



كلية الآداب



قسم علم النفس



جامعة جنوب الوادي

الكشف والتدخل المبكر في مجال الفئات

الخاصة

إعداد

قسم علم النفس

الفهرس

الصفحات	الفصل
٣٦-٣	الفصل الأول " مدخل الى التدخل المبكر "
٦٨-٣٧	الفصل الثاني "التدخل المبكر كطريقة و كنظام"
١٠٠-٦٩	الفصل الثالث " الدور المشترك مع الأسر أساسيات المنهج المتمركز حول الأسرة"
١٥٢-١٠١	الفصل الرابع " الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ببرامج التدخل المبكر "

مقدمة:

يتناول المقرر بالدراسة موضوع الكشف المبكر في مجال الفئات الخاصة وماهيته وأهميته ونماذج من الكشف المبكر ودور الاسرة المشترك في الكشف المبكر، وسوف نستعرض في هذا المقرر العديد من الموضوعات التي يتناولها التدخل المبكر على النحو التالي:

الفصل الأول: ويهتم هذا الفصل بماهية التدخل المبكر وأهميته ونماذج التدخل المبكر ومبررات التدخل المبكر.

في حين يتناول **الفصل الثاني:** التدخل المبكر كطريقة و كنظام والتركيز على الإعاقة أو جانب العجز وخصائص التدخل المبكر.

ويدور **الفصل الثالث:** الدور المشترك مع الأسر أساسيات المنهج المتمركز حول الأسرة وأهمية دور الاسرة في التدخل المبكر.

وأخيرا يتناول **الفصل الرابع:** الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ببرامج التدخل المبكر والفحص المبدئي والعوامل المؤثرة في مدى استعادة الطفل من برامج التدخل المبكر.

وتم الاعتماد بشكل كبير على كتاب الأساتذة الاجلاء إبراهيم سالم الصباطى ؛ احمد عبد الرحيم العمرى؛ مجدى محمد احمد الشحات ؛جمال الخطيب ؛ منى الحديدي مصطفى نوري القمش ؛ فؤاد عيد الجوالده ؛نادية بنت علي بن سعيد العجمي ، جزاهم الله خير الجزاء على هذا الشرح الوافي وجعلهم الله دوماً زخراً للعلم .

الفصل الاول

مدخل للتدخل المبكر

مقدمة:

إن ميدان التدخل المبكر Early Intervention ميدان حديث العهد نسبي ا في معظم دول العالم، وقد أصبحت الحاجة إلى برامج التدخل المبكر أكثر وضوح ا من أي وقت مضى . فمن جانب يلاحظ بان حوالي % 11 من الأطفال يعانون تأخر نمائي أو إعاقة ما . ومن جانب آخر تؤكد المنظمات الدولية و الإقليمية المتخصصة أن % 51 تقريبا من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النمو والإعاقة يمكن وقايتهم من خلال القيام بعمل إجراءات بسيطة وغير مكلفة نسبيا إذا فلا يوجد أدنى شك في مدى الحاجة الأساسية والماسة لهذا المجال لكل المجتمعات الإنسانية.

وقد شهد العقدين الأخيرين توسع ا كبير ا وسريع ا في كثير من دول العالم فيما يتعلق بالخدمات والبرامج في التدخل المبكر للأطفال دون السادسة من العمر ، ونتج هذا التطور من خلال تفاعل مجموعة من العوامل سيتم عرضها لاحق ا. ومع كل ذلك فإنه لا توجد حتى الآن خدمات كافية يمكن أن توصف بأنها خدمة من الطراز الأول تلبي احتياجات كل الأطفال المحتاجين إلى تدخل مبكر ومكثف . وقد قدمت البحوث العلمية أدلة على أن لطبيعية الخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على تعلم الإنسان ونموه.

إن ميدان التدخل المبكر يعني بتربية وتدريب الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة ،ميدان متفرد يتطلب توجيهات جديدة ومبتكرة ولا يكون مجرد امتداد تنازلي لخدمات التربية للأطفال في سن المدرسة ، أو تكرار للبرامج والأساليب المستخدمة في رياض الأطفال

مفهوم (تعريف) التدخل المبكر :

يلاحظ الآن استخدام مصطلح التدخل المبكر Early Intervention ، بديلا عن مصطلح كان شائع الاستخدام في الستينات والسبعينات وهو مصطلح الوقاية. ويشير ساندو (Sandow , 1990) إلى أن التصور في ذلك الوقت أن التربية التعويضية هي نظام يمكن من خلاله مساعدة الأطفال الذين ينمون في بيئة غير ملائمة على التدخل المبكر النجاح في المجتمع العادي وكان ينظر إلى هذه المساعدة على أنها تقي أو تمنع تأثير المتغيرات السالبة . وقد حدث تغير سريع في اتجاه الوقاية من العجز ، ومن ثم ظهر مصطلح التدخل المبكر.

ويشير مفهوم التدخل المبكر إلى ذلك النوع من الخدمات التي تتضمن تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من العمر ويعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو حتى من لديه قابلية للتأخر أو الإعاقة . بل أن الأمر يتعدى هذا ليشمل تقديم برامج تركز على تطوير مهارات أولياء الأمور

لمساعدتهم على النمو والتعلم وذلك حسبما يعرف بالخطة الفردية لخدمة الأسرة .
ولابد من الإشارة كذلك إلى أن هناك برامج للتدخل المبكر تسمى بالبرامج الفئوية
هدفها تقديم خدمات لفئات من الإعاقات إلا أن معظم هذه البرامج غير فئوية أي أنها
تعني بأي طفل عنده إعاقة.

فالتدخل المبكر هو عبارة عن إجراءات منظمة تهدف إلى تشجيع أقصى نمو
ممكن للأطفال دون عمر السادسة ذوي الاحتياجات الخاصة ، وتدعيم الكافية الوظيفية
لأسرهم . ويوجد من يفرق بين التدخل السلوكي المكثف والمبكر Early Intensive
Behavioral Intervention ومصطلح التدخل المبكر Early Intervention
بحيث ينظر للتدخل المبكر على انه مصطلح عام يشير إلى الخدمات المقدمة إلى
الأطفال الصغار الذين يعانون الكثير من الاضطرابات ، في حين أن التدخل السلوكي
المكثف والمبكر هو علاج محدد جدا ثبتت فعاليته وفائدته في علاج حالات التوحدية
.وعادة فإن أغلب برامج التدخل المبكر لا توفر تدخلا سلوكيا مكثفا .

وعند العودة لشرح هذا المصطلح فإن كلمة مبكر تعني المرحلة التي تبدأ قبل أن
يصل الطفل إلى سن خمس سنوات أو أصغر من ذلك ، أما كلمة مكثف فتصف
الكم الهائل من الساعات المطلوبة لبرنامج العلاج ، ومصطلح سلوكي يشير إلى
استخدام تحليل سلوكي تطبيقي وهو نوع خاص من التعليم ، وتعني كلمة التدخل أي
العلاج.

أهمية التدخل المبكر وفوائده:-

يدرك الخبراء في ميدان التربية الخاصة أهمية التدخل المبكر، لأنه يؤدي إلى الوقاية من المشكلات في النمو، ويقلل من تأثيرات الإعاقة على الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم . فمظاهر النمو المختلفة مترابطة، ولذا فبدون التدخل المبكر قد يقود الضعف إلى ضعف آخر، أو قد تؤدي الإعاقة إلى إعاقات أخرى . لذا فإن (الصباطي، 1429) يشير إلى ضرورة العناية بالأساليب الوقائية كبرامج الإرشاد الوراثي وتعميم مكاتب الفحص الطبي الإجباري للمقبلين على الزواج لتقديم الاستشارات الوراثية واكتشاف الصفات الوراثية السائدة والمتحفية لديهم والتوعية بمخاطر الأمراض الوراثية وزواج الأقارب والزواج الإنجاب المتأخر والتكرر بالنسبة للإناث خاصة وذلك للتقليل من حدوث الأمراض الوراثية للجنين.

ومن جهة أخرى فقد تبين أن للخبرات الأولية في الحياة تأثيرات كبيرة على النمو في جميع جوانبه . فمرحلة الطفولة المبكرة يحدث فيها ما يعرف باسم فترات النمو الحرجة، حيث يكون الطفل في ذروة استعداداته وقابليته للنمو والتغيير، ولذلك فالتدخل المبكر يسعى إلى استثمار هذه الفترات لتطوير القدرات العقلية واللغوية والاجتماعية للطفل . ولا تقتصر خدمات التدخل المبكر على ما يقدمه من خدمات، للطفل فخدماته تتعدى ذلك إلى الأسرة حيث يوجهها إلى كيفية التعامل مع الأطفال التدخل المبكر

ذوي الاحتياجات الخاصة قبل أن تتطور لديها أنماط رعاية وردود فعل مناسبة أو غير بناءه .وبما أن التدخل المبكر يعمل على تحسين الوضع الصحي والنمائي العام

للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، فإنه بالتالي يعمل على خفض التكاليف المادية للعلاجات الطبية وغير الطبية التي قد تحتاجها هذه الفئة من الأطفال في المستقبل. وبما أن مرحلة ما قبل المدرسة لها أهميتها الخاصة، إذ أجمع المربون وعلماء النفس على اعتبارها أهم فترة عمرية تمر في حياة الإنسان، ومن هنا فإن التدخل المبكر في هذه المرحلة يعتبر أمراً على درجة كبيرة من الأهمية، فهو إن لم يكن قادراً على معالجة ما يطرأ من مشكلات في تلك المرحلة، فهو قادر على تخفيفها، أو على الأقل قادر على منع تفاقمها في المستقبل.

وللتدخل المبكر أهمية خاصة ومبررات قوية يتفق عليها معظم الباحثين والدارسين في هذا المجال .ويمكن تلخيص المبررات في الجوانب التالية:

١- أكدت جميع نتائج الدراسات والأبحاث النفسية والتربوية أن مراحل النمو الأولية تعتبر ذات أهمية بالغة في نمو الطفل وتكيفه، وعليه فإن التدخل المبكر في هذه المرحلة سوف يسهم بدون ادنى شك تنمية قدرات الطفل العقلية والحركية وتحسن في سلوكه الاجتماعي والانفعالي، ويعتبر الدراسات الميدانية وما ترتب عليها من تحسن ملموس لدى الحالات المستفيدة أكبر دليل على قيمة تلك البرامج وآثارها الإيجابية.

٢- أن توفير مثل هذه البرامج قد يخفف أو يمنع الإعاقة وبالتالي يحد من تحويل أعداد كبيره لبرامج التربية الخاصة، مما يؤدي بالتالي إلى تخفيف الجهد والتكلفة المادية المتوقعة لاحقا والمترتبة على تقديم خدمات تربوية متخصصة، وهكذا فان توفير برامج غنية بالمتغيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساعد بشكل مؤكد في اكتسابه مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية، سواء أكانت لغوية أو معرفية أو سلوكية أو اجتماعية أو أكاديمية وذلك وفق الاحتياجات الفردية لكل حالة.

٣- على صعيد الأسرة فان للتدخل المبكر أثر بالغ في تكيف الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها. إضافة إلى التأكيد على أهمية مشاركة الأسرة وإبراز دورها الأساسي في تقديم المعلومات الضرورية وإسهامها في تنفيذ تلك البرامج.

وعلى الرغم من توفر مختلف أشكال المبررات والقناعات اللازمة لتطوير وإعادة برامج مدروسة في التدخل المبكر، فان ما قامت به مختلف الدول النامية من إجراءات في هذا المجال يعتبر محدودا وقاصرا بكل المقاييس. وقد يعود السبب في ذلك إلى محدودية المعطيات الفنية أو عدم توفر الإمكانيات المادية أو الكوادر الوطنية اللازمة للتخطيط وتنفيذ مثل هذه البرامج. وهكذا فان التحدي الذي تواجهه معظم الدول المعنية برعاية المعوقين والتي تعاني من محدودية المصادر سواء من حيث النواحي المادية أو البشرية يتمثل في تطوير وتنفيذ خطط واستراتيجيات مدروسة يتم من خلالها تقديم

خدمات ملائمة وفعالة لأكثر إن الملاحظ لما يحدث من تطور وتقدم لخدمات وبرامج

التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مستوى دول العالم ، فإنه

سيرى توسع سريع في ذلك، وهذا ناتج لتفاعل مجموعة من العوامل منها- :

-تزايد الوعي بأهمية الخبرات المبكرة في المرحلة الأولى من العمر في نمو وارتقاء

الإنسان، وتتضاعف هذه الأهمية لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.

-التحول الذي حدث في فلسفة الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة حيث

أصبح من الضروري حصولهم على الخدمات الخاصة في المواقع الطبيعية التي

يستخدمها الأطفال العاديون، مثل المنزل ودار الحضانة ومدرسة الروضة.

-الاعتراف المتزايد بأن الرضع وأطفال الحضانة ذوو الاحتياجات الخاصة لهم حقوق

في الحصول على قرض متساوية مع أقرانهم العاديين من أجل تنمية وتطوير

إمكانياتهم وقدراتهم.

كما يشير كثير من الباحثين إلى أهمية ضرورة التدخل المبكر ، وعلى الفوائد المؤكدة

لبرامج التدخل بالنسبة للأطفال المعوقين أو في خطر نمائي.

وقد ورد في التراث المنشور (Peterson,1986 , Hanson & Lynch, 1995)

بأنه يوجد العديد من المبررات التي تدعو إلى ضرورة تقديم برامج التدخل المبكر

لمساعدة الأطفال المعوقين أو خطر على النمو .وهي ليست نابعة من مصادر عاطفية

تجاه هؤلاء الأطفال ، كالعطف أو الشفقة أو حتى الحب، ولكنها تعتمد على نظريات

النمو الإنساني التي تحدد العوامل التي تيسر أو تعوق نمو الأطفال ، إضافة إلى اعتمادها على البحوث الميدانية في مجالات مختلفة ، كلها تؤكد أهمية السنوات الأولى من العمر .

ونظر التعدد هذه المبررات فإنه سيتم عرضها في النقاط الآتية:-

1-التعلم المبكر أساس التعلم اللاحق . وأنه توجد علاقة وثيقة بين النمو السنوات الأولى من العمر والتعلم اللاحق فالوقت الذي يمر بين ميلاد الطفل والتحاقه بالمدرسة له دلالة خاصة في متصل النمو الإنساني حيث تتشكل أنماط التعلم والسلوك الأساسي التي تضع الأساس لكل مجالات النمو اللاحق .عندما لا يكتسب الطفل تماما العادات والمهارات و الأبنية المعرفية التي تعتبر متطلبات سابقة للتعلم الجديد ، فإن هذا التعلم سيتأخر يكون غير فعال وغير كامل، وفي بعض الحالات يستحيل تحقيقه .أن التعلم يبنى على التعلم، ومن ثم فإن الضعف في أي محلة يؤدي إلى ضعف أكبر في المراحل التالية، أي أن الآثار السلبية بصبح تراكمية، فإذا تأخر الطفل بدرجة دالة على أقرانه في بعض مجالات النمو، فمعني ذلك أنه لكي يلتحق بهم في محله تالية يجب تسريع التعليم بسرعة أعلى من السرعة العادية أي من خلال البدء فوراً في برنامج للتدخل المبكر .

2-مفهوم الفترة الحرجة . توجد فترات حرجة أو حساسة للتعلم وتعتبر السنوات الأولى أهم مرحلة توجد بها الفترات الحرجة .والفترة الحرجة هي الوقت الذي يجب أن

تقدم فيه مثيرات معينة أو تحدث خيارات خاصة لكي يظهر نمط معين من الاستجابات وأثناء هذا الوقت يكون الطفل أكثر قابلية واستجابة لخبرات التعلم وتكون المثيرات البيئية أكثر قوة في استدعاء استجابات معينة أو في إنتاج أنماط تعلم معينة وبالتالي يحدث التعلم بشكل أكثر سرعة وسهولة. وفي ضوء مفهوم الفترات الحرجة فإن غياب الخبرات أو الاستثارة المناسبة خلال فترات النمو المهمة، بغض النظر عن أسباب ذلك، سيؤدي إلى فشل الطفل في تعلم الاستجابة واحتمال خسارة القدرة على اكتسابها فيما بعد، أو التأخر في اكتساب الاستجابة في وقت تال، حيث قد تكون المهارة من الممكن اكتسابها ولكن بكفاية وتلقائية أقل. وبالرغم من أن التعلم قد يمكن حدوثه بعد الفترة الحرجة المناسبة لاكتساب المهارات المقصودة، إلا أن الاستثارة المطلوبة لتحقيق نفس الإنجاز يجب أن تكون أكثر عمقا وأطول زمنا.

3- مرونة الذكاء والسمات الإنسانية الأخرى . إن الذكاء وباقي الإمكانيات الإنسانية

الأخرى ليست ثابتة عند الميلاد، ولكنها تتشكل على حد كبير بالمؤثرات البيئية ومن خلال عملية التعلم. فالعوامل البيئية هي قوى فاعلة في تشكيل طبيعة كل إنسان، وهي تضم الرعاية الجسمية والتغذية أساليب تربية الطفل نوعية وكمية الاستثارة الموجودة المناخ الانفعالي في المنزل الفرص التربوية المتاحة لتعلم الطفل. وإذا كان هناك من يؤمن أن الذكاء غير قابل للتغيير، وأن السمات الإنسانية ثابتة الأبد منذ الميلاد، فإن كل جهود التدخل المبكر تصبح غير ذات جدوى. ولكن لحسن الحظ يوجد المئات من

الدراسات الميدانية التتبعية حول الذكاء أساسا وسمات أخرى ترجح حدوث التغيير، سواء بالزيادة أو النقصان، نتيجة لعوامل بيئية. من أهم هذه العوامل فيما يتعلق بالذكاء على سبيل المثال :مستوى تعليم الوالدين ، ومدى تشجيع التحصيل الدراسي، توفير الخبرات التربوية داخل المنزل وخارجه، البيئة المعرفية في الأسرة .إلى جانب ذلك توجد أيضا تلك الدراسات التجريبية التي قامت بنقل بعض الأطفال من البيئة الأسرية المحرومة ثقافيًا ووضعهم في بيئة توفر الاستثارة الكافية، أو تحسين الظروف البيئية من خلال برامج تربوية .نتائج هذه الدراسات التجريبية بشكل عام ترجح إمكانية تغيير ذكاء الطفل إلى الأفضل نتيجة للمتغيرات التجريبية المستخدمة.

4-تأثير الظروف المعوقة أو الخطرة على الطفل . إن الظروف المعوقة أو الخطرة المؤثرة على الطفل الصغير يمكن أن تعوق النمو والتعلم إلى الدرجة التي قد يصبح فيه العجز الأصلي أكثر شدة، أو قد تظهر لدى الطفل إعاقات ثانوية .فالعجز يمكن أن يعرقل عمليات التعلم العادية عن طريق إعاقة بعض الأساليب المألوفة للتفاعل مع البيئة .وإذا تركنا الأمر للفرص التربوية العادية المتاحة للأطفال غير المعاقين، فإن الأطفال المعاقين يزيد احتمال أن يكون تعلمهم أقل كفاية من أقرانهم .وإذا كان عليهم الاشتراك في خبرات الحياة والاستفادة منها من أجل اكتساب المهارات الأساسية، فإن ذلك يتطلب بالضرورة بعض أشكال التدخل والمساعدة الخاصة .أما بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة المحددة التي تم تشخيصهم فإن العجز واضح وظاهر(مثل الشلل الدماغي

أو الإعاقة البصرية)، وبعض آثار هذه الظروف المعوقة لا يمكن تجنبها، مثل الإعاقة السمعية التي تقلل قدرة الطفل على التعلم من خلال الأسلوب السمعي .هذه الإعاقات المكتشفة تخلق حاجة ملحة وعاجلة للتدخل المبكر حيث أن تأثيراتها على السلوك والتعلم تكون واضحة ويمكن ملاحظتها .أما بالنسبة للأطفال الذين ينشأون تحت ظروف خطر بيولوجي أو بيئي يخشى عليهم من الوقوع في إعاقة مستقبلية، أو أنهم سيواجهون مشكلات في النمو عندما يكبرون، فإنه لا يجوز الانتظار حتى يكبر هؤلاء الأطفال لنرى ما سوف يحدث ثم نتدخل إذا لزم الأمر .المشكلة هنا أن القصور البسيط في النمو قد يتراكم ويتحول إلى إعاقة ، وعندما تصبح مشكلات الطفل حادة ويمكن تشخيصها وتسميتها فإن الطفل سكون قد عانى فعلا من آثارها السلبية.

5-تأثير البيئة والخبرات الأولية على النمو . إن نوعية بيئة الطفل ونوعية خبراته الأولية لهما تأثير كبير على النمو والتعلم، وعلى قدرة الطفل على تحقيق واستغلال كل إمكاناته وقدرته .تتحدد نوعية البيئة والخبرات بمدى توافر الاستثارة المتنوعة والمواقف المتجددة، عامل يحتل أهمية خاصة لدى الأطفال المعاقين، لأنها تساعد في تحديد إلى أي مدى سيتحول العجز إلى إعاقة، وإلى أي مدى سيعطل علميات النمو العادي، وإلى أي مدى يستطيع هؤلاء الأطفال الحصول على وسائل للقيام بالأنشطة التعليمية التي تتوفر عادة لأقرانهم العاديين .تشير الدراسات أن البيئة الأفضل للطفل هي التي توفر له:

أ) ثلاثة أنواع من الاستثارة الحسية والوجدانية والاجتماعية.

ب) استثارة تدعم وتطور النمو اللفظي

هـ) تشجيع المهارة حل المشكلات والقدرة على الاستكشاف

د) آثار ونتائج إيجابية لما يقوم به من استدلال لفظي

كذلك كشفت نتائج العديد من الدراسات أن البيئات العقيمة والمحرومة تؤدي إلى سلوكيات شاذة وتأخر في النمو بين أطفالها، وإذا حدث انتقال لهؤلاء الأطفال إلى بيئة تتوافر فيه الاستثارة المبكرة فإن يمكن أن يغير أنماط السلوك الشاذ. ومن أشهر تلك الدراسات سلسلة دراسات سبيتز (Spitz (وجولدفارب (Goldfarb (في الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين والتي أجريت على أطفال الرضع الذين تربوا في مؤسسات إيوائية.

6- نتائج التدخل المبكر . تستطيع برامج التدخل المبكر أن تحدث فرقا دالا في

التطور النمائي للأطفال الصغار، وهي تفعل ذلك بدرجة أسرع من جهود العلاج المتأخر الذي يبدأ مع التحاق الطفل بالمدرسة. كما أنها تقلل من احتمالات ظهور إعاقات ثانوية عند الطفل، وأن تزيد من فرص اكتساب المهارات النمائية التي تتأخر أو لا يتعلمها الطفل.

وتوجد مجموعة من البحوث التقييمية حول الآثار بعيدة المدى لبرامج التدخل

المبكر، وهي تنقسم إلى ثلاثة أنواع، وهي:

أ) البحوث التاريخية المبكرة التي تم فيها تحويل أطفال متخلفين عقليا أو متأخرين نمائيا من بيئتهم المحرومة إلى البيئة أكثر استثارة، أو تم تقديم أشكال إضافية من الاستثارة في بيئتهم.

ب) بحوث حول برامج التعليم المبكر للإثراء أو برامج للتدخل العلاجي مع أطفال من أسر ذات دخل منخفض أو يعيشون في بيئات غير ملائمة .

ج) دراسات تقييمية مباشرة لنتائج برامج التدخل المبكر للأطفال المعاقين.

7- احتياجات خاصة لأسرة الطفل المعاق . تتساوى وأهمية التدخل المبكر للطفل المعاق مع أهميته للآباء وكل أعضاء الأسرة . لأن العلاقة بين سلوك الطفل الصغير وسلوك آباءه هي علاقة دائرية . فعندما يصبح الطفل أكثر استجابية وسهل القيادة فإن دور الأم/الأب يصبح أكثر إثابة أقل عبئا ، وفي المقابل عندما تكون الأم/الأب أكثر إستجابية وأكثر مهارة كمعلم ومربي، يزداد احتمال اكتساب الطفل للمهارات النمائية والتكيفية ، إن لدى آباء الأطفال المعاقين العديد من الاحتياجات الخاصة التي يمكن لبرامج التدخل المبكر تلبيتها، ومنها :

أ) تقديم دعم للآباء خلال الفترة التي تكون مشاعرهم ومداعاتهم حول عجز الطفل في أقصى درجاتها. فإثناء هذه المرحلة الأولية تتشكل اتجاهاتهم والأنماط الجديدة للتفاعل مع الطفل.

ب) مساعدة الآباء في اكتساب المهارات اللازمة للتعامل مع الاحتياجات العادية المتوقعة لطفلهم المعاق . فالآباء قد لا يستطيعون القيام بشكل مناسب بوظيفة تربية الطفل بسبب الجهل أو لوقوعهم تحت ضغوط كبيرة نتيجة الأعباء الكثيرة التي تتطلبها تربية الطفل المعاق، أو لافتقارهم نظم الدعم والمساعدة الضرورية.

8-الفوائد الاقتصادية والاجتماعية للتدخل المبكر . درهم وقاية خير من قنطار

علاج، حكمة قديمة ثبت صحتها على مر التاريخ .وإذا كان التدخل المبكر يمكن أن يقلل أعداد الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة في المدارس، أو يقلل كثافة هذه الخدمات، وإذا كان اتخاذ الإجراءات الوقائية يمكن أن يقلل عدد الأشخاص الذين يحتاجون لرعاية كاملة في مؤسسات الإيواء نتيجة تقليل درجة اعتمادهم على الآخرين، إذا كان ذلك صحيحاً فإن التدخل المبكر يستطيع إذن توفير مبالغ طائلة يمكن استخدامها لتقديم المزيد من خدمات التربية الخاصة إلى المزيد من الأشخاص في المجتمع .ولقد قامت وود (Wood (In: Peterson , 1986 بتحليل الفوائد الاقتصادية للتدخل المبكر في عدد من الدراسات التقييمية .قامت بحساب مجموعة تكاليف التربية الخاصة حتى وصول الطفل إلى عمر 18 سنة، وقارنت بين هذه التكاليف في حال بدء خدمات التربية الخاصة عند الميلاد، وفي عمر سنتين، وفي عمر ست سنوات .اتضح أن وسيط التكلفة السنوية 2121 دولارا إذا بدأت الخدمات منذ الميلاد، و 2311 دولارا إذا بدأت في عمر سنتين، و 4445

دولارا إذا بدأت في المدرسة .ومن ثم يبلغ مجموع الخدمات الخاصة منذ الميلاد حتى عمر 18 سنة 23,273 دولارا، وإذا بدأت في عمر 6 سنوات تصل إلى 46,816 دولارا إذا كان التلميذ يعود احيانا إلى الفصل، أو 53,341 دولارا إذا ظل في فصل خاص حتى عمر 18 سنة .أي أن خدمات التدخل المبكر يمكنها توفير حوالي 16,111 دولارا لكل تلميذ معاق طوال سنواته الدراسية.

نماذج برامج التدخل المبكر:

لقد شهدت أعوام السبعينات وجود كثير ا من النماذج في برامج التدخل المبكر، والتي اعتمد معظمها على نموذج القصور defect model الذي افترض أن الضعف موجود داخل الطفل وأن العوامل البيئية غير المناسبة هي مجرد عوامل مساهمة، كما افترض أن هذا الضعف هو مسئولية الآباء بالدرجة الأولى .لذلك كانت البرامج تركز على التعليم التعويضي، وإلى إرجاع النجاح لجهود المعلم والفشل إلى خلل في الأسرة . ثم حدث تحول تدريجي بين الباحثين في الثمانينات نحو رفض النموذج السابق نتيجة لظهور ما يسمى الآن بعلم اجتماع التربية الخاصة، وظهور الاتجاه المعرفي الاجتماعي social cognition الذي ينظر إلى النمو كعملية تفاعلاتية transactional process وكان ظهوره نهاية للفصل التقليدي بين النمو المعرفي والنمو الاجتماعي، والاعتراف بالسياق المتغير لخبرات الطفل__.

وبوجه عام يمكن تناول النماذج الرئيسية التي يمكن من خلالها تقديم خدمات التدخل المبكر في عدة أشكال إما في المنازل أو في مراكز متخصصة أمر في المستشفيات وهي كالتالي:

1- التدخل المبكر في المنزل Home – Based Training .

المنزل هو الوضع الطبيعي الذي ينمو فيه أي طفل، وبين الأسرة يقضي الطفل أغلب وقته، ووفقاً لهذا النموذج الذي يستخدم على نطاق واسع يقوم فيه الوالدان بدور المعلم الرئيسي للطفل، حيث تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال الصغار (حدود سنتين) في منازلهم، كما أنه توجد مدرّبات ومعلمات أسرية مدرّبات جيداً يقومون بزيارة المنزل أسبوعي مرة أو مرتين، حيث تجمع المعلومات عن الطفل وتطوره، وتبني علاقات عمل قائمة على الثقة المتبادلة مع الأم، وعادة يكون هذا التدخل المبكر في المنزل موجوداً في الأماكن الريفية والناحية، حيث لا يوجد إلا أعداد قليلة من الأطفال المعوقين ويصعب تأمين التدخل المبكر المواصلة لهم من وإلى المراكز لتقديم الخدمات لهم. ومن أهم حسنات أو مميزات هذا النموذج، أنه يتضمن تدريب الطفل في بيئته الطبيعية، كما أنه يهيئ الفرص لمشاركة أفراد الأسرة الأخرى في البرنامج التدريبي، إضافة إلى أن هذا النموذج قد يجنب الأطفال الذين يعانون من حالات صحية صعبة مخاطر محتملة في المركز. كما أن البرامج المنزلية غير

مكلفة، وفي نفس الوقت تكون فاعله جد ا حيث أنها تتضمن تقديم التدريب الفردي للوالدين، وتسمح لهما بالمشاركة النشطة في تربية أطفالهم ورعايتهم.

أما أهم سلبيات هذا النموذج فيمكن إيجازها في عدم قدرة بعض أولياء الأمور على تدريب أطفالهم بشكل فعال، بذل أولياء الأمور لجهود كبير بدون راحة لأن الطفل موجود ومعهم في المنزل، إضافة على وضع قيود على الطفل في تفاعله الاجتماعي، كما أن انتقال الإحصائيات والمعلومات الأسريات من منزل إلى منزل آخر للقيام بعملهم يستغرق وقت ا طويلا.

2-التدخل المبكر في المراكز Center – Based Programs .

يتم في هذا النموذج تقديم خدمات التدخل المبكر في مراكز، حيث يلتحق الأطفال (من هم في أعمار سنتين إلى ست سنوات) بمركز خاص بواسطة مهنيين، للاستفادة من البرامج المقدمة لهم، لمدة 3 ساعات على 5 ساعات يوميا ، حيث يتم تقييم حاجات كل طفل على حده باستخدام الاختبارات والمقاييس الخاصة من أجل وضع برنامج فردي لكل طفل يتوفر فيه تحقيق أهداف معينة. وتشمل الخدمات التي تقدم في المراكز على جوانب هامة منها التدريب في مختلف مجالات النمو وتقييم حاجات الأطفال لتقديم برامج مناسبة لهم ومتابعة أدائهم.

ومن ميزات هذا النموذج هو توفير فريق متعدد التخصصات للقيام بالتخطيط والتنفيذ للخدمات المقدمة، وتوفير فرص كافية للأطفال للتفاعل والاجتماعي مع الأطفال الآخرين، إضافة إلى توفير الفرص أمام المجتمع المحلي للاستفادة من الجانب التوعوي فيما يتعلق بالتدخل المبكر والحصول على الدعم اللازم مادي أو فني أو معنوي مما يساعد على استمرار تقديم الخدمات. التدخل المبكر

أما أهم السلبيات التي تؤخذ على هذا النموذج فيمكن الإشارة إليها فيما يلي:

ففيما يتعلق بالمواصلات والصعوبات المرتبطة بها كما أن هذا النموذج له تكلفة ما دية عالية، إضافة على عدم مشاركة أولياء الأمور بفاعلية كما في نموذج التدخل المبكر في المنزل (Neisworth & Bagnato , 1992) .

3-التدخل المبكر في المستشفيات.

يعد هذا النموذج الأكثر استخداماً وخاصة من طرف المستشفيات الكبيرة، ويركز هذا النموذج على برامج الحاجات التربوية والحاجات الطبية للطفل، إضافة إلى إرشاد الوالدين وتدريبهما على أيدي فريق متعدد التخصصات.

ويستخدم هذا النوع من النماذج لتقديم خدمات للأطفال الصغار في السن ممن يعانون من مشكلات وصعوبات نمائية شديدة، تتطلب إدخالهم بشكل متكرر أو لفترات طويلة إلى المستشفى.

ومن أهم ميزات هذا النموذج أنه يتضمن تدريب الوالدين وحثهما على المشاركة الفاعلة في رعاية طفلهما .ومن أهم سيئات هذا النموذج أنه قد يكون باهظ التكاليف وبخاصة إذا ما استمر لفترة زمنية طويلة.

وهذه النماذج الثلاثة التي تم ذكرها هي النماذج الأكثر استخداما ولكنها ليست الوحيدة. فتوجد برامج تدخل مبكر أخرى تشمل التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل، ومن خلال تقديم الاستشارات، وتوفير الصفوف المتنقلة والحضانات ورياض الأطفال (العادية والمكتبات المتخصصة). الخطيب ، الحديدي ، 2114

من خلال العرض السابق لبعض نماذج برامج التدخل المبكر المستخدمة والتي تعبر عن وجهة نظر لمدراس فكرية مختلفة وتدور أفكارها حول ما تراه كل منها على أنه برامج التدخل المبكر الملائم، فإن معظم الباحثين يتفقون على أن برامج التدخل المبكر إذا لم تكن متوافرة فإن العديد من الأطفال الذين في خطر بيولوجي أو بيئي قد يصبحون في المستقبل من ذوي الإعاقة، لذلك لابد من تجنب ذلك عن طريق العمل على زيادة انتشار خدمات برامج التدخل المبكر الملائمة.

تطور التدخل المبكر:

يبدو انه من الصعب تتبع نشأة برامج التدخل المبكر تاريخيا ، خاصة وأن مصطلح التدخل المبكر كان مستخدم منذ القدم في العلوم الطبية والجراحية . ولقد

شاع بين الناس منذ القدم، بأن درهم وقاية خير من قنطار علاج، وهذا دلالة على أن الإنسان كان يدرك منذ زمن بعيد بأن المدخل الوقائي أفضل من التدخل العلاجي، أي أن محاولة منع حدوث الإصابة مهم وبأتي في المقام الأول قبل العلاج . ولكن مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة لم تكن بالمستوى الذي بلغته الآن، ويرجع ذلك إلى ما أجري من أبحاث علمية مستفيضة سمحت بتطوير وسائل فاعلة للوقاية لم تكن معروفة أو ممكنة في الماضي .وإجمالاً فيمكن تناول وعرض ما حدث من تطورات لبرامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها من خلال تناولها عبر عدة مراحل رئيسة هي:

1-المرحلة الأولى

. وكان التدخل المبكر خلالها يركز على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية والنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم.

2-المرحلة الثانية

.وقد أصبح التدخل المبكر فيها يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم.

3-المرحلة الثالثة

.وفيها أصبح جل الاهتمام منصب ا على النظام الأسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثر ا على نمو الطفل . فقد أصبح دعم الأسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية.

4-المرحلة الأخيرة

. أما في الوقت الراهن فقد أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شموليه وأوسع نطاقاً، حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة، ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعوقين للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية__.

معني التدخل المبكر:

فالتدخل المبكر هو إجراءات منظمة تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة ذوي الاحتياجات الخاصة ، وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرهم . ومن ثم فالهدف النهائي للتدخل المبكر هو تطبيق استراتيجيات وقائية لتقليل نسبة حدوث أو درجة شدة ظروف الإعاقة أو العجز ، والاستراتيجيات الوقائية إما أولية أو ثانوية .

مرحلة الطفولة المبكرة : تنقسم هذه المرحلة من وجهة نظر التدخل المبكر إلى ثلاث مراحل :

◆المرحلة الأولى تمتد منذ الميلاد وحتى عمر ١٢ شهر ، يطلق على الطفل في هذه

المرحلة " الطفل الرضيع Infant "

♦ والثانية من عمر ١٢ شهر - ٣٦ شهر ، ويطلق على الطفل هنا " طفل الحضانة

Toddler

♦ المرحلة الثالثة فتشمل الفترة من ٣ سنوات إلى ٥-٦ سنوات (أي عمر بدء

الالتحاق بالمدرسة الابتدائية) ويسمى الطفل في هذه المرحلة " طفل ما قبل

المدرسة Preschool Child

إن مهمة تحديد الفئات المستهدفة لبرامج التدخل المبكر أمر ليس من السهل تحديده ، لما يحيط ذلك من جوانب قد تحتاج إلى إيضاح فمنها:-

1- طبيعة النمو المختلفة و المعقدة للأطفال.

2- عدم توفر أدوات مناسبة للتقييم.

3- عدم توفر بيانات دقيقة عن نسبة الانتشار.

4- عدم توفر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية من

جهة والإعاقة من جهة أخرى(. Shonkoff & Meisels ,1991) .

ولكن وبالرغم من كل ذلك فإنه توجد معايير معتمده تساعد على تحديد التأخر

أو الانحراف النمائي التي تهتم بنسبة التأخر والانحرافات المعيارية عن المتوسط.

وعلى كل حال فقد أشار فوستر وفوستر (Foster & Foster 1993) إلى أنه توجد ثلاث فئات من الأطفال الذين يجب حصولهم على خدمات التدخل المبكر ، وهم :-

1-الأطفال الذين يوجد لديهم بالفعل مشكلة أو عجز محدد Children With Established Disabilities

2-الأطفال الذين هم في حالة خطر بيولوجي (Biological Risk)

3-الأطفال الذين هم في حالة خطر بيئي Children With Environmental Risk)

ويضيف بن (Benn , 1993) فئة أخرى رابعة وهم الأطفال المتأخرين نمائياً . ويلاحظ بأن كل هؤلاء الأطفال هم في خطر سواء كان الخطر محدد ا ومعروف ا حالياً ، أو يتوقع حدوثه في المستقبل . ويمكن عرض كل منهم بإيجاز في الآتي :-

1-الأطفال ذوو ظروف خطر قائم Established risk condition وهم الأطفال الذين يوجد لديهم بالفعل مشكلة أو عجز محدد ، ومعروف في الغالب أسبابها وأعراضها .وتضم هذه الظروف بعض الاضطرابات الصبغية، مصل زملة دوان وحالة الفينيلكتيون يوريا (RKU) وهي أحد أنواع اضطرابات الأيض .والتشوهات الخلقية، والاضطرابات العصبية (مثل الشلل الدماغي)، والاضطرابات الحسية .والأطفال في

هذه الفئة ليس من الضروري أن يظهر عليهم حالياً تأخر نمائي، ولكن احتمال حدوث ذلك لا يقل عن 91 % أو 65 % كما يذهب البعض (Benn, 1993) والمحك المستخدم هنا هو التشخيص الطبي.

2-الأطفال ذوو خطر بيولوجي Biological risk وهم أطفال لديهم تاريخ مرضي قبل الميلاد أو أثناء الوضع أو بعد الميلاد يرجح وجود خطورة بيولوجية على نمو الجهاز العصبي المركزي . والأطفال في هذا الفئة لا يوجد لديهم حالياً عجز أو إعاقة ، ولكن هذه الظروف البيولوجية تزيد من احتمال ظهور تأخر مائي أو مشكلات في التعلم في المستقبل إذا لم يحدث تدخل علاجي .وتوجد قائمة مجدده لهذه الظروف الخطرة تم وضعها في ضوء نتائج الدراسات والبحوث .والمحك المستخدم هنا وجود عامل واحد على الأقل من هذه القائمة اعتماداً على قرار فريق التقييم متعدد التخصصات .ومن أهم عوامل الخطر البيولوجي إدمان الأم الحامل للمخدرات، والولادة المبكرة ووزن قليل للطفل الوليد، ونظراً للتقدم الذي حدث في العلوم الطبية فقد اختلفت معايير الولادة المبكرة وقلّة الوزن التي تجعل الطفل الوليد في خطر بيولوجي، فالولادة أصبحت في 26، والوزن أصبح 1,5 كجم أو أقل - (عمر & Hanson 25) (Lynch, 1995) مع ملاحظة أن الكثير من الأطفال يولدون في ظروف خطر بيولوجي أو طبي يحدث لهم شفاء من هذه الظروف بدون تدخل علاجي رسمي.

3-الأطفال ذوو خطر بيئي Environmental risk الأطفال في هذه الفئة لا يعانون من اضطرابات بيولوجية أو وراثية، وظروف الحمل والولادة كانت عادية، ولكن نوعية خبراتهم المبكرة والظروف البيئية التي ينشأون من خلالها تمثل تهديدا محتملا للنمو السوي للطفل، كما ترجح ظهور مشكلات سلوكية ومعرفية وانفعالية في المستقبل، وتتعلق عوامل الخطر هنا بنوعية رعاية الأم، والاستثارة المتوافرة، سوء التغذية، نقص الرعاية الطبية، وبيئة الأسرة الفقيرة اقتصاديا وثقافيا . المحك المستخدم هنا أيضا يعتمد على قرار فريق التقييم متعدد التخصصات.

4-الأطفال المتأخرون نمائيا يضعها البعض ضمن الفئة الأولى ، وهو الأمر الشائع كما ذكرنا، والبعض الآخر يعتبرها فئة منفصلة اعتمادا على حدوث التأخر النمائي بالفعل لدى الطفل في أول سنتين من العمر في مجالين أو أكثر من مجالات النمو. ويستخدم هنا القياس النفسي والمحك الإكلينيكي .ويعتبر حصول الطفل على درجات تتراوح بين واحد إلى اثنين انحراف معياري دون المتوسط على قياس مقنن للنمو دليلا على وجود تأخر نمائي، أما المحك الإكلينيكي فيعتمد على فريق متعدد التخصصات يستخدم مصادر متنوعة ويصدر حكما على الملائمة النمائية لقدرات الطفل.

ويمكن تصنيف حالات الإعاقة التي تستطيع الاستفادة من خدمات التدخل المبكر في

التالي:

أ . الأطفال الأكثر عرضة للإصابة من ناحية وراثية أو بيئية

ب . الأطفال المتأخرون نمائياً

ج .الأطفال المتأخرون حركياً

د .الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التواصل

هـ .الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية

و .الأطفال الذين يعانون من اضطرابات شديدة

ز .المصابون في أحد الجوانب الحسية التالية) السمعية – البصرية – السمعية

والبصرية معاً)

هذا ويبدى الباحثون والمهتمون في ميدان التربية الخاصة اهتماماً متزايداً ببرامج التدخل التربوي والعلاجي المبكر للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، ويتجلى ذلك الاهتمام بتوسيع قاعدة برامج إعداد المعلمين قبل الخدمة لتشمل التربية الخاصة المبكرة، وتطوير أدوات القياس والتقويم الملائمة للمراحل العمرية المبكرة واعتماد نتائج البحوث العلمية أساساً وموجهاً لبرنامج التدخل. وهكذا فإنه وبعد أن ظهرت الفائدة من التدخل المبكر اتسع انتشاره في جميع بلدان العالم ومع كل الإعاقات لما كان له من تأثير نافع ومفيد في حياة المعوق، حتى أصبح هذا الاهتمام علامة مميزة للمجتمع المتحضر.

ويشير نيسورث وبنجاتو (Neisworth & Bagnato , 1992) إلى أن

التربية الخاصة أخذت في الوقت الحالي بالتركيز على استخدام مقاييس متنوعة وتعتمد

على مصادر متعددة لجمع المعلومات .وجاء ذلك نتيجة لإدراك الباحثين والمتخصصين للمخاطر والأخطاء التي قد تنتج من استخدام مقياس واحد.

كما تشير دراسات أخرى معاصرة إلى أهمية الدور الذي تقوم به الأسرة وضرورة مشاركتها في كافة مراحل العمليات التربوية والتأهيلية لتعلم وتدريب المعوقين، ويشمل ذلك جانب التقييم بمختلف أشكاله، فالتقييم عملية مشتركة يتعاون فيها فريق متعدد التخصصات بالإضافة إلى الأسرة بل وتمتد لتشرك الفرد المعوق طالما أنه قادر على ذلك ولا يوجد ما يمنع من مشاركته.

كما يذكر (الخطيب والحديدي،) 2119 بأن الأدبيات الحديثة حرصت على لفت أنظار الممارسين في ميدان التربية الخاصة إلى الاعتبارات التي تجعل تقييم الأفراد المعوقين عملية محفوفة بالمخاطر، وعلى وجه التحديد تشجع هذه الأدبيات المتخصصين على الالتزام باستخدام الاختبارات بطريقة مناسبة وغير متحيزة، وتحذر من المخاطر المحتملة لتطبيق الاختبارات المقننة فقط وتطبيقها على أيدي غير مؤهلة أو الخروج بتعميمات واستنتاجات لا تستند على أسس قوية.

كما يشير إلى انه أمكن الآن الكشف عن عدة اضطرابات لدى الأطفال حديثي الولادة، وذلك من خلال سحب عينات من الدم وتحليلها، وبذلك أمكن درء مخاطر بعض الأمراض التي كانت في الماضي تشكل أسباباً للإعاقة.

ومن تلك الاضطرابات مثلاً قصور الغدة الدرقية الولادي، واضطراب الفينيل كيتون

يوريا المعروف ب .) PKU (ومعلوم أن التعرف المبكر على مثل هذه الحالات المرضية ومعالجتها قبل حدوث تلف في الدماغ فإن ذلك يمنع حدوث التخلف العقلي. إضافة إلى ذلك فإن الإنجازات التي حققها علم الوراثة حتى الآن جعلت ما يعرف بالإرشاد الوراثي أداة فاعلة للكشف المبكر عن حالات الإعاقة . وهذا الإرشاد يوجه نحو الأفراد وأولياء الأمور الأكثر عرضة لإنجاب أطفال معوقين . بل أن العلوم الطبية أصبحت قادرة على الكشف عن بعض الاضطرابات لدى الجنين وذلك من خلال فحص السائل الأمينوسي Amniocentesis والتصوير بالأشعة . Radiography والتصوير بالموجات فوق الصوتية. Ultrasonography

ومن الإجراءات المعروفة في الوقت الراهن لتحديد الأطفال الذين قد يكونون بحاجة إلى خدمات التدخل المبكر الإجراء المعروف بالكشف العام الشامل Sweep . Screening . وهذا النوع من الكشف يشتمل على الفحوص الصحية) السمعية والبصرية) والنمائية) التحصيلية والذكاء .)وتتمثل الخطوة الأولى في الكشف العام بتحديد نوع الكشف الذي سيتم إجراؤه) الكشف السمعي أو البصري .)... وبالنسبة للكشف النمائي العام فإنه يشمل تطبيق اختبارات ذكاء وتحصيل متنوعة.

أما الخطوة الثانية في الكشف العام فتتمثل في إحالة الأطفال الذين تبين من الكشف أنهم يعانون من ضعف حسي أو تعليمي فيحولون إلى الأخصائيين بموافقة من أولياء الأمور . وتجنب الحدوث أخطاء أو مشاكل فإن عملية الكشف يجب أن

يراعى عند القيام بها عدة قواعد ومبادئ وقد لخصها ميسلز وبروفينس Meisles)
(Provence , 1989 & في الآتي :-

-النظر إلى عملية الكشف والتقييم على أنها خدمات وأنهما جزء من الجهود التعليمية والتأهيلية، وليس على أنها وسائل للتعرف والقياس فقط.

-تستخدم إجراءات الكشف والتقييم للأهداف المحددة التي وضعت من أجلها.

-الاعتماد على مصادر متعددة لجمع المعلومات عند القيام بالكشف والتقييم.

-تنفيذ الكشف النمائي والصحي بشكل دوري .فلا يكتفى بالكشف على الأطفال في

السنوات المبكرة من العمر فقط .بل ينبغي إعادة التقييم بعد القيام بتقديم الخدمات لهم.

-للوصول إلى تقييم متعمق وشامل يجب أن يوضع بعين الاعتبار أن الكشف النمائي

والصحي هما وسيلة من عدة وسائل.

-لا بد أن تتمتع إجراءات الكشف والتقييم بدلالات صدق وثبات مناسبة.

-إشراك أفراد الأسرة في عمليات الكشف والتقييم بشكل فعال.

-خلو جميع الاختبارات والإجراءات من التحيز.

-أن تكون المهارات التي يتم تقييمها وكذلك الأوضاع التي تطبق فيها عمليات

التقييم، مألوفة ووظيفية بالنسبة للأطفال وأسرهم.

-من يقوم بالتقييم يكون على مستوى من التدريب والتأهيل يتناسب وقيامه بهذه

المهمة.

ومن ناحية أخرى فإن البحوث الطبية حققت نجاحات كبيرة كان لها أثر بالغ في الحد من نسبة حدوث الإعاقة أو التخفيف من وطأتها . وفي هذا السياق يمكن ذكر ما حدث من تقدم وتأثير نتج عن توفر اللقاحات العديدة التي لم تكن معروفة في الماضي، كما تمكن العملاء من تسخير المعرفة العلمية ذات الصلة بالهندسة الجينية والميكروبيولوجيا ، والإجراءات الجراحية والطبية ... وغيرها .والحد من التراخوما وغيرها من أمراض العيون كل ذلك ساعد على خفض نسبة التخلف العقلي والإعاقات الجسمية وغيرها من الإعاقات.

لقد أصبح الآن من الممكن درء مخاطر بعض من الأمراض التي كانت في الماضي تمثل أسبابا يمكن أن تحدث إعاقة . فبعد أن كان سوء التغذية يزيد من احتمالات إصابة الأطفال بالأمراض وأن من المخاطر المحتملة لذلك تأخر النمو والإعاقة . لذا فإن تحسين المستوى الغذائي والتوزيع المتكافئ للمصادر الغذائية ستعمل على خفض أعداد الأطفال الذين يعانون من الضعف أو العجز أو الإعاقة.

كما وقد أخذ جانب الرعاية الصحية الأولية الاهتمام بحيث أصبح أداة فعالة للوقاية من الإعاقة، وذلك من خلال درء مخاطر الأمراض الوبائية وغير الوبائية عن الأطفال في المجتمع .وتستطيع هذه الرعاية تحقيق الأهداف الوقائية من خلال التنقيف الصحي واسع النطاق، ونشر المعلومات الأساسية حول التغذية ، والنظافة ، والتطعيم

، وتنظيم الأسرة والإنجاب ، ورعاية الأطفال وتطوير مستوى المعرفة بمبادئ %
السلامة العامة .وجدير بالذكر فإن المنظمات الدولية تجتمع على أن ما يزيد عن 51
من الأمراض التي قد ينجم عنها إعاقة يمكن القضاء عليها من خلال تطوير نظم
الرعاية الصحية الأولية .

التوجهات المستقبلية:

بناء على ما سبق وإدراكنا لذلك الواقع فإن ميسلز (Meisles , 1991) أقترح بأنه
لا بد من إيلاء تلك الأمور والقضايا السابقة اهتماما كبيرا وذلك من أجل تحسين
وتطوير الأمور المستقبلية ويمكن إجمال ما ذكره في الآتي:-

- **الوقاية** : يجب توسيع مفهوم الكشف ليشمل الجهود الوقائية . فمن خلال التركيز
على مصادر الخطر المتعددة وعلى العوامل الاجتماعية والأسرية المرتبطة بالإعاقة
فإنه يمكن توقع زيادة مستوى وعي مقدمي الخدمات بتلك العوامل التي قد تجعل
الأطفال عرضة للمخاطر .عندها تصبح مهمة نظام الكشف المبكر هي تقديم المساعد
لهذه الأسر قبل أن تتحول عوامل الخطر إلى إعاقة نمائية لدى الطفل.

-**الأهلية** : من الضروري تطوير معايير لتحديد الأهلية يتصف بالوضوح والدقة،

بحيث لا يمكن الاعتماد على معايير سيكومترية غير موثوقة.

-**الصدق والثبات** : توجد حاجة إلى المزيد من الاختبارات الكشفية للنمو في الطفولة

المبكرة التي تتمتع بالصدق والثبات لكي يصبح بمقدور المتخصصين استخدام الكشف

والتقييم المقنن بدقة أكثر.

-**البيانات العيادية** : ينبغي عدم الاهتمام بالبيانات الكمية فقط، بل من الأهمية بمكان الاهتمام بالبيانات العيادية كذلك وبخاصة تلك التي تؤخذ من الأسرة في عملية الكشف، وهي بدورها تفيد عند تطوير برنامج تربوي فردي.

-**أنماط التفاعل بين الوالدين والطفل** : بينت نتائج البحوث أن نوعية التفاعلات بين الوالدين والطفل تترك أثر كبير على نمو الطفل وتطوره، لذا ينبغي الاهتمام به، وهو بحاجة إلى مزيد من إجراء البحوث.

-**وظائف الأسرة** : لقد أوضحت نتائج البحوث في العقدين الماضيين، أن كيفية تأدية الأسرة لدورها، يترك تأثيرات بالغة على نمو الأطفال، ولكن ما يتعلق بجانب تقييم الأسر لم يلق الاهتمام الكبير، وهو بحاجة إلى بذل المزيد من الجهد للقيام بدراسات تخصه.

-**تقييم البيئة** : لا تتوفر اختبارات كافية لتقييم البيئة التي ينشأ فيها الطفل بالرغم من أهميتها، والحاجة ما زالت قائمة لتطوير اختبارات، ليتمكن المهتمين من تقييم الأسر من خلفيات اقتصادية واجتماعية متباينة.

-**إعادة التقنين** : معروف أن ما هو متاح ومتيسر من اختبارات هي مصممة لأغراض الكشف على مجموعات عادية، لذا فمن الضروري إعادة تقنين بعضها على مجموعات لديها إعاقة، حتى يصبح استخدامها معهم مناسباً.

-**التدريب** : يلاحظ بأن التدريب والإشراف على تطبيق الاختبارات يحظى بقسط قليل من الاهتمام، وجل الاهتمام ينصب على تطوير الاختبارات أو اختيارها، فيلاحظ بأنه في الغالب أن من يقوم بتطبيق الاختبارات غير متخصصين، لذا يجب إعطاء الأولوية للتدريب والإشراف لأنه يعتبر عنصر حيوي يكفل تحقيق الأهداف المرجوة.

-**البيانات الطولية** : يجب جمع البيانات طويلة المدى، فهي تساعد في تصميم واختيار محكات أكثر دقة يتم استخدامها للتنبؤ والوقاية والتدخل المبكر.

الفصل الثاني

التدخل المبكر كطريقة و كنظام

التدخل المبكر كطريقة

طرق التدخل المبكر : تتعدد طرق التدخل المبكر ومن أهم هذه الطرق.

1- التركيز على الإعاقة أو جانب العجز:

تعد هذه الطريقة محدودة النجاح فهناك العديد من أوجه العجز لا يمكن التركيز عليها فالطفل الأعمى مثلا ، لا يمكنه الإبصار إطلاقا . والطفل ذو الإعاقة البدنية إما بسبب الشلل المخي أو لفقد أحد الأطراف قد لا يستطيع ركل الكرة أو المشي- بصورة مستقلة أم بسبب الشلل المخي أو لفقد أحد الأطراف بينما نجد أن بعض السلوكيات المرتبطة بالإعاقة يمكن أن تعلم (كاستخدام الملعقة في التغذية أو قول "من فضلك " للحصول على قطعة بسكويت) وتعد الفوائد الأخرى لهذه الطريقة فيما يرتبط بمواقف التعلم قليلة ، وحيث أن تعلم الصغار يرتبط ارتباطا وثيقا بالخبرة في مجال اللعب أو العديد من مجالات التفاعل مع الأشخاص المحيطين لا ينصح باستخدام طريقة التركيز على الإعاقة أو جانب العجز لتحقيق الإفادة من التدخل المبكر لأنها تركز على أهداف وأنشطة محدودة.

2- التركيز على القدرات :

أما الطريقة الأخرى المقترحة للتدخل فهي التركيز على القدرات المتبقية للطفل والعمل على إزالة العوائق التي يتعرض لها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في

محاولاتهم أثناء اللعب أو التفاعل مع البيئة المادية والاجتماعية ويتم السيطرة على هذه العوائق عن طريق تنمية القدرات في مجالات التداخل من خلال اللعب والتفاعلات الاجتماعية واكتشاف البيئة إذا فالطريقة تعتمد على القدرة لمساعدة الأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة. SEN

تهتم طريقة التدخل القائمة على القدرة المتبقية للطفل بصورة شمولية بدلا من التركيز على الإعاقات أو أوجه العجز ويبني أساس هذه الطريقة على تنمية القدرة والثقة لدى الطفل الصغير وتقليل الأثر السلبي الذي قد تتركه الإعاقة على عملية النمو والتعلم ، فهذه الطريقة تهتم بجوانب القوة والحاجة لدى الطفل ، وتتعلق في عملها على أساس حقيقة أن الأطفال يمكنهم أن يتعلموا وأن الدور الأساسي لنا هو أن نحدد أقصى قدر يكمن أن يتعلمه الطفل.

كما تنظر هذه الطريقة إلى الأطفال باعتبارهم متعلمين قادرين على بناء المعرفة بدلا من تلقيها من الراشدين ، وتصور جميع الأطفال بأنهم قادرين على تكوين معرفتهم طالما زالت من طريقهم العوائق التي تعترض تفاعلهم مع البيئة.

وتتضمن طريقة التدخل القائمة على القدرة تنمية وتشكيل رؤية للطفل فعن طريق تحديد جوانب القوة والضعف لدى الطفل نستطيع التعرف على طاقتهم المستقبلية ، ولا يمكن تنمية الرؤية الخاصة بمستقبل الطفل دون الأخذ في الاعتبار اهتماماته

وصعوباته الخاصة ، وينبغي أن تمثل هذه الرؤية العامل الأساسي في تنمية وتخطيط الخبرات التعليمية للطفل الصغير بالإضافة إلى تضمين الأسرة في تنمية الرؤية المستقبلية للطفل فتعمل هذه الطريقة إلى جانب الأسرة على تحقيق هذه الرؤية بالفعل ، فلا يمكن تحقيق هذه الرؤية بمنأى عن الأسرة لأن لأطفال يقضون مع الأسرة معظم وقتهم ابتداء من الميلاد وحتى فترة البلوغ فتوفر الأسرة الجو الملائم لاستمرار نمو الحياة وأهداف التعلم.

خصائص مجال التدخل المبكر:

يعد مجال التدخل المبكر لتعليم الصغار من ذوى الاحتياجات فريداً بصور

عديدة:

أولاً : حداثة مجال التدخل المبكر

مقابل التطور العلمي السريع (أحياناً يعبر عنه بالتربية الخاصة في مجلة الطفولة المبكرة) يتبين لنا أنه مازال في مرحلة النمو الأولية أو أنه جديد نسبي إن ما يعرف لدينا حالياً ب (الخبرات المثلى) في المجال يتغير وينمو عبر الزمن ، فالخبرات التي تعد مثاليه اليوم قد لا تعد هكذا بعد سنوات قليلة.

كما أن معرفتنا تنمو بشأن التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة بمرور الوقت بالإضافة إلى أن قيم المجتمع وظروفه سوف تتغير إذا فبدلاً من استخدام مصطلح " الخبرات المثلي " سوف نستخدم " الخبرات المرجعة " في هذا الكتاب.

ثانياً : تفرد مجال التدخل المبكر:

بالإضافة إلى ذلك يعد مجال التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة فريداً في أنه يعكس مجموعة الخبرات والقيم المميزة لأنظمة مختلفة وخاصة نظام التعليم الأساسي والتربية الخاصة . كما أن التعليم العلاجي الذي يتداخل مع كل من التعليم الأساسي ومجال التربية الخاصة يلعب دوراً واضحاً . وكلا المجالين يختلفان في الجوانب الأساسية للعمل ويتمثل الدور الأكبر للتدخل المبكر في دمج هذين النظامين بطريقة تحقق التكامل لكل منهما.

ففي حين يؤكد التعليم في مرحلة الطفولة عادة على اللعب الإبداعي ونمو المهارة الاجتماعية والمهارات قبل الأكاديمية (المهارات المبكرة للغة الحساب والقراءة - والعلوم) ونمو المفاهيم الأساسية بشأن البيئة الطبيعية والمصطنعة . وغالباً ما يتمركز المنهج المعد للأطفال حول موضوعات (الجيران ، الحيوانات ، الموجودة في البيئة المحيطة) وتتضمن مفاهيم مختلفة عن مواد معينة كالحاسب والعلوم . وحيث أن الصغار يتعلمون بشكل أفضل عندما يتصفون بالفضول والاهتمام بما يفعلونه

بتكريس وقت طويل من اليوم لأنشطة اللعب المتمركزة حول الطفل والتي يتم تدعيمها من قبل المعلم.

بينما يتركز التعليم المبكر للطفل حول اهتمامات الأطفال وفضولهم وينصب محور التربية الخاصة على الاحتياجات الفردية وجوانب الضعف أو الإعاقة . كما تعد خطة التربية الفردية من الأعمدة الأساسية لمجال التربية الخاصة التي تركز على كل طفل بصفه فردية وعلى حاجاته الخاصة فطبيعة الصعوبات التي تواجه الطفل بالإضافة إلى الأهداف المرجوة للأداء في وقت معين تعد من جوانب الخطة الأساسية . غالباً ما ينتج عن تحقيق الأهداف منهج قائم على توجيه المعلم بشكل أكبر من الأنشطة القائمة على الطفل . فيتم تخصيص معلم خاص لتعليم كل طفل أو دعم مدرس الفصل لتنفيذ خطة التعليم الفردي.

فتاريخ التربية يؤكد على أن لكل من التعليم النظامي والتربية الخاصة مسارات مختلفة ومنفصلة تماماً ، ويعمل اليوم التدخل المبكر على المزج بين النظامين حتى تتحقق الاستفادة لكل من الأطفال وأسرهم بالإضافة إلى عرض العديد من القضايا أمام المتخصصين العاملين في مجال تعليم الصغار .

التدخل المبكر " كنظام: "

يركز هذا الجزء على الدور المزدوج لعملية التدخل المتمثل في توفير الخبرات التعليمية الناجحة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتقديم التدخل الوتقي المؤثر قبل أن تؤدي الإعاقة إلى تقويض عملية النمو والقدرات المستقبلية للأطفال . تتضمن الموضوعات الرئيسية لهذا الجزء مناقشة التساؤلات القائمة حول خدمات التدخل المبكر (من تقدم الخدمات؟ ، من الذي يقدم الخدمات؟ وأين ، وكيف تقدم الخدمات؟ وماهية هذه الخدمات .) كما تناقش أهمية حدوث التدخل المبكر في شؤون الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وحول طبيعة البيانات اللازمة لدعم فعالية المبادئ المرتبطة بالخدمات المبكرة المقدمة من خلال التدخل (التفاعل .)بالإضافة إلى ذلك نقدم نظرة تاريخية موجزة علاوة على بعض المعلومات الخاصة بالدعم الاجتماعي والشرعي المرتبط بتلك الخدمات ، وأخير ا نقدم بعض المفاهيم الأساسية والتجارب (الممارسات) المقترحة.

1- لمن تقدم الخدمة (من المقصود بالخدمات)

2- من الذي يقدم الخدمة

3- أين وكيف تقدم الخدمة

4- ماهية الخدمة (الأهداف والنتائج المرجوة)

1- المستهدفين من خدمات التدخل المبكر -

لا يتركز نظام التربية الخاصة في السنوات المبكرة حول عملية التدخل أو النموذج المنهجي الخاص به ، لكنه يتركز حول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .فلا يمكن تصنيف هؤلاء الأطفال كمجموعة متجانسة لأنهم مختلفون بشكل هائل ولا يختلف هؤلاء في الخصائص العامة فقط (كالاهتمامات والأهواء والقدرات) لكنهم يختلفون في نوع ودرجة القدرة.

ومن المفاهيم الثابتة والتي لا يختلف عليها غالباً أنه لا يوجد شخصين متماثلين تماماً ، كما أنه من المتفق عليه أن الأفراد ذوي الصعوبات الخاصة يختلفون عن الأفراد العاديين بصورة ما وتعتزض هذه الفروق المتصنين بالصعوبات بالإضافة إلى أي شخص آخر كالوالدين والمدرسين والمخططين والأقران ومديري المدارس والمهندسين ومصممي الأبنية المدرسية ويتطلب النهوض أمام هذا التحدي غالباً فهم الأثر المحتمل لجانب العجز لدى الطفل على نموه الكلي وتعلمه ومن المعلوم أن هذا الأثر هو الذي يستدعي التدخل المبكر في شئون الأطفال ذوي الصعوبات الخاصة.

نلاحظ أن المدرسين العاملين في مجال التعليم المبكر يقومون بمساعدة مدى واسع من الطلاب . يتصف بعض هؤلاء الطلاب بوجود إعاقات أو صعوبات واضحة فقد يكون بعضهم متأخرين في النمو والبعض الآخر مهدد بالفشل الأكاديمي . رغم اختلاف احتياجات هؤلاء الأطفال بشكل شاسع إلا أنهم جميعا يمكن تصنيفهم ضمن مجموعة كلية " أطفال ذوى احتياجات تربوية خاصة " ويتطلبون برنامجا تربويا خاصا وفقا لنوعية حاجاتهم وتفيد الدراسات إلى إن حوالي % 21 من الأطفال تقريبا مهيئون في وقت معين لوجود بعض الحاجات التربوية الخاصة . ففي إنجلترا ينظر إلى الطفل بأنهم من ذوى الاحتياجات الخاصة إذا كانت لديهم صعوبة تعليمية تستدعي المعاملة التربوية الخاصة وتتجلى صعوبة التعلم في الحالات الآتية:

- 1-تفوق صعوبة التعلم درجة الصعوبة لدى معظم الأطفال في نفس العمر .
- 2-تكون لديهم صعوبة تعوقهم عن الاستفادة من البرامج التعليمية المقدمة لأقرانهم في المدارس التابعة لنطاق الإدارة التعليمية.
- 3-يكون الأطفال في مدراس إلزامية ويتصفون بإحدى الحالتين السابقتين ولم يتم تقديم التعليم الخاص لهم.

تحديد جوانب العجز:

هذا وهناك بعض الإعاقات الظاهرة والتي يمكن التعامل معها وفهمها بسهولة بعكس بعض جوانب الإعاقة النمطية التي يصعب ملاحظتها بسرعة فنلاحظ ظهور الاحتياجات الخاصة أو أوجه الشذوذ لدى بعض الأطفال دون غيرهم كما أن كثيرا من الأطفال المصابين بالشلل المخي لديهم صعوبات حركية تعقوهم عن المشي ولذا تتجلى صعوبتهم لأي ملاحظ وعلى العكس من ذلك نجد أن الصعوبة الخاصة بطفل في عمر السادسة المصاب بتأخر النمو (يؤدى كطفل في الرابعة) قد لا يتم ملاحظتها من قبل أي زائر بصورة تلقائية.

من المفيد على أية حال تحديد وفهم جوانب عجز الطفل سواء كانت ظاهرة أم لا . كما أنه من المفيد إدراك حقيقة أن هذا الطفل في أصله يشترك مع أقرانه في - خصائص كثيرة ولهذا السبب ينبغي استخدام لغة الطفل الأولى عند التعامل مع ذوى الصعوبات الخاصة ، فهذه اللغة تضع الطفل في المقام الأول قبل " الإعاقة "فبدلا من قولنا " الأصم "يمكننا استخدام مصطلح " الطفل المصاب بالصمم "كذلك فبدلا من استخدام " المعوق "يمكن القول " الطفل ذو الإعاقة. "

ومما يتعلق أيضا بالمصطلحات تأتي أهمية الفصل بين " الإعاقة " و " الصعوبة " فبينما يميل معظمنا إلى استخدام كلا المصطلحين بصورة مترادفة إلا أنهما يتضمنان

معاني مختلفة ، إن إشارتنا إلى امتلاك الطفل لصعوبة ما تشير إلى أنه غير قادر على الأداء بصورة معينة فالصعوبة إذا تعني عدم القدرة على الأداء بنفس أسلوب الآخرين نتيجة لوجود قصور في بعض جوانب الأداء الوظيفي (بدني ، معرفي ، حسي ، ...)

أما "الإعاقة" فتشير إلى مشكلة يواجهها الفرد المتصف بعدم القدرة عند محاولة الأداء أو التفاعل مع البيئة أو داخلها.

تحديد خصائص البيئة

رغم أن الانتباه إلى خصائص البيئة يعد ضروريًا عند تخطيط البرامج الخاصة بالصغار بصفة عام إلا أنه يعد ذا أهمية خاصة بالنسبة لتعليم الأطفال ذوي الصعوبات الخاصة لأن خصائص البيئة تحدد القدر الذي تعوق به هذه الصعوبة الفرد.

ويمكن اعتبار الصعوبة "إعاقة" اعتمادًا على ظروف أو احتياجات البيئة فالطفل البالغ من العمر سبع سنوات ومصاب بالشلل المخي يجد صعوبة بالغة في الوقوف أمام السبورة للرسم أو الكتابة . وعندما يتم اجلسه أمام منضدة من خلال مساعدته على الاتزان قد يعبر عن إبداعه ومواهبه بسهولة . وفي هذا الموقف تتجلى الإعاقة في استخدام السبورة دون المنضدة ويتمثل الهدف الأساسي للتدخل في تقليل احتمالية تعريض جانب الصعوبة للطفل في المواقف المعاقاة . وحتى يحقق المرءون التدخل

الجيد ينبغي أن تتوافر لديهم بعض المفاهيم حول الأنواع المختلفة للصعوبات الخاصة وطريق تأثير عوامل العجز على النمو والتعليم.

هذا ويعتقد بعض الناس أن جميع الأطفال لديهم صعوبات خاصة ، أي أن كل طفل- بغض النظر عن قدرته وخبراته له حاجات فريدة ويستوجب اهتمام اخاص ا من قبل- الراشدين إذا يشير مصطلح"الاحتياجات الخاص"بصفة عام إلى الأطفال ذوى الصعوبة الخاصة أو المتصفين بجوانب نمو متأخرة وفي هذا الكتاب سوف نستخدم كلا المصطلحين" الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة"و" الأطفال ذوى احتياجات التربية الخاصة" بصورة مترادفة ويشير هذان المصطلحان إلى أن هؤلاء الأطفال مهددون بفشل عمليات النمو والتعلم إذا لم يتم التدخل التربوي بأساليب خاصة. كما ذكرنا من قبل يتشابه الأطفال ذوى الصعوبات الخاصة مع أقرانهم بطرق كثيرة إلا أن العديد من الأطفال ذوى الصعوبات الخاصة لديهم احتياجات خاصة لا توجد لدى أقرانهم العاديين وتشمل هذه الاحتياجات:

1-البيئات المنظمة بصورة خاصة لتقليل أثر جوانب العجز.

2-المتخصصون القادرون على دفع عملية التعلم واستخدام المهارات الضرورية

للاحتياجات الخاصة.

أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر

فيما سبق تعرضنا لمناقشة تهدف إلى معرفة" من يتم مساعدته "من خلال التدخل المبكر ولا يمكن أن تكتمل المناقشة دون الإشارة إلى دور الأسرة حيث تلعب الأسرة دور هام في نمو الطفل المبكر كما تعترضها العديد من العقبات أثناء قيامها بهذا الدور وتتصاعد هذه العقبات كلما كان الطفل يتصف بوجود صعوبة ما لديه .ولذلك فالطفل عادة يعد محور اهتمام البرامج التربوية المعدة للأطفال والشباب وبالنسبة للأطفال ذوى الصعوبات يجب أن تركز هذه البرامج كذلك على الأسرة ويعد هذا الأمر ضروري ا بصفة خاصة خلال السنوات المبكرة الأولى للتعليم المدرسي.

2-من الذي يقدم الخدمات؟

يتم تقديم الخدمات المبكرة من خلال مواقف متنوعة تمثل الأشخاص المتخصصين وغير المتخصصين والأنظمة المختلفة) كالتعليم والطب وعلم النفس والخدمات الاجتماعية) ويعني هذا أن نظام التعليم النظامي (كالمدرسة) يمثل فقط واحدة من – الهيئات (الأنظمة المدعمة لتعليم ذوى الصعوبات الخاصة .) فبينما يتركز اهتمام المدرسة على الاحتياجات التربوية للأطفال فهناك حاجات أخرى (كالعلاج الطبي) تؤثر بلا شك على نضج ونمو الطفل ويحتاج المربون إلى الاهتمام بباقي الأفراد

المشاركين في توفير الخدمات لذوى الاحتياجات الخاصة ، كما ينبغي عليهم الاستعداد لتلقي التدريب للعمل كأعضاء مؤثرين في فريق العمل النظامي.

نتناول فيما يلي بعض الأفكار والاهتمامات الحالية المتعلقة بالأشخاص القائمين على توفير الخدمات.

يعد التدخل المبكر وفق (لرأى دونست) Dunst,2000 (متغيرا بيئيا ويقول أن الأطفال ووالديهم وأسرههم جميعا مستقبليين لأنواع مختلفة من الدعم الاجتماعي الذي يعمل كصورة من صور التدخل المبكر وبناءا على هذه الرؤية يحصل الوالدان على المعلومات والإرشادات المطلوبة لدفع تعلم ونمو الأطفال من خلال أعضاء شبكة الدعم الاجتماعي النظامي وغير النظامي ولذا ينبغي أن يؤكد التدخل المبكر على حركة أوجه الدعم عن طريق أعضاء الشبكة غير النظامية بدلا من الاعتماد بصفة أساسية على الدعم النظامي من خلال المتخصصين والهيئات المساعد المتخصصة ، تؤدي هذه الرؤية إلى وجود نموذج للتدخل المبكر قائم على المصدر بدلا من الخدمة حيث ينصب التركيز على وصول الموارد بدلا من توفير الخدمات التي تتفق مع الأسرة وخصائص الطفل.

فتعد رعاية الطفل) بالنسبة للعديد من الأطفال العاديين وذوى الصعوبات الخاصة) من أهم الخدمات التي يقدمها المجتمع بصفة دائمة . فبينما يعمل المربون

بشكل منعزل نسبيا عن القائمين على رعاية الطفل ، يتجلى واضح ا بصفة متزايدة أن تربية الطفل ليست مقيدة بما يحدث داخل حجرة الفصل وقد أدى هذا الفهم إلى الاهتمام المكثف نسبيا بعملية المشاركة مع القائمين على رعاية الطفل في تحسن فرص تعلم الصغار من ذوى الاحتياجات الخاصة . وقد تحلى هذا الاهتمام في عمل شراكات لرعاية الطفل والنمو في السنوات المبكرة لدور الرعاية المنشأة حديثا في إنجلترا . توفر هذه الشراكات أنظمة اختيارية مستقلة تتلقى الدعم الحكومي لتقديم نظام تربوي مبكر بالاشتراك مع سلطات التعليم المحلي (LEA) ، وأقسام الخدمات الاجتماعية، وممثلي الآباء والخدمات الصحية في تخطيط وتوفير الخدمات المبكرة .

يجب أن تتضمن شراكات الرعاية وسائل توفير الخدمات للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من خلال دور رعاية الطفل أو هيئات التعليم النظامي وتعد المملكة المتحدة نموذج لهذه السياسات حيث تهتم المدارس بصفة عامة بتوفير فصول خاصة للأطفال تحت سن الرابعة ضمن برامج طويلة أو قصيرة المدى ، كما تهدف سياسة الحكومة بالنسبة لشراكات الرعاية إلى توسيع الخدمات المدرسية من خلال القطاعات الخاصة والنظامية كهيئات أصلية) Sestini, 2001 (وقامت الحكومة كذلك بإنشاء مشروع قومي لرعاية الطفل) 1998 (ووفرت نظاما شاملا لذوى الاحتياجات الخاصة بقدر الإمكان . وقد أصبحت هذه الخدمات فيما بعد تقدم من خلال نفس الهيئات القائمة على التعليم والرعاية بصورة تدريجية . وهذا وينظر إلى

أنه يجب أن تصبح هذه الخدمات سهلة الوصول وملائمة لجميع الأطفال من العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة.

3- أين وكيف تقدم الخدمات؟

في مجال التربية تقدم الخدمات الخاصة بالأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بصورة قياسية في بيئة الفصل المدرسي أو الفناء المدرسي سواء كان ذلك في إطار البرنامج النظامي أو برامج رعاية الطفل ، واليوم تتيح الخبرات المثلى تقديم الخدمات من خلال المواقف العامة أي من خلال البرامج المعدة لمساعدة الأطفال الطبيعيين إلى جانب- ذوى الاحتياجات الخاصة ولا يتم خدمة جميع الأطفال من ذوى الاحتياجات بنفس الطريقة من خلال المواقف العامة . إلا أنه يجب أن يؤخذ في الاعتبار إن التخطيط المنفصل للبرامج قد يرجع إلى عدم إتاحة المواقف العامة أو الدعم المجتمعي.

إن البرامج التربوية المختلفة المستخدمة في البرامج المعدة لذوى الصعوبات الخاصة عادة ما تأخذ صور التعليم التلقيني أو القائم على الأنشطة حيث إن التعليم القائم على الأنشطة المنظم على مدى اليوم الكامل المكتظ بالأنشطة غالبا ما يوصف بأنه المنهج الطبيعي للتدخل (التعليم القائم على اهتمام الطفل باستخدام المواد الاختيارية ، وأساليب التعزيز .) أما التعليم التلقيني فعادة ما ينظم وفقا لفترة محدودة

من الزمن ويتركز على اكتساب المهارات الخاصة (كالاستجابة للأوامر ، وطلب المساعدة ، وربط أزره القميص.)

وفقا لكثير من الخبراء تتوقف عملية " الشمول " على تطبيق عمليات التدخل المؤثرة في الموقف التعليمي الملئ بالأنشطة لتدريس المهارات الوظيفية والملائمة للنمو، وتعد التدخلات القائمة على الأنشطة وسائل ذات قيمة بالنسبة للمواقف لأنها لا تتطلب نهوض المدرسين بالدور القيادي للأطفال بصورة فردية أو لمجموعة صغيرة من الأطفال.

وعلى أية حال فهناك أمور مرتبطة بالتعليم القائم على الأنشطة بالإضافة إلى حقيقة أن البحث لم يقدم الدليل الكامل على أن هذا المنهج أكثر فعالية من كثير من الطرق التقليدية وتشير الدراسات إلى أنه من الصعب القيام بتدريب المعلمين على استخدام المناهج القائمة على الأنشطة

4- ماهية الخدمات " الأهداف النتائج المرجوة "

عادة ما يشير مصطلح " الأهداف " عند استخدامه في الموقف التعليمي إلى النتائج- المرغوبة . وتمثل الأهداف في عملية التدخل المبكر النتائج المرجوة للطفل والبرنامج ذاته . وبالنسبة للطفل يتم تحديد الأهداف وفق القواعد فردية وعادة ما ترتبط بنتائج معينة للقياس حاجات الطفل وجوانب قوته . ويعد العمل انطلاقا من الأهداف

الفردية من أهم اتجاهات التربية الخاصة . وتوجد بعض الأهداف طويلة المدى والمتصفة بالعمومية والتي يجب أخذها بعين الاعتبار عند معاملة كل طفل من ذوى الاحتياجات الخاصة وتشمل هذه الأهداف:

1-إعداد الأطفال للمشاركة في حياة المجتمع.

2-تنمية الخبرة الاجتماعية واستراتيجيات التعلم الفعالة.

وتمثل هذه الأهداف العامة كثيرا من النتائج المرجوة بالنسبة للطفل والبرنامج التعليمي الخاصة ومن الأهداف الأخرى للبرامج تقليل الأثر السلبي لجانب الصعوبة على مجال النمو الكلي للأطفال ، وتقليل الحاجة الدائمة لخدمات التربية الخاصة المقدمة لهم ، وتنمية خبرات الوالدين وثقتهم في دفع تعلم ونمو أطفالهم.

وقد تم إضافة أهداف أخرى في المملكة المتحدة تحت مسمى " أهداف التعليم المبكر" وتتناول ستة مجالات من مجالات النمو وفيما يلي قائمة بهذه المجالات بالإضافة إلى وصف موجز لأنواع الأهداف المرتبطة بكل مجال:

1-النمو الشخصي ، الاجتماعي ، العاطفي : ويشمل الجوانب الشخصية والاجتماعية والخلقية والعاطفية والروحية للنمو متضمنة تنمية القيم الشخصية وفهم النفس والآخرين.

2-نمو الاتصال واللغة وتعلم القراءة والكتابة : ويشمل الجوانب الهامة لنمو اللغة وقواعد التعلم البدائي وتشمل القدرة على الكلام والاستماع وتعلم القراءة والكتابة.

3-النمو الحسابي : ويشمل الجوانب العامة للمفاهيم الحسابية وقواعد العد.

4-المعرفة وفهم العالم : وتركز على نمو معرفة الأطفال وفهمهم لبيئتهم تشمل الأفراد

الآخرين وخصائص البيئة الطبيعية والمصطنعة (التي أنشأها الإنسان)

5-النمو البدني : يركز على نمو التحكم البدني لدى الأطفال ، الحركة ، والوعي

المكاني والمهارات العلمية في البيئة الداخلية والخارجية.

6-النمو الإبداعي : يركز على نمو التفكير التخيلي والقدرة على الاتصال بالآخرين

والتعبير عن الأفكار والمشاعر بطرق إبداعية.

تفيد أهداف التعلم المبكر في تكوين توقعات بشأن معظم الأطفال قبل سن

السادسة ورغم أنها ليس مقيدة بمنهج في ذاتها إلا أن هذه الأهداف تمثل قاعدة

للتخطيط خلال السنوات المبكرة ولذا يستند الأطفال إلى قاعدة آمنة في تعلمهم

المستقبلي ومن المعلوم أن بعض الأطفال يجتازون هذه الأهداف قبل سن السادسة

بينما يظل غيرهم في حالة سعي دائم لتحقيقها وخاصة هؤلاء من ذوي الاحتياجات

الخاصة ومن المتوقع أن جميع المعلمين (المتخصصين في تعليم الطفولة) على وعي

بهذه الأهداف وأنهم يقومون بتخطيط المنهج وفق هذه الأهداف.

الإسهامات الفكرية في مجال التدخل المبكر

قديمًا كان الأطفال الصغار من ذوي الاحتياجات الخاصة يستبعدون من المدارس النظامية وقد كان طبيعيًا أنه في حالة عدم ملائمة المنهج للأطفال يتم تحويلهم خارج النظام وهو ما كان يترتب عليه عدم توفير الخدمات للصغار من ذوي الاحتياجات الخاصة في صورة برامج تربوية بصفة دائمة ، والمفهوم الشائع اليوم أن جميع الأطفال يتلقون التعليم بالمدارس ولهم الحق في الاستفادة من البرنامج التربوي المناسب مع احتياجاتهم الفردية ويعد هذا المفهوم حديثًا نسبيًا وعلى مدى العقود الثلاثة الماضية كان هناك وعي عامًا متزايدًا وارتفاع ملحوظ في الخدمات والفرص المعدة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتشمل عوامل هذا النمو السياسة العامة والتنظيم القضائي والشرعي وجهود الدفاع المختلفة وقد ترجع أصول التطور السريع لمجال التربية الخاصة للأطفال إلى الاتجاهات والتطورات الحادثة في مجال تعليم الأطفال ، والتربية الخاصة أو البرامج التعويضية المعدة للأطفال والكائنين ضمن أخطار بيئية.

وقد قامت جهود عديدة لتطوير مفهوم البرامج التعويضية من أهمها جهود كل من جون لوك (Jon Locke) ، روبرت أون (Robert Owen) (كان لوك طبيبًا وفيلسوفًا إنجليزيًا في القرن السابع عشر وكان ممن أسهم في تنمية مفهوم الأهمية الكبرى للسنوات المبكرة بالنسبة للنمو اللاحق ، وكان ذو حجة قوية للاستناد

إلى الفكرة البيئية وقدم فكرة تتضمن أن الأطفال لدى الميلاد يشبهون الصفحة البيضاء (الفارغة) ووفقاً - لهذه الرؤية يكون ما يتعلمه الأطفال نتيجة مباشرة للخبرات والأنشطة والأحاسيس كما أن هويتهم تتحدد من خلال أنواع الخبرات التي يمرون بها وخصائصها وخاصة في السنوات المبكرة إن مبدأ جون لوك للتأثير الفعال لبيئة الطفل وخبراته الأولية يتجلى من خلال برامج التربية التعويضية المعدة للأطفال الفقراء وتصمم هذه البرامج لتعويض المساوئ التي تعترض حياة الأطفال الكائنين ببيئات مقفرة.

كما يعد ربورت أون من بين الباحثين الذين أسهموا بقدر كبير في مجال التعليم التعويضي وتربية الأطفال الصغار وكان يعمل مدير ا لمصنع نسيج باسكتلندا ، ومهتما بظروف المعيشة والعمل والمتعلقة بالأطفال ووالديهم .وقد قام بمنع الأطفال بالغي الصغر من العمل المطلق وحدد ساعات عمل الأطفال الكبار .وانطلاق ا من الإيمان بأن السنوات الأولى تمثل الوقت الأمثل للتأثير على نمو الطفل أنشأ مدرسة للأطفال ما بين الثالثة والعاشرة .وتميزت هذه المدرسة بالإضافة إلى المدارس التي تبعتها بالتركيز على المهارات الأكاديمية الأساسية (كالعلوم والحاسب والقراءة) والخبرات والإبداعية (كالموسيقى والرقص)والاحترام المتبادل بين المدرس والمتعلم كما تمثل هذه المدارس الوسيلة لتعويض الأطفال عن الظروف المعيشية الصعبة ويعتمد عمل أون إلى حد كبير على مبدأ أن الفقر يمكن القضاء عليه عن طريق تربية الأطفال الناشئين في أسر فقيرة وتعليمهم.

إن إنشاء البرامج التعويضية يشير إلى أن مبدأ التدخل المبكر يمكن أن يؤدي إلى وجود فروق في نمو وتعلم الطفل في برامج التعليم التعويضية وعادة ما يأخذ التدخل شكل الخبرات المتزنة المعدة لعمل الإصلاحات أو موازنة عوامل الفقر وينطلق أساس عمل التربية الخاصة من خلال هذا المفهوم وقد لعبت ماريا منتسوري (Maria) دوراً أساسياً في وضع قواعد هذه الحركة وفي أواخر الثمانينات من القرن التاسع عشر عملت هذه الباحثة كطبيبة في عيادة نفسية بروما حيث أتاحت لها الفرصة لمتابعة الأطفال المصابين بالتخلف العقلي وفي ذلك الوقت كان يعد التخلف العقلي مرضاً مختلفاً عن الجنون ومن خلال متابعتها استنتجت أن التدخل التربوي يعد إستراتيجية أكثر فاعلية من العلاج الطبي في معاملة الأطفال إن ظاهرة "أن يصبح الطبيب مربي" تعد من الأساس التاريخية التي تقوم عليه التربية الخاصة. أعتمد عمل ماريا منتسوري الخاص بالأطفال ذوي التخلف العقلي على أساس أن الذكاء ليس ثابتاً أو مركزاً ولكنه يمكن أن يتأثر بالخبرات . وفي سبيل تقديم الخبرات المثمرة للأطفال قامت بعمل برنامج تربوي حسي قائم على أساس الأنشطة يشمل المواد والأنشطة وعملية التدريس ، يتميز هذا البرنامج بكفاءة عالية . فالأطفال غير القادرين على التعلم يؤدون بنجاح في الأنشطة الأكاديمية بعد المشاركة في البرنامج.

وقد طورت الباحثة من برنامجها التربوي وافتتحت في عام " 1917 بيت الأطفال "في (7سنوات المتصفين , 2 , أحد قطاعات روما وهناك تعاملت مع الأطفال بين سن 5) بالفقر البيئي.

كما أسست ماريا منتسوري البرنامج التربوي على أساس مبدأ أن الأطفال يميلون بصورة طبيعية إلى اكتشاف وفهم العالم وأنهم يتعلمون بطريقة مثالية عن طريق الخبرات الحسية المباشرة بينما صورة نمو الطفل كعملية تدرج طبيعية فقد أكدت كذلك أن المؤثرات البيئية تلعب دوراً خطيراً في تحديد زمن وطريقة حدوث النمو.

ركز البرنامج على ثلاثة مكونات رئيسية هامة لتنمية سلوك الاستقلالية وتحمل المسؤولية والإنتاجية:

1-خبرات الحياة العملية.

2-التربية الحسية.

3-التعليم الأكاديمي.

وتوجد نفس هذه المكونات غالباً في البرامج المعدة للأطفال ذوي الصعوبات الخاصة وفيما يلي مناقشة موجزة لكل مكون.

خبرات الحياة العملية:

تركز على الصحة الفردية والعون الذاتي (تناول الطعام والملبس) والنمو الحركي (المشي ، القبض على الأشياء) والمسئولية تجاه البيئة الطبيعية والمصطنعة (تنظيف الأرضية ، الاهتمام بالنباتات والحيوانات ، والتقاط الأوراق).

التربية الحسية:

تركز على تنمية معاني الحس المتنوعة (كالرؤية ، السمع ، الشعور) وتقوم على المبدأ التربوي المؤكد أن النمو المعرفي يعتمد على الخبرات الحسية أعدت مواد التربية الحسية لقيادة الأطفال من المادي إلى المجرد (من الحقيقي إلى التمثيلي) في الخبرات التعليمية.

التعليم الأكاديمي:

يقدم للطفل معلومات عن اللغة والحساب والعلوم بأساليب متوافقة مع النمو ونبتعد هنا عن التعليم النظامي القائم بصفة أساسية على المعلم ويعتمد النظام على المواد والأنشطة التدريسية القائمة على أساس الاختيار الذاتي وتصمم المواد التدريسية للاستخدام بصورة مستقلة من قبل الأطفال كما تعتمد على أساليب التصحيح الذاتي حيث يكتشف الأطفال أن هناك طريقة واحدة صحيحة للنجاح ومن الجوانب الأخرى الهامة للبرنامج من ناحية التطبيق في مجال تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

1- التركيز على الأنشطة الفردية بدلا من العمل الجماعي.

2-تعديل المناهج لوفاء باحتياجات الطفل الفردية.

يعمل الأطفال في هذا البرنامج وفق ا لطبيعتهم الخاصة ويختارون مواد التعلم بأنفسهم وتعرض هذه المواد في أرفف منخفضة بطريقة منظمة للتشجيع على الاستخدام المستقل.

تؤمن ماريا منتسوري بضرورة السماح للأطفال بأداء الأشياء بأنفسهم وتقتنع بأنهم قادرون على تعليم أنفسهم من خلال التفاعل مع البيئة التعليمية عالية التنظيم ويتمثل دور المعلم في توجيه نمو سلوك الاعتماد على النفس لدى الأطفال . ويعني هذا بالنسبة لبعض الأطفال تقسيم الأفكار أو الأنشطة إلى خطوات صغيرة متسلسلة تبني على مستويات النمو الحالية وترتبط بالخبرات السابقة من خلال المناقشة السابقة، هذا ويعكس مجال تحليل المهارة للصغار الإسهامات القيمة لمجال تعليم الأطفال والتربية الخاصة والتعليم التعويضي كما يعكس الرؤية المتغيرة لذوى الاحتياجات الخاصة وقدرتهم على التعلم وطاقه نموهم وبدلا من اعتبار هؤلاء الأطفال غير متعلمين وتجاهل احتياجاتهم التربوية الخاصة فإننا ننظر إليهم الآن باعتبارهم أشخاص قادرين على التعلم ، ومستجيبين لأنواع البيئات المقدمة إليهم ، وبأنهم أفراد ذوى قدرات خاصة (فريدة) على تحقيق الأهداف المستقبلية وبالنسبة لذوى الصعوبات الخاصة نجد أنهم

لا يمكنهم تنمية هذه الرؤية أو الوصول إليها دون مساعدة من الآخرين وهناك دور كبير للمدرسين والمتخصصين في هذه العملية.

أهداف التدخل المبكر وأسسها:

تتمثل الأهداف الأساسية للتدخل المبكر فيما يلي:

- مساعدة الأسر على تدعيم نمو الأطفال.
- المساعدة على نمو الأطفال في المجالات الأساسية (المعرفية ، الاجتماعية ، البدنية ، العاطفية ، اللغوية).
- حث قدرة الأطفال على التكيف.
- منع ظهور المشكلات المستقبلية.

ومن المفاهيم الأساسية المرتبطة بهذه الأهداف الحاجة إلى توفير الخبرات التعليمية الناجحة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة مؤثرة محددة الزمن لمنع أو لتقليل عوامل الإعاقة من تقويض نمو الأطفال وقدراتهم المستقبلية وكما يتضح من خلال هذا المفهوم يمكن اعتبار التدخل المبكر إصلاحي ا ومانع ا في طبيعته يعمل مثلا على إصلاح مشكلات النمو الموجودة ويمنع حدوث مشكلات إضافية.

ولكن هل يعد التدخل المبكر ذا كفاءة في تنفيذ هدفه؟ وقبل الخوض في الدراسات الخاصة التي تتناول هذا الموضوع نقوم بمناقشة رؤية أوسع تركز على العلاقات بين الخبرات الأولية والنمو.

العلاقة بين الخبرات المبكرة والنمو:

إن كلا من الأدلة النظرية والعملية تتعلق بأهمية المؤثرات البيئية المبكرة على النمو اللاحق . وقد تحولت الأهمية في أوائل الستينات إلى الاهتمام بالمجتمع المهني في مؤلف هنت " (Hunt) الذكاء والخبرة " وبعد تقديم الدليل على أثر السنوات المبكرة على النمو اللاحق اقترح الباحث أن يزود الصغار ببيئات مثالية كطريقة لتنمية ذكائهم وقد قدم دليلا نظري ا قوي ا على ربط التدخل المبكر لنتائج النمو بالخبرات الأولية المبكرة.

أما الدليل العملي لفوائد التدخل المبكر فقد أثبتته الدراسات البارزة العديدة تتضمن أبحاث (Skeels, 1966, Dye, Skeels, 1939) ففي دراسة Dye (Skeels) تم تحويل مجموعة من الأطفال المقيمين بأحد بيوت الأيتام إلى العيش في حضانة بعض النساء المصابات بالتخلف العقلي حيث تم إغراق الرعاية والاهتمام على الأطفال ومن خلال تتبع الاختبارات تبين أن الأطفال الذين تلقوا هذا الاهتمام أحرزوا درجات أعلى من الذكاء (IQ) عند مقارنتهم بغيرهم من الذين لم يتم تحويلهم.

تفيد البيئة الجديدة في تقديم مستوى أعلى من الإثارة وخبرات تعليمية أفضل للأطفال وتؤدي إلى تحسين الأداء العقلي وبعد حوالي 25 عام ا قام Skeels) (1966بمتابعة دراسة نفس الأطفال ووجد أن الفروق ظلت قائمة بين مجموعتي الأطفال وعندما أصبح الأفراد الذين حصلوا على إثارة أعلى ممن تم تحويلهم راشدين أظهروا تفوق ا في مستويات التعلم الأكاديمي ومستوى النجاح الوظيفي إذ ا فكل من الأدلة النظرية والمعلومات البحثية تدعم المفهوم المتضمن لأن نتائج النمو يمكن أن تتأثر بالخبرات المبكرة.

ومن المبادئ الأساسية للتدخل المبكر أن الإثارة المقدمة عن طريق مثل هذه البرامج ستؤدي إلى ارتفاع مستويات أداء الأفراد ذوي الصعوبات الخاصة عن المعدل الطبيعي لهم في حالة عدم حدوث التدخل وخلاصة القول أن عملية التدخل المبكر تؤدي حتم ا إلى التغيير وهذا ما أثبته الدليل العلمي والنظري.

كما يرتبط أساس التدخل المبكر بالاحتياجات المجتمعية وحقيقة أن هذه الخدمات تعد عالية التأثير إن نظام التربية الخاصة يعد أكثر عمق ا (يتضمن برامج مخصصة وأشخاص أكثر خبرة) ولذا فهو أكثر تكلفة من التعليم النظامي وحيث تزداد احتمالية مواصلة الأطفال الذين تلقوا خدمات التدخل المبكر للتعليم النظامي فيما بعد تتضمن نتائج العمل توفير النفقات التربوية.

هذا وتشير العديد من الدراسات إلى أن الدليل على توفير النفقات بالنسبة لبرامج التدخل يرجع إلى أكثر من فكرة من أكثرها أهمية البحث المتعلق بمنهج Perry للتعليم ما قبل المدرسي وتوضح المتابعة طويلة المدى . أن الأطفال الذين شاركوا في الخبرات المبكرة كانوا أقل ميلا لتطلب الخدمات التربوية الخاصة المكثفة وعالية التكلفة في السنوات اللاحقة وأن نفقات إعداد البرامج كانت أعلى من تلك المعدة للأطفال المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا الخبرات وقد تم تقدير فوائد البرنامج بحوالي 14,111 دولار لكل طفل خلال فترة حياته كما تركز بعض الدراسات الأخرى على الفوائد الاقتصادية لبرامج التدخل وقد وصلت إلى نفس النتائج تقريبا فيما يتعلق بتوفير النفقات " جمعية الأطفال الشواذ (Bricker , 1989) . "

وعلى أية حال تفوق الفوائد المجتمعية فوائد التوفير وتتعدى النتائج الأكاديمية الجديدة كما تمثل خدمات التدخل المبكر فوائد بالنسبة لأسر الأطفال ذوي الصعوبات وتشمل النتائج الإيجابية تحسن العلاقات بين الطفل والأم وتقليل الضغوط الوالدية وتزيد مثل هذه النتائج من فرص تنمية الطفل والأسرة لقدرتهم الكلية

المفاهيم الأساسية المدعمة للتدخل المبكر:

كان شائعا في بداية تاريخ التربية الخاصة أن تقدم الخدمات الخاصة في فصول منفصلة أو خلال برامج خاصة واليوم من خلال البحث والأعمال النظرية

والعملية- يتجه النظام إلى تعليم ذوى الاحتياجات التربوية الخاصة إلى جانب أقرانهم في الفصول المعتادة النظامية" وما يطلق عليه فصول الدمج" بالإضافة إلى ذلك تساعد المفاهيم الأساسية التالية أيضا على تكوين النظام الذي تنمو من خلاله الخبرات المرتبطة بمجال التربية الخاصة للأطفال.

-يبدوا الأطفال ذوى الصعوبات الخاص كأنهم متعلمين ايجابيين يستطيعون تكوين معارفهم في البيئات بطرق مختلفة(كلما أمكن)لاكتشاف العالم من حولهم.

-يختلف هؤلاء الأطفال فيما بينهم ولذا يتطلبون خطط ا فردية للتدخل.

-يجب توجيه الأهداف التعليمية الفردية في إطار منهج النمو المناسب.

-ينبغي أن تعكس المواد والأنشطة التعليمية مفهوم ا وتقييم ا للتنوع الذي تتصف به أبعاد المجتمع الإنساني(كالنوع والسلالة والثقافة).

-إن اهتمامات وخصائص وموارد المجتمع يجب أن تنعكس من خلال المواد والأنشطة اليومية.

-يجب تحديد وتشخيص الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بصورة أفضل كما أمكن.

-يجب أن تكون عملية تقييم الطفل عملية فردية وأن تتشكل عن طريق خصائص الطفل وجوانبه التشخيصية وعن طريق خصائص واحتياجات الأسرة من المعومات.

- يجب أن تستخدم عملية القياس المتصل لتحديد الاحتياجات وجوانب القوة والتعديل وضبط نمو الطفل ذو الاحتياجات التربوية الخاصة.

- ينبغي أن تتناول برامج التدخل احتياجات الطفل ككل بدلا من التركيز على جوانب العجز فقط.

- نادر ما ينتج عن التشخيص الكيفي وصف دقيق للخبرات التربوية بينما يؤكد تشخيص الصعوبة الخاصة على الحاجة إلى أنماط معينة من التدخل ينبغي أنه تربيط الطبيعة المحددة للتدخلات بأشياء عديدة تشمل اهتمامات الطفل وقدراته الحالية وتأثير العوامل البيئية والاستراتيجيات التعليمية على تعلم الطفل بالإضافة إلى أهداف وخصائص وموارد الأسرة.

- بالإضافة إلى التركيز على الطفل ذو الاحتياجات التربوية الخاصة يجب أن يركز التدخل المبكر كذلك على تقديم الدعم والمساعدة للأسرة وتوفير الفرص المتنوعة لإشراكهم في البرنامج وفي إطار هذه العملية يجب اعتبار الوالدين أعضاء مؤثرين في التخطيط التربوي واتخاذ القرار.

- يتطلب الوفاء باحتياجات الأطفال ذو الصعوبات الخاصة منهج جماعي ويتضمن بالضرورة أنظمة عديدة كما أن التنظيم بين إدارات العمل يعد مطلوب أيضا ولذلك

ينبغي أخذ مهارات فريق العمل بعين الاعتبار عند إعداد البرامج وأن نركز على جوانب التفاعل التنظيمية.

- يجب أن يوجه التخطيط عملية انتقال الطفل من منزله إلى المدرسة ومن موقف تربوي إلى آخر.

- يجب أن تتطوي الخدمات المبكرة على فوائد "الوقاية" و"التوفيق" و"العلاج" ويتمثل هدف الوقاية في منع حدوث عوامل العجز من البداية أو تقليل أثر هذه العوامل وهكذا تركز الجهود على عوامل الصحة والأمان والنمو السوي للأطفال الصغار.

"مراحل التطور التاريخي للتدخل المبكر:"

تبدأ الإهتمامات الأولية للتدخل المبكر في أواسط القرن الماضي حيث يشير ب أن برامج التدخل المبكر قد بدأت منذ ما يزيد على (Bijou, ١٩٨٨) (Skeels) خمسين عاما وذلك من خلال الجهود التي قام بها كل من سكيلز وداى في عام ١٩٥٨ م من (Kirk) في عام ١٩٣٩ م، وكذلك ما قم به كيرك (Kirk & Dye) جهود مبكرة في هذا المجال، وما تلى ذلك من إصدار بعض التشريعات في عام ١٩٦٨ و ١٩٧٣ م حيث طالبت بشكل مباشر بضرورة التدخل في سن مبكرة. وقد تمخض عن هذه التشريعات وما تلاها من قوانين متلاحقة ودعم وتوفير عشرين برنامجا في التدخل المبكر من أصل أكثر من مائتي برنامج تم تقديمها في العقدين ومشروع هيت

(Portage Project) الماضيين، ومن أبرزها مشروع البورتيج وغيرهما من المشاريع

الناجحة (Heat Start Project). ستارت

الفصل الثالث

الدور المشترك مع الأسر أساسيات المنهج المتمركز حول

الأسرة

مقدمة:

الدور المشترك مع الأسر يتسم مجال تربية الأطفال على مدى التاريخ بمشاركة الوالدين والعمل على مساندة الأسرة . إذن فليس من المفاجئ أن يتصل تعليم الوالدين بالخدمات التعليمية و التأهيلية و العلاجية المقدمة للأطفال أصحاب الإعاقات ولسوء الحظ فقد تطور المنهج القائم على خدمة الأسر بصورة بطيئة نسبيا في مجال التربية الخاصة المبكرة للأطفال وعلى مر التاريخ فقد تركزت البرامج المقدمة لخدمة الأطفال المعاقين على الطفل وجانب العجز لديه وحتى البرامج المعدة لصالح الأطفال ذوي الصعوبات التي ترجع إلى عوامل الحرمان الثقافي و تدني الموارد المالية فقد تركزت حول تحسين ظروف الطفل نفسه دون توفير الخدمات اللازمة لأسرته.

ويزداد الاتجاه في السنوات الأخيرة حول الاهتمام بالطفل في إطار الأسرة واعتبار العمل مع الأسر من جوانب برنامج العلاج الهامة **Wolfendale 1997**)
(كما أن هناك عوامل مساهمة في المنهج المتمركز حول الأسرة تتمثل في تغيير المبادئ الفلسفية والنظرية للشراكة مع الاسرة، وعدم قبول الوالدين للعلاقات التقليدية بين الوالدين والمتخصصين.

ففي حين تعتمد البرامج المتمركزة حول خدمة أسر الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة على فهم أن الوالدين هما متخذى القرار الخاص بأطفالهم وان دور المتخصصين يتمثل في تقديم التوجيه والمساعدة للوالدين و في هذه العملية أحيانا ما

تعتبر البرامج المبكرة الوالدين فاقدين للخبرة والدور الوظيفي وأنهما غير ملائمين للنظام بينما تعتبر المتخصصين هم ذوى الخبرة وهم القادة لفريق العمل .وغالبا ما تنسب الأدوار السلبية إلى الوالدين في عملية التدخل العلاجي (متلقيين للمعلومات ، مطبقين للأنشطة التي يخططها المعالجون ، مساندة لعمليات الإشراف المدرسي كزيادة المصروفات والاشتراك فى حفلات الإجازات وغير ذلك).

أما المنهج المترکز حول الأسرة على الجانب الآخر فيعتبر الوالدين أطراف - مساوين لغيرهم فى القيام بالتخطيط والتطبيق والتقييم للخدمات الخاصة بالأطفال , فيعطي هذا المنهج أهمية لمساعدة الوالدين لأن يصبحوا مدافعين (على المدى الطويل) لأولادهم ويقدموا لهم المعلومات الضرورية والمهارات العامة حتى يكون الوالدان على درجة من الثقة والخبرة للقيام بهذا الدور ويتعدى هذا المنهج مساعدة الأسر ليشمل دوره إعانتهم وتزويدهم بالطاقة اللازمة لكي لا يكونوا معتمدين على الأخصائيين فى المناقشات المتعلقة بالتربية والرعاية ومستقبل أطفالهم.

و يدفع المناصرين للأهمية وجود مشاركات إيجابية ومثمرة مع الوالدين

بالحجج التالية:

"يمتلك الوالدان المعلومات الرئيسية ولهم دور فعال ومؤثر فى مجال تربية أطفالهم . كما يمتلك الوالدان نقاط قوة ، ومعارف، وخبرات فريد تسهم فى رؤيتهم المتعلقة باحتياجات الطفل والطرق المثلي لعلاجها . "إذن فمن الضرورى أن يسعى

المتخصصون (المدارس ، الهيئات الأخرى) إلى اشراك الوالدين بصورة إيجابية وأن يقيموا جهودهم ، يمكن أن يكون عمل المتخصصون مؤثرا عندما يشارك الوالدان بأمالهم ومشاعرهم ورؤاهم الخاصة بنمو الطفل ويعد ذلك صحيحا إذا كان الطفل من ذوى الحاجات الخاصة و هو ما يؤكد على أهمية معاملة والدى الطفل ذى الاحتياجات التربوية الخاصة كمشاركين فى عملية التعليم و التاهيل و العلاج.

كما تشير الأدلة التاريخية في مجال تربية الأطفال والتدخل المبكر كذلك إلى أن أثر البرنامج التربوي قد يمتد ويزداد في عمقه إذا تم اشتراك الأسرة كلها وحيث أن الأسرة غالبا ما تتعدى الوالدين فقد ابتكرت برامج تضمين الأسرة طرقا لإشراك الأخوة والأجداد وغيرهم من باقي الأفراد المتصلين بالأسرة أو من هم أعضاء فيها تعكس مثل هذه البرامج مفهوم نظرية الأنظمة وأثر المجتمع على نضج الطفل ونموه وإن المنهج التفاعلي لخدمات الأسرة ينظر إلى الأسرة من بؤرتها (الطفل في إطار نظام العائلة " دائرة حول الطفل " في إطار نظام أوسع هو المجتمع " دائرة حول العائلة.) " ولا شك أن وجود طفل معوق يلقي متطلبات فريدة وضغوطا كبيرة على الأسرة لا تؤثر هذه المتطلبات والضغوط على قيام الأسرة بوظيفتها أو امتلاكها للخبرة كما أنها لا تجعل كل الأسر المتضمنة لأطفال معاقين متماثلة وبناءا على ذلك ينبغي أن تعكس

برامج تضمين الوالدين وتعليمهم فهم وإدراك التنوع الموجود عبر الأسر المختلفة ، كما يجب أن يقدم أفكارا حول وقت وكيفية مشاركة الوالدين في برنامج تربية طفلها وإلى أي مدى يودون أن يشاركوا فيه.

أفكار حول المشاركة الوالدية ببرامج التدخل المبكر:

يمكن أن تتركز المشاركة بين الوالدين والمتخصصين حول الطفل وأسرته او حول موضوعات تتصل ببرنامج التعليم و التأهيل و العلاج كلية بينما تختار كثير من الأسر ألا تشترك على مستوى الأنظمة فى عملية اتخاذ القرار (مثل- الموضوعات التى تؤثر على البرنامج ككل .) يجب أن يعد المتخصصون والشخصيات المتضمنة أنفسهم للقيام بالمشاركات التضامنية مع الأسر المعنية بمعنى أن يشجع المتخصصون التضامن و التكامل و التعاون مع الأسرة على مستوى الأنظمة وأن يقدموا مزيدا من الآراء بدلا من الاقتصار على دعوة الوالدين لحضور مجلس رسمي أو اجتماع عام . هناك آراء أخرى تتعلق بالتضامن و المشاركة الأسرية على مستوى الأنظمة ،وتشمل :

1(العمل على توجيه الوالدين والأفراد الجدد المشتركين لأول مرة فى البرنامج.

2(مراجعة المستندات والنشرات المتعلقة بالبرنامج.

هذا و ينقسم برنامج التضامن الأسرى على مستوى الطفل وعائلته إلى نوعين رئيسيين :

أولهما العلاج التربوي.

و ثانيهما مساندة الأسرة.

كما أن هناك نوع ثالث يجب اعتباره وهو يهتم بالتضمين و المشاركة المباشرة للوالدين في عملية القياس ، التخطيط التربوي ، والتعديل والتي ترتبط جميعا بالبرنامج التربوي للطفل ، وفيما يلي نبذة عن الأنواع الثلاثة لتضمين الأسرة:

العلاج التربوي- :

يتمثل الهدف العام من أنشطة العلاج التربوي في مساعدة الوالدين على تحسين مهاراتهم والمشاركة الفعالة في توجيه نمو طفلهم إن برامج العلاج المصممة لصالح مجموعات من الوالدين قد تخصص لاهتمامات معينة كمساعدة الوالدين أن يصبحوا مشاركين إيجابيين في عملية الاتصال ، وتعديل سلوك الطفل ، وتحسين المهارات الأساسية للأسرة (محو الأمية) و يتم إجراء هذه البرامج في أوقات معينة على اسر بعينها بدلا من تطبيقها على مجموعة من الوالدين، وبالنسبة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة غالبا ما تركز هذه البرامج على الأنشطة العلاجية) التي يصممها المتخصصون)والتي يمكن أن ينفذها الوالدين في المنزل.

مساندة الأسرة- :

يهتم النوع الثاني لتضمين الأسرة و مشاركتهم ببرامج التدخل المبكر بتقديم الدعم والمساندة لها في تربية الطفل المعاق .وقد تم تطوير هذا البرنامج التضميني استجابة

لاحتياجات والضغوط الخاصة الواقعة على والدى الأطفال المعاقين .وتركز برامج مساندة الأسرة على:

1(التفاعل بين الوالدين فى سبيل تبادل المساعدات.

2(الأفكار الشخصية.

3(المساعدة فى مجال التعلم المتعلق بخدمات الدعم الأسرى بالمجتمع كالرعاية

وبرامج المورد والمرجع.

3تضمين و مشاركة الوالدين فى القياس والتخطيط والعلاج- :

كما ذكرنا سابقا يعد المنهج الجماعى ضروريا لمساعدة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وينبغى أن نعتبر الوالدين مكونا أساسيا لهذا الفريق ويوضح برنامج تجارب ذوى الاحتياجات الخاصة أن رؤى الوالدين تعد هامة عند قياس الاحتياجات التربوية الخاصة للأطفال الصغار.

بينما يتناول الاقتباس السابق من برنامج المبادئ اشتراك الوالدين خلال مرحلة التدخل يوضح البرنامج أيضا ضرورة وجود استشارات ومشاركات مع والدى الطفل خلال جميع المراحل المدرسية.

إذن ينبغى ألا يستبعد الوالدان من أى مرحلة ولا ينبغى فقط إلا يتم إخبار الوالدين طوال البرنامج بل يجب كذلك أن تشجع آرائهم ومشاعرهم وآمالهم وأن تحترم ويستجاب لهما.

قد يحتاج كثير من الآباء والأمهات إلى مساعدة في تعلم كيفية الاشتراك الفعال خلال عمليات القياس والتخطيط والإصلاح لأنها ترتبط بالبرنامج التربوي للطفل كما انهم قد يحتاجون إلى معلومات والنصائح والتشجيع لتعلم طرق الدفاع الجيد عن طفلهم ويمكن للمتخصصين أن يساعدوا الوالدين عن طريق تبادل المفاهيم الأساسية حول ماهية عملية "الدفاع" (وفي الاطار) 1 (قائمة ببعض المفاهيم الأساسية وحيث أن بعض الوالدين قد يشعرون بالقلق إزاء ضمهم إلى فريق العمل المتخصص نقدم بعض الاقتراحات المساعدة على شعورهم بالراحة.)

1(خصائص المدافع الجيد

- يتبادل الشخص المدافع المعلومات بفاعلية ويتميز بالقدرة على التبرير.
- يؤمن بأنه مشترك بقدر متساو مع غيره في تخطيط وتقييم الخدمات المقدمة للطفل.
- لا يخاف من توجيه الأسئلة.
- يتبادل الاتصالات بفعالية من خلال توثيق الأقوال في شكل كتابي والاحتفاظ بالسجلات.
- يشارك المدافع الجيد في العملية التربوية لطفله.

2(تبادل الاتصالات مع المتخصصين بعض الاقتراحات للوالدين للتواصل الجيد مع

المختصين

1 قبل إجراء أى اتصال أو اجتماع مع المتخصصين ذكر نفسك بأن جزء هام فى فريق العمل وأن لك حق الاشتراك.

2 قم بالتخطيط والاعداد للاجتماعات عن طريق اعداد النقاط التى تود تناولها قد تكون القائمة المكتوبة مفيدة- فى ذلك.

3 قد تشعر بالحرية لأن تأخذ شخصا مع يقوم بتدوين الملاحظات ويساعدك فى عمل ويقدم لك الدعم- .

4 حينما لا تفهم شيئاً ما عليك أن توجه الأسئلة بشأنه بايجابية و بدون عدوانية- . لا يستطيع الشخص السلبي عرض أو تبرير آراءه و حاجاته ،يعبر الشخص الايجابي عن آرائه بوضوح مع الاستمان إلى آراء الآخرين . لا يستطيع الشخص العدائي تحليل أفكاره واحتياجاته أمام الآخرين.

5 يمكن التعبير عن الثقة والثبات وتأكيد الرأى من خلال تقرير الاحتياجات والأفكار بطريقة واضحة ، ويتم ذلك صورة شفوية أو غير شفوية فالصورة الغير شفوية تتم عن طريق النظر إلى الناس عند التحدث إليهم أما الصورة الشفوية فتتم عن طريق تقرير الأفكار والتعبير عنها وفيما يلي أمثلة للعبارات المؤكدة " أرى الموقف بصورة مختلفة " "أود أن أدلي برأى " " لى سؤال."

6 عندما تكون لك شكوى ناقشها فى البداية مع الشخص المختص بها مباشرة وإذا استمرت المشكلة انقل الشكوى إلى المستوى التالي (المشرف أو المدير).

7 بالإضافة إلى التعبير عن الاهتمامات من المهم كذلك أن تتبادل الشكاوى لتقدير

الصواب- .

اختيار الاسرة " عدم المشاركة"

قد يقرر بعض الوالدين عدم المشاركة في برنامج الطفل على الإطلاق يجب إتاحة هذا الاختيار واحترامه ومن المفاهيم التي ينبغي اعتبارها أن عدم الاشتراك في برنامج الطفل لا يعني ألا يشترك الوالدان مع طفلهم مطلقا . يمكن أن يكون الوالدان متصلين عاطفيًا ومتفاعلين مع طفلهم لكنهم لا يحبون الاشتراك في الوظائف المتعلقة بالمدرسة، فقد يكون للوالدين احتياجات وأولويات لا يتدخل فيها المتخصصون في برنامج العمل و ينبغي ألا نجعل الوالدين يشعرون بعدم الراحة أو الندم تجاه ذلك.

المبادئ الرئيسية للمشاركة الفعالة للأسرة:

- هناك بعض المبادئ الرئيسية المنظمة لكيفية العمل والاشتراك الفعال مع الوالدين وتحديد مجموعة من القواعد للاتصال الجيد من قبل المتخصصين:
- 1 تعرف على معارف ومهارات الوالدين في التعامل مع الطفل- .
 - 2 ركز على نقاط القوة لدى الأطفال علاوة على مجالات الحاجة الإضافية- .
 - 3 أن تدرك الاستثمار العاطفي والشخصي للوالدين وأن تعي مشاعرهم- .
 - 4 تأكد من أن الوالدين يفهمان الإجراءات ، وانهما على علم بطريقة وصول الدعم- للإعداد لمساهماتهم ، وانهما قد أعطيا الوثائق التي يتم مناقشتها قبل الاجتماعات.

5 أن تحترم شرعية اختلاف الآراء وان تبحث عن طرق لتلاشي هذا الاختلاف

6 الاهتمام بالحاجة إلى المرونة في التوقيت وهيئة الاجتماعات - .

تتضمن أي محاولة لدعم تضامن و مشاركة الوالدين تقديم الآراء الشخصية التي تعكس ثقافة كل أسرة ونقاط القوة لديها وقيمتها ومهاراتها وتوقعاتها واحتياجاتها. ويعد فهم الخصائص الفريدة للأسرة أهم المتطلبات اللازمة لتنمية الآراء الفردية ، قد تستخدم كل من إجراءات قياس الأسرة الرسمية وغير الرسمية للوصول إلى هذا الفهم يجب أن يهتم المتخصصون كثيرا بإجراء أى نوع من القياس للأسرة فى سبيل تأمين خصوصية الأسرة وتجنب أى عوامل ضارة بالبرنامج.

يجب أن تتصف عملية القياس الأسرى بالتفاعلية وأن تشمل الوالدين والأخصائيين بدلا من وصفها بأنها نشاط موقع على الأسرة من قبل المتخصصين . وينبغي أن يركز القياس على جوانب قوة الأسرة بالإضافة إلى احتياجاتها.

ويقدم بايلسي Bailcy مجموعة من التعريفات المفيدة لإجراء عملية القياس وبرامج

تضمين الأسرة.

القياس الأسرى : عملية تفاعلية متصلة يتم فيها جمع المعلومات لتحديد احتياجات الأسرة للخدمات والأهداف الخاصة.

حاجة الأسرة : رغبة الأسرة الظاهرة فى تلقي الخدمات أو تحقيق النتائج.

قوة الأسرة : إدراك الأسرة للموارد المتاحة لديها التى يمكن استخدامها لسد احتياجاتها.

يجب أن نضع في اعتبارنا تعريف كلمة " والد " فبالإضافة إلى الوالدين الطبيعيين للطفل (عند الميلاد) ينبغي أن يشمل الوالدان كل من يتحمل المسؤولية الوالدية كالمساعدين أو الكافلين . و من المفيد بالنسبة للمدرسة أن تعلم في أي موقف من يقوم بدور الوالد ومن الذى ينبغي استشارته بشأن حاجات الطفل و تقدم نموه وفى بعض الحالات يكون هناك بعض الأشخاص البالغين فى اسرة واحدة يقومون بدور الوالدين ، فينبغي أن تراعي المدرسة ذلك وتحاول تضمين و مشاركة كل من يحملون المسؤولية ، الوالدين بقدر كبير فى برنامج تربية الطفل .

معوقات تضمين و مشاركة الأسرة:

لقد حدث تطور واضح فى الخدمة العلاجية المبكرة من اعتبار الوالدين عملاء وملتقين للخدمات إلى ضرورة اعتبارهم مشاركين فى عملية تخطيط وإيصال الخدمة . وتتضح فلسفة مشاركة الوالدين فى مبادئ برنامج الخبرات المبكرة لذوى الاحتياجات الخاصة . (2111) كما أن هناك أمور مرتبطة بهذا الموضوع حول كيفية سير و نجاح نموذج المشاركة (أو تعثره وعدم نجاحه) مع اعتبار العدد الكبير للآباء والأمهات المشاركين فى البرامج ، كما انه فى كثير من الأحيان تتسم صورة العلاقات التفاعلية والانشطة المتركرة حول الأسرة بعدم الجلاء والوضوح خاصة بالنسبة للأسر منخفضة الدخل وذات الثقافات المختلفة .

وغالبا ما يعزى الفشل في إشراك الوالدين كأعضاء متساويين في البرنامج إلى طريقة تنفيذ المتخصصين للبرامج وإلى ظروف الأسرة. ومن الأمور المتعلقة بتنفيذ البرامج و المتمثلة في النقاط التالية:

1) (قله دور المتخصصين في تحصيل البيانات الأسرية عند اتخاذ القرارات بشأن تربية الطفل).

2) (تنظيم مواعيد الاجتماعات في أوقات غير ملائمة بالنسبة للوالدين).

3) (تقديم المعلومات الخاصة بالخدمة وحقوق الوالدين من خلال مواد مكتوبة لا يستطيع كثير من الأسر فهمها ، وأحيانا ما تقف ظروف الأسرة كمعوقات للتضمين الإيجابي للوالدين ، وتشمل:

1-افتقاد وسائل النقل أو رعاية الطفل:

2-معوقات الاتصال واللغة.

3-العلاقات السيئة مع المدارس.

4-المفاهيم الخاصة بجوانب العجز.

5-المفاهيم المتعلقة باعتبار المتخصصين خبراء لا ينبغي أن تعارض آرائهم.

إن الفكرة القائلة بان القيود المنطقية وسوء التنفيذ تؤدي إلى فقدان التضامن و

المشاركة بين الوالدين و المتخصصين لا تعد جديدة. لقد تمت مناقشة القضايا المتعلقة

بمعوقات التضمين و المشاركة كثير ا في العديد الكتب و الأدبيات المتخصصة ، كما أن الجهود المتركزة حول المعوقات عديدة ومتنوعة وإلى الآن لم يقبل تدني درجة تضامن الوالدين مع المتخصصين إلى المستوى المقبول.

و هو ما يتفق مع ما توصل اليه كالينبر و زملائه (

Kalyanpur,et.al2000)حيث أكدوا أن المشكلة الأساسية المعوقة لعملية التضامن

و المشاركة الو الدية تكمن في المبادئ الثقافية التي تتعارض مع توقعات

المتخصصين أو البرنامج بالنسبة للتضامن و المشاركة ، أما سوء التنفيذ والقيود

المنطقية فتعد نتيجة للمعوقات البيئية الموجودة في المبادئ الثقافية . استمر الباحثون

في الشرح بالتأكيد على ان توقع مشاركة الوالدين يبني على فهم حقيقة أن عوامل

المساواة والحقوق الفردية وحرية الاختيار تقيم بدرجة عالية كما ناقش هؤلاء مشكلتين

تتعلقان بهذا الفهم

أولا : يتعارض توقع المساواة بصفة مباشرة مع التسلسل الطبيعي للمعرفة ومع الحالة

المتضمنة في الفلسفة الوضعية للتخصص.

ثانيا : يؤكد توقع عملية " الدفاع " أن جميع الأسر تؤمن بالحقوق الفردية و حرية

الاختيار وفيما يلي نبذة مختصرة عن هاتين المشكلتين.

يتمثل المعوق للبيئة الموقف المرتبط بتوقع المساواة وفي حالة عدم الانسجام بين

- هذا التوقع وبين النظام التخصصي القائم على نموذج القواعد الفنية

(Kalyonpur,et.al.,2000)فالتعليم كغيره من المهن يبني على أساس الفلسفة –
- العقلانية التي تقيم الموضوعية والبعد المهني وفي هذا النموذج تتصف بالطبقية
يجعل كثير من المتخصصين والوالدين يشعرون بالارتباك والحيرة فالمتخصصون-
المدربون على الإيمان بأن معرفتهم تمنحهم سلطة اتخاذ القرارات الخاصة بتربية الطفل
يجب أن يعوا حقيقة أن الوالدين قد يتصفوا كذلك بالخبرة- .

إن الفكرة الداعية إلى وصف الشخص المتخصص بالخبرة تؤثر كذلك على
استجابة الوالدين لعملية التضامن والمشاركة إن مشاركة الوالدين ذوى الثقافات أو
الظروف الاقتصادية الاجتماعية المختلفة قد يؤدي إلى شعورهم بأنهم " مختلفين " أو
لا يملكون الكثير ليقدموه كما أنهم لا يصلون إلى درجة توقع المتخصصين وقد يشعر
هؤلاء بأن صفاتهم مختلفة وأن أى علامات تتضمن عدم الشكوى ربما تؤدي إلى افتقاد
الموارد اللازمة لطفلهم.

كما يتمثل المعوق الخاص بتوقع الدفاع في الأنظمة القيمة المختلفة فنجد أن
بعض الأسر ذات الثقافات المختلفة لا تقيم الحقوق الفردية بدرجة متساوية وكذلك
بالنسبة- لحرية الاختيار مع الأسر الممثلة للثقافة السائدة يبني مبدأ مشاركة الوالدين
حقيقة- على الأفكار ذات القيمة العالية في الثقافة السائدة لكن هذه الأفكار قد لا
تقيم بنفس الدرجة في ثقافات أخرى .و لهذا يتضمن احتمال " الدفاع " أن يفهم الوالدان

أنهما يستطيعان تحدى النظام حينما يدركان أن التغيير قد يتضمن فوائد لطفلهما ولكن لا يشعر جميع الآباء والأمهات بهذه الصورة ، فيؤمن بعض أولياء الأمور بأن السلطة ينبغي ألا تعارض ، وأن الاحتياجات الفردية تعد ثانوية بالنسبة لاحتياجات المجتمع وانه يتحتم على الوالدين انتظار بدئ المتخصصين للاتصال قد لا يعرف هؤلاء الوالدين (أو لا ينسجموا مع مبدأ ") ثقافة الحقوق " التى تبني عليها سياسة مشاركة الوالدين.

تحسين مشاركة الاسرة المهنية:

غالبا ما يواجه المتخصصون سؤال عن الاشتراك مع الأسر فى عملية التدخل المبكر ، يتعلق السؤال بكيفية تطبيق برنامج التدخل المتمركز حول الأسرة و نقدم فيما يلي بعض الاقتراحات (الارشادات) للمتخصصين العاملين بالتدخل المبكر و المؤمنين باهمية المشاركة الاسرية ، نأمل أن تكون مساعدة للمتخصصين فى تنفيذ البرنامج:

1 أن تعمل على تنمية دعمك بقيمك الأدبية والثقافية وأن تتعرف على المبادئ- والقواعد المتضمنة فى مهنتك وبدون هذا الوعي يظل التعاون مع الوالدين وبخاصة- ذوى الثقافات والظروف الاقتصادية المختلفة غير مجدى- .

2 اجعل دعم الأسرة وتضمينها و مشاركتها الهدف الرئيسي لبرنامج التدخل المبكر

- وحيث أن المتخصصين القائمين بالخدمة المباشرة للطفل والأسرة لا يمكنهم تأسيس البرنامج بمفردهم يجب إذن تقديم المساعدات والموارد الإدارية (الأموال والأفراد- فى الوقت المناسب.)

3 وسع نطاق المفهوم التقليدي للمشاركة الوالدية الناجحة . فبدلاً من تعريف و

تقييم - عملية المشاركة للأسرية ، ينبغي أن يساعد المتخصصون الوالدين على ان يكونوا قادرين على تحديد ما يمكن أن يفيدهم وأن يقوم المتخصصون بدعم قرارات الوالدين الخاصة بطريقة تضمنهم و مشاركتهم في البرنامج ، و يختلف هذا المنهج عن المفهوم التقليدي الذي يعتبر المتخصصين هم " الخبراء " فهو يتطلب من المتخصصون ان ينتقلوا من تضمين و مشاركة الأسر في عملية تقييم الخطط التي يعدونها وصولاً إلى تضمينهم كمشاركين فعليين خلال عمليات القياس والعلاج جميعاً .

4 قم بتعزيز تطلعات الأسرة ورؤاها بالنسبة لمستقبل الطفل ، وإتاحة الفرصة لأن

- يشعر الوالدان بالأمل .فبدون الأمل يصبح من الصعب على الوالدين مواجهة متطلبات الحاضر حتى فيما يتعلق بالروتين (كالاتحاق بوظيفة أخرى أو مساعدة الطفل على أداء الواجبات الحسابية أو فى القراءة) كما يمكن أن تساعد هذه التطلعات والرؤى المستقبلية الوالدين فى اتخاذ القرارات فيما يتعلق بالتخطيط لحياتهم (مثال : ما هي المهارات الضرورية التى تسمح لطفلي بتكوين الأصدقاء ، والأداء المستقل؟) .

5 أن تعمل مع الأسرة على تحديد احتياجات واهتمامات أفرادها ففي كثير من-

الأحيان تصمم برامج التضمين و الشراكة بناء على جوانب عجز الأسرة أو احتياجاتها

كما يرى المتخصصون . وهذا المنهج يسهم في عمل النموذج المرضي الذي يحتم وجود جوانب عجز لدى الأسر الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فوجود طفل معوق مثلا كان يمثل عبئا على الأسرة مع وجود نتائج ايجابية قليلة . وتشير - التجارب التي أجريت في مجال التدخل المبكر ، والتربية الخاصة للصغار إلى أن تطلعات الأسرة حول ما تحتاجه يجب أن توضع في الاعتبار جيدا عند تصميم برامج تضمنين و مشاركة الأسرة.

6 ركز على نقاط القوى بقدر أكبر من جوانب العجز أو الضعف كعناصر رئيسية
- لأنشطة التدخل ، ومن المفيد أيضا أن يتم تضمين و مشاركة الأسر في تحديد مواردها وجوانب قوتها ، ثم قدم المساعدة الضرورية لإيضاحها ، تزيد هذه الطريقة من مقدرا الطاقة والقوة حيث تمارس الأسر عملية التحكم في مواردها المطلوبة ، ويعد هذا النموذج للتنشيط أكثر فعالية في تقديم فوائد إيجابية من التجارب التقليدية التي تعتمد على الخبرة المهنية لحل مشاكل الناس.

7 أكد على الدعم الوارد من أعضاء مؤسسات و جهات(ذات صلة) غير رسمية
- بقدر أكبر من الاعتماد المفرد على المساعدات الرسمية من قبل المتخصصين وهيئات الخدمة المهنية ، تشمل المساعدات غير الرسمية أعضاء الأسرة ، الأصدقاء ، والجيران ، ودور العبادة وغير ذلك،و يعد تنشيط المساعدات غير الرسمية

فعالاً في تنمية المواقف الشخصية الأسرية ، وأساليب التفاعل الوالدي ، والجوانب المتنوعة لسلوك الطفل وقدرته.

7 حدد الطريقة المفضلة للأسرة للقيام بالاتصالات السوية المدرسية يفضل كثير من - أولياء الأمور الأشكال غير الرسمية للاتصال وقد أكد العديد من الأسر أنهم اكتشفوا أن المحادثات القصيرة (وجها لوجه أو من خلال التليفون) مع المتخصصين تعد مثمرة مثل مؤتمرات الآباء ، المدرسين اجتماعات الآباء في المدرسة أو الزيارات المنزلية وقد أوضح تلك الأسر كذلك أنهم حصلوا علي معلومات ذات قيمة كبيرة عن التقنيات العلاجية والتعليمية المستخدمة مع الطفل من خلال متابعة المدرسين والمعالجين عن طريق حضور الاجتماعات المعلوماتية الخاصة بهذه التقنيات ، كما يفضل بعض الوالدين المذكرات القصيرة عن أداء طفلهم بينما يفضل آخرون الاتصالات المباشرة أو التليفونية ومما هو جدير بالذكر أن نعلم أهمية الوعي بالمستوى اللغوي الشفوي والكتابي للوالدين هل يمكنهم القراءة ؟ وإلى أى مستوى ؟.

مرتكزات "البداية الصحيحة و الأمانة لبرامج التدخل المبكر:

تعتبر البداية الصحيحة عن برنامج التدخل في السنوات المبكرة لتحسين فرص حياة الأطفال الصغار من خلال التنفيذ الأمثل للتربية المبكرة للخدمات الصحية ، المساندة الأسرية ، النصائح الخاصة بعملية التنشئة تقدم البداية الصحيحة بتركيزها على - - الوالدين باعتبارهما المعلم الأول النصائح المتعلقة بصحة الطفل وأسرته

والدعم- اللازم للأسرة المتضمنة للأطفال ذوي احتياجات خاصة كما أن هناك خدمات يتم تقديمها ، تركز بصفة خاصة على الطفل نفسه ، تتضمن دعم اللعب الايجابي ، خبرات التعليم ورعاية الطفل وعلى أية حال ينصب الاهتمام الرئيسي للبرنامج على والدي الأطفال الصغار وحديث الميلاد.

وبينما تتسبب البداية الصحيحة إلى فلسفة المشاركة الوالدية هناك عوامل تحت مناقشتها مثل إدراك هذا الهدف ، وكما تعبر (Wolfondule,2000) فإنه يرجى معرفة ما إذا كان هذا العمل الحكومي (البرنامج) أو " البداية الصحيحة " يتضمن مشاركة حقيقة للوالدين من خلال استشارتهم وتضمنهم بداية من مراحل التخطيط المبكر، مروراً بتبليغ الخدمات ، وحتى عملية التقييم.

إن تمثل " البداية الصحيحة " نموذجاً لبرنامج التدخل المبكر المتمركز حول الأسرة كما أنها تعد مثالا للمبادرات متعددة الأطراف (التعليم، الصحة ، دور الرعاية) و يتمثل الهدف من هذا البرنامج فيما يقدمه بالنسبة للمبادئ والسياسات التي يبني عليها لتخطيط الأنشطة حيث يقضي المتخصصون والأطفال يومهم.

دور الأسرة في الوقاية المبكرة - الكشف المبكر:

إن الوقاية من الإعاقة يتطلب معرفة الأسباب الفعلية للإعاقة، لأن معرفة الأسباب سوف يساعد في تحديد فئات المجتمع الأكثر عرضة للخطر، مما قد يسهل

عملية توجيه الخدمات الوقائية .ومثال ذلك أن الإعاقة الناجمة عن عوامل وراثية تقود للنتبؤ باحتمالات تكرار حدوث الإعاقة في الأسرة حيث يصبح الإرشاد الجيني واضحاً. نظراً لأهمية دور الأسرة في الوقاية المبكرة من الإعاقة، أصبح هناك اهتمام بالتشريعات المتعلقة بالإعاقة وذلك على المستوى الوقائي والعلاجي مع الحقوق والواجبات وكذلك على المستوى التأهيلي الإنساني والأخلاقي، وظهر ذلك جلياً في الدول المتقدمة .والتساؤل هو في معرفة دور الأسرة في الوقاية المبكرة من الإعاقة باختلاف مستوياتها.

دور الأسرة في الوقاية الأولية (المستوى الأول)

هدف الوقاية :الحيلولة دون حدوث اعتلال أو الضعف بهدف خفض الإصابة في المجتمع.

دور الأسرة:

١. إجراء الفحوص الطبية اللازمة والاسترشاد الجيني) الشبكة الجينية)
٢. الكشف الدوري في فترة الحمل وعمل الفحوصات التي تكفل سلامة الأم والجنين قدر الإمكان والتأكد من خلو الأم من الأمراض المسببة للإعاقة.
٣. ا. لاهتمام بالجانب الصحي والنفسي ل أم قدر الإمكان.
٤. الابتعاد عن جميع عوامل الخطر البيئية) سوء التغذية – الأشعة السينية –الأدوية والعقاقير (...)

دور الأسرة في الوقاية على المستوى الثاني:

هدف الوقاية: منع تطور وتفاقم الضعف إلى عجز بهدف خفض أعداد العاجزين في المجتمع.

١. الكشف المبكر والحرص على تخطي أزماتها بهدف تقديم العلاج الفوري المناسب لحالة الطفل) طبي - جراحي - غذائي (...)

٢. الاستفادة من برامج التوجيه والتدريب والإرشاد ليصبحوا مشاركين فاعلين في تنمية وتطوير وتدريب وتعليم وتعديل سلوك طفلهم.

٣. إحالة الطفل إلى المكان المناسب، والعمل على توفير برامج التدخل المبكر المناسبة لحالة الطفل وبأسرع وأكثر قدر ممكن.

دور الأسرة في الوقاية المستوى الثالث:

هدف الوقاية: التغلب على العجز والحيلولة دون تطوره إلى إعاقة متطورة تراكمية.

دور الأسرة:

١. إلحاق الطفل بمراكز ومؤسسات متخصصة للاستفادة من البرامج التربوية والنفسية والصحية العلاجية لمساعدته على استعادة واستغلال ما يمكنه من قدرات جسمية وعقلية.

٢. المتابعة الدورية الطبية لمنع حدوث المضاعفات أو التخفيف منها قد الإمكان.

٣. تقديم الخدمات الت أهلية والمساندة للطفل) علاج طبيعي - علاج نطق - علاج وظيفي - علاج ترويجي(...

٤. الاستفادة من برامج التوجيه وإرشاد والتدريب قدر الإمكان لمساعدة أنفسهم على

التأقلم والتكيف مع الطفل وإعاقة والأزمات التي يمرون بها أو يمر بها الطفل.

٥. بذل الجهد للتعرف على النظام التربوي للطفل وحقوقه وواجباته والخدمات المساندة،

والتواصل وتقبل الدعم والمشاركة في التخطيط (Eliyabeth, Cynthia) واتخاذ

القرارات (٢٠٠٢

دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة:

يكمن دور الأسرة هنا في استعدادها وقدرتها في التعرف على الأطفال الذين

يظهرون أنماطا نمائية غير طبيعية ومن ثم العمل على إحالتهم إلى التشخيص

المناسب بهدف تزويدهم بالخدمات العلاجية والصحية والغذائية النفسية والتربوية في

أسرع وقت ممكن .هنا يظهر دور الإعداد الوالدي) قبل الزواج - أثناء الحمل (في

التعرف على مظاهر النمو غير الطبيعية أو انحرافات ملحوظة أو مظاهر شكلية

ونمائية وجسمية تحدد وفق أساليب علمية ومعايير مقننة .ويزداد العبء في الكشف

المبكر عن ذلك إذا كانت الإعاقة غير ظاهرة أو بسيطة، ويكمن دور الوالدين هنا

(في الخطيب، الحديدي، ٢٠٠٤ م:

١. الإطلاع والتعرف على الخصائص النمائية الطبيعية في المجالات المختلفة

(الحركية - الجسمية - العقلية - المعرفية - اللغوية - الانفعالية - الاجتماعية)

ويلعب الطبيب المعالج لأم خلال فترة الحمل دوراً كبيراً في توجيهها إلى مصادر

المعلومات والأدلة النمائية وكذلك الإعلام ومراكز الأمومة والطفولة وخدمة المجتمع

المحلي

٢. إسراع الوالدين إلى الجهات المختصة عند ملاحظة أي اضطرابات أو اعتلالات

أو انحرافات نمائية مهما كان نوعها بهدف الكشف وإجراء الفحوصات وتطبيق

الاختبارات التشخيصية اللازمة للتأكد من الحالة وتحديد طبيعتها

٣. المتابعة الدورية لصحة الطفل وقدرته الحسية والعقلية والحركية واللغوية ويعتبر

أيضاً أسلوباً وقائياً هاماً في المراحل الأولى

دور الأسرة في برامج التدخل المبكر:

إن أساس توفير الخدمات الفعالة في التدخل المبكر تعتمد على تطوير علاقات

عمل ايجابية مع الأسر، وقد بين الباحثون والممارسون إن هذه العلاقة ايجابية تعتبر

ضرورية من أجل تحقيق نتائج فعالة لكل من الطفل في نموده عن ذلك وقدم

(Shulman) والأسرة معا حيث عبر شلمان برهانا أنها شرط مسبق للمساعدة الفعالة

(بيكمان، ٢٠٠١ م).

ويظهر تأثير دور الأسرة في البرامج الخاصة بالتدخل المبكر في الآتي:

-لا يؤخذ في الاعتبار أي برنامج تدخل للطفل المعاق إلا مع وجود تأثير فعال من قبل الوالدين في المشاركة في النمو والارتقاء بقدراته واستعداداته وشخصيته وجميع جوانب النمو المتداخلة. فتدخلهم بفاعلية أمر هام وحيوي. إن المرونة والتفرد الذين يتصف بهما تدخل الآباء أمر بالغ الأهمية، نظرا لاختلاف آباء الأطفال المعاقين في مدى تفهمهم وقبولهم واستعداداتهم للتدخل في البرامج العلاجية والخدمات.

-إن اشتراك الآباء وتدخلهم قد يكون لهما تأثير ايجابي أيضا في تعاملهم مع أطفالهم العاديين -هناك عدة مستويات للمشاركة من قبل الآباء وعلى أساسها يطور الممارسون ومقدمو الرعاية برامجهم بما يمكن الآباء من الانتقال من مستوى إلى آخر أكثر تقدما من التدخل أن دور المشاركة والتعاون الفاعل (Bromwich) ويؤكد برومويك (١٩٨١ ل لآباء في برامج التدخل يعود بفوائد على الأطفال لثلاثة أسباب رئيسية وهي:

١. العلاقة التبادلية بين الآباء والأبناء والتي تتأثر بتفرد الأنماط الشخصية والتفاعلية فبمساعدة الآباء على تعديل أساليبهم في التنشئة والرعاية يصبح الممارس ون والاختصاصي ون قادر ون على تطوير وتعديل استجابات الطفل بشكل غير مباشر.
٢. العلاقة التشاركية الايجابية بين الآباء والأخصائيين تساعدهم في زيادة وتطوير تفهمهم لحاجات أبنائهم وزيادة تقبلهم، وهذا يعود بفوائد على جميع الأطراف

٣. العلاقات الايجابية بين الآباء والأخصائيين تساعد اكثر من تعلم الإباء للطرق والاستراتيجيات الأكثر ملائمة في تلبية حاجات أبنائهم خاصة فيما يتعلق بأنماط التنشئة الوالدية الفعالة، مما يحسن أدائهم ويسهل تعديل سلوكياتهم ومنها تصبح الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برامج التدخل المبكر متعددة الأبعاد فالنسبة للطفل:

تزود فرص نموه وتعلمه

– تحسن إمكانيات تعديل سلوكه

– تزود فرص تعميم الاستجابة وبذلك تصبح الخدمات المقدمة للطفل أكثر شمولية وعمقا وقدرة في الارتقاء والنمو بالنسبة له

أما بالنسبة لدور الأسرة في برامج التدخل المبكر فانه يشمل ما يلي)

١. المشاركة في تحديد البدائل التربوية المبكرة المناسبة للطفل

٢. المشاركة في تحديد الأهداف وتصميم الخطوط التربوية والبرامج واتخاذ القرارات

والتقييم

٣. مشاركة الأخصائيين ومقدمي الرعاية في العلاج الوظيفي والتركيز على المهارات

الحياتية اليومية بشكل تناوبي ومنظم، ويكتمل دورهم في المنزل بعد تدريبهم

٤. مساعدة الأخصائيين في التدريس والتدريب وتعديل السلوكيات في المنزل

٥. مساعدة الأخصائيين في الأنشطة اللامنهجية بصفة دورية

٦. حضور الاجتماعات والدورات التدريبية بصفة دورية

٧. بذل أقصى جهد في الاطلاع على مصادر المعلومات و آخر التطورات فيما

يتعلق بطبيعة إعاقة الطفل، والتقنيات المساعدة والأبحاث والمنشورات العلمية

٨. مساعدة المدرسة والأخصائيين في التقييم كتنغذية راجعه بهدف التطوير والتعديل

٩. الحصول على الدعم الاجتماعي والانفعالي والعون الاقتصادي من الأخصائيين

والجهات المتخصصة__

نماذج التدخل المبكر:

يطيب لي في بداية حديثي عن نماذج التدخل المبكر أن أذكر النموذج العماني

للتدخل المبكر وهو(جمعية التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات) ويقوم مركز التدخل

المبكر في العذبية بتوفير خدمات العلاج الاجتماعي والحركي والوظيفي للأطفال من

الولادة حتى عمر ٦ سنوات ممن لديهم اعاقات أو يعانون من خطر الإصابة بإعاقة،

بهدف تأهيل هؤلاء الأطفال للالتحاق بصفوف التعليم العام أو تقليل تأثير اعاقاتهم

على استمتاعهم بنوعية حياة أفضل.

نماذج للتدخل المبكر يمكن تلخيصها كما يلي:

٥ ساعات يوميا حيث - ١. المراكز المتخصصة: يلتحق الأطفال بهذه المراكز من

يتم اجراء تقييم فردي للطفل ومن ثم وضع برنامج تربوي له ويمكن ان تكون هذه

المراكز شاملة لكل الاعاقات ويمكن ان تكون متخصصة.

٢. التدخل المبكر في المنزل: وفي هذه الحالة يتم تقديم خدمات التدخل المبكر في المنزل ويقوم الوالدان بدور المعلم الاساسي بعد تدريبهم على العمل مع اطفالهم المعاقين، حيث يقوم الاخصائي بزيارة الطفل والأسرة ويعمل على تزويدهم بالارشادات والمعلومات ومتابعة حالة الطفل ومن اشهر البرامج ويقدم هذا البرنامج للحالات التي (Portage Project) على هذا النموذج يكون فيها متعذرا نقل الأطفال من المنزل الى المركز وكذلك المناطق الريفية البعيدة، وهو يهيئ الفرصة لحدوث التدريب في الوضع الطبيعي وهو المنزل وهو يزيد من تحمل المسؤولية التعليمية لأولياء الأمور حيث يقوم الوالدان بتعليم طفلها.

٣. التدخل المبكر في المستشفيات: يستخدم مع الأطفال في السن الذين يعانون من صعوبات نمائية شديدة جدا او مشكلات صحية وهنا يعمل على معالجة الطفل فريق متعدد التخصصات.

٤. التدخل المبكر في كل من المنزل والمركز: حيث يلتحق الأطفال في المركز أياما محددة ويقوم ا لاختصاصيون بزيارات منزلية لهم وللأسرة مرة أو مرتين في ا لأسبوع حسب طبيعة الحالة وحاجات الأسرة.

٥. التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات: في هذا النموذج يقوم أولياء ا لأمر بزيارات دورية إلى المركز) مرة أو مرتين في الأسبوع (وذلك لتقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء ا لأمر ومناقشة القضايا المهمة معهم.

٦. التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام: يستخدم هذا النموذج التلفاز وا لإعلام لتدريب الأطفال المعاقين الصغار، ويقدم هذا النموذج أدلة تدريبية توضيحية لأولياء الأمور توضح كيفية تنمية مهارات أطفالهم في مجالات النمو المختلفة وكيفية التعامل مع الاستجابات غير التكيفية التي يظهرونها، وهو يقدم (First Chance Program) ومن أشهر البرامج العالمية برنامج الخدمات على أكثر من نموذج منها المنزل ثم المركز، والمنزل والمركز معاً، المساعدات التقنية والخدمات الاستشارية. إن برامج التدخل المبكر الناجحة هي التي لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين ولكنها تؤكد على أن الطفل لا يمكن فهمة جيدا بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها.

وتهدف برامج التدخل المبكر إلى تصميم وتنفيذ برامج تربوية خاصة لمرحلة الطفولة المبكرة وبرامج تدريبية وإرشادية لأسر المعاقين وخدمات مساندة وإعطاء الفرص للأطفال للمشاركة واللعب وتبادل الأدوار مع الأطفال العاديين.

-البرامج النموذجية التي تعني بالأطفال المعاقين والتي تولى اهتماما كبيرا بمشاركة

الوالدين:

إلى بعض النماذج العالمية (Welsh, ويشير ولس) ١٩٨١

١. برنامج ا لأم والطفل المنزلي هذا ال برنامج أساليب التعامل اللفظي عن طريق استخدام الألعاب وتشجيع الأمهات على نمذجة التفاعل اللفظي في نشاط عام تتم تاديته مع الطفل والأساس الفلسفي للبرنامج هو دعم الأسرة.

٢- مشروع التدريب المبكر ومركز البحث للتربية المبكرة هدف هذا (Project & Research Center For Early Education المشروع إلى مساعدة الأهل على أن يصبحوا معلمين فاعلين لاطفالهم ويوظف المنحى الفردي في العمل مع ا للأسر. مشروع تدريب ا لأمهات يهدف هذا المشروع إلى تدريب أمهات الأطفال المحرومين من أمهات أخريات على استراتيجيات تعلم أطفالهن في المنزل من خلال جلسات تدريبية على مدى ١٥ شهرا ويكون ذلك من خلال استخدام أدوات للعب مع أطفالهن وذلك لأستثارة نموهم المعرفي واللغوي.

٤. مركز هيوستين لنمو الطفل ووالديه (Development Center) يقدم هذا المركز خدمات خاصة تركز على جميع أفراد الأسرة ويركز على الوالدين وخاصة الأم ويوضح أساليب تطور النمو ويشمل البرنامج التدريب في البيت ويركز على تطوير القدرات اللغوية.

٥. المركز النموذجي ل لأطفال المعاقين في مرحلة ما قبل المدرسة (Preschool Center for Handicapped Children) ويركز على تدريب الوالدين على استخدام

أساليب تعليمية في البيت وملاحظة سلوك الطفل وجميع المعلومات، وعلى القيام بدور المعلمين المساعدين في غرفة الصف، بدعم آباء الأطفال المعاقين الجدد.

٦. مشروع برنامج الطفولة المبكر (Preschool Program) ويستخدم مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة الذين هم في حالة خطر لأنهم يعانون من اضطرابات انفعالية أو سوء معاملة أو إهمال، ويهدف هذا المشروع إلى تطوير مهارات مفه وم الذات لدى الوالدين ومهارات الأب و الأمومة.

وهكذا يمكن الإشارة إلى مشاركة الوالدين في البرامج التربوية المبكرة من خلال ستة أشكال:

١. مشاركة الوالدين في تخطيط البرامج، وصنع القرارات والتقييم.
٢. مشاركة الوالدين في برنامج تعلم وتدريب الوالدين والحصول على التدريب الفردي على صعيد العمل مع الطفل.
٣. تبادل ال والدين للمعلومات مع المعلمين و الأخصائيين.
٤. قيام الوالدين بالملاحظة والعمل التطوعي داخل غرفة الصف.
٥. قيام الوالدين بتعليم أطفالهم داخل البيت أو المدرسة وذلك بعد تدريبهم وتزويدهم بالتعليمات ال واضحة حول طرق التفاعل المناسبة و أساليب التعلم.

٦. حصول الوالدين على الدعم الاجتماعي والانفعالي من الأخصائيين ومن المشاركة في مجموعة الوالدين والتي تتضمن المساعدة في الحصول على العون الاقتصادي والخدمات الاجتماعية الضرورية.

الفصل الرابع

الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ببرامج التدخل المبكر

المفهوم و الصعوبات:

يشير مصطلح " Child Find " إلى التعرف على الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ، وإذا لم يتم تحديد هؤلاء الأطفال وقياسهم فقد لا تعرف احتياجاتهم أو يلتفت إليها .وقد تنتج عن ذلك إعاقات ثانوية وآثار سلبية على كل من التعلم والنمو والتي يمكن تلاشيها في حالة عمل الاصلاحات المناسبة ، فالأطفال ذوي الاعاقات يتشابهون بطرق عديدة مع أقرانهم الأسوياء ، وينبغي النظر إليهم وفقا لذلك وهنا تأتي أهمية الانتباه إلى الحاجات الخاصة للأطفال وفهمها لتطبيق عمليات التخطيط والتنفيذ للخبرات التربوية التي ترفع فرصهم للنجاح.

إن التعرف على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يكودن في الغالب عملا معقدا ومتشعبا تتمثل الصعوبة الكبرى لهذا العمل في مستوى الطفولة المبكرة حيث أن كثيرا من وسائل القياس و التشخيص والتسجيل ، والإجراءات المستخدمة مع الأطفال الكبار لا يتناسب مع العمل في مجال الصغار .يلقي هذا الفصل الضوء على الجوانب المختلفة لقياس و تشخيص و تحديد الاهلية للاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كما يناقش الصعوبات الخاصة المتضمنة فدى العمل الخاص بمساعدة الأطفال و نعرض اولاً توضيحا لأسباب وجود أنواع مختلفة للقياس.

معنى القياس والغرض منه:

عند استخدام مصطلح "assessment" القياس مع البرامج التربوية ، فقد يعني لدى بعض الناس ما يتضمنه " الاختبار (Testing) " وفى الواقع يستخدم مصطلحا القياس والاختبار أحيانا بصورة مترادفة" تبادلية "مدد قبل العامة فقد يقول أحد الوالدين مثلا "تجتاز ابنتي اليوم اختبار السمع " بينما يشير أخصائي السمع إلى هذه العملية بقياس القدرة السمعية للطفل ، فيتضمن مصطلح " القياس " معنى أوسع مدن "الاختبار" فالقياس يشير إلى عملية الجمع المنتظم للمعلومات المتعلقة بالطفل ويتمثل الهدف الأساسي لهذه العملية فى مساعدة المتخصصين أن يعرفوا الطفل حقيقة "إن عملية " الاختبار " المتضمن لاستخدام أجهزة وجمع المعلومات عن الطفل تكون غالبا جزءا من عملية القياس ، ولكنها لا تعني العملية الكلية للقياس.

وهناك العديد من الأسباب المختلفة التى تدعو إلى قياس الأطفال الصغار يتمثل السبب الأول فحصهم للكشف عددن نواحي التأخر أو العجز الخاصة بالنمو وهناك أسباب أخرى للقياس تشمل:

(1) تحديد احتمالية وصفهم بمصطلحات تشخيصية خاصة (معداقين سدمعيا ، بصديرا ، لديهم اضطراب عجز الانتباه.)

2(تحديد ما إذا كانوا بحاجة إلى المساعدات الخاصة) علاج اللغة ، الكدلام ، خدمات التربية الخاصة.)

3(التخطيط للبرامج التعليمية الخاصة بهم.

4(تحديد حالاتهم التربوية.

5(تحسين عملية النمو.

6(تقييم تأثيرات الخدمات المبكرة.

وجدير بالذكر أن المعلومات التي يتم جمعها لأجل غرض مدد هذه الأغراض (كالفحص) قد لا تفيد بالنسبة لغرض أخطر (كالتخطيط البرامج التعليمية) إذن فالقرارات المتعلقة باختيار الخطوات والوسائل اللازمة لنوع معدين مدن أنواع القياس يجب أن تحدد من خلال الغرض نفسه ينبغي أن تتضح أمام القائمين بالعملية التربوية للأطفال أمور تتعلق بسبب جمع المعلومات الخاصة بالطفل وكذلك بالنسبة لمعرفة طرق القياس الملائمة لهذا السبب الغرض وإذا لدم يتضح الغرض والوسائل المناسبة ينبغي إذن ألا تتم عملية القياس.

الفحص المبدئي:

تشير عملية الفحص المبدئي إلى القياس المطبق لتحديد ما إذا كان الطفل بحاجة إلى مزيد من عمليات التقييم الأكثر عمقا يمكن أن تشير نتائج الفحص إلى وجود أسباب محتملة للاهتمام ، ولكنها لا يمكن أن تستخدم لتأكيد تشخيص العجز الخاص (الإعاقة) لا تعد إجراءات الفحص ملائمة لتخطيط البرامج التعليمية كما يجب ألا تستخدم لتصنيف الأطفال وفقا لأغراض تعليمية، و تركز بعض برامج الفحص على مستوى نمو لطفل وبعضها تركز على النواحي البدنية والصحية والوظائف الحسية (كالسمع، البصر).

تشمل طرق القياس المناسبة لعملية الفحص المبدئي واستخدام أجهزة الفحص الخاصة ، والمتابعة المنتظمة عبر الزمن .ينبغي ألا يتم الفحص المبدئي بدون قبول وتضمنين و مشاركة الوالدين ، و تشمل عملية التضمنين الوالدى غالبا عمل استبيان للوالد أو مقابلة شخصية يمكن أن توفر لنا بيانات ذات قيمة عالية فى عملية الفحص. وبالنسبة للأطفال الذين تم التعرف عليهم وتصنيفهم من خلال عمليات الفحص المبدئي باعتبارهم ذوى احتياجات تعلم خاصة ينبغي اعداد مزيد من عمليات القياس المنتظمة دون تأخر مقصود , إن إجراءات متابعة القياس الشامل ينبغي أن تتضمن استشارة كل مددّن المدرس والوالد ، والقياسات القائمة على الاختبار والمتابعة قد

تتطلب نتائج الفحص المتعلقة بالقدرات البدنية الخاصة (كالسمع والبصر والحالة الصحية) الرجوع إلى متخصصين طبيين.

ويتمثل الهدف الأساسي لمتابعة القياس تحديد ووصف احتياجات الطفل الخاصة وتطوير برامج تدخل مناسبة من المهم أن نتذكر أن نتائج الفحص لا يمكن استخدامها بصورة ايجابية لتصنيف الطفل كمعوق أو باحتياجاته إلى تدخلات متخصصة ، كما أن نتائج الفحص لا ينبغي ألا تستخدم لإبعاد الأطفال عن المشاركة في أحد البرامج أو إحدى الخدمات وعند تداول هذه النتائج مع الوالدين يجذب أن يتوخي المتخصصون الحذر لكبير للتأكيد على الطبيعة المؤقتة لقرار الفحص.

مثال لاستبيان والدي يمكن استخدامه لأغراض الفحص (الاستبيان الوالدي للقياس)

أ -السنوات المبكرة :

1-ما الذي تذكره من الأشياء المفيدة عن السنوات المبكرة؟

2-ما الذي كان يحبه وهو طفل رضيع؟

3-هل كنت راضيا عن نموه في ذلك الوقت؟

4-متى شعرت بأن هناك أمور ينبغي علاجها؟

5-ما الذي حدث؟

6- ما هي المساعدات التي حصلت عليها من الآخرين؟

ب -كيف حال طفلك الآن :

1-الصحة العامة :

عادات النوم والأكل ، اللياقة العامة ، الغياب عن المدرسة ، الواجبات ، الإصابة بالكحة والبرد ، الأمراض و الحوادث الخطيرة ، فترات الإقامة بالمستشفى ، العلاج أو الوجبات الخاصة ، الانتباه العام ، التعب ، علامات تناول المخدرات ، التدخين ، الشرب للمسكرات.

2-المهارات البدنية :

المشي ، الجرى ، التسلق ، ركوب الدراجات ، كرة القدم ، الألعاب الأخرى ، رسم الصور ، الكتابة ، عمل المنحنيات، استخدام أدوات النجارة، أدوات المنزل ، الوسائل ، الغزل.

3-المهارات الذاتية:

مستوى الاعتماد على النفس ، الملابس ، ترتيب السرير، غسل الملابس، الحفاظ على نظام الغرفة ، التكيف مع الروتين اليومي، عمل ميزانية يومية ، الخروج ، الانتشار.

4-الاتصال:

مستوى الكلام ، التعليقات ، وصف الأحداث ، الأشخاص نقل المعلومات ،(رسائل من وإلى المدرسة)الاشتراك في المحادثات ،استخدام التليفون .

5-اللعب والتعلم فلى المنزل:

كيف يشهد التليفزيون ، يقرأ للمتعة ، تحصيل المعلومات ، الهوايات ، التركيز ، المشاركة.

6-الأنشطة الخارجية:

الالتحاق بالنوادي ، الأنشطة الرياضية ، السعادة عند الخلوة.

7-العلاقات:

مع الوالدين ، الإخوة والأخوات ، الأصدقاء وغيرهم من البالغين والأقارب أو الاصحاب فى المنزل بصفة عامة ، وخارج المنزل

8-السلوك داخل المنزل :

التعاون ، المشاركة ، تنفيذ الأوامر ، المساعدات المنزلية ، تقديم المساعدة ، التوافق من الروتين ، القواعد الأسرية ، حدة الطبع ، أو هدوؤه ، تقطيب الوجه ، نوبات الغضب ، قوة التأثير.

9-فى المدرسة:

العلاقة بالأطفال الآخرين والمدرسين ، مستوى القراءة والكتابة ، العد ، باقي المواد والأنشطة المدرسية كيفية مساعدة المدرسة للطفل هل طلب منك مساعدة في أداء

الواجب المدرسي الاستماع لقراءته ما النتيجة ، هل هو يحب المدرسة؟

-ما الذى يعتبره سهلا أو صعبا ؟

ج -آرائك العامة :

1-ما هى احتياجات الطفل الخاصة فى رأيك؟-

2-ما هى وسيلة التكيف معها فى رأيك؟-

3-ما الفر بين طفلك وأقرانه؟-

4-ما الذى يستمتع طفلك بأدائه؟-

5-ما الذى يقلق منه ؟

6-ما الذى يسبب لك القلق؟-

7-هل لديك معلومات أخرى تود اضافاتها ؟-

أ - عن الأسرة الأحداث الرئيسية التى تؤثر على طفلك؟

ب- تعليقات الآخرين وتقاريرهم .

8-مع من تحب الاتصال بقدر أكبر؟

9-كيف تؤثر احتياجات طفلك الخاصة على احتياجات الأسرة بصفة عامة في رأيك؟

-اقتصار عملية الفحص على " الاختبار " بدلا من الاشتمال على طرائق أخرى.

-اهمال تضمين الوالدين قبل ، أثناء ، وبعد إجراءات الفحص.

-استخدام وسائل فحص محلية الصنع ذات خصائص فنية رديئة.

-استخدام طرق غير مريحة للأطفال.

-الاستعانة بشخصيات لا تتوافر لديها المعرفة بالأطفال الصغار والقدرة على تشجيع

أدائهم.

-تفسير معلومات الفحص كمعلومات تشخيصية لاتخاذ القرارات الخاصة بتخطيط

البرامج والوضع التعليمي

التشخيص:

توضع عمليات القياس المستخدمة لتحديد تشخيصات معينة ما إذا كان لدى

الطفل جوانب عجز أو تأخر ، وقد تقدم هذه العمليات كذلك معلومات عن طبيعة

ومدى هذه الإعاقة أو هذا التأخر ومن المفيد أن نذكر أن التشخيص الطبي ،

التشخيص التربوي المتعلق بالنمو ، رغم انها مرتبطان ببعضهما لا يمثلان شيئا واحدا .

يتم إجراء التشخيص الطبي العلاجي بواسطة اخصائيين فى المجال الطبي أو الرعاية الصحية. إن وجود تشخيص طبي لدينا لا يؤكد وجود الإعاقة على سبيل المثال فالتشخيص الطبي لحالة الالتهاب الأذنى (بالأذن الوسطي) لا يعني بالضرورة وجود اعاقات تعليمية ولغوية لدى لطفل فيما بعد .على الرغم من أن الحالة الطبية ترفع مدن احتمالية تعرض الطفل لتلك المشكلات إلا أننا بحاجة إلى إجراء عمليات القياس التشخيصية لتقرير وجود الإعاقة.

يجب أن تجرى عمليات القياس التشخيصية بواسطة فريق متعدد الأنظمة يقدم مميزات عديدة بالنسبة للمنهج أحادى النظام .إنه يقدم طريقة لاختبار المعلومات على مدى المواقف ومصادر البيانات المتعددة يمكن ن تلعب هذه الميزة دورا هامدا في تحليل نقاط القوة والضعف المطلوبة لتخطيط البرامج المناسبة.

ربما تكون الطريقة المثلى لتنفيذ النموذج متعدد الأنظمة أن نخصص مهاما تتفق مع قدرات أعضاء الفريق يجذب أن يشمل الفريق الأساسي ثلاثة أنظمة مهنية علم النفس بالمدرسة ، علاج الكلام ، اللغة ، التربية فى الطفولة المبكرة عادة ما يأخذ العفو هنا دور منظم الحالة ويتلقى مسئولية استيفاء كافة المعلومات المتعلقة بالطفل

ويعمل كمتصل أساسي بالوالدين وباقي الشخصيات على سبيل المثال يتنوع تأليف باقي الأعضاء كما تتنوع المقاييس المستخدمة فيما يتعلق بعملية التشخيص على سبيل المثال قد يتضمن النظام معالجا فسيولوجيا يقوم بعمل التشخيصات المتعلقة بالنمو الحركي بينما يقوم الأخصائي السمعي بعمل التشخيصات الخاصة بالمعوقات السمعية.

من المفيد ان نذكر ضرورة مشاركة الاشخاص القائمين على تربية الصغار في عملية القياس التشخيصية يتمثل دور معلم الأطفال في تقديم المعلومات المناسبة عن أداء الطفل عبر مجالات النمو لأعضاء الفريق الآخرين كما ينبغي أن يكون الوالدان جزءا أساسيا في فريق القياس ، حيث تتعلق البيانات التي يوفرها بتاريخ الطفل المبكر مستوى أدائه الحالي في المنزل وفي إطار الأسرة .ويتم تحصيل هذه المعلومات غالبا في صورة الاستبيان الوالدي أو المقابلة الشخصية وتتميز الأسئلة التي يتم توجيهها أثناء عملية لقياس عادة بأنها أكر عمقا من التي توجده لغرض الفحص فالهدف هنا هو جمع معلومات شاملة وتفصيلية عند الطفل وفيما يلي أمثلة للأسئلة التي يمكن تضمينها في استبيان الوالد المعد لعملية القياس:

-كيف كانت حالة طفلك وهو رضيع؟

-هل يمكنك أن تحدثني عن حالة طفلك الصحية بوجه عام؟

-هل يمكنك أن تصف لي طريقة الطفل في الاتصال؟

-كيف يقضي معظم وقته ؟ وماذا يجب أن نفعل؟

-ما هي السمات التي لاحظتها على طفلك في مجال النمو؟

-ما هي السمات الخاصة لسلوك الطفل؟

-كيف يختلف طفلك من أقرانه في نفس عمره؟

و بشكل عام تتضمن اجراءات التشخيص الجيدة آراء الوالدين والأطفال الصغار " كلما أمكن ذلك " عن الأحداث والعلاقات المنزلية. وحيث يتلقي الأطفال المساعدات الخاصة في المدارس يجب أن يستوفوا مقياسا خاصا ، فتلعب عمليات القياس التشخيصية المؤكدة لوجود الإعاقة دورا هامدا فدى تحديد مثل هذه الصلاحية ولا يخلو هذا الدور لعملية القياس من وجود تعارض وقد يثير هذا الدور جدلا كبيرا فيما يتعلق بالقياسات التشخيصية.

إن اتمام أنشطة القياس تعد بداية التدخلات الهامة بالنسبة للأطفال وبدون عمليات المتابعة والفحص تكون عملية القياس قليلة القيمة ينبغي أن تشمل المتابعة الاتصال بالوالدين وتخطيط برامج التدخل الملائمة وإبلاغ المتخصصين بالمعلومات وتخصيص فترات للمراجعة وفي بعض الأوقات ينتج عن القياس التشخيصي تحديد تصنيف للطفل (مثل : أصم ، توحدي ، متخلف عقليا) وهناك عوامل ومميزات تتعلق بهذا التصنيف ، فتحديد مسمي تشخيص للأطفال يعدد أمدرا خطيرا سواء كانت هذه

المسميات تصنيفات تربوية أو مصطلحات علاجية وقد تحجم هذه المسميات الفرص المتاحة أمام الأطفال ، ينتج عنها انحرافات قلة التوقعات والتنبؤ بشأن النجاح.

وعلى أية حال يمكن أن نحصل على نتائج ايجابية أيضا من خلال التسميات التشخيصية ، مثل اتاحة الطريق أمام الأطفال لتلقي خدمات البرنامج المناسبة ، ومساعدة الوالدين على فهم سلوك الطفل وحتى يمكن زيادة الجوانب الإيجابية وتقليل النواحي السلبية لهذه التصنيفات إليك الاقتراحات التالية:

-قم بتعليم الوالدين معني " التصنيف " وسبب انطباقه على طفلهم.

-أن تعمل من منطلق أن المسمي التشخيصي يمثل الحكم الحالي لفريق العمل ماعدا في حالات نادرة ويجب ألا نعتبره تصنيفا ثابتا .

-راجع استخدام المسمي التشخيصي بانتظام وقم بتغييره في الوقت المناسب.

طرائق القياس:

يمكن أن يتم جمع المعلومات المتعلقة بالطفل بطرق متنوعة وحتى تحقق احتياجات عملية القياس يجب أن تجمع المعلومات بطريقة منظمة وبالنسبة للقياس العلمي الدقيق ينبغي أن يتضمن أكثر من وسيلة أو طريقة ، ويتمثل الهدف من الطريقة متعددة الوسائل في أخذ عينات لأنواع السلوك المختلفة بأساليب متنوعة ،

وهناك عدد من طرق جمع المعلومات المختلفة والتي قد تستخدم أثناء عملية القياس تشمل هذه الطرق الاختبار ، المتابعة المباشرة (الملاحظة) ، المقابلات الشخصية ، التسجيلات القصصية والتنفيذية ، عينات العمل ، الاستبيانات ، مقاييس الأداء التي يقوم بها شخص متخصص او على ألفة بالطفل

1-مقابلات شخصية مع الوالد :

تقدم معلومات هامة لا يمكن الحصول عليها إلا من الوالد.

تقديم رؤى عن حالة الطفل فى الأسرة.

2-الاستبيانات المقدمة للوالد :

معلومات متكاملة من خلال القياس المباشر عن طريق تقديم رؤية شاملة عن سلوك الطفل.

3-مقابلات مع المدرس :

تسهم فى اتمام القياس عن طريق إضافة معلومات عن أداء الطفل داخل الفصل.

4-تقارير المدرس :

تقدير ملاحظات المدرسين المتعلقة بالطفل.

5-عينات العمل(كالعمل الفني ، ورق اختبار الرياضيات أو القراءة) :

تسهم في إتمام عملية القياس من خلال اضافة معلومات عن الأداء الأكاديمي للطفل.

6-الملاحظات المنتظمة :

تقديم معلومات عن سلوك الطفل لا يمكن الحصول عليها من خلال إجراءات أخرى (كالتفاعل مع الأقران والبالغين ، التكيف من المواقف المختلفة ، استخدام اللغة ،...)...

7-بيانات عن طريق المتخصصين :

تقديم مزيد من المعلومات عن الطفل من خلال التنظيمات الأخرى (مثل الأطباء ، والمعالجين) وخبرات الطفل الأخرى (كالدعاية اليومية.)

8-الاختبارات المنظمة :

تقديم معلومات عن مهارات الطفل ومعرفته والتي لا يمكن قياسها من خلال الوسائل الأخرى.

معلومات عن سلوك الطفل في المواقف المنظم لها.

معلومات عن مهارات الطفل ومعرفته فيما يتعلق بالاحتمالات والمقاييس المختلفة.

يؤدي استخدام الطرق المتعددة إلى رفع درجة صدق عملية القياس مما لو استخدمت من طريق واحدة فقط . وينبغي أن نذكر أن هناك في الغالب أكثر من طريقة لاستخدام عملية القياس ، وأن الغرض من القياس يجب أن يحدد الوسائل والإجراءات المستخدمة . وقد تستخدم طرق ووسائل معينة لأكثر من غرض (كالوسائل المستخدمة مدثلا لتخطيط البرنامج وضبط نمو الطفل) وفيما يلي نبذة مختصرة عن المقابلات الشخصية والملاحظات والاختبارات كطرق لجمع المعلومات تمثل أكثر الطرق المستخدمة لعملية القياس في مرحلة الطفولة المبكرة.

أ - المقابلات :

تتضمن المقابلات الشخصية توجيه الأسئلة إلى من يعرفون الطفل جيدا وذلك بقصد توفير المعلومات الخاصة بأسلوب وطريق إدراكهم لمستوى الطفل الوظيفي، و يمكن أن نقوم بالإعداد المناسب للمقابلات مع تحديد الأسئلة فيمددا بعدد .وحيثما تكدون المقابلات جزءا من وسيلة قياس علمية قد يتم توجيه الأسئلة بطريقة محددة وأن يعطي للشخص المحاور اختيارات محدودة لاستجابات معينة ، فقد يطلب من الوالد أو المدرس وصف مستوى اعتماد الطفل على نفسه أثناء تناول الوجبات على أن تكون الإجابة من بين ثلاثة إجابات محددة " مستقل " " يحتاج لبعض المساعدة " " يحتاج لعدد كبير من المساعدة " وقد تكون بعض المقابلات مفتوحة النهاية تسمح بمزيد من المعلومات التفصيلية وتناول مدى أوسع من الموضوعات ففي مثل هذه

المقابلات قد يسأل الوالد أو المدرس " كيف حال الطفل أثناء تناول الطعام ؟ " " هل يمكنك أن تحدثني عما يحققه من انجاز عند محاولته لإطعام نفسه؟".

وهناك عدد من صدور المقابلات المختلفة التي تقع فدى إطار المثالين السابقين ، وينبغي أن يحدد غرض القياس الصورة المستخدمة إذا كانت المقابلة جزءا من عملية الفحص الهادفة إلى تحديد نواحي التأخر المحتملة فدى مجال النمو ، و قد يكون من المناسب استخدام الشكل الأكثر تنظيما للمقابلة وإذا كدان الغرض من المقابلة تحديد اهتمامات الطفل الخاصة أو اعطاء صورة عمدا يدون أن يقوم به فى المنزل تصبح الصورة المفتوحة أكثر ملائمة.

ب- الملاحظة :

تتضمن الملاحظة عند استخدامها لغرض القياس جمع المعلومات من خلال القيام بالمشاهدة والتسجيل لمددا يتم رؤيته والاستماع إليه وهناك عدد من أنظمة الملاحظة المختلفة التي قد تستخدم لأغراض القياس .يتكون أحد هذه الأنظمة من مقاييس مطبوعة يقوم الملاحظ بتكتمتها خلال عملية الملاحظة أو بعددها وفيما يلي مثال لأحد البنود التي قد تتضح فى هذا المقياس:

"يشترك الطفل فى الأنشطة الخيالية البسيطة ،" و تتضمن أنظمة أخرى عدد أو توقيت سلوكيات معينة للطفل قد تكون مثل هذه الأنظمة بسيطة مثل تسجيل

طول الفترة الزمنية التي يقضيها الطفل في أحدد الأنشطة أثناء فترة التعلم الأساسية .
كما يمكن أيضا أن تكون أنظمة الملاحظة معقدة تماما حيث لا تقتصر مثلا على
تسجيل معدل ونوع ثورات الطفل الغاضبة خلال فترة معينة بدل تتعدى ذلك لتشمل
الأحداث السابقة لهذه الثورات.

وتتميز الملاحظة كوسيلة للقياس بخصائص غنية ، فهي تحدث فدى البيئات
الطبيعية للطفل(كحجرة الفصل أو المنزل) ،وتقدم المعلومات الخاصة بأسلوب أدائه
الوظيفي عادة . يستخدم الملاحظة لجمع المعلومات التي يصعب عليها بطرق أخرى
(كمعرفة أسلوب تفاعل الأطفال مع الأقران وكيفية استجاباتهم لعوامل الإحباط ، وكيفية
ممارستهم لأنشطة اللعب).

بالرغم من الخصائص الغنية للملاحظات المنظمة يلاحظ قلده استخدامها
لأغراض القياس مقارنة بالاختبارات أو المقابلات الشخصية .وقد يرجع ذلك إلى
تعقد عملية الملاحظة علاوة على المهارة المطلوبة لتحليل وتفسير البيانات وقد
أجريت بعض المحاولات الجادة لتقديم نموذج تنظيمي لإجراء الملاحظات العلمية
المتصلة فى البيئات الطبيعية يمثل قياس arena أحد هذه الأنظمة ،وفيده يقوم أحدد
أعضاء فريق العمل بالتفاعل مع لطفل من خلال أحد أنشطة اللعب بينما يقوم باقي
أعضاء الفريق " متعدد الأنظمة " بمتابعة ملاحظاتهم عن الطفل.

ج - الاختبارات :

تعد الاختبارات أقل فائدة مددن المقابلات والملاحظات وخاصة عند التعامل مددع الأطفال الصغار من ذوى الإعاقات ومددن القيود التى تقف أمامنا عند استخدام الاختبارات ما أوجزه (Wolery,1994)

1(نادرا ما تضم الاختبارات وسائل للتكيف مع جوانب العجز لدى الأطفال.

2(غالبا ما تضم بنودا أو مجموعة متتابعة من البنود الغير مناسبة لعملية التعليم.

3(يتم إدارة الاختبارات دائما فى مواقف مصطنعة أكثر من المواقف الطبيعية.

وهناك نمطين رئيسيين للاختبارات : الاختبارات المعيارية Norm والاختبارات المقننة , Criterion حيث توضح الاختبارات المعيارية مستوى أداء الطفل مقارنا بالجماعة التى يحددها المعيار وهذه الاختبارات غالبا مدا تستخدم لأغراض الفحص وعمل التشخيصات المرتبطة الاحتياجات الخاصة وحتى تتوافر مصداقيتها يجذب أن تجرى الاختبارات وفقا للوائح المطورين توضح الاختبارات المقننة مستوى أداء الطفل بمقياس خاص لكل بند ، ويتم تسجيل الدرجات الخاصة بكل بند وفقا لمستوى أداء أو معرفة معين .

ومن أنواع الاختبارات المقننة " الاختبارات المنهجية " وتهتم بمقارنة أداء الأطفال بالأهداف الخاصة بالمنهج . كما تتناول بعض الاختبارات جانبا محددا لنمو الطفل مثلا لنمو الحركي أو اللغوي وتركز بعض الاختبارات على جوانب متعددة للنمو ، وتتناول كافة مجالات النمو الرئيسية (المعرفية، الحركية، الاتصالية، الاجتماعية، العاطفية، التوافقية) و قد يتم إجراء العديد ممدن الاختبارات بواسطة أحد معلمي الأطفال ممن لديهم المعرفة الخاصة بالاختبارات، بينما هناك الاختبارات ينبغي أن يقوم بها متخصصون متدربون كأخصائي علم النفس أو أخصائي اللغة والكلام.

يتم غالبا إدراج بعض الاختبارات المنظمة في عمليات القياس المعدة لغرض الفحص والتشخيص، وهناك عوامل تتعلق باستخدام الاختبار المنظم مع الأطفال الصغار تتطلب الاهتمام الكافي عند اختيار الوسائل والإجراءات الواجب اتخاذها أو استخدامها على الرغم من أن هناك عدد من المتغيرات التي ينبغي اعتبارها مثل عوامل التعقد والتكاليف إلا أن المتغيرات التالية تستدعي اهتماما خاصا.

المتغيرات الواجب مراعاتها عند قياس و تشخيص الاطفال:

أ- الثبات:

يشير إلى مدى قابلية نتائج الاختبار للتطبيق فيمدا يرتبط بعنصر الدقة " حيث يعطي الاختبار نفس النتائج إذا اعيد تطبيقه أكثر مدن مدرة على نفس الافراد وتحت نفس الظروف . " و يحتوى كل اختبار على درجة معينة من الخطأ وترتفع نسبة الخطأ فى المقاييس المعدة لتقدير أداء الأطفال الصغار عدن نسبة الخطأ فى المقاييس المعدة لصالح الأطفال الكبار والبالغين، واختبار المحتوى على نسبة كبيرة مدن الخطأ لا يعد صادقا وينبغي ألا يطبق.

ب -الصدق:

يشير إلى درجة قدرة وسيلة الاختبار على قياس مدا أعددت لقياسه على سبيل المثال نجد أن اختبار الوظائف المعرفية الذى يقيس بالفعل مهارات الطفل المعرفية أكثر من باقي المهارات (المرتبطة بمجالات أخرى)، و يكددون اختبارا صادقا إذا اعتمد اختبار الأداء المعرفي كثيرا على مهارات اللغة التعبيرية الاستقبالية للطفل وكان الطفل ضعيفا فى هذه الجوانب فقد لا تكددون النتائج المؤشر الحقيقي لقدراته المعرفية إن الاختبار المفتقد لعنصر الصدق لا يعد وسيلة صحيحة للقياس فيما يختص بالقدرات الفعلية للطفل وقد يكون ضد مصلحة الطفل.

ج - القياسية والمعيارية:

يجب أن يتم تحليل الاختبار وفقا للعينة القياسية المستخدمة لعملية القياس ، من المهم أن تتوافق المجموعة التي تبني على أساسها وسيلة القياس (فى معيارها) مع المجموعة التي يتم تطبيق الوسيلة عليها وخاصة فيمدا يتعلق ببعض العوامل مثل الفئة العنصرية ، المستوى الاقصادى ، المنطقة الجغرافية ، السن ، الاحتياجات الخاصة بالرغم من اتجاه بعض البرامج إلى استخدام أجهزة القياس المحلية لإجراء عمليات الفحص إلا أن هذه الأجهزة لا تعدد ملائمة مدن ناحية خصائصها الفنية.

د - زمن التطبيق:

لا تعدد مواقف الاختبار طويلة الفترة الزمنية ملائمة لخصائص الصغار لذا ينبغي تحديد زمن الاختبار بوعي وحرص عند اختيار وسائل القياس المستخدمة فعملية الفحص مصممة وفقد لعنصر الايجاز ويجذب ألا تتعدى (١٥-٢١) دقيقة لإجرائها وقد يأخذ القياس التشخيصي وقتا أطول ولكن ينبغي ألا يتعدى مستوى احتمال الطفل، و هناك مواد محببة لدى الطفل قد تقلل مدن حجم الآثار المترتبة على طول الفترة الزمنية.

هـ - المطبق:

تتطلب بعض وسائل وإجراءات القياس شخصا مدربا أو مؤهلا لإجرائها وبعضها تتطلب اشتراك مجموعة من الأفراد وحيث ينبغي توافر عنصر الدقة في كل من عمليات الفحص والقياس لمعد لغرض التشخيص ينبغي أن يكون كدل فرد متضمن في عملية القياس على معرفة بالأطفال الصغار ولديه القدرة على تسهيل أدائهم بالشكل الأمثل كما يجب أن يكونوا (فريق العمل) على علم بالغرض من وراء القياس وبالوسائل والإجراءات المستخدمة.

و - القبول لدى الأطفال:

يجب أن تكون أنشطة القياس ممتعة بالنسبة للأطفال حتى تتاح أمامهم الفرصة للأداء بصورة أفضل ، ويتحقق ذلك عند شعورهم بالراحة واهتمامهم بالأنشطة.

ز - البيئة :

تتطلب بعض أجهزة وإجراءات القياس نوع خاص من البيئة (مثل الحجرات المزودة بوسائل تكبير الصوت)، مكان هادئ لإجراء المقابلات مع الوالدين ، مراكز العمل الفردي للأطفال ، فيجب أن ننتبه إلى أهمية مثل هذه المتطلبات علاوة على ما يرتبط براحة الوالد والطفل وسهولة الوصول المكاني والاحتياجات الخاصة (مثل الكرسي المتحرك ، وسائل التكيف المتاحة).

ح - التكاليف :

تختلف كل من وسائل الفحص والقداس بصورة ملحوظة فيما يتعلق بالتكاليف ، وحيث أنه لا تكون هناك علاقة مباشرة بين السعر والجودة ينبغي أن يساوى المتابعون بين العنصرين . وتتضمن بعض وسائل الفحص بعض التكاليف الخفية التي ينبغي أن توضع في الاعتبار وقد تتضمن هذه التكاليف صور القياس الفردى ، ومتطلبات التدريب أو اعطاء الدرجة عن طريق الكمبيوتر .

تعدد مصادر المعلومات:

تتطلب عملية القياس جمع المعلومات من مصادر متعددة بالإضافة إلى استخدام مزيج من طرق القياس المذكورة سابقا (كالمقابلات ، الملاحظات ، الاختبارات) من الضروري أن ينظر إلى المعلومات المقدمة بواسطة الوالدين كبيانات ذات قيمة عالية لعملية القياس كما أنه من المفيد بالنسبة للمدارس أن يتم الاستخدام الكامل للمعلومات الممررة أمامهم عند انتقال الطفل من أحد الفصول أو البرامج إلى غيرها.

قضايا و مشكلات القياس في الطفولة المبكرة:

هناك بعض الموضوعات الخاصة المرتبطة بقياس الأطفال الصغار كما ذكرنا من قبل تتعدى الأمور المتعلقة بالقياس عند التعامل مع الكبار والبالغين وفيما يلي مناقشة لبعض هذه الأمور:

1-التطفل في مقابل الخصوصية:

رغم أن عملية القياس تلعب دورا حيويا خلال برنامج التدخل المبكر هناك بعض الجدل حول هذه العملية .يتركز جانب من هذا الجدل في " تطفل "اجراءات القياس، حيث يمكن أن تكون عملية القياس تطفلية بالنسبة للطفل ، أسرته ، والمتخصصين ، فبعض اجراءاتها تجبر الطفل وأسرته على الافصاح عن الخصوصيات ، و الخضوع لجدول غير ملائم وللاحتياجات المرتبطة بعملية القياس التي تهدد مشاعرهم وإحساسهم بالثقة . كمدا أن عملية القياس يمكن أن تكون تطفلية من ناحية القيود التي تفرضها على كل من المتخصصين والوالدين.

2-اعتبارات المخاطرة العالية :

أكد (Neiswoth& Bagnato 1996) في مناقشة حول ما يرتبط بعملية القياس أنه يجب على المتخصصين المشاركين في اتخاذ قرارات القياس أن يتوخوا الحذر في جمع ، تصنيف ، تفسير المعلومات الكافية لخدمة أغراض عملية القياس

مع تجنب القياس الزائد عن حده، وأشار إلى القرارات الأكثر مجازفة والأقل مخاطرة وأكد أن القرارات عالية المخاطرة يجذب أن تبني على عينات أكبر وأن تتضمن مقاييس أقل تداخلا ، إن تحديدا أي الأهداف ينبغي العمل وفقدانها في البداية يعدد مثلا يستخدم للقرارات الأقل مخاطرة ، ويعد تشخيص وجود التخلف العقلي وتحديد الحاجة إلى العلاج المتخصص أمثلة للقرارات عالية المخاطرة، ويتضح من هذه الأمثلة أن اعتبارات المخاطرة العالية والمنخفضة ترتبط بالنتائج المحتملة لعملية القياس، وحتى تساعد المتخصصين على تقدير هذه الاعتبارات قدم Neiswoth & (Bagnato 1996) الاقتراحات التالية:

1- الاجتهاد للحصول على أقرب وأفضل وصف لحالة الطفل عندما لا تكون القرارات المتخذة ضعيفة.

2- لا تحتاج القرارات ذات المخاطرة القليلة إلى أن تتم من خلال نفس مواد القياس ، نفس فريق العمل (المتخصص) والزمن المستغرق (مثل تطبيق القرارات عالية المخاطرة .)

3- ينبغي أن يوضع لاستخدام الممكن لوسائل وطرق القياس في مقابل وسائل قياس بديلة لتحقيق نتائج مماثلة لا تتضمن أي قياس.

3-الملائمة- :

إنه من غير الملائم بصفة عامة أن نستخدم التقديرات الاستقرائية للخبرات المدرسية في اختبار الأطفال الصغار ويرجع ذلك إلى أن طرق القياس المستخدمة مدع الأطفال الكبار لا تتماشي غالبا مع خصائص الأطفال الصغار ويتضح ذلك بصدفة خاصة عند استخدام عمليات القياس المعياري تشير التوقعات الخاصة بعمليات القياس المعياري في اتجاه مضاد لحقائق سلوك الصغار وتتضمن بعض حقائق سلوك الأطفال التي تعترض الاختبارات القياسية عوامل تشتت الطفل ، عدم الاهتمام بالأهداف القياسية للائحة الاختبار، السلوك المضاد وغير المطيع ، وعدم الاحتمال والمثابرة مع المنافسين والشعور بالإحباط إزاء الاختبارات.

هناك عامل آخر يرتبط بعملية النمو المبكر ويحتاج إلى الانتباه فيما يتعلق بالملائمة عند قياس الأطفال الصغار حيث لا تسير عملية النمو الطبيعي في خط مستقيم كما أنها تتميز بالنقطع وتفيد هذه الخصائص في عملية التنبؤ والتداخل المرتبط بمشاكل القياس وبالإضافة إلى هذا العامل هناك أيضا مراحل انتقالية إذا تم قياس الطفل خلال الفترة الانتقالية خلال فترة زمنية يحدث فيها ظهور أو تذبذب للمهارات.حيث تتصف الاستنتاجات الخاصة بمستوى أداء الطفل الراهن بالمبالغة أو الانخفاض وخلال سنوات الطفولة المبكرة يكون من غير المناسب أن نبدأ بتنمية مهارة متقدمة ثم نعود إلى مهارة أقل منها، فالمهارة الظاهرة تحتاج إلى تعزيز أو " إعادة "

لفترة تصل إلى "شهر" قبل أن تصبح جزءاً من مخزون مهارات الطفل اليومية. إذن فمن الصعب أن نكون صورة دقيقة عن المستوى الحالي لأداء الطفل لأن المستوى قد يتذبذب مدن اسبوع لآخر أو من يوم لآخر.

كما إن النمو الغير متماثل أو الغير مناسب السمة السائدة بين ذوى الإعاقات قد يسبب كذلك عدم التطابق بين خصائص الأطفال الصغار، والحاجة إلى عملية القياس المتخصصة. فيلاحظ أن النمو المتماثل (المتوازي) عبر مجالات النمو المتشابهة غير متوقع لدى الأطفال الصغار أو ذوى الإعاقات ، و من هذا المنطلق فاتخاذ القرارات بشأن الوظائف المعرفية للطفل المبنية على مهارات اللغة يفسر نوع المشكلة التي يسببها عدم توازي عملية النمو ، فعلى سبيل المثال فالطفل البالغ من العمر 4 (سنوات) ومصاب بالصمم لا يكون قادراً على الاستخدام الأمثل لمهارات اللغة رغم أنه أدائه المعرفي قد يفوق توقعات سنة.

4-التحيز مقابل الموضوعية :

حتى يتحقق عنصر الموضوعية لعملية القياس يجب مراعاة قياس الطفل في إطار بيئة المنزلية والثقافية والمجتمعية وإذا دعت الحاجة يجب الاستعانة بفريق مساعد لغوى علاوة على المفسرين والمترجمين لمساعدة الطفل ووالديه على فهم المقاييس

المتبعة من قبل المدرسة من المفيد أيضا بالنسبة لوسائل القياس أن تكون محايدة مدن الناحية الثقافية وأن تلائم مدى اسع من الجماعات و الثقافات.

وقد تدخل ألا موضوعية كذلك بسبب إعاقة الطفل أو احتياجاته الخاصة تتضمن بعض اختبارات الأداء المعرفي تطبيق استخدام مواد معينة كالمكعبات أو الورق والأقلام وفي مثل هذه الحالات قد ترجع عدم قدرة الطفل على الأداء الجيدة فى اختبار معين إلى الشلل المخي أو غيره من الأعراض المرتبطة بضعف السيطرة علدى العضلات بشكل أكبر من حالات تأخر الوظائف المعرفية.

5-التفسير المناسب :

يجب ألا نعتبر بيانات القياس " صورة كلية " للطفل وألا تستخدم للتنبؤ بالأداء المستقبلي ولكن بيانات القياس وخاصة مع الصغار يجب أن ننظر إليها " كصورة مؤقتة " لأداء الطفل . حيث يؤدي الاطفال بدرجات مختلفة فى الأوقات المختلفة وتحددت ظروف مختلفة يزداد تعقد تفسير بيانات القياس لأن التعبير عددن الحالات المعوقة والاحتياجات التربوية الخاصة قد يختلف كثيرا لدى الصغار عن الأطفال الكبار ولأن التمييز بين حالة الإعاقة وعم الخبرة يمكن أن يكون صعبا فى حالة الصغار ولذا لا ينصح بعمل تنبؤات تتعلق بالتوقعات المتتالية و المستقبلية للطفل.

6-مدى مناسبة المنهج المستخدم :

يعتمد أسلوب نهج التخصيص لعملية القياس بدرجة كبيرة على فلسفتهم العامة الخاصة بأسلوب تعلم الصغار ونموهم ، ويكون ذلك في العادة نتيجة لتدريبهم المهني وقد اتخذت عملية القياس بصورة تاريخية طريقة النموذج الطبي وذلك لأغراض تربوية خاصة يتميز النموذج العلاجي التقليدي بوجود فريق متنوع من المتخصصين يجرون قياساتهم بصورة منفصلة مع وجود قدر قليل من الاتصال بينهم وبدين كافي الأطفال. وقد تغيرت صورة القياس حديثا من النموذج العلاجي واشتملت على منهج أكثر تعاوناً وقد نتج عن هذا التحول في مجال تربية الصغار وذوى الصعوبات الخاصة- تطور منهج الساحة " في القياس وفي إطار هذا المنهج يقوم بعض المتخصصين- بالعمل على تسهيل أداء الطفل بينما يقوم باقي أعضاء الفريق المشتمل على الوالدين- بملاحظة وتسجيل الأحداث المتعلقة باهتماماتهم. ويتمثل دور الأخصائي هنا في- مساعدة الطفل على الاشتراك في الأنشطة التي تمحص جوانب قوته وضعفه وقبل إجراء عملية القياس يجتمع أعضاء الفريق غالبا ويقوموا بتحديد سلوكيات الأخصائي التي يرونها مناسبة لتقييماتهم الفردية. وتساعد هذه المعلومات الأخصائي على اتخاذ القرارات بشأن المواد والأنشطة الواجب تقديمها للطفل.

يتم إجراء قياس " الساحة " عادة في بيئة اللعب الإبداعي حيث تحفز المواد المتاحة التعبيرات المتعلقة بكافة جوانب النمو متضمنة الاستكشاف والسلوكيات المهارية وسلوكيات حل المشكلة والتعبير العاطفي ومهارات اللغة يقوم شخصان أو ثلاثة في الغالب بعمل الملاحظة في وقت واحد مع إتاحة التفاعلات الثنائية بين الأطفال . هذا و يعد القياس القائم على نشاط اللعب ملائما بصدفة عامدة للأطفال الذين يتراوح أدايمهم الوظيفي بين ستة شهور وستة أعوام ويمكن استخدام برنامج القياس بفعالية مع الأطفال الأسوياء وذوى الاعاقات.

كما يتم اشتراك الوالدين في برنامج قياس " الساحة " في العمليات القبلية ، وأثناء القياس وبعد فترة الملاحظة ، فقبل بدء الملاحظة يقوم الوالدين بتكملة قوائم النمو ويشتركون في مقابلة شخصية لتبادل المعلومات عن تاريخ ومستوى أداء الطفل بالمنزل . وخلال الملاحظات يقوم الوالدين بالمتابعة إلى جانب المتخصصين ، وفدى بعض الأوقات قد يقومون بالمساعدة في تسهيل أنشطة اللعب لدى الطفل .وبعد إتمام الملاحظة يشترك الوالدين في مناقشة أداء الطفل وتخطيط البرنامج المناسب له.

هذا و تشير الدراسات الى نجاح هذا النهج ، حيث اتسمت عمليات القياس " الساحة " بورود تقارير ايجابية عنها بصفة عامدة .ويوضح المتخصصون المستخدمون لهذه العملية أنها توفر الوقت وأنه عن طريق التدريب يمكن تبين ما يحتاجون إليه من أجدل التقييمات المتخصصة مع تفحص الطفل كلية وقد لوحظ كذلك أن الأطفال

الذين كانوا يعدوا غير قابلين للاختبار يلعبون ويتفاعلون بصدورة جيدة مدن خلال هذا البرندامج.

وقد أشار الاباء أيضا إلى أنهم يفضلون مدنهج السداحة متعدد الأنظمة لفصل عمليات القياس (كل نظام على حدة) Linder1990 () إذن فهذا البرندامج (المدنهج) يتضمن مميزات بالنسبة للأسرة والطفل وفريق العمل

بالنسبة للأسرة:

تضمن الأسرة كأعضاء فعالين بفريق العمل.

تجنب ازدواجية أسئلة القياس والاجراءات المشتملة عليها.

فهم أفضل للمهارات الخاصة التي يتم علاجها.

أقل ضغط ا وتعريض ا لقلق الوالدين.

بالنسبة للطفل:

توفير بيئة أكثر راحة في ظل وجود الوالدين والمساعد (شريك في اللعب) بدلا من

المختبر كما أن المواد المستخدمة مثيرة وممتعة.

يشارك في جلسة واحدة بدلا من القياسات المتعلقة بالمجالات او الأنظمة المختلفة.

تقديم الفرص لبيان نواحي القوة والمهارات الوظيفية في المواقف الطبيعية.

تقديم معلومات عن مستوى تعلم الطفل واهتماماته وأنماط تفاعله.

إتاحة المرونة في الاختبار ولذا تجنب الأهواء المرتبطة بإعاقة الطفل.

تقديم معلومات نوعية عن أداء الطفل وعدم الاقتصار على النواحي الكمية (مثل

البيانات الخاصة بأسلوب أدائه لنشاط بدلا من الاقتصار على معرفة عدد الأنشطة

التي يمكنه القيام بها فقط).

بالنسبة لفريق العمل:

إتاحة المعرفة الوقتية بمهارات ومعارف المشاركين في الفريق.

ينتج عنها عملية يتناسب شاملة ومتكاملة عن الطفل.

تقديم الفرص لتبادل المعلومات القائمة على الملاحظة المتزامنه (الوقتية) للطفل

التي يندرج عنها اجماع أيسر.

توسيع معارف جميع أعضاء الفريق حيث يتبادلون المعلومات وفق الآراء متنوعة.

تمثل عملية اقل تكلفة واستغراق ا للوقت من طرق القياس التقليدية.

7- اقتراحات حول خبرات القياس المناسبة للأطفال :

قام العديد من المتخصصين والباحثين والممارسين استجابة لكثير من العوامل المرتبطة بالمناهج التقليدية لقياس الأطفال الصغار بالعمل على صياغة اقتراحات ترتبط بخبرات القياس المناسبة وقد تم تلخيص هذه الاقتراحات في إصدارات عديدة منها المجلة الخاصة بالجمعية القومية لتربية الأطفال الصغار ، و الجمعية القومية لأخصائي الطفولة المبكرة بأقسام التربية و منها ما يتعلق بصدفة أساسية بقياس وبتحديد الأطفال الصغار ذوى الاحتياجات الخاصة .وقد تمت مناقشة العديد من هذه الاقتراحات بالفعل ويحتمل حدوث بعض التداخلات بينها:

1- يجب أن يتناول قياس الطفل كافة جوانب ومجالات النمو ,حيث أن الإعاقة نادرا ما تؤثر على مجالات وحيدة للنمو ، ولهذا ينبغي أن يتناول القياس كافة مجالات النمو .

2-ينبغي أن يتم القياس كلما أمكن فى بيئات طبيعية وخلال اجراءات مألوفة لدى الطفل وتتضمن معاني بالنسبة له .

3-يجب أن تتضمن عليه القياس استخدام تقنيات مختلفة .

4-أن تراعي اجراءات القياس التنوع الفردي كالفروق المتضمنة فى أساليب ومعدلات الاستجابة بالإضافة إلى مدى قدرة استخدام الأطفال للغة .

5- يجب أن تتجنب إجراءات القياس المواقف المهددة للأمان النفس ومشاعر التقدير الذاتي ، حيث يمكن قياس السلوك المعتاد للأطفال بسهولة دون وضع الأطفال تحت الضغوط.

6- أن يتركز القياس حول نواحي القدوة لدى الأطفال بدلا من الاقتصار على جوانب العجز أو الضعف.

7- أن تكون عملية القياس تعاونيه متضمنة للوالدين إلى جانب فريق متخصص من الأفراد متعدى الهيئات.

8- ينبغي الاهتمام باختيار وسائل وإجراءات القياس بعناية

1مثال لذلك

1- هل تتسم المواد والإجراءات بالدقة والصدق؟

2- هل هي مألوفة لدى الطفل؟

3- ما هو مقدار التدريب المطلوب لإجراء القياس؟

4- ما هي سبل التوافق المقدمة للوفاء باحتياجات الأطفال البدنية والحسية وغيرها؟

5- ما هو دور الوالدين في عملية القياس؟

6- ما هو الاتجاه الثقافي للعينة القياسية (إذا كان معياريا) ؟

هل كانت هناك جهود لتقديم معايير بناء على عينة مستقلة أو لتضمين جماعة من ذوي الاحتياجات الخاصة في العينة ؟

إن للأطفال الصغار ذوي الإعاقات احتياجات مشابهة لأقرانهم الطبيعيين واحتياجات فريدة ونظرا لأوجه التشابه قد تستخدم طرائق التعليم الخاصة بالأطفال الطبيعيين بفعالية وكفاءة مدع ذوي الاحتياجات الخاصة وبسبب وجود احتياجات فريدة لهؤلاء الأطفال .أذن فنحن بحاجة إلى إضفاء مزيد من التعديلات للطرق المستخدمة ، وبدون هذه التعديلات ربما تواجهه بعض الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة SEN معوقات خطيرة في مجال استكشاف وممارسة الخبرات في بيئة التعلم.

إرشادات خاصة بالتعديلات

يجب أن تكون التعديلات التالية لأجل توافق الطفل ذي الاحتياجات التربوية الخاصة SEN قليلة كلما أمكن .وحتى تتفق مع مبادئ الألفية الطبيعية يجب ألا تكون التعديلات فضولية بقدر الإمكان .ومن العوامل القيمة المتصلة بالتعديلات ما يتعلق ب "المشاركة الفعالة " العلاقات ، العضوية ، النتائج الايجابية اكتساب الثقافة داخل البيئة .ومن المقاييس المرتبطة بتحديد مدى ملائمة التعديلات ما ذكره.

1-تضمن التعديلات (أوجه الدعم) إمكانية مشاركة الطفل بطريقة نشطة وإيجابية

-في الخبرات والأنشطة.

2-ينشط التعديل (الدعم)العلاقات بين الأقران وأخذ الأدوار داخل الجماعة- .

3-ينتج عن التعديل نتائج سوية ومفيدة خاصة بالطفل- .

4-يتفق التعديل (الدعم) مع جو وثقافة البيئة الطبيعية- .

وأخيرا قدم الباحثان ستة مبادئ أساسية لتطوير سبل الدعم المقدم لذوى الاحتياجات

التربوية الخاصة تتفق مع القيم والمقاييس المذكورة سابقا وهى كما يلي:

1-أن تكون التعديلات منظمة وغير تطفلية أو اقتحامية كلما أمكن.

2-يجب الاهتمام بألوان التكيف المقدمة من قبل الأقران.

3-يجب أن تعكس التعديلات حقوق الأطفال في ممارسة السيطرة على البيئة وعلى

حياتهم.

4-يجب تضمين الأسرة في عملية تحديد أوجه الدعم.

5-يجب ضبط كفاءة وفعالية التعديلات الحادثة والدعم المقدم.

6-يجب أن تتوافق التعديلات مع الجو المحفز على تكوين العضوية الناجحة وروح

المجتمع.

خصائص بيئات التعلم الايجابية

وفق لرأى " (Dunst,2000) تتسم الفرص المقدمة لتحسين نمو الطفل

بأنها ممتعة ومنشطة للطفل ومنتجة للقدرة وتؤدى إلى إحساس الطفل بالسيطرة على

قدراته. و رغم أهمية هذا المقياس الخاص بفرص التعلم لجميع الأطفال فهو أكثر أهمية بالنسبة لذوى الاحتياجات الخاصة.

وإذا لم تتسم البيئات بالإمتاع والنشاط لن تتوفر دافعية الأطفال لتناول الأشياء واكتشافها وخاصة في حالة وجود عوامل الإعاقة . لذا ينبغي إعداد البيئة مع مراعاة جانب المتعة كما ينبغي أن تتيح فرص التعلم ظهور القدرات ومن الصعوبات التي تعترض المدرس تحديد أي الخبرات (القدرات) يمكن اعتبارها أهداف فردية ، تخطيط البيئة والأنشطة بحيث تعمل على تنشيط نمو هذه القدرات.

و تشير بعض الأعمال الهامة المتعلقة بالميزات وتحسينها في برامج التربية المبكرة للأطفال إلى أن قدرة المدرس على نهج رؤية الطفل تلعب دور هام في خلق البيئة التي تنمي التعلم . وفي الواقع تشير بعض البحوث إلى أن التفاعل بين المدرس والطفل هو أهم عامل بالنسبة للمميزات البيئة يتضمن أخذ رؤية الطفل معرفة أن أي طفل حتى الصغير جدا له أهداف خاصة ، اهتمامات ومقاصد تتعلق برغبته الخاصة بالاكشاف والتعلم . ولخلق بيئة تعلم إيجابية يجب على المدرسين مراعاة اهتمامات وقدرات الطفل . فكثير من الأطفال الصغار على سبيل المثال يمكنهم التعبير عما هو هام بالنسبة لهم بصورة لفظية.

و لإيجاد مثل هذه البيئة الايجابية يجب العمل على توفير عناصر البيئة التالية:

أ- تنشيط المشاركة-

ب- تنمية الاعتماد على النفس-

ج- توفير المساعدات من أجل " الاستكشاف- "

د- الانتباه للبيئة الخارجية-

هـ- توفير فرص الاستكشاف والتعلم-

أ- تنشيط المشاركة-

تسهم بيئات التعلم الإيجابية في تنشيط مشاركة الطفل في الأنشطة (مقدار الوقت الذي يقضيه الطفل في ممارسة السلوكيات المناسبة للنمو والبيئة" الموقف) "يستخدم مصطلح (on task) أحيانا لوصف سلوكيات الأطفال عندما يكونوا منغمكين في الأنشطة التعليمية .و تعني المشاركة بالنسبة للطفل أو يتفاعل مع البيئة بطريقة تتناسب مع مستوى نموه ومع الموقف إذن فالمشاركة تتم بصور مختلفة باختلاف الأطفال والظروف.

و تتمثل الفائدة من مستوى المشاركة المرتفع في تنشيط التعلم والتقليل من مشكلات السلوك أو منعها وقد وجد الباحثون أن الطفل كلما ازداد نشاطه تزداد درجاته في التحصيل وحيث تواجه كثير من ذوى الاحتياجات الخاصة صعوبة في تحقيق المشاركة داخل البيئة يتمثل أحد أهداف التدخل المبكر الهامة في تنشيط مشاركتهم بصورة أكثر ايجابية.

كما تتضمن طبيعة البيئة وخصائصها أهمية كبيرة بالنسبة للأطفال قليلي المشاركة في " الأنشطة التعليمية " تتسم بيئات المشاركة بارتفاع معدل التجاوب ويعني ذلك أن البيئة تقدم للأطفال التغذية العكسية الوقئية والمحتملة عندما يتفاعلون مع بيئتهم .هناك العديد من لعب الأطفال التي تتسم بارتفاع نسبة التجاوب .فالألعاب المتحركة مثلا تتضمن مستوى عال من التجاوب لأي حركة (كاللمس أو السحب أو الهز .)كما تنتج تغييرات الوجه وردود الفعل تجاه هذه الألعاب التغذية الرجعية عن قوة تجاوب البيئة.

إذن فالبيئة التي توفر التغذية الرجعية المناسبة والوقئية تساعد الأطفال على اكتساب نوع من القوة والأمن في التحكم في البيئة .أما الأطفال الذين يشعرون بصعوبة التحكم في البيئة فغالبا ما يوصفون بأنهم " غير مستفيدين من التعلم " وتزداد نسبة حدوث ذلك مع الأطفال ذوي الإعاقات.

ويمكن للمدرسين زيادة نسبة التجاوب مع البيئة عن طريق اختيار المواد والأنشطة التي تقدم لهم التعزيز الايجابي .كما ينبغي عليهم أيضا التأكد من أن جميع المواد والوسائل مرتبطة في وضعها الصحيح فإذا تعطلت بطارية الكشاف أو جف الطلاء الموجود بالبستلة مثلا يشعر الأطفال حينئذ بالإحباط وخيبة الأمل عند محاولتهم لاستخدام هذه المواد وعلاوة على ذلك يقل ميلهم إلى المحاولة باستخدام

مواد أخرى. وقدّم (Bailey, Wolery, 1992) خمسة مقترحات لتحسين خصائص

الأنشطة والمواد لتسهيل عملية المشاركة الإيجابية:

1- تقديم مواد مقبولة من خلال إضفاء الألوان الزاهية ، وعن طريق الحجم (كبير -
جد ا) أو (صغير جد ا) وعن طريق الصوت أيضا ويبدو أن الأشياء ثلاثية الأبعاد
تعد أكثر قبولا من ذات البعدين وكما ذكرنا سابقا فالمواد التي تقدم التغذية العكسية
الوقتية تثير الدافعية وتزداد درجة قبول المواد إذا كانت تلائم اهتمام الأطفال ومستوى
نموهم.

ومن العوامل الهامة كذلك عامل التجديد ، ففي الفن مثلا يتحقق ذلك العامل
إذا كانت المواد المتاحة تتغير على فترات زمنية محددة ففي أحد الأسابيع قد يمارس
الأطفال الرسم على أفرخ مستطيلة من الورق الأبيض ، وفي الأسبوع التالي تتغير
صورة الورق إلى اللون الأزرق مع وجود أشكال المحيطات ، الأنهار ، البحيرات مع
تقاطعات صغيرة تمثل النباتات والحيوانات التي تعيش في الماء يمكن للأطفال خلق
أشكال باستعمال المواد اللاصقة كالصمغ مثلا.

كما قامت إحدى المدارس الغربية بتطوير خطة دائرية لتقديم التنوع والمشاركة
الجيدة. بدأ القائمون على التعليم بإعطاء أكواد للمواد داخل الفصل وفقا لأبعاد الحجم
والتعقيد ومستوى النمو والنوع والخاصية الحسية. تم تقسيم المواد إلى 12 مجموعة

تحتوى كل منها على 11 بنود تشتمل كل مجموعة على مزيج من المواد تمثل كل

بعد من الأبعاد السابقة إذن تقدم كل مجموعة كاملة ما يلي:

1-توليفة من المكونات المتنوعة في الحجم ودرجة التعقيد- .

2-مكونات تمثل مدى من مستويات النمو- .

3-مكونات قياس عدد ا من الأهداف التربوية- .

4-مكونات تتضمن خواص ا حسية عديدة- .

يتم الازدواج بين مجموعتين معا في الحجرة في وقت واحد ومن المؤكد أن هناك مواد أخرى تظل بالحجرة طوال الوقت (القوالب ، الكتب ، الدمى)حيث يمكن استخدامها إلى جانب المواد الأخرى يتم إعداد جدول الدائرة هكذا حيث تتوافر المواد الأكثر تعقيدا على مدى العام.

2-اجعل المشاركة " امتيازًا " بدلا من كونها " واجبا " يتحقق تحسن عملية المشاركة كثيرا عندما يتم اختيار المواد بشكل ذاتي .كما أن جعل الأنشطة شيئا لازما على الأطفال عادة ما يقلل من اهتمامهم بها.

3اجعل للأطفال أدوارا مؤقتة في الأنشطة . حيث لا تتحقق مشاركة الأطفال-

بالاقتصار على سلوكياتهم السلبية(كالاستماع إلى قصدة ،مشاهدة فعل الآخرين)،

انتظار دورهم، بدل يمكن تحسين المشاركة من خلال إيجاد طرق تضمن مشاركة

جميع الأطفال بشكل إيجابي فخلال حصة القصص مثلا يمكن للأطفال استخدام

العرائس ، أشكال الحيوانات ، نماذج الملابس لأخذ الأدوار كمساعدين ، قادة ، جامعي بيانات أو فريق للتهليل وبالنسبة لجميع الأطفال وبصفة خاصة ذوى الإعاقات يجب أن يتناسب الأدوار مع مستوى مهارة الفرد.

4استخدم التعليمات لبدء أو تحفيز التفاعلات عند الحاجة إن الأطفال الذين لا يشتركون في الأنشطة أو المواد قد يحتاجون إلى أمر أو محفز خاص

حيث أن التعليم في السنوات المبكرة يرتبط ارتباطا وثيقا بالتفاعلات الحادثة بين الطفل وغيره لذا ينبغي اعتبار التفاعل الاجتماعي مكونا هاما في البرنامج المعدل للطفولة المبكرة ، وحيث يتسم الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بحدود تفاعلاتهم الاجتماعية مقارنة بأقرانهم الطبيعيين ونتيجة لذلك تزداد فرص فصلهم في بيئات خاصة ولتخطيط برنامج فردى خاص بذوي الإعاقات ينبغي أن نضع في اعتبارنا عوامل التفاعل الاجتماعي جيدا وفيما يلي نعرض مناقشة لأنشطة التعلم التعاوني المتصلة بهذا الجانب.

إن التعلم التعاوني أحد الطرائق المستخدمة لتوجيه التفاعل الاجتماعي يعد منها غير تنافسي للتعليم الجماعي الذي يركز على الأهداف المشتركة ، و تتضمن هذه الطريقة إعداد الأنشطة التي تعلم الأطفال أن يشجعوا أنفسهم ويشاركوا بعضهم في الاحتفال بالنجاحات وأن يعملوا في سبيل تحقيق أهداف مشتركة ، و يتمثل الغرض

الأساسي للتعلم التعاوني في توجيه التفاعلات المشتركة بين الأطفال وتعليمهم المهارات المرتبطة بها ، كما أن هذا النوع يحفز مشاركة الطفل في البرنامج وقد يكون هذا التعلم مفيدا بدرجة خاصة لأطفال ما قبل المدرسة لتنمية المهارات الاجتماعية والاتصالية لدى الأطفال ذوي الإعاقات المتضمنة في برنامج التعليم النظامي.

ويتم التخطيط لأنشطة التعلم التعاوني بعناية جيدة مع توافر الدعم من قبل المدرس وإذا لم يتحقق ذلك فمن السهل أن يحدث تعارض في المواقف يؤدي إلى اللبس والإحباط ، وحتى تتحقق الفائدة التربوية لهذا التعلم يجب أن تشمل أنشطته على أمور ذات أهمية يكرس لها الأطفال اهتمامهم وفكرهم .فينبغي أن يعطي الأطفال الفرصة لاتخاذ بعض القرارات المرتبطة بكيفية أداء الأنشطة الجماعية ، كما يجب أن تتاح لهم الفرصة للحكم على مدى نجاحها وأخيرا يجب أن تسمح الأنشطة التعاونية لأعضاء الجماعة بالمشاركة الإيجابية الناجحة خلال عملية التعلم.

إن لكل طفل مشترك في جماعة التعلم التعاوني دورا محددًا ، وتحتوى كل الأدوار على قيم متساوية فقد يقوم طفل مثلا بعمل دور قائد الجماعة بينما يقوم آخر بتمثيل دور المدير ، إن مثل هذه الترتيبات تتيح المشاركة الإيجابية من قبل الأطفال على مختلف قدراتهم.

يتمثل دور المدرس في هذه الأنشطة في القيام بتعليم مهارات التعاون حتى

يتثنى العمل الفعال للجماعة و تشمل هذه المهارات:

1طلب / تقديم المساعدة-

2الاستماع للآخرين-

3تبادل الأفكار ومشاركة مواد التعلم-

4أخذ الأدوار-

5مساعدة الآخرين في أداء الأفعال أو تنفيذ الأنشطة-

وقد يقوم المدرس كذلك بتذكير الأطفال للبقاء بجوار بعضهم البعض ومساعدة بعضهم ، كما ينبغي عليه أن يقوم بالتوجيه الجيد لهم لمعرفة المساعدات المطلوب تقديمها لهم .وأخيرا من المفيد أن يقدم المدرس التغذية الراجعة الإيجابية (مثال : لقد تعاونتم حقا بشكل جيد) (أحب أن تستمعوا لبعضكم هكذا .)ومن المؤكد أنه من المهم بالنسبة للمدرس أن يختار الأنشطة والدروس التي يشترك فيها الأطفال خلال عملية التعلم بعناية .كما ينبغي أن تركز الدروس والأنشطة على التفاعلات الإيجابية المشتركة بين الأطفال وأن تكون ملائمة لسن وقدرة الطفل.

توجيه عملية الشمول الاجتماعي:

يجب أن تشمل طرائق توجيه عملية الشمول الاجتماعي لذوى الاحتياجات الخاصة التركيز على العوامل الخاصة بالطفل والبيئة . كما تميل التغيرات المرتبطة بالطفل إلى أن تلقي مزيد من اهتمامنا عادة في صورة التدريب على المهارات الاجتماعية ومن التصنيفات الخاصة بهذه الطرق ما يشمل المجالات التالية:

1(دعم مشاركة الأطفال في اللعب التفاعلي مع الآخرين__

2(توجيه عملية اكتساب المهارات الاجتماعية الخاصة.

3(تنمية سلوكيات الصداقة مع الأقران(. Meyer,2001)

دعم مشاركة الأطفال في اللعب التفاعلي مع الأقران:

حددت (Meyer 2001) أصناف متعددة لسلوك البالغ المتصل مباشرة بالتفاعلات الاجتماعية مع الأقران وأشارت إليها بأنها"صائبة "فرص مفقودة " " معاقة" حيث يوصف السلوك بأنه سليم تماما " صائب " إذا كان يسهل التفاعل الاجتماعي بين الأطفال وقد يأتي هذا التسهيل في صورة " تدريس اللعب " وفيه يقوم الشخص الراشد بعمل تعليقات واقتراحات تؤدي إلى لعب الأطفال معا ويجب أن يتم ذلك دون قطع الراشد لموقف اللعب على سبيل المثال إذا اشترك طفلان في لعبة

واحدة في المطبخ يقترح الشخص الراشد أن يعد أحدهما " الشربة " للأخر إذن فاقترح المدرس يناسب موقف اللعب وإذا لم تكن الاقتراحات كافية لإثارة اللعب الاجتماعي لأي فترة زمنية يمكن للمدرس أن يقدم المساعدة عن طريق الدخول الفعلي إلى موقف اللعب . وتعد هذه الخطوة " معادية " "اقتحامية "ويجب ألا تستخدم إلا إذا لم تكن الاقتراحات ناجحة.

ولا تعد عملية التسهيل ضرورية بصفة دائمة ، فبعض سلوكيات البالغ المنظمة تعوق التفاعل الاجتماعي بالفعل .و يحدث ذلك عندما يقاطع الشخص البالغ عملية التفاعل ورغم أن قصده يتمثل في حل المشكلة فالنتيجة تتضمن إعاقة التفاعل الاجتماعي بين الأقران وفي بعض الأوقات يتدخل الشخص الراشد في الوقت المناسب لتوجيه التفاعل وهذه الأوقات لا يخطط لها عادة ويحدث ذلك عندما تظهر مواقف مناسبة للتفاعل الاجتماعي الجيد بشكل مبسط ويشار إلى هذا الموقف أحيانا ب "اللحظات الحاسمة للتعليم " وبناءا على رأى (Meyer) تحدث " الفرص الضائعة عند فشل البالغين في التعرف على لحظات التعلم والتركيز عليها.

يمكن أن تحدث الفرص الضائعة عندما يؤكد البالغون أن الشمول الاجتماعي عملية تسير بلية ذاتية فلا يبحثون عن لحظات التعلم .وقد تحدث أيضا عندما يتأثر البالغون بالوقت والأنشطة وعندما تتحدد توقعاتهم عما ينبغي أن يحدث بشكل كبير فقد يقرر أحد الأشخاص أن الطفلة(المعاقة يجب أن تقول " أهلا " للزملاء عند

دخولها الفصل، إذن يتم تدريب الطفلة لتفعل ذلك وفي نفس الوقت يقوم باقي الأطفال باختيار أماكن التعلم والتحدث مع الأصدقاء عند دخولهم الفصل

بالإضافة إلى تدريس اللعب هناك طرائق أخرى عديدة يمكن للبالغين استخدامها لدعم مشاركة الأطفال في اللعب التفاعلي تتضمن إحدى الطرق (إعداد المسرح) للتفاعل .وفي هذه الطريقة يوفر الراشدون الفرص المهيأة للتفاعل الاجتماعي ، وهنا تأتي أهمية إعداد عناصر المجالات البدنية والعاطفية في الفصل وتنظيمها لتناسب الهدف المتمثل في تنمية اللعب الاجتماعي التفاعلي بين الأقران ، هذا وتعد الأنشطة ذات قيمة عالية إذا ساهمت في تنمية التفاعل بين الأقران بقدر أكبر من باقي المكونات ، و من وسائل اللعب الاجتماعي التي تسهم في توجيه اللعب التفاعلي الكرات ، أدوات المنزل ، العربات وغيرها من المركبات وتشمل أنشطة اللعب التي تشجع على التفاعل الاجتماعي تمثيل الأدوار الدرامية الاجتماعية المعسكرات ، الترحال ، أعمال- المنزل واللعب الجماعي المتضمن للشركاء أو الأصدقاء ، كما أن لبعض القوافي- والنعيمات أثر في تشجيع الأطفال على الانهماك في الأنشطة المشتركة كالتسليم باليد أو الابتسام للغير .

وبالإضافة إلى ذلك يؤثر الجو العاطفي للفصل كذلك على التفاعل الاجتماعي بين الأقران ، كما يعد النظام الديمقراطي أكثر ملائمة لمساعدة الأطفال على التفاعل

الإيجابي السلمي مع بعضهم . حيث يضع القائمون على النظام الديمقراطي حدودا حاسمة للسلوكيات الغير مناسبة ، ويقع هذا الأسلوب بين نظام الإتاحة الكلية والنظام المتسلط القائم على الخبرات الصارمة الشديدة . كما يتيح هذا الأسلوب الديمقراطي للأطفال أن يشعروا بأن غيرهم يستمع إليهم وأن يفهموا القواعد والأسباب الكامنة وراء القواعد وأن يشعروا بالثقة إزاء حمايتهم .وعلى الجانب الأخر يعين النظام التوجيهي القهري كلا من النمو العاطفي والاجتماعي لدى الأطفال علاوة على التفاعل من خلال اللعب مع الأقران .

توجيه اكتساب المهارات الاجتماعية الخاصة:

تتضمن قدرات وسلوكيات الطفل ذي الاحتياجات الخاصة تأثيرا رئيسيا على طبيعة وجودة التفاعلات الاجتماعية الحادثة بين الطفل وشركائه إذا لم يكن الطفل قادرا على تلقي أو تفسير أفعال أو استجابات شريكه الاجتماعي يحدث تعطيل لعملية التفاعل حينئذ وبدون المساعدات لا يتمكن أصحاب الإعاقات من تقديم نفس نوع التغذية الراجعة الايجابية لشركائهم ، فالطفل المصاب بتأخير النمو المعرفي مثلا قد لا يتمكن من معرفة الإمكانيات والاحتمالات المتاحة للعب التنكيري مثل أقرانه الطبيعيين، فحينئذ لا يلمس حقيقة موقف اللعب . إذن تأتي تعليقات وأفعال الطفل بعيدة عن نطاق ما يفعله الأطفال الآخرون . وينظر إلى هذا الطفل من قبل الأطفال الآخرين بأنه غير مرغوب فيه كشريك أو صديق في نشاط اللعب . و هنا يحتاج

البالغون إلى التدخل في هذه المواقف لمساعدة الطفل ذي الاحتياجات الخاصة على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية و يمكن أن تأتي هذه المساعدة في صورة محفزات. حيث يحتاج بعض الأطفال من ذوي الإعاقات محفزات مباشرة تتعلق بأسلوب وزمن التفاعل مع الآخرين، و قد تركز المحفزات على بعض مهارات التفاعل الاجتماعي مثل المتابعة البصرية ، النظر إلى الشخص المتكلم ، توجيه الطلب والاستجابة للطلبات وغير ذلك يوضح البحث أن عوامل الحفز المقدمة من الكبار أو الأقران يمكن أن تكون فعالة لمساعدة ذوي الإعاقات على التفاعل الناجح مع أقرانهم الطبيعيين.

و ربما تتضمن عمليات الحفز مشاركة قوية الكبار وقد تتضمن مشاركة طفيفة منهم وينبغي أن يتحدد مدى المشاركة عن طريق الاحتياجات الفردية للطفل و من الاعتبارات الأخرى الهامة لمساعدة الأطفال على تنمية المهارات الاجتماعية الجديدة اختيار السلوكيات المستهدفة بعناية . و تختلف المهارات الاجتماعية في مدى قيمتها في تكوين الأصدقاء والحفاظ عليهم ويحتاج المدرسون لاتخاذ القرارات الصائبة بخصوص التغييرات الحادثة في مخزون الأطفال المعرفي أكثر من تدريس سلوكيات الأطفال التي تحدث اختلافا طفيفا في التفاعلات الاجتماعية . ومن المهم كذلك أن نركز على الأهداف ذات القيمة العالية بالنسبة لأسرة الطفل وبيئته الثقافية وإذا لم يتحقق هذا العامل (القيم الأسرية ، والتناسب الثقافي) لن تكون المهارات المكتسبة

مفيدة في حياة الطفل خارج الفصل ولن يتحقق لها الدوام. و يعد زيادة مخزون الأطفال من المهارات التفاعلية أكثر تعقيدا من العمل وفقا لقائمة عامة من أهداف التفاعل الاجتماعي__.

نظريات التدخل المبكر:

من أهم النظريات التي يعتمدها التدخل المبكر كأساس له في التطبيق ما يلي:

١ -الاتجاه السلوكي الإجرائي :ويفترض هذا الاتجاه أن معظم السلوك الإنساني متعلم (مكتسب) ويعتمد مبدأ المثير - الاستجابة وهو ينادي بأسلوب تحليل المهمة في التعلم واكتساب المهارات مع ضرورة وجود التعزيز المناسب للاستجابات المرغوب فيها.

أما محتوى المنهاج بناء على ذلك فهو يتبع المنطق العلاجي أو الوظيفي في اختيار المهمة التي يتم تعلمها ولهذه المهمات محكات أساسية يتم بناء عليها الاختبار وهي:

أ - أن تكون المهمة مناسبة لعمر الطفل.

ب - أن تكون المهمة ذات معنى ولها فائدة مباشرة في حياة الطفل.

وطرق التدريس الأساسية المستخدمة تعتمد التدريس المباشر من خلال النمذجة والتلقين والتشكيل والتسلسل والتعزيز وهو تدريس فردي يهتم بالتقييم الأولى وخلال

التقديم والتقييم النهائي، ومن مميزات هذا الاتجاه الاهتمام بكيفية بناء البرنامج والتخطيط والتنظيم الدقيق لكل الجوانب وهو شائع الاستخدام.

٢ -الاتجاه النمائي :ويعتمد هذا الاتجاه في برنامجه على مبادئ النمو العامة ومنها أن النمو يحدث عندما يكون الفرد مستعدا نمائيا للتعلم وانه يحدث في مراحل متتابعة لك مظهر من مظاهر النمو .يتكون المنهاج هنا من المهارات المختلفة التي تمثل مظاهر النمو التي يحتاج الطفل لاكتسابها فيتم تحديدها وفقا لتلك المرحلة، وبالنسبة لدور الأخصائي فهو مجرد موفر للمواد وللأنشطة وللمثيرات المناسبة لنمو الطفل، والطفل هنا عليه الاختيار في أي الأنشطة سيشارك حيث أن هذه الأنشطة ستوفر الفرصة أمام الطفل لممارسة أهداف النمو المهمة في كل مرحلة.

٣ -الاتجاه النمائي المعرفي :وهو اتجاه تطور عن الاتجاه النمائي واعتمد نظرية بياجيه في النمو المعرفي، أما بالنسبة لمحتوى المنهاج فيتركز على المهارات المعرفية، بناء على نموذج بياجيه في النمو وتتابع تلك المراحل، وتعتمد طرق التدريس المستخدمة على نظرية بياجيه، وتكون من خلال إيجاد حالة من عدم الاتزان لدى الطفل، ويحاول الطفل إيجاد التوازن والتنظيم والتكيف أثناء محاولته لحل المشكلة المعرض لها، وبالتالي يتحقق التعلم، ويكون دور الأخصائي هو التنشيط من خلال تشجيع الطفل للقيام بتجربة أنشطة جديدة لا يتدخل في منع الفشل الذي قد يواجهه الطفل.

٤ -الاتجاه البيئي :وينطلق من مبدأ أن الطفل يسلك وفقا للبيئة ويتعلم بشكل أفضل عن طريق خبراته المباشرة وتفاعله مع البيئة، أما بالنسبة لمحتوى المنهاج فيتم تحديده على أساس فردي لكل طفل بحيث يعكس مطالب وحاجات البيئة لمن هم في عمره، ولا بد من تعديل مستوى المنهاج ليتناسب وقدرات واحتياجات الفرد، وبالنسبة للأنشطة المتاحة فلا بد أن تكسبه الخبرة المباشرة، والمشاركة الفعالة وان تتناسب الكفاية المعرفية له وان تساعده على التعليم عن طريق الاستكشاف ويعتمد هذا الاتجاه طريقة التدريس العارض وبيئة التدريس هي البيئة الطبيعية للطفل حيث أنها هي المصدر.

٥ -الاتجاه القائم على الأنشطة :ويعتمد هذا الاتجاه في أساسه النظري على أفكار كل من سكنر وبياجيه وجون ديوي، ويمكن تلخيص تلك الأفكار كما يلي:

الحاجة إلى مشاركة الطفل الفعالة لضمان تحقيق تعلم جيد، وكذلك الأنشطة والخبرات المقدمة للطفل يجب أن تكون لها معنى ووظيفة بالنسبة للطفل و إن السياق الاجتماعي المباشر والعام يؤثر على تعلم (الطفل ونموه ويتفاعل معهما

ومن أهم الخدمات الخاصة التي يقدمها التدخل المبكر:

١. التقييم الطبي والتربوي والنفسي الشامل.

٢. إرشاد أسرة الطفل والعمل معها بشكل متواصل.

٣. تصميم برامج تربوية فرديه خاصة.

٤. تعديل الاساليب وا لأدوات التعليمية لتصبح ملائمة لحالة الطفل (التكييف).

العوامل المؤثرة في مدى استفادة الطفل من برامج التدخل المبكر:

١. وقت اكتشاف الإعاقة عند الأطفال، كلما كان الاكتشاف مبكرا كلما كانت الاستفادة

من التدخل المبكر أفضل.

٢. نوع الإعاقة وشدة الإعاقة.

٣. عمر الطفل عند الالتحاق في البرنامج.

٤. نوعية الخدمة وكيفية تقديمها.

٥. المدة التي مضت على التحاق الطفل بالبرنامج.

٦. الأشخاص الذين يقدمون الخدمات.

٧. دور الوالدين والأسرة في برنامج التدخل المبكر.

٨. اتجاهات أفراد المجتمع عامه نحو الاستفادة التي يمكن أن تتحقق من (برامج

التدخل المبكر).

العمليات والنشاطات الأساسية في برنامج التدخل المبكر:

١. التعلم الخاص:

-التقييم التربوي النمائي

-تطوير المنهاج

-إعداد الخطة التربوية الفردية

-تصميم الاستراتيجيات التعليمية

٢. الخدمات الصحية العامة:

-الفحوصات الطبية الروتينية

-العلاج والجراحة

-التنظيم الغذائي

-الخدمات التمريضية

-التثقيف الصحي

٣. العلاج الطبيعي

٤. العلاج الوظيفي

٥. الخدمات النفسية

-التقييم النفسي

-تعديل السلوك

٦. الخدمات الأسرية:

-الزيارات المنزلية

-الإرشاد الأسري

-التدريب

٧. القياس السمعي

٨. العلاج اللغوي

٩. الخدمات الاجتماعية

-دراسة الحالة

-الدفاع عن حقوق الطفل المعاق - (الدعم)

المراجع:

- ١- إبراهيم سالم الصباطي ؛ احمد عبد الرحيم العمرى؛ مجدى محمد احمد الشحات (٢٠١٢٠) . **التدخل المبكر** ، مكتبة الرشد للنشر والتوزيع.
- ٢- جمال الخطيب ؛ منى الحديدي . (١٩٩٨) . **التدخل المبكر " مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة"** ، دار الفكر للنشر.
- ٣-مصطفى نوري القمش ؛ فؤاد عيد الجوالده . (٢٠١٤) . **التدخل المبكر " الأطفال المعرضون للخطر"** ، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ٤- نادية بنت علي بن سعيد العجمي . (٢٠١١) . **التدخل المبكر وبرنامج البورتيج** ، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.