عنوان الورقة

أبرز الممارسات العالمية في إعداد وتأهيل العاملين في مجال التدخل المبكر

والوقاية من الإعاقة

الباحث

د . احمد التميمي

الجهة الوافدة

جامعة الملك سعود

البلد

السعودية

المحور

دور المؤسسات الأكاديمية في رفد المؤسسات المهنية بمتخصصين في التربية الخاصة

أبرز الممارسات العالمية في تدريب وتأهيل العاملين في مجال التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة

الدكتور احمد بن عبدالعزيز التميمي
استاذ التدخل المبكر المشارك - جامعة الملك سعود - الرياض

يمثل التدخل المبكر للأطفال الصغار ذوي الإعاقات جهدا عالميا ناشئا ومتنامي تتناول هذه الورقة قضية التدخل المبكر ويستعرض جهود واهتمامات الدول لتطوير أنظمتها في مجال التربوي من خلال إطلاق مجموعة من النماذج العلمية العالمية في مجال التدخل المبكر القادرة على الوفاء بمتطلبات واحتياجات ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة. وتتناول الجهود الدولية (**كوريا والصين والهند والسويد وألمانيا والولايات المتحدة الامريكية وأثيوبيا وجامايكا** وغيرها) في مجال تدريب وتأهيل العاملين في مجال التدخل المبكر بشكل مفصل تشمل دول متقدمة وأخرى فقيرة وجهودها في بناء مؤهلين قادرين على التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم في تلبية احتياجاتهم اعتمادا على الموارد البشرية والمادية ألمتاحة وفقا للخصوصيات البيئية التي تعيش فيها الأسر والأطفال وكيف تمكنت هذه الدول من خلق برامج تدريبية للعاملين قبل وبعد الخدمة في مجال التدخل المبكر موجهة للأطفال اليافعين تنسجم مع بيئتها الاجتماعية والسياسية.

إن تدريب وتعليم العاملين في مجال التربية الخاصة وتطويرهم يجب أن يكون من أولويات اهتمام التربويين في سعيهم لتحسين أحوال التربية والتعليم في مجتمع وأن ما يجعل النمو المهني أمرًا ملحًا هو ارتباطه الوثيق بتحسين مخرجات التعليم الذي يمارسه العاملين في مجال التربية الخاصة. (SYKES,1996)

إن التربوي الناجح هو الذي يستجيب لتطورات الحياة من حوله، وما يحدث في المجتمع الإنساني من تغيرات وما يستجد فيه من اتجاهات معاصرة، وهذا يتطلب منه المرونة وعدم الجمود والقدرة على التجديد والابتكار في محيط عمله، فلا يستكين للعمل الرتيب الذي يقوم به عامًا بعد عام، ولكن ينبغي أن يدرك أن لكل عام ظروفه ومتطلباته ومقتضيات العمل به. (سليمان، 1990)

ومن المسلم به، أن تدريب وتأهيل العاملين في مجال التربية الخاصة عملية مستمر تشمل ما قبل الخدمة وتمتد لما بعد الخدمة لان إعداد العاملين في مجال التربية الخاصة قبل الخدمة لا يوفر له سوى الأساس الذي يساعده على البدء في ممارسة عملية التعليم، وعليه فإن برنامج الإعداد أثناء الخدمة هو امتداد طبيعي للإعداد قبل الخدمة، وهذا يعني أن التعليم المستمر بالنسبة للمعلم جزء لا يتجزأ من عملية إعداده، وأن يستمر هذا الإعداد طيلة عمله في التدريس بهدف الحصول على معرفة جديدة؛ ليلحق بركب النمو والتطور؛ وليعوض ما فاته أثناء إعداده قبل الخدمة.

والتدريب أثناء الخدمة، لم يعد أمرًا هامشيًا في العصر الحالي، فقد صار من العوامل المهمة في زيادتها فاعلية النظام التعليمي، حيث يعد التدريب عملية تربوية لها أنشطتها الخاصة التي تساعد المعلم على النمو كصاحب مهنة، وذلك من خلال تزويده بالمعلومات الجديدة وتنمية مهاراته، كما أنه يؤدي إلى تحسين أوضاعه المهارية والاجتماعية والإنتاجية (الخطيب والعنزي 2008؛ النقيب ودياب، 1983). ويذكر جريفن (Griffin,1999) أن هناك أربعة عوامل تقف وراء ضرورة التنمية المهنية للمعلمين في أثناء الخدمة، وهذه العوامل هي: (1) التوسع في الأساس المعرفي للتدريس الفعّال، (2) وزيادة مجالات البحوث المرتبطة بالتنمية المهنية للمعلمين في أثناء الخدمة، (3) والتوقعات العالمية التي ينتظرها أفراد المجتمع من المعلمين، (4) والاتفاق بين الجميع على ضرورة تغيير المدارس وتحسينها كمؤسسات اجتماعية.

إن قضية تدريب وتأهيل العاملين في المجال التربوي وفقًا لما يرى سكر والخزندار (2005) تشغل مكانًا بارزًا من اهتمامات الباحثين، والدليل على ذلك كثرة الدراسات التي تتناول هذا الموضوع، إذ تؤكد غالبيتها على أن هذا المجال ـ كان ولا يزال ـ في حاجة إلى المزيد من الجهود البحثية التي تعكس وزنه وأهميته من جهة، وتلبي متطلبات العصر الذي نعيشه بمتغيراته السريعة والمتلاحقة من جهة أخرى.

وقد أكد كل من ستامر وكولنجز وبالينكس (Stahmer, Collings, & Palinkas, 2005) أنه على الرغم من كثرة البحوث التي تتقصى احتياجات المهنيين إلى المعرفة والممارسات والتدريب، لم تُجرى دراسات كافية على العاملين في مجال التربية الخاصة والتدخل المبكر على وجه الخصوص الذي يخدمون الطلاب ذوي الاعاقة. وذلك الأمر يشكل فجوة كبيرة في الأدبيات تحتاج لسدها. والمعلومات حول العاملين الذين يخدمون الطلاب ذوي الاعاقة يمكن أن تقدم معلومات ثمينة حول جوانب القوة والضعف. ويمكن الاستفادة من هذه المعلومات في تحسين عمليات تدريب العاملين في مجال التدخل المبكر واختيار العاملين جيدي الإعداد لخدمة هذه المجموعة.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

أننا نعيش في عالم أصبح قرية صغيرة سهلت التواصل بين البشر فكان لهذه التغيرات الحديثة وأثرها على الشعوب والدول والإفراد. وهذا كله يدعونا ـ كمتخصصين في الشأن التربوي ـ إلى الاستفادة من سائر التجارب التربوية العالمية الناجحة، واقتباس التجارب التربوية العالمية ذات المضامين والتوجهات التي أثبتت أهميتها وجدواها.

وعلى الرغم من وجود قاعدة بحثية كبيرة حول الممارسات التدريسية الفعالة للطلاب ذوي الإعاقة في مرحلة التدخل المبكر؛ إلا أن قلة الجهود المبذولة لتحديد القاعدة المعرفية المحددة التي يجب أن تتوفر لدى المعلمين لكي يخدموا تلك المجموعة من الطلاب بفعالية (NRC, 2001). وحتى خريف عام 2009 لم تكن ثمة معايير مهنية مقبولة على المستوى القومي بالولايات المتحدة الأمريكية للتدريس للطلاب ذوي الإعاقة في مرحلة التدخل المبكر. قدم مجلس الأطفال غير العاديين معايير تربوية للمعلمين في ثمان مجالات أخرى للتربية الخاصة

(CEC, 2004). وقد طورت عدة ولايات توجيهات guidelines لتعليم الطلاب ذوي ذوي الإعاقة في مرحلة التدخل المبكر. لكن معظم الولايات لا تمتلك حاليًا توجيهات تربوية محددة لتعليم الطلاب ذوي الإعاقة في مرحلة التدخل المبكر. ونتيجة لأن معظم الولايات لا تتبنى إجراءات ترخيص محددة لمجال التدخل المبكر، يتلقى هؤلاء الطلاب تعليمهم على يد معلمين يحملون تشكيلة متنوعة من التراخيص. ومع استمرار انتشار الاعاقات النمائية في التزايد، سيكون على المربين في مجال التربية الخاصة بالتأكيد أن يقدموا خدمات للطلاب ذوي اضطراب التوحد في أثناء حياتهم المهنية، بغض النظر عن مجال اعتمادهم الأساسي (McLeskey, Tyler, & Flippin, 2003).

وعلى حد علم الباحث ـ لاتوجد دراسات عربية تناولت الجهود والاهتمامات الدولية لتطوير أنظمتها في مجال التربوي ذات العلاقة بتدريب وتأهيل العاملين في مجال التدخل المبكر من خلال والنماذج العلمية العالمية القادرة على الوفاء بمتطلبات واحتياجات ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة.

وهكذا يمكن صياغة التساؤل الرئيس للدراسة الحالية على النحو التالي:

ما هي أبرز النماذج العالمية لتدريب وتأهيل العاملين في مجال التدخل المبكر مع الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

هدف الدراسة:

استعراض أهم ابرز النماذج العالمية (دول متقدمة وأخرى فقيرة) في تدريب وتأهيل العاملين في مجال مرحلة التدخل المبكر بشكل مفصل وجهودها في بناء نظام أو نموذج يساعد العاملين في تلبية احتياجات الاطفال ذوي الإعاقة وأسرهم اعتماداً على الموارد البشرية والمادية المتاحة.

أهمية الدراسة:

لقد ركزت الدراسات التي أجريت في مجال تدريب وتأهيل معلمي التربية الخاصة بوجه عام على اختلاف تخصصاتهم وخاصة معلمي التربية الفكرية وصعوبات التعلم، ولم يكن من بين هذه الدراسات – في حدود علم الباحث - من اهتم بالتعرف على التوجهات العالمية لتدريب وتأهيل معلمي التلاميذ ذوي الإعاقة في مرحلة التدخل المبكر.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

ويري كل من جولانتا وشارزينزكي (Jolanta & Charzynski, 2005) أن الاحتياجات التدريبية والتأهيلية هي الفرق بين الأداء المتوقع والواقع الفعلي لدى المعلم، ويمكن تحديدها من خلال التعرف على أوجه النقص والقصور في أداء المعلمين ومن ثم تحديد الفجوة بين ما هو كائن في الميدان، وما يجب أن يكون عليه المعلم في أداء مهنته وممارسة متطلباتها.

ويمكن تلخيص أهداف التدريب التربوي في أثناء الخدمة وفقًا لما صدر عن وزارة التربية والتعليم (1423) فيما يلي: "(1) حسن أداء المعلم وتطوير قدراته؛ مما يساعد على رفع

الروح المعنوية لديه، وينعكس إيجابيًا على تدريسه، وعلى تعلم طلابه. (2) تنمية بعض الاتجاهات الإيجابية نحو مهنة التدريس، والعلاقات الإنسانية بين المعلمين. (3) تزويد المتدربين بالمعلومات التربوية، والمهارات، والمستحدثات العلمية، والتقنية، والنظريات التربوية التي تجعلهم أكثر قدرة على مواكبة هذه المتغيرات. (4) سد الاحتياجات التدريبية للمعلمين عن طريق التدريب التربوي في الداخل بواسطة مراكز التدريب التربوي وكليات المعلمين، والجامعات السعودية، وغيرها من مؤسسات التدريب الأخرى" (ص 7).

ويرى سيلي (Sally, 2004) أن أهمية تحديد الاحتياجات التدريبية ترجع إلى أنها: (1) تُعد العامل الحقيقي في رفع كفاءة المعلمين في تأدية الأعمال الموكلة إليهم. (2) تُعد المؤشر الذي يوجه التدريب إلى الاتجاه الصحيح. (3) تساعد في معرفة السبب الحقيقي وراء الأداء المنخفض.

أنواع التدريب أثناء الخدمة:

تتعدد البرامج التدريبية، ويمكن تصنيفها وفقًا لما أورده كل من عبد الحميد (1992، ص ص 44 ـ 45)؛ حسين (1996، ص 60) على النحو التالي:

أولاً: من حيث الشكل (برامج التدريب الرسمي، برامج التدريب غير الرسمي).

ثانيًا: من حيث المضمون (التدريب الإداري، التدريب الإشرافي، التدريب التخصصي).

ثالثًا: من حيث إعداد المتدربين (التدريب الفردى، التدريب الجماعى).

تعتمد الأفعال الإنسانية على معتقدات حول الطريقة التى يعمل بها العالم. وعلى المستوى المهنى تأخذ هذه المعتقدات شكل نظريات نمو الطفل أو نظريات الممارسة (Odom & Wolery: تحت النشر). يقدم بلاكمان وصفا شاملا للأساس النظرى للتدخل المبكر الذى يقوم بالدرجة الأولى على البحوث النفسية والاجتماعية الغربية. ويكشف وصف البرامج من كل الدول الممثلة في هذا الكتاب تقريبا عن الاعتراف بنظريات وبحوث بياجيه وفيجوتسكى وساميروف Sameroff وسنكر وبروفنبرنر Bronfenbrenner وغيرهم باعتبارها الأساس لممارساتها. تصف كلاين برنامجا في إسرائيل يقوم على نظريات فيجوتسكى وفورشتاين Feuerstein يعلم أولياء الأمور كيف يتوسطون خبرات التعلم لأطفالهم الصغار. وقد كررت المؤلفة ووثقت تأثيرات هذا المدخل إلى التدخل في إسرائيل وأوروبا وأفريقيا والولايات المتحدة الأمريكية (Klein, 1996).

يصف هسيا وماكاب ولى استخدام مداخل التحليل السلوكل التطبيقى على الأطفال ذوى التوحد في جمهورية الصين الشعبية. ويعترف تيريفا وبورك ـ أكيسون وغرانلوند بأهمية التصور التفاعلى transactional conceptualization للنمو (Sameroff & Fiese, 2000) للتدخل المبكر في إثيوبيا والسويد على التوالى. وإضافة إلى النظرية النمائية والسلوكية تعتمد كل الدول أيضا على البحوث الطبية الأساسية وبحوث الصحة العامة التى وصفها بلاكمان والتى أجراها باحثون من مختلف أنحاء العالم وبرعاية منظمة الصحة العالمية.

ومع أن ممارسات التدخل المبكر تستند إلى المعرفة والمعتقدات العلمية، فإنها تتنافس

أحيانا مع المعرفة والمعتقدات التقليدية في ثقافة المجتمع المحلى أو الدولة. والمعرفة أو المعتقدات التقليدية يمكن أن تتسبب سبب إعاقة الطفل إلى أفعال أو ظروف الوالدين، أو تلبس الطفل بروح شريرة، أو أية عوامل خارقة أخرى. ومن ذلك أن كلاين تنبه إلى أن الممارسين لا يجب أن يمتدحوا الأطفال الأثيوبيين لأن أهلهم يخافون من أن يثير ذلك "العين الشريرة" أو الحسد. وبالمثل يمكن لأولياء الأمور في بعض الدول أن يبحثوا عن علاج للإعاقات من خلال الطب التقليدى الذى يمارسه السحرة. على أن بعض العلاجات أو الممارسات التقليدية لها تأثيرات إيجابية على الأطفال مثل ممارسة التدليك wegehas (العلاج الطبيعى) في إثيوبيا وروتين مط الطفل بعد الإستحمام في جامايكا. لكن في المقابل تؤدى المعتقدات والمعرفة و/أو الممارسات التقليدية غير الفعالة إلى تأخير أو منع الوصول إلى التدخل المبكر عندما يكون متاحا.

قد تتعارض الرؤى المتباعدة للمعرفة والممارسات العلمية والتقليدية. وقد وصف فاديمان (Fadiman, 1997) على نحو بليغ تضارب المعتقدات والقيم والفهم بين أسرة همونج Hmong التى تعانى ابنتهم من إعاقات حادة من جانب والجماعة الطبية العلمية من جانب آخر. وقد أدى هذا الصراع المستمر إلى نتائج مأساوية على الطفلة في النهاية. على أنه من المهم أن ننبه أيضا إلى أن تلك المعرفة والمعتقدات التقليدية لا تقتصر على الدول النامية، وإنما يوجد الكثير منها في الولايات المتحدة الأمريكية وفي دول أوروبا الغربية الصناعية. ومن ذلك على سبيل المثال اعتقاد المسيحيين الأصوليين في بعض الجماعات الأمريكية بأن إعاقة الطفل اختبار للأسرة من الله، وهو ما قد يؤدى بالأسر لأن تنهض بكل احتياجات أطفالها ولا تبحث عن التدخل المبكر. ويجب أن نعترف أيضا بأن المعرفة العلمية قد لا تقدم دائما الإجابات النهائية أو حتى الصحيحة. ومن ذلك مثلا أن العلم الغربى كان في السابق يقول بأن التوحد ينتج عن المناخ الانفعالى البارد الذى توجده الأم. ولذلك كان العلاج "العلمى" للأطفال الصغار ذوى التوحد في الستينات يبعدهم عن أسرهم.

الخصوصيات الثقافية والبيئية التى تشكل الممارسات التدريسية في التدخل المبكر:

تُذَكِرنا نظرية النظم البيئية ecological systems عند برونفينبرينر بأن كل النشاط الإنسانى ومعظم التأثيرات الوسيطة على النشاط الإنسانى تتموضع ضمن سياق ثقافي يسمى النظام الكبير macrosystem (1979; Bron-fenbrenner & Morris,1998). وتختلف الرؤى الثقافية للطفولة كثيرا عبر الدول. في الهند على سبيل المثال يقال أن الأطفال الصغار يعتبرون بالغين صغار، إذ تعتبر الطفولة هناك وقتا لغرس العادات الصحيحة، ولا يعتبر اللعب وسيلة للتعلم. ويقول غرانلوند وبورك- أكيسون أن الطفولة في السويد تُقدَّر في ذاتها وتعتبر وقتا للإعداد. وفي الصين تعد العلاقة بين الطفل ووالديه واحدة من ست علاقات تقوم عليها كل التفاعلات الاجتماعية، وهناك تضفى الثقافة قيمة كبيرة على احترام الأطفال وطاعتهم المطلقة لوالديهم. وفي الدول ذات التنوع الكبير مثل الولايات المتحدة الأمريكية يوجد مدى من القيم الثقافية تقوم عليها العلاقات بين الأطفال والآباء والأمهات. والتحدى يكمن في تصميم برامج حساسة ثقافيا في مجتمع تعددي.

تقدم فصول هذا ممارسات التدخل المبكر عبر العالم (التميمى، 2011) أمثلة ثرية ومهمة للطريقة التى تتشكل بها أنشطة التدخل المبكر ـ التى تسعى لنفس الأهداف العامة ـ وفقا للخصوصيات البيئية التى تعيش فيها الأسر والأطفال:

- في الهند يستخدم الزائرون المجتمعيون أشياء ومواد من بيئة المنزل وضمن الأعمال الروتينية الأسرية (وأحيانا في ظل ظروف الفقر) لتعزيز النمو الحركى والمشاركة للأطفال الصغار ذوى الشلل المخى.
- في إثيوبيا يرفع موظفو التأهيل المجتمعى الوعى وتقبل الأطفال الفرديين ذوى الإعاقات من خلال التحدث إلى الأمهات في مراسم القهوة المجتمعية.
- في جمهورية الصين الشعبية يقوم معلمان بإجراء الزيارت المنزلية سويا. وذلك يسمح لأحدهما بأن يلعب مع الطفل المعاق وأشقائه، بينما يعمل المعلم الآخر مع الوالدين. ونظرا لأن المعلمين يحظون باحترام كبير في هذه الثقافة، فإنهم يقدمون توصيات مباشرة لأولياء الأمور بناء على ملاحظات الطفل والمنزل.
- في جامايكا يستخدم روتين تدليك خاص، ربما يكون قد نشأ في غرب أفريقيا، بعد استحمام الطفل. ويتمثل هذا الروتين في استخدام الجدة أو الأم "المط والهز والتشكيل وعدد من التمرينات الحركية وإسناد الطفل في وضع الجلوس. وتلك الممارسة قد تكون ذات قيمة علاجية للأطفال ذوى الإعاقات.
- في ألمانيا يجتمع أعضاء فرق التدخل المبكر المكون من تخصصات مختلفة في "دوائر الجودة" لحل مشكلة شائعة أو مناقشة قضية شائعة تتعلق بالأطفال الصغار وأسرهم.

أن مطورى منهج الطفولة المبكرة القومى في نيوزيلندا الذى يحمل عنوان Te Whariki (New Zealand Ministry of Education, 1996) كانت من أهدافهم الصريحة أن يأتى المنهج ممثلا لكل من الثقافة الماورية والثقافات المهيمنة في نيوزيلندا. ويخاطب هذا المنهج ثنائى اللغة، على وجه التحديد، أهداف الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة المسجلين في برنامج البزوغ الثقافي الماوري (New Zealand Ministry of Education, 1996).

الطبيعة المتركزة حول الأسرة للتدخل المبكر:

ويذكر صمويل أودوم وزملاءه في كتابهم التدخل المبكر عبر العالم (Odom, et. Al, 2003) أحد الموضوعات المركزية المهمة في تدريب العاملين في مجال التدخل المبكر يتمثل في بروز الأسرة وأهميتها باعتبارها مركز رعاية الأطفال الصغار ذوى الإعاقات. لقد تطور التدخل المبكر في التسعينات إلى مدخل متمركز حول الأسرة ووجب تدريب العاملين على اشراك الاسر وأطفالهم في البرامج المقدمة والتكامل معهم. على سبيل المثال تصف بوفيدا (Boavida, 1992) كيف بدأ التدخل المبكر في منطقة كيومبرا بالبرتغال كنموذج قائم على العيادة، وانتقل على مر السنين إلى مدخل متمركز حول الأسرة وقائم على المجتمع المحلى. وفي مصر يعمل مركز سيتي التابع لهيئة كريتاس مصر (French Center,1997) في شراكة

مع الأسر، ويعلم أولياء الأمور كيف ينفذون أنشطة التدخل في المنزل، ويقدم معلومات حول إعاقة الطفل، ويدعم أولياء الأمور في التغلب على الخزى والحرج من إعاقة أطفالهم.

وفي إسرائيل يساعد برنامج كلاين للتدخل التوسطى لزيادة حاسيسة مقدمى الرعاية أولياء الأمور في فهم أطفالهم وإمتاعهم كأساس لتقديم أسلوب تفاعل متجاوب من شأنه أن يدعم النمو. وفي كوريا يتم تعليم أولياء أمور الأطفال ذوى الإعاقات طرقا للعمل مع أطفالهم. وفي مركز نمو الطفل في زيانج يانج بجمهورية الصين الشعبية يعمل الزائرون المنزليون مع أولياء الأمور لإشراك الطفل في الأنشطة الأسرية اليومية والتجاوب مع الاحتياجات التى تحددها الأسرة (Gao, Xiang, & Jing, 1999).

وفي جامايكا يمثل تعليم الوالدين محور برنامج التدخل المبكر، ويتم تدريب العاملين على تهيئة أفراد الأسرة لكى يكونوا موظفى تأهيل مجتمعى ولكى يعملوا مع أولياء الأمور الآخرين. ويقع المدخل المتمركز حول الأسرة في قلب ميثاق آداب المهنة الذى تبنته في عام 2000 الشبكة الأسترالية للتدخل في الطفولة المبكرة (Thorburn, 1976, 1990, 1992b).

ويعمل الزائرون المنزليون من المعهد الهندى للشلل المخى مع الأمهات ومقدمى الرعاية لتخطيط أنشطة التعلم التى يمكن أن تحدث في أثناء الأعمال الروتينية اليومية المنتظمة وتساعد الطفل على أن يكون مشاركا نشطا في الأسرة (Alur, 2000). تبرز هذه الأمثلة وغيرها على طول الكتاب التأكيد على الأسر ومركزيتها في التدخل المبكر. وتصور كلاين هذه القيمة على أفضل نحو بالقول بأن المهنيين يمكن أن يفترضوا "أن هناك بعض التصورات والمشاعر والاتجاهات العمومية في علاقة مقدم الرعاية والطفل تعتبر حاسمة لنمو الطفل النموذجى في أية ثقافة.

يتمثل التحدى في الدول الأقل غنى في إيجاد وتوفير الموظفين المدربين. وفي جامايكا طور ثوربيرن (Thorburn, 1976, 1990, 1992b) وزملاؤه مدخلا إبداعيا، حيث قاموا بتدريب ممارسين غير مهنيين من المجتمعات المحلية التى تتلقى الخدمات على القيام بالفحص والدعم المنزلى للأسر والأطفال. لقد قدم هذا البرنامج، الذى يجتاز الآن عقده الثالث، خدمة ثمينة في سياق يفتقر إلى الموارد.

وفي إثيوبيا (Desta, 2000) تقوم مراكز التأهيل المجتمعى بتدريب ممارسين غير مهنيين على العمل مع أعضاء المجتمع المحلى والأسر في الريف لخلق اتجاه إيجابى نحو الأطفال ذوى الإعاقات وتعزيز المهارات الأساسية (مثل تناول الطعام) لدى الأطفال الفرديين. وفي البرازيل (Aranha, 2000) توجد جهود من هيئات متعددة لرفع الوعى العام وبناء القدرات المرتبطة بحقوق الأطفال ودمج الأطفال ذوى الإعاقات. وثمة خاصيتان لمشروع البرازيل (1) نموذج "الأطفال على المكعب" (وهى دمى تصور أطفالا ذوى إعاقات) في حملة إعلامية قومية لنشر اتجاهات إيجابية في المجتمع المحلى، (2) أدلة تدريبية ترتبط بالدمج للمعلمين المقيدين في البرنامج القومى لتدريب المعلمين عن بعد.

وفي الدول الأكثر مواردا قد تكون خدمات التدخل المبكر متوفرة، فيما لا تقوم التنمية المهنية بالإعداد الكافي للأفراد للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقات، أو قد تتمثل

المشكلة في التعاون وتشكيل فرق متعددة التخصصات. يصف بورك- أكسيون وغرانلوند (Sameroff & Fiese, 2000) برنامجا تدريبيا للعاملين في مجال التدخل المبكر قائماً على تداخل التخصصات في السويد يُوّصَّل جزئيا عن طريق التعليم عن بعد والتدريب أثناء الخدمة، ويركز البرنامج على بناء الفريق وتقديم الخدمة في سياق أسرى شمولى، وسوف يقوم الباحث بتناول هذا البرنامج بشكل مفصل لاحقا في هذا الدراسة.

وتنبه جونستون (Beamish and Bryer, 1999) إلى أنه من القضايا الإشكالية في أستراليا أن"كثرة الطباخين تفسد المرق"، وهى حالة عايشها كل العاملين في مجال التدخل المبكر من حيث لا يعلمون عندما يكون العمل القائم على تداخل التخصصات. ومن أجل تفادى تلك المعضلة يصف بتراندر وزملاؤه (Thurmair & Naggl, 2000) نموذجا للتنمية المهنية في ألمانيا لدعم التعاون وتنمية الفريق للتدخل المبكر. وفي ألمانيا تتضمن الجهود المستمرة لدعم نمو فرق التدخل المبكر الإعداد الأولى للمهنيين الجدد، والتدريب الداخلى ضمن الفريق، ودوائر الجودة، والإستشارة حول الحالات بين أعضاء الفريق، والحلقات النقاشية النهارية المتنقلة، والمعرفة الحاسوبية الخبيرة، والتقييم الذاتى.

وقد كانت بارفاريا أول ولاية تنشئ مثل هذه الخدمة المهنية في عام 1975 وكانت في ذلك نموذجا للولايات الأخرى. يضم مركز الدعم قسما تربويا وطبيا بكل منهما موظفين من مهن مختلفة يعملون في تعاون وثيق. والأهداف العامة من هذا المركز هى نشر المعرفة الخاصة بالتدخل المبكر، والمساعدة في تطوير الممارسات العملية، وتعزيز التبادل والنقاش بين مراكز التدخل المبكر المختلفة، وتحسين جودة العمل والتبادل بين أصحاب التخصصات المختلفة. وبهذه الرؤية يقدم مركز الدعم تشكيلة واسعة ومتنوعة من التدريب أثناء الخدمة، فضلا عن الخدمات الإستشارية الفردية لمراكز التدخل المبكر البافارية.

وقد قدم غارلند وفرانك (Garland and Frank, 1977) مسحا مفصلا لتطور الإستراتيجيات الفعالة للعمل الجماعى في التدخل المبكر الأمريكى، وخلصا إلى أن "بناء مهارات العمل الجماعى في مستويات ما قبل وأثناء الخدمة هو الشرط الأساسى للتغييرات في توصيل خدمات التدخل المبكر، تلك التغييرات التى من شأنها أن تؤدى إلى فرق تعاونية منسقة متمركزة حول الأسرة" (p. 378).

توضح المناقشات في الولايات المتحدة الأمريكية أن مدى تنظيم ومحتوى العمل الجماعى يعتمد على الإطار القانونى والثقافي والاجتماعى الذى يقوم عليه نظام التدخل المبكر. ويثير التدخل المبكر في بارفاريا بعض التساؤلات حول العمل الجماعى تشير في اتجاه مختلف. فبسبب الظروف الهيكلية أعطى العمل الجماعى في مراكز التدخل المبكر أولوية منذ البداية. فمراكز التدخل المبكر المستقلة الـ123 يشكل كل منها 123 "فريقا" متعدد التخصصات يقوم على المدخل الشمولى للدفع furthering يعمل فيه معا خبراء في نفس البيئة ومع نفس الزملاء لسنوات. ويشكل أعضاء المركز الواحد مجموعة متعددة التخصصات يقودها متخصص في التدخل المبكر.

التعاون الدولى:

يقدم الدعم الدولى أحيانا من خلال المنظمات غير الحكومية دور فعال في تدريب وتأهيل العاملين في مجال التدخل المبكر. أن برنامج التدخل المبكر في مصر يشكل جزءا من منظمة غير حكومية ترتبط بمنظمة كريتاس الدولية. وفي جامايكا يحصل البرنامج المجتمعى ا على الدعم من خلال منظمة غير حكومية. والتدخل المبكر في البرازيل يمثل "حزمة" من الخدمات تتضمن المنظمات غير الحكومية والهيئات الحكومية البلدية والقومية والكنيسة الكاثوليكية (Odom, et. Al, 2003).

تمثل برامج تدريب العاملين على التأهيل المجتمعى شكلا محددا للدعم المقدم من جانب المنظمات غير الحكومية في عدة دول (مثل إثيوبيا والبرتغال). وتميل هذه البرامج إلى تقديم خدماتها في السياقات التى يعيش فيها الأطفال وتبنى أهدافا مختلفة مثل رفع الوعى، وتدريب الموظفين المجتمعيين، وتدريب الأسر على تنفيذ التدخل في المنزل. وفي دراسة الحالة التى أجرياها لبرنامج "خطوات متفائلة" Hopeful Steps في منطقة روبونونى Rupununi في غويانا، قدم أوتول وستوت (O'Toole and Stout, 1998) مثالا جيدا لعمل برنامج التأهيل المجتمعى. كان هدف برنامج التأهيل المجتمعى في هذه المنطقة الفقيرة أن يقيم قاعدة صلبة للدعم الأسرى والمجتمعى للأفراد ذوى الإعاقات في سياق أوسع يهيمن عليه الفقر وسوء التغذية والخرافة والنزاع المسلح. أسس برنامج التأهيل المجتمعى نظاما للتربية الصحية وتعليم القراءة والكتابة من خلال عملية توكيد ثقافي تضمنت استخدام المواد المحلية والممارسات الثقافية. وهذا البرنامج وغيره من برامج التأهيل المجتمعى تجسد الحركة بعيدا عن مداخل التأهيل التقليدية القائمة على العيادات ونحو تطوير برامج مبنية على خصائص وقيم السكان المحليين. وكما نبه أوتول وستوت (1998) فقد كان هدف مشروعهم يتمثل في تعزيز وتعهد وتمكين الأفراد المحليين لتحمل المسئولية عن الخدمات وجودة حياة الأطفال ذوى الإعاقات في مجتمعاتهم.

نموذج عالمى في تدريب وتأهيل العاملين في مجال التدخل المبكر قبل الخدمة:

منذ عام 1997 تعطى جامعة مالارادالين Malardalen درجة ماجستير في البرنامج الدولى للتدخل المبكر والدعم الأسرى. وفي خريف 2002 بدأ في تنفيذ برنامج للماجستير حول الخبرات السابقة في هذا المجال بعنوان "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل". فيما يلى وصف مفصل لهذا البرنامج.

وصف البرنامج:

ومن اشهر البرامج المعدة لتدريب وتأهيل العاملين في مجال التدخل المبكر برنامج الأطفال الصحة والتعلم والنمو والتدخل" وهذا البرنامج يقوم على تكامل وتعاون دولى وبالتحديد تعاون اوربى تقوده السويد. وتعتمد سمات هذا البرنامج على المدخل 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

المدخل 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، والإستشارة، ونماذج الحل التعاونى 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 الصحى والصحة الوقائية. ويتبنى البرنامج أهدافا مشتركة معينة للمهنيين في التدخل المبكر:

1. العمل انطلاقا من أساس نظرى سليم للتدخل المبكر.
2. تعزيز نمو الأطفال العام وأدائهم.
3. تعزيز نمو الأطفال العام وأدائهم في مجالات خاصة.
4. دعم نمو العمليات الأقرب proximal processes وكفاءة الأطفال الاجتماعية.
5. تعزيز دور الأسر في تسهيل نمو أطفالهم الصغار.
6. تمكين الأسر عبر عملية التدخل.

يرتبط هذا البرنامج بشكل وثيق مع البرنامج البحثى "الأطفال والصحة والتدخل والتعلم والنمو" Children, Health, Intervention, Learning, Development (CHILD) بقسم العلوم الاجتماعية بجامعة مالاردالين. وبرنامج "الأطفال: الصحة والتعلم والنمو والتدخل" له قاعدة بحثية في نظرية النظم والإيكولوجيا النمائية ونظرية التفاعل والتصنيف الدولى 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 ذوى الخلفية المهنية في مجالات صحة الطفل وتأهيل الطفل والخدمات الاجتماعية وما قبل المدرسة والمدرسة. وتتضمن المتطلبات خبرة سابقة في التدخل للأطفال الصغار وشهادة بكالريوس في مجال التدخل المبكر والتخصص في مجال ذى صلة ومقررات أساسية سابقة في المناهج العلمية.

وشكل البرنامج عبارة عن صيغة معدلة من التعليم عن بعد modified distance education وهو ما يعنى أن الطلاب يلتقون في الجامعة يومين متتاليين شهريا في الفصول الدراسية. والبرنامج له قاعدة على الإنترنت، حيث يم استخدام صفحة رئيسة ونظام المؤتمرات عبر الإنترنت web-based conference. ويستخدم نظام المؤتمرات للتعاون بين الطلاب في مجموعات أصغر وتوزيع المعلومات على المجموعة الأكبر. ويستخدم أيضا لإعلان المهام بحيث يستطيع الطلاب أن يقرأوا أعمال بعضهم البعض قبل الحلقات النقاشية.

والطلاب الذين يأتون من مختلف مناطق السويد وأيضا 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 جزئى يكافئ برنامج مكون من سنة واحدة بدوام كامل. ويبلغ إجمالى البرنامج 40 نقطة معتمدة سويدية تساوي 60 نقطة وفقا لنظام تحويل النقاط الأوروبي المعتمد.

مقررات البرنامج:

يضم البرنامج أربعة مقررات أساسية ومقررين مستقلين وأطروحة ماجستير (انظر جدول 9 ـ 3). وتضم المقررات محاضرات وحلقات دراسية وأعمال مقرر تطبيقية (تصحبها تغذية مرتدة/إشراف فردى أو قائم على مجموعات). والمشاركة في كل أعمال المقررات إلزامية. ويتكون الامتحان من أوراق مكتوبة تعد فرديا وفي مجموعات وتقدم في حلقات نقاشية.

الخاتمة:

يمثل التدخل المبكر للأطفال الصغار ذوى الإعاقات حديث نسبيا على مستوى العالم ويحظى باهتمام واسع. وانتشرت خدمات التدخل المبكر بشكل كبير في معظم ارجاء العالم ولم يستثنى الدول النامية ذات الموارد الاقتصادية المحدودة، ولا يزال يعمل، في إطار نموذج طبى في الاغلب او يتسم بالارشاد والتوعوى عوضا عن تقديم خدمات مباشرة. وفي الدول الأخرى الغنية بالموارد الاقتصادية التى يفترض أن الشواغل الطبية قد عولجت فيها تبعت مداخل التدخل المبكر في بعض الأحيان نموذجا تربويا ونمائيا و/أو نموذج خدمات اجتماعية. وعبر الدول يسود اعتراف عام بضرورة المداخل القائمة على تداخل التخصصات. وهناك أيضا اتفاق إجماعى على أن تدريب وتأهيل العاملين في مجال التدخل المبكر يجب أن يتضمن الأسرة باعتبارها عنصر لنجاح أى عملية تربوية وهى وسيط الخدمات للأطفال الصغار. ولابد من الاخذ بعين الاعتبار عند تدريب العاملين في مجال التدخل المبكر التلائم مع السياق الثقافي والديموغرافي والسياسى للدول والجماعات المحلية. والتدخل المبكر بذلك يخلق خصوصياته في مجتمع عالمى. ومن خلال التعلم حول هذه الخصوصيات واختلافاتها عبر الدول والثقافات.

المراجع

- سليمان، سعيد أحمد (1990). **نموذج مقترح لتخطيط برامج تدريب المعلمين أثناء الخدمة**. القاهرة: دار الفكر.
- سكر، ناجي رجب، والخزندار، نائلة نجيب (2005). مستويات معيارية مقترحة لكفايات الأداء اللازمة للمعلم لمواجهة مستجدات العصر، **المؤتمر العلمي السابع عشر "مناهج التعليم والمستويات المعيارية"**، 26 ـ 7/27.
- التميمي، احمد (2011) التدخل المبكر عبر العالم، مركز الترجمة، جامعة الملك سعود: الرياض.
- Alur, M. (2000). Exclusion of children with disabilities in India: A policy perspective. Paper presented at the 6th International Conference for Children, Edmonton, Alberta, Canada.
- Aranha, M.S. (2000). Analise 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.
- 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.
- Bjorck-Akesson, E., & Granlund, M. (1997). Changing perspectives in early intervention for children with disabilities in Sweden. Infants and Young Children, 9, 56-68.
- Boavida, J. (1992). Community involvement in an early intervention project in the Coimbra region. Paper presented at the fourth International Portage Conference, Ocho Rios, Jamaica.
- Council for Exceptional Children (2004). The Council for Exceptional Children definition of a well prepared special education teacher. Retrieved March 16, 2009 from http://www.cec.sped.org/Content/ NavigationMenu/Professional Developm ent/ProfessionalStandards/ well-prepared-final.pdf
- Garland, C.W., & Frank, A. (1997). Building effective early intervention teamwork. In P.J. Winton, J.A. McCollum, & C. Catlett (Eds.), Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies (pp. 363-391). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Desta, D. (2000). Attitudes toward disability and the role of community based rehabilitation programs in Ethiopia. Dissertation, University of Joensuu, Finland.
- Fadiman, A. (1997). The spirit catches you and you fall down. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- 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.
- Gao, M., Xiang, B., & Jing, G.Z. (1999). Xueqian teshu jiaoyu shijian: Yitihua jiaoyu de tujing [Practice of preschool special education: An approach of integration education]. Zhongguo Teshu Jiaoyu [Special Education in China], 3, 12-15.
- Griffin, G. (1999). Changes in teacher education: looking to the future. The Education of Teacher, part 1.Chicago: The University of Chicago Press
- Klein, P.S. (1996). Early intervention: Cross-cultural experiences with a mediational approach. New York: Garland Publishing.

- McLeskey, J., Tyler, N., & Flippin, S. (2003). The supply of and demand for special education teachers: A review of research regarding the nature of the chronic shortage in special education. (COPSSE Document Number RS-1). Gainesville, FL: University of Florida, Center on Personnel Studies in Special Education.
- National Research Council (2001).Educating Children with Autism. Washington, DC: National Academy Press.
- New Zealand Ministry of Education. (1996). Te whariki [Early childhood curriculum]. Wellington, New Zealand: Author.
- Odom, S.L., & Wolery, M. (in press). A unified theory of practice in Early Intervention/Early Childhood Special Education: Evidence-based practice. Journal of Special Education.
- Odom, Samuel L. et al. (2003) Early intervention practices around the world. Baltimore, MD: Paul H. Brookes
- O'Toole, B., & Stout, S. (1998). Hopeful steps in the Rupununi: One response to meeting the challenges of special needs in the interior of Guyana. Coordinators' Notebooks: An International Resource for Early Childhood Development, 22, 28-35.
- Peterander, F. (Ed.). (1996). Helios IIfinal report—Early intervention: Information, orientation and guidance of families: Thematic Group 1. Munich, Germany: LMU Munich.
- Sally, B. A. (2004). Effective Programs for training Agricultural teacher on the Use of Technology. Available at; www.bls.gov/hom./htm, Retrieved on:27/4/2007,1-18.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The development 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.
- Stahmer, A., Collings, N., & Palinkas, L. (2005). Early intervention practices for children with autism: Descriptions from community providers. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 20(2), 66-79.
- Sykes, G. (1996). Reform of and as professional Development. Phi Delta Kappa, 77,(7), 465-467.
- 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. (1992). 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., & 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).
- Thurmair, M., & Naggl, M. (2000). Praxis der Frtthfdrderung [Practice of early intervention]. Munich/Basel, Germany: Ernst Reinhardt.
- Winton, P.J., & McCollum, J.A. (1997). Ecological perspectives on personnel preparation: Rationale, framework, and guidelines for change. In P.J. Win-ton, 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://wvvw3.who.int/ icf/icftemplate.cfm.