

التدخل المبكر للأطفال المعاقين عقلياً

بحث
الكاتب - أبو ناصر
إشراف - د. خالد عثمان



المحتويات - الفهرس :

0المقدمة

0التدخل المبكر

1. مفهوم التدخل المبكر
2. ماهية التدخل المبكر
3. أهمية التدخل المبكر
4. مبررات التدخل المبكر
5. لماذا التدخل المبكر ؟
6. مراحل تطور برامج التدخل المبكر
7. أهم برامج التدخل المبكر وأهم عناصره
8. استراتيجيات مقترحة للتدخل المبكر مع المعوقين عقلياً
9. تقييم أثر وفاعلية التدخل المبكر

0الإعاقة العقلية والتدخل المبكر

0أساليب الرعاية في التدخل المبكر

0نماذج التدخل المبكر

0برامج التدخل المبكر الرئيسة مع الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالإعاقة العقلية

0معيقات التدخل المبكر (في الدول العربية)

0المراجع

المصدر - المنتدى السعودي للتربية الخاصة

المقدمة

"درهم وقاية خير من قنطار علاج"
"العلم في الصغر كالنقش في الحجر"
"الضرب الحديد وهو ساخن"

هذه المقولات تبرز مخاطر عدم اكتشاف المشكلات ومعالجتها مبكراً بالرغم أنها ليست مقولات حديثة .. وهي انعكاس للفترة الحرجة (الفترة التي يستفيد منها الطفل من فرص التدريب والتعلم في الزمن العمري المناسب الذي يكون فيه مستعداً للتعلم) . الا أن ميدان التدخل المبكر ميدان حديث العهد نسبياً في معظم دول العالم.

أن التدخل المبكر للأطفال المعاقين عقلياً في مرحلة ما قبل المدرسة مهم جداً وذلك لإعدادهم لمرحلة المدرسة ، لأن سنوات ما قبل المدرسة تمثل أسرع فترات التعلم . والأطفال المعاقين عقلياً ليسوا غير قابلين للتعليم فغالبيتهم لديهم القابلية للتعلم والنمو . وفي المرحلة العمرية المبكرة لا تركز البرامج التعليمية لهؤلاء الأطفال على المهارات الأكاديمية وإنما على مهارات الاستعداد العامة والسلوك الاجتماعي والشخصي .
إنهم أطفال يتعلمون إذا أعتقدنا أنهم قادرون على التعلم .. وحاولنا تعليمهم بالطرق المناسبة لهم وليس بالطرق التي يتعلم بها الأطفال الآخرون.

إذن التدخل المبكر يلعب دوراً وقائياً حيوياً يتمثل أساساً بمساعدة الطفل على:

- 0 اكتساب الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعياً في المدرسة وغيرها.
- 0 اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية.
- 0 تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز.
- 0 تطوير اتجاهات إيجابية نحو المدرسة والتعلم.

التدخل المبكر

مفهوم التدخل المبكر:

هو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن 6 سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لاسباب متعددة.

ماهية التدخل المبكر:

يشمل التدخل المبكر الاطفال منذ الولادة حتى سن المدرسة ، لأن الأطفال يعتمدون على والديهم لتلبية حاجاتهم ، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور على مساعدة الأطفال على النمو والتعلم. لذلك لا بد من تشكيل فريق من الاختصاصات المختلفة للعمل على تلبية هذه الحاجات قدر الإمكان ، ولأن الأطفال الذين لديهم تأخر أو إعاقة تكون لديهم خصائص متعددة ومعقدة وهم وعائلاتهم يصعب تفهمها وجد التدخل المبكر.

أهمية التدخل المبكر:

تتبع أهمية التدخل المبكر من أهمية المراحل العمرية الأولى للطفل حيث تكون اللبنة الأولى في تشكيل بناء الطفل. ولأهمية التدخل المبكر بينت دراسات (لوثر هامر) التي أجريت على الأطفال المعوقين في سنوات حياتهم المبكرة في (ألمانيا) أن لبرامج التدخل المبكر فاعلية كبرى في اصلاح الانحرافات النمائية الممكنة لديهم ، وكونهم في مراحل العمر الأولى لنموهم ، كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية فور حصول الإصابة بالإعاقة يعطي نتائج باهرة ، وهذا يؤكد الأهمية الكبرى لتوفير برامج تربوية متخصصة للأطفال قبل وصولهم إلى مرحلة التعليم الابتدائي.

مبررات التدخل المبكر:

- o يعتبر التعليم في سن ما قبل المدرسة اسهل واسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية.
- o يتبع الأطفال المتأخرين في النمو نفس مسار النمو الطبيعي مع انه في العادة لا يكون على مستوى الأداء الوظيفي.
- o حتى يكون لأسر الأطفال المعوقين قواعد ثابتة عن كيفية تنشئة أطفالهم حتى يتجنبوا الوقوع في مشاكل مستقبلية.
- o التأخر النمائي في السنوات الخمس الأولى قد يكون من بين الأسباب الرئيسة لاحتمالات ظهور سلبيات تستمر مدى الحياة.
- o تقع مسؤولية غرس المبادئ والمهارات بإختلاف أنواعها على عاتق الوالدين لماذا التدخل المبكر ؟ !
- o بعد 17 عاماً من البحث عن كيفية اكتساب الإنسان لقدراته ، أصبحت مقتنعاً تماماً بأن علينا ايلاء السنوات الأولى من العمر جل اهتمامنا . فالدراسات التي أجريتها شخصياً والتي أجراها آخرون عديدون بينت أن السنتين الأولى والثانية أهم بكثير مما كنا نعتقد في الماضي . فبالأنشطة الحياتية اليومية البسيطة التي يقومون بها ، يشكل الأطفال اليافعون الأسس لكل نموهم المستقبلي

o (White , 1975) .

ولقد بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال ، فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر. (Hayden , 1997) .
? إن النمو المبكر يزود الأطفال بأس متين للتعلم في المدرسة الابتدائية وللعطاء الاجتماعي البناء في المراحل العمرية اللاحقة (Evans & Myers , 1994) .
إن برامج الطفولة المبكرة التي تقوم على فهم مبادئ النمو الإنساني ضماناً للنمو المستقبلي للمجتمع بأسره. (Hohmann , 1991) .
إن الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر , (Hayden , 1997) .
لعل أهم انجازات ميدان الطفولة في العقد الماضي هو الإيضاح المتكرر لإمكانية دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين بنجاح . فالقضية المطروحة في الوقت الراهن ليست قضية إمكانية أو جدوى برامج الدمج في مرحلة ما قبل المدرسة بل كيفية تصميم هذه البرامج لتحقيق الفائدة القصوى. (Guralnik , 1990) .

مراحل تطور برامج التدخل المبكر

تطورت برامج التدخل المبكر عبر ثلاث مراحل رئيسية وهي:

o المرحلة الأولى :

كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية والنشاطات التي تستهدف توفير الاثارة الحسية لهم.

o المرحلة الثانية :

اصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لاطفالهم المعوقين.

o المرحلة الثالثة :

اصبح جل الاهتمام ينصب على النظام الاسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الاكبر اثراً على نمو الطفل ، فقد اصبح دعم الاسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية.

أهم برامج التدخل المبكر وأهم عناصره:

o الخدمات التي تقدم في المنزل:

وتهدف الى تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الأطفال المعوقين وتعليمهم المهارات الضرورية ضمن البيئة المنزلية ، مثال ذلك برنامج البورتج.

o الخدمات التي تقدم في المراكز:

وقد تكون هذه المراكز مستشفيات أو مراكز خاصة يمضي الأطفال في هذه المراكز من (3 - 5) ساعات يومياً ويتم تدريبهم على مختلف المجالات.

o برامج الدمج:

ويقصد به الدمج بين الخدمات التي تقدم في المنازل والمقدمة في المراكز من اجل تلبية حاجات الأطفال واسرهم بمرونة أكثر.

o برنامج التدخل من خلال وسائل الاعلام:

ويتم من خلال وسائل استخدام وسائل الاعلام المقروءة والمسموعة لتدريب أولياء الأمور على كيفية التعامل مع اطفالهم الصغار.

استراتيجية مقترحة للتدخل المبكر مع المعوقين عقلياً:

لا تعتبر عملية التعلم سهلة للمعوق عقلياً بسبب الانخفاض في القدرة العقلية ، لذا تحتاج الى خطوات خاصة على المعلم اتباعها عند تعليم هذه الفئة.
ومن أهم هذه الخطوات:

- o أن يفوز المعلم بانتباه الطفل أكبر وقت ممكن.
- o التدرج مع الطفل من المهارات البسيطة الى الأكثر صعوبة.
- o تعزيز الطفل عند القيام بمحاولات ناجحة.
- o إعادة المعلومات السابقة عند إعطاء الطفل معلومات جديدة.
- o تنمية الجوانب النمائية (التذكر والانتباه والادراك.)
- o تنمية القدرة على العناية بالذات.
- o تنمية القدرة على التواصل الاجتماعي.
- o إزالة المثيرات المشتتة.
- o استخدام أسلوب النمذجة.

تقييم أثر وفاعلية التدخل المبكر:

يجب أن يشمل أي برنامج للتدخل المبكر للمعوقين عقلياً على الجوانب التالية:
o الطفل:

من أكثر المقاييس المستخدمة في تقييم الطفل هي نسبة الذكاء ويكون ذلك من خلال الاختبارات المتوفرة ، ويمكن اعتبار نسبة الذكاء واحدة من أهم الامور لتقييم البرامج بالنسبة للطفل ولكنها ليست الوحيدة.

o لكفاءة الاجتماعية:

الهدف الحقيقي لأي برنامج من برامج التدخل المبكر ، هو الكفاءة الاجتماعية لدى الأفراد ، ويتعلق بدرجة نجاح الطفل في أداء المهمات الاجتماعية واماله ، وتوقعاته ، ومن بين المجالات التي تعتبر من النتائج الهامة لبرامج التدخل المبكر والتي يمكن قياسها بسهولة ما يلي : (صحة الطفل ، المعرفة والادراك ، والتحصيل الاكاديمي ، وتطور الشخصية ، والدافعية.)
o العائلة (الأسرة):

تلعب الاسرة دور كبير من خلال المشاركة في برامج التدخل المبكر ، ولا بد من تعميم آثار البرامج على العائلة ، وتشير الدراسات أن برامج التدخل المبكر لها آثار هامة على امهات الأطفال المصابين أو المعرضين لخطر الإعاقة العقلية بسبب مشاركة اطفالهم في برامج التدخل المبكر.

الإعاقة العقلية والتدخل المبكر

يقصد بالتدخل المبكر للمعاقين عقليا الجهود المبذولة في تحديد الأطفال المعرضين قبل وأثناء وبعد الولادة.

المؤشرات قبل الولادة

ويبدأ التدخل المبكر في مجال التعرض للإعاقة العقلية أثناء الحمل ، بهدف التعرف على الأجنة المعرضة للإعاقة العقلية.

ويستخدم في ذلك عدة مؤشرات من أهمها التالي:

- 1- وجود خلل في الجينات عند الوالدين أو أحدهما.
- 2- إنجاب الأسرة لطفل به خلل كروموسومي قبل الحمل الحالي.
- 3- وجود تاريخ للإجهاض عند الأم.
- 4- وجود اختلاف في فصائل الدم عند الزوجين (ويقصد به هنا الاختلاف في ايجابية وسلبية الدم أي positive فصيلة الدم الموجبة ، negative فصيلة الدم السالبة في العامل الريسوسي)
- 5- تدخين الام أو تعاطيها للكحوليات.
- 6- الحمل بعد سن الخامسة والثلاثين (تبين من الدراسات في أمريكا أن 7% من الأطفال عموما و33% من الأطفال المعاقين يولدون من امهات بعد سن الخامسة والثلاثين فاعتبر الباحثون حمل المرأة بعد هذا السن من عوامل تعرض الاجنة إلى الإعاقة العقلية والجسمية.)
فهذه العوامل تعوق النمو العقلي عند الاجنة وتجعلها معرضة للإعاقة العقلية قبل الولادة
Parental - Risk factors وتستدعي التدخل المبكر لعلاجها قبل ان تؤدي دماغ الجنين ، أو التخفيف من تأثيرها على إعاقة النمو العقلي والجسمي قبل الولادة .

المؤشرات بعد الولادة

أما بعد الولادة فمن المؤشرات التي تدل على التعرض للإعاقة العقلية الآتي:

- 1- الولادة قبل الأوان أو ولادة طفل ناقص الوزن.
 - 2- وجود إعاقة جسمية أو عقلية عند الوليد.
 - 3- الفقر وتفكك الأسرة التي يولد فيها الطفل (وهنا يكون تخلف ثقافي أو يسمى الطفل المعرض للإصابة بالإعاقة العقلية نتيجة للبيئة التي حوله ويسمى. (at risk child)
 - 4- انخفاض المستوى الثقافي للوالدين.
 - 5- انخفاض ذكاء الأم وإعاقتها العقلية.
 - 6- التخلف الثقافي والاجتماعي للمنطقة التي يسكن فيها الطفل .
- فهذه الظروف تجعل الاطفال معرضين للإعاقة العقلية بعد الولادة مباشرة ، Post-natal - risk factors وتتطلب التدخل لحمايتهم من الإعاقة العقلية المعروفة بالتخلف الناتج عن عوامل ثقافية وأسرية. Cultural familial retardation

تشخيص الإعاقة العقلية

أما تشخيص الإعاقة العقلية بعد الولادة مباشرة او في مرحلة الرضاعة ، فيكون على أساس الأعراض الفسيولوجية والبيولوجية التي تدل على ان الطفل قد جاء معاق عقليا كما في حالات متلازمة داون Down Syndrom ومتلازمة تيرنر Turner Syndrom ، ومتلازمة كلاينفلتر Klinefelter Syndrom ، أو على أساس الأعراض والأسباب التي تدل على ان هذا الطفل سوف يكون متخلفا إذا لم تعالج هذه الأعراض أو الأسباب كما في حالات الفيناييل كيتون يوريا

PKU، والجللاكتوسيميا ، وانحلال الدم الولادي ، ونقص الثيروكسين وغيرها . ومع ان تشخيص حالات الإعاقة العقلية في هذه السن المبكرة يتم عادة بمعرفة اخصائي الأطفال ، فإن الطفل المعاق عقلياً ووالديه في حاجة إلى الرعاية والإرشاد النفسي بهدف تخفيف التوتر في الأسرة ، والمحافظة على تماسكها وزيادة كفاءتها في رعاية طفلها المعاق عقلياً ورعاية إخوانه العاديين.

أساليب الرعاية في التدخل المبكر

يتم تشخيص الإعاقة العقلية بعد الولادة مباشرة أو في مرحلة الرضاعة. والقاعدة الأساسية في التدخل المبكر هي رعاية الأطفال وهم يعيشون في أسرهم. يشترك في إعداد وتنفيذ برامج التدخل المبكر مجموعة من الأخصائيين في طب الأطفال والنطق والسمع والعلاج الطبيعي والعلاج بالعمل والتربية الخاصة والإرشاد النفسي والخدمة الإجتماعية وغيرهم.

وتتلخص أساليب الرعاية فيما يلي:

1- أسلوب الرعاية المنزلية:

وتتم رعاية الطفل وهو يعيش في أسرته وإعداد البرنامج المناسب لرعايته في البيت عن طريق الأخصائي الزائر الذي يقوم بإرشاد وتشجيع الوالدين على تنفيذ البرنامج.

2- أسلوب الرعاية النهارية في المركز:

ويهدف إلى رعاية الطفل في مركز الرعاية النهارية ،حيث يذهب الطفل إلى المركز صباحاً ويعود إلى أسرته في المساء ويتلقى الرعاية على أيدي الأخصائيين في التربية الخاصة ولايهمل هذا الأسلوب مسؤوليات الوالدين.

3- أسلوب الرعاية المشتركة:

يجمع بين الرعاية في البيت والمركز حيث يذهب الطفل إلى المركز لبضع ساعات ولمدة خمسة أيام في الأسبوع يحصل فيها على الرعاية من المتخصصين ويندمج مع الأطفال العاديين والغير عاديين ثم يعود إلى أسرته لرعايته بقية الأيام.

نماذج التدخل المبكر

لقد تعددت نماذج التدخل المبكر بسبب التطور الدائم لتقديم هذه الخدمات لهؤلاء الأطفال ولكن المشكلة تكمن في أن بعض هذه النماذج قد تكون ملائمة مع بعض الأطفال دون أطفال آخرين وأيضاً لكل هذه النماذج إيجابيات وسلبيات. وسنذكر أهم هذه النماذج:

1- التدخل المبكر في المراكز:

وهذه المراكز إما أن تكون مركز أو مدرسة وللأسف أن أغلب هذه المراكز هي مراكز ربحية ومكلفة وكثير من الفقراء لا يستطيعون منها لأنها باهظة التكاليف . إن أعمار الأطفال المستفيدين هذه المراكز من عمر سنتين إلى عمر ست سنوات ومدة التحاقهم بالمراكز من ثلاث إلى خمس ساعات يومياً لمدة خمس أيام أسبوعياً ويتم تدريب هؤلاء الأطفال خلال هذه الفترة على جميع مجالات النمو المختلفة.

إيجابيات هذا النموذج:

- أ - قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات.
- ب- توفير الفرص لتوعية المجتمع المحلي بالأمر المتعلق بالتدخل المبكر.
- ج - إتاحة الفرصة للطفل للتفاعل مع الآخرين.

سلبيات هذا النموذج:

- أ - مشكلات توفير المواصلات.
- ب - باهضة الثمن.
- ج - عدم مشاركة أولياء الأمور بفاعلية.

2-التدخل المبكر في المنازل:

حيث يتم هذا التدخل في المنازل الخاصة في الأطفال حيث تقوم متخصصة أو مربية أو معلمة أسرية بزيارة المنزل من زيارة واحدة إلى ثلاثة زيارات أسبوعياً وأغلب التدخل المبكر في المنازل يكون في الريف والأماكن النائية حيث أن عدد المعاقين قليل لقلّة سكان المنطقة ولصعوبة المواصلات إلى المراكز . وأكثر اهتمام برامج التدخل المبكر في المنازل يكون للأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين.

إيجابيات هذا النموذج:

- أ - غير مكلف من الناحية المادية
- ب - يوفر الخدمات للأطفال في بيئتهم الطبيعية.
- ج - يشتمل على مشاركة الأسرة الفاعلة في برنامج طفلها.

سلبيات هذا النموذج:

- أ - عدم قدرة بعض أولياء الأمور على تدريب أطفالهم بشكل فعال.
- ب- وضع قيود على الفرص المتاحة للطفل في أن يتفاعل اجتماعياً.
- ج - وجود صعوبات للزائرات مثل استغراق الأوقات الطويلة وأيضاً عدم تفهم الأهل للتعليمات بالشكل المناسب.

3-التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل معاً:

من خلال هذا النموذج فإن الأفضل هو تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سناً في المنزل وللأطفال الأكبر سناً في المراكز. وقد نحتاج أن نلحق الأطفال في المراكز لأيام محدودة فقط وتقوم الزائرة بزيارات منزلية من زيارة إلى زيارتين في الأسبوع . ومن إيجابيات هذا النموذج أنه يسمح بتلبية حاجات الأطفال وأسرهم بشكل كامل وبمرونة أفضل .

4-التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات :

حيث يزور أولياء الأمور المركز من زيارة إلى زيارتين في الأسبوع حيث يتم تقييم ومتابعة وملاحظة الطفل ومن ثم تدريب أولياء أمورهم على كيفية التعامل مع أطفالهم..

ومن خصائص هذا النموذج:

- أ- يوكل مهمة التدريب لأولياء الأمور.
- ب- يقدم فريق متعدد التخصصات خدمات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وفقاً لهذا النموذج.

5-التدخل المبكر في المستشفيات:

يستخدم هذا النموذج للحالات النمائية المستعصية والصعبة : ويتم من خلال النموذج تدريب ومعالجة الأطفال على أيدي فريق متعدد التخصصات التي يحتاجها الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة.

6-التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام:

حيث يستخدم هذا النموذج أو المواد المطبوعة (القصص ..المجلات .. الجرائد .. الخ) فمن خلال وسائل الإعلام يتم تدريب أولياء الأمور ذوي الاحتياجات الخاصة الصغار في السن وإيصال المعلومات حيث تنمي مجالات النمو المختلفة

تفريد برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة

يقوم التدخل المبكر على أساس الفروق الفردية بين الأطفال في النمو ، فكل طفل فريد من نوعه ، والبرنامج الذي يناسب طفلا قد لا يناسب طفلا آخر بنفس الدرجة ، فكل طفل في حاجة إلى برنامج خاص به ، يقابل حاجاته ويناسب ظروفه الأسرية وعلى هذا الاساس يوضع برنامج مكتوب لكل يشترك في إعداده وتنفيذه الاخصائيون ووالدا الطفل . ويتضمن عادة الآتي:

- 1-مستوى نمو الطفل الحالي.
- 2-الأهداف السنوية (البعيدة) والشهرية (القريبة.)
- 3-الخدمات التعليمية التي يحتاجها الطفل.
- 4-امكانية استفادة الطفل من التعليم العادي.
- 5-معايير تقويم تقدم الطفل أثناء البرنامج.
- 6-مواعيد بدء الخدمات ومدة كل منها وأماكن تقديمها.
- 7-مواعيد مراجعة البرنامج.

برامج التدخل المبكر الرئيسة مع الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالإعاقة العقلية

1. مشروع ابيسديريان (The Abecedarian Project)
2. مشروع ميلواكي (The Milwaukee Project)
3. مشروع بيرري قبل المدرسي (Project Preschool Perry The)
4. مشروع ييل (The Yale Project)

أولا / مشروع ابيسديريان: (The Abecedarian Project)

تأسس هذا المشروع في خريف عام 1972 في مركز تطوير الطفل بكارولينا الشمالية ولقد بدئ كمحاولة لتجميع فريق من الباحثين مختلفي الآراء الذين كان مهمهم توضيح أن الإعاقة العقلية يمكن الوقاية منها ، وان يفحصوا كيف أن العمليات البيولوجية والسيكولوجية تتأثر بالمحاولات الوقائية .

أما الأطفال المعنيون ، فقد حددوا حسب مؤشر الخطورة العالية الذي تم تطويره من قبل موظفي المركز ، واشتملت عوامل الخطورة علي الحالة التعليمية للام والأب ، ودخل العائلة ، وغياب الأب ، وسجل عمل الأب ، ونسبة نكاه الأم والأب ، ومعلومات عن الاخوة والأخوات والعائلة الممتدة ، وصفات العائلة الأخرى .

وقد شارك في برنامج البحث أربع مجموعات ، وفي كل مجموعة ، تم تحديد أزواج متناظرة أو متطابقة من المشتركين بطريقة عشوائية للمجموعة التجريبية أو المجموعة الضابطة . ثم تم تزويد جميع المشتركين بإضافات غذائية وعناية مجانية ، لكن الذين طبق عليهم برنامج التدخل المبكر النهاري المكثف هم أفراد المجموعة التجريبية فقط .

وهذا التدخل الذي بدأ في الشهور الثلاثة الأولى من العمر استمر حتى اصبح الطفل مستعدا لدخول المدرسة ، ويتعلق بمشاركة الطفل في برنامج منظم وموجه للطفل بمعدل 6-8 ساعات يوميا ، وبمعدل 50 أسبوعا في السنة .

وتركز مناهج التدخل علي تعليم أنواع متعددة من المهارات لأطفال المجموعة التجريبية . وحتى الثالثة من العمر ، فان الأطفال يتلقون مناهج تتألف من اكثر من 300 بند في المجالات اللغوية والحركية والاجتماعية والذهنية . وبعد سن الثالثة يتم التركيز علي مجالات العلوم والرياضيات والموسيقى والاستعداد للقراءة ثم القراءة . ويجري تعليم الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 3 سنوات في الغالب بطريقة فردية ونسبة الأطفال إلى المعلمين في هذه المرحلة هي (3 : 1)

واما في المراحل اللاحقة ، فان التعليم يصبح بطريقة المجموعات الصغيرة (حيث تصبح نسبة الأطفال إلى المعلمين 4 : 1 أو 5 : 1) .

ومع أن جميع جهود التدخل ننظر إليها الآن حسب ارتباطها بنظرية النظم العامة ، إلا أنها قد وجهت نحو الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالإعاقة العقلية أكثر من توجيهها نحو أمهاتهم وأبائهم وإخوانهم وعائلاتهم .

ونتيجة لذلك ، فان معظم نتائج البرنامج تخص الأطفال أنفسهم . واكثر النتائج ملائمة وثبوتها هي أن أداء أطفال المجموعة التجريبية كان اعلي بكثير في اختبارات الذكاء من أطفال المجموعة الضابطة في جميع مراحل العمر التي تزيد عن 18 شهرا . وفي التقرير الأخير وصلت ثلاث من المجموعات الأربع سن الخامسة ، بتفوق أطفال المجموعة التجريبية علي أطفال المجموعة الضابطة بزيادة تصل إلى 8 نقاط في نسبة الذكاء . أما في مجال المهارات الاجتماعية ، وجد أن أطفال المجموعة التجريبية يتمتعون بثقة اجتماعية اكبر من أطفال المجموعة الضابطة عند سن 6 شهور و 12 شهر و 18 شهر من العمر حسب

مقاييس سجل سلوك الأطفال . كما وجد أيضا أن تجربة المشاركة في برامج التدخل ساعدت في جعل أطفال المجموعة التجريبية أكثر نشاطا وأكثر فعالية في تفاعلهم مع أمهاتهم من أطفال المجموعة الضابطة .

ويبدو أيضا أن الأمهات قد تأثرن بالبرنامج النهاري لأطفالهن ، حيث اصبحن أكثر ثقافة وتعليم من أمهات المجموعة الضابطة مع أن التعليم كان متساويا عندما دخل الأطفال البرنامج أول مرة وليس من الواضح بالضبط لماذا حدثت هذه النتيجة أو سبب حدوث ذلك . فربما عبر الموظفون المركزون عن اهتمامهم بالتعلم بطريقة ذكية ، أو ببساطة لأن أمهات أطفال المجموعة التجريبية كن غير مشغولات بالعناية بأطفالهن . ويبدو أيضا أن التحصيل الوظيفي عند أمهات المجموعة التجريبية قد تأثر إيجابيا بوضع الطفل تحت العناية النهارية الكاملة . ويبدو أننا نستطيع أن نستنتج دون وجل أن هذا المشروع يعتبر مجهود معقولا ومتميزا يمثل حالة مثالية لاختبار القيمة المستقبلية للأسلوب التثقيفي قبل المدرسي ذي المنهج المركزي ، وكما نوه هؤلاء الباحثون فإن الزيادات الصغيرة التي حدثت يمكن أن تحدث ببرامج اقل تركيزا وكثافة و اقل تكلفة أي برامج تولي اهتماما وعناية اكبر للعوائد والكفاءات العائلية .

ثانيا / مشروع ميلواكي: (The Milwaukee Project)

الهدف من هذا المشروع تحديد هوية الأطفال المعرضين لأعلي درجة من الخطورة للإصابة بالإعاقة العقلية ، وتسجيلهم في برنامج مكثف من برامج التدخل المبكر ، ولقد كان المقياس الرئيسي لنتائج أطفال المجموعة التجريبية درجاتهم في اختبارات الذكاء ومجالات فردية متعددة مثل (اللغة) وذلك أثناء مشاركتهم في البرنامج واثناء التحاقهم بالمدارس الحكومية . بالإضافة إلى ذلك فقد تدخل العاملون في المشروع بأمهات أطفال المجموعة التجريبية أمليين أن تصبح هذه الأمهات ذات الدخل المحدود قادرة في الحصول علي وظائف وان يربين أطفالهن بطريقة أكثر نجاحا .

ولقد بدا المشروع بمرح للإعاقة العقلية عند (سكان ميلواكي) ، ووجد أن الأحياء ذات الدخل المنخفض والأحياء الواقعة في وسط المدينة هي المناطق التي ترتفع فيها نسبة الإعاقة العقلية عند الأطفال أكثر من غيرها .

ولقد شمل المشروع نفسه 40 عائلة من ذوات الخطورة العالية ، من عائلات الطبقة السوداء ذات الوضع الاقتصادي المنخفض علي أن يكون الطفل حديث الولادة من أم ذات نسبة ذكاء تبلغ %75 أو اقل . ولقد وزعت العائلات الأربعين بطريقة عشوائية إلى مجموعتين إحداها تجريبية والثانية ضابطة . فالعائلات الضابطة العشرون كانت تختبر بشكل دوري علي مدي السنين السبع التالية ، دون أن تقدم لهم أية خدمات . أما العائلات التجريبية العشرون ، فقد أدخلت في برنامج إعادة تأهيل واسع المجال مع التأكيد علي أمرين ، برنامج تعليمي مكثف للأطفال ، وخصوصا في مجالات اللغة وحل المشكلات ، وبرنامج إعادة تأهيل تعليمي ومهني للأمهات ، ولقد بدا البرنامج التعليمي لأطفال المجموعة التجريبية بعد أن بلغ الأطفال الشهر الثالث من العمر بقليل ، واحضر الأطفال إلى مركز خاص لمدة 8 ساعات يوميا طوال السنة . ولقد زود المركز بمدرسين دربوا خصيصا للعمل مع الأطفال الرضع ، حيث أن هذا التدخل كان مكثفا ومباشرا وملائما لمتطلبات كل طفل

لقد ركز هذا البرنامج علي إعادة تأهيل الأمهات علي مهارات التدريب علي الوظائف والقراءة والإدارة المنزلية لدي أمهات أطفال المجموعة التجريبية . ولقد شمل التدريب المهني كلا من التدريب الوظيفي وخدمات التوزيع علي الوظائف المناسبة ، بينما جري تعليم القراءة في فصول الكبار في المساء ، وقد كان التدريب علي مهارات الإدارة المنزلية اقل رسمية وذلك بزيارة الوالدين للباحثين المسؤولين عنهم عند الأزمت والمحن المتعلقة بالبيت أو العمل .

ولقد وجد أن نتائج برنامج Milwaukee شبيهة بنتائج مشروع Abecedarian وربما كانت أكثر وضوحاً منه . فلقد كانت نسب الذكاء عند أطفال المجموعة التجريبية اعلى منها عند أطفال المجموعة الضابطة بما يقارب من (20- 30) نقطة في جميع الاختبارات التي جرت بعد الشهر الثامن عشر من العمر ، كما كانت المكاسب اللغوية عند المجموعة التجريبية واضحة وذات دلالة إحصائية .

وكانت نتائج الأنماط المختلفة للتفاعل الاجتماعي بين أمهات وأطفال المجموعة التجريبية إيجابية فقد استطاع أطفال هذه المجموعة أن يتحدثوا مع أمهاتهم وان يبادروا بالاتصال الشفوي بشكل أكبر من أطفال المجموعة الضابطة ولحد ما ، فان هؤلاء الأطفال النشطين كانوا هم الذين يقودون عملية التفاعل مع أمهاتهم ويأخذون زمام المبادرة فيها .

ثالثاً / مشروع بيرري قبل المدرسي: (Project Preschool Perry The)

إن مشروع بيرري قبل المدرسي والذي بدأ عام 1962م هو اقدم برامج التدخل التي عرضناها سابقاً ، وهو البرنامج الوحيد من البرامج الثلاثة الذي قدم معلومات حول المكاسب التي حصل عليها المشاركون حتى التاسعة عشر من العمر لذلك ، فانه يتيح لنا تقييم الآثار طويلة الأمد لبرنامج تدخل مبكر ، مشتملاً على نتائج عدة اختبارات ، من تقييم الأطفال وتقييم المدرسين ، ومن الآثار أو النتائج التي تحدث خلال الحياة الحقيقية للأطفال . وكذلك بالمقارنة بالبرنامجين الأخرين فان هذا المشروع قبل المدرسي بدأ تدخله باختيار أطفال معاقين آنذاك ، علي الأقل طبقاً لتعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية . حيث تم تجميع كل الأطفال الذين يبلغون السنة الثالثة من العمر في أحياء معينة ومحددة من ذوات الدخل المنخفض ثم طبق عليهم اختبار استنفورد بنيه للذكاء وحصر من تتراوح نسب ذكاءهم بين 70- 85 الذين عادة يعرفون بالفئة الحدية أو البينية للإعاقة العقلية .

ولقد قام مشروع بيرري قبل المدرسي بتزويد خمس مجموعات من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم ثلاث أو أربع سنوات ، ببرنامج تدخل مدته سنتان ، وادخل أطفال المجموعة التجريبية إلى البرنامج خلال مدة أربع سنوات (1962- 1965) عندما كانوا يبلغون السنة الثالثة من العمر ، وقضوا السنتين التاليتين في البرنامج . أما أطفال المجموعة الضابطة فقد كانوا يختبرون في فترات محددة . وكان البرنامج يتألف من عناية يومية مركزة وجودة عالية لمدة ساعتان ونصف يومياً ، وزيارة منزلية لمدة ساعة ونصف كل أسبوع . وكانت النسبة بين المدرس والطفل 1 : 5 . ومع أن هذا المشروع قدم برنامجاً مكثفاً قبل المدرسة ، إلا أن طول اليوم الدراسي (ساعتان ونصف) وطول السنة الدراسية (30 أسبوعاً) وعدد سنوات البرنامج (سنتان) ، والعمر الذي دخل عنده الأطفال البرنامج (3 سنوات) . كانت كلها مختلفة تماماً عن كل من البرنامجين السابقين .

ونائج مشروع بيرري متوفرة الآن بعدة مقاييس للأطفال حتى السنة التاسعة عشرة من العمر . وبالنسبة للذكاء فلقد اظهر أطفال المجموعة التجريبية زيادة تبلغ 10-15 نقطة في درجات نسبة الذكاء عندما كانوا يبلغون السنة الرابعة والخامسة من العمر لكنهم بالتدريج فقدوا تفوقهم علي المجموعة الضابطة في السنوات الأخيرة . وبحلول السنة الثامنة من العمر انخفض تفوق المجموعة التجريبية إلى ادنى مستوى له (نقطتان إلى ثلاثة) وبحلول السنة الحادية عشرة كانت المجموعتان متشابهتين تماماً وهذه النتائج تتطابق مع النتيجة العامة لتلاشي مكتسبات أو (زيادات) نسبة الذكاء بعد انتهاء برامج التدخل المبكر .

ويبدو أن آثار البرامج علي درجات اختبار التحصيل وعلي المعايير المكاسب الحقيقية في الحياة واعدة وملحوظة . فقد كان أداء أطفال المجموعة التجريبية في اختبارات التحصيل افضل بكثير من أداء أطفال المجموعة الضابطة طوال المرحلة الابتدائية والمتوسطة من الدراسة .

كما وجد أن مشاركة أطفال المجموعة التجريبية في تصرفات وسلوك منحرف اقل من أطفال المجموعة الضابطة ، كما صنف المعلمون هؤلاء الأطفال علي انهم قد أقاموا علاقات مع زملائهم ومعلميهم افضل من العلاقات التي أقامها أطفال المجموعة الضابطة .

رابعا / مشروع بيل: (The Yale Project)

إن مشروع بيل يعد برنامجا نموذجيا ركز علي أمور مختلفة تماما . حيث انه برنامج دعم عائلي يتعلق بالخدمات الاجتماعية ، والعناية بالطفل ، والعناية اليومية التطوعية ، والخدمات النفسية لعشرين عائلة من ذوات الدخل المنخفض ولقد بدأ البرنامج قبل الولادة واستمر حتى بلغ الطفل الشهر الثلاثين من العمر . ولقد ركز هذا البرنامج علي مساعدة الأمهات علي العمل مع أطفالهن بأنفسهن بخلاف المشاريع السابقة ، وبالإضافة إلى ذلك فحتى خلال برنامج التدخل ، كان معظم التركيز علي تكيف الطفل وليس علي نسبة الذكاء أو علي الإثارة العقلية بذاتها . وبالنسبة للنتائج التي حصل عليها الطفل فقد أوضح هذا المشروع أن الأثر الرئيسي للتدخل المبكر يمكن أن يظهر في نجاح الأطفال المتزايد في المدرسة وفي الحياة ومع أن الأطفال الذين خضعوا للتدخل حصلوا علي نسب ذكاء اعلي من النسب التي حصل عليها أطفال المجموعة الضابطة ، عند سن الثلاثين شهرا ، وعند السنة الخامسة من العمر .

والاهم من ذلك ، فان النتائج عند سن العاشرة أظهرت أن مجموعة التدخل - وخصوصا الأولاد منهم - قد فاقت في أدائها المجموعة الضابطة في العديد من المقاييس التكيفية والمدرسية . ولقد حصل الأولاد في المجموعة التجريبية علي القليل من الخدمات المدرسية الخاصة ، والتحقوا بالمدرسة بانتظام اكثر ، كما اعتبروا افضل تكيفا حسب رأي مدرسيهم . أما أولاد المجموعة الضابطة ، فقد كان تغييبهم كثيرا وواضحا ، ولم يتكيفوا جيدا من قبل مدارسهم أي لم تساعدهم مدارسهم علي التكيف ، وهذا البرنامج والذي كان منذ البداية موجها نحو تكيف الأطفال ، يبدو انه حصل علي نتائج وأثار ثابتة ومتينة في هذا المجال .

وقد كانت نتائج هذا المشروع من ناحية الأسرة أيضا لافتة للنظر ومدهشة ، حيث اصبح الأمهات اكثر تعلما وثقافة واكثر قابلية للتوظيف والاعتماد علي النفس في شؤون أطفالهن وأسرن بشكل عام . ومن الناحية المادية فان فوائد برنامج بيل تفوق بكثير التكاليف اللازمة لتنفيذه .

ويبدو ان هذا النوع من الأساليب التي تعتمد علي العائلة كأساس لها ، حسب جميع الدلائل المتاحة ، أسلوب افضل من أساليب التدخل المبكر عند الأطفال المعرضين للخطر كما انه افضل من تلك البرامج الأكثر مركزية والأكثر تأكيدا وتركيزا علي الإدراك وعلي الطفل .

معيقات التدخل المبكر في الدول العربية

- نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.
- عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معوق لأن ذلك يبعث الخوف في نفوسهم بسبب اتجاهاتهم واتجاهات المجتمع بوجه عام نحو الإعاقة.
- تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل.
- لجوء الأشخاص المحيطين بالأسرة إلى تبريرات وافتراسات واهية لطمأنة الأسرة وشد أزرها مما يقود إلى توقع حدوث معجزات تساعد الطفل على التغلب من الإعاقة أو حتى التخلص منها بدون تدخل.
- عدم توفر مراكز تدخل مبكر متخصصة وتردد المراكز القائمة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات.
- عدم توفر أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وعدم توفر الكوادر المتخصصة القادرة على تطوير المناهج وتوظيف الأساليب الملائمة للأطفال المعوقين الصغار في السن.
- غياب السياسات الوطنية الواضحة ازاء التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة من جهة وبسبب التحديات العديدة الأخرى التي ينبغي مواجهتها من جهة.

المراجع

- "الخطيب ، جمال ؛ الحديدي ، منى (2004) التدخل المبكر ، ط 2 ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.
- "الروسان ، فاروق (2006) مقدمة الإعاقة العقلية ، ط 3 ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.
- "يحي ، خولة ؛ عبيد ، ماجدة (2005) الإعاقة العقلية ، ط 1 ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.
- "السرطاوي ، عبدالعزيز ؛ ايوب ، حسن (2000) الإعاقة العقلية ، ط 1 ، مكتبة الفلاح ، الكويت.
- "الشناوي ، محمد محروس (1997) التخلف العقلي ، ط 1 ، دار غريب للنشر والتوزيع ، القاهرة ، مصر.
- "المنتدى السعودي للتربية الخاصة.

المكتبة الإلكترونية

أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة

www.gulfkids.com