

نحو تنظيم جهد وطني لبرامج التدخل المبكر

إعداد : د. عبدالعزيز السرطاوي

مقدمة

لقد خطى ميدان التربية الخاصة خطوات رائدة نحو تقديم خدمات أفضل للأفراد المعوقين . ويدرك المتتبع للمعاملة التي كانت تلقاها هذه الفئة خلال الحقب التاريخية المختلفة حجم المعاناة ومقدار القسوة التي عوملوا بها. فقد افتقرت تلك المعاملة الى الأسس الموضوعية والعلمية بحيث أصبح ينظر اليهم على أنهم موضعاً للسخرية والهزل أو مصدراً للأوبئة والأمراض، وفي أحسن الأحوال كانت معاملتهم تستند على مبادئ الشفقة والرحمة التي تنبع أصلاً من أسس دينية وعقائدية مختلفة. ونتيجة للنظرة السابقة وما صاحبها من إهمال ورفض، تم حصرهم في مؤسسات داخلية تعني برعايتهم وتقوم بتزويدهم بالخدمات الانسانية والاجتماعية فقط. واستمر الحال كذلك حتى منتصف القرن الحالي حين انتشرت عمومية التعلم لجميع أفراد المجتمع و بالتالي فقد بدأت برامج المعوقين في شق طرقها نحو المدارس العادية وخاصة تلك البرامج المصممة لفئات الإعاقة البسيطة. أما في النصف الثاني من هذا القرن فقد شهد مجال التربية الخاصة تطوراً نوعياً وكمياً نحو تقديم خدمات أشمل وأكثر تطوراً، وساهم في ذلك :

١- الأساس التشريعي والقانوني حيث ظهرت التشريعات والقوانين الخاصة بالمعوقين وأخذت المؤسسات الحكومية تمارس صلاحيات قانونية تكفل جميعها حق المعوق في تلقي الخدمات العلاجية والتربوية المناسبة .

٢- الأساس الاجتماعي والإنساني الذي يقوم على اعتبار الفرد المعوق إنسان لا يجوز حرمانه أو عزله عن أسرته ومجتمعه.

٣- الأساس الإقتصادي الذي يظهر قدرة المعوق على العمل والإنتاج وفق إمكانياته، إضافة إلى ما أثبتته الدراسات والأبحاث من إنخفاض معدل التكلفة المادية فيما لو تم تدريب الأفراد المعوقين وتأهيلهم، وكذلك النتائج المشجعة التي أظهرت مدى قدرة المعوقين على التدريب والنجاح.

٤- ظهور مجموعات الأهل وما نتج عنها من تشكيل المجموعات الضاغطة.

٥- التقدم الطبي والعلمي الهائل وما صاحبه من كشف العديد من مسببات الإعاقة وتوفير التدابير العلاجية اللاحقة.

ويشكل عام فإن هذه التطورات الحديثة في مجال التربية الخاصة وما شهدته السنوات القليلة الماضية من تقدم كمي ونوعي في هذا المجال يعتبر نتيجة حتمية لظهور العديد من المبادئ الأساسية والأسس الإجتماعية والتشريعية وعلى الأخص :

١- الدمج :

وما يتطلبه هذا المبدأ من وضع المعوقين مع العاديين في البرامج التربوية والإجتماعية وفق إجراءات وخطط مدروسة، إضافة إلى إتباع خطوات مبرمجة توضح مسؤوليات تنفيذ البرامج لدى كل من المدرس العادي والمدرس الخاص والهيئة الإدارية وإخصائي الخدمات المساندة.

٢- البيئة الأقل تقييداً أو محدداً :

ويعمل هذا المبدأ فلسفة ما يجب أن يكون عليه الوضع التربوي للأطفال المعوقين. ويعني هذا المفهوم إمكانية البحث عن بدائل أخرى غير المؤسسات العادية بحيث أنه يجوز فقط وضع الطفل المعوق في المؤسسات الخاصة بالمعوقين عندما تستنفذ جميع الجهود والتأكد من عدم إستفادته من المؤسسات العادية.

٣- التطبيع أو العادية :

يوضح نيرجي (Nirje, 1976) أن مفهوم العادية يعني جعل نمط حياة المعوقين وظروف معيشتهم اليومية قريبة ما أمكن من ظروف الحياة العادية التي يمارسها بقية أفراد المجتمع. ويتيح هذا المبدأ فرص قيام المعوقين بجميع مناحي الحياة اليومية للعاديين، وهذا يعني أن يتوفر للمعوقين فرص مشاركة العاديين نفس الأنشطة والمسؤوليات، وكذلك تزويدهم بالخبرات النمائية العادية وإتاحة المجال أمامهم للاستفادة من حرية الاستمتاع واختيار ما يلائمهم من أشكال العلاقة مع الآخرين والاختيار المهني الذي يحقق رغباتهم .

أما في الوطن العربي فإنه يلاحظ أن خدمات التربية الخاصة قد تأثرت بعوامل عديدة أبرزها الأساس الديني الذي لعب دوراً هاماً في التركيز على النظرة الإنسانية وتوجيه الخدمات للمعوقين. وقد برزت في الآونة الأخيرة بعض الجهود الفردية والتطوعية التي أسهمت في توفير نوع من الخدمات الاجتماعية والتطوعية إضافة إلى ما تقدمه المؤسسات الحكومية المختلفة. والمتتبع لميدان التربية الخاصة في الوقت الحاضر يلحظ مدى الاهتمام الذي بدأ يبرز نحو المعوقين وبرامجهم وفق المزيد من الأسس العملية المدروسة. ويعود السبب في ذلك أساساً إلى وجود بعض المختصين الذين أسهموا في نقل تجارب بعض الدول المتقدمة، وكذلك توفر العديد من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والحضارية. أما بالنسبة لخدمات التدخل المبكر لمن هم في سن ما قبل المدرسة فلم تشهد أي من الدول العربية وجود خدمات منظمة فيما عدا بعض المحاولات المحدودة. ولذلك فإن التقدم الملحوظ الذي تشهده الدول العربية في مجال التربية الخاصة لا ينطبق بأي حال من الأحوال على خدمات التدخل المبكر مما يستدعي بالضرورة الإلتفات بعين الجديدة إلى الأطفال في هذه المرحلة وتقديم ما يناسبهم من خدمات تتطلبها ظروف إصابتهم وحاجاتهم الخاصة.

وبما أن الإعاقة تعتبر أحد القضايا الاجتماعية التي لاقت إهتماماً متزايداً في الآونة الأخيرة وذلك لما لها من آثار سلبية على كل من الفرد المعوق وأسرته ومجتمعه فقد عملت مختلف المنظمات والهيئات الدولية المهتمة بشؤون الإعاقة على الدعوة للتصدي لهذه الظاهرة الاجتماعية بشتى الإمكانيات والطرق. ويعتبر التدخل المبكر بمفهومه الشامل أحد أفضل السبل الكفيلة بالحد من الإعاقة أو التخفيف من الآثار المترتبة عليها .

وبناء عليه فقد هدفت الدراسة الحالية إلى توضيح مفهوم التدخل المبكر وأهميته ومن ثم تقديم تصور مبسط وشامل لطبيعة إجراءاته وأساليبه وذلك بقصد تمكين الجهات المعنية بشؤون الإعاقة سواء كانت رسمية أم غير رسمية من رسم السياسات الوطنية ووضع الإجراءات التنفيذية في هذا الخصوص. وبذلك فهي ليست معنية بدراسة الخدمات القائمة أو تقييم مستوى فعاليتها .

مفهوم التدخل المبكر

يقصد بالتدخل المبكر بمفهومه العام الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة. ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعننين أنفسهم وإنما يشمل أيضاً أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي. فبعد إجراءات عمليات المسح أو التشخيص الضرورية بهدف الكشف عن الأعراض الدالة على الاعتلالات والإصابات في مختلف الجوانب المعرفية والجسمية والسلوكية، يمكن لكل من الجهات المعنية تقديم الخدمات اللازمة وفق حاجات الأطفال وخصائصهم الفردية. وكما أشار القريوتي (١٩٩٠) إلى أن الرعاية المبكرة تشمل أيضاً تلك الحالات الأكثر عرضة للإصابة أو أولئك الأطفال الذين لم تكن إعاقاتهم ظاهرة

وإنما يستدل على احتمال وجود مشكلات مستقبلية لديهم من خلال تتبع ظروفهم الأسرية والبيئية وبعض الظروف الأخرى التي قد تجعل منهم أكثر عرضة للإصابة مثل (الأطفال الذين ينحدرون من بيئات اجتماعية وأسرية فقيرة ومفككة أو المحرومون ثقافياً أو الذين يولدون غير مكتملي النمو أو ناقصي الوزن أو من تعرضوا أثناء فترة حملهم وولادتهم إلى إصابات معينة). وفي مثل هذه الأحوال والظروف تلعب الأسر وأولياء الأمور دوراً مميزاً في نوعية الخدمات المقدمة سواء أكانت تشخيصية أم وقائية أم علاجية مما يستدعي تضمينهم في كافة البرامج والخطط المستقبلية.

أما على مستوى البيئة والمجتمع المحلي فإن الغرض من خدمات الرعاية المبكرة وبرامجها يكمن في التقليل من الحواجز والعوائق المتواجدة في البيئة المحلية وكذلك في تطوير وتحسين إجراءات السلامة المتوفرة محلياً، إضافة إلى إمكانية شمولها على تعزيز وتنمية برامج التوعية الاجتماعية بمشكلات الإعاقة والآثار السلبية المترتبة عليها.

أهمية ومبررات التدخل المبكر

يركز أنصار التدخل المبكر في تجميع أدلتهم حول أهميته ومبرراته بالرجوع إلى ما توصلت إليه الدراسات ذات العلاقة بمثل هذه البرامج. وتعتمد تلك الأدلة على نتائج الأبحاث النفسية والتربوية وإعتبار السنوات الأولى من حياة الطفل ذات أهمية بالغة في نموه، وبذلك فإن التدخل في هذه المرحلة سوف يسهم بدون أدنى شك في تنمية قدرة الطفل العقلية والحركية وسلوكه الاجتماعي والإنفعالي (Begali, 1980). إضافة إلى أن مثل هذه البرامج قد تمنع الإعاقة وتحول دون وصم الطفل بالإعاقة أو إنها قد تخفف من تطورها وهي بذلك تحد من التكلفة والجهد المترتب على البرامج الخاصة اللاحقة. وقد ركز بجالي (Begali, 1980) على أهمية المثيرات البيئية المقدمة للطفل

وكذلك البرامج المبكرة وإعتبرها ذات أثر كبير في تنمية الطفل وتوسيع مخزونه وقدراته على الأخص في الجانب الاجتماعي ويرجع السبب في ذلك إلى أن السنوات الأولى من حياة الطفل والتي يمكن تحديدها منذ الولادة وحتى سن السادسة تعتبر ذات أهمية خاصة وأن أي خلل أو فشل في هذه الفترة يؤثر على النمو عموماً ما يستدعي لاحقاً تطوير برامج خاصة لمعالجة تلك الحالة. ويؤكد ذلك أيضاً ما أشار إليه كل من كراتي (Cratty, 1977) سمارت وسمارت (Smart & Smart, 1973) إلى مدى تفاعل الطفل منذ ولادته مع ما يحيط به من عوامل إجتماعية وبيئية تعمل مباشرة لتشكيل سلوكه وقدراته بحيث تصبح المفاهيم اللغوية ومهارات الاتصال اللغوي وكذلك المفاهيم المعرفية الأولية للطفل كالوقت والمساحة والأرقام أكثر موضوعية وتجريداً كلما كانت الخبرة التي تعرض لها الطفل أعمق وأكثر إثارة. وبناء عليه فإن توفير برامج ملائمة في التدخل المبكر بحيث تكون غنية بالمشيرات والخبرات المتخصصة يساعد بشكل مؤكد أولئك الأطفال في إكتساب مختلف المفاهيم والمهارات الإجتماعية الضرورية وفق كل مرحلة من المراحل النمائية المختلفة. ويعود السبب في التركيز على مثل هذه المهارات إلى إفتقار فرص التكيف الإجتماعي لدى العديد من الأطفال وخاصة ممن ينحدرون من بيئات إجتماعية فقيرة أو محرومة. وفي حقيقة الأمر فإن تنمية المهارات الإجتماعية يعتبر من صلب التخطيط لبرامج التدخل المبكر. ومن أمثلة المهارات المتضمنة في تلك البرامج :

- تنمية المهارات الإستقلالية بحيث يتمكن الأطفال من الإستمرار على مقاعد الدراسة بمفردهم وبدون مساعدة الآخرين.
- الإستجابة بشكل مقبول لأشخاص غير مألوفين.
- تحمل مسؤوليات في مهارات العناية بالذات.

- بدء الأنشطة الاستقلالية وإكمالها.
- التفاعل الإيجابي مع الأطفال الآخرين.
- أخذ الدور والمشاركة في الأنشطة الجماعية.
- التقيد بحق ملكية الآخرين للأشياء.
- مقدرة على التمييز بين ما هو متوقع في البيت أو المدرسة أو المجتمع بحيث يستطيعوا تكييف سلوكهم الإجتماعي طبقاً لذلك .

هذا وتوفر أدبيات التربية الخاصة عدداً كبيراً من النتائج الدالة على فاعلية برامج الوقاية والتدخل المبكر. فعند مقارنة الأطفال المعوقين الذين لم يتلقوا خدمات بأولئك الذين تلقوا تلك المساعدة يظهر مدى التحسن الواضح على تلك الفئة من الأطفال الذين سبق لهم وأن تلقوا تلك الخدمات في سن مبكرة. وتتضح أهمية مثل هذه البرامج المبكرة في التقليل من الحالة إلى البرامج المتخصصة اللاحقة ذات التكلفة العالية. وللتدليل على ضخامة تلك التكلفة فقد قام ستوك وآخرون (Stock & et al, 1976) بدراسة لحوالي سبعمائة طفل شاركوا في مثل هذه البرامج، ووجد بأن حوالي ثلث هذا العدد لا يحتاج لاحقاً إلى خدمات تربوية متخصصة عند دخولهم الصف الأول، بينما يحتاج الثلث الثاني إلى دخول الصف الأول مع توفير بعض الخدمات التربوية المساندة والمتخصصة، أما بقية الأطفال فقد احتاجوا إلى صفوف خاصة.

أما من حيث التكلفة المادية فقد أظهرت نتائج الدراسة المتعلقة ببرامج التدخل المبكر إنه كلما تم التبكير بخدمات التدخل والوقاية المقدمة للطفل وأسرتة كلما زادت فعالية تلك الخدمات وفوائدها، فقد أشارت بعض البرامج إلى أن تكلفة رعاية الطفل منذ سن الولادة وحتى سن الثامنة عشر تقل بنسبة ٤٠٪ تقريباً من التكلفة فيما لو

تأخر بدء تقديم الخدمة حتى سن السادسة. كما أشارت وود (Wood, 1981) فإن وقت تقديم الخدمة يعتبر أمراً هاماً، فعند تقديمها متأخرة يزداد عدد الأطفال الذين يمكن أن يكونوا بحاجة لخدمات مستقبلية متخصصة مما يزيد بالتالي من التكلفة المادية. وقد تمت الإشارة إلى تخفيف التكلفة المادية في تقرير اليونسيف لعام ١٩٨٠م عندما أوضح أهمية التدخل المبكر في التوفير من تكلفة العناية الصحية اللاحقة والتخفيف من دعم المؤسسات الرسمية أو غير الرسمية لاحقاً. وأخيراً فقد أشار نفس التقرير إلى أنه كلما زاد وعي وإدراك المجتمع للتكلفة الناتجة عن وجود الإعاقة كلما حاول إتخاذ التدابير اللازمة في الوقاية وتقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية بشكل مبكر.

أما من حيث تأثير برامج التدخل المبكر على الأداء المدرسي فقد كانت نتائجه مشجعة وذلك وفق ما أشارت إليه نتائج دراسة لارار (Larar, 1971) التي حلل فيها نتائج خمس عشر دراسة طولية لأطفال معوقين ينحدرون من أسر ذات دخل إقتصادي متدني ومسجلين في برامج الرعاية المبكرة. وقد أشارت نتائج الدراسة عموماً إلى مدى التأثير الإيجابي والسريع لتلك البرامج على أداء الأطفال المدرسي في جميع المواد الأكاديمية والمتطلبات المدرسية .

ويشكل عام، فقد لخصت بترسون (Peterson, 1987) مبررات التدخل المبكر وأهمية في عدة نقاط منها :

١ - تشير نتائج الدراسات والأبحاث إلى وجود فترات غمائية حرجة وعلى الأخص في السنوات الأولى من حياة الطفل حيث يكون الطفل أكثر عرضة وحساسية وتأثراً بالخبرات المحيطة، وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة يمكن أن يطور الأنماط الأولى من التعلم والسلوكيات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة.

٢- أهمية المؤثرات البيئية والمتغيرات المحيطة على تشكيل عملية التعلم وخاصة إذا ما أخذنا بالاعتبار عدم ثبات القدرات العقلية في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، ولذلك فإن تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سوف يسهم بالتأكيد في تنمية قدرات الطفل المختلفة.

٣ - في ظل عدم توفر برامج الرعاية المبكرة فإن ظروف الإعاقة وكذلك حالات الأطفال الأكثر عرضة يمكن أن تؤثر سلباً على تعلم الطفل وتنمية قدراته.

٤ - يحتاج الأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بناءه ومنظمة من العلاقة الأسرية مع طفلهم كي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والإثارة والتدريب في تلك الفترة النماية الحرجة.

٥ - تشير الدلائل بشكل مؤكد إلى الجدوى الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن تقديم الخدمات بشكل مبكر وخاصة في التقليل من الأعباء المادية المترتبة على تأخيرها أو عدم تقديمها مبكراً وكذلك في امكانية التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية اللاحقة .

الدول النامية وبرامج التدخل المبكر

لقد أشار تقرير اليونسيف حول الدول النامية والصادر سنة ١٩٨٩ إلى احتمال ولادة طفل يعاني من إعاقة ما من بين كل عشر أطفال، وقد تصل هذه النسبة في بعض الأحيان من ١٥ - ٢٠٪ من مجموع الأطفال حديثي الولادة وذلك تبعاً للعوامل الوراثية والظروف البيئية المحيطة.

ويلحظ في البلدان النامية التي يعيش فيها الغالبية العظمى من أطفال العالم بأن ما تم بذله من إجراءات في الوقاية والمعالجة يعتبر محدوداً وقاصراً وخاصة إذا ما

أخذنا بالاعتبار ضخامة المشكلات التي تعاني منها تلك المجتمعات. فمشكلات الإعاقة مثلاً في هذه الدول تعود أساساً إلى المحددات الحتمية البيئية كالحرمان وعدم توفر الإمكانيات المادية اللازمة أو عدم التخطيط. ولتحسين هذا الواقع وتطويره فإن الأمر يتطلب بذل المزيد من الوقت والجهد والعمل على تطوير اتجاهات إيجابية نحو الإعاقة وكذلك استخدام إستراتيجيات الوقاية والتدخل بشكل أكثر تطوراً. ويعتبر توظيف العديد من أشكال المساعدة الصحية والاجتماعية والتربوية المتوفرة محلياً بشكل يضمن تطوير تلك الخدمات وتوسيع مداها كي تشمل الفئات الخاصة من الأطفال أمراً في غاية الأهمية. ويمكن أيضاً أن تنجح إجراءات التدخل وبرامجه المختلفة فيما لو تمت الاستفادة بشكل أكبر من الخبرات المتخصصة المقدمة من المنظمات والهيئات العالمية ذات العلاقة أو من برامج المساعدات الثنائية المقدمة من الحكومات والدول المتقدمة في هذا الميدان.

وبشكل عام فإنه لا يتوفر لدى معظم أفراد المجتمعات النامية معلومات كافية عن الإعاقة أو مفهومها أو إجراءات الوقاية منها ومعالجتها، فضلاً عن أن معظم تلك المعلومات قد تبدو مشوشة أو غير واقعية وهذا الوضع لا يقتصر بطبيعة الحال على عامة الناس بل يتعداه إلى عدد لا بأس به من المعنيين أو القائمين على برامج الفئات الخاصة. وعلى الرغم من ضخامة المشكلة وحجم تأثيرها فإنه يلحظ إذا ما نظرنا إلى حجم الجهود المبذولة أو ما يتم إنفاقه على الأطفال المعوقين أو ممن هم أكثر عرضة للإصابة بالإعاقة، محدودية البرامج المعنية وإفتقارها إلى التخطيط وعدم موازنتها في نفس الوقت لحجم المشكلة وفداحتها. ومما تجدر الإشارة إليه أيضاً أن معظم البرامج والخدمات الصحية والتعليمية لا تصل في غالبيتها لجميع فئات المجتمع وبالتالي فهي في الغالب تستثنى المعوقين من مجال اهتمامها ورعايتها.

وبالتحديد فإن تقرير اليونسيف الذي سبقت الإشارة إليه قد لخص المشكلات الخاصة التي تعاني منها تلك الدول في مجال الوقاية والتدخل المبكر بما يلي :

- ١ - انخفاض الوعي الصحي والإجتماعي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.
 - ٢ - وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن إعتبارهم من صلب الفئات المحرومة أو التي لا تتلقى المستويات الدنيا من الخدمات الضرورية.
 - ٣ - غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها لدى غالبية أفراد المجتمع.
 - ٤ - انعدام أو عدم كفاية البرامج الملائمة حول الوقاية أو العوامل المسببة للإعاقة وندرة الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة وخاصة في مجال الوقاية والرعاية الصحية والأولية.
 - ٥ - وجود عوائق مادية وجغرافية من مثل عدم توفر الدعم المادي اللازم وإتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة.
 - ٦ - غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوفرة محلياً سواء كانت إجتماعية أو تعليمية أو صحية .
 - ٧ - ندرة استغلال المصادر المحلية بشكل أمثل.
 - ٨ - إعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعوقين في أدنى سلم الأولويات لدى كثير من المجتمعات النامية.
- وعلى الرغم من فداحة هذه المشكلات وضخامتها فإنه يمكن تخفيفها أو الحد منها بدرجة كبيرة في حالة الإلتزام ببعض الأسس والمبادئ العامة التالية وما يصاحبها من تفضيلات وخطوات إجرائية لاحقة :

١ - يعتبر التوسع في الخدمات وتنمية برامج الرعاية المبكرة أمراً حيوياً يجدر تعزيزه بحيث تصبح تلك الجهود جزءاً رئيسياً من خطط التنمية الوطنية المصممة خصيصاً لتطوير جميع المرافق والخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية.

٢ - بذل جهود نوعية للمحافظة بأقصى درجة ممكنة على النمو الطبيعي للطفل. وتشكل الأسرة أداه رئيسية لنجاح هذا الإجراء عندما يتم تنمية قدراتها ودعم إمكاناتها في التعامل الأمثل مع مشكلات الإعاقة لدى طفلها.

٣ - أن تلعب المؤسسات المحلية المختلفة سواء كانت تابعة لجهات رسمية أم تطوعية دوراً مسؤولاً في تنظيم وتنسيق جهودها وتوجيه خدماتها ودعمها المادي والمعنوي لكل من الأسر والأطفال أنفسهم. ويتطلب ذلك العمل الجاد من قبل المختصين توفير المواد التدريبية والبرامج والمعلومات اللازمة للعاملين لدى تلك المؤسسات .

٤ - تهيئة الكوادر المتخصصة للعمل على تدريب الأسر والأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

٥ - التركيز أولاً وقبل كل شيء على الوقاية من الإعاقة.

٦ - الاهتمام بالتعرف المبكر على الحالات والإسراع ما أمكن في تقديم الخدمات العلاجية الملائمة. ولتحقيق ذلك فإن الأمر يتطلب إثراء وتطوير برامج الخدمات الأساسية المتوفرة محلياً ومن ثم إستغلالها والإستفادة منها في تنفيذ تلك البرامج .

ويتفق مع تلك الأسس والمبادئ ما أقره المجلس التنفيذي لليونسيف سنة ١٩٨٠ من اقتراحات وغيرها من التوصيات المقدمة لمؤتمر الاسكوا المنعقد في عمان ١٩٨٩م. وقد ركزت تلك المقترحات على ضرورة تنفيذ استراتيجية موسعة للوقاية من العوق وإعادة التأهيل ، وإعتمدت هذه الاستراتيجية على ثلاثة عناصر أساسية :

١ - الوقاية الفعالة من اعتلالات الاطفال وذلك من خلال التطعيم ضد الأمراض المعدية وتوفير مواد غذائية إضافية للحد من الإضطرابات الناشئة عن النقص في فيتامين (أ) واليود. وإتخاذ التدابير اللازمة للحد من الاصابات الناتجة عن الحمل أو الولادة أو الحوادث.

٢ - الكشف المبكر عن الحالات والتدخل للحد من آثار العوق.

٣ - الإعتماد على العائلة والمجتمع كأداة أولية لتوصيل الخدمات للأطفال المعوقين .

وتؤكد هذه المقترحات أيضاً على ضرورة وضع إجراءات أفضل لمتابعة ورصد الولادة قبل الولادة وأثنائها وبعدها ويمكن لوحدة العناية الصحية الأولية وغيرها من هياكل الخدمات الصحية والمجتمعية أن تلعب دوراً فعالاً في هذا الخصوص. ولا تقتصر تلك المتابعة على توفير التغذية والتطعيم والخدمات الصحية المختلفة بل تصل الى ضرورة التدخل المبكر قبل أن تؤدي تلك الظروف إلى احتمال حدوث إعاقات أو إصابات بدنية وعقلية أو إضطرابات إنفعالية.

وتنسجم توجيهات اليونسكو (١٩٨٩) المقدمة لنفس المؤتمر مع تلك الاقتراحات حينما أشارت إلى أن الشكل الأول من التدخل التربوي يكمن في نوعية تلك الخدمات أولاً والتربية الموجهة نحو الوقاية من حالات الإعاقة ثانياً. فقد أصبح من المعروف أن كثيراً من العلل أو الإعاقات أو الإصابات يمكن منعها أو تخفيفها إلى حد كبير فيما لو كانت الأسر المعنية تتمتع بدرجة كافية من الوعي بالإجراءات الصحية المتوفرة محلياً وسبل الاستفادة منها. وكذلك يمكن الوقاية من كثير من حالات العوق الناتجة عن حوادث العمل والموار فيما لو نفذت التعليمات الإدارية والفنية وازداد الوعي بكافة الإجراءات الوقائية اللازمة .

وأخيراً فقد أشارت توصيات مؤتمر الاسكوا المنعقد في عمان (١٩٨٩) إلى أن التعامل مع قضايا المعوقين يجب أن لا تستند على إعتبارات عاطفية بل يجب أن تبني أولاً على أسس من الوعي الكامل بأهمية إدماجهم في عمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وفي هذا الشأن يوصي المؤتمر بأن تأخذ السياسات الاجتماعية والاقتصادية بعين الاعتبار إحتياجات المعوقين وخصائصهم المميزة. وقد أولى المؤتمر أهمية خاصة لضرورة إجراء تنسيق فعال بين مختلف الوزارات والأجهزة الحكومية والهيئات التطوعية للوصول إلى وضع سياسات موحدة في هذا الخصوص .

نحو سياسة وطنية للتدخل المبكر

يعتمد تطوير الخطط والسياسات الوطنية في أية مجال من مجالات التنمية عموماً على عوامل متعددة أهمها دراسة واقع الخدمات المتوفرة محلياً ومراعاة العوامل الاجتماعية والثقافية السائدة وأخذها بعين الإعتبار. ويعتبر موضوع التدخل المبكر ورعاية شؤون المعوقين أحد مجالات التنمية التي لاقت عناية خاصة في مختلف المجتمعات المتحضرة. ويدراسة واقع خدمات التدخل المبكر في المجتمعات النامية فإننا نجد أنها ليس فقط قاصرة ومحدودة في معظم الأحيان بل أنها عشوائية وغير مدروسة، فهي تعتمد غالباً على الجهود الفردية أو التطوعية وتفتقر في نفس الوقت إلى التنسيق والتخطيط المسبق. وقد تمت الإشارة إلى هذا الواقع وبشكل مستفيض في الجزء الخاص بواقع خدمات التدخل المبكر في الدول النامية من خلال ما أثبتته تقارير المنظمات والهيئات الدولية المعنية. ويبدو أن معالجة هذا الواقع يكمن أولاً في التفكير جدياً بإصدار التشريعات والقوانين التي تكفل حقوق هذه الفئات من الأطفال في تلقي الرعاية المبكرة وتلزم في نفس الوقت الجهات المعنية على تحمل مسؤولياتها نحوهم.

وعلى ضوء ما تمت الإشارة إليه من معلومات تؤكد مدى التشابه الكبير بين معظم الدول النامية في درجة إفتقارها إلى مثل هذه الخدمات، فإن إجراء الأبحاث المتعلقة بدراسة الواقع ومسح طبيعة الخدمات على المستوى الوطني والقومي لأي منها يصبح أمراً على درجة من الأهمية وذلك لمعرفة مدى توفر هذه الخدمات وتوزيعها الجغرافي وأفضل السبل التي ستسهم في تطوير استراتيجية متكاملة في هذا السياق. وإلى حين دراسة الواقع والبحث في شكل الخدمات المتوفرة وحتى لا تشكل مثل هذه الأبحاث والدراسات المسبقة عائقاً أو حاجزاً في وجه التخطيط ورسم الأطر والسياسات العامة لبرامج التدخل المبكر، فإنه يمكن بدون أدنى شك الإسراع في مناقشة ووضع الأطر والسياسات العامة لتلك البرامج، على أن توضح الإجراءات العملية والتنفيذية لاحقاً بعد فترة معينة من التخطيط والدراسة.

وفي ضوء ما سبق فإنه يمكن إقتراح عدد من الأسس والمبادئ والعناصر الأساسية لأية سياسة وطنية مستقبلية نحو التدخل المبكر على نحو يشمل كلا من مرحلة الخدمات الوقائية والمرحلة التشخيصية والمرحلة العلاجية والتربوية وأية اعتبارات أخرى لاحقة .

أولاً : مرحلة الوقاية :

لقد اختلفت النظرة الحديثة لمفهوم الوقاية عما كانت عليه سابقاً، فحسب المفهوم الشمولي الذي تبنته منظمة الصحة العالمية (WHO, 1976) فإن الوقاية لم تعد تقتصر على تلك الإجراءات التي تحد من احتمال حدوث الإعاقة بل أصبحت تشمل على إجراءات تهدف إلى منع تطور الحالة إلى درجة من العجز والإعاقة، وكما أشار القريوتي (١٩٩٠) في عرضه لمفهوم الوقاية وفق تعريف منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٧٦م فإنه يقصد بها ما يلي :

"مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الحيلولة دون / أو الاقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، وكذلك الحد من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر والبناء مع بيئته ومجتمعه وذلك بأقل درجة ممكنة من المحددات ، إضافة إلى توفير كافة الفرص والإمكانات الملائمة بشكل يسمح للفرد باقترايه ما أمكن من حياة العاديين. وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو إجتماعي أو تربوي أو تأهيل "ص(٤)

وللوقاية من الأمراض وخاصة المعدية منها كالحصبة الألمانية والزهري مثلاً والتي قد تؤدي إلى العديد من الإصابات والإعتلالات يمكن لمراكز الأمومة و الطفولة أن تلعب دوراً نشطاً في هذا المجال. ويجدر التركيز هنا إلى أهمية تطوير وتنمية هذه المراكز وتحسين وتوسيع نطاق خدماتها الحالية واستحداث مراكز أخرى بحيث تكون موزعة على جميع المناطق الجغرافية والأحياء السكنية وذلك كي يتمكن جميع أفراد المجتمع دون استثناء من الاستفادة منها بأقصى درجة ممكنة من السهولة واليسر .

ويعتبر تطعيم الأطفال وفق برامج مناسبة من حيث تحديد نوعية المطاعيم والفئة العمرية المستفيدة منها من الأولويات والمهام الرئيسية التي يجب تنفيذها من قبل مراكز الأمومة والطفولة. ويسهم في نجاح هذه البرامج تطوير سجلات خاصة بحالات الأطفال توضح نوعية المطاعيم التي تلقوها والقيام بتوعية أفراد المجتمع بأهمية المطاعيم وأماكن توفرها في المناطق المختلفة. وتستطيع مراكز الأمومة والطفولة أن تولي عنايتها أيضاً بتوفير خدمات الإرشاد الجيني من خلال توظيف كوادر متخصصة يمكن تعيين بعضهم في المناطق النائية على وجه الخصوص. وتوجه مثل هذه

الخدمات الإرشادية للأسر الذين سبق وأن حدث لأحد أطفالها حالة إعاقة أو للأسر التي تبدي رغبتها في تلقي الإرشاد قبل الإنجاب أو للمقبلين على الزواج .

ثانياً: مرحلة التشخيص :

ويقصد بالتشخيص هنا تحديد طبيعة المشكلة أو الإعاقة التي يعاني منها الطفل بحيث تتطلب حالته التدخل المبكر وتقديم الخدمات العلاجية اللاحقة. ويسمح التشخيص الملائم باتخاذ القرار والإجراءات القانونية المتعلقة بوصف الحالة وتحديد المكان التربوي المناسب عندما تثبت حاجتها لتلقي مثل تلك الخدمات. ونظراً لخطورة التشخيص وأهميته في نفس الوقت فقد حددت معايير وخطوات وإجراءاته من قبل عدد كبير من المراجع العلمية والدراسات والأبحاث المستفيضة. ويمكن تلخيص معايير التشخيص وإجراءاته وفق مراحلها المختلفة وعلى الأخص عند الكشف عن الحالات وتحديد أوضاعها أو المسح عنها وكذلك عند تشخيصه (Vietze & Vaughan, 1988).

ويعتبر الكشف عن الحالات التي يستدعي التدخل المبكر في مقدمة إجراءات التشخيص وأول خطوات العملية نحو تحديد وتحويل الأطفال ممن هم في سن ما قبل المدرسة إلى برامج التشخيص والمعالجة المناسبة. وتهدف هذه العملية إلى تشجيع المختصين من تربويين وأطباء وإخصائيين إجتماعيين على القيام بمراجعة وتدقيق جميع حالات الأطفال التي تراجعهم ودراسة جميع الجوانب الصحية والنمائية والأكاديمية وكذلك ظروف الطفل وبيئته الاجتماعية بشكل يسمح بتحويل من تستدعي حالته تلقي خدمات تشخيصية وعلاجية مبكرة .

أما بالنسبة للأطفال ممن هم في سن المدرسة فإن إجراءات تحديد من هم بحاجة إلى خدمات مبكرة ضمن هذه الفئة تصبح أمراً يسيراً مقارنة بمن هم في سن ما قبل المدرسة . ويعود السبب في ذلك إلى وجود أولئك الأطفال في بيئة مدرسية تقدم لهم

خبرات ومتطلبات موحده تمكن من زيادة فرص مقارنة بعضهم ببعض. ويسهم أداء الطفل وسجله وتاريخه الأكاديمي إضافة لملاحظات المدرس في إجراء تلك المقارنة بشكل فعال وناجح. وضمن هذا المفهوم فإنه لا فرق بين الكشف عن الحالات والمسح حيث أن كلاهما يقوم بنفس الدور في سن المدرسة. أما في مرحلة ما قبل المدرسة فإن إيجاد مثل هذه الحالات وتحديد ما يعتبر أمراً صعباً وذلك بسبب اختلاف خبرات الأطفال وظروفهم البيئية والاجتماعية وكذلك السلوكيات المتوقعة منهم. وبناء عليه فإن تحديد هذه الحالات والكشف عن أماكن وجودها يتطلب تعاوناً منظماً وجهوداً منسقة فيما بين مختلف الجهات والأفراد والمؤسسات الصحية والتربوية والاجتماعية، إضافة إلى أهمية دور الأهل والأقارب في تقديم المعلومات الضرورية عنها.

وللمساهمة في الكشف عن هذه الحالات وتحديد ما يمكن تصنيفهم كما أشار سكوت وهوجان (Scott & Hogan, 1982) الى المجموعات الثلاث التالية :

أ - أطفال يعانون من إعاقات جسدية وصحية واضحة : غالباً ما يتم الكشف عن مثل هذه الحالات عن طريق الأطباء أو من خلال إجراء بعض الفحوص المخبرية أو تطبيق الاختبارات النفسية والتربوية في بعض الأحيان . وبما أن الإصابة أو الإعاقة تكون قد حدثت بالفعل فإن أهمية كشف هذه الحالات يكمن في وقت التحويل والجهة التي سيتم التحويل إليها بالفعل لتلقي الخدمات التدريبية والعلاجية الملائمة.

ب- أطفال يعانون من قصور غير واضح : ويعتمد الكشف عن هذه الحالات على الأشخاص الأكثر التصاقاً بالطفل من مثل الوالدين أو الأخوين أو الأقارب وذلك لما يتوفر لهم من فرص الملاحظة المباشرة والمستمرة لأداء الطفل سلوكه.

ج- أطفال أكثر عرضة للإصابة : لا تعاني هذه الفئة من اضطرابات ظاهرة لكن تاريخهم الطبي والتطوري يستدعي مراقبتهم ومتابعة حالاتهم. ويعتبر البعض منهم أكثر عرضة للإصابة من الناحية الصحية أو البيولوجية وبذلك يقع على عاتق

الأطباء والمؤسسات الصحية المختلفة مسؤولية توفير الخدمات الإرشادية والتوجيهية المناسبة لأسر هذه الحالات من مثل المتابعة الطبية وإمكانية الوصول إلى برامج المسح والتقييم الشامل للأطفال . أما البعض الآخر فهم أكثر عرضة من الناحية الاجتماعية والبيئية ويمكن الوصول إلى المعلومات التي تؤكد وجود هذه الحالات من خلال الاستعانة بالجيران أو الاصدقاء أو الجمعيات الخيرية . وتلعب مؤسسات الخدمات الاجتماعية المتواجدة في البيئة المحلية دوراً بارزاً في خدمات التحويل وتقديم المشورة اللازمة في مثل هذه الحالات.

هذا ويؤثر في مدى فاعلية إجراءات الكشف عن هذه الحالات كما أشارت بترسون نقلا عن كروس (Cross, 1977)) عدة عوامل منها.

أ- المدى العمري للأطفال :

نظراً لصعوبة اختيار الأطفال حديثي الولادة ممن هم بحاجة إلى خدمات مبكرة فإنه يجب الإعتماد على المعلومات والجهود الطبية المقدمة من قبل العيادات المتخصصة أو من خلال المتابعة والتقصي أو الدراسة والأبحاث التي تقوم بها مجموعات الأهل والمهتمين بموضوع الإعاقة. أما الحالات الأكثر عرضة في مرحلة ما قبل المدرسة فيمكن تحديدهم والوصول إليهم من خلال المعلومات والتقارير التي توفرها المؤسسات التربوية المعنية بهذه المرحلة كرياض الأطفال أو من خلال إستغلال وسائل الإعلام وحملات التوعية العامة في تشجيع أولياء الأمور واستدراجهم في التبليغ عن حالات أطفالهم التي يشك في وجود صعوبة ما لديهم.

ب- فقط الإعاقة ومستواها :

ففي حالات الإعاقة الشديدة فإنه يمكن الاستفادة من المعلومات المتوفرة عنها لدى المؤسسات الاجتماعية والصحية وذلك من خلال الرجوع إلى مختلف الملفات

والكشوفات والسجلات التي تبين نمط الإعاقة وشدها . ويمكن الاستفادة من هذه المؤسسات في القيام بدورها بشكل أكثر تنظيماً وذلك عن طريق تشجيعهم على رصد تلك الحالات والتبليغ عنها للجهات المعنية بالتدخل المبكر حال مراجعتها لتلك المؤسسات. وقد يستخدم في مثل هذه الحالات نماذج مصممة خصيصاً لهذا الغرض يقوم على تعبئتها أشخاص ذوي تخصص وخبرة في هذا المجال. أما بالنسبة لحالات الإعاقة البسيطة فإن متطلبات الكشف عنها تحتاج إلى إجراءات أكثر تعقيداً. ويمكن للمؤسسات التربوية والاجتماعية والصحية بمختلف أشكالها ونماذجها (من مثل : رياض الأطفال والمدارس الابتدائية ومؤسسات الخدمة الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية والعيادات الصحية والمستشفيات الحكومية والخاصة) المساهمة في التغلب على تلك الصعوبات من خلال متابعة حالات الأطفال الذين ينحدرون من بيئات اجتماعية فقيرة أو مهملة ، وكذلك متابعة وتقصي حالات الأمهات والأطفال الذين سبق وأن تعرضوا لإصابات وحوادث أثناء الحمل والولادة بحيث تعرضوا لانقطاع الأكسجين أو كانوا غير مكتملي النمو أو أنهم تلقوا أي شكل من أشكال العناية الطبية المركزه . هذا ويمكن لهذه المؤسسات أن تلعب نفس الدور في رصد تلك الحالات والتبليغ عنها للجهات المعنية بغرض إجراء المزيد من عمليات المسح والتشخيص اللاحقة.

ج- المنطقة الجغرافية :

ويقصد هنا إجراء مسوحات ودراسات سكانية واجتماعية للتعرف على خصائص وحاجات الأفراد الذين يقطنون في أية منطقة جغرافية . ويعتمد مسح أية منطقة سكنية على مدى توفر واستخدام أنظمة الخدمة الاجتماعية وأشكال الاتصال المستخدمة في تلك المنطقة. ويساعد في تحقيق أهداف المسح وأغراضه بناء شبكة متكاملة من المؤسسات التطوعية والخيرية بحيث تكون موزعة على مختلف الأحياء

السكنية لتلك المنطقة بشكل يسهم في الوصول إلى أقصى درجة ممكنة من المعلومات ذات العلاقة. وقد يتعين على هذه الأجهزة والمنظمات والجمعيات إجراء كافة أشكال الاتصال مع أفراد المجتمع المحلي بما في ذلك الزيارات المنزلية لكل أسرة تقطن في تلك المنطقة ومن ثم رصد حالات الإعاقة أو الحالات التي يمكن أن تكون عرضة للإصابة باستخدام نماذج معدة خصيصاً لهذا الغرض .

وللوصول إلى تحقيق فعلي لإجراءات الكشف المبكر عن الحالات وتحديدتها ، فقد عرضت بترسون (١٩٨٧- ص٢٨٨ ، ٢٨٩) نموذجاً متكاملأ يتضمن المهمات المتوقعة من عملية الكشف والغرض من كل واحدة منها ، إضافة إلى الإستراتيجيات المحتملة لتنفيذ تلك المهمات (أنظر نموذج رقم ١) .

نموذج رقم (١)
استراتيجيات التبليغ والكشف عن الحالات وتحديد ما

٢	المهمة	الوصف	الاستراتيجيات
١	بناء وعي مجتمعي بحالات الإعاقة والأطفال الأكسمر عرضة للأصابة	يمكن الغرض منه في : أ- توعية العامة بأهمية التعرف على التدخل المبكر وخاصة لدى الأطفال المعوقين وكذلك الأطفال الأكسمر عرضة للإصابة بالإعاقة . ب- توعية العامة حول مدى توفر الخدمات الصحية وبرامج التدخل المبكر في البيئة المحلية . ج- استخدام الامكانيات المتوفرة لدى المؤسسات العامة والمجموعات المحلية في عمليات تحويل الحالات ومن ثم مساعدة ودعم الخدمات المقدمة لها لاحقاً	أ- استخدام المؤسسات الاجتماعية والإعلامية كالإذاعة والتلفزيون مثلاً في توعية العامة حول أهمية المسوحات الطبية في التعرف على حالات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ، وكذلك إصدار إعلانات توجيهية حول أماكن تواجد العيادات الصحية ومراكز الأورمة والطفولة المعنية . ب- استخدام الندوات والمحاضرات والمؤتمرات في توعية مجموعات الأباء والأمهات وكذلك في تنمية مهارات المختصين المحليين والأشخاص المهتمين والموظفين لدى المؤسسات المحلية وتزويدهم بأحدث الطرق والأساليب المستخدمة في الكشف عن حالات الإعاقة . ج- تكوين أو إلهام مجموعة من المدافعين ذوي التفرد المحلي وذلك من أجل إستغلال توظيف الإمكانيات والتسهيلات المتوفرة في البيئة المحلية إلى أقصى درجة ممكنة .
٢	بناء نظام الإحالة	ويهدف هذا الإجراء الى بناء شبكة من الأفراد المهتمين والمؤسسات ذوي الخبرة والمعرفة يكون بمقدورهم الاتصال مع أكبر عدد من الأطفال ومحوريلهم لعمليات المسح المتوفرة محلياً . ويمكن لمهام هذه المهمة في : أ- تزويد تلك المجموعات بالمعلومات المتعلقة بالعيادات التي تقوم بعملية المسح وبرامج الخدمة المتوفرة محلياً . ب- توفير معلومات حول الإجراءات أو الأفراد المهتمين الذين يمكن إجراء الاتصال معهم . ج- تكوين علاقات عمل واتصالات مباشرة فيما بين المؤسسات التي تقسم بالتحصيل وتلك التي تقسم بالمسح والتقييم .	أ- إجراء اتصالات مباشرة مع المسؤولين الرسميين لدى المؤسسات المختلفة بهدف بناء اتفاق رسمي يحدد عمليات الإحالة واستقبال الحالات . ومن الأمثلة على هذه المؤسسات : المدارس العادية وبرامج الأورمة والطفولة وعيادات الصحة المدرسية والمؤسسات الدينية ومؤسسات الخدمة الاجتماعية والصحية . ب- إجراء اتصالات مع المختصين لدى المؤسسات الخاصة التي تقوم بعمليات التحويل من مثل الأطباء وخاصة أخصائي الأطفال والأخصائيين النفسيين وأخصائي الإرشاد الأسري والأخصائيين الاجتماعيين ... الخ .

٢	المهمة	الوصف	الاستراتيجيات
١	إعادة فحص وتدقيق حالات الأطفال من هم بحاجة إلى عملية المسح.	يتلخص الغرض من إجراء مسح منظم في منطقة معينة أو مدى عمري معين في التعرف على الحالات التي هي بحاجة إلى مسح شامل والذين لم يتم تحويلهم مسبقاً لعملية المسح (في الغالب من هم من المعوقين قليلاً بدرجة بسيطة أو المتأخرين فانياً). ولا تنحصر هذه المهمة فقط في البحث عن هذه الحالات وإنما تتمدها إلى توفير إرشادات لمساعدة الأهل في النظر إلى خصائص هذه الفئة الدالة على الحالات التي إجراء المسح والتقييم لاحقاً.	أ- الملاحظة المباشرة للطلاب واستشارة الأهل أو العاملين من لهم علاقة بالمؤسسات المحلية. ب- التوجه مباشرة من منزل لآخر لإجراء المسح في المجتمع وتوفير الاستثمارات أو قسائم الشطب لمساعدة الأسر في الحكم على مدى الحاجة لتحويل الطفل لعملية المسح. ج- توزيع البيانات والمعلومات المتعلقة بعملية المسح وعمليات التحويل وذلك من خلال إرسال هذه المواد مع الأطفال المسجلين في المدارس.
٢	المحافظة على التنسيق وكذلك التواصل المستمر مع مصادر التحويل.	ويكمن الغرض هنا في المحافظة على استمرارية التحويل من مصادرها المتنوعة عن طريق: أ- استمرار تدفق المعلومات للأفراد والمؤسسات حول أنظمة المسح وأية أشخاص جدد يمكن الاتصال بهم. ب- المشاركة في المعلومات المتعلقة بنشاطات أنظمة المسح. ج- توفير تقارير سنوية حول إعداد الأطفال من هم بحاجة لخدمات التدخل المبكر ومدى نجاح أنظمة المسح في ربط لاطفال واستخدماتهم من الخدمات المجتمعية.	أ- إجراء تحديث سنوي للاتصال الرسمي مع الأفراد ذوي النفوذ بالمجتمع وكذلك مع المؤسسات والمنظمات بهدف توفير المعلومات المتعلقة بإجراءات التحويل لمثل أولئك الأفراد والمؤسسات. ب- تزويد المؤسسات والأفراد بشكل دائم بنماذج الكشف المختلفة وذلك لضمان استمرار البحث عن ذوي الاحتياجات الخاصة. ج- نشر تقارير سنوية تلخص المعلومات حول إعداد الطلبة المحولين وإعداد الأطفال الذين أجريت لهم عملية المسح وكذلك نسب الأطفال الذين تم وضعهم في البرامج التربوية الخاصة بفرض إتاحة المجال أمام مصادر التحويل لرؤية ومراجعة نتائج جهودها.

ويشكل عام تركيز الإجراءات السابقة في معظمها على حالات والأطفال من هم في سن ما قبل المدرسة، ولذلك فقد كان لطبيعة المرحلة العمرية وعدد آخر من العوامل أثر كبير في خصوصية تلك الإجراءات . أما بالنسبة للأطفال في مرحلة المدرسة فلا فرق فيها بين إجراءات الكشف أو المسح بحيث يمكن إستخدام أيهما للدلالة على الآخر. ويوفر المسح في هذه المرحلة في العادة معلومات عامة عن الأطفال الذين يعانون من أية مشكلات أكاديمية أم فمائية. ويمكن الوصول إلى ذلك من خلال إجراء المزيد من الفحوص والإختبارات لأكثر عدد ممكن من الطلبة بشكل سريع ويسير. وبهذا المفهوم يعتبر المسح سواء كان فردياً أم جماعياً وسيلة للتحقق فيما إذا كان الطفل بحاجة إلى تشخيص أعمق أم لا، حيث يتم التأكد من خلاله من حقيقة وجود المشكلة وإمكانية وصم الطفل بالإعاقة بعد ثبوتها لديه نتيجة عملية التشخيص اللاحقة . ويقوم المسح غالباً على فحص الأداء الحالي أو السابق للطفل في جميع الجوانب النمائية، وبذلك فإن أفضل أنواع المسح ما يتم تنفيذه من قبل فريق متخصص يمثل مختلف المجالات الطبية والمعرفية والتربوية. عموماً يجب أن يتضمن المسح جميع العوامل البيولوجية والنفسية والأسرية والاجتماعية والثقافية التي يتأثر بمجملها على نحو الفرد . وبناء عليه فإن تصميم أي برنامج مسحي شامل يجب أن يأخذ بالإعتبار جميع تلك العوامل وعلى وجه الخصوص :

أ- إجراء الفحوص الطبية الشاملة .

ب- معلومات عن التاريخ التطويري.

ج- ملاحظات الأهل حول المشكلات النمائية التي يعاني منها طفلهم.

د- مسح سريع لمختلف الجوانب النمائية المتمثلة في النمو المعرفي واللغوي والإدراك الحسي ومهارات السلوك التكيفي.

وللوصول إلى نتائج محدده يجدر التقيد بمبادئ وأسس عامة عند التخطيط للمسح وتنفيذ إجراءاته. ويعتبر التخطيط لعملية المسح ضمن إطار متكامل وشامل لكل الخدمات التشخيصية والعلاجية اللاحقة أمراً في غاية الأهمية. وتعود تلك الأهمية إلى أن إجراء عملية المسح بمفردها يتضمن في ثناياه إنكار للخدمة الملزمة، إضافة إلى وصم الطفل بالإعاقة على الرغم من إمكانية عدم ثبوتها لديه فيما لو استكملت الخدمات التشخيصية اللاحقة. وتعتبر مشاركة الأهل وتشجيعهم على الأداء بأية معلومات عن حالة الطفل أمراً هاماً لا يمكن تحقيقه إلا إذا قدمت لهم البيانات والضمانات اللازمة المتعلقة بأغراض المسح ونتائجه اللاحقة. وأخيراً فإنه يلزم تطوير واستخدام إجراءات وأدوات مسح مناسبة من حيث المدى العمري للأطفال وكذلك البيئة والمنطقة الجغرافية. فعلى سبيل المثال فإن إجراءات المسح للأطفال الرضع تختلف عنها لأطفال ما قبل المدرسة (٤ - ٦ سنوات) مثلاً. ففي الأول يتم الإعتماد على المسح الطبي أكثر من الإعتماد على مسح الجوانب النفسية أو الاجتماعية التي يتم التركيز عليها عند إجراء المسح لفئة الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. أما في مرحلة المدرسة فإنه يمكن لبرامج الصحة المدرسية أن تتولى مهمة الكشف عن الحالات الأكثر عرضة للإصابة أو الحالات التي يشكل في سلامة نموها. ويفضل إجراء الفحوص والإختبارات الطبية هذه بشكل دوري بحيث تركز في كل مرة على قياس حاستي السمع والأبصار والبحث عن أية مظاهر قصور في الجوانب العضوية أو الفسيولوجية. وعند محاولة الكشف عن مستوى القدرات العقلية وجوانب النمو المعرفي والتكيفي المختلفة يبدو الأمر أكثر تعقيداً وذلك نظراً للقصور الشديد في توفر المقاييس اللازمة للوصول إلى تحديد درجة العجز في تلك الجوانب مما يتطلب التركيز على أهمية تطوير مثل هذه المقاييس وتوفيرها على مستوى واسع وبشكل يضمن الاستفادة منها. وفي

المناطق الريفية أو النائية فإنه يجب إجراء المسوحات وجمع البيانات والمعلومات الضرورية بأقصى سرعة ممكنه وفي أول اتصال يجري مع الأهل .

هذا ويجب التأكيد على أن إجراءات المسح وأدواته لا تقود بأي حال من الأحوال إلى الوصم بالإعاقة ، بل يجب أن تنحصر في تحديد من يعانون من مشكلات سمعية أو ممن هم أكثر عرضة للإصابة من غيرهم من الأطفال . وبناء عليه فإنه يجدر إجراء المسح لأكبر عدد ممكن من الأطفال لضمان سرعة تحديد من هم بحاجة إلى التدخل المبكر من غيرهم. ويعتبر هذا الأمر تحدياً كبيراً إذا ما أخذنا بالاعتبار حالات الإعاقة البسيطة التي يصعب في العادة تمييزها عن الحالات العادية مما قد يتطلب اللجوء الى إجراءات تتميز بالدقة والفردية في التنفيذ، ويطلق على هذه الإجراءات في مثل هذه الحالة بعملية التشخيص. ويعود سبب الاهتمام بالموضوعية والدقة هنا إلى ما قد يترتب على عملية التشخيص من وصم للطفل بالإعاقة وما قد يصاحبه من آثار سلبية لاحقة على كل من الطفل والأسرة والمجتمع. وتنحصر مهمة التشخيص عموماً في تحديد طبيعة ودرجة ومستوى الإعاقة بهدف تقرير أهلية الطفل لتلقي الخدمات العلاجية والتربوية الخاصة، وبذلك فإنها تتلخص في نفي أو إثبات الإعاقة. وتختلف عملية التشخيص عن المسح في أنها تهدف إلى تحديد مشكلة الطفل ومدى حدتها، وبذلك فإنه تتطلب تقنيات متخصصة وأدوات تشخيصية وخبراء في الجانب المراد قياسه. وقد يشكل بعض هؤلاء الاختصاصيين جزءاً من فريق الخطة التربوية الفردية في المراحل اللاحقة ولكن ذلك ليس أمراً ضرورياً حيث أن مهمة فريق التشخيص تتلخص في توفير معلومات يتوقع أن تسهم لاحقاً في إتخاذ قرارات علاجية مناسبة في الجوانب الطبية أو التربوية أو الإجتماعية أو النفسية.

ولا تقتصر عملية التشخيص على مجرد إجراء بعض الإختبارات، وإنما تتضمن أيضاً تركيب وتحليل جميع بيانات التقييم بشكل يقود إلى تشخيص دقيق

وغير متحيز يضمن تحديد جوانب القوة والضعف لدى الطفل. وهناك أربعة أنماط تمثل طرق جمع البيانات اللازمة لعملية التشخيص كما أشار كروس ١٩٧٧:

أ- إجراء المقابلات الرسمية وغير الرسمية مع أسر الأطفال وذلك بهدف الحصول على معلومات وافية عن الطفل وبيئته الأسرية والاجتماعية.

ب- دراسة التاريخ التطوري للطفل.

ج- ملاحظة سلوك الطفل التلقائي واستجاباته عند أداء مهمات معينة.

د- تطبيق اختبارات مقننة بشكل يساهم في قياس قدرات الطفل وفحص إمكاناته من أجل تحديد جوانب القصور والضعف التي يعاني منها.

ثالثاً: مرحلة المعالجة أو تقديم الخدمات :

تأتي هذه المرحلة بعد التأكد من حاجة الطفل للخدمات العلاجية المتخصصة. ويمكن تنفيذ هذه البرامج حسب المفهوم التربوي من قبل مدرس التربية الخاصة وذلك وفق خطة تربوية علاجية تلبي الحاجات الفردية لكل حالة. ولا تقتصر هذه الخطة على المهارات التربوية وإنما يجب أن تشمل على المهارات الأخرى الضرورية لكل حالة من مثل خدمات أخصائي النطق أو المعالجة الطبيعية أو الخدمات الطبية. وعليه فإن تصميم هذه الخطة وتنفيذها يتطلب الاستعانة بمختلف التخصصات والخبرات التي تستدعيها طبيعة الحالة.

وقبل تحديد البرامج الملائمة فإنه يلزم تحديد المهمات التي يستطيع الطفل إتقانها وتلك التي لا يستطيع إتقانها. فعلى سبيل المثال فإن معلومات التشخيص العامة الواردة في تقرير التشخيص لا تعتبر كافية بالنسبة للمدرس عندما يرغب في تصميم الخطط التربوية والعلاجية مما يستدعي إجراء تقييم تربوي شامل يحدد مستوى

الأداء الحالي للطفل ويسهم بالتالي في تطوير الخطة الفردية وفق ذلك المستوى (Hargove & Poleet, 1984).

وتعتبر مسؤولية إجراء هذا النوع من التقييم من مسؤوليات المختصين الذين سيقع على عاتقهم لاحقاً تنفيذ برامج الطفل من مثل معلم الفصل وخصائي الخدمات المساندة من مثل (معالج النطق، المعالج المهني ، اخصائي الادراك الحركي... الخ). هذا ويجب أن يشتمل التقييم التربوي كما أشارت سنل (Snell, 1983). حالة الطفل النمائية ومستوى مهاراته في كل من :

- النمو الحركي.

- المهارات اللغوية .

- مهارات العناية بالذات .

- النمو المعرفي .

- النمو الانفعالي .

- مهارات ما قبل المدرسة .

- المهارات الحياتية اليومية .

ومن المتوقع أن تسهم هذه المعلومات في إعداد الخطة التربوية الفردية التي تقوم وتستند أساساً على مايلي :

أ- إعداد قوائم بجوانب القوة والضعف لدى الطفل ومن ثم حصر هذه القوائم بمجموعات من المهارات التي تحتاج إلى المعالجة أو المتأخرة نمائياً.

ب- التركيز على المهارات الضعيفة وتقديم المعالجة لها وفق أولويات معينة وتسلسل هرمي مدروس .

ج- صياغة أهداف طويلة وأخرى قصيرة المدى يمكن تحقيقها وتوفر في نفس الوقت خدمات علاجية ملائمة لحاجات الطفل.

د- استخدام استراتيجيات وأساليب تدريبية ملائمة.

وبالإضافة إلى الدور السابق المنوط بمدرس التربية الخاصة فإنه مسؤول أيضاً عن متابعة كل طفل والتأكد من مدى إستفادته من برنامجه العلاجي وخاصة فيما يتعلق بمدى تحقيق الأهداف العامة والخاصة وكذلك مدى ملائمة الاستراتيجيات المستخدمة. إضافة إلى أن هذا النمط من المتابعة المستمرة يتطلب جمع البيانات بشكل متواصل من قبل المعلمين ومساعدتهم وكذلك الأخصائيين والمعالجين المشتركين في تنفيذ البرنامج. وتعتمد فاعلية هذا الإجراء على أربع خطوات رئيسية :

أ- تصميم وتنظيم إجراءات وأدوات خاصة بجمع بيانات ذات علاقة بمدى تحقق الأهداف.

ب- جمع المعلومات وفق أسس منظمة وبشكل يومي أو أسبوعي أو شهري.

ج- تلخيص وتحليل المعلومات بشكل منظم وذلك للوصول إلى بعض الأحكام حول مدى تقدم الطفل وكذلك حول مدى فعالية البرنامج .

د- استخدام تلك المعلومات للوصول إلى قرارات حول أية تعديلات أو مقترحات علاجية إضافية .

وأخيراً فإن توفير مراكز الأمومة والطفولة وتحسين دورها يعتبر عنصراً حيوياً في تعزيز مرحلة المعالجة وتطوير الخدمات الوقائية. ولا يقتصر دور هذه المراكز على

إجراءات الوقاية بل أن يشمل خدمات الرعاية الصحية الأولية أيضاً. وباختصار يمكن تلخيص مهمات مراكز الأمومة والطفولة كما أشار القريوتي (١٩٩٠) فيما يلي :

١- العمل على تقديم العلاج الطبي للتغلب على المشكلات الصحية الطارئة وبذلك فإنها تقوم بنفس دور العيادات والمراكز الصحية الأولية.

٢- توجيه الأم الحامل واعدادها نفسياً لمرحلة الأمومة وذلك عن طريق مقابلة الأمهات وتنفيذ بعض الدورات التدريبية القصيرة.

٣- ارشاد الأم الحامل فيما يتعلق بالسلوك الغذائي المناسب لها ولطفلها.

٤- متابعة الحالة الصحية للمولود وتقديم المطاعيم اللازمة عن طريق تطوير واستخدام سجلات صحية لكل أسره تقيم في الحي الذي يقع فيه المركز.

رابعاً : مرحلة تقويم البرامج العلاجية :

يركز هذا النوع من التقويم على التأكد من مدى فاعلية البرنامج ككل أكثر من تقييم الطفل نفسه. ويكمن الغرض من قياس مدى نجاح البرنامج من حيث :

أ- فاعلية البرنامج ونتائجه في تحقيق أهدافه المتوخاه.

ب- نتائج الطفل ككل وأداؤه المدرسي المترتب على تلقي البرنامج.

ج- مدى رضى المتلقين للخدمة وقناعتهم بكفاية البرنامج.

ولهذا الإجراء فوائد كبيرة خاصة فيما يتعلق ببرامج التدخل أو أية جهود تربية مستقبلية تعتمد أساساً على مدى فاعلية البرنامج وكذلك مدى توافق النتائج مع كل من المبالغ المادية المنفقة والوقت والجهد المبذول . وتساعد عملية التقويم الشامل في تحقيق الوظائف التالية :

أ- تزويد متخذي القرارات بأكبر قدر ممكن من المبررات الدالة على فعالية البرامج المستخدمة ومدى أهميتها.

ب- توفير معلومات لتبرير الانفاق المادي.

ج- توفير بيانات عن أهمية التدخل المبكر ومبرراته .

د- توفير مختلف المعلومات التي يمكن أن تسهم في إحداث تطوير وتحسين في الخدمات الفعلية المقدمة للأسر وأطفالهم.

ولجمع البيانات والمعلومات اللازمة لهذا الغرض يمكن إستخدام الاساليب

التالية :

١- الاستبيانات المعدة خصيصاً لتحقيق هذا الغرض .

٢- الملاحظات المباشرة للبرنامج وعملياته المختلفة .

٣- المقابلات .

٤- تطبيق أدوات متخصصة في التقييم من مثل قوائم الشطب.

٥- تطبيق الاختبارات ذات المحكات المرجعية .

٦- تطبيق اختبارات مقننة .

٧- إجراء بعض الاختبارات القبليّة والبعديّة لتحديد فيما إذا تم اكتساب الطفل للمهارات المتوقعة من البرنامج أم لا.

إعتبارات عامة

عند الحديث عن رسم السياسات الوطنية وتطوير الخدمات الخاصة بالتدخل المبكر لابد بشكل عام من النظر إلى الواقع الثقافي والإجتماعي السائد وما يليه ذلك

الواقع من محددات قد تؤثر على تلك السياسات والخطط الوطنية . فعلى سبيل المثال، فإن للوعي الثقافي بمشكلة الإعاقة دور كبير في نجاح أو فشل أية برامج أو خطط مستقبلية. وما لا يدع مجالاً للشك أيضاً أن درجة هذا الوعي الثقافي والاجتماعي بالإعاقة ومشكلاتها لدى غالبية المجتمعات النامية تعتبر محدودة نوعاً ما. وبناء عليه فإن استخدام برامج التوعية بالإعاقة وأسبابها ونتائجها وسبل الوقاية منها أو الخدمات المحلية الخاصة بها يعتبر مطلباً وطنياً يستلزم توظيف كافة الإمكانيات والوسائل الإعلامية المختلفة من مثل (التلفزيون، الإذاعة، الندوات، النشرات ... الخ) بهدف توعية كافة أفراد المجتمع بهذه القضية الاجتماعية.

ولا يفضل أن تقتصر حملات التوعية هذه على المناسبات العالمية أو أن تكون قائمة على الحملات الإعلامية والمناشدات الوطنية وإنما يجب أن تكون ذات طبيعة موضوعية متخصصة يشارك في تنظيمها وتنفيذها خبرات وكوادر مؤهلة تمثل مختلف القطاعات الصحية والاجتماعية والتربوية المعنية بشؤون الإعاقة. وتهدف مثل هذه البرامج إلى توعية كافة قطاعات المجتمع بالإعاقة وأسبابها وسبل الوقاية منها وكذلك توجيه المعنيين من الأفراد والأسر للاستفادة من الخدمات التي توفرها الجهات الرسمية وغير الرسمية. ويمكن أن يسهم في برامج التوعية أيضاً الحملات المدرسية التي يتم تنفيذها من قبل أخصائيين في مجال التربية الخاصة يتم من خلالها تعريف طلبة المدارس العادية بمفهوم الإعاقة والأطفال غير العاديين أو الفروق الفردية أو المساهمة في بناء اتجاهات أكثر إيجابية نحو المعوقين.

ويشكل عام ، تعتمد فاعلية خدمات التدخل المبكر ونجاح برامجه على مدى الكفاية في استخدام مبادئه الاساسية وكذلك المرونة في تنفيذ مختلف الإجراءات المتعلقة بتلك البرامج. ويتفق معظم التربويون على أنه لا يوجد أسلوب واحد أو طريقة

مثلى لإعداد وتقديم برامج التدخل المبكر. ويؤثر في البدائل والمراحل المختلفة الخاصة بخدمات الرعاية المبكرة وعوامل عديدة تتعلق بتحديد الفئات المخدمومة وأنماط أو أشكال الخدمة وموقع تنفيذها وكذلك الجهات المسؤولة عنها. وفيما يلي تلخيص لما أوردته بترسون (١٩٨٧) عن طبيعة هذه العوامل ومدى تأثيرها على برامج الخدمة المبكرة.

١- تحديد الجهة المستفيدة من الخدمة :

يعتبر التحديد المسبق للجهة المستفيدة من أي برنامج أحد الأولويات والعناصر الأساسية لنجاح تنفيذ ذلك البرنامج . ففي التدخل المبكر لا يكفي اعتبار الطفل لوحده محوراً لتلك الخدمات وإنما يجب أن تشتمل أيضاً على أحد الوالدين أو كليهما وربما الأسرة بأكملها.

٢- تعيين السن الذي يبدأ عنده تقديم البرامج :

يترتب على تحديد المرحلة العمرية أو السن الذي يبدأ عنده تقديم الخدمة إتخاذ عدة قرارات وإجراءات إدارية ومالية . وقد أكدت جميع الدراسات والمراجع العملية المتخصصة في مجال الرعاية المبكرة على أنه كلما كان تقديم الخدمة مبكراً كلما كانت النتائج النمائية المتوخاه أكثر قيمة وحيوية. وعلى أية حال فإنه في الوقت الذي يبدأ فيه تقديم الخدمة عند أية مرحلة عمرية فإنه يجب الاستمرار بها حتى دخول الطفل المدرسة على أقل تقدير.

٣- تحديد أنماط الخدمات الخاصة :

تعتبر تحديد نوعية الخدمة المقدمة فمن قبل أي برنامج جزءاً رئيسياً من مضمونه وغاياته التي يقصد منها تلبية الحاجات الخاصة بفئة الأطفال المشمولين بالخدمة . ومن الأمثلة على تلك الخدمات :

- الخدمات التشخيصية.
 - برامج تربوية.
 - خدمات علاجية في مجال النطق والحركة والعلاج الطبيعي.
 - خدمات إجتماعية.
 - خدمات طبية .
 - تأمين المواصلات.
- ويعتمد اختيار نمط الخدمة المقدمة ومدى الحاجة إليها على كل من نمط الإعاقة ومستواها والمدى العمري لدى فئات الأطفال المشمولين بالخدمة .
- ٤- اختيار أماكن تقديم الخدمة :
- لقد حددت بترسون نقلا عن كارنس وزيرباخ (Karnes & Zehrbach, 1975).
- ثلاثة أشكال من المواقع التي يتم فيها تقديم الخدمة :
- أ- برامج منزلية يتم من خلالها توصيل الخدمة إلى الطفل وأسرته. ولهذا النمط من الخدمة ميزات منها :
- توصيل الخدمة للمناطق الريفية وغير المكتظة أو المناطق التي يتواجد بها أعداد محدودة من حالات الإعاقة.
 - يستفيد منه صغار السن والرضع الذين يحول صغر سنهم من الاستفادة من المواقف الاجتماعية التي توفرها المراكز. وكذلك من ترتبط حاجاتهم الملحة بالأسر مباشرة.
 - ذات فائدة لتلك الأسر المترددة في ارسال اطفالها بعيداً عن البيت وكذلك بعض الاسر المحافظة التي تتردد في العادة في تدريب الطفل أو الأم خارج البيت. ويركز

هذا النمط من الخدمة على تدريب الأم أولاً مع امكانية تقديم الخدمة مباشرة للطفل اذا لزم الأمر.

ب- برامج مركزية أو مؤسسية : يعتمد هذا النمط من الخدمة على المناطق ذات الكثافة السكانية العالية التي يسهل فيها وصول الأهل للمؤسسة. ويمكن انشاء مثل هذه المراكز ضمن أي مؤسسة من المؤسسات المحلية القائمة كمدارس رياض الاطفال والأماكن الدينية أو المدارس الابتدائية والعيادات الصحية والمدارس الخيرية والتطوعية. وتكمن ميزات هذا النمط من الخدمة في :

- سهولة الوصول للمؤسسة من قبل كل من العاملين والأطفال وأسرهم.
- توفير خدمات يومية ومكثفة ومباشرة للأطفال وربما أسرهم.
- توفير مناخاً اجتماعياً للتفاعل فيما بين الأطفال وأسرهم.
- يمكن للأهل متابعة الطفل بعد إنتهاء ساعات العمل اليومي.
- تضيق المواد والأدوات الخاصة المتوفرة لدى هذه المؤسسات بعداً هاماً للبرنامج ونوعية وطبيعة الخدمات التي توفرها.

ج- برامج مختلطة (منزلية ومركزية) : يجمع هذا النمط من الخدمة ميزات كلا النمطين المنزلي والمدرسي، ويتيح للأسرة كذلك حرية الاختيار والمرونة في انتقاء ما يناسبها من تلك البرامج . فبعض البرامج مثلاً تقوم بتوصيل الخدمة إلى الطفل في المنزل حتى سن الثالثة وبعد ذلك يتيح نفس البرنامج للطفل فرصة الألتحاق بالحضانة أو الروضة ويستمر حتى سن المدرسة.

٥- تقرير الجهة الرئيسية المسؤولة عن تقديم الخدمة :

تختلف برامج التدخل المبكر عن البرامج المدرسية العادية. ويعود السبب في هذا الاختلاف إلى الفوارق الواضحة بين فئات الأطفال . فطبيعة ومشكلات الأطفال من هم في سن ما قبل الدراسة وخصائصهم وحاجاتهم المتعددة تستلزم تحديد الجهة الرئيسية المسؤولة عن تقديم الخدمات العلاجية المبكرة . وقد تقع هذه المسؤولية على عاتق المدرس أولاً وبمساعدة أحد الأخصائيين كأخصائي علاج النطق أو أخصائي العلاج المهني أو الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي التدخل المبكر أو الأسرة أو أحد المتطوعين، وبشكل عام يمكن تشكيل فريق عمل يشمل مجموعة متكاملة من الخبراء المختصين يرأسه أحد أعضاء الفريق ممن يتوفر لديه سمات قيادية بحيث يستطيع تنظيم وتنسيق العمل .

٦- إختيار البيئة والإطار الاجتماعي للفئة المستهدفة :

تنحصر أشكال البيئة الاجتماعية في ثلاث خيارات :

أ- برامج منفصلة ومستقلة ذات مناهج وأساليب مصممة خصيصاً للفئة المستفيدة من الخدمة وتخصص مثل هذه البرامج في العادة للأطفال الذين يعانون من إعاقات متوسطة وشديدة . ولهذا النمط من الخدمة ميزات منها على سبيل المثال أن البرنامج في مثل هذه الحالات ، يصمم خصيصاً لفئة معينة بشكل يلبي حاجاتها المتميزة مما يسهم في تكثيف البرنامج والحصول بالتالي على نتائج ملموسة نحو نمو الأطفال وتقديم حالاتهم بشكل أسرع .

ب- برامج التدخل المبكر التي تعتمد على الدمج : يطبق مثل هذا النمط من الخدمة في العادة في المدارس الابتدائية . وتصمم هذه البرامج بشكل رئيسي للعاديين بحيث يدمج معهم نسبة معينة من المعوقين تتراوح في الغالب فيما بين ١٠-٢٠٪

من مجموع الطلبة في الصف الواحد . ويتم تصميم المناهج والأساليب ضمن هذه البرامج خصيصاً لتنمية وتطوير قدرات الطفل العادي ، ولكنها قد تعدل وتطور وفق الظروف والإمكانات المتاحة لتناسب أيضاً مع حاجات الأطفال المعوقين المسجلين فيها.

ج - برامج التدخل المبكر التي تعتمد على الدمج العكسي : يقوم هذا النمط على تقديم خدمات متخصصة للأطفال المعوقين من هم في سن ما قبل المدرسة ودمج مع هذه الفئات بعض الأطفال العاديين بنسبة ٢٠-٥٠٪ بشكل يصبح معه العاديين من الطلبة نماذج لتدريب المعوقين . وتركز هذه البرامج على تقديم الخدمة التربوية الفردية للمعوقين ولا يغفل بطبيعة الحال ما يحتاجه العاديون في البرامج المناسبة . ويجمع هذا النمط بين النمطين السابقين بحيث يتم عزل المعوقين في مراكز أو مدارس خاصة بهم ودمجهم في نفس الوقت مع نسبة معينة من العاديين.

وتلعب برامج التوعية وتوضيح المشكلات التي قد تحف بهذه البرامج دوراً رئيسياً في تنفيذها. فمن الملابس التي قد تؤثر على مسيرتها مخاوف أسر الأطفال العاديين من مواقف الدمج تلك والمتمثلة في إكتساب أطفالهم لعادات وسلوكيات غير مرغوبة أو توقع أهاليهم . وتكرر نفس المواقف وغيرها لدى أسر الأطفال المعوقين في حالة الدمج العكسي أو حتى في الدمج العادي.

٧- تحديد الجهات التي يمكن أن تسهم في تنفيذ برامج التدخل المبكر :

إن تحديد المؤسسات التي يمكن أن تشكل إليه تنفيذ برامج التدخل المبكر يعتبر أمراً بالغ الأهمية عند التفكير في تصميمها أو التخطيط لها . ففي المدارس العادية تعتبر الإدارات التعليمية في المناطق المختلفة هي المسؤولة مباشرة عن تنفيذ الأنشطة والمناهج الدراسية . أما في برامج التدخل المبكر فهناك العديد من الجهات

التي يمكن أن تسهم في تقديم الخدمات من مثل المدارس العادية أو المدارس الخاصة أو المؤسسات الحكومية المحلية أو الأماكن الدينية أو المؤسسات الخيرية والتطوعية ومؤسسات النفع العام . وعندما تقوم كل مؤسسة من تلك المؤسسات بتقديم الخدمة بمفردها يخلق نوعاً من الإرتباك وتكرار الجهود وتشتيتها . ونظراً لندرة التخطيط المسبق لمثل هذه البرامج في معظم الدول النامية فإنه يتوقع أن تشتت الجهود وتتعارض الغايات مما يستدعي بالضرورة إعادة تلك المحاولات والعمل على تنظيمها وتنسيقها بشكل يضمن استمرارها وتوحيد أهدافها وبالتالي نجاحها . ومما يشجع على توحيد الجهود في هذا السياق طبيعة برامج التدخل المبكر والإختلاف الواضح في غايات وأهداف كل من المختصين والمؤسسات إضافة إلى طبيعة هذه الأطفال . وهناك عدة عوامل تستدعي التنسيق والربط بين مختلف المحاولات والجهود أن وجدت ومنها الحاجة إلى :

أ- خبرات الفريق متعدد التخصصات بشكل يضمن توفير مدى واسعاً يلبي حاجة هذه الفئة من الأطفال .

ب- أهمية التنسيق في الأنشطة بين مختلف الجهود وتلك المحاولات المقدمة من قبل الجهات الرسمية وغير الرسمية .

ج- امكانية التوسع في الخدمات من خلال إتباع أساليب مبتكرة وموجده في إقتسام الدعم المادة وتوزيع الأنشطة على المناطق المختلفة وكذلك في الإستخدام الأمثل لمصادر الدخل والتسهيلات والموارد والإمكانات والخبرات المتوفرة .

د- أهمية التنسيق والتعاون في إتباع نفس المعايير الأساسية عند تنفيذ برامج التدخل المبكر .

-
- هـ- اتباع نفس الاساليب والإجراءات في :
- استقبال وتحويل الحالات.
 - استخدام نماذج وأشكال موحده لجمع المعلومات والبرامج التدريبية.
 - التنسيق لاجتماعات الأسر والمؤتمرات.
 - التنسيق لبرامج التديب أثناء الخدمة.
 - استخدام نماذج موحده في الملفات وأنظمة التسجيل.
 - التعاون مع مختلف الجهات والإسهام في إنجاح أية مشروعات جديدة في التدخل المبكر .

المراجع العربية

- ١- القريوتي ، يوسف (١٩٩٠) ، الإعاقة بين الوقاية والتأهيل . مركز البحوث والتطوير والخدمات التربوية والنفسية، جامعة الإمارات العربية المتحدة - العين.
- ٢- توصيات مؤتمر الاسكوا حول قدرات واحتياجات المعوقين في منطقة غرب آسيا (١٩٨٩) عمان - الأردن .
- ٣- يونسكو (١٩٨٩). التربية الخاصة للمعوقين : جدول أعمال التسعينات. ورقة عمل مقدمة لمؤتمر الاسكوا حول قدرات واحتياجات المعوقين ، عمان - الأردن.
- ٤- يونسيف (١٩٨٩) . البرامج التي تدعمها منظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة والإستراتيجية العامة لوقاية الأطفال من الإعاقة وإعادة التأهيل . ورقة عمل مقدمة لمؤتمر الاسكوا حول قدرات واحتياجات المعوقين . عمان - الأردن.

المراجع الأجنبية

1. Begali, V. (1980). Child progress development. In Beavers, A. & Myers, L. (Eds.), Teaching the young handicapped child. Keyser, West Virginia, Project Bush.
2. Cratty, B. L. (1977). Perceptual and motor development in infants and children. New York : Macmillan.
3. Cross, A. (1977). Diagnosis. In L. Cross & K. Goin (Eds.), Identifying handicapped children: A guide to case finding, screening, diagnosis, assessment, and evaluation (First chance series). New York : Walder.
4. Hargrove, L. J. & Poteet, J. A. (1984). Assessment in special education, New Jercey : Prentice Hall, Inc.

5. Karnes, M. B. & Zehrbach, R. R. (1975). Matching families and services. *Exceptional Children*, 41, 545 - 549.
6. Lazar, L. (1979). Invest early for later dividends. *Compact*, 8(3), 12-13.
7. Nirje, B. (1976). The normalization principle. In R. B. Kugel & A. Shearer (Eds.) *Changing patterns in residential services for the mentally retarded* (rev. ed.). Washington, DC. President's Committee on mental retardation.
8. Peterson, N. L. (1987). *Early intervention for handicapped and at-risk children : An introduction to early childhood - special education*. Love Publishing Company.
9. Scott, K. G. & Hogan, A. E. (1982). Methods for the identification of high-risk and handicapped infants. In C. T. Ramey & P. L. Trohanis (Eds.), *Finding and educating high-risk and handicapped infants*. Baltimore: University Park Press.
10. Smart, M. S. & Smart, R. C. (1973). *Preschool children: Development of relationships*. New York: Macmillan.
11. Snell, M. E. (1984). *Systematic instruction of the moderately and severely handicapped*. (Ed.), Columbus: Charles E. Merrill Publishing Co.
12. Stoch, J. R., Newborg, J., Wned, L. L., Schneck, E.A., Gable, J. R., Spurgeon, M. S., & Ray, H. W. (1976). *Evaluation of handi-*

- capped children's early education program (HCEEP) Final Report. Columbus, OH: Battle Center for Improved Education.
13. Unesco (1989). Report of future trends in special education planning, organization and management. Conference on the capabilities and needs of disabled persons in ESCWA region. Amman - Jordan.
 14. UNICEF (1980). Childhood disability: Its prevention and rehabilitation. Report of rehabilitation international to the executive board of UNICEF. Executive Board, 1980. Session.
 15. Vietze, P. M. & Vaughan, H. G. (1988). Early identification of infants with developmental disabilities. Philadelphia, PA. Grune & Stratton.
 16. Weiss, R. S. (1981). In read intervention for language handicapped and bilingual children. Journal of the Division of Early Childhood, 4, 40-41.
 17. Wood, M. E. (1981). Costs of intervention programs in Garland, C. et. al. (Eds.) Early intervention for children with special needs and their families, Seattle, WA : Western States Technical Assistance Resource Center of the University of Washington.
 18. World Health Organization (1976). Programs and policy for disability prevention and rehabilitation. Document A 29/Inf. Doc. 1, Geneva, 1976.