لأخصائي أجهزة مساعدة تسلمت بولا جهازاً مساعداً جديداً وبدأت تحضر جلسات العلاج الطبيعي. لكن إعاقته البدنية المستمرة جعلت من الصعب إيجاد فرصة عمل لها. وبمساعدة هيئة التدريب المهني أدرجت بولا في دورة تدريب مهني تحصل فيها على أجر. وقد كان لزاماً أن يسجل جواكيوم في مركز رعاية طفولة، وهناك بدأ منسق الخدمة في تنفيذ زيارة للطفل أسبوعياً. وقد استمرت الزيارات المنزلية التي يحدد ميعادها بالاتفاق بين الطرفين تشكل جانباً مهماً من التدخل.

ورغم الصعوبات القانونية والبيروقراطية التي تخللت محاولة بولا لاستقدام ابنتها إلى البرتغال، كانت كل الأشياء الأخرى تسير جيداً مع الأسرة. كانت بولا سعيدة بعملها الجديد وكانت الأفضل في المواظبة على الحضور في الفصل التدريبي. ومن خلال التعاون الجيد بين منسق الخدمات وكل المهنيين الآخرين، اندمج جواكيوم بسهولة في برنامج رعاية الطفولة مع أطفال آخرين من نفس العمر. ثم أخذت الحالة تسوء، فمع اقتراب الشتاء والاحتكاك بالأطفال الآخرين وظروف الأسرة السكنية السيئة، أصيب جواكيوم بعدة نوبات متكررة من العدوى التنفسية وأدخل عدة مرات إلى المستشفى. واصلت الأسرة البحث عن منزل جديد، لكن الإيجارات كانت مرتفعة جداً. وبمساعدة منسق الخدمات حصلوا على إسكان اجتماعي. ومن أجل العناية بجواكيوم تغييت بولا عن التدريب عدة مرات، ثم انقطعت، حيث قررت أن تترك الفصل قبل أشهر قليلة من نهايته لكي تتمكن من أن تعطي لجواكيوم العناية الكافية. ولذلك ساءت الحالة الاقتصادية للأسرة.

ولحسن الحظ تحسنت صحة جواكيوم بعد أشهر قليلة. فبدأت بولا تبحث من جديد عن عمل. وقد أرادت أن تواصل العمل الذي بدأته من قبل، لذلك ساعدها الفريق في الاتصال بهيئة التدريب ثانية. وسجلت بولا ثانية في الفصل وأنهت التدريب العملي في مصنع أعطاهها فرص جيدة للعمل.

بلغ جواكيوم الآن سنتين من العمر وبدأ لتوء في المشي. وقد كان أكثر ما يشغل أمه في الأشهر الأخيرة هو عدم قدرته على الكلام. وتقول بولا أن جواكيوم "ثقيل في الكلام كما هو في المشي". ولذلك اقترح منسق الخدمات الاتصال بأحد معالجي النطق واللغة. وبموافقة بولا تم بعد اللقاء الأول إضافة إستراتيجيات استخدام الإيماءات لتحسين التواصل إلى خطة جواكيوم. بعد أقل من سنة سيبلغ جواكيوم الثالثة من العمر، ولا بد أن يبدأ العمل في خطته الانتقالية، وذلك لأن معظم الأطفال في البرتغال يذهبون بحلول عمر الثالثة إلى نوع جديد من مراكز رعاية الطفولة. بدأت الاتصالات بمركز رعاية الطفولة الجديد. سيذهب مع جواكيوم إلى مركز رعاية الطفولة الجديد ملف يحتوي كل المعلومات ذات الصلة والتي ترغب الأسرة في أن تشارك فيها مع المركز الجديد. إن واحداً فقط من أولويات الأسرة الأساسية لم تلب بنجاح، حيث حال الروتين القانوني دون استقدام ابنتها ساندرا إلى البرتغال، وسوف تستمر محاولات التعامل مع السلطات المختصة. والآن ظهر ضوء خافت في نهاية النفق. وعلى امتداد مشاركة الأسرة في مشروع كيومبرا كانت بولا والمهنيون يعملون معاً طول الوقت في تحديد الأولويات والاهتمامات ووضع خطة لتلبية أهداف الأسرة وجمع الموارد لحل المشكلات، وفوق كل ذلك إعطاء أفراد الأسرة فرصة لامتلاك حياتهم وتوجيهها.

السياق القومي

إن البرتغال هي الدولة الأقدم والأصغر بين الدولتين المستقلتين على شبه الجزيرة الآيبيرية في جنوب غرب أوروبا^(٢). فالبرتغال التي تقترب مساحتها من مساحة ولاية إنديانا الأمريكية تغطي مساحة قدرها ٣٦٣٩٠ ميلاً مربعاً بما في ذلك جزر الأزور Azores وماديرا Madeira. وأرض البرتغال القارية مستطيلة الشكل بطول ٣٦٠ ميلاً وعرض ١٢٥ ميلاً. يبلغ عدد السكان ١٠,٥ مليون نسمة يتحدثون جميعاً اللغة البرتغالية، ويعيش حوالي ٦٠٪ من سكانها في مناطق ريفية.

إن البرتغال المستقلة منذ عام ١١٤٣م بوقوعها على حافة أوروبا بين أسبانيا والمحيط الأطلسي كانت في بادئ الأمر معزولة عن المراكز التجارية الكبيرة والطرق

(٢) الدولة الثانية هي أسبانيا (المترجم).

الرئيسة للنقل البري، وأخيراً في أثناء العصور الوسطى شهدت البرتغال توسعاً وتجارة بحرية غير مسبوقه عندما أبحر ملاحوها لاستكشاف حوالي ثلثي العالم. وظل المحيط يلعب دوراً مهماً في حياة البلاد، فالمدن الكبيرة مثل لشبونة وبورتو تمثل موانئ بحرية. ويزدحم السكان على طول الساحل حيث توجد أفضل الأراضي الزراعية والصناعات الرئيسة وطرق النقل الرئيسة.

خضعت البرتغال في الفترة من ١٩٣٣م إلى ١٩٧٤م لحكم نظام استبدادي محافظ. وفي ٢٥ أبريل ١٩٧٤م قامت حركة عسكرية مدفوعة بالحروب الطويلة في أفريقيا الاستعمارية والسياسات القمعية في الداخل بإسقاط النظام، وبدأ عصر جديد في تاريخ البلاد. والبرتغال اليوم نظام ديمقراطي برلماني وعضو كامل بالاتحاد الأوروبي منذ ١٩٨٦م.

تتضمن الصناعات البرتغالية التقليدية المنسوجات والملابس والأحذية ومنتجات الخشب والفلين والمشروبات (النيبذ) والخزف والفخاريات والزجاج والمنتجات الزجاجية. ورغم أن البرتغال تعتبر بلد زراعي فقد تراجعت أهمية الزراعة البرتغالية كثيراً منذ نهاية القرن العشرين. ففي عام ٢٠٠٣م كان دخل البلاد يعتمد بشدة على التصنيع وعلى التوسع في صناعة السياحة. فالبرتغال وجهة سياحية أوروبية رئيسة لحوالي ٢٥ مليون سائح يزورونها سنوياً من أسبانيا والمملكة المتحدة وألمانيا وفرنسا والولايات المتحدة الأمريكية، حيث يمثل الساحل الممتد بطول ٥٠٠ ميلاً والمناخ المعتدل والمأكولات والنيبذ الممتازين بعض أسباب نجاح صناعة السياحة.

لقد حدث تقدم كبير منذ الثمانينيات في رفع مستوى المعيشة في البرتغال إلى مصاف شركائها في الاتحاد الأوروبي. ويبلغ معدل البطالة بها ٤,٤٪، وهو الأقل في الاتحاد الأوروبي (Instituto Nacional de Estatística, 2000)، ويتوقع أن يهبط أكبر مع ازدياد قوة الاقتصاد. ويبلغ متوسط معدل دخل الفرد ١٠٨٢٤ دولاراً أمريكياً، وقد

ارتفع هذا المتوسط على أساس تعادل القوة الشرائية من ٥٣٪ من متوسط دخل الفرد بالاتحاد الأوروبي في ١٩٨٥ م إلى أكثر من ٧٠٪ في عام ١٩٩٨ م.

الشعب والثقافة

ظل المجتمع البرتغالي تقليدياً على امتداد الأرباع الثلاثة الأولى من القرن العشرين لسببين أساسيين: (١) انخفاض مستوى التصنيع، (٢) والهجرة الكثيفة للمواطنين الأكثر إبداعاً وطموحاً الذين فروا إلى دول أوروبية أخرى وأمريكا هرباً من حروب البرتغال الاستعمارية ودكتاتوريتها. وبعد ثورة ١٩٧٤ م عاد كثيرون ممن هاجروا إلى البرتغال ومعهم أفكار جديدة لتطوير المجتمع. ومع دخول البلاد في الاتحاد الأوروبي عام ١٩٨٦ م والتحسين الكبير في الظروف المعيشية بدأت التفاوتات بين الطبقات تتناقص وبدأ المجتمع البرتغالي يقترب أكثر فأكثر من الدول الأوروبية الأخرى.

قد تبدو البرتغال للوهلة الأولى مجتمعاً متجانساً. فعلى سبيل المثال ٩٧٪ من السكان من الكاثوليك الرومان (تشتهر البرتغال بعدة مواقع للحج من أشهرها مدينة فتيما^(٣)). ولا توجد بين سكان البرتغال "الأصليين" مجموعات عرقية أو ثقافية مختلفة، ما عدا أقلية أفريقية صغيرة. ولا توجد في البرتغال حركات متطرفة أو انفصالية منخرطة في أعمال إرهابية، ويعتبر الشعب البرتغالي عموماً شعباً متسامحاً وهادئاً^(٤) *pacif* جداً.

ومع ذلك توجد اختلافات إقليمية ومحلية تتضح في المناطق الصغيرة، وتلك الاختلافات تعكس أساساً طبيعة الأنشطة الاقتصادية بالبرتغال. فالبرتغال البحرية

(٣) مدينة برتغالية تشتهر بمقام السيدة العذراء الذي أقيم فيها عام ١٩١٧ م بناء على وحي أو نبوءة عن الآخرة والخلاص أوحى به السيدة مريم - كما يقال - إلى ثلاثة أطفال، واسم المدينة أو المقام كما تقول المصادر الأجنبية مشتق من الاسم العربي "فاطمة" [المترجم].

(٤) يستخدم المؤلفان هذه الصفة غير الشائعة طبعاً نظراً لوقوع البرتغال على المحيط الهادئ، وكان الشعب متأثر بالمحيط [المترجم].

مجتمع صيد سمك وسياحة، بينما تعتمد البرتغال الداخلية على الزراعة بشكل كبير. ولعل التباين الأكبر هو ذلك الذي يوجد بين المدن والمناطق الريفية، حيث تشكل الأخيرة مجتمعاً أكثر بساطة وتقليدية. لكن أبعد من هذا الانقسام الحضري - الريفي لا توجد تباينات مهمة أخرى.

ومنذ التسعينيات أدى الاستثمار العام المتزايد في التشييد إلى جانب التحويلات الصافية من الاتحاد الأوروبي إلى زيادة الرواتب. وقد جذبت هذه الزيادة آلافاً من العمال الأجانب، خاصة من المستعمرات الأفريقية البرتغالية السابقة ومن دول أوروبا الشرقية. وتدفق المهاجرين يمثل مشكلة اجتماعية جديدة وصعبة نسبياً تؤثر على الإسكان والتعليم والاندماج الاجتماعي عموماً.

نظم الخدمات الصحية والتعليمية

تقدم مؤسسة الصحة العامة (NHS) National Health Service الرعاية الصحية المجانية لمعظم سكان البرتغال من خلال شبكة من مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات المحلية من المستويين الثاني والثالث. وقد تحسنت خدمات الرعاية الصحية للأمومة والطفولة بشكل ملحوظ منذ الثمانينيات، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال من ١٧,٨ في الألف عام ١٩٨٥م إلى ٥ في الألف عام ٢٠٠١م (Institute Nacional de Estatistica, 2002).

وتقدم مؤسسة الصحة العامة خدماتها للأطفال ذوي الإعاقات النمائية من خلال (١) مراكز نمو الطفل في مستشفيات الأطفال بلسبونة وبورتو وكيومبرا، (٢) العيادات النمائية بأقسام الأطفال بالمستشفيات من المستوى الثاني. وتتضمن هذه الخدمات التقييم العصبي - النمائي للأطفال، فضلاً عن أنواع التقييم التي يجريها المهنيون في التربية الخاصة وعلم النفس والعمل الاجتماعي وأمراض النطق واللغة والعلاج الطبيعي والمهني. كما تجرى للأطفال الفحوصات المعملية وتقنيات

التصوير والاختبارات الوراثية والأبضية والاستشارات من المهنيين الطبيين الآخرين حسب الحاجة.

كما تحسن التعليم باطراد هو الآخر. حيث انخفضت الأمية من ٣٤٪ من السكان في عمر ١٥-٦٤ سنة في عام ١٩٦٠م إلى ٧٪ فقط في عام ١٩٩١م (Barreto, 2000). ورغم أن القيد بالمدرسة إلزامي فقط للأطفال في عمر ٦-١٦ سنة، فقد ازداد القيد بفصول ما قبل المدرسة (٣-٥ سنوات) من حوالي ٣٠٪ في عام ١٩٨٧م إلى ٦٤,٧٪ في عام ١٩٩٨م (Ministry of Education, 2000). وفي هذه الأثناء ازداد عدد الطلاب المقيدين بالجامعات ومؤسسات التعليم العالي باطراد أيضاً من ٢٤١٤٩ عام ١٩٦٠م إلى ٨٤١٧٣ عام ١٩٨٠م إلى ٣٤٤٨٦٨ عام ١٩٩٧م (Barreto, 2000).

إن نظام المدارس العامة مطالب وفقاً للقانون العام رقم ٩١/٣١٩ الصادر في عام ١٩٩١م بأن يقدم تعليمًا ملائمًا بالكامل لكل الأطفال ذوي الإعاقات. وهيئات التعليم مطالبة بأن تقيم كل الأطفال ذوي الاحتياجات إلى التربية الخاصة وأن تعد وتنفذ لهم خططاً تربوية فردية. وكذلك فرض القانون على الهيئات التعليمية تعليم الأطفال في أقل البيئات تقييداً *the least restrictive environment*، وأن تقدم لهم "الخدمات المساندة" *related services*. وتلك الخدمات تتضمن النقل والاستشارة والخدمات النفسية وحتى بعض التقنيات المساعدة *assistive technology*.

ورغم الإطار القانوني الواضح الذي يحدد توفير الخدمات للأطفال عمر المدرسة ذوي الإعاقات، فإن الواقع يكون مختلفاً في بعض الأحيان. وكثيراً ما تخصص موارد عامة (مالية وبشرية) للمؤسسات الخاصة (مثل جمعيات أولياء الأمور) التي تدير مدارس منعزلة. لكن هناك، مع ذلك، حركة دمج قوية يقف ورائها أولياء أمور ومهنيون وصناع سياسات تسهم في تحويل الموقف التعليمي تدريجياً ليكون أكثر دمجاً.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

جاء إصدار قانون التدخل المبكر (Despacho Conjunto 891/ 99) في أكتوبر ١٩٩٩م كمعلم أساسي على الطريق. فقبل هذا القانون كان التعليم المجاني والملائم للأطفال ذوي الإعاقات يقدم فقط بعد عمر السادسة. لكن ظهرت الحاجة الماسة إلى شكل آخر لتقديم التعليم بسبب انتشار برامج التدخل المبكر في البرتغال.

تطورت منذ أوائل التسعينيات مجموعة كبيرة من البرامج والخدمات تطلق على نفسها اسم "التدخل المبكر" في كافة أنحاء البلاد: بعضها متركز على الطفل، وبعضها متركز على المهنيين، وبعضها نتج عن عمل مهني واحد وبعضها عن مجموعة من المهنيين أو حتى الفرق. اعتمد بعض البرامج على وزارتي التعليم والصحة، واعتمد غيرها على نظام الضمان الاجتماعي، أو نتج عن التشبيك بين الهيئات العامة والخاصة (Almeida, 2000). وقد كانت الأطر المفاهيمية ونماذج التوصيل والمجموعات المستهدفة والأهداف ومقاييس المخرجات ومستوى مشاركة أولياء الأمور ونوع أو كثافة أو مدة الخدمات تختلف كثيراً من برنامج إلى آخر، وحتى داخل نفس البرنامج. ونتيجة لذلك كانت الصورة العامة للتدخل المبكر في البرتغال متباينة للغاية، وتوجد الآن بمساعدة التشريع توقعات لحركة ممكنة وإن كانت بطيئة جداً نحو الإتساق القومي.

وبفضل جهود المهنيين المخلصين جاء القانون الجديد متضمناً تغييراً مهماً: بدلاً من التركيز فقط على تعليم الطفل، يحدد القانون الأسرة بوضوح باعتبارها مكان تخطيط وتوصيل دعم وخدمات التدخل المبكر القائمة على المجتمع المحلي. ويذكرنا القانون أيضاً بأن التدخل المبكر مجال قائم على تداخل التخصصات والتآزر بين الهيئات. ويتألف المجال من المهنيين العاملين في الخدمات التعليمية والصحية والاجتماعية التي يجب أن تقدم خدمات نمائية شاملة للأطفال ذوي الإعاقات من

الولادة حتى عمر السادسة وأسرهم. كما يؤكد القانون البرتغالي أيضاً على الحاجة إلى خطة تدخل فردية، على أن تعد هذه الخطة وتنفذ وفقاً لفلسفة متمركزة على الأسرة. يعرف القانون بنية أو نظاماً يتكون من فرق من السكان المحليين يديرها فريق منسق في كل منطقة. يعمل بهذه الفرق مهنيون من الهيئات التعليمية والصحية وهيئات الضمان الاجتماعي العامة المختلفة، وكذلك من مؤسسات غير حكومية. ويقوم على الإشراف على القانون وتقييم تنفيذه خمس مجموعات إقليمية، واحدة في كل من منطقة من مناطق البلاد. وعلى المستوى القومي يقوم على الإشراف والتقييم مجموعة تضم ممثلين للوزارات الثلاثة المعنية: الصحة والتعليم والضمان الاجتماعي.

ثمة نقص حاد في الموظفين المؤهلين لخدمة الأطفال الصغار ذوي الإعاقات والمعرضين لخطرهم سيشكل تحدياً رئيساً للتنفيذ الناجح للقانون الجديد. ولذلك تعتبر أهداف التدخل المبكر وعمر الأطفال الذين يتلقون الخدمة واحتياجات ومشكلات الأسر والخدمات القائمة على عمل الفريق والتوصيل جميعها قضايا ذات صلة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار للإعداد المستقبلي للموظفين قبل وأثناء الخدمة على المستوى القومي.

وصف البرنامج

بدأ مشروع كيومبرا Coimbra Project في عام ١٩٨٩ م عبر التشبيك بين خمس هيئات إقليمية تمثل الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية. وفي عام ١٩٩٤ م تكونت لجنة عمل على المستوى القومي لوضع قانون قومي حول توفير خدمات التدخل المبكر. وقد دعي عضو من مشروع كيومبرا للمشاركة في هذه المجموعة. وفي عام ١٩٩٩ م، ورغم الانقطاعات الناتجة عن تغيير الحكومات، أثمرت جهود لجنة العمل، حيث تم إصدار قانون التدخل المبكر. وقد جاء القانون مشتملاً على معظم الأهداف والفرضيات وحتى البنية التي تشكل الأساس لمشروع كيومبرا.

كيومبرا هي ثالث أكبر مدينة في البرتغال ، وهي عاصمة المنطقة الوسطى التي تضم ست مقاطعات. وتغطي مقاطعة كيومبرا مساحة قدرها ١٦٠٠ ميلاً مربعاً ، وتضم سكان يقدرون بحوالي ٤٥٠٠٠٠ نسمة. وكشأن بقية مقاطعات البلاد ، تعكس كيومبرا سياقات جغرافية مختلفة تتراوح من الجماعات المنعزلة في الجبال إلى القرى الساحلية التي تزدهر على السياحة ، وكذلك سياقات اجتماعية مختلفة تتراوح من الفقر المدقع (بشكل إدمان الخمر في الغالب مشكلة خطيرة) إلى أسر الطبقة المتوسطة.

أما مدينة كيومبرا ذاتها فمساحتها متوسطة ويقدر سكانها بحوالي ١٥٠٠٠٠ شخصاً. وجامعة كيومبرا واحدة من أقدم أربع جامعات في أوروبا ، حيث أنشأها في عام ١٢٩٠م الملك دينيس Dinis وتقع على تل يشرف على أقدم جزء بالمدينة. وتزدان الجامعة لزوارها بالكنوز التي جلبها البرتغاليون من البحار البعيدة التي جابوها: بوابات على النمط المانويليني^(٥) (أسلوب معماري قوطي برتغالي من فترة الاكتشافات) ومصلى القديس ميخائيل والغابة الغربية والذهب البرازيلي في مكتبة الملك جون. ولا يزال البرج القديم الذي يهيمن على أفق المدينة بطول ٣٤ متراً يدق كل ساعة. وفي مايو تعج المدينة بألوان كل أقسام الجامعة في مهرجانات واستعراضات الطلاب. وطوال العام يشاهد طلاب الجامعة وهم يمشون عبر الشوارع الضيقة وفي الغالب بعباءاتهم السوداء التقليدية ويجلبون لكيومبرا معهم الأغاني القومية البرتغالية النموذجية المعروفة باسم فادو Fados والأغاني الشعبية والكتب والقصائد والأحلام والحنين للماضي.

وتعتبر الخدمات التعليمية والصحية في منطقة كيومبرا من أجود نظيراتها في البرتغال. فمعدل وفيات الأطفال ، على سبيل المثال ، هو الأقل في البلاد

(٥) الأسلوب المانويليني Manueline style نمط برتغالي في الزخرفة المعمارية يرجع إلى أوائل القرن السادس عشر يقوم على استخدام العناصر البحرية وعناصر تمثل الاكتشافات التي جلبتها رحلات فاسكو دي جاما وييدرو أنفارس كابرال [المترجم].

(٣,٨ في الألف) (Institute Nacional de Estatistica, 2002). والقيد بفصول ما قبل المدرسة بها من أعلى أمثاله في البلاد (Ministry of Education, 2000). وعلى خلاف المناطق الأخرى بالبرتغال، تتميز مقاطعة كيومبرا بتقاليد طويلة للتعاون بين الهيئات المختلفة.

أهداف وفرضيات مشروع كيومبرا

ثمة ستة أهداف رئيسة وجهت تطور مشروع كيومبرا منذ بدايته في عام ١٩٨٩م (Boavida & Borges, 1994; Boavida, Espe-Sherwindt, & Borges, 2000):

- ١- بناء نظام للتدخل المبكر قائم على التآزر بين الهيئات وتداخل التخصصات.
- ٢- استخدام الموارد الموجودة فعلاً في المجتمع المحلي (البشرية والمادية) وتتضمن الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية، وكذلك الموارد الأخرى الرسمية وغير الرسمية.
- ٣- أن تكون على مستوى المقاطعة وقائمة على المجتمع المحلي، على أن يكون هناك فريق تدخل مبكر في كل من المجالس الـ ١٧ بالمقاطعة.
- ٤- تقديم خدمات شاملة فردية للأطفال تحت عمر الثالثة المعرضين لخطر مرتفع أو ذوي الإعاقات وأسرههم.
- ٥- توفير التدريب لكل المهنيين المشاركين في مشروع كيومبرا وتعزيز التعاون مع البرامج الأخرى في البرتغال وفي الخارج.

٦- الإسهام في تطوير تشريعات التدخل المبكر في البرتغال.

ثمة بضعة فرضيات تشكل الأساس لمشروع كيومبرا، الأولى أن التدخل المبكر يساعد الأسرة في عملية التكيف مع العضو الجديد المعاق. كما يحسن التدخل المبكر البيئة، وبذلك يساعد الطفل في تحقيق إمكاناته والوقاية من الإعاقات من المستوى الثاني (Bennett 5- Guralnick, 1991). وعلاوة على ذلك فإن كل الأسر، بغض النظر عن حالتها الاجتماعية - الاقتصادية، تمتلك نقاط قوة وموارد يجب أن تستخدم لتحسين نمو الطفل (McGonigel, Kaufmann, & Johnson, 1991). ولا يمكن للمهنيين، أيًا كانوا،

أن يعوضوا عن دور الأسرة في تقديم الرعاية. ومساعدة الأسر على زيادة وتحسين المهارات الوالدية يكون له تأثير إيجابي باقي بعد سنوات التدخل المبكر (Dunst & Trivette, 1987; Dunst, Trivette, & Deal, 1988; Simeonsson & Bailey, 1990). وأخيراً فإن للتدخل المبكر تأثير إيجابي على المجتمع، حيث يزيد وعيه بالحاجة إلى الدعم المبكر للأطفال الصغار وأسرهم (Moor, Van Waesberghe, Hosman, Jaeken, & Miedema, 1993).

تنظيم المشروع

إن فريق المشروع باختيارهم إطار بيئي وتفاعلي (Bronfenbrenner, 1977; Sameroff & Fiese, 1990) عبروا عن إيمانهم بأن خدمات التدخل المبكر يجب أن تشرك الأسرة، ويجب أن تكون قائمة على المجتمع المحلي، على أن تكون الأسرة ككل هدف وموضع توصيل الخدمات. كانت الخدمات قدر الإمكان وبحسب الملاءمة تقدم في سياق المنزل باستخدام الموارد المتوفرة في الأسرة والمجتمع المحلي. وبدلاً من الجمود على بيئة قياسية أو مكان واحد للتدخل المبكر، ركز المشروع على البيئة الطبيعية: مركز رعاية الطفولة أو المنزل أو أي مكان آخر في المجتمع المحلي وفقاً لتفضيلات الأسرة واحتياجات الطفل (Boavida, 1993).

في غضون أربع سنوات تكون فريق محلي للتدخل المبكر في كل مجلس بمقاطعة كيومبرا. ومنذ البداية اشتملت كل الفرق الـ ١٧ على مجموعة أساسية من المهنيين: طبيب رعاية أولية وممرضة ومربي خاص واحد أو أكثر وموظف خدمات اجتماعية وأخصائي نفسي. ويتوفر المعالجون فقط في المجالس الأكبر. وبسبب نقص المهنيين المتخصصين في الجماعات الصغيرة، يوفر المشروع معالج مهني وأخصائي أمراض النطق واللغة كمستشارين. كما يوفر المشروع أيضاً الخدمات التشخيصية والعلاجية بمستشفى الأطفال بكيومبرا ومركز نمو الطفل بها ومركز الشلل الدماغي (Boavida & Borges, 1994; Boavida et al., 2000).

وأعضاء الفريق مهنيون من الهيئات المختلفة التي تعمل في المجتمع المحلي. ولا يعمل بدوام كامل في مشروع كيومبرا إلا عدد صغير من المهنيين ، وفي معظم الحالات يكون التدخل المبكر جزءاً فقط من عمل المهنيين ، حيث يظلوا يؤدون عملهم المنتظم في الهيئات الأساسية التي يعملون بها.

يأتي الأطباء والمرضات من المركز الصحي المحلي ، والمربون الخاصون من نظام المدارس العامة ، والأخصائيون النفسيون وموظفو الخدمات الاجتماعية من مؤسسة خاصة أو المركز الصحي أو أية هيئة محلية أخرى توفرهم للمشروع. ولكل أعضاء الفريق خبرة في العمل مع الأسر والأطفال تحت عمر الثالثة.

تتوفر لكل فريق غرفة مجهزة تجهيزاً كاملاً في مكاتب إحدى الهيئات المشاركة ، وفي هذه الغرفة تُجرى التقييمات والاجتماعات وفي بعض الأحيان مجموعات دعم أولياء الأمور. ويستخدم الفريق نموذجاً قائماً على تداخل التخصصات يحاول تجاوز الحدود بين التخصصات العلمية الفردية ويعظم مشاركة أولياء الأمور والتشارك في المهارات بين المهنيين والأسر. وعضو الفريق الذي يعمل باعتباره مقدم الخدمة الأولية يكون هو منسق الخدمة. وفي العادة يكون منسق الحالة مريضاً أو موظف خدمات اجتماعية أو أخصائي نفسي أو ممرضة ، وقدرة الإمكان يكون من التخصص العلمي الأوثق صلة باحتياجات الطفل والأسرة.

وعلى مستوى المنطقة يقوم فريق مكون من ممثل عن كل هيئة موقعة بالتنسيق بين الخدمات المختلفة. والأهم من ذلك أن فريق التنسيق يقدم كل الدعم المنظمي لمشروع كيومبرا ، بما في ذلك التخطيط والإشراف والتدريب والاجتماعات المنتظمة مع فرق المجتمع المحلي وتطوير المشروع والتنفيذ.

والهيئات المشاركة على مستوى المقاطعة والمثلة في فريق التنسيق تتضمن الهيئات التالية : مستشفى الأطفال بكيومبرا ، وإدارة الرعاية الأولية الإقليمية التي

تنسق بين المراكز الصحية المحلية، وقسم التربية الخاصة الإقليمي، ومركز الضمان الاجتماعي بكيومبرا، وتجمع مؤسسات التربية الخاصة غير الحكومية. وفريق التنسيق ككل مسئول عن إعداد تقرير النشاط وإعداد الميزانية سنوياً. وبناء على الإتفاقات المكتوبة حول الأدوار والمسئوليات بين مشروع كيومبرا والهيئات المقدمة للخدمات، يطلب من كل هيئة مشاركة أن تخصص مصادر محددة: المهنيين أو التمويل أو التجهيزات (Boavida & Borges, 1990).

كون مشروع كيومبرا فريق إشراف يعمل كمستوى وسيط بين الفريق المنسق وفريق التدخل المبكر المجتمعية الـ ١٧ (Boavida & Violante, 1993). ويتكون فريق الإشراف من خمسة مهنيين ذوي معرفة وخبرة معترف بها في توفير الخدمات المباشرة للأطفال والأسر، ويتمثل دورهم في أن يساعدوا ويدعموا المهنيين في المجال والتأكد من الالتزام بالإطار الفلسفي والمفاهيمي المتبنى. ويعلمون أيضاً كجسر بين فريق التنسيق والمجتمع المحلي.

الأطفال والأسر

يخدم مشروع كيومبرا حوالي ٢١٠ طفلاً وأُسرة كل سنة. ونظرة إلى الوراء على الأطفال الذين خدمهم المشروع منذ بدايته توضح أن ٣٣٪ منهم كان عندهم تأخر نمائي محقق، ٤٥٪ لديهم مشكلات نمائية فقط لكنهم ينتمون إلى المجموعات المعرضة لخطر شديد، والـ ٢٢٪ الباقين تلقوا التدخل من باب الوقاية بسبب عوامل الخطر البيئية (Boavida et al., 2000). لقد خدم المشروع أطفالاً من كل أنواع التأخر النمائي والإعاقات. وكانت المجموعات الرئيسة كالتالي:

- التأخر الشامل: ٦٨٪.
- متلازمة داون: ٨٪.
- التشوهات الخلقية (بما في ذلك المتلازمات المختلفة المشوهة): ٧,٥٪.

● الإعاقة السمعية : ٧٪.

● الشلل الدماغي : ٦٪.

● الإعاقة البصرية : ٥٪.

كان الفقر هو عامل الخطر البيئي الرئيس ، حيث يشكل الفقراء ٤٠٪ من إجمالي السكان الذي يتلقون الخدمة. ويأتي إدمان الخمر في المرتبة الثانية (١٧٪)، تليها مشكلات التغذية (١٥٪)، ثم العزلة الاجتماعية (١٤٪)، ثم الاكتئاب (١٣٪)، ثم الأمية (١١٪)، ثم وجود التأخر العقلي في الأسرة (٩٪) (Boavida et al., 2000). ومنذ أواخر التسعينيات يحظى الأطفال المعرضون لخطر بيئي باهتمام خاص في مشروع كيومبرا (Bryant & Maxwell, 1997). وتلك الأسر التي تعيش عادة في بيئات محرومة في ظروف إسكان دون المستوى وشديد الإزدحام والتي تكون كثيراً عرضة للنبذ من المجتمع المحلي تميل - هذه الأسر - لأن ترتاب في الخدمات. فهم يظهرون معدلات تغيب عالية عن العيادات، خاصة العيادات النمائية. وفي جو الاكتئاب والإحباط والعجز لا يكون نمو الطفل هو أولوية الأسرة، حيث تبذل الطاقات النفسية والبدنية عادة في مهام البقاء الصرف. فضلاً عن أن المهنيين يميلون إلى إرجاع أي تأخر إلى الظروف المعيشية والبيئية السيئة فقط.

بأخذ تلك الأمور في الاعتبار أطلقت مستشفى الأطفال بكيومبرا ومشروع كيومبرا في عام ١٩٩٨م العيادة النمائية بالمجتمع المحلي Developmental Clinic in the Community (Boavida, Carvalho, & Carvalho, 1998). تقوم تلك العيادة المخصصة للأطفال والأسر المعرضين لخطر بيئي بزيارات منزلية بعد موافقة الأسرة وبتنظيم من منسق الخدمات. ويلتقي فريق مكون من طبيب أطفال نمائي وأخصائي نفسي ومرب خاص إكلينيكي بالأسرة والطفل في المكان الذي يلائمهم ، والذي يمكن أن يكون المنزل. ويحضر في التقويم منسق الخدمة أو أي من أعضاء الفريق المحلي الآخرين قد تختارهم الأسرة أو

ترغب في حضورهم. ويتضمن التقويم: (١) تقييم طبي وعصبي - نمائي للطفل، (٢) تحديد جوانب القوة والأولويات والاحتياجات وعوامل الخطر، على أن يحدث ذلك من جانب الأسرة وبمساعدة أدوات أعدت لهذا الغرض. وفي نهاية اللقاءات يجتمع أفراد الأسرة والمهنيين من العيادة والفريق المحلي لمعالجة ومناقشة كل المعلومات التي تعتبر ذات صلة لعملية التدخل. وهنا تحدد المصادر الرسمية وغير الرسمية المتاحة والإستراتيجيات والمخرجات وكذلك القضايا الأخرى التي ستُضمَّن في الخطة.

توضح البيانات من الستين الأوليين أن التقييم الإكلينيكي حدث في المنزل في ٦٥٪ من الحالات الـ ٧٥ التي تم تقييمها. كان إدمان الخمر موجوداً لدى أحد أو كلا الوالدين في ٧٠٪ من الأسر، وكان التأخر العقلي موجوداً على الأقل لدى أحد الوالدين في ٢٥٪ من الحالات. وفيما يتعلق بالحمل والولادة وجد أن ١٧,٥٪ من الأمهات لم تحضرن في أي عيادة رعاية قبل الولادة، ١٥٪ وضعن أطفالهن في المنزل. (من إجمالي السكان يفشل ٢٪ من النساء الحوامل في الحصول على رعاية قبل الولادة، ١,٣٪ يلدن في المنزل) تعطي هذه الأرقام فكرة عامة عن الأسر التي تحضر هذه العيادة والتحديات التي تعترض توفير الخدمات (Boavida et al., 1998).

كانت أشكال التأخر النمائي البسيطة موجودة في ٦٠٪ من الأطفال الذين فحصوا في العيادة النمائية بالمجتمع المحلي. وفي بعض الحالات تنفذ زيارات إلى مستشفى الأطفال بكيومبرا من أجل الفحوصات المعملية أو التصوير. وقد تم التعرف على بعض تشوهات المخ غير المحددة، فضلاً عن متلازمة الكروموسوم X الهش. وقد كان المهنيون المحليون يعتبرون معظم الأطفال "طبيين"، حيث اعتبروهم فحسب "معرضين لخطر". وعندما يكون الأطفال ذوي التأخر النمائي البسيط يعيشون في فقر، فإن الميل إلى التركيز على البيئة باعتبارها السبب التحتي الوحيد للتأخر يكون في ذاته عامل خطر إضافي، حيث يتم إغفال التفسير الطبي ويحرم الطفل من الفحوصات والتدخلات

الطبية اللازمة. وفي هذه الحالات المحددة أثبت تقييم الطفل في البيئة الطبيعية (في سياق الأسرة والمجتمع المحلي) وإجراء مناقشة مطولة تتضمن الأسرة والمهنيين المحليين والمهنيين النمائيين أنها مفيدة جداً في تخطيط وتنفيذ التدخل (Meisels & Fenichel, 1996).

دور الأسرة

حتى أواخر التسعينيات لم يكن أولياء الأمور يشاركون مباشرة في أنشطة إدارة مشروع كيومبرا على مستوى المقاطعة. ومع تكوين الجمعية القومية للتدخل المبكر عام ١٩٩٩م Associate Nacional de Intervencio Precoce (ANIP) التي تضمنت اثنين من أولياء الأمور في مجلس إدارتها ويوجد مكتبها الرئيس في كيومبرا بدأ هذا الحال يتغير سريعاً. وتمثل أهداف الجمعية القومية للتدخل المبكر في إدارة التمويل العام لمشروع كيومبرا وتنظيم وتوفير التدريب والمعلومات والدعم لأولياء الأمور والمهنيين المشاركين في التدخل المبكر.

كانت مشاركة أولياء الأمور قبل إنشاء الجمعية القومية للتدخل المبكر تحدث فقط ضمن الفرق المحلية، خاصة في الأنشطة المتعلقة بأطفالهم وكذلك مجموعات دعم أولياء الأمور العرضية. غير أن مجموعات دعم أولياء الأمور ليست متسقة مع الثقافة البرتغالية، ذلك أن التشارك في الخبرات مع أولياء الأمور الآخرين ذوي المشكلات المماثلة ليس ممارسة شائعة تقليدياً في البرتغال. ومع ذلك فقد كانت الاستثناءات القليلة في هذه المجال ناجحة ومحفزة نسبياً.

وقد حقق مشروع كيومبرا نفسه تقدماً كبيراً في إشراك الأسر. ورغم وعي المشروع الأولي بالحاجة إلى استهداف الأسر بتوصيل الخدمات، كان مستوى مشاركة أولياء الأمور منخفضاً نسبياً في السنوات الأولى. ومنذ أواخر التسعينيات تقدم المشروع بثبات من نموذج متحالف مع الأسرة إلى آخر متمركز حقاً على الأسرة. وثمة عاملان أسهما في تسهيل مستوى مختلف كلياً من مشاركة أولياء الأمور في عملية التدخل

المبكر: (١) تبني نموذج الفريق القائم على تداخل التخصصات، (٢) استخدام نسخة برتغالية من خطة الخدمة الأسرية الفردية Individualized Family Service Plan كعملية تطور وتنفذ بطريقة تدعم أهداف الأسر (Espe-Sherwindt & Boavida, 1997).

وعلى خلاف الفرق القائمة على تعدد التخصصات Multidisciplinary أو حتى تداخل التخصصات Interdisciplinary، توفر الفرق القائمة على تآزر التخصصات Transdisciplinary بوظيفتها وتركيبها الفرص للأسر والمهنيين للعمل سوياً (McGonigel, Woodruff, & Roszmann-Millican, 1994). وهنا تعتبر الأسر أعضاء بالفريق يشاركون بالدرجة التي يختارونها في تطوير وتنفيذ خطة الخدمة الأسرية الفردية. ودور الأسر في التشارك في المعلومات في مجالهم - على اعتبار أنهم أولياء أمور لأطفال ذوي إعاقات ووعيهم بأولوياتهم وجوانب قوتهم واحتياجاتهم - تجعلها مصدر ثمين في عملية التدخل.

على أن هذا التغيير في الأدوار والعلاقات الأسرية - المهنية التقليدية لم يكن سهلاً دائماً في تنفيذه مع بعض المهنيين المحافظين. وعموماً فقد تيسر تطوير وتنفيذ نموذج الفريق القائم على تآزر التخصصات في البرتغال بفعل قيود الميزانية والفرق التي تعاني عادة من نقص الموظفين ونقص التمويل.

نتائج مشروع كيومبرا والاتجاهات المستقبلية

ثمة سؤال أساسي يحتاج إلى إجابة: هل استطاع المشروع أن يقلل أو يمنع المشكلات النمائية بين الأطفال الذين قدم لهم خدماته إلى الآن؟ من خلال معرفة الأطفال والأسر قد يكون من السهل أن نجيب عن هذا السؤال بـ "نعم". لكن علمياً لا يمكن تقديم إجابة جازمة لهذا السؤال بسبب عدد من القيود المنهجية. فعدم تجانس المجموعات التي تلقت الخدمات، وكل المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على النمو، وعدم إمكانية فصل تأثيرات النضج العصبي Neuromaturational عن تأثيرات التدخل، وعدم

استخدام مجموعات ضابطة تشكل جميعها تحديات لا يستطيع مشروع كيومبرا بإمكاناته أن يتغلب عليها.

وقد طبق في عام ١٩٩٧م مسحاً حول رضا أولياء الأمور على أولياء أمور ٣٠ طفلاً تلقوا الدعم من المشروع لأكثر من سنتين، وقد قدم المسح بعض النتائج المحفزة. فقد كان ٩٠٪ من أولياء الأمور راضين عن تقدم أطفالهم، ٨٩٪ رأوا أن التدخل لبي احتياجات أطفالهم، ٨١٪ شعروا أنهم أعضاء نشطين في الفريق، ٨٥٪ أصبح لديهم فهم أفضل لمشكلات أطفالهم، ٧٠٪ قالوا أنهم اكتسبوا معرفة ومهارات وشعروا بأن قدراتهم تحسنت على استخدام موارد المجتمع المحلي (Boavida et al., 2000).

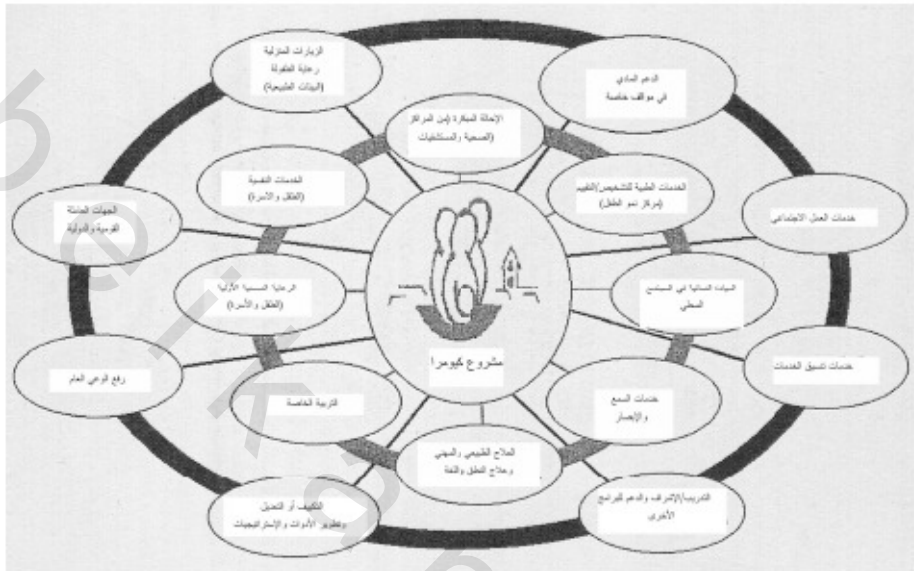
وقد تم تقييم رضا أولياء الأمور عن مشروع كيومبرا مرة ثانية في عام ٢٠٠٢م باستخدام المقياس الأوروبي لرضا أولياء الأمور عن التدخل المبكر European Parent Satisfaction Scale about Early Intervention (EPASSEI) (Eurlayd, 1997). قام فريق بحثي مستقل بدعم من الجمعية القومية للتدخل المبكر بترجمة المقياس الأوروبي الذي أعدته الجمعية الأوروبية للتدخل المبكر المعروفة اختصاراً باسم Eurlayd إلى اللغة البرتغالية. يحتوي المقياس على ٥٧ مفردة تقيس رضا أولياء الأمور على ثمانية أبعاد: (١) التدخل المتمركز على أولياء الأمور، (٢) التدخل المتمركز على الطفل، (٣) البيئة الاجتماعية، (٤) الشراكات بين أولياء الأمور والمهنيين، (٥) نموذج التدخل، (٦) حقوق أولياء الأمور، (٧) ومراعاة الظروف المحلية وشبكة الخدمة، (٨) بنية وإدارة الخدمة. وتتم الإجابة عن كل مفردة على مقياس يمتد من -٢ (غير راضي تماماً) إلى +٢ (راضي تماماً).

قام فريق بحثي مستقل بتوزيع المسح وجمعه وتحليله. وجاء متوسط درجة الرضا بناء على نتائج ١٥٨ أسرة +٠,٩٣، وهي نتيجة تماثل أو تزيد عن نظيراتها في الدول الأوروبية الأخرى، حتى الأغنى في الموارد عن البرتغال

(Lannens & Mombaerts, 2000). وكان البعد الذي حصل على أعلى درجة هو الشراكات بين أولياء الأمور والمهنيين (+١,٦٦)، والبعد الذي حصل على أدنى درجة هو مراعاة الظروف المحلية وشبكة الخدمة (+٠,٢٧). وذلك يرتبط بمتغيرات مثل مرونة جداول العمل وإمكانية الوصول إلى أولياء الأمور والأطفال وبعض الجوانب الوظيفية لتنظيم البرنامج والتقدير داخل البناء الاجتماعي. وعموماً كان الرضا أعلى بين أسر الأطفال ذوي الإعاقات النمائية البسيطة والأسر من خلفيات اجتماعية - اقتصادية منخفضة، بينما كان أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات النمائية المؤثرة وأولياء الأمور من خلفيات اجتماعية - اقتصادية عالية أقل رضىً (Cruz & Fontes, 2002). وهذه النتائج يجب أن تحلل بحذر وأن تؤخذ في الاعتبار في الاتجاهات المستقبلية.

يبد أن بعض النتائج لا يمكن أن تصاغ بطريقة كمية. ومن بين هذه النتائج التحول الكبير في طرق النظر إلى الأسر على أنهم ممارسين، وكذلك الوعي المتزايد بالحاجة إلى وضع قواعد ونظم لتوفير الخدمات، وقد كان هذا الوعي مسئولاً جزئياً عن وضع قانون التدخل المبكر في البرتغال. كان التدريب بالتأكيد جزءاً من الإجابة من أجل خلق مفهوم تعاوني مشترك وبناء إطار مفاهيمي مشترك بين المهنيين المختلفين من المجالات والهيئات المختلفة. وتلك الخاصية المحددة للبرنامج هي ما سوف يركز عليه الفصل فيما بقي منه.

تبنى المشروع منذ البداية نموذجاً إيكولوجياً للتدخل (Bronfenbrenner, 1990) لتعظيم جهود التدخل من خلال برنامج شامل ومتكامل من الخدمات. فقد كان الطفل والأسرة والمهنيون والسياقات الاجتماعية الأكبر في بؤرة توصيل خدمات التدخل المبكر (انظر الشكل رقم ١١,١). وقد كان التدريب/الإشراف والدعم لبدء برامج وتقنين وإعداد أدوات وإجراءات والمشاركة في لجان العمل القومية والدولية دائماً أجزاء مهمة من مشروع كيومبرا.



الشكل رقم (١١،١). شكل توضيحي للنموذج الإيكولوجي للتدخل بمشروع كيومبرا.

إن مشروع كيومبرا ملتزم بالاستثمار مبكراً جداً في الأطفال الصغار ذوي الإعاقات النمائية أو المعرضين لخطرهما. وينعكس هذا الالتزام في التأكيد على زيادة مشاركة أولياء الأمور على كل المستويات: من الفرق المحلية إلى المنظمات القومية، ومن الإسهام في إعداد البرامج التدريبية أو تقييم البرنامج.

إن مشروع كيومبرا عندما بدأ في عام ١٩٨٩م كان خبرة جديدة كلياً. وقد أوجد المشروع نموذجاً للتعاون بين هيئات المجتمع المحلي المتعددة، حظي بتقدير الأسر، وتُنفذ فيما بعد بطرق مختلفة وفي مختلف أنحاء البلاد، وأصبح في النهاية الإطار المفاهيمي للتشريع البرتغالي.

التدريب وإعداد الموظفين

إن توصيل خدمات التدخل المبكر مهمة معقدة تتطلب الجمع بين المعرفة والمهارات والخبرة بما يمكن الممارسين من اختيار واستخدام أفضل أساليب التدخل (Gallacher, 1997). منذ البداية اعتبر مشروع كيومبرا إعداد الموظفين حجر الزاوية لتطوره (Espe-Sherwindt & Boavida, 1995). لكن مهمة إعداد الموظفين في البرتغال في ١٩٨٩م لم تكن سهلة. وفي ذلك واجه المشروع القضايا التالية :

● التدريب المهني الذي كان يركز بالدرجة الأولى على الطفل (في مقابل التركيز على الأسرة).

● نقص النظم القانونية حول توفير الخدمات.

● نقص الإعداد قبل الخدمة في أمور التدخل المبكر.

● نقص المهنيين المدربين وذوي الخبرة والأساتذة في المجال.

● التطوير المستمر للمفاهيم والممارسات التي ثبت نجاحها.

وعلى ذلك فإن خلق إطار مفاهيمي وفلسفي مشترك بين المهنيين من الهيئات والمجالات المختلفة كان أحد الأهداف الرئيسة للتدريب. وقد اتضح فيما بعد أن ذلك كان مهماً لشحذ القدرة على تبني نموذج جديد.

ومن أجل مجابهة هذه التحديات استخدمت إستراتيجيات عديدة للتنمية المستمرة للموظفين. كان من بين هذه الإستراتيجيات التشاور مع الخبراء الزائرين (خاصة من الولايات المتحدة الأمريكية) والتفاعل مع البرامج في أوروبا والولايات المتحدة والمؤتمرات وورش العمل القصيرة والأعمال الدراسية والإشراف بغرض بناء وتنقيح مهارات التدخل المبكر وتشجيع الدعم والنمو المهنيين المستمرين (Boavida & Borges, 1994). يعرض هذا الجزء من الفصل قضايا إعداد الموظفين في مشروع كيومبرا، ومنها الوجه الناشئ للتدخل المبكر في كيومبرا والبرتغال وتصميم برنامج تدريب الموظفين وفعالية البرنامج والاتجاهات والاعتبارات المستقبلية.

الوجه الناشئ للتدخل المبكر في كيومبرا والبرتغال

كما ورد قبل ذلك فعندما بدأ المشروع أنشطته في عام ١٩٨٩م لم يكن بالبلاد قانون أو قواعد لتقديم الخدمات. وفي غالبية الحالات كانت الخدمات متمركزة على الطفل وتستخدم نفس الطرق المستخدمة في برامج التربية الخاصة للأطفال الأكبر سناً (Boavida & Borges, 1994). ولم يكن هناك تدريباً مهنيّاً خاصاً على التدخل المبكر لا قبل ولا أثناء الخدمة. ولم تكن موضوعات التدخل المبكر تدرج كثيراً في التدريب المهني الموجود، وحتى إن وجد محتوى التدخل المبكر، فإنه لم يكن يجاري ما كان يعتبر أفضل الممارسات عالمياً. كان مجال التدخل المبكر الناشئ وسريع التطور بما يميزه من أدوار ورؤى جديدة لتوصيل الخدمة هو العامل الأهم الذي أثر على محتوى وعمل البرنامج التدريبي لمشروع كيومبرا. وقد جاء تنفيذ مشروع كيومبرا - الذي استلهم فرضياته وأهدافه وإطاره الفلسفي من التشريع الأمريكي بعد تعديلها لكي تلائم واقع المشروع وبما يعبر عن إبداعه - بمثابة نقطة بداية لعملية تطوير التدخل المبكر في البرتغال، تلك العملية التي لا رجعة عنها. وقد أدى قرار تبني نموذج متمركز على الأسرة والمجتمع المحلي وقائم على التآزر بين الهيئات وبين التخصصات إلى ظهور احتياجات تدريبية واضحة للمشروع.

الجماعات المستهدفة وأهداف التدخل المبكر

عند تخطيط الإعداد المهني كان من أول القضايا ذات الصلة التي يجب أن تخاطب طبيعة الجماعات المستهدفة (Klein & Campbell, 1990). وإضافة إلى خدمة الأطفال ذوي الإعاقات، بدأ المشروع أيضاً بخدمة الأطفال المعرضين لخطر عالي، خاصة الأطفال ذوي عوامل الخطر البيئي المتعددة، وقد كان الفقر هو القاسم المشترك. وعلاوة على ذلك كان المشروع يعتبر توفير الدعم والتدريس للأسر ومساعدتها على الاستقلالية والتمكين هدفاً لا يقل أهمية عن تحسين نمو الطفل وتقليل أشكال التأخر

النمائي وإعادة توسط المشكلات الموجودة أو تقديم خدمات علاجية للأطفال. واتخاذ الأسرة كبؤرة لتوصيل الخدمات والدعم كان بمثابة تغيير جذري لمقدمي الرعاية. مستوى مشاركة الأسرة

منذ البداية انحاز المشروع بثبات نحو نموذج متمركز على الأسرة. وقد تجلّى التحول من فلسفة متحالفة مع الأسرة Family-allied Philosophy إلى أخرى متمركزة على الأسرة في إدخال خطة الخدمة الأسرية الفردية (Espe-Sherwindt & Boavida, 1996). فقد كانت خطة الخدمة الأسرية الفردية تعتبر عملية يجب أن تطور وتنفذ من جانب الأسر والمهنيين وفقاً لأولويات الأسرة وشواغلها ونقاط قوتها واحتياجاتها (McGonigel et al., 1991). وكان ينظر إلى الخدمات من منظور الأسر، حيث كانت تعتبر المتغير الثابت في حياة الأطفال والوحدة الأساسية لتوصيل الخدمة. وقد طلب من المهنيين أيضاً أن يعملوا مع الأسر باعتبارها عنصراً مكماً للفريق والتخلي عن النماذج والمنظورات التقليدية. وكما هو الحال على كل مستويات عملية التدخل، كان التعاون والشراكة بين الأسر والمهنيين الأساس للتنفيذ الناجح للخدمات المتمركزة على الأسرة. وقد أثبت هذا التحول الفلسفي المحدد أنه الأصعب في تنبيه وتنفيذه مع بعض المهنيين المحافظين الذين تدرّبوا وفقاً للنموذج المتمركز على الطفل، وبالتالي أصبح مركزياً للتخطيط لإعداد الموظفين. المكان الذي يحدث فيه التدخل

لم يحدد مشروع كيومبرا مكاناً قياسياً للتدخل المبكر. إن لكل طفل احتياجات متفردة ويعيش في أسرة متفردة لها مصادر وأولويات متميزة. ينطبق نفس المبدأ على المجتمع المحلي الذي يعيش فيه الطفل والأسرة. ولذلك يجب وضع عوامل عديدة في الاعتبار عند اختيار البيئة المثلى لخدمة للطفل المعاق أو المعرض لخطر. تتضمن هذه الأماكن منزل الأسرة ومركز رعاية الطفولة والمركز الصحي أو أي مكان آخر في المجتمع المحلي شريطة أن يكون بيئة طبيعية (Stayton & Bruder, 1999). ولذلك كان لا بد من

تدريب الممارسين على توصيل الخدمات في أماكن لم يكونوا معتادين عليها (وربما تكون غير مريحة لهم أحياناً).

التعاون بين الهيئات

كانت الفرق وفقاً للبنية التنظيمية لمشروع كيومبرا يجب أن تتضمن مهنيين من هيئات الصحة والتعليم والضمان الاجتماعي المختلفة، وكذلك المهنيين من مؤسسات غير حكومية. كان هذا النموذج نموذجاً لتنسيق الخدمات عبر الهيئات، حيث كانت الحاجة إلى نموذج يجمع الخدمات من الهيئات المتعددة مهمة جداً للأسر ذات الخدمات واحتياجات الدعم المعقدة والكثيفة.

لقد أوجد نموذج الفريق القائم على التآزر بين الهيئات والتخصصات بنية يعمل فيها المهنيون من المجالات والهيئات المختلفة سوياً لتوفير خدمات متكاملة وشاملة للأطفال والأسر. ويعتبر هذا النموذج وسيلة لتحسين إمكانية تنسيق الخدمات عبر حدود كل من الهيئات والتخصصات العلمية (McGonigel et al., 1994). ومن شأن غياب مثل هذا التنسيق بين الفرق المحلية أن يجعل دعم الأسر وأطفالها ذوي الإعاقات وعداً غير قابل للتحقيق. وقد كانت الحاجة إلى خلق فلسفة مشتركة ولغة وأهدافاً مشتركة بين المهنيين - أي الحاجة إلى خلق فريق - من أهم القضايا التي وضعت في الاعتبار عند تخطيط وتطوير تدريب الموظفين (Boavida et al., 2000).

القيم والأدوار الجديدة في التدخل المبكر

لقد نظر المشروع إلى احتياجات الطفل النمائية على أنها متكاملة عبر المجالات النمائية الأساسية، ويفضل أن يقوم على تنفيذ برنامج الطفل مهني واحد بمساعدة من أعضاء الفريق الآخرين في شكل استشارات. لقد استلزم نموذج مشروع كيومبرا إعادة تصور وفهم جذرية للدور التقليدي لمقدمي الخدمة: من صانعي قرار إلى ميسرين، ومن فرق قائمة على تعدد التخصصات إلى أخرى قائمة على تآزر التخصصات، ومن

الخدمات المباشرة المقدمة للأطفال إلى الخدمات الاستشارية غير المباشرة للأطفال والأسر (Stayton & Bruder, 1999). وكل تلك التحولات في توفير الخدمة لم تكن ممكنة بالطبع إلا من خلال دمج الاتجاهات والمهارات والكفايات الجديدة اللازمة للعمل مع الأسر في منهج التدريب (Roberts, Rule, & Innocenti, 1998).

تصميم برنامج تدريب الموظفين

إن الإعداد قبل الخدمة للمهنيين المختلفين المشاركين في مشروع كيومبرا لم يتضمن المداخل التعاونية المتمركزة على الأسرة لتوصيل الخدمات. وهم بذلك لم يعدوا للعمل في نظام يفرض على الممارسين أن يعملوا مع الطفل والأسرة، عادة في أثناء الزيارات المنزلية، وأن يصمموا إستراتيجيات التدخل وفقاً لروتين وأولويات الأسرة. ما الذي يحتاج المهنيون في المجتمع المحلي لأن يعرفوه لكي يكونوا قادرين على خدمة الأطفال والأسر بفعالية؟ وكيف يمكن للتدريب أثناء الخدمة أن يحسّن وعي ومعرفة ومهارات الموظفين ذوي الخبرة المحدودة أو المنعدمة في المجال؟ وكيف يمكن للتدريب أثناء الخدمة أن يغيّر تعريفهم للتدخل ومفهومهم عنه من مجرد مجموعة من الأنشطة للأطفال المستحقين ذوي الإعاقات إلى مفهوم أوسع يتضمن نمو الطفل وقدرة الأسرة على العناية بالطفل؟ وما مدى صعوبة وإمكانية إيجاد نظام تدريب أثناء الخدمة ودعم مستمر يكونان ملائمين عبر التخصصات والممارسات؟ وكيف يمكن تحديد الاحتياجات المحلية، وإن أمكن كيف يمكن تقديم حلول محلية؟ كانت هذه بعض الأسئلة التي كان يجب الإجابة عنها قبل تخطيط إعداد الموظفين.

يتضمن وصف تصميم البرنامج جوانب تتعلق بالمحتوى والعملية. ويتضمن المحتوى مجالات كفايات واسعة ومحددة اعتبرت مهمة لتقديم خدمات التدخل المبكر وفقاً لأفضل الممارسات الموصى بها. وتشير العملية إلى طريقة توصيل المحتوى (McCollum & Catlett, 1997). ونظراً لأهمية الإشراف لتقديم التدريب والدعم المستمرين إلى الممارسين فإنه يقدم منفصلاً.

عملية البرنامج ومحتواه

إن المعرفة والمهارات في مجموعة واسعة من المجالات المهمة أساسية للمهنيين الذين يؤهلون لتقديم خدمات التدخل المبكر (Thorp & McCollum, 1994). وقد حدد مشروع كيومبرا أربع مجالات محتوى واسعة لأغراض التدريب: (١) الأطفال، (٢) الأسر، (٣) عمل الفريق، (٤) الفلسفة والقيم (ليس فقط الإطار المفاهيمي لمشروع كيومبرا، وإنما أيضاً أفضل الممارسات التي تحظى بالاعتراف في الأدبيات). وجاءت مجالات المحتوى الفرعية في منهج التدريب على النحو التالي:

- ١- نمو الطفل وسلوكه (العادي وغير العادي).
- ٢- المشكلات النمائية المحددة (الإعاقات البصرية والإعاقات السمعية والإعاقات الحركية والتوحد ومتلازمة داون ومتلازمة الكروموسوم X الهش).
- ٣- الفحص والتقييم النمائيين.
- ٤- استخدام نموذج ومنهج بورتج (Shearer & Shearer, 1972).
- ٥- استخدام منهج "النمو: من الولادة حتى عمر الثالثة" (Copa, Lucinski, Olsen, & Wollenburg, 1999a).
- ٦- العمل مع الأسر.
- ٧- الزيارات المنزلية.
- ٨- التدخل المبكر المتمركز على الأسرة.
- ٩- العمل في فريق قائم على تآزر التخصصات.
- ١٠- إعداد وتنفيذ خطط الخدمة الأسرية الفردية.
- ١١- الإطار الفلسفي والمفاهيمي للتدخل المبكر.
- ١٢- الإشراف.

إن السنة الأولى للمشروع رغم أنها لم تكن "ثرية" جداً من حيث مخاطبة كل مجالات المحتوى السابقة، كانت مهمة جداً فيما يتعلق بإرساء برنامج تدريبي شامل.

أولاً أوضح مسح واسع للجامعات ومؤسسات التعليم العالي البرتغالية ندرة قضايا التدخل المبكر المتضمنة في مناهج الطلاب وقلة المدربين في المجال. وقمنا بملاحظة عدة برامج تدخل مبكر جيدة الصيت قائمة في المركز، لكن ممارساتها كانت متمركزة على الطفل بدرجة كبيرة. وقد تمكن مشروع كيومبرا من إقامة ارتباط مع هيئة ضمان اجتماعي بلشبونة تعرف اختصاراً باسم DSOIP كانت تقدم منذ سنوات التدخل المبكر باستخدام نموذج بورتج وبطريقة الزيارات المنزلية. وقد كان التعاون مع مهنيي هذه الهيئة مفيداً ومثمراً في البداية. فإلى جانب العمل مع مركز ساو خوزيه Centre Sao Jose، وهو برنامج ضمان اجتماعي من بورتو يقدم التدخل المبكر، تمكن مشروع كيومبرا ومنظمة الضمان الاجتماعي بلشبونة من خلق فريق من المدربين وتقديم عدة مقررات حول نموذج بورتج للمهنيين في مختلف أنحاء البلاد. كانت جمعية بورتج البرتغالية، وهي جمعية قومية مقرها في لشبونة، قد أنشئت رسمياً في كيومبرا عام ١٩٩٢م وتتبع نفس الجهود التعاونية.

الأمر الثاني الذي كان يشغلنا في السنة الأولى هو التعرف المتأخر على الأطفال ذوي الإعاقات. فالإحالة المبكرة مهمة لنجاح التدخل. والمهنيون الصحيون هم الأفضل دائماً للتعرف على الأطفال الصغار ذوي الإعاقات أو المعرضين للخطر (Boavida & Borges, 1994). ويرجع التأخر في عملية الإحالة إلى قلة الوعي بين أطباء وممرضات الرعاية الأولية الذين يهتمون بالنضج أكثر منهم بالنمو في الأشهر الأولى من الحياة (Boavida et al., 2000). ونتيجة لذلك أصبح المهنيون الصحيون هدفاً مهماً جداً للتدريب. ومنذ البداية اعتبرت مشاركة مقدمي الرعاية الصحية والتعاون بين الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية (أحد الخصائص المحددة لمشروع كيومبرا) مهمة جداً لنجاح البرنامج. وقد أعد برنامج تدريبي شامل بغرض زيادة مشاركة أطباء وممرضات الرعاية الأولية. وكانت القضايا الرئيسة المتضمنة هي:

- التعرف على عوامل الخطر البيولوجية - الطبية والبيئية للإعاقات النمائية.
- الاستخدام المنتظم لتقنيات الفحص النمائي في المتابعة المنتظمة للأطفال.

- أهمية الرعاية الصحية الجيدة في عمل الأسرة وأدائها.
 - أهمية التعرف المبكر على الأطفال والأسر المستحقة.
 - الحاجة إلى تغيير الاتجاهات الطبية التقليدية نحو المشكلات النمائية والتدخل المبكر.
- كانت مستشفى الأطفال بكيومبرا، خاصة مركز نمو الطفل بها، هي التي قدمت هذا التدريب للمهنيين الصحيين. وقد اشتمل التدريب على مقررات نظرية وعملية وورش عمل. وأجريت لقاءات ومؤتمرات في كل المراكز الصحية الـ ١٧ بالمقاطعة بحزمة مقننة من مواد الفحص والتقييم النمائيين وزعت على كل الأطباء والمرضات المشاركين في الفرق المحلية. وإضافة إلى ذلك شارك كل مقدمو الرعاية الصحية بالمشروع في تدريب بالملاحظة لمدة أسبوعين في العيادة النمائية بمركز نمو الطفل تعرفوا فيه على اضطرابات نمائية مختلفة وعملية التقييم القائمة على تداخل التخصصات. وعلى اعتبار الهدف المتمثل في زيادة فرص التعرف على الأطفال ذوي الإعاقات أو العرصة للخطر من جانب مقدمي الرعاية الصحية، قرر القائمون على المشروع أن هذا المحتوى المحدد باتساعه وعمقه المفصّلين للأطباء والمرضات كان ضرورياً لكي يوجد في هذين المجالين قاعدة معرفية ومهارات إكلينيكية قوية. وقد جاءت عملية توصيل هذا المكون من البرنامج التدريبي الخاصة بتخصصات محددة مختلفة عن الإعداد اللاحق للموظفين الذي كان عابراً للتخصصات وقائماً على نظام الفريق. وقد شارك الأطباء والمرضات أيضاً في كل التدريب العابر للتخصصات.
- وفي السنة الأولى من عمل مشروع كيومبرا أيضاً حضر المؤلف الأول لهذا الفصل برنامجاً تدريبياً مكثفاً قائماً على تداخل التخصصات لمدة ثلاثة أشهر حول الاضطرابات النمائية في مركز سينسيناتي للاضطرابات النمائية Cincinnati Center for Developmental Disorders التابع للجامعة. وفي تلك الفترة ساعد المؤلف في تحقيق أول اتصال لمشروع كيومبرا بالخبرة الأمريكية في المجال والتشريع الأمريكي، كما تمكن من

زيارة وتأسيس روابط مع برامج ومهنيي التدخل المبكر. كان ذلك بداية التبادل الواسع للمواد والأفكار، وكذلك الزيارات إلى كيومبرا من جانب كثير من المستشارين الخارجيين. وقد شاركت هيئات ومهنيون مختلفون في المستويات المختلفة، من المشاركة لمرة واحدة إلى المشاركة المستمرة في البرنامج التدريبي: مركز التعلم للطفل والأسرة Altamira Project ومقره ألبوكيرك بنيو مكسيكو ومعهد فرانك بورتير جراهام لنمو الطفل Frank Porter Graham Child Development Institute في تشابل هيل بكارولاينا الشمالية والهيئة الخامسة للخدمة التعليمية التعاونية Cooperative Education Service Agency 5 (CBSA 5) في بورتج بويسكونسن وأشخاص كثيرين من الداخل والخارج.

ثمة مثالان للعلاقات المستمرة مع هيئات أمريكية - مركز التعلم للطفل والأسرة والهيئة الخامسة للخدمة التعليمية التعاونية - يوضحان تأثير التعاون الدولي على إعداد الموظفين بالمشروع. وقد كان التعاون مع الهيئة الخامسة للخدمة التعليمية التعاونية، وهي الهيئة التي طورت نموذج بورتج، مهمة جداً في تنفيذ منهج جديد. كان أول احتكاك لمشروع كيومبرا مع منهج "النمو: من الولادة حتى الثالثة" لهذه الهيئة في الترويج في أبريل ١٩٩٣م. وهذا المنهج الجديد يتفادى أوجه القصور في نسخة منهج بورتج التي كانت تستخدم في البرتغال في ذلك الوقت. وبعد ستة شهر أمكن الحصول على ملاحظة عملية لهذا المنتج الجديد عندما زار ثلاثة من مشرفي مشروع كيومبرا بويسكونسن وحضروا تدريباً قدمه مشروع بورتج. قُدِّم منهج "النمو: من الولادة حتى الثالثة" كمجموعة من المواد وإطار فلسفي لعملية تدخل مبكر تقوم على العلاقات. يعترف مصطلح "النمو" growing بأن نمو الطفل من الولادة حتى الثالثة يحدث في سياق العلاقات، وتدعم مواد المنهج تدخلاً إيكولوجياً قائماً على نقاط القوة ومتمركزاً على الأسرة (Doan-Sampon, Wollenburg, & Campbell, 1993). كان هذا المنهج الجديد

متسقاً كثيراً مع ما كان يعتبر ممارسة جيدة في مشروع كيومبرا، وهو ما ساعد مهنيي التدخل على ملاحظة وتسجيل نمو الطفل وكذلك أهمية البيئة والعلاقات لنمو الطفل (Bronfenbrenner, 1979; Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 2000).

والفريق المنسق بمشروع كيومبرا لتيقنه من أن هذا المنهج الجديد سيكون مفيداً جداً للمهنيين في مشروع كيومبرا - وفيما بعد للمهنيين في جميع أنحاء البرتغال - رحب بقبول دعوة من مشروع بورتيج لترجمة النسخة البرتغالية من منهج "النمو: من الولادة حتى الثالثة" واستخدامها وتقنينها وفيما بعد نشرها. بدأ التدريب المنتظم على استخدام المنهج الذي قدمه موظفو بورتيج لمهنيي مشروع كيومبرا في منتصف عام ١٩٩٥م. وبسبب قلة التمويل تأجلت ترجمة وتقنين المواد لستين، واستؤنفت العملية في عام ١٩٩٧م ببرنامج تدريب أساسي جديد وبرنامج تدريبي للمدربين (Carvalho, Fidalgo, & Carvalho, 2000). وابتداءً من عام ٢٠٠٣م طور مشروع كيومبرا فريق من المدربين تحت إشراف موظفي بورتيج. وقد ترجمت كل المواد واستخدمت وقُيّمت مع السكان البرتغاليين منذ عام ٢٠٠١م. وقد عرضت معلومات حول هذا المصدر الجديد في لقاءات ومؤتمرات في جميع أنحاء البلاد. نشرت هذه المواد في يناير ٢٠٠٢م وبدأ مدربو مشروع كيومبرا في تقديم التدريب على المنهج لمهنيي التدخل من جميع أنحاء البرتغال.

المثال الثاني للتعاون الدولي الذي أثر على تنمية موظفي مشروع كيومبرا هو علاقته مع مركز التعلم للطفل والأسرة FCLC. بدأ التعاون المنتظم مع هذا المركز في أوائل التسعينيات. وبدأت نقطة التحول عن الفلسفة المتحالفة مع الأسرة إلى المتمركزة على الأسرة بأنشطة تدريب أولية قدمها موظفو مركز التعلم للطفل والأسرة. ومنذ ذلك الحين يحتل الدعم المستمر الذي يقدمه مدربو المركز سنوياً من خلال ورش العمل والمؤتمرات أهمية كبيرة. وقد تركزت جهود التدريب التعاوني على العمل مع الأسر (خاصة الأسر التي يكون الوالدان أنفسهم فيها من ذوي احتياجات خاصة:

(Espe-Sherwindt & Kerlin, 1995) ومهارات الفريق القائم على تآزر التخصصات والخدمات المتمركزة على الأسرة وخطة الخدمة الأسرية الفردية. وبفضل التعاون مع مركز التعلم للطفل والأسرة تمكن مشروع كيومبرا من إعادة تصميم شكل خطة الخدمة الأسرية الفردية الخاص به بطريقة تقلل أهمية المنتج المكتوب وتزيد عملية التعاون والشراكة بين الأسر والمهنيين (Espe-Sherwindt & Boavida, 1997).

أثرت هذه العلاقة المستمرة على المحتوى المقدم وطريقة توصيل التدريب. ونتيجة لما شاهدته وتعلمه مدربو مشروع كيومبرا تميزت عمليات التدريب التي تلقاها المشروع وتلك التي قدمها بالتدريب القائم على الفريق، ومشاركة أفراد الأسرة في توصيل التدريب، ومشاركة المشاركين كمتعلمين نشطين، والتجاوب مع قرارات واحتياجات الفريق. وقد أصبحت أنشطة التدريب التعاوني مع الهيئة الخامسة للخدمات التعليمية التعاونية ومركز التعلم للطفل والأسرة مصادر تدريبية على المستوى القومي.

وفي ضوء الاحتياجات التدريبية المهمة لمشروع كيومبرا الذي بدأ في التسعينيات كان لا بد من تصميم نظام تنمية مهنية يتسم بالشمول والابتكارية والمرونة وقابل للتكيف مع الاحتياجات والموارد المحلية. وتتضمن البنية العامة للبرنامج التدريبي أثناء الخدمة مقررات وخبرات ميدانية وورش عمل ومؤتمرات صغيرة ولقاءات للفرق (لقاءات فصلية لكل الفرق لعرض دراسات الحالة أو الموضوعات النظرية ذات الصلة) ومؤتمر قومي كبير كل عام. وكل المهنيون المشاركون في مشروع كيومبرا مطالبون بحضور التدريب. وترسل الهيئات مقدمي الرعاية المنتمين لها كجزء من إتفاقية الشراكة. وقد تم تطوير حزمة تدريبية أولية مكثفة تغطي ثلاثة أيام وتتضمن الإطار الفلسفي وتطوير وتنفيذ خطة الدعم الأسري الفردية. وإضافة إلى ذلك يحضر كل المهنيون مقرر تقييم نمائي من يومين وورشة عمل مدتها أربعة أيام حول منهج "النمو: من الولادة إلى

الثالثة". ويحضر المهنيون بانتظام أيضاً مؤتمراً سنوياً كبيراً لمدة يومين ولقاءات فصلية للفرق، ناهيك عن الدعم المستمر الذي يقدمه الإشراف. وتركز الأنشطة التدريبية الأخرى التي تقدم على مدار على التجاوب مع الاحتياجات التي يحددها المهنيون. وفي العادة تقدم ٤-٦ أيام أخرى من التدريب حول قضايا تتعلق بإعاقات أو أساليب تدخل محددة، وهو ما يشكل إجمالاً ١٨-٢٠ يوم تدريبي كل سنة.

ثمة خصائص معينة كانت تمثل الأساس للبرنامج التدريبي لمشروع كيومبرا (انظر الجدول رقم ١١،١). ففي ورش العمل التي تستمر يومين أو ثلاثة، على سبيل المثال، تشارك الفرق العاملة والمديرين معاً. وإخضاع التصورات والأدوار والقيم والسلوك والممارسات والمشاعر والتفاعلات للبحث مع الأسر يمثل إستراتيجيات تعليمية تستخدم لاستبطان الذات والتأمل.

الجدول رقم (١١،١). السمات الأساسية لتطوير وتنفيذ البرنامج التدريبي لمشروع كيومبرا.

- تقديم تدريب قائم على الفريق.
- تضمين قيم وفلسفة البرنامج إضافة إلى المعرفة والمهارات.
- تطوير برنامج قائم على تداخل التخصصات أو عابر للتخصصات.
- تقديم محتوى أساسي مشترك عبر التخصصات.
- تقديم رؤية مشتركة وفلسفة مشتركة حول توصيل الخدمة.
- إشراك أفراد الأسرة في توصيل التدريب.
- إحداث تغييرات ذات معنى ودائمة في المهارات والاتجاهات المهنية.
- التجاوب مع قرارات الفريق والاحتياجات التي تحدد.
- توفير فرص للممارسة والتأمل ضمن سياق التدريب.
- تضمين المشاركين كمتعلمين نشطين.
- أن يكون التدريب ذا صلة للممارسة اليومية.
- توفير فرص للملاحظة المباشرة للأطفال والأسر المستحقة.
- تقديم دعم مستمر من خلال الإشراف الفردي الملائم.

ومن خلال الخبرة والتشارك في معلومات التقييم الذاتي يتعلم المشاركون ويمارسون طرقاً جديدة للتفاعل مع بعضهم البعض ويطورون معايير جديدة لأهداف وممارسات الفريق التي ستطبق على المواقف الواقعية.

وتقدم في التدريب إستراتيجيات تخلق فرصاً للتأمل النشاط وصنع القرار وحل المشكلات بحيث يصبح المشاركون نشطين في عمليات التعلم كمهنيين وفرق. والهدف النهائي من ورش العمل يكون عادة خطة فريق لتنمية مهارات معينة مثل العمل مع الأسر والتمركز حول الأسر أو العمل وفقاً للنموذج قائم على تآزر التخصصات (McCollum & Catlett, 1997).

لقد كان التعاون مع الخبراء من الولايات المتحدة الأمريكية مهماً جداً في مجالات مثل المشاركة الأسرية والعمل مع الأسر ووضع خطط الخدمة الأسرية الفردية والخدمات المتمركزة حول الأسرة والعمل في فريق قائم على التآزر بين التخصصات والإشراف. كما شارك الخبراء الأوروبيون في الأنشطة التدريبية في كيومبرا، لكن على نطاق أضيق. وقد كان هذا التعاون إلى جانب كل الخبرة المتحصلة من تقديم الخدمات مهمين لتنمية فريق التدريب بمشروع كيومبرا. ونتيجة لذلك أصبح مهنيو مشروع كيومبرا الآن يخططون ويقدمون منهج التدريب أثناء الخدمة للمهنيين العاملين في المشروع بأنفسهم. وإضافة إلى ذلك أصبح المشروع يدعى كثيراً لتدريب المهنيين الآخرين في البرتغال.

ولا يزال التعاون والتفاعل مع البرامج والمهنيين من الخارج، خاصة من الولايات المتحدة، يشكل جانباً مهماً من البرنامج التدريبي بمشروع كيومبرا. بينما أصبحت هذه التفاعلات أكثر عرضية وانتقائية في طبيعتها مع تناقص الاعتماد على الخبراء الخارجيين. وقد تيسر التعاون الدولي بفضل وجود مهنيين اثنين من مشروع كيومبرا يمثلان البرتغال في الجمعية الأوروبية للتدخل المبكر Eurlayaid.

الإشراف

كان من الأهداف الرئيسة لعملية تدريب الموظفين تطوير إطار مفاهيمي وفلسفي مشترك بين المهنيين. ويمثل الإشراف الفعال عملية مستمرة تتجاوز فرص التدريب. فهو يمكن أن ييسر دمج المعرفة والمهارات والاتجاهات المكتسبة من التدريب في العمل اليومي مع الأطفال والأسر.

كما يشكل الإشراف أيضاً طريقة مهمة لإنجاز المهمة المعقدة المتمثلة في دعم التغير المهني والأدوار والرؤى الجديدة لتوصيل الخدمة (Bertacchi, 1991; Copa, Lucinski, Olsen, & Wollenburg, 1999b; Gallacher, 1997; Shanok, 1991) وفي بنية مشروع كيومبرا المحددة يمثل الإشراف مستوى وسيط بين فريق التنسيق والفرق المحلية. ويقوم الإشراف أيضاً بوظائف التوجيه والدعم، وبدرجة أقل وظائف تقويم الأداء والإدارة.

كان الإشراف في بادئ الأمر بمثابة مراقبة للجودة لاستخدام الزائرين المنزليين لمنهج بورتيج. وهذا النوع من الإشراف الذي لا يزال يتأثر جداً بمفهوم "التحفيز المبكر" الذي يؤديه المشرفون من لشبونة الذين تدريبوا بشكل محدد على استخدام هذا المنهج. وتدرجياً تغير الإشراف وفقاً للإطار المفاهيمي للمشروع.

فقد تطور من عملية تقدم للمهنيين التوجيه حول استخدام منهج تحفيز محدد إلى عملية إشراف تدعم تطوير فلسفة ولغة مشتركتين ورؤية مشتركة للعمل في فريق بين المهنيين. والهدف الرئيس من الإشراف هو الاقتراب من الممارسة المهنية لأفضل الممارسات. كما يقيم أيضاً ارتباطاً بين مهنيي التدخل وفريق التنسيق.

إن تقييم أداء الإشراف في مشروع كيومبرا كان محدوداً جداً بسبب بنية المشروع. يأتي المهنيون من هيئات مختلفة لكل منها تدرجها المهني الخاص، وهو ما يتسبب في صعوبة في نقل وتقديم نتائج الأداء السيئ. والمشرف بذلك لا يشترك في صنع القرارات

حول ترقية أو استبعاد المهنيين. وهذا السيناريو قد يتغير مع تنفيذ القانون الجديد والتكيفات الناتجة المطلوبة من الهيئات المختلفة.

في معظم الأحيان يكون من الصعب الفصل بوضوح بين دور مراقبة الجودة ودور تعزيز نمو الموظفين. والإشراف هو أساساً عملية توجيه المهنيين لإنجاز الأهداف وأن يتذكروا دائماً جودة الخدمات المقدمة للأسر والأطفال. وهو يساعد المهنيين في بناء وتنقيح مهارات التدخل المبكر لديهم وتشجيع نموهم من خلال التأمل المستمر. ويقصد به أن يحسن كفاياتهم الفنية عبر نموذج متمركز على الأسرة وقائم على جوانب القوة باتخاذ منظور إيكولوجي وتعزيز العمل في فريق قائم على تآزر التخصصات واستخدام الأدوات والمناهج المختلفة التي يتبناها مشروع كيومبرا. وكذلك يساعد الإشراف في البرنامج أيضاً على استقطاب مهنيين جدد وذلك من خلال بناء مناخ داعم ومفعم بالثقة يعمل على تمكين كل المهنيين.

يختار المشرفون من المهنيين ذوي المعرفة والخبرة المعترف بها في تقديم الخدمات المباشرة للأطفال والأسر. وكشأن جميع المهنيين الآخرين بمشروع كيومبرا يأتي المشرفون من هيئات مختلفة، وبعضهم يعمل بدوام جزئي. وإضافة إلى العمل كمشرفين يؤدي جميع المشرفين مهام أخرى لدعم نمو المشروع. ويتكون الفريق الإشرافي من خمسة مهنيين، يخصص لكل واحد منهم عدد محدد من الفرق المحلية يلتقي معهم بانتظام، عادة كل أسبوعين. ويمكن لهذه اللقاءات أن تحدث بمعدل أكبر بناء على الاحتياجات المحددة للفرق، مثل مساعدة أحد الفرق في حالات معقدة جديدة أو مساعدة فريق آخر في استيعاب مهنيين جدد وعديمي الخبرة.

ويلتقي الفريق الإشرافي نفسه كل شهر لتبادل الرأي حول أصعب الحالات وتنظيم العمل وتأمل ومناقشة مهامهم كمشرفين ومسؤولياتهم أمام فرقهم. ويحضر المشرفون كل البرامج التدريبية جنباً إلى جنب مع مقدمي الخدمة المباشرة عندما تكون

الجلسات التدريبية مقدمة من جانب مدربين زائرين. وكذلك يشكل كل المشرفين جزءاً من فريق التدريب بمشروع كيومبرا. ويكونوا مسئولين عن التدريب الأولي الذي يقدم للمهنيين الجدد كل سنة.

ومع تنفيذ المنهج الجديد "النمو: من الولادة حتى الثالثة" ظهر تحدي جديد في الإشراف بمشروع كيومبرا. فقد ساعد هذا المنهج الجديد المهنيين على التركيز على تقوية علاقة الطفل بالوالدين وكذلك على العمليات المتوازية للتفاعلات بين المهنيين وأولياء الأمور والتفاعلات داخل مجموعة المهنيين (Oser & Ayankoya, 2000). ونظراً لقناعة مشروع كيومبرا بأن التعلم يحدث في سياق العلاقات (Fenichel, 1991; Shanok, 1991) يبدأ المشروع في فهم الإشراف وإبرازه باعتباره مكان متميز لبناء العلاقات، وبالتالي تعزيز التعلم.

فعالية برنامج

إن إحداث تغيير في الخدمات والممارسات البشرية يكون دائماً مهمة بطيئة. وقد كان من التحديات الكبرى في هذا الصدد معدل ترك المهنيين للمؤسسة. ومع ذلك فقد اتضحت تغييرات في لغة ومهارات واتجاهات المهنيين في مشروع كيومبرا بناء على ملاحظات المؤلفين وخبرتهم في تنفيذ أعمال التدريب أثناء الخدمة منذ التسعينيات. ورغم أن ذلك لا يكون سهلاً دائماً فمن الواضح أن أفضل الممارسات تتمثل في التمرکز حول الأسرة في الخدمات والعمل وفقاً لعملية الفريق القائم على تآزر التخصصات ومخاطبة احتياجات الأسرة مثلما تخاطب احتياجات الطفل وتنسيق الخدمات.

تتجلى فعالية جهود مشروع كيومبرا لتدريب مقدمي الرعاية الصحية الأولية في التناقص الذي حدث بين عامي ١٩٩١م و١٩٩٦م في متوسط عمر الإحالة من ١٦ إلى ١٠ أشهر، جنباً إلى جنب مع الدور المتزايد للمراكز الصحية المحلية في هذه العملية. فقد أحيل ١٩٪ فقط من الأطفال إلى مشروع كيومبرا من جانب المراكز الصحية المجتمعية في

١٩٩١م مقارنة بـ ٤٦٪ في عام ١٩٩٦م. وذلك يوضح الأهمية المتزايدة للرعاية الصحية الأولية والتغير في الاتجاهات الطبية نحو التدخل المبكر (Boavida et al., 2000). وإضافة إلى ذلك أوضح المسح السابق للأسر والمهنيين أن ٩١٪ من المهنيين كانوا يعتقدون أنهم استفادوا من مشاركتهم في مشروع كيومبرا. وقد أرجعوا الفوائد إلى التدريب القائم على الفريق والتآزر بين التخصصات والعمل في فريق والتغيرات الناتجة في اتجاهاتهم المهنية (Boavida et al., 2000). وأخيراً فقد أسهم تكوين فرق الإشراف والتدريب بمشروع كيومبرا والاعتراف المتزايد بين مهنيي التدخل المبكر في جميع أنحاء البرتغال بجودة مشروع كيومبرا والطلب المتزايد على مدربيه في فعاليته المدركة. الاتجاهات والاعتبارات المستقبلية

كان تطور كل من فهم وممارسات خدمات التدخل المبكر مهماً منذ أن بدأ مشروع كيومبرا. وجاء صدور القانون البرتغالي في ١٩٩٩م ليوجد تحديات إضافية للمخططين وصناع السياسات على المستوى القومي. وينبغي النظر إلى تطوير قوة عاملة ماهرة ومؤهلة كأولوية. وعلى اعتبار النقص في الموظفين ومعدلات الاستنزاف العالية في التدخل المبكر وقلة التدريب قبل الخدمة من جانب مؤسسات التعليم العالي والحاجة إلى تحديد مجموعة من معايير الممارسة القائمة على الكفاءة، فلن تكون المهمة سهلة بحال من الأحوال. ويجب النظر إلى مشاركة أفراد الأسرة في البرامج التدريبية قبل وأثناء الخدمة بوصفها طريقة للنمذجة الفعالة للعلاقات بين أولياء الأمور والمهنيين، وهي ممارسة لم تكن منتشرة كثيراً حتى نهاية القرن العشرين (Sandall, 1997; Stayton & Bruder, 1999). تتمتع البرتغال حالياً بموارد قومية ثمينة لم تكن متاحة عندما بدأ مشروع كيومبرا في أواخر الثمانينيات. ولذلك فإن الصورة العامة للتدخل المبكر في البرتغال في بداية الألفية الجديدة تختلف كلياً عنها عند بداية المشروع، وقد لعب مشروع كيومبرا بالتأكيد دوراً كبيراً فيها.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

لقد كان تطوير برنامجاً للتدخل المبكر وإعداد الموظفين خبرة صعبة ومكافئة في آن واحد. والبرتغال كشأن البلاد الأخرى محدودة الموارد يجب أن تصنع قرارات إبداعية وحكيمة حول كيفية استخدام تلك الموارد. ولذلك يعتبر البناء على الموارد البشرية والمادية الموجودة ومد الجسور بين الهيئات والمهنيين واستخدام ما هو متوفر في المجتمع المحلي الطريقة الواقعية لتقديم خدمات التدخل المبكر.

إن التدريب هو بالتأكيد الإجابة عن عدد كبير من الصعوبات التي تنبثق عن تنفيذ برنامج قائم على تداخل التخصصات والتآزر بين الهيئات. ويمكن للدول المماثلة أن تستخدم الخصائص المحددة المرتبطة بنجاح البرنامج التدريبي بمشروع كيومبرا (Boavida & Borges, 1994; Boavida et al., 2000)، ومن هذه الخصائص تقديم تدريب نوعي لأطباء وممرضات الرعاية الأولية لزيادة وعيهم ومهاراتهم بالإحالة المبكرة، وكذلك مشاركتهم في فرق التدخل المبكر. وثمة خاصية أخرى تتمثل في تحديد محتوى مشترك للتدخل المبكر. كما نوصي المهنيين الذين يريدون أن يطوروا برامج تدخل مبكر في الدول الأخرى أن يتوافقوا على إطار مفاهيمي وفلسفي مشترك، فضلاً عن تقديم تدريب قائم الفريق. كما نوصي أيضاً بأن تطور البرامج الأخرى فرقها التدريبية الخاصة بمساعدة الهيئات والمهنيين الخارجيين المتعاونين. وتتعلق التوصية الأخيرة بالإشراف والدعم المستمر.

خاتمة

كانت التسعينيات السنوات المثمرة في البرتغال بالنسبة لمجال التدخل المبكر. ففي عقد من الزمن تطور التدخل المبكر من خدمة ناشئة تقدم من منظور متمركز على الطفل بطرق تشبه التربية الخاصة مع الأطفال الأكبر سناً إلى مجال سريع النمو يتمتع بإطار مفاهيمي مختلف كلياً. وقد حدث هذا التطور جزئياً من خلال تنفيذ برنامج

تدخل مبكر قائم على المجتمع المحلي في كيومبرا، تلك المقاطعة الواقعة في وسط البرتغال. وقد طور مشروع كيومبرا نظاماً لتقديم خدمات فردية شاملة للأطفال والأسر باستخدام الموارد الرسمية وغير الرسمية المتاحة في المجتمع المحلي ومن خلال مد جسور التعاون بين الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية. فنظراً لتنوع المشكلات التي تواجه الأطفال والأسر، كان لا بد أن يتعاون مقدمو الخدمة من تخصصات وهيئات وتوجهات نظرية مختلفة، وكان لا بد من تنمية مهارات العمل في فريق ومدخل تعاونية. وقد لعب التدريب دوراً أساسياً في تطوير مشروع كيومبرا، وكان بلا شك العامل الأهم على الإطلاق في فعالية البرنامج.

لقد كان تقديم التدريب أثناء الخدمة للمهنيين عديمي الخبرة في المجال مهمة صعبة للغاية في البلاد التي لا تقدم مؤسسات التعليم العالي فيها تدريباً على التدخل المبكر فيما قبل الخدمة والتي لا توجد فيها قوانين لتقديم الخدمات. وقد كان من الإستراتيجيات التي استخدمت لمجابهة هذا التحدي استخدام الخيال والإبداع والتشاور مع الخبراء من الولايات المتحدة الأمريكية، وبدرجة أقل من أوروبا، وتنظيم مؤتمرات وورش عمل وتفاعلات مع البرامج الدولية والأعمال الدراسية.

يختلف التدخل المبكر في البرتغال في بداية الألفية الجديدة كثيراً عن السيناريو المناظر في أواخر الثمانينيات. فقد أصبح المهنيون والهيئات وصناع السياسات واعين بالكامل بالتحول الكبير الذي حدث في التسعينيات. فأصبح النموذج البيئي الدماجي الشامل المتمركز على الأسرة للتدخل المبكر يحظى بقبول واسع في كافة أنحاء البلاد. وفي كيومبرا، كما هو الحال في المقاطعات الأخرى بالبلاد، يعتبر التدريب أثناء الخدمة وفرق المدربين مكونات فعالة لهذا النموذج. وإضافة إلى ذلك فمنذ صدور قانون التدخل المبكر (Despacho Conjunto 891/99) اكتسب التدخل المبكر جمهوراً متزايداً ووعداً بمزيد من التمويل والاهتمام من الوزارات الحكومية.

ومع وجود هذه التغيرات الاجتماعية والقانونية الكثيرة سيواجه مدبرو ومخططو التدخل المبكر تحديات جديدة. وحالياً تتمثل أولويات مشروع كيومبرا حتى عام ٢٠١٠م في: (١) تطوير محتوى مشترك عبر التخصصات يعكس التغيرات الأخيرة في توصيل الخدمة، (٢) زيادة مشاركة أفراد الأسرة في البرامج التدريبية، (٣) تطوير وتنفيذ تنمية مهنية للموظفين قبل الخدمة على المستوى الجامعي، (٤) إعادة تعريف التدريب أثناء الخدمة وفقاً للمخرجات المطلوبة. ومع وجود كثير من التحديات في الأفق وكثير من المهنيين الملتزمين سيظل مجال التدخل المبكر مفعماً بالنشاط في البرتغال وحول العالم.

المراجع

References

- Almeida, I.C. (2000). A importância da intervenção precoce no actual contexto socio-educativo [The importance of early intervention in the current socio-economic context]. *Cadernos CEACF*, 15-16, 55-74.
- Bailey, D.B., McWilliam, P.J., & Winton, P.J. (1995). Building family-centered practices in early intervention: A team-based model for change. In J.A. Blackman (Eds.), *Working with families in early intervention* (pp. 82-91). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Barreto, A. (2000). *A situação social em Portugal, 1960-1999: Indicadores sociais em Portugal e na União Europeia*. Lisboa, Portugal: Imprensa de Ciências Sociais.
- Bennett, F.C., & Guralnick, M.J. (1991). Effectiveness of developmental intervention in the first five years of life. *Pediatric Clinics of North America*, 38, 1513-1528.
- Bertacchi, J. (1991). A seminar for supervisors in infant/family programs: Growing versus paying more for staying the same. *Zero to Three*, 12(2), 34-39.
- Boavida, J. (1992, November). *Community involvement in an early intervention project in the Coimbra region*. Paper presented at the fourth International Portage Conference, Ocho Rios, Jamaica.
- Boavida, J. (1993, October). *Early intervention in Coimbra: An interagency project*. Paper presented at the third European Symposium: Early Intervention in the European Community, Butgenbach, Belgium.
- Boavida, J., & Borges, L. (1990). Intervenção precoce: Um projecto para o distrito de Coimbra. *Saude Infantil*, 12, 205-210.
- Boavida, J., & Borges, L. (1994). Community involvement in early intervention: A Portuguese perspective. *Infants and Young Children*, 7(1), 42-50.
- Boavida, J., Carvalho, L., & Carvalho, C. (1998, May). *Consulta de Desenvolvimento na Comunidade*. Paper presented at the fifth Encontro Nacional de Intervenção Precoce, Coimbra, Portugal.

- Boavida, J., Espe-Sherwindt, M., & Borges, L. (2000). Community-based early intervention: The Coimbra Project (Portugal). *Child: Care, Health and Development*, 26(5), 343-354.
- Boavida, J., & Violante, A. (1993, April). *The use of the Portage model in a community-based early intervention project in Portugal*. Paper presented at the North European Portage Conference, Birkelid, Norway.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (ERIC Document Reproduction Service No. ED128387).
- Bronfenbrenner, U. (1990). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bryant, D., & Maxwell, K. (1997). The effectiveness of early intervention for disadvantaged children. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 23-46). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Carvalho, C., Fidalgo, I., & Carvalho, L. (2000, April). The Coimbra Early Intervention Project. *International Portage Association News*, 1.
- Copa, A., Lucinski, B.A., Olsen, E., & Wollenburg, K. (1999a). *Growing: Birth to three* (Rev. ed.). Portage, WI: Cooperative Educational Service Agency.
- Copa, A., Lucinski, B.A., Olsen, E., & Wollenburg, K. (1999b). Promoting professional and organizational development: A reflexive practice model. *Zero to Three*, 20(1), 3.
- Cruz, A.I., & Fontes, F. (2002, June). *Parent's satisfaction evaluation in the Coimbra Project*. Paper presented at the first ANIP Early Intervention Congress, Coimbra, Portugal.
- Despacho Conjunto 891/99*. (1999). Ministerio da Educagao, da Saude e da Solidariedade Social. *Diario da Republica Portuguesa-II Serie*. 15566-15568.
- Doan-Sampon, M.A., Wollenburg, K., & Campbell, A. (1993). Piecing it all together. In *Growing: Birth to three*. Portage, WI: Cooperative Educational Service Agency.
- Dunst, C.J., & Trivette, C.M. (1987). Enabling and empowering families: Conceptual and intervention issues. *Sociological Psychological Review*, 16, 443-456.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Espe-Sherwindt, M., & Boavida, J. (1995, August). *Translating educational models across cultures*. Paper presented at the fourth biennial International Conference of the International Association of Special Education, Brighton, England.
- Espe-Sherwindt, M., & Boavida, J., (1996, December). *How do we say empowerment in Portuguese?* Paper presented at the International Early Childhood Conference on Children with Special Needs, Phoenix, AZ.
- Espe-Sherwindt, M., & Boavida, J. (1997, November). *Taking another look at the IFSP: International perspective*. Paper presented at the International Early Childhood Conference on Children with Special Needs, New Orleans.
- Espe-Sherwindt, M., & Kerlin, S.A. (1995). Early intervention with parents with mental retardation: Do we empower or impair? In J.A. Blackman (Ed.), *Working with families in early intervention* (pp. 166-175). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.

- Eurlyaid. (1997). *European Parent Satisfaction Scale about Early Intervention, Second Version*. Unpublished scale, Aleipa/Europe, St Vith, Belgium.
- Fenichel, E. (1991). Learning through supervision and mentorship to support the development of infants, toddlers, and their families. *Zero to Three*, 12(2), 1-8.
- Gallacher, K.K. (1997). Supervision, mentoring and coaching: Methods for supporting personnel development. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 191-214). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Instituto Nacional de Estatística. (2000). *Statistical yearbook of Portugal 1999*. Lisboa, Portugal: Author.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Estimativas da Populagao Residente*. Lisboa, Portugal: Author.
- Klein, N.K., & Campbell, P. (1990). Preparing personnel to serve at-risk and disabled infants, toddlers, and preschoolers. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). New York: Cambridge University Press.
- Lanners, R., & Mombaerts, D. (2000). Evaluation of parents' satisfaction with early intervention services within and among European countries: Construction and application of a new parent satisfaction scale. *Infants and Young Children*, 12(3), 61-70.
- Malone, M., Straka, E., & Logan, K.R. (2000). Professional development in early intervention: Creating effective in-service training opportunities. *Infants and Young Children*, 12(4), 53-62.
- McCollum, J.A., & Catlett, C. (1997). Designing effective personnel preparation for early intervention: Theoretical frameworks. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 105-125). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- McGonigel, M.J., Kaufmann, R.K., & Johnson, B.H. (1991). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan*. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
- McGonigel, M.J., Woodruff, G., & Roszmann-Millican, M. (1994). The transdisciplinary team: A model for family-centered early intervention. In L.J. Johnson, R.J. Gallagher, M.J. LaMontagne, J.B. Jordan, J.J. Gallagher, P.L. Huting, & M.B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three* (2nd ed., pp. 95-131). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Meisels, J.F., & Fenichel, E. (Eds.). (1996). *New visions for the developmental assessment of infants and young children*. Washington, DC: ZERO TO THREE: National Center for Infants, Toddlers, and Families.
- Ministry of Education, Department of Basic Education. (2000). *Early childhood education and care policy in Portugal*. Lisboa, Portugal: Author.
- Moor, M.H., Van Waesberghe, B.T.M., Hosman, B.L., Jaeken, D., & Miedema, S. (1993). Early intervention for children with developmental disabilities: Manifesto of the Eurlyaid working party. *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 23-31.
- Oser, C., & Ayankoya, B. (2000). The early interventionist. *Zero to Three*, 21(2), 24-31.

- Roberts, R.N., Rule, S., & Innocenti, M.S. (1998). *Strengthening the family-professional partnerships in services for young children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sameroff, A.J., & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University Chicago Press.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B. (1990). Transactional regulations and early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp.135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sandall, S.R. (1997). The family service team. In A.H. Widerstrom, B.A. Mowder, & S.R. Sandall (Eds.), *Infant development and risk: An introduction* (2nd ed., pp. 155-173). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Shanok, R.S. (1991). The supervisory relationship: Integrator, resource and guide. *Zero to Three*, 12(2), 16-21.
- Shearer, M.S., & Shearer, D.E. (1972). The Portage Project: A model for early childhood education. *Exceptional Children*, 39, 210-217.
- Simeonsson, R.J., & Bailey, D.B. (1990). Family dimensions in early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). New York: Cambridge University Press.
- Stayton, V., & Bruder, M.B. (1999). Early intervention personnel preparation for the new millennium: Early childhood special education. *Infants and Young Children*, 12(1), 59-69.
- Thorp, E.K., & McCollum, J.A. (1994). Defining the infancy specialization in early childhood special education. In L.J. Johnson, R.J. Gallagher, M.J. LaMontagne, J.B. Jordan, J.J. Gallagher, P.L. Hutinger, & M.B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three* (2nd ed., pp. 167-183). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Winton, P.J. (2000). Early childhood intervention personnel preparation: Backward mapping for future planning. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 87-94.
- Winton, P.J., & McCollum, J.A. (1997). Ecological perspectives on personnel preparation: Rationale, framework, and guidelines for change. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 3-25). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

الدعم المنظمي للتدخل المبكر

Organizational Support for Early Intervention

- التشريع القومي للتدخل المبكر
(الولايات المتحدة الأمريكية)
- الشبكات الرسمية وغير الرسمية
(أستراليا)
- دعم فريق التدخل المبكر (ألمانيا)
- التدخل المبكر: موضوعات وتنويعات
من مختلف أنحاء العالم

oboi.kandi.com

التشريع القومي للتدخل المبكر

(الولايات المتحدة الأمريكية)

National Legislation for Early Intervention (United States of America)

مارسي هانسون Marci J. Hanson

ثمة صعوبة تكتنف أية محاولة لجمع آراء الأمريكيين في عبارة واحدة أو التعميم في ضوء تنوع الشعب الأمريكي. ومع ذلك فإن الاقتباس السابق يعكس قيمة أساسية في الولايات المتحدة تتعلق بأهمية الوقاية والبدء المبكرين. وثمة أمثال أخرى لا تقل مصداقية، منها تلك التي تعبر عن القناعة بالمساواة الإنسانية ("ولد كل الناس متساوون") وأهمية العمل الجاد والمثابرة ("إذا لم تنجح من البداية، فحاول مرة بعد أخرى") والقدرة على التغيير ("متى وُجدت الإرادة وُجد الطريق").

لقد تلبورت تغييرات جذرية في الخدمات المقدمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسرههم في الولايات المتحدة في العقود الأخيرة. فجاءت مبادرات تشريعية قومية رئيسة لتضمن توسيع إتاحة الخدمات للأطفال الذين يستحقونها. وحتى قبل صدور هذه القوانين كانت نواحي كثيرة تقدم برامج تدخل مبكر، فيما كان غيرها لا يفعل ذلك. وعلى ذلك فلم يكن توفر الخدمة متساوياً، وإنما كان يعتمد على المكان

الذي تعيش فيه الأسر وإعاقة أطفالهم وعمرهم. وقد أصلح القانون أوجه اللامساواة وأوجد نظاماً جديداً من الخدمات.

يركز هذا الفصل على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) وهو القانون الفيدرالي الذي أرسى النظام الجديد للخدمات. وفر هذا القانون البنية التحتية التنظيمية لتأسيس نظام خدمات التدخل المبكر على طول البلاد وعرضها. وتمثل العناصر الأساسية في القانون في أن تكون الخدمات على مستوى الولاية وشاملة وتقوم على التأزر بين التخصصات والهيئات، وكذلك المشاركة الأسرية.

وكما أوضح فلوريان (Florian, 1995)، فقد جاء هذا القانون إنجازاً كبيراً لأنه ظهر في مناخ سياسي يتسم بالخفض القومي للبرامج الاجتماعية. كما أثبت إصدار هذا القانون الرئيس قوة الأفراد وقدرتهم على إحداث التغيير في المجتمع. وعلى حد تعبير مارجريت ميد Margaret Mead فـ"لا شك مطلقاً في أن أية مجموعة صغيرة من المواطنين المتزمين والمتراپطين يمكن أن يغيروا العالم، بل إن ذلك هو الشيء الوحيد الذي تفعله دوماً" (cited in Florian, 1995, p. 247). وقد لعب مشرعون وموظفون كبار بالكونغرس الأمريكي أدواراً محورية في تصميم وضمان صدور هذا القانون. وقد اقتنع المشرعون بمزايا هذا البرنامج بسبب الفوائد الاقتصادية من تقديم الخدمات مبكراً للأطفال الصغار لتمكينهم من أن يصبحوا أعضاء أكثر إنتاجية في المجتمع. كما ذكرت أيضاً قضايا التمكين مع وصف الحاجة إلى التحول من سياسة الإعاقة المبنية على الإحسان وفعل الخير إلى أخرى تشجع الأسر والأطفال على صنع الاختيارات ومساعدة أنفسهم. وكذلك أسهم الدعم العام والمشاركة كثيراً في النجاح في المخرجات. فقد أدت حملة توقعيات هائلة موجهة إلى الرئيس في إقناعه بتوقيع هذا القانون المهم.

لقد بني هذا القانون على تاريخ طويل من مشاركة أولياء الأمور، وممارستهم الدفاع عن حقوق أطفالهم، ومشاركة المجتمع المحلي وفاعليته، والمشاركة النشطة من المواطنين الفرديين في العملية السياسية لضمان أن يحصل الأطفال الصغار ذوي الإعاقات على خدمات مبكرة وملائمة. ورغم أن هذه الأفعال أنتجت قانوناً جذرياً، فإن تنفيذ الخدمات بعيدة عن أن تكون منتجاً ناجحاً. فكما في كل المبادرات الأخرى يجب أن تُراقب الخدمات وتحلل، وأن تحدد الاحتياجات الحالية وتراعى الاختلافات المحلية وتحل التحديات لضمان احترام القانون. ولذلك فرغم أن هذا القانون والبنية التحتية التي أوجدها تمثل واقعا في الولايات المتحدة، فإن الخدمات تقيّم ويعاد تشكيلها باستمرار حسب الحاجة. يوجز هذا الفصل العقائد الأساسية لهذا القانون ويحاول وصف المكونات الرئيسة وتحديات التنفيذ.

تصور الحكاية التالية أنواع الخدمات والدعم المقدمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسرههم في الولايات المتحدة الأمريكية. وتشمل الخصائص الأساسية في المشاركة والدعم الأسريين، والخدمات المتخصصة التي تقدم في بيئات الطفولة المبكرة النموذجية مثل منزل الطفل أو مراكز رعاية الطفولة أو فصول ما قبل المدرسة، والخدمات القائمة على تداخل التخصصات، ومدى خدمات الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية والتعليمية المتاحة للأسر منذ ميلاد الطفل.

حكاية تومي وجيمي

عادة ما يكون الصباح وقتاً محموماً بالنسبة لجوسي وجين والدي الولدين الصغيرين النشيطين توماس (تومي) وجيمس (جيمي) وابنة الثامنة سارة. تتناول الأسرة الإفطار معاً قبل أن يسرعوا في اتجاهات مختلفة كل يوم. يوصل جين سارة إلى المدرسة وهو في طريقه إلى العمل في شركة تقنية محلية، وتوصل جوسي الولدين إلى برنامج ما قبل المدرسة بالمدرسة بالقرب من المدرسة الابتدائية التي تُدرّس فيها. وتومي وجيمي في حوالي الرابعة من العمر ويحضران في "مدرسة" منذ أن كانا في شهرهم الثامن من العمر.

قال الأطباء لجوسي أن من غير الوارد أن تحمل ثانية بعد الصعوبات التي واجهتها في حملها وولادتها لسارة. ولذلك كانت فرحة جوسي وجين كبيرة عندما علما أنها حامل في توأم! ولد تومي وجيمي قبل أشهر من ميعاد الولادة الطبيعية. وعند الولادة نقل الولدان إلى وحدة عناية مركزة للأطفال حديثي الولادة بالمستشفى حيث ظلّا تحت العناية على مدار الساعة إلى أن استقرت حالتها إلى درجة تسمح لهما بالعودة إلى المنزل. كان وزنهما عند الولادة 1.100 و1.250 غراماً، وشُخص نزيّف داخل البطن لدى جيمي استوجب دعماً ورعاية طبية كبيرين. كانت جوسي وجين وسارة يزورون المستشفى يومياً، وكانت جوسي تستحلب لبن ثديها وتجلبه إلى المستشفى للولدين. وكانت أيام الانتظار والتمني تمر صعبة على الأسرة، لكن أخيراً تمكن تومي وجيمي من الرجوع إلى المنزل. فرضت حاجة الطفلين إلى العناية على جوسي أن تأخذ إجازة من عملها، وحصل جين على جدول عمل أكثر مرونة لكي يشارك في العناية بولديه. أنهكت جين الفواتير الطبية المتصاعدة والأسرة تنظر الآن إلى تلك الفترة باعتبارها سحابة لا تنتهي من مواعيد الأطباء وتقييمات المتخصصين والتفاعلات مع شركات التأمين والقلق من النفقات والضغط اليومي على رعاية الولدين وقلة راحة شديدة.

كانت الخدمات التي يتلقاها الولدان كثيرة ومختلفة. فكانا يؤخذان في زيارات منتظمة إلى طبيب الأطفال بعد خروجهم من المستشفى، حيث سُجلوا في برنامج متابعة الأطفال المعرضين لخطر شديد بالمستشفى، وكان نموهما يقيّم هناك على فترات منتظمة. وعندما وصل الولدان عمر ٦ أشهر، أوصى طبيب الأطفال بأن يحالا إلى مزيد من الاختبار. كان نمو جيمي يسبب قلقاً أكبر وسُجل في خدمات التدخل المبكر. وأخذ زائر منزلي ذو خلفية في التربية الخاصة يزور المنزل أسبوعياً طوال الستين الأوليين وعلم جوسي وجين أنشطة لروتين اللعب وتقديم الرعاية التي من شأنها أن تحسن نمو الولدين. وكذلك كان المعالج الطبيعي للأطفال يزورهم دورياً للعمل مع جيمي وتقديم مقترحات للبرامج المنزلية ومساعدة الزائر المنزلي والأسرة في تصميم إستراتيجيات لمساعدة الولدين حركياً خلال الأعمال الروتينية اليومية.

وفي عمر الثانية بدأ الولدان بالحضور في حضانة في الصباح ويظلا في المنزل مع مقدم رعاية الطفولة بعد الظهيرة. كان معلم الحضانة ومقدم رعاية الطفولة يسعيان أيضاً لأن ينفذا الأنشطة المنزلية. وفي عمر الثالثة دخل الولدان برنامج ما قبل المدرسة. وأظهر الطفلان تأخراً في نمو النطق واللغة، واختص جيمي بتأخر حركي ملحوظ. فأعد جيمي برنامج ترويي فردي/خطة خدمة أسرة فردية منذ أن كان رضيعاً وكان يتلقى علاجاً طبيعياً. وكان الولدان يتلقيان خدمات التربية الخاصة في شكل علاج النطق واللغة. ويعمل مع معلمي جيمي أيضاً أخصائي دمج من الإدارة التعليمية المحلية لمساعدتهم في تكيف البيئة

لضمان أن يتمكن جيمي من الانتقال وأن يشارك ويتعلم بشكل نشط. ويحدد البرنامج التعليمي الفردي لجيمي إستراتيجيات وأهداف محددة وطرق لتقييم التقدم والأشخاص المسؤولين عن تنفيذ هذه الأهداف. ومع أن الولدين يتلقيان الخدمات في البرنامج المحلي لما قبل المدرسة من خلال فريق من المهنيين، لا تزال جوسي وجين ينفذان أسبوعياً سلسلة متواصلة من الزيارات للمهنيين كالأطباء والمعالجين الطبيعيين والمهنيين وأخصائي أمراض النطق واللغة. ورغم محاولات المهنيين المخلصة للتعاون مع بعضهم البعض، لا تزال جوسي وجين يشعران بأنهما أفضل مدافعان ومعلمان لولديهما. ولذلك فإنهما على يقظة دائمة لكي يتأكدا من أن احتياجات وأهداف ولديهما تلبى. تعرف جوسي وجين أن أمامهما طريق طويل. وهما ممتنان أيضاً لأن طفليهما الصغيرين تلقيا خدمات التدخل المبكر التي يحتاجونها لدعم نموهما المبكر الهش. وجوسي وجين واثقان من أن ولديهما سيكبران ويصبحان مواطنين جيدين وأنهما سيحضران في المدرسة العامة ويعيشان حياة سعيدة ومثمرة كأقرانهم.

السياق القومي

تشكل الولايات المتحدة الأمريكية نسيجاً ثرياً بالثقافات والبيئات الجغرافية والأديان والمعتقدات. وهي ثالث أكبر دولة في العالم من حيث عدد السكان والرابعة من حيث المساحة. والولايات المتحدة بمساحتها التي تبلغ ٩٣٦٣٥٦٣ كيلو متر مربع تمتد عبر أمريكا الشمالية من المحيط الأطلسي في الشرق إلى المحيط الهادي في الغرب، وإلى ألاسكا في أقصى الشمال الغربي وهاواي في منتصف المحيط الهادي. وتتكون الدولة من ٥٠ ولاية، إضافة إلى مقاطعة كولومبيا وهي الأرض المخصصة للعاصمة الفيدرالية واشنطن.

يُجرى تعداد قومي للسكان كل عقد. وفي عام ٢٠٠٠ م (U.S. Census Bureau, 2000) بلغ عدد سكان الولايات المتحدة أكثر من ٢٨٥ مليون شخص، ٧٥٪ منهم تقريباً قوقازيين، ١٢,٣٪ أمريكيين من أصول أفريقية، ٣,٦٪ آسيويين، ١٪ هنود أمريكيين وسكان ألاسكا الأصليين. ويشكل الأمريكيون من أصول أسبانية/الأمريكيون من أصول لاتينية ١٢,٥٪ من، وهؤلاء يرجعون بالدرجة الأولى إلى دول المكسيك وبورتوريكو وكوبا. وثمة مجموعات أخرى تشكل ٥,٥٪ من السكان.

شهدت الفترة من ١٩٩٠م إلى ٢٠٠٠م أكبر نمو سكاني في التاريخ الأمريكي، بزيادة قدرها ٣٢,٧ مليون شخص. وقد تفاوت هذا النمو بشكل ملحوظ وفقاً للمنطقة، وقد شهدت الولايات الغربية (زيادة قدرها ١٩,٧٪) والجنوب (زيادة قدرها ١٧,٣٪) أعلى معدلات النمو. وبين الولايات كانت كاليفورنيا الأعلى في الزيادة، حيث زادت ٤,١ مليون شخص. والولايات العشر الأكثر سكاناً هي كاليفورنيا وتكساس ونيويورك وفلوريدا وإلينوي وبنسلفانيا وأوهايو ومشيغان ونيو جيرسي وجورجيا. وهذه الولايات موزعة على المناطق الأربع الأساسية للولايات المتحدة الأمريكية (المنطقة الشمالية الشرقية ووسط الغرب والجنوب والغرب). ويعيش حوالي ٨٠٪ من الأمريكيين في مناطق حضرية مع أن ٩٨٪ من الأرض تقريباً تصنف على أنها ريفية.

الشعب والثقافة

من حيث الأسلاف يعتبر الشعب الأمريكي أحد أكثر شعوب العالم تنوعاً. ورغم أن المجموعة الأكبر من السكان ينحدرون من أسلاف أنجلو - أوروبيين، تشكل الهجرات الكبيرة من أمريكا اللاتينية وآسيا أيضاً جزءاً كبيراً من سكان أمريكا. ويرجع معظم الأمريكيين الأفارقة بجذورهم إلى أفريقيا، حيث جلب عدد كبير من الأفارقة إلى أمريكا الشمالية في القرون السابع عشر والثامن عشر والتاسع عشر كعبيد. وعلى مدار القرن العشرين كان الآسيويون وسكان جزر المحيط الهادي المجموعة الأسرع في النمو، بزيادة قدرها ٤٣٪. وزاد الأمريكيون اللاتينيون بمعدل ٣٨,٨٪، والأمريكيون الأفارقة بمعدل ١٣,٨٪، والهنود الأمريكيون وسكان ألاسكا الأصليون بمعدل ١٥,٥٪، والبيض بمعدل ٧,٣٪.

إن اللغة الأساسية المتحدثة في الولايات المتحدة هي الإنجليزية، والأسبانية هي اللغة الثانية في الانتشار. وفي أجزاء كثيرة من البلاد توجد نسبة كبيرة من الأسر تتحدث لغة غير الإنجليزية في المنزل. وفي كاليفورنيا، على سبيل المثال، يتحدث أكثر من ٣٩٪

من الأسر لغة أخرى. في بعض النواحي تنعكس ٥٠-٦٠ مجموعة لغوية في الإدارة التعليمية الواحدة.

تُمارَس كل ديانات العالم الرئيسة في الولايات المتحدة الأمريكية. فقد جاء كثير من المهاجرين إلى هذا البلد لكي يمارسوا عقيدتهم فارين من الاضطهاد الديني في بلادهم. وينتمي حوالي ٦٠٪ من الأمريكيين إلى عقيدة منظمة، منهم حوالي ٥٢٪ بروتستانت و ٣٨٪ كاثوليك ورومان و ٤٪ يهود و ٣٪ مرمون و ٣٪ أرثوذكس شرقيين. وثمة أعداد أصغر من الناس يمارسون الإسلام والبوذية والهندوسية ومعتقدات أخرى. كانت أمريكا على مدى سنوات كثيرة تسمى "بوتقة" في إشارة إلى ذلك المكان الذي يجتمع فيه أشخاص من خلفيات مختلفة ليشكلوا ثقافة جديدة أو موحدة. ورغم أن الأمريكيين يشتركون في عناصر كثيرة، فقد أفسحت هذه الرؤية المكان لفكرة التعددية الثقافية Cultural Pluralism. فالمنظور السائد في مطلع القرن الحادي والعشرين هو أن يحتفظ السكان بخصائص ثقافات مواطنهم وأن يفخروا بأصول وتقاليد مواطنهم الأصلية. وإضافة إلى ذلك نجد أن بعض المناطق أو المدن الأمريكية أكثر تنوعاً بكثير من غيرها. لقد فقد مصطلحا الأقلية والأغلبية معناهما فيما يتعلق بمجموعات السكان. فعلى سبيل المثال أصبحت كاليفورنيا في عام ١٩٨٩م الولاية الأولى التي يكون فيها "أغلبية" من أطفال "الأقلية" في مدارسها العامة، ولا توجد أغلبية في عدة مدن.

المؤثرات السياسية

وبينما تشيخ الأمم، لا تزال الولايات المتحدة الأمريكية فتية. فقد تأسست عام ١٧٧٦م عندما انفصلت المستعمرات الـ ١٣ الأصلية عن بريطانيا العظمى، وكونت أمة جديدة تقوم على الحرية وتكافؤ الفرص. ثم نمت الأمة إلى ٥٠ ولاية ومقاطعة كولومبيا وأقاليم أخرى تربطها معاً حكومة فيدرالية. وتتألف الحكومة القومية من ثلاثة أفرع: التنفيذي والتشريعي والقضائي، يشكل كل منها سلطة منفصلة. ثم يأتي نظام

"الرقابة والتوازن" checks and balances ليعطي كل سلطة القوة للتأثير على السلطتين الآخرين. وتمثل هذه الأفرع على التوالي الرئيس والكونجرس والمحكمة العليا. وتعمل الحكومة وفقاً للنظام الفيدرالي حيث تعمل الحكومة على ثلاثة مستويات: القومي والولاية والمحلي. وقد حدد دستور الولايات المتحدة سلطات وواجبات الحكومات الفيدرالية وحكومات الولايات.

لا ينص الدستور على المسؤوليات عن التعليم. لكنه يعطي للولايات أية سلطات لم تمنح للحكومة الفيدرالية. ولذلك تتولى الولايات آليا السلطة على التعليم، وقد أنشأ كل منها نظام تعليمي عام. تشتمل هذه النظم على كل مستويات التعليم، من الطفولة المبكرة إلى التعليم العالي. ومع أن الولايات تحتفظ بسلطات أساسية في التعليم والصحة والضمان الاجتماعي، يمنح الدستور الكونغرس السلطة لرعاية الصالح العام للأمة. والكونجرس يستخدم هذه السلطة في التعليم، خاصة في الأمور التي تؤثر على مجموعات كبيرة من السكان.

نظام الخدمات التعليمية

رغم أن الولايات المتحدة تركز على التعليم منذ وقت طويل، كانت غالبية المدارس ملكية وإدارة خاصة في البداية، وفي الأساس تحت رعاية الكنيسة. وفي أوائل القرن التاسع عشر حظي التعليم العام بالدعم وأنشأت حكومات الولايات والحكومات المحلية نظم تعليمية عامة. وفي عام ٢٠٠٣م كان حوالي ٧٥٪ من المدارس الأولية والثانوية و٤٥٪ من مؤسسات التعليم العالي عامة. تدار هذه النظم من جانب الولايات وينفق عليها بالدرجة الأولى من خلال الضرائب.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

يرجع الدعم العام للتعليم بجذوره إلى تاريخ أمريكا وتقاليدھا وقيمھا. ومن أدلة ذلك أنه من قبل ميلاد الأمة، أصدر قانون عام ١٦٤٧م بإحدى المستعمرات الأصلية

لتوفير المعرفة الأساسية بالقراءة والكتابة وتعيين معلمين لتعليم الأطفال القراءة والكتابة (Safford & Safford, 1996). وقد قصد بالتعليم في هذه المدارس الأولى "أن يتعهد صالح الدولة بتمكين المواطنين من الحكم الذاتي" (Tanner & Tanner, 1990, p. 31; cited in Safford & Safford, 1996). ورغم أن نماذج التعليم مرت بالكثير من الانعطافات والتحويلات منذ قيام الدولة، ظلت فكرة التعليم العمومي المدعوم من الدولة أساسية للحياة في الولايات المتحدة الأمريكية إلى اليوم.

إن النظم التعليمية العامة الحالية مطبقة منذ الثورة التي أسست هذا البلد، لكن لم يكن لكل الأطفال فرصة متكافئة للمشاركة رغم الفرضيات الأساسية المتعلقة بتكافؤ الفرص. فقد كانت الطبقة الاجتماعية - الاقتصادية والنوع والعرق والإعاقة، على سبيل المثال، تؤثر على الوصول إلى هذه الفرص التعليمية. وعلى مر السنين خفتت أوجه الجور من هذا النوع بفعل التقاضي والإصلاحات التشريعية، واليوم أصبحت الخدمات التعليمية ذات التمويل العام متاحة لكل الأطفال في الولايات المتحدة.

وكذلك تكاثرت خيارات التعليم المبكر للأطفال الصغار، رغم أنها غير ملزمة. وعلاوة على ذلك استوجبت خدمات التدخل المبكر التعاون العابر للتخصصات من أجل تلبية الاحتياجات المعقدة والمختلفة للأطفال الصغار وأسرههم، حيث تأتي الخدمات من مجالات التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية والتخصصات ذات الصلة.

مؤسسات التدخل المبكر

تتبع شونكوف وميسلز (Shonkoff & Meisels, 1990) تطور التدخل في الطفولة المبكرة Early Childhood Intervention من الإسهامات الأولية في أربعة مجالات: تربية الطفولة المبكرة، وصحة الأم والطفل، والتربية الخاصة، ونمو الطفل. سنوجز فيما يلي مراجعتهم لكل مجال.

تربية الطفولة المبكرة

أبرزت أعمال الفلاسفة والكتاب الأوروبيين من القرنين السابع عشر والثامن عشر الطفولة كمرحلة متفردة. فأبرز فلاسفة من أمثال لوك وروسو تأثير الخبرات المبكرة على نمو الأطفال. ورغم هيمنة الأفكار البيوريتانية لتربية الأطفال المتعلقة بالانضباط والخلاص الروحي بعد قيام الولايات المتحدة الأمريكية، فقد نقلت فلسفات وممارسات التربية والتعلم تدريجياً، بالدرجة الأولى من أوروبا، إلى الدولة الجديدة. وتأسساً على أعمال فريدريك فروبل في ألمانيا وعلى الحضانات التي طورتها في إنجلترا راشيل ومارجريت ماكميلان Rachel and Margaret MacMillan، أنشئت رياض الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين. وعند نقطة لاحقة أخذت أعمال ماريانتسوري مع الأطفال الفقراء في روما تؤثر على ممارسات المنهج في التعليم في فصول ما قبل المدرسة. ومع ازدهار وانتشار برامج التعليم المبكر ترسخت في الممارسات التعليمية الأمريكية المبكرة المفاهيم الأساسية المتعلقة بالاكشاف والتربية المبكرين والتنشئة المبكرة ومشاركة أولياء الأمور واستعداد المدرسة. وجاءت العوامل التاريخية، مثل الكساد الكبير في ثلاثينيات القرن العشرين والحرب العالمية الثانية، لتزيد من حصول الأطفال على الرعاية والخدمات التعليمية خارج المنزل وتقوي الخدمات التعليمية المبكرة.

خدمات الأمومة والخدمات الصحية

أدى القلق حول صحة الأطفال ومعدلات وفيات الأطفال العالية إلى تطور نظام لتوصيل الخدمات يتألف من مكونات خدمة ذات تمويل عام وخاص. ففي عام ١٩١٢م أنشأ الكونجرس مكتب الأطفال Children's Bureau كجزء من وزارة العمل، وقد أجرى المكتب برامج فيدرالية لجمع البيانات والبحوث وقدم خدمات للأطفال الأكثر عرضة للخطر مثل الأطفال المرضى بدنياً ونفسياً. وجاء الفصل الخامس من

قانون الضمان الاجتماعي لعام ١٩٣٥ م ليوسع المسؤولية والدعم الفيدراليين لصحة الأطفال ورفاههم. وقد أقر هذا القانون خدمات صحة الأم والطفل وخدمات الأطفال المقعدين وخدمات رفاه الطفل. وفي عام ١٩٦٥ م توسعت الخدمات المقدمة وفقاً لهذا القانون لزيادة وصول الأطفال الذين يعيشون في فقر إلى الخدمات الطبية. وقد صمم أحد مكونات البرنامج - "برنامج الفحص المبكر والدوري والتشخيص والعلاج" EPSDT - ليكفل الفحص والتشخيص والعلاج المبكر للأطفال المحرومين اقتصادياً.

بحوث نمو الطفل

لقد أثرت المداخل والسجلات النظرية وكذلك البحوث الإمبريقية بقوة على تطور الخيارات التعليمية المبكرة، خاصة للأطفال المعرضين لخطر أو ذوي الإعاقات. وقد كان من المؤثرات الرئيسة الجدل الأساسي بين الطبيعة في مقابل التربية. وقد تميز مطلع القرن العشرين بالاهتمام بتقييم وتدوين نمو الطفل. في هذا المناخ أصبح السجل الجدلي حول تأثير المؤثرات الوراثية (الطبيعة) في مقابل تأثير العوامل البيئية (التنشئة) على المسار والمخرجات النمائية للطفل قوة مركزية دفعت في اتجاه تبلور خدمات التدخل المبكر. وقد برزت تأثيرات الخبرات المبكرة في التوثيق الإمبريقي للتأثيرات البيئية المبكرة وأهمية وتأثير علاقات تقديم الرعاية أو التنشئة المبكرة على نمو الطفل اللاحق. وكان التبادل التفاعلي بين العوامل البيئية والتكوينية بؤرة أساسية للبحوث، وأكد أهمية دعم الأسر وخبرات التنشئة المبكرة.

التربية الخاصة

لقد أثر الفلاسفة والممارسون التربويون الأوروبيون بدرجة كبيرة أيضاً على تطور خدمات التربية الخاصة في هذا البلد. ويرجع قدر كبير من التأثير على المجال إلى أعمال جين مارك إتارد في القرن التاسع عشر مع "الصبي المتوحش أفيرون" باستخدام التدريب الحسي ومداخل التدريب السلوكي المنظم لتنشئة وتعليم طفل وحشي. وواصل إدوارد

سكوين Eduoard Sequin طريق أستاذه إيتارد بتصميم طريقة لتعليم الطلاب ذوي الإعاقات تركز على الأنشطة الحسية - الحركية sensorimotor ونموذجاً منظماً إلى الملاحظة والتقييم والعلاج. وقد أثر عمله كمدير لدار الإعاقات بباريس على تطور البرامج التعليمية للأشخاص ذوي التأخر العقلي في العالم ككل. وعندما هاجر إلى الولايات المتحدة الأمريكية طبقت أساليبه في مؤسسات الإقامة الداخلية للأشخاص ذوي الإعاقات. وقد تنوع نموذج العلاج المقدم في هذه المؤسسات عند مفاصل تاريخية مختلفة من التركيز النشط على العلاج إلى تقديم الرعاية من نوع الوصاية.

وإذا كان الأطفال ذوي الإعاقات يتلقون خدمات، فقد كان ذلك يحدث في مؤسسات العلاج الداخلية حتى بعد الحرب العالمية الثانية. وفي عام ١٩٤٦م أنشأ المكتب الأمريكي للتعليم قسم الأطفال غير العاديين Section for Exceptional Children الذي تحول في عام ١٩٦٦م إلى مكتب تعليم المعاقين Bureau of Education for the Handicapped، وهو يعرف اليوم باسم مكتب التربية الخاصة والخدمات التأهيلية Office of Special Education and Rehabilitative Services (تأسس عام ١٩٨٠م).

لقد تغيرت السياسات والخدمات المتعلقة بالأطفال ذوي الإعاقات على مر السنين من العزل في مدارس داخلية أو منفصلة إلى تعليم هؤلاء الأطفال في مدارس التعليم العام وخيارات الخدمة التعليمية المبكرة المتاحة لأقرانهم. سنراجع اتجاهات الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات بمزيد من التفصيل تحت عنوان "الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات النمائية".

الخلاصة

لقد جاء التركيز على التدخل نتيجة لمؤثرات مختلفة، منها البحوث حول نمو وتعلم الطفل المبكرين والأعمال التي نشرت في الخارج (خاصة أوروبا) والقضايا الاجتماعية - الثقافية (العرق والفقر والنساء اللاتي انضممن إلى القوة العاملة في أثناء

الحرب العالمية الثانية). وقد أدت التحولات في توصيل الخدمة التعليمية نتيجة لهذه العوامل إلى توسيع النظام التعليمي كثيراً لضمان أن يكون التعليم العام متاحاً لكل أطفال أمريكا وأن يتوفر التعليم العام من عمر مبكر للأطفال ذوي الإعاقات.

الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات النمائية

قبل ثمانينيات القرن العشرين كان بعض الأطفال في الولايات المتحدة محرومين من التعليم بالمدارس العامة بسبب إعاقاتهم، حيث كان يُنظر إلى هؤلاء الأطفال على أنهم لا يستطيعون أن يتعلموا، ولم يكن بكثير من المدارس برامج كافية أو ملائمة للأطفال ذوي الإعاقات، خاصة ذوي الإعاقات الحادة. وقد ساعدت عمليات المقاضاة من جانب الأسرة والمدافعين وقرارات المحاكم والتشريع القومي والدراسات البحثية وجهود الدفاع على مستوى القاعدة جميعها في تغيير هذا المنظور جذرياً. وقد كان الاحتكام إلى التعديل الرابع عشر للدستور الأمريكي أساسياً في دفع العلاج القانوني لهذا الجور. فهذا التعديل يكفل حماية متساوية لكل المواطنين في ظل القانون وإرساء الحرية من التمييز لأسباب غير مبررة مثل العرق أو الإعاقة. ونتيجة لذبوع الحركات وقضايا المحاكم البارزة التي بدأها أولياء الأمور في الخمسينيات والستينيات بدأت تحدث تحولات في السياسات.

فقد أُقر التعليم العام وخدمات ودعم التربية الخاصة لكل الأطفال في عمر المدرسة بصندوق القانون المهم "التعليم لكل الأطفال المعاقين" Education for All Handicapped Children Act عام ١٩٧٥ م (القانون العام رقم ٩٤-١٤٢) (انظر Braddock, 1987, and Turnbull, 1986 لمراجعات السياسات الفيدرالية وتطور هذا القانون في الولايات المتحدة). وقد تم تعديل هذا القانون بعد ذلك ليشمل كل أطفال ما قبل المدرسة ذوي الإعاقات، وفيما بعد ومن خلال البرامج الخاضعة لسلطة الولايات ليشمل الأطفال ذوي الإعاقات من الولادة إلى عمر سنتين.

وفي عام ١٩٩٠م أعيد تسمية هذا القانون إلى قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (IDEA) Individuals with Disabilities Education Act (القانون العام رقم ١٠١-٤٧٦)، ثم عدل في عام ١٩٩٧م برقم ١٠٥-١٧.

تعديلات قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات لعام ١٩٩٧م

يمثل قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA وتعديلاته الإطار للسياسات والخدمات التعليمية للأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم. توجد ستة مبادئ أساسية بهذا الإطار.

التعليم العام المجاني الملزم: إن توفير تعليم عام مجاني ملائم Free Appropriate Public Education (FAPE) يتطلب توفير التربية الخاصة والخدمات المساندة للأطفال على النفقة العامة وكذلك الوفاء بمعايير الهيئة التعليمية على مستوى الولاية. يؤكد هذا القانون على سياسة "الرفض الصفري" Zero Reject التي تمنع المدارس العامة من استبعاد الأطفال ذوي الإعاقات. ويجب كذلك أن تكون الخدمات ملائمة للاحتياجات الفردية لكل طفل.

التقييم الملزم: يضم القانون اشتراطات كثيرة تتعلق بالتقييم: "التقييم الأولي الكامل والفردى"، ومطلب موافقة الوالدين على التقييم الأولي، والتقييم من جانب فريق، والتقييم بلغة الطفل الأصلية أو نمط التواصل الذي يستخدمه، واستخدام مقاييس متعددة بدلاً من الاعتماد على أداة واحدة لتقرير استحقاق الطفل للخدمات، واشتراط إعادة التقييم. وإضافة إلى ذلك يجب أن تتضمن أنشطة التقييم جمع معلومات وبيانات وثيقة الصلة بمشاركة الطفل وتقديمه في منهج التعليم العام الأساسي وألا تكون إجراءات التقييم تمييزية.

إعداد برنامج تربوي فردي: يطالب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات بأن يُعد برنامج تربوي فردي Individualized Education Program (IEP) لكل طفل معاق.

تحدد البرامج التربوية الفردية مستوى الطفل الحالي في الأداء التعليمي ، والأهداف السنوية والأهداف قصيرة المدى القابلة للقياس ، والتربية الخاصة والخدمات المساندة ، والخدمات الانتقالية إلى البيئة التعليمية التالية ، وكذلك تواريخ وتكرار ومكان ومدة الخدمات. ويعد البرنامج التربوي الفردي باستخدام نموذج فريق يتضمن والدي الطفل والمهنيين ، وتراعى فيه جوانب القوة لدى الطفل ومخاوف الوالدين حول تحسين تعليم الطفل. وبالنسبة للأطفال من الولادة إلى عمر سنتين تتمثل الخطة الفردية في خطة الخدمة الأسرية الفردية (IFSP) Individualized Family Service Plan. يوجد وصف مفصل لهذه الخطط في مناقشة لاحقة.

يقدم التعليم في البيئة الأقل تقييداً Least Restrictive Environment : إلى أقصى حد ممكن يجب أن يتلقى الأطفال ذوي الإعاقات تعليمًا ملائمًا لاحتياجاتهم الفردية في نفس بيئات أقرانهم غير ذوي الإعاقات. ويقصد القانون بذلك أن يزيد فرص تعلم الأطفال ذوي الإعاقات مع أقرانهم وفي مجتمعاتهم المحلية وأحيائهم. والتأكيد هنا ينصب على إيجاد خدمات ودعم يسمحان للأطفال الصغار بالمشاركة في منهج التعليم العام. مشاركة التلميذ والوالدين في صنع القرار: للوالدين الحق في مراجعة سجلات أطفالهم التعليمية ، وكذلك تطلب موافقة الوالدين الواعية على التقييم الأولي ومكان تعليم الأطفال. ويمكن لأولياء الأمور أن يشاركوا بشكل نشط في كل جوانب التقييم واختيار المكان والعملية التعليمية. وللوالدين الحق أيضاً في الاعتراض على أي قرار يتعلق بالتعرف على حالة طفلهم أو تقييمه أو مكان تعليمه ، ونقض هذا القرار في المحاكم.

الضمانات الإجرائية لحماية حقوق أولياء الأمور وأطفالهم ذوي الإعاقات: يحدد قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات ضمانات تحمي حقوق الأطفال ذوي الإعاقات وذويهم. ومن هذه الضمانات تمكين أولياء الأمور من الوصول إلى السجلات

التعليمية، والحق في طلب جلسة استماع ملزمة، والحق في نقض قرار الجلسة بدعوى مدنية. وكذلك حدد القانون الحقوق والمتطلبات المتعلقة بالانضباط.

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات لعام ١٩٩٠م

ثمة قانون مهم آخر له مضامين حاسمة على تعليم الأطفال ذوي الإعاقات ومدى إتاحتها وهو قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات Americans with Disabilities Act (ADA: القانون العام رقم ١٠١-٣٣٦) الذي أصدر في عام ١٩٩٠م. هذا القانون من قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية، وهو يضمن أن تتاح للأشخاص ذوي الإعاقات كل جوانب الحياة، بما في ذلك رعاية الطفولة. وهو يعطي الأفراد ذوي الإعاقات حماية الحقوق المدنية من النوع الذي يقدم للأشخاص على أساس العرق والنوع والأصل القومي والدين. ويطلب هذا القانون باتخاذ تكييفات معقولة للأشخاص لإعطائهم الفرصة للمشاركة في الخدمات والأنشطة المقدمة.

الخلاصة

قدم قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات ADA وقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA ضمانات وحقوق بعيدة المدى للأطفال ذوي الإعاقات. فأوجد التشريع سياسات وخدمات جديدة لضمان حماية متساوية في ظل القانون وتوفير التعليم العام للأطفال ذوي الإعاقات.

التشريعات القومية للتدخل المبكر

يتضمن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات وتعديلاته مكونات تضع الأساس لسياسة قومية للتدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات من الولادة حتى عمر الخامسة وأسرهم. فقد وضع هذا القانون البنية التحتية لنظام توصيل الخدمات عبر الولايات المتحدة. ومن أساسيات هذا النظام الاعتراف بالدور المتفرد الذي تلعبه الأسر في نمو الأطفال.

سنراجع تحت العناوين التالية مكونين أو جزءين أساسيين لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات يتعلقان بالأطفال الصغار: المكون الأول هو برنامج التدخل المبكر للأطفال ما قبل الثانية من العمر (الجزء الثالث من القانون) الذي يغطي الخدمات المقدمة للأطفال من الولادة حتى عمر سنتين، والمكون الثاني هو برنامج منح ما قبل المدرسة (القسم ٦١٩ من الجزء الثاني من القانون) الذي يغطي الخدمات المقدمة للأطفال ٣-٥ سنوات. وسوف نناقش أيضاً قانون "البداية المثلى" Head Start القومي. وبعد ذلك سنناقش الدروس المتعلمة والتحديات التي لا تزال تقف في طريق تنفيذ هذه الخدمات، على أمل أن تستمد الدول الأخرى الدعم والمعنى من الخبرات الأمريكية في تنفيذ هذا القانون.

برنامج التدخل المبكر للأطفال السنتين الأوليين ذوي الإعاقات

دشن الكونجرس هذا البرنامج في عام ١٩٨٦م اعترافاً "بالحاجة الماسة والكبيرة" إلى تحسين نمو الأطفال ذوي الإعاقات في سنتينهم الأوليين من العمر، وخفض الكلفة التعليمية بتقليل الحاجة إلى التربية الخاصة من خلال التدخل المبكر، وتقليل احتمال وضع الأفراد ذوي الإعاقات في مؤسسات منعزلة، وتعظيم القدرة على المعيشة المستقلة، وتحسين قدرة الأسر على تلبية احتياجات أطفالهم.

إن برنامج أطفال السنتين الأوليين ذوي الإعاقات Program for Infants and Toddlers with Disabilities (الجزء الثالث من تعديلات قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات لعام ١٩٩٧م) عبارة عن برنامج منحة اختيارية فيدرالية تساعد الولايات في تخطيط وتطوير وتنفيذ نظام لخدمات التدخل المبكر على مستوى الولاية للأطفال ذوي الإعاقات من الولادة حتى عمر سنتين وأسرهم. ويتضمن القانون والتعليمات الواردة في الجزء الثالث كثيراً من المطالب التي يجب على الولايات أن تلبّيها لتنفيذ هذا البرنامج الشامل والمنسق والقائم على تداخل التخصصات والتآزر بين الهيئات لتوصيل

الخدمات. ولكي تشارك الولايات في البرنامج يجب أن تضمن أن يكون التدخل المبكر متاحاً لكل طفل مستحق. ويعرف القانون طفل الستين الأوليين المعاق المستحق بأنه :

فرد تحت عمر الثالثة يحتاج إلى خدمات التدخل المبكر لأنه (١) يواجه أشكالاً من التأخر النمائي، كما تقاس بالأدوات والإجراءات التشخيصية الملائمة، في واحد أو أكثر من مجالات النمو المعرفي والنمو البدني ونمو التواصل والنمو الاجتماعي أو الانفعالي والنمو التكيفي، أو (٢) لديه حالة بدنية أو عقلية مشخصة يحتمل أن تؤدي إلى التأخر النمائي (20 U.S.C. §1432[5][A]).

ويحق للولاية أيضاً أن تخدم الأطفال المعرضين لخطر وفقاً لتعريف الولاية لمصطلح "الخطر". وقد اختار حوالي ٢٠٪ من الولايات أن يخدموا الأطفال المعرضين لخطر. ولذلك تختلف تعريفات الاستحقاق بدرجة كبيرة من ولاية لأخرى.

وعند تنفيذ البرنامج يحدد حاكم كل ولاية هيئة رئيسة lead agency لإدارة البرنامج. ويمكن لهيئات عديدة أن تكون الهيئة الرئيسية كهيئات التعليم والصحة والخدمات الإنسانية والخدمات الاجتماعية والإعاقات النمائية وخدمات التأهيل. ويعين الحاكم أيضاً مجلس تنسيق بين الهيئات Interagency Coordinating Council (ICC) يضم أولياء أمور الأطفال الصغار ذوي الإعاقات لتقديم النصص والمساعدة للهيئة الرئيسية. وفي عام ٢٠٠٣م كانت كل الولايات الأمريكية والمناطق المستحقة تشارك في برنامج الجزء الثالث. ويعتمد التمويل السنوي لكل ولاية أو منطقة على عدد الأطفال في آخر تعداد.

ورغم الاختلافات الممكنة بين الولايات من حيث معايير الاستحقاق بالنسبة للأطفال وهيئة الإدارة الرئيسية على مستوى الولاية، لا بد أن يُنص على عدة عناصر في خطة كل ولاية. وهذه العناصر المشتركة تمثل المكونات الدنيا المطلوبة في نظام شامل للتدخل المبكر لأطفال الستين الأوليين من العمر ذوي الاحتياجات الخاصة على مستوى الولاية (انظر الجدول رقم ١، ١٢).

الجدول رقم (١٢,١). المكونات الدنيا المطلوبة في نظام التدخل المبكر الشامل على مستوى الولاية لأطفال الستين الأوليين من العمر ذوي الاحتياجات الخاصة.

تعريف التأخر النمائي

جدول زمني لضمان الخدمات الملائمة لكل الأطفال المستحقين

تقييم قائم على تدخل التخصيصات شامل ويجري في الوقت المناسب لاحتياجات الأطفال وتحديد احتياجات كل أسرة

خطة الخدمة الأسرية الفردية وتنسيق الخدمة

نظام تعرف وإحالة شامل للأطفال

تعريف التأخر النمائي

نظام شامل للتنمية المهنية للموظفين

سياسات وإجراءات لمعايير الموظفين

سلطة واحدة تتمثل في الهيئة الرئيسة التي يعينها أو ينشئها المحاكم تكون مسؤولة عن تنفيذ: (١) الإدارة والإشراف العامين، (٢) تحديد كل الموارد المتاحة والتنسيق بينها، (٣) المسؤولية المالية أمام الهيئات الملائمة، (٤) اتخاذ إجراءات لضمان أن تقدم الخدمات بطريقة مناسبة دون انتظار حل أي منازعات، (٥) حل المنازعات داخل وبين الهيئات، (٦) وضع الاتفاقات الرسمية بين الهيئات.

السياسة الخاصة بتقليص أو تنظيم الخدمات

إجراء لضمان رد الأموال في الوقت المناسب

ضمانات إجرائية

نظام لجمع البيانات حول نظام التدخل المبكر

مجلس تنسيقي بين الهيئات على مستوى الولاية

سياسات وإجراءات لضمان أن يتلقى الأطفال خدمات التدخل المبكر إلى أقصى حد ملائم في البيئات الطبيعية.

Adapted from 20 U.S.C. §1435(a).

From National Early Childhood Technical Assistance System. (1998, December). Part C updates (p. 1). Chapel Hill, NO Author; adapted by permission.

يختلف مدى وأنواع الخدمات التي تمول من خلال هذا البرنامج، وتمثل خدمات من تخصصات كثيرة مختلفة. وتتضمن الخدمات ما يلي: (١) تدريب الأسر والاستشارة والزيارات المنزلية، (٢) التدريس الخاص، (٣) خدمات أمراض النطق واللغة

والسمع، (٤) العلاج المهني، (٥) العلاج الطبيعي، (٦) الخدمات النفسية، (٧) خدمات تنسيق الخدمة، (٨) الخدمات الطبية لأغراض التشخيص أو التقييم فقط، (٩) خدمات التعرف والفحص والتقييم المبكر، (١٠) الخدمات الصحية اللازمة لتمكين الطفل من الاستفادة من خدمات التدخل المبكر الأخرى، (١١) خدمات العمل الاجتماعي، (١٢) خدمات الإبصار، (١٣) أدوات تقنية مساعدة وخدمات تقنية مساعدة، (١٤) النقل والتكاليف المرتبطة اللازمة لتمكين الطفل وأسرته من الحصول على خدمة أخرى [من قائمة الخدمات السابقة] (20 U.S.C. §1432 [E]).

وينص القانون أيضاً على أنواع الموظفين الذين يمكن اعتبارهم مؤهلين لتقديم هذه الخدمات. وهنا أيضاً نجد تخصصات كثيرة منها المربين الخاصين وأخصائيي أمراض النطق واللغة وأخصائيي السمع Audiologists والمعالجين المهنيين والمعالجين الطبيعيين وموظفي الخدمات الاجتماعية والمرضات أخصائيي التغذية Nutritionists والمعالجين الأسريين Family Therapists وأخصائيي الحركة والتوجه وأطباء الأطفال والأطباء الآخرين. وتلك الخدمات يمكن أن تقدم في عدد من البيئات منها منزل الطفل وأماكن المجتمع المحلي مثل رعاية الطفولة أو برنامج طفل السنة الأولى / طفل السنة الثانية. برنامج منح ما قبل المدرسة

تدار الخدمات المقدمة للأطفال في عمر ما قبل المدرسة وفقاً لهذا الإطار القانوني عن طريق هيئات التعليم بالولاية. وهكذا يمتد هذا القسم من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات إلى الأطفال ٣-٦ سنوات: العملية المستحقة، والاختبار والتقييم غير التمييزي، وإعداد برنامج تربوي فردي، ووضع الأطفال في أقل البيئات تقييداً. وتعترف نصوص مهمة من القانون أيضاً بدور مشاركة أولياء الأمور، خاصة في البرامج المقدمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات ويؤكد على تقوية دور أولياء الأمور وضمان "فرص ذات معنى" لأولياء الأمور لكي يشاركوا في تعليم أطفالهم في المدرسة والمنزل.

تتضمن معايير الاستحقاق من جانب الطفل المعاق وفقاً للقسم ٦١٩ من الجزء الثاني من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات الشروط التالية: التأخر العقلي والإعاقات السمعية وإعاقات الكلام أو اللغة والإعاقات البصرية والاضطراب الانفعالي الحاد والإعاقات التجبيرية والتوحد والإصابة المخية الرضية والإعاقات الصحية الأخرى أو صعوبات التعلم المحددة. وبالنسبة للأطفال في عمر ٣-٩ سنوات يحق للهيئة التعليمية على مستوى الولاية وعلى المستوى المحلي بحسب تقديرها أن تخدم أيضاً الأطفال الذين "يواجهون أشكالاً من التأخر النمائي" كما تعرفها الولاية.

وهذه قد تتضمن أشكال التأخر في مجالات النمو البدني أو المعرفي أو التواصلية أو الاجتماعي أو الانفعالي أو التكيفي. وتستخدم درجة القطع التالية من جانب معظم الولايات التي تطبق معايير كمية لتقرير الاستحقاق: إنحراف معياري قدره ٢,٠ تحت المتوسط في أحد المجالات النمائية و/أو إنحراف معياري قدره ١,٥ تحت المتوسط في مجالين أو أكثر (مدى قدره ١,٠ إنحراف معياري في مجال واحد إلى ٣,٠ انحراف معياري في مجال واحد). وفي ولايات أخرى تحدد نسبة للتأخر (مدى قدره ٢٠٪-٣٣٪) في مجال نمو واحد أو أكثر لتقرير الاستحقاق. وفي ولايات ثالثة يحدد الاستحقاق من خلال إجماع فريق مهني أو حكم مهني أو رأي إكلينيكي مستنير بدلاً من المعايير الكمية.

وتقدم الخدمات التعليمية والمرتبطة للأطفال ما قبل المدرسة في عدد من بيئات الخدمة أوسع من المتاحة للأطفال في عمر المدرسة. والبيئات التعليمية قد تتضمن برامج رعاية الطفولة وبرامج "البداية المثلى" وكذلك البرامج المدرسية. وتصنف البيئات التعليمية عادة إلى:

- فصل التعليم النظامي أو العام: يتلقى الأطفال الخدمات في البرامج المصممة أساساً للأطفال غير ذوي الإعاقات.

● حجرة المصادر: يتلقى الأطفال الخدمات في البرامج المصممة للأطفال غير ذوي الإعاقات، بينما يكون الأطفال ذوي الإعاقات في برنامج منفصل بنسبة ٢١٪-٦٠٪ من الوقت.

● فصل منفصل: يتلقى الأطفال الخدمات في برامج منفصلة لأكثر من ٦٠٪ من الوقت.

● مدرسة منفصلة (عامة أو خاصة): يتلقى الأطفال الخدمات في مؤسسة منفصلة عامة أو خاصة للأطفال ذوي الإعاقات بنسبة ٦١٪-١٠٠٪ من الوقت.

● مؤسسة إقامة داخلية: يتلقى الأطفال الرعاية ٢٤ ساعة يومياً في مؤسسة إقامة داخلية عامة أو خاصة مثل مؤسسات الرعاية التمريضية العامة أو المدارس الداخلية.

● المنزل/المستشفى: يتلقى الأطفال الخدمات إما في المنزل (قد تتضمن الخدمات من زائر منزلي منتظم) أو في مستشفى.

لقد أصبحت فصول التعليم العام منذ التسعينيات بيئة الخدمة الأكثر شيوعاً للأطفال ذوي الإعاقات. ففي ١٩٩٧-١٩٩٨م أوضحت الولايات التي أعلنت عن أماكن الخدمة أن أكثر من ٩٢٪ من أطفال ما قبل المدرسة ذوي الإعاقات كانوا يتلقون التربية الخاصة أو الخدمات المساندة في بيئة المدارس العامة بالتعليم العام (U.S. Department of Education, 2000). وكان غالبية هؤلاء الأطفال (٥٢,٥٪) يتلقون الخدمة في فصول الأطفال غير ذوي الإعاقات ٨٠٪ من اليوم على الأقل.

توجد مجموعة واسعة من الخدمات يجب أن توضع في الحسبان في نظم توصيل خدمة التربية الخاصة. تتضمن هذه الأنواع من الخدمات وفقاً للجزء الثاني من القانون الخاص بأطفال ٣-٥ سنوات الأجهزة التقنية المساعدة وخدمات السمع وخدمات الاستشارة والتعرف والتقييم المبكرين والخدمات الطبية للتشخيص أو التقييم والعلاج

المهني وتقديم الاستشارة والتدريب لأولياء الأمور والعلاج الطبيعي والخدمات النفسية والإستجمام وخدمات الاستشارة التأهيلية وخدمات الصحة المدرسية وخدمات العمل الاجتماعي في المدارس والتربية الخاصة وأمراض النطق واللغة والنقل.

البداية المثلى

أُطلق برنامج البداية المثلى Head Start program بموجب قانون الفرصة الاقتصادية لعام ١٩٦٤م Economic Opportunity Act (القانون العام رقم ٨٨-٤٥٢). وكان التركيز الأساسي للبرنامج يتمثل في تقديم خدمات تعليمية واجتماعية مبكرة للأطفال الصغار من الأسر منخفضة الدخل في محاولة من البرنامج لأن يقدم لهم "بداية مثلى" وكسر حلقة الفقر. وقد عدل هذا القانون بعد ذلك ليشترط أن يكون ١٠٪ على الأقل من الأطفال المسجلين في برنامج البداية المثلى من ذوي الإعاقات وأن يقدم لهم البرنامج خدمات متخصصة. ولذلك فقد كان لخيارات الخدمة ببرنامج البداية المثلى تأثيراً كبيراً في توسيع الخدمات الدمجية. وقد كان برنامج البداية المثلى منذ بدايته يؤكد على مشاركة الأسرة والمجتمع المحلي وعلى تقديم وتنسيق الخدمة القائم على تداخل التخصصات. وتلك مكونات مهمة للخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات أيضاً. كما أضيفت برامج بداية مثلى مبكرة للأمهات الحوامل وأطفال المستنئين الأوليين من العمر. وهذه جميعاً متضمنة في مدى خيارات الخدمة الواردة في الجزء الثالث من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات.

المفاهيم والتحديات الأساسية في مجال توصيل الخدمة

يناقش قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات عدداً من المفاهيم والمكونات الأساسية بغض النظر عما إذا كانت الخدمات مقدمة للأطفال المستنئين الأوليين من العمر أو لأطفال ما قبل المدرسة. وفيما يلي سنوجز العناصر الأساسية ونناقش تحديات تنفيذها بإيجاز.

البرامج التربوية الفردية للأطفال الصغار

وفقاً للقانون يجب أن يكون لكل الأطفال الصغار ذوي الإعاقات برامج تربوية فردية. وتختلف المتطلبات بعض الشيء حول هذا المكون بين أطفال السنتين الأوليين من العمر وأطفال ما قبل المدرسة.

يخص البرنامج التربوي الفردي الأطفال في عمر ما قبل المدرسة ذوي الإعاقات الذين تقدم لهم الخدمات وفقاً للقسم ٦١٩ من الجزء الثاني من القانون. وكما هو الحال مع أطفال عمر المدرسة يجب أن يكون لهؤلاء الأطفال برامج تربوية فردية. والبرامج التربوية الفردي عبارة عن بيان مكتوب يتألف من معلومات محددة، منها مستوى الطفل الحالي في الأداء التعليمي، وأهداف سنوية قابلة للقياس وأهداف تلبي احتياجات الطفل التعليمية، ومواصفات التربية الخاصة والخدمات المساندة والمعينات والخدمات الإضافية وتعديلات البرنامج أو الدعم المطلوبين لتمكين الطفل من الوفاء بالأهداف التعليمية والمشاركة مع الأطفال الآخرين.

وعلاوة على ذلك فإن الطفل إذا لم يكن سيدمج بالكامل في فصول التعليم العام، فلا بد أن تتضمن الخطة تبريراً لهذا القرار. كما تضمن الخطة أيضاً تعديلات في تطبيق الاختبارات للسماح للطفل بالمشاركة في تقييمات الولاية والمقاطعة لتحصيل التلاميذ. وتذكر الخطة أيضاً تاريخ بداية الخدمات وتكرارها ومكانها ومدتها والتعديلات المقدمة أيضاً. وتحدد الخطة أخيراً نظاماً لقياس تقدم الطفل نحو الأهداف. ويعد البرامج التربوية الفردي فريق يضم أولياء أمور الطفل ومعلم تعليم عام ومعلم تربية خاصة وممثل عن هيئة التعليم المحلية وأي أفراد آخرين قد تتوفر لديهم المعرفة أو الخبرة حول الطفل.

إن خطة الخدمة الأسرية الفردية (IFSP) individualized Family Service Plan

هي البرنامج التعليمي الذي يقدمه الجزء الثالث من القانون لأطفال السنتين الأوليين

من العمر وأسرهم. ويمكن النظر إلى خطة الخدمة الأسرية الفردية على أنها ترتبط منطقياً بالبرنامج التربوي الفردي. وخطة الخدمة الأسرية الفردية هي الأخرى عبارة عن بيان مكتوب يغطي مجالات محددة، أولها مستويات الطفل الحالية في النمو البدني والمعرفي والتواصل الاجتماعي أو الانفعالي والتكيفي، ثم مصادر الأسرة وأولوياتها وما يشغلها حول تحسين نمو أطفالها ذوي الإعاقة، وكذلك المخرجات الرئيسة التي يتوقع أن تنجز بالنسبة للطفل والأسرة فضلاً عن معايير وإجراءات ومواعيد زمنية لتقرير التقدم ومدى ضرورة إجراء تعديلات أو مراجعات للمخرجات أو الخدمات. كما يحدد في هذه الخطة خدمات التدخل المبكر الضرورية لتلبية الاحتياجات المتفردة للطفل والأسرة (بما في ذلك تكرار وكثافة وطريقة توصيل الخدمات)، وأيضاً البيئات الطبيعية التي ستقدم فيها خدمات التدخل المبكر وتبرير عدم تقديمها في البيئة الطبيعية. ويذكر في هذه الخطة كذلك التواريخ المتوقعة لبدء الخدمات والمدة المتوقعة للخدمات. وثمة مكون آخر للخطة يتمثل في اختيار منسق الخدمة من أكثر المجالات صلة باحتياجات الطفل أو الأسرة، ليكون مسئولاً عن تنفيذ الخطة والتنسيق مع الهيئات والأشخاص الآخرين. وأخيراً تتضمن الخطة الخطوات اللازمة لدعم انتقال الطفل إلى ما قبل المدرسة أو الخدمات الملائمة الأخرى.

إن البرامج التربوية الفردية وخطط الخدمة الأسرية الفردية أساسية لتوصيل الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات. فهما تصميمان لتلبية الاحتياجات المتفردة لكل طفل، وتحديدان نظم المحاسبية. وقد تركزت التحديات التي تواجه إعداد وتنفيذ البرامج التربوية الفردية وخطط الخدمة الأسرية الفردية حول تقديم تقييمات ملائمة وذات معنى وإقامة شراكات من أولياء الأمور والمهنيين للتخطيط والتنفيذ، وضمان أدوار ذات معنى لأولياء الأمور، وتفريد الخطط بحسب الخلفية الثقافية واللغوية لكل أسرة وتفضيلاتها، وممارسة عمل الفريق المهني في إعداد وتقديم الخدمات.

نماذج توصيل الخدمة المتمركز حول الأسرة

يُشجّع أولياء الأمور وأفراد الأسرة على المشاركة الكاملة والنشطة في نظم توصيل خدمة التدخل المبكر لأطفال السنتين الأوليين وأطفال ما قبل المدرسة. وقد أضفى قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات وإجراءاته التنظيمية الصفة الرسمية على "العملية المستحقة" due process ومتطلبات إشراك الأسر في القرارات المتعلقة بتقييم أطفالهم ومكان تعليمهم وتخطيط وتنفيذ البرامج التعليمية.

وقد اتخذت أدوار الأسر والطرق الكثيرة التي يمكن من خلالها إشراك الأسر في البرامج التعليمية المبكرة المقدمة لأطفالهم أشكالاً مختلفة على مر السنين. ففي بعض الأوقات كان التأكيد ينصب على اعتبار أولياء الأمور معلمين أو مدافعين أو معلمين معاونين في الفصل. وبالطبع لا يمكن لحجم واحد أن يناسب الجميع، إذ تختلف الأسر من حيث تكوينها وبنيتها وأدوارها وخلفيتها الثقافية واللغوية وخلفيتها الدينية وأنساق القيم والمعتقدات والموارد والأولويات والاهتمامات فيما يتعلق بأطفالهم. كما تختلف أيضاً في الأدوار ومستويات المشاركة التي تفضلها.

وعموماً ينظر إلى الأسرة من منظور النظم الأسرية Family Systems (Turnbull & Turnbull, 1997)، الذي يعتبر تفاعل الأسرة داخل نظام إيكولوجي أوسع يضم الأحياء والجماعات المحلية وبنية ونظم الخدمة والثقافة بشكل عام أحد المؤثرات المهمة في الأسرة ونمو الطفل (Bronfenbrenner, 1979; Odom et al., 1996). وعلى مدى السنوات نشأ جدل قوي حول معنى وبؤرة تركيز وحتى المصطلحات المستخدمة لوصف الخدمات من خلال الأسرة. وقد اقترحت وبُحثت نماذج لإشراك الأسر بشكل نشط في وضع أو تخطيط وتنفيذ وتقييم الخدمات المقدمة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات (Bailey et al., 1986). وقد أعطي اهتمام كبير لفكرتي التمكين الأسري والدعم الأسري (Dunst, Trivette, & Deal, 1988, 1994). وتشير الخدمات المتمركزة

على الأسرة أو المركزة على الأسرة إلى فلسفة الخدمات وكذلك إلى مجموعة من الممارسات الموصى بها في مجال التدخل المبكر (Shelton, Jeppson, & Johnson, 1987). وتصف هذه الخدمات سلسلة من الممارسات: تقديم خدمات أسرية محترمة وحساسة ثقافياً، والتعرف على أولويات الأسر وما يشغلها بالنسبة للأطفال، والحصول على موافقة واعية من الأسر وضمان مشاركتها في عملية صنع القرار حول الخدمات المقدمة لأطفالهم، واستخدام ممارسات تؤدي إلى تمكين الأسر، واستخدام ممارسات تدعم وتحسن نمو الأسر وكفاياتها.

ورغم هذا التحول الفلسفي إلى نموذج أكثر تركيزاً على الأسرة، لا تزال هناك تحديات. ففي مواقف كثيرة لا يزال المهنيون هم من يصنعون القرارات التعليمية بالدرجة الأولى (Hanson et al., 2000, 2001). وإعداد الموظفين وأنماط التوظيف بالبرامج والإشراف على الموظفين ودعمهم وقيادة البرنامج وتنفيذ السياسة يجب أن تتوسع في استخدام المداخل المتمركزة على الأسرة (Hanson & Bruder, 2001). ويجب أيضاً أن توصل هذه الخدمات للأسر بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية، طريقة تحترم الأسر وتنوعها من حيث الثقافة والخلفيات اللغوية والمعتقدات والقيم (Lynch & Hanson, 1998).

الدمج/البيئة الأقل تقييداً/البيئة الطبيعية

فيما يتعلق بأطفال ما قبل المدرسة ينص القانون على أن تقدم الخدمات إلى أقصى حد ممكن في البيئات التعليمية مع الأطفال غير ذوي الإعاقات. كما ينص على أن الأطفال لا يجب أن يستبعدوا من هذه البيئة إلا عندما تكون طبيعة أو شدة إعاقاتهم تحول دون تحقيق التعليم على نحو وافي في تلك البيئة مع استخدام المعينات أو الخدمات الإضافية. وهذا الشرط يعرف في الغالب باسم التعليم على البيئة الأقل تقييداً Least Restrictive Environment. وقد استخدمت مصطلحات مختلفة مثل التسجيل في المدارس العامة Mainstreaming والدمج Integration على مر السنين

لوصف مشاركة الأطفال ذوي الإعاقات في البيئات التعليمية مع أقرانهم غير ذوي الإعاقات. والدمج هو المصطلح المستخدم حالياً للإشارة إلى هذه الممارسة. والهدف من الدمج مماثل له بالنسبة للأطفال الستين الأوليين من العمر، رغم أن لغة القانون تختلف بعض الشيء. فبرنامج الجزء الثالث للأطفال الستين الأوليين من العمر ينص على أن الخدمات يجب أن تقدم إلى أقصى حد ملائم في البيئة الطبيعية. وتلك البيئات تتضمن منزل الطفل وأماكن المجتمع المحلي التي يشارك فيها الأطفال غير ذوي الإعاقات.

إن تقديم خدمات فردية ومتخصصة للأطفال في بيوتهم والبرامج المدرسية والمجتمعية يتطلب التخطيط المتأني والعمل في فريق والدعم الإداري والمرونة والمشاركة الأسرية. تكثر فرص التعلم في الأعمال الروتينية اليومية والأنشطة الأسرية والمجتمعية. ولذلك يجد متخصصو التدخل المبكر أنفسهم أمام تحدي تكييف الأنشطة والمناهج والبيئات وصياغة علاقات عمل جديدة لتلبية احتياجات الأطفال ذوي الإعاقات في عدد من البيئات (Bruder & Dunst, 2000; Gural-nick, 2001; Odom, 2001).

الانتقال

تتميز حياة الأطفال المصغار بانتقالات حاسمة، خاصة الأطفال المولودين بعوامل خطر. عرف رايس وأوبرين هذه الانتقالات بأنها "نقاط التحول في الخدمات والموظفين الذين ينسقون ويقدمون الخدمات" (Rice and O'Brien, 1990, p.2). قد يحدث الانتقال الأول عندما ينتقل الطفل من الرعاية في المستشفى إلى منزل الأسرة. وتتضمن الانتقالات التالية للأطفال ذوي الإعاقات: الانتقال إلى خدمات أطفال الستين الأوليين، ثم الانتقال إلى خدمات ما قبل المدرسة، ثم الانتقال إلى خدمات رياض الأطفال. والانتقالات يمكن أن تكون شديدة الوطأة حتى في ظل أفضل الظروف. وفي كثير من الولايات تتعامل هيئات مختلفة مع خدمات التدخل المبكر

لأطفال السنتين الأوليين من العمر والخدمات التعليمية فيما قبل المدرسة، وهو ما يجعل هذه الانتقالات صعبة جداً على الأطفال. ولذلك تمثل الاتفاقات بين الهيئات والإجراءات الانتقالية، ودعم الأسر من موظفين أساسيين، وإعداد الأطفال للانتقال، وإجراءات تبادل المعلومات بين الخدمات والموظفين السابقين والتاليين، وتدريب وإعداد الموظفين للانتقال أمثلة قليلة للمجالات التي تستهدف بالتخطيط والدعم المتأنيين لتسهيل الانتقالات على الأطفال وأسرهـم (Hanson, 1999; Rosenkoetter, Hains, & Fowler, 1994).

إعداد الموظفين ونماذج الفريق القائم على تداخل التخصصات

قد تختلف المعايير المهنية ومتطلبات إجازة الموظفين وتأهيلهم واعتمادهم بين الولايات وكذلك بين المهن بناء على المعايير التي يضعها كل تخصص. لذلك توجد اختلافات عبر الولايات، رغم أنها جميعاً يجب أن تلتزم بشروط نظام شامل للتنمية المهنية يحدده القانون.

لقد وسعت معظم المجموعات المهنية مناهجها في مستويات ما قبل وأثناء الخدمة للتركيز على الكفايات المرتبطة بخدمة الأطفال الصغار وأسرهـم، وكثير منها يقدم تأهيلاً منفصلاً أو برامج تدريبية إضافية في الرعاية الطبية للأطفال أو الرعاية المبكرة. ومع ذلك فإن ثمة حاجة إلى مداخل إبداعية وعابرة للتخصصات لتنمية الموظفين عبر مجالات الصحة والتعليم والخدمة الاجتماعية في التدخل المبكر (Winton, McCollum, & Catlett, 1997).

إن مدى احتياجات الخدمات التي يواجهها أو يحتاجها الأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسرهـم يتجاوز التخصصات المهنية. ولذلك فلا يمكن تلبية هذه الاحتياجات إلى الخدمات بالكامل إلا من خلال نماذج الفرق التعاونية. وفي التدخل المبكر يعتبر نموذج الفريق القائم على تعدد التخصصات مثالياً لتوصيل الخدمات. فهي تحتاج إلى نموذج جماعي Teamwork يمكن من خلاله ممارسة "التخلي عن الدور"

role release، بمعنى أن يكون مهني واحد أو بضعة مهنيين هم الأفراد الأساسيون المسؤولون عن تنفيذ برنامج الطفل، مع حصولهم على المساعدة والاستشارة والتدريب والتنمية المستمرة على المهارات من جانب طيف كامل من أعضاء الفريق الذين يمثلون تخصصات مختلفة (McGonigel, Woodruff, & Roszmann-Millican, 1994). وهذا النموذج الجماعي يتطلب تعاوناً متأنياً عبر مقدمي الخدمة المهنيين ويتطلب توزيع الوقت والمصادر بين التدريب والتخطيط وكذلك الالتزامات وعلاقات العمل الفعالة بين المهنيين (Hanson & Bruder, 2001).

تنسيق الخدمات والتعاون بين الهيئات

إن تنسيق الخدمات واحداً من الخدمات التي ينص عليها الجزء الثالث من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات، ويجب أن تقدم مجاًناً للأسر. ويعرف تنسيق الخدمات بأنه "عملية نشطة ومستمرة تساعد الأسر وتمكنها للوصول إلى الخدمات وتضمن حقوقها وضماناتها الإجرائية" (National Early Childhood Technical Assistance System, 2001). ويجب على أعضاء فريق التدخل المبكر أن يقوموا معاً بتقديم أنشطة التقييم والتدخل والتقييم في شراكة مع أسرة الطفل، ويجب أيضاً أن يساعدوا الأسر في الوصول إلى الخدمات المختلفة التي يحتاجون إليها (Bruder & Bologna, 1993).

إن الخدمات والنظم والأنماط لا تختلف عبر الولايات فحسب، بل وجدت الدراسات أيضاً أنه حتى داخل الولاية الواحدة تختلف الهيئات جوهرياً ونوعياً عن بعضها البعض (Harbin, 1996). وقد لاحظ هارين Harbin أن الاختلافات توجد في الهياكل الإدارية والمجموعات المستهدفة وبيانات الرسالة والفلسفات والأدوار وأنواع صنع القرار وأنواع الاتفاقات والخلفيات المهنية والموارد والأولويات ومدى وضع سياسات محددة. ولذلك يكون من الصعب في الغالب تحقيق التعاون والتنسيق بين الهيئات. ولعل الممارسة الواعدة حقاً للتغلب على ذلك تتمثل في استخدام الاتفاقات

بين الهيئات ، حيث تدخل هيئات الولايات في اتفاقات أو شراكات رسمية مع بعضها البعض لتأسيس أبنية تعاونية وللتشارك في المصادر ولتحديد مكان الأطفال الذين يحتاجون الخدمات وإحالتهم وإجراء حملات توعية عامة وتقديم أنشطة تدريبية. وكثير من الهيئات التعليمية يربطها اتفاق واحد أو أكثر مع هيئات أخرى ، وهذا التعاون يتضمن مدى واسع من الشراكات بين وزارات مثل التعليم والصحة والخدمات الإنسانية والخدمات الاجتماعية و"البداية المثلى".

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

في القسم السابق عرضنا مكونات الخدمات الأساسية وناقشنا التحديات التي تعوق تنفيذها. وقد نتج كل من هذه المكونات عن سنوات من البحوث والدفاع في الولايات المتحدة الأمريكية. وهي بذلك تمثل أيضاً توصيات للدول الأخرى وهي تعد و/أو توسع خدماتها للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. تشكل البرامج التربوية الفردية الأساس لكل الخدمات. وهذه البرامج تخطط وتنفذ خصيصاً لكل طفل بناء على جوانب القوة لديه واحتياجاته وأولويات أسرة الطفل. ويوصي الفصل الحالي بأن يتم تقديم الخدمات باستخدام نموذج متمركز حول الأسرة لضمان أن يتم احترام أفراد الأسرة باعتبارهم صناع القرار الأساسيين لأطفالهم. والخدمات المتمركزة حول الأسرة تكون بالطبع حساسة ثقافياً لاحتياجات وتفضيلات كل أسرة. ويجب تقدم الخدمات التعليمية للأطفال قدر الإمكان في بيئات دمجية أو البيئات الطبيعية التي يقضي الأطفال الصغار وقتهم فيها. ويشارك الأطفال في البرامج والخدمات مع أقرانهم ، ويتم الاستفادة من الأعمال الروتينية النموذجية للطفل والأسرة لتخطيط التدخلات التعليمية والعلاجية. وهذا التوجه يحترم حق الطفل والأسرة في المشاركة في مجتمعهم المحلي ويدمج الخدمات في الطقوس والروتين المعتاد للأسرة. ويوصي المؤلف بأن تخطط الانتقالات من أحد أنواع الخدمة إلى غيره بعناية وأن يتم دعم الأطفال والأسر في هذه العملية. وفي بعض الدول ، كما هو الحال في الولايات المتحدة ، ربما تدير الخدمات هيئات مختلفة لكل منها متطلبات مختلفة. وهنا يكون تنسيق الخدمات

والتعاون القائم على التآزر بين الهيئات والتخصصات أساسياً أيضاً لمنع وقوع ضغوط إضافية على الأسرة ولضمان أن يتلقى الطفل خدمات كافية وشاملة. وأخيراً يعتبر إعداد الموظفين وتدريب مقدمي الخدمات أساسياً هو الآخر لتقديم خدمات مثالية. ويجب أن يكون مقدمو الخدمة واسعي الإطلاع في مجال الخبرة الذي يتخصصون فيه وأن يُحدّثوا معرفتهم وقدرتهم على إظهار "الممارسات المثلى" وهم يقدمون دعم التدخل للأطفال والأسر. قد تتجلى هذه المكونات في أنواع مختلفة من الهيئات، ومع مجموعات مختلفة من الأطفال والأسر، وفي مواقع جغرافية مختلفة. لكنها مع ذلك تشكل البنية التحتية للخدمات الجيدة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسره.

خاتمة

لقد وفر قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA للأطفال الصغار من الولادة حتى عمر الخامسة فرصة غير مسبوقة في الولايات المتحدة لبناء نظام توصيل موحد للخدمات لمخاطبة الاحتياجات المعقدة للأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسره. ويقع في صميم السياسات والإجراءات المنبثقة عن هذا القانون احتياجات الطفل الفردية إلى الخدمات وأهداف الطفل والدمج والمشاركة النشطين لأسرة الطفل. لقد قدم التشريع البنية التحتية الضرورية لتطوير نظام يغطي الأمة ككل ويدمج مدى كامل من الهيئات والأبنية والتخصصات المهنية التي توصل خدمات التدخل المبكر.

وقد ساعد هذا القانون الأساسي للتدخل المبكر في إرساء خدمات أكثر عمومية وشمولاً للأطفال الصغار ذوي الإعاقات. وقد وفر الوسائل لعبور حدود الهيئات والمهن لخدمة الاحتياجات المتنوعة للأطفال وأسره. وفي المقابل أنتجت الطبيعة الشاملة لهذا القانون أيضاً تحديات كبيرة تتعلق بالتنسيق والعمل في فريق teaming والتعاون بين الهيئات، وتقديم خيارات مشاركة كاملة وذات معنى للأسر بطريقة تتفق مع أولوياتها واحتياجاتها. والمطلوب هو نظام خدمات يخاطب مدى احتياجات الخدمات من جانب الأطفال الصغار ذوي الإعاقات وأسره في الولايات المتحدة.

المراجع

References

- Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, PL 101-336, 42 U.S.C. §§ 12101 *et seq.*
- Bailey, D.B., Simeonsson, R.J., Winton, P.J., Huntington, G.S., Comfort, M., Isbell, P., O'Donnell, K.J., & Helm, J.M. (1986). Family-focused intervention: A functional model for planning, implementing, and evaluating individualized family services in early intervention. *Journal of the Division for Early Childhood*, 10, 156-171.
- Braddock, D. (1987). *Federal policy toward mental retardation and developmental disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (ERIC Document Reproduction Service No. ED128387).
- Bruder, M.B., & Bologna, T.M. (1993). Collaboration and service coordination for effective early intervention. In W. Brown, S.K. Thurman, & L.F. Pearl (Eds.), *Family-centered early intervention with infants and toddlers: Innovative cross-disciplinary approaches* (pp. 103-127). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bruder, M.B., & Dunst, C.J. (2000). Expanding learning opportunities for infants and toddlers in natural environments: A chance to reconceptualize early intervention. *Zero to Three*, 20(3), 34-36.
- deFosset, S. (Ed.). (2001). *Section 619 profile* (10th ed.). Chapel Hill, NC: National Early Childhood Technical Assistance System.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Deal, A.G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Deal, A.G. (Eds.). (1994). *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Economic Opportunity Act of 1964, PL 88-452, 42 U.S.C. §§ 2701 *et seq.*
- Education for All Handicapped Children Act of 1975, PL 94-142, 20 U.S.C. §§ 1400 *et seq.*
- Florian, L. (1995). Part H early intervention program: Legislative history and intent of the law. *Topics in Early Childhood Special Education*, 15, 247-262.
- Guralnick, M.J. (Ed.). (2001). *Early childhood inclusion: Focus on change*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Hanson, M.J. (1999, September). *Early transitions for children and families: Transitions from infant/toddler services to preschool education*. Reston, VA: The ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education. (ERIC Digest No. E581).
- Hanson, M.J., Beckman, P.J., Horn, E., Marquart, J., Sandall, S.R., Greig, D., & Brennan, E. (2000). Entering preschool: Family and professional experiences in this transition process. *Journal of Early Intervention*, 23, 279-293.
- Hanson, M.J., & Bruder, M.B. (2001). Early intervention: Promises to keep. *Infants and Young Children*, 13(3), 47-58.
- Hanson, M.J., Horn, E., Sandall, S., Beckman, P., Morgan, M., Marquart, J., Barnwell, D., & Chou, H. (2001). After preschool inclusion: Children's educational pathways over the early school years. *Exceptional Children*, 68(1), 65-83.
- Harbin, G. (1996). The challenge of coordination. *Infants and Young Children*, 8(3), 8-76.

- Head Start, Economic Opportunity, and Community Partnership Act of 1974, PL 93-644, 42 U.S.C. §§ 2941 *et seq.*
- Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997, PL 105-17, 20 U.S.C. §§ 1400 *et seq.*
- Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) of 1990, PL 101-476, 20 U.S.C. §§ 1400 *et seq.*
- Lynch, E.W., & Hanson, M.J. (Eds.). (1998). *Developing cross-cultural competence: A guide for working with children and their families* (2nd ed.). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- McGonigel, M.J., Woodruff, G., & Roszmann-Millican, M. (1994). The transdisciplinary team: A model for family-centered early intervention. In L.J. Johnson, R.J. Gallagher, M.J. LaMontagne, J.B. Jordan, J.J. Gallagher, P.L. Hut-inger, & M.B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three* (2nd ed., pp. 95-131). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- National Early Childhood Technical Assistance System. (1998, December). *Part C updates*. Chapel Hill, NC: Author.
- National Early Childhood Technical Assistance System. (2001, October). *Service coordination under IDEA*. Retrieved October 15, 2002, from <http://www.nectac.org/topics/scoord/scoord.asp>
- Odom, S.L. (Ed.). (2001). *Widening the circle*. New York: Teachers College Press.
- Odom, S.L., Peck, C.A., Hanson, M.J., Beckman, P.J., Kaiser, A.P., Lieber, J., Brown, W.H., Horn, E.M., & Schwartz, I.S. (1996). Inclusion at the preschool level: An ecological systems analysis. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 10(2,3), 18-30.
- Rice, M.L., & O'Brien, M. (1990). Transitions: Time for change and accommodation. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9(4), 1-14.
- Rosenkoetter, S.E., Hains, A.H., & Fowler, S.A. (1994). *Bridging early services for children with special needs and their families: A practical guide for transition planning*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Safford, P.L., & Safford, B.J. (1996). *A history of childhood and disability*. New York: Teachers College Press.
- Shelton, T., Jeppson, E., & Johnson, B. (1987). *Family-centered care for children with special health care needs*. Washington, DC: Association for the Care of Children's Health.
- Shonkoff, J.P., & Meisels, S. J. (1990). Early childhood intervention: The evolution of a concept. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3-31). New York: Cambridge University Press.
- Turnbull, A.P., & Turnbull, H.R. (1997). *Families, professionals, and exceptionality: A special partnership* (3rd ed.). Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Turnbull, H.R. (1986). *Free appropriate public education: The law and children with disabilities*. Denver, CO: Love Publishing Co.
- U.S. Census Bureau. (2000). *United States Census 2000*. Retrieved from <http://www.census.gov>.
- U.S. Department of Education. (2000). *Twenty-second annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Author.
- Winton, P.J., McCollum, J.A., & Catlett, C. (Eds.). (1997). *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.