الفصل الثالث عشر

الشبكات الرسمية وغير الرسمية[1] (أستراليا)
Formal and Informal Networks (Australia)

Christine F. Johnson كريستين جونسون

إن عبارة "بلا حدود!" The sky's the limit رغم أنها ليست مثلاً وبالتأكيد لا تخص أستراليا، فإنها تحوي وجهة النظر التي يتبناها أولياء الأمور والمهنيون الأستراليون حول قوة وأهمية التدخل في الطفولة المبكرة. وقد استخدمت هذه العبارة أيضاً شعاراً "لليوم السنوي للطائرات الورقية للأطفال" Kites for Kids Day، وهو عبارة عن حملة قومية بدأت عام ٢٠٠٠م لرفع الوعي حول التدخل في الطفولة المبكرة في المجتمع المحلي. ثمة مغزى خاص يكمن في الشعار وفي حقيقة أن الحملة أحد أنشطة الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة Early Childhood Intervention Australia (ECIA). وهذه المؤسسة عبارة عن شبكة قومية من أولياء الأمور والمهنيين المشاركين في التدخل في الطفولة المبكرة، وهي في ذاتها تُظهِر الدافعية للانخراط المجتمعي المتزايد من جانب المعنيين بمخرجات هذا التدخل.

---

(١) أود أن أشكر هيلين لين Helen Lunn لتعليقها على مسودة هذا الفصل وليزلي بيرنت Lesley Burnett والشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة (الفصل الخاص بنيو ساوث ويلز) والسيد والسيدة باين Payne للسماح باستخدام صورة طفليهما.

والرأي الذي يعبر عنه هذا الشعار ليس أن التدخل في الطفولة المبكرة يقدم علاجاً للإعاقة، وإنما ببساطة أن المرء لا يعرف ما هو ممكن إلى أن يحاول. فلا يجب أن توضع حدود أو توقعات. وقد عبَّر عن ذلك الرأي والد طفل صغير ذي إعاقة حادة وهو يتحدث عن التدخل المتمركز حول الأسرة في الطفولة المبكرة:

حسناً نحن سنمد أيدينا إلى النجوم، فإذا وصلنا إلى القمر فقط، سيكون ذلك عظيماً. وسوف نضع أعلى أهداف ممكنة، وإذا لم نصل إليها، فلا مشكلة. فقد حاولنا معه، وقد حاول هو أيضاً (Treloar, 1997, no page number).

يعتمد تقديم خدمات التدخل في الطفولة المبكرة في أستراليا على مبادرات الهيئات والمجتمع المحلي وليس على القانون (Campbell, 1997). ولذلك فقد تضع الحكومة توجيهات للممارسات المثلى في المجال، لكن النموذج المتبنى يكون مسألة اختيار وليس إلزامي. ورغم أن غالبية خدمات التدخل في الطفولة المبكرة تعتبر نفسها متمركزة حول الأسرة، وبالتالي تتبع الممارسات الموصى بها، فإنها تفعل ذلك بسبب الفعالية المدرَكة. ويقوم على التنفيذ بالدرجة الأولى شبكات رسمية وغير رسمية من المهنيين والأسر.

تقوم هذه الشبكات بوظيفتين أساسيتين: أولاً نشر تنفيذ نماذج ومداخل محددة بإتاحة آخر البحوث لأولياء الأمور والمهنيين من خلال المؤتمرات والنشرات وطرق التعليم غير الرسمي الأخرى، ثانياً توفير الوسائل لتنسيق مدى الخدمات لتستفيد منه أسر معينة. وعندما تعمل هذه الشبكات جيداً فإنها تحسن خبرة الأسرة في التدخل في الطفولة المبكرة وتقلل تكرار أو ازدواجية الخدمات وتضمن الاستخدام الأقصى للخدمات المتاحة. ولذلك فإن التقديم الفعال للخدمات يعتمد على الانضواء في هذه الشبكات. يركز هذا الفصل على مناقشة مزايا وعيوب هذا النظام الشبكي.

حكاية بن

هاجر والدا بن Ben من جنوب أوروبا إلى أستراليا وهما بعد طفلين صغيرين. ولا يزال إرثهما العرقي أساسياً في حياتهما. فهماً ثنائياً اللغة ويريدان لطفليهما أن يكونا كذلك. يحمل الوالدان درجات جامعية، ويعمل الأب في وظيفة مهنية وترعى الأم بن واخته الأكبر طول الوقت. وتعيش الأسرة في منطقة بسدني تتميز بتنوع ثقافي كبير.

ولد بن قبل شهرين من اكتمال مدة الحمل الطبيعية. تتذكر أمه أنها كانت لديها مخاوف حول نموه منذ ولادته، حيث كانت تعتقد أنه لم يكن يتقدم بسرعة أخته الأكبر عندما كانت في سنه. ومع ذلك ففي عمر ٦ أشهر فقط تعرف المهنيون على تأخر في نمو بن الحركي، ولذلك أحيل إلى خدمة تدخل مبكر متخصصة هي العلاج الطبيعي. وظل ذلك هو شكل التدخل الذي كان يتلقاه بن إلى أن شُخِصت حالته رسمياً الشلل الطرفي المزدوج Spastic Diplegia في عمر ١٩ شهراً. أحيل بن في ذلك الوقت إلى هيئة غير ربحية تعمل على مستوى الولاية تتخصص في الخدمات للأطفال ذوي الشلل الدماغي. والآن في عمر الرابعة ٤ يستخدم بن جهاز مشي Walker ومؤخراً خطى خطواته الأولى دون مساعدة. يتحدث بن بثبات، لكن عنده بعض الصعوبات في النطق. وهو طفل اجتماعي وأحد أشهر الأطفال في فصله فيما قبل المدرسة.

تطلب بن نتيجة لطبيعة إعاقته مدى كامل من الخدمات العلاجية، منها العلاج الطبيعي والعلاج المهني وأمراض النطق واللغة. شارك مربي طفولة مبكرة خاصة وأخصائيي نفسي أيضاً في برنامج التدخل المقدم لبن. وكانت الخدمات تقدم في المنزل والمركز. وكذلك استلزمت حاجته إلى تقويم العظام Orthoses زيارات منتظمة أيضاً إلى جراح عظام. إن الالتزام الذي يفرضه برنامج التدخل الخاص ببن على أسرته من حيث الوقت كبير بالفعل. ومن أجل التغلب على ذلك تمت مراجعة برنامج التدخل الحالي وإعداد آخر جديد في اجتماعات خطة الخدمة الأسرية الفردية المخصصة لبن التي تعقد كل ٦ أشهر تقريباً. وقد كان والدا بن هما من وضع جدول هذه الاجتماعات، حيث أنهما كانا يحضران فيها جنباً إلى جنب مع أفراد كانوا يعملون باستمرار مع بن وأسرته. وقد اختارت والدة بن أن تترأس هذه الاجتماعات، لكنها تفضل أن يعمل مربي الطفولة المبكرة الخاصة كمنسق خدمات. ومنذ أن بدأ بن برنامج ما قبل المدرسة ومعلمه أيضاً يحضر هذه الاجتماعات.

إن البرنامج المجتمعي لما قبل المدرسة الذي يحضر بن ثلاثة أيام أسبوعياً قريبة من منزله، وأمه تأخذه صباحاً إليه وتذهب لتأتي به بعد الظهر، كما يفعل كل أولياء الأمور الآخرين. وهذا يسمح

لها بأن تكون على تواصل دائم مع معلم بن والمعلمين المعاونين بالفصل وأن تلتقي وتتحدث مع أولياء الأمور الآخرين. ومن بين الـ٨٧ طفلاً الذين يحضرون في برنامج ما قبل المدرسة في الأسبوع ينتمي ٦٦٪ إلى خلفيات لغاتها الأساسية لغات أخرى غير الإنجليزية، ١٤٪ تم تشخيص حالتهم على أنهم ذوي احتياجات خاصة. وباتفاق الأسرة وبرنامج ما قبل المدرسة يقوم معالجون من أحد الهيئات المهنية بزيارة المؤسسة مرة كل فصل دراسي على الأقل لتقديم الاستشارة. وفي الوقت الحاضر توضع خطط لاختيار المدرسة التي سيحضر بن فيها، وهذه المدرسة ستكون هي الأخرى برنامجاً دمجياً في الحي الذي يعيش فيه. وهذه الخدمات التي تتوفر للأسرة تكون مجانية عموماً.

تبرز حكاية بن وأسرته بعض النجاحات التي حققها التدخل في الطفولة المبكرة في أستراليا، وكذلك بعض التحديات المستمرة. كانت المشاركة في التدخل المبكر خبرة إيجابية جداً لبن وأسرته. فبعد بعض الصعوبات الأولية في العثور على من يستمع لمخاوفهم، وجد والدا بن طريقهم إلى النظام ووصلوا إلى الخدمات المطلوبة بالقرب من منزلهم. وقد نتجت السهولة التي وجدوها في تسجيل بن في البرنامج المجتمعي لما قبل المدرسة عن سياسة الدمج النشط التي تتبعها هذه المؤسسة. كما تربط المهنيين في برنامج بن لخدمات التدخل في الطفولة المبكرة علاقة مهنية مع برنامج ما قبل المدرسة من خلال الزيائن السابقين ومع مديرها من خلال لجان التشبيك. علاوة على أن كون بن عنده إعاقة مشخصة كان يعني وجود طريق إحالة واضح. وقدرة والدي بن على التعبير بوضوح وعلى الإبحار في مثل هذا النظام المعقد كانت أيضاً في مصلحته ومصلحتهم. فالموقف كان سيتغير إذا كانت أسرة بن لا تتحدث الإنجليزية أو تعيش في منطقة معزولة أو نائية. ففي أمثال المناطق الأخيرة قد يكون الوصول إلى الخدمات صعباً بسبب قوائم الانتظار الطويلة أو نقص التشبيك بين الخدمات المتخصصة والعامة. وتكمن الصعوبة، مع ذلك، في ضمان أن يعمل النظام للجميع.

السياق القومي

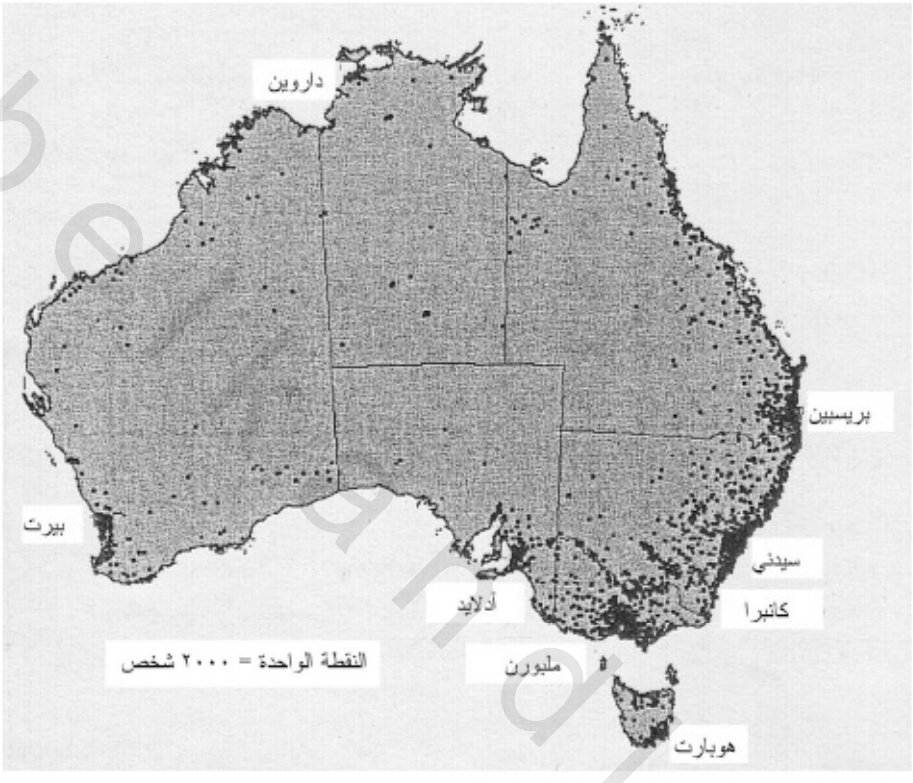
احتفلت أستراليا عام ٢٠٠١م بذكرى اتحادها المئوية عندما شكلت الولايات الست كومنولث أستراليا بعد أن كانت مستعمرات تابعة لبريطانيا العظمى. ظهرت أستراليا كاتحاد مستقل دون ثورة أو حرب أهلية، وإن كانت قد تجاهلت احتياجات وحقوق السكان الأصليين. وقد استغرق الاتحاد ١١ سنة ليتحقق بعد عقد اتفاقية

الوحدة الأساسية (كانت الفكرة تناقش منذ عام ١٨٤٢م تقريباً). وقد كان من العوامل الأساسية وراء التأخر القوة النسبية للكومنولث وحكومات الولايات. ولا تزال حقوق ومسئوليات الولايات تشكل موضوعاً ثابتاً في السياسة الأسترالية.

ونتيجة للاتحاد أصبح بأستراليا ثلاث طبقات من الحكومة: الفيدرالية والولاية/الإقليمية والمحلية. تخول سلطات محددة للحكومة الفيدرالية من خلال الدستور، وترجع السلطات الباقية للولايات أو الأقاليم. ويقع توفير خدمات من نوع الصحة والتعليم رغم أنها تمول جزئياً على الأقل من الحكومة الفيدرالية، في الأساس تحت مسئولية حكومات الولايات والأقاليم. ولذلك توجد اختلافات كبيرة نتيجة لاختلاف الاتساع الجغرافي والسكاني الذي يتعامل معه الإقليم أو الولاية. وكذلك يختلف دور الحكومة المحلية في تقديم هذه الخدمات، لكنها جميعاً تتدخل في خدمات الطفولة المبكرة ورعاية الطفولة.

الخصائص السكانية

أستراليا قارة جزيرية تبلغ مساحتها حوالي ٧,٧٢ مليون كيلو متر مربع، وهي مساحة أصغر قليلاً من مساحة الولايات المتحدة الأمريكية. وتتكون أستراليا من ست ولايات (كوينزلاند ونيو ساوث ويلز وفيكتوريا وتسمانيا وجنوب أستراليا وغرب أستراليا) وإقليمين (الإقليم الشمالي والإقليم الأسترالي الكبير). بلغ عدد السكان في عام ١٩٩٩م حوالي ١٩ مليون نسمة (Australian Bureau of Statistics, 2001a). ويتركز معظم سكان أستراليا في منطقتين ساحليتين، واحدة في المنطقة الجنوبية الشرقية والشرقية للقارة، والأخرى في الجنوب الغربي. ويمكن فهم حقيقة ومضامين هذا الانتشار السكاني على نحو أفضل بالنظر إلى التوزيع السكاني المبين في الشكل رقم (١٣,١). وكما يوضح الشكل فإن السكان يتركزون في المراكز الحضرية لدرجة أن ٨٤٪ من السكان يعيشون في ١٪ من مساحة البلاد (Australian Bureau of Statistics, 2001a).



الشكل رقم (١٣,١). توزيع السكان في أستراليا.

وهذا التوزيع السكاني له نتائج ومضامين على تقديم الخدمات لا بد من وضعها في الاعتبار. فبالنسبة لمن يعيشون في المدن الرئيسة تكون خدمات التدخل في الطفولة المبكرة أكثر سهولة في الوصول إليها. لكن يجب أن نقول أيضاً أن الانتشار الحضري كان من شأنه أن يؤدي إلى أوقات سفر طويلة للحصول على التدخل، سواء كانت الأسرة هي التي ستسافر أو المهني. أما بالنسبة لمن يعيشون في المناطق الريفية النائية فإن ما أسماه المؤرخ الأسترالي جيفري بليني Geoffrey Blainey "استبداد المسافة"

يصبح مؤثراً. فأقرب الخدمات يمكن أن يكون على بعد مئات الكيلوات. ولذلك فإن تنفيذ برامج التدخل المعدة بالتشاور مع موظفي تدخل الطفولة المبكرة المتخصصين يصبح في الأساس مسئولية الأسرة و/أو المهنيين المحليين الذين يعملون في الخدمات العامة، هذا إذا توفروا أصلاً. ومع تيسر التقنية تحاول الخدمات أن تستفيد من نماذج التعليم عن بعد والبرامج القائمة على الإنترنت والمؤتمرات عن بعد Teleconferencing كوسائل أرخص لتقديم الخدمات.

وكما هو الحال في كثير من الدول الأخرى تتغير طبيعة وتركيبة الأسر في أستراليا. من ذلك مثلاً أن نسبة الأسر الأسترالية التي تتكون من زوجين وأطفال تراجعت من ٦٠٪ إلى ٥٠٪ منذ عام ١٩٨٠م (Press & Hayes, 2000). فقد زاد عدد الأسر التي يوجد بها أحد الوالدين دون الآخر (٢١,٥٪ في عام ١٩٩٨م) وكذلك الأسر التي تتكون من الزوجين فقط. فالأستراليون يؤخرون إنجاب الأطفال ويعيشون حياة أطول.

ومن الأمور المهمة أيضاً حقيقة أن حوالي ٧٠٪ من النساء الأستراليات كن يعملن بأحد أنواع العمل بأجر في عام ١٩٩٧م، ٤٩٪ من النساء اللاتي لديهن أطفال تحت عمر الرابعة كن يعملن أيضاً. وإلى جانب ذلك يبدو أن النساء يحتفظن بالمسئولية الأساسية عن العمل المنزلي (Bittman & Pixley, 1997). وأخيراً يجب أن نلاحظ أيضاً أنه في عام ١٩٩٨م قُدِر أن ٣٪ من الأطفال من الولادة إلى عمر الرابعة كانت عندهم إعاقات (Australian Bureau of Statistics, 200Ib). ولذلك يعتبر تقديم خدمات طفولة مبكرة ملائمة في هذا السياق أولوية أولى.

الشعب والثقافة

يتجلى التنوع الثقافي بأستراليا في أوضح صوره في أنه في عام ٢٠٠٠م بلغ إجمالي السكان الذين ولدوا فيما وراء البحار ٤,٥ مليون شخص أو ٢٤٪ من السكان

(Australian Bureau of Statistics, 2001d)، فضلاً عن ٣,٨ مليون شخص ولد أحد والديه على الأقل في الخارج. كما يوجد بأستراليا حوالي ٢٨٠ لغة رئيسة، منها ١٧٠ من لغات السكان الأصليين وسكان جزر بوغاز توريز ATSI (Press & Hayes, 2000). وكذلك يوجد تنوع كبير في الأديان.

وقد قُدِّر عدد السكان الأصليين (السكان الأصليون وسكان جزر بوغاز توريز) في عام ١٩٩٦م بحوالي ٣٨٦٠٠٠ شخص أو ٢,١٪ من إجمالي السكان، وكان متوسط أعمارهم ٢٠,١ سنة، أي أقل بحوالي ١٤ سنة من إجمالي السكان (Australian Bureau of Statistics, 200Ic). وحالياً يبلغ متوسط العمر المتوقع للسكان الأصليين ٥٧ سنة للذكور و٦٢ سنة للإناث، وهو أقل بحوالي ٢٠ سنة من بقية السكان (Australian Bureau of Statistics, 200Ic). وتظل الصحة والتعليم والعمل تشكل قضايا رئيسة. فكما توضح هذه الأرقام فإن التحدي أمام أولئك الذين يعملون في مجال تقديم تدخل الطفولة المبكرة هو ضمان أن تكون الخدمات ملائمة لغوياً وحساسة ثقافياً.

نظم الخدمات التعليمية

إن التعليم العمومي متوفر لكل الأطفال في عمر المدرسة الإلزامية. ورغم بعض الاختلافات عبر الدولة ككل، يغطي التعليم المدرسي الإلزامي ٧ سنوات بالمدرسة الابتدائية (بما في ذلك رياض الأطفال) و٦ سنوات بالمدرسة الثانوية. ويبدأ الأطفال المدرسة في عمر الخامسة تقريباً (أو السادسة في بعض الولايات) ويستطيعون أن يتركوا المدرسة في حوالي عمر الخامسة عشر.

وبالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات يتوفر عدد من الخيارات المدرسية: الدمج في الفصول النظامية (أي التعليم العام) والوحدات الخاصة ضمن المدارس النظامية والمدارس الخاصة. ورغم أن الدمج ليس إلزامي، فإنه يشكل الاتجاه العام متى كان

ممكناً. لكن ليس ثمة ضمان لدخول المدرسة التي يختارها أولياء الأمور، وذلك يمثل مصدر نزاع في حالات كثيرة، ويصل إلى المقاضاة في بعض الحالات.

يقوم عدد من الجهات بتقديم التعليم المدرسي، حيث تشكل المدارس التابعة لحكومات الولايات/الأقاليم ٧٠٪ من القيد، ومدارس النظام الكاثوليكي ٢٠٪، والمدارس غير الحكومية ١٠٪ (Press & Hayes, 2000). والمدارس غير الحكومية يمكن أن تكون دينية أو غير طائفية، وهي تشمل مدارس غير محدودة الموارد وذات مصروفات عالية، وكذلك مدارس مجتمعية صغيرة تلبي الاحتياجات المحددة للأسر ذات الخلفيات أو الفلسفات العرقية أو الثقافية المختلفة.

يأتي تمويل التعليم من كل مستويات الحكومة ومن المصادر الخيرية والدينية وغيرها. أما تكلفة التعليم العالي تحديداً فيتحملها بالدرجة الأولى الكومنولث وحكومات الولايات، فضلاً عن أن الطلاب يدفعون جزءاً من التكلفة من خلال نظم مصروفات مختلفة. وثمة اتجاه متنامي إلى جعل الأماكن في الجامعات متاحة للطلاب الأستراليين المستعدين لدفع مصروفات كاملة. وفي السابق كانت هذه الأماكن متاحة فقط للطلاب الدوليين.

ورغم أن الدستور يضع المسئولية عن تعليم الأطفال على عاتق الولايات، يستطيع الكومنولث أن يمارس تأثيراً على مجالات مثل المنهج ومستويات القراءة والكتابة ومعدلات البقاء في الصف للإعادة، وذلك من خلال التمويل الموجه. ولا يزال هذا التمويل والحصة النسبية من المال الذي يعطى لنظم المدارس العامة وغير الحكومية قضية سياسية. وتتحمل تكلفة تربية الطفولة المبكرة مستويات الحكومة الثلاثة وأولياء الأمور من خلال المصروفات وجمع التبرعات وكذلك المنظمات الخيرية. ولا يختلف عن ذلك كثيراً واقع تمويل خدمات التدخل في الطفولة المبكرة. وهكذا يتضح أن ترتيبات التمويل عبر النظام التعليمي معقدة ومتغيرة.

السمات الأساسية للتدخل المبكر

في سبعينيات القرن العشرين بدأ الوعي والاتجاهات المجتمعية نحو الأفراد ذوي الإعاقات تتغير. فبدأت الممارسات السابقة القائمة على وضع الأطفال الصغار ذوي الإعاقات في مؤسسات منعزلة تتراجع، وبدأت الاحتياجات النمائية لهؤلاء الأطفال تبرز إلى السطح (McAlpine & Johnston, 1993). وفي ذلك لاحظ لينفوت (Linfoot, 1992) أنه في منتصف السبعينيات شهدت ولايتا فيكتوريا ونيو ساوث ويلز بداية توسع سريع في خدمات تدخل الطفولة المبكرة. ومن خلال مقارنة الخدمات المقدمة لأطفال نيو ساوث ويلز ذوي الإعاقات المولودين في العقد الثامن (١٩٧٠–١٩٨٠م) بالمولودين في العقد التاسع (١٩٨١–١٩٨٨م) من القرن العشرين، وجد فورمان (Foreman, 1992) أن التوصيات بالاستفادة من خدمات التدخل المبكر تضاعفت. وبفضل الزيادة في ممارسات الدفاع من جانب أولياء الأمور (اعتبرها Turnbull & Turnbull, 1990 ظاهرة عامة)، تعمق التأثير على كل من قبول أهمية تدخل الطفولة المبكر والنموذج ذاته. وفي عام ٢٠٠٣م كانت الخدمات في أستراليا قد تطورت إلى نموذج متمركز حول الأسرة.

ويلاحظ أيضاً حدوث تحرك في أستراليا نحو استخدام اسم "التدخل في الطفولة المبكرة" early childhood intervention للمجال، وذلك لتعزيز فهم المجتمع المحلي لأهدافه ولتمييز المجال عن أشكال التدخل المبكر الأخرى (مثل سوء استخدام العقاقير والكحول أو المرض العقلي). وكان من بين من دافعوا عن هذا الاسم الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة ECIA، وهو الآن يحظى بالقبول في كافة أنحاء البلاد.

نظام خدمات التدخل في الطفولة المبكرة

عند محاولة وصف نظام التدخل في الطفولة المبكرة في أستراليا تبرز اختلافات بين الولايات والأقاليم في تعريف المجموعة المستحِقة للخدمات. ولذلك فإن التعريف الذي تتبناه الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة يتسم بالعمومية عندما يقرر أن

تدخل الطفولة المبكرة "يقدم الدعم لأطفال السنة الأولى من العمر والأطفال الصغار الذين لديهم تأخر نمائي أو إعاقات وأسرهم وجماعاتهم المحلية بغرض تعزيز نمو الطفل ودمجه" (Early Childhood Intervention Australia, 2000). ورغم أن هذا التعريف يكفي لغرضه المتمثل في رفع الوعي وتوفير قاعدة للضغط على المستوى الفيدرالي، فإن ثمة حاجة إلى تعريف محدد أكثر في مستوى توصيل الخدمة. ومن ذلك على سبيل المثال أن حكومة نيو ساوث ويلز تصرح بأن المجموعة المستهدفة هي:

الأسر ذات الأطفال من الولادة إلى سن دخول النظام المدرسي الذين:

لديهم بالفعل تأخر نمائي أو إعاقة، أو يحتاجون خدمات متخصصة قد لا تتحقق بدونها المعالم الرئيسة على طريق النمو أو قد ينتج عن غيابها إعاقة (Office on Disability, 1995, p. 4).

ولذلك يمتد تقديم خدمات الطفولة المبكرة من الولادة إلى ما قبل المدرسة وينتهي عموماً عندما يدخل الطفل النظام المدرسي.

ويتميز التدخل في الطفولة المبكرة في أستراليا بأنه نظام خدمات وليس مجموعة من الخدمات المنفصلة لكل منها جدول ومناهج. ويتسم النظام بالبساطة في تسمانيا، حيث تكون وزارة حكومية واحدة مسئولة عن الخدمات، وحيث يكون السكان قليلين نسبياً، وإن كانوا متفرقين. وفي ولايات مثل نيو ساوث ويلز التي تتوزع فيها المسئولية بين أربعة هيئات حكومية ويقدم التدخل عبر أكثر من ٥٠٠ مؤسسة يصبح وصف النظام أكثر صعوبة. وعلى أية حال يمكن القول بأن النظام في كل الولايات والأقاليم يشتمل بنسب ودرجات أهمية متفاوتة خدمات تدخل تديرها أجهزة حكومية أو منظمات غير حكومية وخدمات تربية طفولة مبكرة عامة وخدمات صحية عامة.

وتتخذ الخدمات المقدمة أشكالاً مختلفة:

- الخدمات القائمة على المنزل: في المقام الأول للأسر ذات الأطفال من الولادة إلى الثالثة.

● الخدمات القائمة على المركز: تتضمن الوصول إلى العلاج وما قبل المدرسة ومساعدي الدمج.

● الخدمات المتنقلة: عندما يتطلب الموقع أو الحاجة جلسات شخصية عرضية فقط وعندما يمكن تطبيق نموذج الاستشارة.

● الخدمات الاستشارية: عندما تقدم مساعدة عرضية للمهنيين في الخدمات العامة أو لخدمة متخصصة أخرى حول إعاقة محددة.

ويتحدد مزيج الخدمات التي تتلقاها الأسر وفقاً لاحتياجاتها عند أية نقطة زمنية ووفقا لتوفر الخدمات.

أدوار الأسر

إن الممارسة المفضلة في أستراليا هي تبني نموذج متمركز حول الأسرة. يقع هذا النموذج في صميم ميثاق آداب المهنة Code of Ethics الذي أعدته الشبكة الأسترالية لتدخل الطفولة المبكرة في عام ٢٠٠٠م لمهنيي تدخل الطفولة المبكرة، والذي يشكل الأساس لمعظم السياسات الحكومية المرتبطة بالمجال (Treloar, 1997). وعندما يطبق هذا النموذج بالكامل فإنه يمكن الأسر من أن تحدد البرنامج الذي ينفذ ودرجة مشاركتها فيه، وكذلك يمكنها من التأثير على إدارة الخدمات ذاتها من خلال وجودها في المجالس واللجان الإدارية. ورغم أن كلا من أولياء الأمور والمهنيين يعبرون عن رضاهم ودعمهم لهذا النموذج، فإنهم يعترفون أيضاً بالحاجة إلى إجراء تحسينات في تنفيذه (Beamish & Bryer, 1999; Dempsey & Carruthers, 1997).

المؤثرات النظرية

أستراليا لها تاريخ طويل في تقديم الخدمات للأسر ذات الأطفال الصغار من خلال عيادات "الطفل المعافى" Well baby clincs. ورغم الاختلاف في طبيعة ومدى هذه الخدمات عبر الولايات والأقاليم، ثمة عدد من الوظائف المشتركة مثل تقديم

الدعم للأمهات الجديدات ومتابعة نمو الأطفال وإحالة الأسر إلى خدمات الدعم الإضافي في حال الضرورة. ويمكن النظر ببساطة إلى تطور خدمات تدخل الطفولة المبكرة المتخصصة باعتبارها توسيع لهذه الممارسة.

وقد تأثرت هذه الخدمات المتخصصة كثيراً بالمداخل التي تم بحثها وتبنيها وتقييمها في الولايات المتحدة الأمريكية. ويرجع ذلك إلى ثلاثة أسباب رئيسة. أولاً أن غالبية أدبيات التدخل المبكر تأتي من الولايات المتحدة ويسهل الوصول إليها. ثانياً دأبت الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة (بفروعها في الولايات والأقاليم، وفيما بعد اتحادها القومي) منذ ١٩٨٣م على استضافة باحثين أمريكيين في مؤتمراتها كمتحدثين أساسيين. وبذلك تجسدت فرصة العمل مع خبراء دوليين في المجال وساعدت في التأثير على الاتجاه الذي اتخذه تدخل الطفولة المبكرة في أستراليا. وبهذه الطريقة أثرت شبكة أولياء الأمور والمهنيين الرسمية بالإيجاب على الممارسات المنتشرة. ثالثاً كان للبحوث الأمريكية تأثيراً كبيراً بسبب التشابهات المدرَكة بين المجتمعين الأسترالي والأمريكي. لكن التشابه بينهما يحتاج إلى تدقيق. وفي ذلك ذهب أشمان (Ashman, 1990) وبيميش وبرير (Beamish and Bryer, 1999) إلى أن صدق البيانات الأمريكية يجب أن يختبر في السياق الأسترالي. ومن هنا تظهر الحاجة إلى جهود بحثية منسقة تخص الاحتياجات الأسترالية، وهو أمر لا نزال نفتقر إليه في أستراليا إلى الآن.

المؤثرات السياسية

لقد سبق أن تعرضنا بإيجاز لنظام أستراليا السياسي وناقشنا تأثيره على توصيل الخدمات التعليمية. لكننا يجب أن ننبه، مع ذلك، إلى أن الدعم يقدم من كل مستويات الحكومة لتدخل الطفولة المبكرة. وتكمن الصعوبات التي يواجهها النظام في افتقاره إلى قاعدة قانونية، وهو ما أدى بدوره إلى خضوع التمويل والسياسات للإرادة السياسية للحكومة الموجودة في السلطة على المستويات الثلاثة. ويزداد الأمر تعقيداً إذا وضعنا في

الاعتبار عدد الهيئات الحكومية التي يمكن أن تشارك في المجال. ففي عام ٢٠٠٣م كانت تشترك أربع هيئات بالكومنولث في المسئولية عن تدخل الطفولة المبكرة. وعلى مستوى الإقليم والولاية يختلف العدد، لكنه يكون في حدود أربع هيئات. ويعتبر النظام من هذا الجانب معقداً ومشوشاً ومجزأ. ولذلك تصبح معرفة مصادر التمويل المتاحة والتقدم لها والمحاسبية أمامها قضية أساسية بالنسبة لمقدمي الخدمات. وذلك بدوره يسهم كثيراً في تقليل الوقت المتاح لتوصيل الخدمات. ولا يزال ترشيد التمويل والإجراءات المرتبطة به يشكل أحد القضايا التي تحظى بنقاش وافر.

المؤثرات الثقافية

تفرض الطبيعة متعددة الثقافات للمجتمع الأسترالي مطالب إضافية على خدمات تدخل الطفولة المبكرة. وثمة قلق أساسي يتعلق بقدرة الأشخاص الذين يتحدثون لغة أساسية غير الإنجليزية على الإبحار في هذا النظام. وقد جاء استخدام لغات الجماعات المحلية في المواد المتعلقة بصحة ونمو الطفل كأحد المداخل المستخدمة للتصدي لهذا القلق. كما تعمل المؤسسات أيضاً لضمان أن تكون ممارساتها حساسة ثقافيا من خلال تدريب الموظفين أثناء الخدمة، والتشاور المستمر مع ممثلي المجتمع المحلي، واستخدام ضباط اتصال مجتمعيين من الجماعات العرقية المستفيدة. كما يستخدم مترجمين عندما يكون ذلك ملائماً وممكناً. وقلة التمويل تعتبر من العوائق الرئيسة لمراعاة اللغات والاحتياجات الأخرى عند تقديم الخدمات.

ومن الأمور الأخرى المثيرة للقلق انخفاض مستوى مشاركة الأسر التي تنتمي إلى السكان الأصليين في تدخل الطفولة المبكرة، حيث يحول ضعف ارتباط الخدمات بالجماعات الأصلية وقبولها من جانبها دون مشاركتها فيها. ومداخل التدخل تكون ناجحة عندما تعمل في إطار الأبنية المجتمعية القائمة لتلبية الاحتياجات الفردية للأطفال والأسر (Reedman, 2000). وفي هذا المجال تحديداً تبرز الحاجة إلى بحوث في السياق الأسترالي، لأنه في هذا المجال أخفق النظام في أن يكون متمركزاً حول الأسرة حقاً.

تنسيق الخدمات

إن غياب القاعدة القانونية لتقديم خدمات التدخل في الطفولة المبكرة يقتضي ضمناً أن يحدث تقديم وتنسيق الخدمات من داخل النظام نفسه. وذلك يحدث من خلال وجود كل من الشبكات الرسمية وغير الرسمية التي تعمل على المستويات القومية والإقليمية/الولايات والمحلية.

تتمثل تلك الشبكة على المستوى القومي في الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة، وهي أعلى هيئة تضم أولياء الأمور والمهنيين والمعنيين بالمجال. وتلك الشبكة كمجموعة قومية لا تزال حديثة نسبياً، حيث تأسست رسمياً عام ١٩٩٥م. أنشئت الأفرع الأولى بالولايات في الثمانينيات، وكانت تربط بينها روابط غير رسمية، وكانت بذلك تمثل تجمعاً قومياً مرناً وفضفاضاً. وجاء التنظيم القومي ليركز على ثلاث وظائف رئيسة:

١- تطوير سياسات للمجال (مثل: Code of Ethics, Early Childhood Intervention Australia, 2000).

٢- إيجاد صوت قومي لممارسة الضغط.

٣- نشر البحوث والمعرفة المتعلقة بالممارسة من خلال المؤتمرات والمطبوعات.

ورغم أن هناك أشياء أخرى يجب أن تنجز، يبدو أن الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة تحقق أهدافها بتوفير مكان يجمع كل من أولياء الأمور والمهنيين في محاولاتهم لضمان تقديم خدمات جيدة للتدخل في الطفولة المبكرة. وكانت الفائدة الأساسية هي توفير فرصة للأعضاء لكي يلتقوا ويتحدثوا مع أشخاص آخرين واجهوا تحديات مماثلة ولكي يتبادلو الحلول الممكنة. ولا شك في أن قيمة مثل هذا التشبيك غير الرسمي لا تقدر.

أثبتت الشبكات أيضاً أنها مفيدة على مستوى الإقليم والولاية، خاصة فيما يتعلق بالجوانب العملية لتوصيل وتنسيق الخدمات في مناطق الجماعات المحلية. وتتحدد

طريقة عمل الشبكات بالعوامل والظروف المحلية. فيما يلي سنركز على الاستخدام الرسمي للشبكات في نيو ساوث ويلز لأنه يقدم مثالاً لمحاولة التعامل مع نظام خدمة معقد ومتنوع ولأن مؤلف الفصل الحالي شارك فيه بقوة.

تطور برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكرة

في عام ١٩٩١م أطلقت حكومة ولاية نيو ساوث ويلز ما سمي حينذاك مشروع تنسيق التدخل المبكر Early Intervention Coordination Project كمشروع استطلاعي في ثلاث مناطق (اثنتان في سدني الحضرية والثالثة في منطقة ريفية). كان الهدف من المشروع يتمثل في إيجاد طرق لتحسين تنسيق التدخل في الطفولة المبكرة. وكانت الأهداف الأصلية تتمثل في:

> تحديد وتقييم أنماط توصيل وتخطيط خدمات التدخل المبكر وتطوير إستراتيجيات لتحسين تخطيط وتوصيل هذه الخدمات إلى الأسر المحتاجة إليها، خاصة من خلال تنسيق تخطيط وتوصيل الخدمات عبر الهيئات (Office on Disability, 1995, p. 1).

نشأ المشروع عن وعي بالمشكلات التي تواجه الأسر في الوصول إلى الخدمات. كما كان التوزيع غير المتساوي للخدمات عبر المناطق وقوائم الانتظار الطويلة مشكلات أساسية في النظام الحالي. وقد تمثل الهدف الرئيس من المشروع في أن يبلور استجابة ثابتة أو واحدة للأسر التي لها عدد من الاحتياجات الخاصة. وقد كان هناك إدراك بأن إنجاز ذلك يتطلب تكون المشاركة المستمرة من جانب عدد من الهيئات الحكومية والمنظمات غير الحكومية. ولكي الاستجابة للأسر المحتاجة ثابتة أو واحدة عبر الولاية عملت لجنة مركزية (تكونت من ممثلين من الهيئات الحكومية ذات الصلة وفرع نيو ساوث ويلز من الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة ممثلاً للمنظمات غير الحكومية) على وضع أهداف مشتركة ونظم للمحاسبية. وقد عملت هذه اللجنة أيضاً على مراجعة الفلسفة

العامة التي تقف وراء توصيل الخدمات في الولاية، ووضع تعريفات مشتركة وسياسة مشتركة، والتوصل إلى فهم واضح للمسئوليات المختلفة للهيئات المشاركة، وتفعيل إطار لوضع اتفاقات (Office on Disability, 1995). ولعل أهم ما في ذلك كان الاعتراف بأن فهم النظام يتطلب وضع المستوى المحلي الذي تعايش الأسر فيه خبراتها الأولية والمستمرة مع التدخل المبكر في الاعتبار. وكان تقييم السياسات والإستراتيجيات والتوجيهات في المناطق الاستطلاعية جزءاً أساسياً من العملية، وكذلك ما تلى ذلك من تشاور مستمر بين المستويات المحلية والمركزية (Office on Disability, 1995).

وضعت المبادئ الأساسية الموجهة للمشروع حينذاك، وجاءت على النحو التالي:

- الشراكات الفعالة بين الهيئات والمنظمات غير الحكومية.
- نموذج متمركز حول الأسرة للتدخل المبكر.
- تحسين تنسيق الخدمات المتاحة بالفعل للأسر.
- تخطيط وتقديم الخدمات بطريقة فعالة من حيث التكلفة (Office on Disability, 1995).

وقد سعى المشروع منذ البداية لأن يضع في الاعتبار القضايا الإجرائية، وكذلك الإطار الفلسفي الذي تعمل فيه.

أجريت عمليات تقييم خارجية للمشروع في عامي ١٩٩٤م و١٩٩٧م، وجاءت نتائجها إيجابياً بوجه عام. وقد اتضح أن هذا النموذج ينجح في استخدام طرق إبداعية في وقت يتسم بمحدودية الموارد. ووضعت توصيات في البداية لتوسيع المشروع الاستطلاعي عبر الولاية، وزادت توصيات تقييم ١٩٩٧م على ذلك تبني المشروع كبرنامج حكومي مستمر. وقد قبلت هذه التوصيات، حيث تم توسيع المشروع الذي أصبح يعرف باسم برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكر Early Childhood Intervention Coordination Program (ECICP) عبر الولاية، وتمت المصادقة في ٢٠٠١م على إعادة تطبيقه لمدة ثلاث سنوات أخرى.

برنامج التدخل في الطفولة المبكرة عملياً

أدارت البرنامج هيئة رئيسة تتكون من هيئات تابعة للولاية عملت للبرنامج بمثابة منسق التدخل في الطفولة المبكرة. وكما جاء في دليل الإجراءات الذي أصدره برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكرة (Ageing and Disability Department, 1999)، يتكون البرنامج من أربعة طبقات من اللجان. تتألف اللجنة الإدارية من موظفين كبار من كل من الهيئات الحكومية ذات الصلة وموظفين من هيئات الكومنولث لتقديم التمويل الأساسي لخدمات التدخل في الطفولة المبكرة وممثلاً للمنظمات غير حكومية من فرع نيو ساوث ويلز للشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة. وهذه اللجنة مسئولة في الأساس عن متابعة تنفيذ السياسات على مستوى الولاية والتعامل مع القضايا المهمة على مستوى الولاية. تجتمع هذه اللجنة أربع مرات سنوياً وتقدم تغذية مرتدة إلى اللجان التي تقع تحتها على التراتبية التنظيمية. وتتألف لجنة الولاية من ممثلين من لجان كل منطقة وممثلين للجنة الإدارية ومنسق التدخل في الطفولة المبكرة. تجتمع هذه اللجنة كل ثلاثة أشهر بهدف نقل وتبادل المعلومات. أما لجان المناطق التي يوجد منها ١٦ لجنة فتتكون من ممثلين للأجهزة الحكومية والمنظمات غير الحكومية ولجان التشبيك المحلية المشاركة. والأسر أيضاً ممثلة في لجان المناطق. وتتمثل الوظائف الرئيسة للجان المناطق في تعهد الممارسة المثلى في التدخل المتمركز على الأسرة وتعريف ومراقبة الحدود وتركيب الشبكات المحلية وتنسيق أنشطة التدريب والتنمية التي تدعم أهداف البرنامج. يتوفر بعض التمويل للجان المناطق لمساعدتها في تحقيق هذه الأهداف. وتتكون لجان الشبكات المحلية من ممثلين لمقدمي الخدمة الفرديين والأجهزة الحكومية والمنظمات غير الحكومية والأسر. وهذه اللجان مسئولة عن وضع إستراتيجيات لدعم تنسيق الخدمات في كل منطقة محلية. في عام ٢٠٠٢م كان يوجد ٧٣ من هذه اللجان.

لقد صمم التدرج الهرمي للجان بحيث يضمن الاتساق والعدالة في تقديم الخدمات على مستوى الولاية، فضلاً عن ضمان أن تؤخذ الظروف المحلية في الحسبان.

ولذلك فعلى الرغم من أن الهدف هو أن يقدم لكل الأسر برنامج تدخل للطفولة المبكرة متمركز حول الأسرة، فإن طريقة تحقيق ذلك لأسرة تعيش في منطقة ريفية بعيدة ذات خدمات محدودة ستختلف كثيراً عن طريقة تحقيقه لأسرة تعيش في منطقة حضرية. والقصد من التعامل مع الموقف على المستوى المحلي هو أن تأتي المخرجات متوافقة مع ظروف كل أسرة.

وعلى ذلك فإن لجان المناطق واللجان المحلية يجب أن تتبنى سياسات تشجع عمليات مثل استخدام إجراءات إدخال مشتركة وتبادل المصادر والموظفين وتبادل المعلومات والاستشارات. والأهداف من ذلك هي تسهيل تبني وتطوير الممارسات المثلى في الخدمة الفردية ومستويات النظام وضمان تلبية احتياجات الأسر الفردية قدر الإمكان. وفي كل الحالات يتم تطبيق مبادئ التدخل المتمركز حول الأسرة. وتوضع تعليمات وسياسات واضحة حول السرية ومشاركة الأسرة في كل مراحل تطوير برنامجها.

يشجع هذا النموذج أيضاً الاستفادة من الشبكات غير الرسمية. وتسمح عضوية اللجان على كل المستويات بتعزيز العلاقات المهنية بين أولئك الذين يحضرون الاجتماعات. وتتوفر فرص لمناقشة الأمور التي تشغل الحاضرين وطلب النصيحة أو الحلول الممكنة. وذلك يسهل عمليات الإحالة. وكذلك يصبح التفاوض حول المسئولية المشتركة أو المشاركة في برنامج الطفل أسهل في حال قيام علاقات مهنية بين المتخصصين.

وعلى ذلك فإن الفوائد الممكنة من مثل هذا التشبيك كبيرة جداً. لكن النظام ليس خلوا من الصعوبات، وهذه الصعوبات لابد أن توضع في الاعتبار. يأتي على رأس هذه الصعوبات الوقت اللازم لمثل هذا التشبيك. إن حضور الاجتماعات بغض النظر عن فائدته يأخذ من وقت المستفيدين. ولذلك لابد أن توضع جداول أعمال واضحة وأطر زمنية محددة وأن توضح المكاسب الفورية التي ستعود على الحاضرين.

يعتمد نجاح هذا النوع من التشبيك بدرجة كبيرة أيضاً على التزام المشاركين وحماسهم. وإذا غاب الالتزام على مستوى الفردي أو مستوى النظام ستفشل الشبكات يقيناً. وتلك إحدى الشكاوى المتكررة إلى اللجنة الإدارية من لجان المناطق واللجان المحلية. وتؤدي التغييرات المستمرة في عضوية اللجان إلى الحيلولة دون سلاسة وفعالية العمل، تماماً كما يحدث نتيجة لاختلاف مستويات المشاركة والالتزام من جانب المشاركين. وقد اتضح ذلك جلياً في مشاركة أعضاء الهيئات الحكومية، حيث أنهم قد لا يشتركون مباشرة في توصيل الخدمة وينظرون إلى المشاركة في برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكرة باعتبارها أمر عرضي وهامشي بالنسبة لمسئولياتهم الرئيسة. وعلى ذلك فإذا أريد لأمثال هذه الشبكات أن تنجح فلا بد أن تكون المشاركة فيها جزءاً من وظيفة الفرد وعاملاً في تقييم أدائه.

وقد يعتمد النجاح طويل المدى للجان المناطق واللجان المحلية أيضاً على مدى قدرة النظام على تجديد الموظفين وتقديم مسار مهني. وكذلك يمثل عدم الأمان من حيث التمويل عائقاً حقيقياً، ولذلك يجب أن يعالجه النظام.

كفاءة الشبكات

تتضح فوائد هذا النموذج على أفضل نحو من خلال إنجازاته. ومنذ أن بدأ المشروع تمثلت هذه الإنجازات في:

- وضع معايير نموذجية للممارسة.
- إنتاج حزمة تدريبية بعنوان "شركاء" حول الممارسات المثلى في التدخل المتمركز حول الأسرة في الطفولة المبكرة، وقد وزعت على المستويين القومي والدولي.
- تنفيذ برنامج تدريبي على مستوى الولاية باستخدام الحزمة التدريبية "شركاء" شارك فيه أولياء الأمور والمهنيين لتحسين التعاون وزيادة جودة توصيل الخدمات.

● توفير خط معلومات Infoline خاص بالتدخل في الطفولة المبكرة (يديره فرع نيو ساوث ويلز من الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة) وهو عبارة عن خدمة هاتفية للمهتمين بأماكن الخدمات عبر الولاية.

● إنتاج دليل الإجراءات الذي يساعد اللجان في عملها في برنامج تنسيق التدخل في الطفولة المبكرة.

تلك هي المنتجات الملموسة التي انبثقت عن المشروع حتى عام ٢٠٠٣م. ولعل الفوائد الأهم، وإن كانت غير كمية، هي تلك التي تحققت للأسر من خلال التحسن في توصيل الخدمة. أما القضايا التي تزال تبحث عن حلول فتتضمن تبني معايير استحقاق مشتركة ومتطلبات التمويل ودورات التمويل وإعلان الإجراءات عبر هيئات تمويل حكومية مختلفة، والتعامل مع عدم المساواة في تقديم الخدمة عبر المناطق.

توصيات للمهنيين في الدول الأخرى

يمثل التشبيك مدخل إلى التنسيق من شأنه أن يحقق مستوى عالي من الخدمة بطريقة فعالة من حيث الوقت والتكلفة. وإذا أريد للشبكات أن تنجح فلا يجب أن تفرض على النظام، وإنما أن تكون إطاراً له. وتنشأ الصعوبات التي لا يزال برنامج التنسيق يواجهها عن تعامل البرنامج مع متطلبات تمويل كثيرة وإجراءات محاسبية مختلفة وأشكال لا مساواة في توزيع الخدمات عبر الولاية. ومن شأن ربط اعتماد الخدمة والمحاسبية بالشبكات أن يضمن أن تكون الشبكات فعالة دائماً، وأن يجعلها أيضاً أكثر قدرة على زيادة جودة خدمات التدخل في الطفولة المبكرة. فالشبكات تحتاج إلى ما هو أكثر من الحماسة والنية الحسنة لكي تستمر وتنجح.

خاتمة

ينجح التدخل في الطفولة المبكرة بأستراليا في المقام الأول بفضل التزام وتفاني وحماسة الأسر والمهنيين المشاركين. لكن المهنيين، مع ذلك، يتحملون في الغالب أعباء زائدة من حيث عدد الحالات ويعملون بوظائف غير آمنة ولا يتوفر لهم مسار مهني

واضح. ويمكن للأسر أن تواجه صعوبات في الوصول والإبحار في نظام تتفاوت خياراته كثيراً داخل وبين الولايات والأقاليم.

ومن المشكوك فيه، على أية حال، أن يؤدي إيجاد قاعدة قانونية لتقديم خدمات التدخل في الطفولة المبكرة إلى حل كل هذه الصعوبات. وإنما المطلوب هو الاعتراف والالتزام بكفاءة التدخل في الطفولة المبكرة على كل مستويات الحكومة. ومع أن التمويل الإضافي والكافي أساسي من أجل تطوير جودة الخدمات أكثر، فإن ذلك لن يكون كافياً. وترجع المشكلات التي يواجهها النظام بالدرجة الأولى إلى تعقيده وتجزيئه. وربما كانت المقولة "كثرة الطباخين تفسد المرق" تصف جيداً النظام الحالي في أستراليا. فكثرة الخدمات ومصادر التمويل التي تميز تقديم الخدمة قد توفر الاختيار وتنوع المداخل، لكنها يمكن أن تتسبب أيضاً في التشوش للأسر والمهنيين والحكومات.

تقول الأسر دائماً أن أهم الأمور بالنسبة لها هي المعلومات والوصول إلى الخدمات وتنسيقها. والشبكات سواء الرسمية أو غير الرسمية تقدم وسيلة فعالة لضمان أن تلبى هذه الاحتياجات. ومن المؤكد أن هذه الشبكات ستفيد أيضاً في تبسيط النظام وليس تعقيده. وذلك يوفر الوقت والجهد للمهنيين للعمل مع الأطفال وأسرهم بدلاً من أن تضاف إليهم طبقات أخرى من الواجبات الإدارية. والشبكات تعمل على أحسن ما يكون على المستويات المحلية، وهي لا تستخدم المصادر المحلية فحسب، وإنما أيضاً تعتبر جزءاً منها.

المراجع

References

Ageing and Disability Department. (1999). *Early Childhood Intervention Coordination Program: Procedures manual.* Sydney, Australia: Author.

Ashman, A.F. (1990). Setting a research agenda for the study of intellectual disability in Australia. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 16,* 169-172.

Australian Bureau of Statistics. (2001a). *Australia now—A statistical profile-.Population: Population distribution.* Retrieved October 2001 from http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs%40.nsf/94713ad445ff1425ca25682000192af2/ fe3fa39a5bf5aa5aca256b350010b3fd!OpenDocument

Australian Bureau of Statistics. (2001b). *Australian statistics—Main features: 4120.0 Disability and handicap, Australia.* Retrieved October 2001 from http:// www.abs.gov.au/Ausstats/abs%40.nsf/b06660592430724fca2568b5007b8619/1618215db8a5c6abca25692d0083019d!OpenDocument

Australian Bureau of Statistics. (2001c). *Australian statistics—Main features: 3230.0 Experimental estimates of the Aboriginal and Torres Strait Islander population, 30 June 1991-30 June 1996.* Retrieved October 2001 from http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs%40.nsf/b06660592430724fca2568b5007b8619/ elb3119470f95e02ca2568a900139384!OpenDocument

Australian Bureau of Statistics. (2001d). *Australian statistics—Main features: 3412.0 Migration, Australia.* Retrieved October 2001 from http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs%40.nsf/b06660592430724fca2568b5007b8619/2c6d9db6b7ef7c97ca2568a9001393d5!OpenDocument

Beamish, W., & Bryer, F. (1999). Practitioners and parents have their say about best practice: Early intervention in Queensland. *International Journal of Disability, Development and Education, 46(2),* 261-278.

Bittman, M., & Pixley, J. (1997). *The double life of the family: Myth, hope and experience.* St. Leonards, New South Wales: Allen & Unwin.

Blainey, G. (1982). *The tyranny of distance: How distance shaped Australia's history* (Rev. ed.). New York: Macmillan.

Campbell, J. (1997). The next step: Parent perspectives of transition to preschool of children with disabilities. *Australian Journal of Early Childhood, 22(3),* 30-34.

Dempsey, I., & Carruthers, A. (1997). How family-centered are early intervention services? Staff and parent perceptions. *Journal of Australian Research in Early Childhood Education, 1,* 105-110.

Early Childhood Intervention Australia. (2000). *Code of ethics.* Brisbane, Australia: Author.

Foreman, P. (1992). Services to children with intellectual disability in New South Wales government schools: Parental perceptions. *Australasian Journal of Special Education, 16(2),* 3-12.

Linfoot, K. (1992). The delivery of early intervention services for infants and preschool children: A 10 year retrospective. *Australasian Journal of Special Education, 16(1),* 42-47.

McAlpine, E., & Johnston, C. (1993). The role of early intervention. In C. Johnston (Ed.), *Does this child need help? Identification and early intervention* (pp. 43-68). Sydney, Australia: Australian Early Intervention Association (New South Wales Chapter).

Office on Disability. (1995). *Disability direction: Tomorrow's blueprint. Final Report.* Sydney, Australia: Author.

Press, F., & Hayes, A. (2000). *OECD thematic review of early childhood education and care policy: Australian background report.* Canberra: Commonwealth Government of Australia.

Reedman, L. (2000). Beside the Arafura Sea: A case study of supportive early childhood intervention in a remote location in the Northern Territory of Australia. Supporting not controlling: Strategies for the new millennium. In *Proceedings of the 4th Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia* (pp. 177-183). Brisbane, Queensland: Early Childhood Intervention Australia.

Treloar, R. (Ed.). *(1997). Recommended practices in family-centred early intervention.* Sydney, Australia: Ageing and Disability Department.

Turnbull, A.P., & Turnbull, H.R. (1990). *Families, professionals, and exceptionality: A special partnership* (2nd ed.). Columbus, OH: Charles E. Merrill.

obeikandl.com