دراسة مقارنة لخدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة

في كل من ألمانيا والبرتغال والسويد وفرنسا وإمكانية الإفادة منها في مصر

إعداد/ د. رانيا عبد المعز الجمال*

مقدمة :

تمثل منظومة خدمات التدخل المبكر حجر الأساس أو البنية التحتية الراسخة لمختلف الخدمات التى قد تتطلبها العناية بذوى الاحتياجات الخاصة على اختلاف مستوى إعاقاتهم، وذلك استناداً على أهمية مثل هذا النوع من الخدمات خلال مرحلة الطفولة المبكرة التى تتسم بالحساسية البالغة لتأثر الأطفال بالحوافز والمثيرات البيئية لاستثارة وتحفيز النمو السوى لصغار الأطفال منذ الميلاد وحتى الثامنة من العمر، وفى تنمية قدراتهم وإذكاء مواهبهم وإبداعهم.

يعد مبدأ تكافؤ الفرص أساس ديمقراطية التعليم، حيث لا تكون هناك مصداقية لديمقراطية التعليم ما لم يحقق المجتمع لكل فرد الفرصة المناسبة التي يسعى من خلالها لتوفير الحياة الكريمة وفق ما يملكه من قدرات، مع توفير الإمكانات اللازمة لتحقيق ذلك. ولما كانت التربية هي مرآة المجتمع التي تعكس توجهاته الاجتماعية والسياسية، كما أنها أداته الأساسية لتشكيل أفراده فينبغي على التربية ألا تميز أو تتحيز لفئة دون الأخرى لأي سبب من الأسباب سواء أكانوا عاديين أم من ذوى الاحتياجات الخاصة، فالتربية الديمقراطية تحتم شمول الأفراد وذوى الاحتياجات الخاصة بالعناية والدعاية التي تمكنهم من الاستمتاع بحياتهم بالتوازي في ذلك مع أقرانهم العاديين بما يقدم لهم من خدمات تعليمية وتأهيلية(١) .

وانطلاقاً من هذه الحقيقة أصبحت قضية التدخل المبكر تطرح نفسها بقوة في الميادين العلاجية والتربوية، فمن الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها في وقت مبكر جداً. فلقد تنامى الاهتمام الدولى بمنظومة خدمات التدخل المبكر نتيجة التوقيع على اتفاقية حقوق الإنسان وحقوق الطفل، وما أثمر عنه هذا التوقيع من تطورات ملموسة فى فلسفة أوجه الرعاية الإنسانية والاجتماعية والصحية لجميع المواطنين بغض النظر عن أعمارهم واحتياجاتهم، وكذلك تأكيد هذه الفلسفات المختلفة على أحقية الجميع فى الحصول على ما يحتاجونه من خدمات.

---

* الأستاذ المساعد بقسم العلوم التربوية بكلية رياض الأطفال – جامعة الفيوم

وإيماناً بحقوق المعوقين في حياة إنسانية كريمة صدرت التشريعات التي أكدت حقهم في التشخيص المبكر والرعاية المتكاملة، ففي التسعينيات صدر الإعلان العالمي حول التربية للجميع عام ١٩٩٠، واتفاقية الأمم المتحدة لحماية الأطفال عام١٩٩٢[٢]، وإعلان برنامج فيينا الصادر عن المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان عام ١٩٩٣ ، بالإضافة إلى قواعد معايير الأمم المتحدة لتكافؤ الفرص لدى أباء الأطفال ذوى الحاجات الخاصة عام ١٩٩٣ والذي أقر ضرورة توفير برامج تدخل مبكر من قبل فريق متعدد التخصصات لاكتشاف القصور والعجز في وقت مبكر[٣] وكذلك الإعلان العالمي حول الاحتياجات التربوية الخاصة سلامنكا١٩٩٤ الذي أقر أهمية برامج التدخل المبكر كتنمية اقتصادية عالية للأفراد والأسر والمجتمع[٤]، وكذلك إعلان ليزبون٢٠٠٧ الذى أكد جعل حاجات المعوقين ومنها خدمات التدخل المبكر على أجندة وأولويات اهتمامات الدول.

إن وضع الأطفال المعوقين على قائمة الأولويات في السياسات الاقتصادية والاجتماعية، ووجود رؤية واضحة ومحددة لتحسين وضعهم في مصر تشارك فيه كل القطاعات أصبح أمراً ملحاً وقد بلغ عدد إجمالي الأطفال المعوقين في مصر وفق إحصائية ١٩٩٦ للجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ٢٠٦٠٥٣٦ ، والذي يتوقع أن يصل إلى ٢٨٩٩١٨٠ معوقاًعام٢٠١٦ تبعاً لدراسة اليونسيف لتقريرات الإعاقة للأطفال في جمهورية مصر العربية. وبناء عليه فالتبكير باكتشاف الأطفال المعوقين والتشخيص المبكر لهم، وتقديم الرعاية الملائمة يؤدى إلى تجنب الكثير من المتاعب المستقبلية التي تواجه المعوق البالغ، والتي تكون غالباً نتيجة لعدم كفاية التدريب والرعاية فى السنوات الأولى من العمر.... وغالباً ما تتحسن حالة كثير من الأطفال الذين يولدون بإعاقات مختلفة إذا ما قدمت لهم الخدمات المناسبة فى طفولتهم المبكرة [٥].

مشكلة الدراسة :

بالرغم من أهمية السنوات الأولى من العمر بالنسبة للنمو المستقبلي أمر أدركه التربويون وعلماء النفس وغيرهم منذ فترة طويلة. إلا أن إيلاء هذه السنوات الاهتمام الذي تستحق على المستوى العلمي جاء متأخراً نسبياً. وإذا كانت الطفولة المبكرة مرحلة حاسمة لنمو الأطفال المعوقين سنوات يصارعون فيها من أجل البقاء، وفترات تدهور في النمو وضياع فرص يتعذر تعويضها في المراحل العمرية اللاحقة، وبدلاً من أن تكون مرحلة الطفولة مرحلة تطور واستكشاف واستمتاع كما هو الحال للأطفال العاديين فإنها غالباً ما تكون مرحلة معاناة وحرمان للأطفال المعوقين. وفى هذا الصدد يشير أول تقرير عالمى حول الإعاقة نهاية عام ٢٠١١، والذى اشترك فى إعداده كل من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولى إلى أن نسبة الإعاقة قد لامست ما يقرب من ١٥% من مجموع التعداد السكانى، حيث أن أكثر

من مليار نسمة يعانون من شكل ما من أشكال العجز، وأن المعوقون هم الأقل حظاً من غيـرهم فيمـا يخص الحالة الصحية والتدخل المبكر والإنجازات التعليمية والفرص الاقتصادية، كما أنهم أكثـر فقـراً مقارنة بغيرهم، وهناك أسباب عدة من أهمها: نقص الخدمات المتاحة لهـم، والعقبـات الكثيـرة التـى يواجهونها فى حياتهم اليومية(٦).

ومن الجدير بالذكر أن نظام التعرف على الأطفال المعوقين فى سن دخول المدرسة نظام عقيم يعتمد على أدوات قياسية قديمة وغالباً ما يفتقر إلى معايير صادقة. وغالباً ما تهمل الاحتياجات التعليمية الخاصة للأطفال المعوقين. وربما يرجع ذلك إلى النقص الشديد فى أجهزة التشخيص والاحتياجات النفسية والتشخيصية، وإهمال المعلمين للطفل داخل الفصل الدراسي، ووجود نقص فى الأخصائيين النفسيين فى المراحل الأولى من التعليم. كما أن البرامج التعليمية المقدمة فى دور الحضانة أو المدارس والجمعيات فئوية يغلب عليها جميعاً تقديم خدمات تدخل مبكر لفئة واحدة من فئات الإعاقة(٧) .

وفى مصر تقوم العديد من المنظمات غير الحكومية بنشر برامج التدخل المبكر لدمج بعض فئات ذوى الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين فى النمو وكذلك توعية الأسر، كما تم تدريب الكوادر للعمل فى المجال بالتعاون مع المجلس القومى للطفولة والأمومة وبعض الجامعات المصرية، إلا أن تلك الجهود كانت ولا تزال امامها العديد من العقبات التى تواجه مجال التدخل المبكر ورعاية هؤلاء الأطفال لعل من أهمها: الخدمات التى تقدم لتلك الفئات لا تتعدى نسبة تتراوح بين(١-٢%)، يستثنى منها الأطفال ذوو (الإعاقات الحادة)، و(ذوو الإعاقات المتعددة)، و(الأطفال الذاتيون) أصغر من ٤ سنوات وأكبر من ١٢ سنة، علاوة على قلة الخبراء المدربين للتعامل مع الاطفال ذوى الاحتياجات الخاصة(٨).

كما يمثل دمج التخصصات العلمية لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال والرضع وأطفال ما قبل المدرسة ذوى الإعاقات وأسرهم تحدياً كبيراً وذلك لعدة أسباب منها: أن أخصائين التدخل المبكر ليسوا أعضاءاً منتظمين فى فرق التدخل المبكر، وهم يقدمون خدماتهم خارج الفصل فى عياداتهم الخاصة، والوقت المتاح لهم لتقديم الخدمة محدودة فى العادة، وأداورهم المتعلقة بالعمل مع الأسرة والمدرسة وتسهيل التنسيق بينها غير واضح. ويحتاج علاج هذه التحديات أعباء مالية إضافية قد تكون مقيدة بالميزانيات المحدودة (٩).

وفى ضوء ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة فى السؤال الرئيسي التالي :

كيف يمكن الإفادة من خبرات كل من ألمانيا والبرتغال والسويد وفرنسا فى تطوير خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة فى مصر وبما يتناسب مع أوضاعها وظروفها الثقافية؟

ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية :

[١] ما أهداف التدخل المبكر، وما تشكيل فريق العمل الخاص به، وما أنماطه، وما دواعى الاهتمام العالمى به ؟

[٢] ما واقع خبرات كل من ألمانيا والبرتغال والسويد وفرنسا فى مجال التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة ؟

[٣] ما الواقع الراهن لخدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة فى مصر ؟

[٤] ما التصور المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة فى مصر على ضوء خبرات دول المقارنة وبما يساير ظروف المجتمع المصري وأوضاعه الثقافية؟

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي :

- تتوافق الدراسة مع الاهتمامات الدولية والعالمية بمجال التدخل المبكر وترسيخاً لحقوق الطفل التي أقرتها المواثيق الدولية .
- تعالج الدراسة موضوع التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة من منظور عالمي مقارن وهو موضوع تفتقده الكثير من الدراسات والبحوث النظرية التطبيقية .
- تتضمن الدراسة بالإضافة إلى الإطار النظرى خبرات متعددة للتدخل المبكر فى ألمانيا والبرتغال والسويد وفرنسا، كما تطرح الدراسة فى نهايتها تصوراً مقترحاً وإجراءات مقترحة يمكن الإفادة منها هذا المجال بمصر.

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :

[١] التعرف على أهداف التدخل المبكر، وتشكيل فريق العمل الخاص به، وأنماطه، ودواعى الاهتمام العالمى به.

[٢] التعرف على خبرات كل من ألمانيا والبرتغال والسويد وفرنسا فى مجال التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة.

[٣] التعرف على التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة فى مصر.

[٤] وضع تصور مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة فى مصر على ضوء خبرات دول المقارنة، وبما يتناسب وظروف المجتمع المصري .

حدود الدراسة : تتمثل حدود الدراسة فى الآتى :

أ- دول المقارنة : ألمانيا والبرتغال والسويد وفرنسا تم اختيارها للآتى :

- **ألمانيا:** تتنوع بها خدمات وإستراتيجيات التدخل المبكر بمرحلة الطفولة المبكرة للأطفال المعوقين بها، ونجاح خططها وبرامجها .
- **البرتغال:** تنوع أعداد المؤسسات والمشاريع الدولية بها فى مجال التدخل المبكر، علاوة على تنوع برامجها .
- **السويد:** تنوع خدمات التدخل المبكر مع تركيزها على المدخل الوقائي، والتمركز حول الأسرة فى سياق بيئة قريبة .
- **فرنسا:** تنوع برامج وخدمات التدخل مع نجاح فى توفير أليات تكيف مبكرة من خلال الإلتحاق المبكر بالروضة (سنتان ونصف) .

ب- محاور الدراسة: تقتصر الدراسة على مرحلة الطفولة المبكرة وفى سياق ذلك تتضمن الدراسة المحاور التالية: أهداف التدخل المبكر، وتشكيل فريق عمل التدخل المبكر، وأنماط التدخل المبكر، والقوى والعوامل الثقافية المؤثرة.

منهج الدراسة وخطواتها:

تستخدم الدراسة المنهج المقارن الذي يهتم بوصف وتحليل المعلومات والبيانات المتاحة في ضوء فهم القوي والعوامل الثقافية المؤثرة فيها، وذلك من أجل الوقوف علي أوجه التشابه والاختلاف بين خبرات كل من ألمانيا البرتغال والسويد وفرنسا فى مجال خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة ، في محاولة لتطوير هذه الخدمات على ضوء نتائج الدراسة المقارنة، وبما يتوافق وأوضاع وظروف المجتمع المصرى[١٠].

وفى ضوء المنهجية السابقة تتمثل خطوات الدراسة فى الآتى :

أولاً: الإطار العام للدراسة ويتضمن تحليل مشكلة الدراسة، والأهداف، والمنهجية، وتحديد المصطلحات، والدراسات السابقة والتعليق عليها.

دراسة (نجده إبراهيم على سليمان ٢٠٠٢)[١٧] : هدفت إلى تسليط الضوء على مجموعة من المفاهيم والموضوعات، وتحليل القضايا والإشكاليات المختلفة بعمل الفريق فى التدخل المبكر، ونماذج تقديم الخدمات العلاجية والتربوية المندمجة للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة واستراتيجيتها وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك مشاكل عديدة تعترض تطبيق مدخل الفريق فى التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة من أهمها : نقص وسائل الفحص، وافتقار التعاون والتنسيق بين الأعضاء ومشكلات نقص التمويل، وإهمال برامج التدريب لأعضاء الفريق إلى جانب النقص فى التخصصات المطلوبة . وقدمت الدراسة مقترحات تتعلق بتحديد أدوار أعضاء فرق التدخل المبكر، وتوصيات خاصة بالتحول نحو العمل فى فريق ، وتوصيات خاصة بإعداد العاملين .

دراسة كنت برورسون Kent Brorson(2008)[١٨] :هدفت الدراسة فحص الخدمات المبنية على المنزل فى التدخل المبكر، وفحص برنامج التدخل المبكر والذى يستخدم بصفة مبدئية مدخل تداخل التخصصات مع خدمات المنزل، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفى، وقامت بعمل مقابلات انثوجرافية، كما اعتمدت على ملاحظات المشاركين فى زيارات المنزل، ومراجعة هيكل البرنامج. وأظهرت النتائج أن فعالية الخدمات تتوقف على المهنين الذين يبنون ثقافة ملائمة نحو زيارات المنزل كآلية من آليات التدخل المبكر، كما أظهرت النتائج بعض الصعوبات فى تعريف وتنفيذ الخدمة المرتكزة على الأسرة والذى تأخذ فى اعتبارها الاختلافات الفردية بين مختلف المهنين.

دراسة الكسندر ديموفا Aleksandra Dimova (٢٠٠٩) [١٩]: هدف هذا التقرير إلى تحسين جودة التدريب المهنى لطاقم العمل بمجال التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة، وبخاصة أولئك الأطفال فى الأسر المحرومة والمعرضة للخطر، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفى التحليلى فى تناولها لما يلى: قضايا التدريب المهنى، واقع التدريب المهنى لطاقم عمل التدخل المبكربالدول الأعضاء فى الاتحاد الأوروبى، والتحديات التى تواجه التدريب المهنى، ومتطلبات الإعداد المهنى. وأسفرت الدراسة عن أن هيكل ومحتوى أنشطة طاقم العمل بمجال التدخل المبكر يحتاج إلى بعض التغيرات من أجل مواكبة العولمة والجودة وآليات السوق الحديثة . واختتم التقرير بتقديم العديد من التوصيات أهمها: ضرورة تطوير مداخل واستراتيجيات العمل بمجال التدخل المبكر، وتطوير المهارات والكفاءات الشخصية للمهنين، ومعايير العمل فى فريق.

دراسة أمانى عبد القادر شعبان (٢٠٠٩) [20]: هدفت التعرف على واقع تعليم الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى مصر ومقارنته بالنظام المتبع لتعليم الأطفال ذوى الاحتياجات ذوى الاحتياجات الخاصة فى الولايات المتحدة الأمريكية واستخلاص أهم جوانب الأستفادة من خبرة الولايات المتحدة لتطوير تعليم ورعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى مصر. وقد استخدمت

الدراسة لذلك المنهج الوصفى التحليلي وقد انتهت الدراسة الى وضع مجموعة من المقترحات الخاصة بتطوير تعليم الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة منها: العمل على تجريب طرق تدخل مبكر للتوصل الى الطفل المعوق فى أسرته فى وقت مبكر وأن تقدم له الخدمات اللازمة منذ سن ما قبل المدرسة حتى لا يتأخر عن ركب التعليم._وتوظيف الكمبيوتر واستخدام التكنولوجيا الحديث المناسبة فى تعليم المعوقين وتدريب المعلمين على طرق التعامل معها.

دراسة كايجا بوفرا وآخرون (Kaija Puvra et al. , 2010) [٢١]: هدفت الدراسة إلى وصف آلية مبتكرة عبر ثقافية Cultural – Cross للعمل مع الأسر من أجل تحسين الحالة النفسية للطفل، ومنع تطور المشاكل الاجتماعية والنفسية لديه منذ الطفولة المبكرة، وقد صممت الدراسة لتقويم فعالية الخدمات المقترحة . وقد تم لهذا الغرض تدريب أخصائيين عاملين بمجال العناية الصحية الأولية فى ٥ دول أوروبية لتنظيم لقاءات ومقابلات مع الأمهات لمدة شهر قبل وبعد الولادة . كما تم تدريب كيفية التعامل مع هذه الأمهات التي تحتاج إلى دعم من خلال نموذج نصح متخصص . واختتمت الدراسة بضرورة أهمية تدريب العاملين فى هذا المجال من أجل الاكتشاف المبكر وتحسين الصحة التعليمية والنفسية للطفل مبكراً .

تقرير جراسا بريا Graça BREIA (٢٠١١) [٢٢] : يهدف إلى تعرف واقع التدخل المبكر للأطفال للأطفال المعوقين بالبرتغال، وقد قسم هذا التقرير إلى جزئين: الجزء الأول: تناول خدمات ومراكز التدخل المبكر للأطفال المعوقين فى قطاعات الصحة، والمجتمع، والتعليم، والمنظمات غير الحكومية. أما الجزء الثانى فعرض لبعض القضايا المرتبطة بالتدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة مثل : الإتاحة، ومدى قرب أماكن التدخل المبكر من أسر الأطفال، وفريق العمل وتشكيله، والاختلاف والتنوع والتنسيق بين القطاعات المختلفة. وقد اختتم التقرير ببعض المقترحات أهمها: التوسع فى تطوير التنمية المهنية لفرق عمل التدخل المبكر، وضرورة وجود منسق ليقوم بالتنسيق بين مختلف قطاعات الخدمات المقدمة، وتقويم الخدمات للوقوف على مدى وفائها بتلبية حاجات الاطفال وأسرهم.

دراسة عادل عبد الله الذروة وآخرون(٢٠١١) [٢٣]: تهدف إلى تعرف الاحتياجات التدريبية أثناء الخدمة في ضوء معايير الجودة الشاملة لمعلمى التربية الخاصة، تكونت عينة الدراسة من ٣٢٧ معلماً ومعلمة من معلمات التربية الخاصة الملحقة فى مدارس ذوى الاحتياجات الخاصة فى القطاعين الحكومى والخاص، وأعد الباحث استبيان تألف من ٧ محاور أساسية مثلت محاور الجودة الشاملة: الطلاب المستفيد الأول من العملية التعليمية، والتحسين المستمر، والمشاركة الجماعية، والنح التعاونى، والتقييم الذاتى، والتركيز على العمليات والنتائج، والتدريب، والتطوير. وأظهرت نتائج

١٩٩٥ تقديم إعانة خدمات المساعدات المبكرة للأطفال المعوقين **وفى فنلندا** صدرت عدة قوانين لرعاية المعوقين مثل قانون الصحة العامة ومرسوم إعادة التكيف الطبي، وقانون عن الرعاية اليومية للأطفال، علاوة على قانون أقر خدمات المساعدة والتدخل المبكر للأشخاص المعوقين. وفى **أيسلندا** تركز الاهتمام بالتدخل والكشف المبكر للمعوقين من خلال قانون ١٩٩٤/٧٨ المتعلق بالحضانات ومراكز تعليم ما قبل المدرسة .

مما سبق يتضح أن هناك اتفاقاً واضحاً بين العديد من دول العالم سواء من خلال الإعلانات والاتفاقات العالمية من قبل المنظمات الدولية أم أكان من خلال تشريعات الدول المختلفة على حاجة هذه الفئة من الأطفال للرعاية المبكرة والتدخل المبكر بكافة صوره، إذ من الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها فى وقت مبكر جداً

ثالثاً: خبـــرات ألمانيا والبرتغال والسويد وفرنسا في التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة

تتناول الدراسة الحالية عرض لخبرات ألمانيا والبرتغال والسويد وفرنسا في التـــدخل المبكـــر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة من حيث: **الأهداف**، وتشكيل فريق العمل، وأنماط التـــدخل المبكر، والقوى والعوامل المؤثرة .

١- خبـــــرة ألمانيـــــــا:

تقع ألمانيا في وسط أوروبا يحدها من الشمال: بحر الشمال، والدنمارك وبحر البلطيق، ومن الجنوب: النمسا وسويسرا، ومن الشرق: بولندا والتشيك، ومن الغرب: فرنسا ولوكسمبورج وبلجيكا وهولندا. وتعد برلين أكبر مدنها وهي العاصمة ومقر السلطة فيها. والنظام السياسي اتحادي فيدرالي، ويتخذ شكلاً جمهورياً برلمانياً ديموقراطياً [47].

[أ] أهـــداف التدخـــل المبكـــــر:

تولى ألمانيا اهتماماً كبيراً بالمعوقين وبقضايا التدخل المبكر لهم، إذ توجد بألمانيا أكثر من ١٠٠٠مؤسسة تقدم تدخل مبكر للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من المعوقين. تدار هذه المراكز من قبل المنظمات الحكومية التطوعية مثل كاريتاس Caritas، وديـاكونى Diakonie، ولينبشيلف lebenshilf وغيرها. ويتنوع نظام التدخل المبكر من مقاطعة فيدرالية إلى أخرى حيث أن لكل منها هياكل مختلفة للعمل، ونظم تمويل وتيسيرات متباينة[48]. إلا أن نظام مراكز التدخل المكبر المتداخلة التخصصات Inter-disciplinary التي تعتمدها ألمانيا تستند جميعها في رعايتها لهذه الفئة من الأطفال على مجموعة من الأهداف يمكن حصرها فيما يلي[49] :

- تحقيق أقصى قدر ممكن من النمو للطفل .

- تطوير مهارات وكفاءات الطفل .
- استبعاد أية مشكلات ترتبط بالإعاقة وحصرها في أضيق نطاق .
- التوسع في دمج الطفل في بيئته .
- دعم الأسر ومساندتها في رعاية أطفالها.
- تحسين الدمج الاجتماعي للطفل والأسرة .

وجدير بالذكر أن بعض النصوص التشريعية قد وجهت اهتماماً بالتدخل المبكر ورعايته المعوقين بألمانيا نذكر منها على سبيل المثال(50) :

- القانون الفيدرالي للأمن الاجتماعي الذي حدد عمر الاستيعاب بالمدرسة مادتي ٣٩ ، ٤٠.
- قانون (lo45) الصادر في ٢٦ يونيو ١٩٩٠ من أجل إقامة حياة جيدة للأطفال والشباب والذي طالب المقاطعات بتحديد الخطوط العامة للمعوقون والتي تتعلق على سبيل المثال بمراكز ما قبل المدرسة من خلال التشريع الخاص بها
- قانون (KJHG) مادة 35a ومادة ٢٧ تتعلق بالمساعدة الإضافية الضرورية للتعليم.
- قانون ٢٠٠٥: تطبيق برامج التعلم المبكرللوقاية المبكرة للاطفال من المخاطر.
- القانون البافارى ٢٠٠٥ على رياض الأطفال الدمجية.
- القانون الفيدرالى ٢٠٠٨ الذى افتتح أعداداً من مدارس رياض الأطفال منذ الميلادحتى٣ سنوات.

وبصفة عامة فإن هذه الأهداف تعبر عن درجة الاهتمام على المستوى القومي والمحلى الذي توليه المقاطعات المختلفة بألمانيا لتحقيق النمو الشامل للأطفال المعوقين بمراكز التدخل المبكر من خلال توفير وتطوير برامج الرعاية التى تتواكب مع متغيرات المجتمع كما تركز الأهداف على دعم نماذج التفاعل الأسرة / الطفل ، إذ أن الأسرة هي التي توجه خبرات الطفل .

[ب] فريق عمـــل التدخـــــل المبكـــــر :

يعد فريق التدخل المكبر بألمانيا متعدد التخصصات ، يدمج مهنيون مختلفون ذات كفاءات ومهارات متنوعة ومتعددة ويتشكل هذا الفريق من الأعضاء التاليين (من الأقل عدداً إلى الأكثر عدداً) وفق الترتيب التالي(51): أطباء – اخصائي علاج مهني – اخصائي تخاطب – اخصائي علم النفس – معلمون فئات خاصة – اخصائي علاج نفسي – أخصائيون اجتماعيون – طاقم عاملون بالتربية الخاصة – طاقم تعليمي. وبناء عليه يلاحظ أن أعلى نسبة تضامن وعدداً للمهنيين في الفريق هي نسبة الطاقم التعليمي التربوي، أي أن اخصائي التعليم ممثلون بعدد كبير بين أعضاء الفريق بالإضافة إلى أن قيادة هذا الفريق تكون تحت مسئولية أخصائي تعليمي/ تربوي أو أخصائي علم نفس.

وجدير بالذكر أن طاقم العمل الواحد (الفريق) يظل يعمل بمركز التدخل المبكر لمدة يمكن أن تصل ٥ – ٧ سنوات، وهى ميزة هامة جداً تكفل تطوير مهارات وكفاءات الفريق الواحد هذا من جهة، وتضمن استمرارية العاملين به داخل الفريق دون الانتقال لمكان عمل آخر من جهة أخرى، الأمر الذى يسهم فى تراكم وتبادل الخبرات فيما بينهم، ويتعاون أعضاء الفريق معاً في إطار من التنسيق والتنظيم للوفاء بحاجات الأطفال المعوقين وأسرهم[52]

وفيما يتعلق بتأهيل الاخصائين المهنيين في فريق التدخل المبكر بألمانيا نجد الآتي [53]:

بعض برامج التدخل المبكر للطفولة المبكرة متضمنة فى الإعداد الأولى الموجه إلى معلمي الفئات الخاصة، والمعلمين التربويين. وتقدم جامعة Munich بألمانيا فرص الحصول على درجة الماجستير فى مجال التدخل المبكر لمختلف الاخصائين للمهنيين من خلال كورس ٤ فصول دراسية يرتكز على نموذج أيكولوجى وعلى مدخل تعدد التخصصات. علاوة على ذلك يقدم بألمانيا عديد من التدريبات أثناء الخدمة بمجال التدخل المبكر بالطفولة المبكرة على صيغة كورسات تدريبية متخصصة تنظم من قبل جامعات عديدة مثل جامعة مينش Munich حيث يستغرق البرنامج التدريبي فيها ١٨ شهراً.

وعلى المستوى الدولي تشارك ألمانيا في تدريب تعاوني عبر مؤسسات الأطلنطي في مجال التدخل المبكر، وهو يجمع حوالي ٥ جامعات في أوربا وثلاث جامعات من الولايات المتحدة الأمريكية، يحصل فيها الطلاب على درجة الماجستير والدكتوراه في هذا المجال، وهو يرتكز على المراحل النظامية والأيكولوجية في التدريب. ويتم سنوياً انعقاد اجتماع موسع ألماني أو بافارى فى مجال التدخل المبكر بمرحلة الطفولة المبكرة يستهدف تبادل الخبرات المعاصرة فى هذا المجال. كما تصدر جريدة عن كل القضايا بالتدخل المبكر لتزويد جميع المهنيين والعاملين في المجال بآراء حديثة، ووجهات نظر مختلفة، وتعد أداة للمساعدة على التنمية المهنية المستدامة لهم.

[ج] أنمـــــاط التدخـــــل المبكـــــــر :

يوجد بصفة عامة في ألمانيا مؤسسات ومراكز عديدة للتدخل المبكر للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وقد صدر عام ٢٠٠٧ قرار إنشاء "مركز قومى للتدخل المبكر بهدف إلى الاكتشاف المبكر للأطفال المعرضين للإعاقات والخطر، ومساعدة الأسر ودعمهم بإقامة شبكة بين المؤسسات الطبية المختلفة، والتربوية، والاجتماعية فى السنوات الأولى، وكذلك تشجيع البحث فى مجال التدخل المبكر. ويتنوع نظام التدخل المبكر من مقاطعة فيدرالية إلي أخرى، ولكن بصفة إجمالية النظام System ككل يشتمل على ما يلي[54] :

مراكز متداخلة التخصصات Inter-disciplinary # حضانات خاصة Creches Prives

مركز طبية اجتماعية Socio – Peadiaric # مراكز تربوية Heil - pedagogice

وتوجد مراكز نصح واستشارة للأسر والجهاز التعليمي ترعى– على تعدد مسمياتها ووظائفها – الأطفال منذ الميلاد وحتى ٦ أو ٧ سنوات، وتتقلد مسئولية هذه المراكز جهات عديدة مثل: وزارة الدولة للشئون الاجتماعية، الأسر والأمومة، السلطات المحلية، وزراة الدولة للتعليم والثقافة، منظمات غير حكومية تطوعية مثل كاريتاس، وياكونى وغيرها، هيئات التأمين الصحي. وتجدر الإشارة إلى أن خدمات التدخل المبكر تقدم جميعها بالمجان بدون مقابل، ومتاحة لكل الأشخاص المعنيين، حيث تتلقى مراكز التدخل دعم وتمويل أسبوعي، سواء لفرق العمل المتداخلة التخصصات، آو لمتطلبات دورات الإعداد، أو للتعاون مع شركاء من خارج المركز، وغيرها، ويقدم هذا التمويل من قبل أجهزة عديدة مثل: السلطات البلدية، التأمين الصحي، الوزارة البافارية للتعليم، والوزارة البافارية للشئون الاجتماعية[55] .

وفى ألمانيا يبنى المتخصصون علاجهم على توليفة من المبادئ والمؤشرات التى أثبت نجاحها فى مجال التدخل المبكر وهى[56] :

مدخل كلى شامل Holistic Approach # توجيه الأسرة Family orientation

شبكات عمل متعاونة Networks # دمج اجتماعي Social Inclusion

فرق عمل متداخلة التخصصات interdisciplinary teamwork

تدخل مبكر إقليمي ومتجول لمرحلة الطفولة المبكرة Regional and Mobile ECI

ومن بين المقاطعات الفيدرالية الأخرى، كانت بافاريا أولى المقاطعات التي أنشأت ما يدعى Arbeitsstelle وهو عبارة عن هيكل يشتمل على قسم تربوي وطبي، وطاقم عمل متعدد التخصصات يتضمن أعضاء من مهن مختلفة يعملون معاً في إطارمن التنسيق والتعاون الوثيق، فالهدف العام لهذا الهيكل هو:توسيع المعارف والمعلومات عن التدخل المبكر، والمساعدة في تطويرالعمل التطبيقي بالتنفيذ على أرض الواقع، وتحسين تبادل الخبرات والمناقشات بين مراكز التدخل المبكر المختلفة، وتحسين جودة العمل ودرجة تداخل التخصصات[٥٧]. وعلاوة على هذا يعمل هيكل Arbeitstelle على تقديم قطاع عريض من التدريبات أثناء الخدمة لجميع المهنيين الأخصائيين العاملين بمجال التدخل المبكر، وكذلك يقدم خدمات استشارة فردية لمراكز التدخل المبكر البافارى.

وفى كل المقاطعات الألمانية، تقدم خدمات التدخل المبكر لمراكز ما قبل المدرسة حتى عمر ٣ سنوات وفي غالبية المقاطعات تتبع هذه الخدمات وزارة الشئون الاجتماعية، ولكن فى بعض المقاطعات الأخرى يكفل التدخل المبكر للأطفال الصم، وضعيفي السمع والمكفوفين وضعاف البصر

من قبل هيكل تعليم خاص. وفى بعض المقاطعات يأتي التدخل المبكر من قبل مراكز أطفال Centres peadiatriques (موجهة نحو الصم)، ولكن فى الغالب الأعم نظم المساعدة والدعم من قبل مراكز متخصصة Centre specialise في التدخل المبكر، ٥ % دعم من المراكز، ٥٠ % دعم من المنزل(٥٨). ومن ثم فألمانيا تنتمي إلى مجموعة الدول التي تتبع استراتيجية متخصصة في التدخل المبكر يطلق عليها Type specialise حيث أن مراكز الخدمات لديها متخصصة بصفة عالية فى التدخل المبكر، وهى تتبع بصفة رئيسية خدمات اجتماعية وخدمات صحية .

ومن أهم الأهداف الأساسية لمراكز التدخل المبكر بجميع مقاطعات ألمانيا هى :

- تشخيص مبكر للمخاطبة والمشاكل النمائية .
- تشخيص متطور، وعلاج وتدخل موجه بصفة خاصة نحو حاجات الطفل .
- مساعدة موجهة للطفل – الأب من قبل خدمات المعلومات، والملاحظات، ووضع أهداف إرشاد أبوي (مرشد والدي) لمدى التقدم فى نمو الطفل واحتياجاته .
- دعم وتوجيه الأب والأسرة نحو المساعدات المتاحة، وتقديم نصح بالمجال النفسي .
- دمج للأطفال وأسرهم عبر شبكة دعم داخل بيئتهم، من خلال إقامة شراكة مع الحضانات، عمل علاقات عمل رسمية .

من خلال ما سبق يتضح مدى الاهتمام ببرامج وخدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة في ألمانيا مما يضفى على البنية المؤسسية تواجد هيكل جيد ذات خبرة قديمة وشبكة متضامنة وقوية لمراكز التدخل المبكر (وبخاصة في مقاطعة بافاريا) على مسوي من التنسيق والتكامل من ناحية، وشراكة وتضامن فعال من قبل الآباء لمتابعة عمل التدخل المبكر للأطفال مع فريق العمل المتداخل التخصصات من ناحية أخرى ، مع مراعاة استخدام أساليب التكنولوجيا الحديثة في تعليم الأطفال، بالإضافة إلى عدم وجود عوائق بالنسبة للأسر للحصول على دعم. لكن ما زالت بعض التحديات التى تواجه استراتيجية العمل بمجال التدخل المبكر بألمانيا مثل الانتقال من مراكز التدخل المبكر إلى المدرسة ينبغى أن ينظم بصفة أكبر، وتوفير مصادر عديدة للتمويل والخدمات، وللحفاظ على تداخل التخصصات يحتاج فريق العمل إلى مهنيين أطباء بصفة أكبر في تشكيل الفرق.

نموذج لتنظيم الخدمات بمراكز التدخل المبكر في ألمانيا(٥٩):

طفل مولود لدية إعاقة شلل دماغي ينتمي إلى أسرة ذات مستوى اقتصادي- اجتماعي متوسط، يعيش فى منطقة حضرية. في البداية ينتفع آباء هذا الطفل بإعانات أسرية، وجميع وسائل الدعم والمساندة المقدمة تكون مجانية، فعلى سبيل المثال: تتكفل شركة تأمين طبي بالعلاج النفس –

طبي للطفل، وفى بعض المقاطعات تتم إعادة التأهيل من قبل معلمي فئات خاصة، وستكون على نفقة الخدمات الاجتماعية المحلية، وسيغطى المركز المسئول عن التدخل كل النفقات الأخرى (غالبا تكون منظمة وتدار من قبل الكنيسة البروتستانتية). وفيما يتعلق بتنظيم التدخل المبكر ، تتعهد المستشفى بالطفل منذ الولادة من أجل تقديم العلاج الطبي والعناية الملائمة له.عندما يبلغ الطفل ٨ شهور سيضطلع بالطفل وأسرته خدمة محلية للتدخل المبكر. وبالنسبة لدعم الطفل والأسرة، سيتابع هذا الطفل خدمة نفسية وعلاجية مرة بالأسبوع في المنزل، كما يتابع الطفل علاج إعادة تكيف للتغذية، وعمليات لمتابعة النمو الاجتماعي والانفعالي مرتان في الشهر، وكذلك يتابع الطفل جلسة تدعى مداواة بالعلاج aquatherapie مرة في الأسبوع – كل هذا يتكفل به مركز تدخل مبكر. وعلى الجانب الآخر، يتلقى الأباء دعم ومساندة خلال ٦ شهور تقدم من قبل أخصائى اجتماعي مؤهل بهذا المجال، ويظل هذا المتخصص بالمنزل ٥ ساعات يومياً لدى الطفل لمساعدة الأباء على تقلد الأعباء العملية الجديدة وتوجيههم. ويتعاون فريق عمل التدخل المبكر بالمركز الذي يتشكل من: أخصائي نفسى علاجي، معلم فئات خاصة، أخصائي نفسي، أخصائي تربوي – بمراجعة برنامج التدخل للطفل كل ٤ شهو وتوقع المساعدات التقنية التى سوف يحتاجها الطفل لاحقاً .

[د] القـــوى والعوامـــــل المؤثـــــرة :

تتشارك ألمانيا الحدود مع كثير من البلدان الأوروبية أكثر من أي دولة اوربية أخرى، وجيران ألمانيا هم الدنمارك من الشمال، بولندا وتشيكيا عند الحدود الشرقية، النمسا وسويسرا عند الحدود الجنوبية، فرنسا ولوكسمبورج عند الحدود الجنوبية الغربية وبلجيكا وهولندا عند الحدود الشمالية الغربية. وتقع ألمانيا في معظمها بين خطي عرض ٤٧ درجة و ٥٥ درجة شمالا وخطي الطول ٥ درجات و ١٦ درجة شرقا، وهي سابع أكبر دولة من ناحية المساحة في أوروبا، والثالثة والستين على مستوى العالم. وقد أدى موقعها إلى أن تتميز معظم أنحاء ألمانيا بمناخ تتمتع معتدل حيث تسود رياح غربية رطبة. يتلطف هذا المناخ بتيارات المحيط الأطلسي الذي هو الامتداد الشمالي للتيار الخليج. هذه الأكثر دفئا تؤثر على المناطق التي تحد بحر الشمال بما فيها شبه جزيرة يوتلاند والمنطقة المحاية لنهر جاين الذي يصب في بحر الشمال. لهذا يكون المناخ في الشمال الغربي والشمال محيطي. وتتساقط الأمطار على مدار السنة وتكون غزيرة خلال الصيف. وبالنسبة للتنوع الجغرافي للنباتات تنقسم ألمانيا ما بين الأقاليم الأوروبية الأطلسية والأقاليم الأوروبية الوسطى الملتفة حول المملكة البوريالية، لذا فمعظم أنحاء ألمانيا تغطيها الأراضي الصالحة للزراعة (٣٣%)، والأراضي الغابية المشجرة (٣١%)، بينما لا تشكل المراعي الدائمة سوى ١٥%(٦٠).

وتعد ألمانيا جزءاً من أوروبا، ودولة عضواً في الاتحاد الأوروبي، لها نظام برلماني ديمقراطي والرئيس الفيدرالي هو قائد الدولة ويتمتع بصلاحيات وسلطات تمثيلية أولية، ويتم انتخابه بواسطة المؤتمر الفيدرالي(مؤسسة تشمل أعضاء البرلمان-البوندستاج، وعدد مماثل من مجلس الولايات- البوندسرات، وعدد من المواطنين المشهور لهم بالاحترام والتقدير) لمدة خمس سنوات، وتتمثل السمة الرئيسية للدولة الاتحادية في أن كلا من الاتحاد الفيدرالي ودوائره الانتخابية المعروفة باسم اللاندر Lander (16إقليماً اتحادياً يتمتع كل منها بسيادته وحكومته المحلية الخاصة) لها مكانة مثل مكانة الدولة، وتعد مسئوليتها كاملة عن التربية بالعلوم والثقافة[٦١].

ولقد أصبح الدستور الألماني رمزا للنجاح ومثالا يحتذى حيث جاء بالسلام والاستقرار بعد الحرب العالمية الثانية، رغم أن ذلك كان حتى عام ١٩٩٠ حكرا على الألمان الذين يعيشون في الشطر الغربي من البلد المنقسم، حيث أكد على أهمية الحقوق الأساسية للإنسان والتمسك بالمبادئ الديمقراطية والاجتماعية للدولة الاتحادية، إضافة لتأسيس سلطة قضائية عليا تسهر على مراقبة تنفيذ الدستور والالتزام بمبادئه، كلها شكلت نقطة ارتكاز الديمقراطية الألمانية[٦٢].

ويعد العامل التاريخى من أكثر العوامل ذات العلاقة، حيث يفسر هذا العامل بوضوح السبب المباشر لتنفيذ تغييرات وتطورات فى قطاع التربية الخاصة، واهتمام الحكومة باليات التدخل المبكر للأطفال المعوقين. فبعد الحرب العالمية الثانية مباشرة كانت التربية الخاصة في ألمانيا في حالة فوضى لعدة سنوات منها زيادة معدل المواليد مما تطلب زيادة في الخدمات التربوية ووفاة الكثير من معلمي التربية الخاصة في الحرب من خلال الإجراءات النازية إلى جانب تهدم المباني المدرسية بالقنابل، وإهمال المواد التربوية بالإضافة إلى عدم وجود الموارد المالية اللازمة. وطبقاً لاستقلالية الولاية من الناحية التعليمية والثقافية، وجدت اختلافات فى السياسات والمسئوليات والإدارات المسئولة عن وضع المواصفات القياسية لمناهج الدراسة الأساسية، وتم وضع برنامج علاجى للأطفال المعوقين، وتقديم خدمات التدخل المبكر لهم، ودعم الأطفال المعوقين بمناهج خاصة لتنمية المهارات العقلية والحركية والنفسية تحت إشراف التربية الخاصة[63] .

وفيما يتعلق بالبعد الاقتصادى ألمانيا لديها أكبر اقتصاد محلي في أوروبا وتحتل المركز الرابع بعد كل من الولايات المتحدة والصين واليابان وساعد على ذلك العديد من العوامل أهمها الأسلوب والسمعة التي اكتسبها الألمان من حيث قدرتهم الكبيرة على اتقان العمل. وبعد توحيد ألمانيا الشرقية وألمانيا الغربية بقي مستوى الدخل في ألمانيا الغربية أعلى من ألمانيا الشرقية. ولا زالت الجهود مستمرة لرفع مستوى الاقتصاد في ألمانيا الشرقية ضمن برنامج طويل الأمد ينتهي عام ٢٠١٩. علاوة على ذلك تعتبر ألمانيا أيضا أكبر وأهم سوق في دول الاتحاد الأوروبي (EU). ويتركز الاقتصاد

الألماني على المنتجات الصناعية والخدمات. وتتمتع منتجات قطاعات بناء الآلات والسيارات والمنتجات الكيميائية الألمانية بسمعة عالمية متميزة. هذا وتساهم الصادرات من السلع والخدمات في تحقيق أكثر من ربع الدخل الألماني، كما يعتمد أكثر من خمس فرص العمل على الصادرات بشكل مباشر أو غير مباشر. حيث تحولت ألمانيا من نظام الاقتصاد الموجه إلى النظام الاقتصادي القائم على حرية السوق والتكافل الاجتماعي، ولذا فهي دولة يقوم اقتصاد السوق فيها على حرية الاستهلاك وحرية الاستثمار، فهي دولة عالية الأجور وتبعا لذلك ينعم سكانها بمستوى معيشي مرتفع (٦٤).

ولها موقع مميز في العلاقات الأوروبية وتحافظ على شراكات متينة على المستوى العالمي، وألمانيا تعتبر الرائد الثاني في علوم الطب والهندسة والتكنولوجيا والتقنيات الحديثة، وهي عضو في الأمم المتحدة والناتو ومجموعة الثماني ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية وتعتبر قوة اقتصادية كبرى حيث أنها أكبر مصدر للسلع وثاني أكبر مستورد لها في العالم . وهي دولة اقتصاد السوق الاجتماعي، وهذا يعني أن الدولة تضمن شروط وآليات اقتصاد السوق، إلا أنها تعمل في ذات الوقت على ضمان التكافؤ الاجتماعي. وقد فتح قانون تسريع النمو الاقتصادي الصادر في أواخر العام ٢٠٠٩ الطريق أمام المزيد من التسهيلات والإعفاءات الضريبية وحرك بالتالي الطلب الداخلي في الأسواق(٦٥).

وبصفة إجمالية يمكن القول أن الاقتصاد القومي المزدهر لألمانيا انعكس على تدعيم برامج التعليمية وخدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين، ومكن المقاطعات من تقديم دعم مالي كافي للمدارس والوضات الحكومية، ومع نمو حركة التدخل المبكر زاد عدد وجودة الخدمات الدعمية والمساعدة للمعوقين(الطبية ، النفسية، التربوية)، وتوفير خدمات وشبكات دعم على مستوى المقاطعات، وتشكيل فريق متعدد ومتداخل التخصصات للتدخل المبكر، وتدريبه ليصبح على جودة عالية. كما كان لارتفاع مستوى المعيشة فى ألمانيا أثراً في تمكين الدولة للإنفاق على خدمات التدخل المبكر وجعلها مجانية للأسر، حيث يأتي التمويل من قبل السلطات المحلية، والدولة الفيدرالية، والتامين الصحي .

المجتمع الألماني هو مجتمع حديث ومنفتح حيث يتمتع معظم الناس بمستوى تعليمي جيد، كما ينعمون بمستوى معيشي مرتفع نسبيا بالمقارنة مع باقي دول العالم، ويتأثر المجتمع الألماني بأساليب الحياة المختلفة، وبالتنوع العرقي والثقافي. وتتنوع أشكال وأساليب العيش المشترك، كما تتوسع طرق العيش المنفرد والحرية المرتبطة به. وقد بدأ التوزيع التقليدي لأدوار الجنسين في المجتمع بالتلاشي. إلا أن الأسرة، ورغم التغيرات الاجتماعية، ما تزال الحجر الأساس في بناء المجتمع، كما يحتفظ جيل الشباب بعلاقة جيدة مع الوالدين. وفي ذات الوقت يواجه المجتمع الألماني كما المجتمعات الصناعية

الأخرى تحديات كبيرة يسببها التطور الديموجرافي (السكاني)، وخاصة اتجاه المجتمع إلى الشيخوخة. وقد تطور "الموديل الألماني" ليصبح مثالا ناجحا سارت العديد من الدول في ركبه. ويعتبر النظام الاجتماعي المتكامل من أهم أسس هذا النجاح. وتمتلك ألمانيا واحدا من أكثر النظم الاجتماعية تشعبا وتكاملا وأكثرها متانة. حيث أسست ألمانيا نظام التأمين الاجتماعي كخطوة ضمن سلسلة اجراءات في سبيل تطوير المعايير المعيشية لسكانها، وتعتبر ألمانيا نفسها دولة اجتماعية، تعطي أولوية مطلقة لمهمة توفير الضمان الاجتماعي لكل مواطنيها. وإلى جانب الرعاية الصحية فائقة التطور، تمتلك ألمانيا بنية تحتية فريدة من نوعها في مجالات الوقاية وإعادة التأهيل(٦٦).

وجدير بالذكر أن للأباء في ألمانيا دور واضح في توجيه السياسة التعليمية منذ الحرب العالمية الأولى وحتى وقتنا الحاضر، ولقد نص دستور البلاد على هذا الدور، حيث يعتبر أن رعاية وتعليم الأطفال حق طبيعي للآباء، كما هو واجبهم الأول، وعلى المجتمع والدولة ضمان ذلك الحق والحفاظ على استمراريته، ولذا فإن وجود ممثلين للآباء في مجالس المدارس أو طبقا لما يقره القانون المحلى والقومى في ألمانيا(67) قد انعكس بالفعل على استراتيجيات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة بألمانيا حيث يلاحظ أن أهم الملامح التي تميز الخبرة الألمانية فى هذا المجال هو أن للآباء دور فعال ونشط جداً في متابعة عمل التدخل المبكر مع الأطفال.

ويمنح القانون الألماني كل شخص معوق الحق في تنمية شخصيته بحرية كاملة في توفير تعليم مناسب لكل فرد سوى أو معوق يتناسب مع ميوله وقدراته إيماناً منها بتبنى فلسفة إنسانية شاملة لمبادئ تحقيق الفرص التعليمية المناسبة للطفل المعوق، وعلى ديمقراطية التعليم، وتحقيق المساواة بين أفراد المجتمع بشكل يتوافق مع الأهداف العامة للسياسة التعليمية فى تربية الأفراد بحيث يصبحون مواطنين مستقلى الشخصية، متحملين للمسئوليات في ظل نظام ديمقراطي(68). في ظل هذا المناخ والسياق تقدمت وتنوعت خدمات التدخل المبكر من أجل تشخيص وتعرف مبكر على الأطفال بهدف حصر العجز والإعاقة في أضيق نطاق .

ومن أجل تمتع المعوقين في ألمانيا بالمساواة، وإيماناً منها بتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص التعليمية. أنشأت ألمانيا شبكة واسعة من المراكز الاستشارية التي تتناول التربية الخاصة للأطفال ذوى الإعاقات بمختلف أنواعها من أجل التعرف المبكر والتشخيص، للتمكن من تقديم تلك الخدمات التربوية على الوجه الأكمل في ظل الدستور الألماني الذي يكفل للفرد حرية الكلمة والمساواة، واحترام حقوق الإنسان وكرامته .

٢- خبـــرة البرتغـــــال :

بلد يقع في جنوب غرب أوروبا في شبه الجزيرة الإيبيرية .البرتغال هي أقصى دول أوروبا باتجاه الغرب، ويحدها المحيط الأطلسي إلى الغرب والجنوب وإسبانيا من الشمال والشرق. كما أن أرخبيلي جزر الأزور وماديرا في المحيط الأطلسي هي أيضًا جزء من البرتغال، ولشبونة هي أكبر مدينة في البلاد وعاصمتها. وتعد البرتغال دولة عضواً في الاتحاد الأوروبي، وتقع في الجزء الغربي من أوروبا، والتعليم العام بها ليس طائفياً، وتعد اللغة البرتغالية هي لغة التعليم (69).

[أ] أهـــداف التدخـــل المبكـــــر:

في نهاية الثمانينيات وبداية التسعينات، بدأ التدخل المبكر بالبرتغال يخطو مرحلة جديدة، إذ نشطت بعض الخبرات الإبداعية لرعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وظهرت أولى برامج التدخل المبكر كعمليات أساسية في عقد الثمانينيات والتسعينيات، وعلاوة على ذلك بدأت مشاريع التدخل المبكر بمرحلة الطفولة المبكرة (PIIP) – التي بنيت على خدمات متداخلة متعاونة ما بين قطاعات الأمن، والاجتماع، والصحة، والتعليم – تلعب دوراً هاماً ومؤثراً فى تطوير عمليات التدخل على مستوى الدولة منها على سبيل المثال" مشروع بورتاج فى ليزبون".وقد نتجت هذه المشاريع من حركات mouvements مهنية على المستوى الأهلي، وقد اعترفت بوجود حاجات محلية إلى ما يلي :حاجة للتدخل المبكر (قبل المدرسة)، وحاجة لنموذج تدخل حديث ومهارات جديدة، وحاجة لاستخدام أمثل للمصادر المحلية المحدودة، وحاجة لعمل متداخل التخصصات، وحاجة لتعاون بين مختلف القطاعات(٧٠) .

وإزاء ذلك الوضع، تضامنت العديد من الخدمات والأجهزة المختلفة بالدولة لتوفير تدخل مبكر فعال لهذه الفئة من الأطفال، وصدر قرار حكومي للتدخل المبكر بمرحلة الطفولة المبكرة (٩٩/٨٩١) نص على أن يهدف التدخل المبكر إلى تحقيق ما يلي(71) :

- تيسير نمو الطفل من جميع الجوانب
- تيسير تفاعلات الأسرة / الطفل
- توفير فرص متكافئة في الحصول على الخدمات الملائمة بالتعاون مع كافة المنظمات ومؤسسات المجتمع الحكومية والخاصة .
- الاكتشاف المبكر للصعوبات المرتبطة بالعجز .
- دعم المهارات والكفاءات الذاتية الوظيفية للأسر بالشراكة مع جميع المعنيين من أجل اتخاذ الدعم المتواصل.

كما وجهت بعض النصوص التشريعية اهتماماً بالتدخل المبكر للأطفال المعوقين كما يلي (72) :

- مرسوم ٣١٩/٩١ الصادرة في ٢٣ أغسطس والذي حدد موقف التعليم إزاء دعم التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة .
- لائحة ٩٣ /٦١١ الصادرة في ٢٩ يونيو والتي حددت إجراءات وأليات التشخيص ، والتقويم والتدخل المتعلقة بالأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة .
- مرسوم ١٣٣/٥/٩٧ في ٣٠ مايو ، وقد حدد مختلف المساعدات الاقتصادية المقدمة للأسر
- قرار ٩٧/ ١٠٥ الصادر في ١ يوليو والذي أقر تعيين معلمين فى مراكز ما قبل المدرسة ، من أجل دعم الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة .
- لائحة ١١٠٢/٩٧ الصادرة في ٣ نوفمبر ، والتي أقرت دعم اقتصادي لمشاريع التدخل المبكر ، تطور من قبل وزراه التعليم ومدارس التربية الخاصة .
- قانون ٢٠٠٨ عن الحاجات التعليمية الخاصة حددت المظاهر التنظيمية وملامح استراتيجيات التدخل المبكر IPPE .
- قانون ٢٠٠٩ لإقامة نظام قومى للتدخل المبكرIPPE تحت مسئولية مشتركة لوزارات الصحة والتعليم والأمن الاجتماعى.

وبصفة عامة فإن هذه الأهداف توضح درجة الاهتمام الذي بدأت توليه البرتغال في العقدين الأخيرين لبرامج وخدمات التدخل المكبر سواء على المستوى القومي أم المحلى، حيث تشارك وزراة التربية في تقديم هذه الخدمات والدعم المالي لها والمؤسسات الخاصة والمنظمات التطوعية والمنظمات غير الحكومية وخدمات الدعم المحلى .

[ب] فريـــق عمـــل التدخـــل المبكـــر :

تلعب فرق التدخل المبكر دوراً رئيسياً : أولاً في دعم الطفل، وثانياً في دعم ومساندة أسرته، وغالبا أي إجراءات تتخذ تتم تبعاً لحاجات كل من الطفل وأسرته. وبصفة عامة يتكون فريق التدخل المبكر البرتغالي من : أطباء، ممرضات، أخصائي علاج طبيعي، متخصصين علم نفس (عدد قليل)، أطباء نفسيين، أخصائيين اجتماعيين ، معلمون ما قبل المدرسة، أخصائي تخاطب وتصحيح عيوب النطق، مترجمي لغة الإشارة، معلمي دعم، مهنيون من مدارس التربية الخاصة، اختصاصي علاج، معلمى دعم [73]. وتتميز البرتغال بتداخل الخدمات وتداخل التخصصات لرعاية الأطفال المعوقين وأسرهم، ويلاحظ أن أهم ما يميز تشكيل الفريق هو معلمي الدعم، حيث يشغلون موقعاً هاماً إذ يعملون كأخصائي تدخل مبكر أساسين من أجل تدخل مباشر مع الطفل وأسرته، كما يعملون من جهة أخرى كمنسقين بين أعضاء الفريق[74] .

وبالنسبة لتأهيل وإعداد الأخصائيين المهنيين في فرق التدخل المبكر معظمها يتم توفيره من قبل الجامعات ومؤسسات التعليم العالي على النحو التالي[75] :

- التدريب للتدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة بالبرتغال يأخذ شكل تدريبات أثناء الخدمة، على صورة كورسات تدريب متخصصة تقدم من قبل منظمات مهنية معترف بها .
- مادة مخصصة" تدخل مبكر بمرحلة الطفولة المبكرة ECI " تعد جزءاً من برنامج درجة الماجستير فى التربية الخاصة التي تنظمها كل من جامعات ليزبون ، أفيرو، كوامبرا .
- وبصورة أكثر تخصصا تقدم جامعات بورتو ومينهو Porto & Minho تدريب سنتان بعدها يتم الحصول على درجة الماجستير، ولكن الكورس كله يركز على " تدخل مبكر بمرحلة الطفولة المبكرة ECI " فقط .
- والهدف العام من هذه الصيغة هو إعداد اخصائين مهنيين للعمل مع الأسرة فيما يلى: تصميم حقائب تعليمية، إعداد خطة دعم للأسرة، وغيرها . لكن يلاحظ أن هذا التدريب ليس مجانياً .
- توفر مشاريع التدخل المبكر العديدة على مستوى البرتغال ككل مثل مشروع بورتاج وغيرها تدريباً أثناء الخدمة لمختلف المهنيين العاملين في فرق عمل التدخل المبكر .

[ج] خدمـــات التدخـــل المبكـــــر:

تتميز البرتغال بشبكة متداخلة من خدمات التدخل المبكر منها ما يتبع قطاع الصحة، أو قطاع التعليم، أو الأمن الاجتماعي، أو أى جهات أخرى وهى على النحو التالي[76] :

قطاع الصحة: يقدم رعاية للأطفال منذ الميلاد وحتى ٦ سنوات من خلال :

مراكز صحة محلية طية للدعم: طبيب مدرس ، طبيب أطفال .

- مستشفيات: تقدم استشارات طبية متطورة، استشارات متخصصة، بعض الأنظمة العلاجية (معالجة نطق)، معالجون مهنيين، معالجون نفسيون .
- فرق صحة عقلية (ذهنية): تتواجد فى بعض المستشفيات .
- مراكز صحية بالمدارس .
- مشاريع تدخل مبكر (مراكز صحة): تشتمل على فرق مباشرة للتدخل المبكر وتعمل من خلال تداخل الخدمات وتداخل التخصصات .

قطاع التعليم : يقدم رعاية للأطفال من عمر ٣ إلى ٦ سنوات :

- مراكز تعلم ما قبل المدرسة : خدمات دعم تعليمية (دمج)، دعم بالمنزل حضانات وغيرها .

وحدات لخدمات نفسية إرشادية .

وحدات دعم متخصصة للصم .

مراكز مصادر لمتعددي الإعاقات: بالشراكة مع المنظمات غير الحكومية .

- مشاريع تدخل مبكر: بالشراكة مع مؤسسات خاصة للتربية الخاصة، وفرق تدخل مبكر مباشرة
- **قطاع الأمن الاجتماعي: تتعهد بالطفل منذ الميلاد وحتى ٦ سنوات :**
- خدمات محلية للدعم الاجتماعي، ومشاريع تدخل مبكر اجتماعي .
- مؤسسات خاصة للتربية الخاصة: تشرف عليها وتمولها منظمات غير حكومية .
- مؤسسات حكومية للتربية الخاصة : تقدم دعم من قبل بعض المعالجين
- مركز حماية الطفل (الطفل المحروم ، والمهمل): ويتم اعتماد فرق عمل مخصصة لهذه الفئة
- مشاريع تدخل مبكر (مؤسسات خاصة للتربية الخاصة)، وفرق مباشرة للتدخل المبكر .
- **قطاعات أخرى: تقدم رعاية للأطفال منذ الميلاد وحتى ٦ سنوات :**
- لجنة حماية مجلس الأطفال Council child protection commission : ويقام العمل فيها على (تداخل الخدمات + مجلس الإقليم + مؤسسات خاصة ، وغيرها).
- مكاتب خاصة / مراكز تدخل مبكر خاصة : وهى خدمات معالجة (طبية / نفسية متخصصة) يتم دفعها من قبل الأسر، وأحيانا بمساعدة مالية من قبل الأمن الاجتماعي أو الصحة .

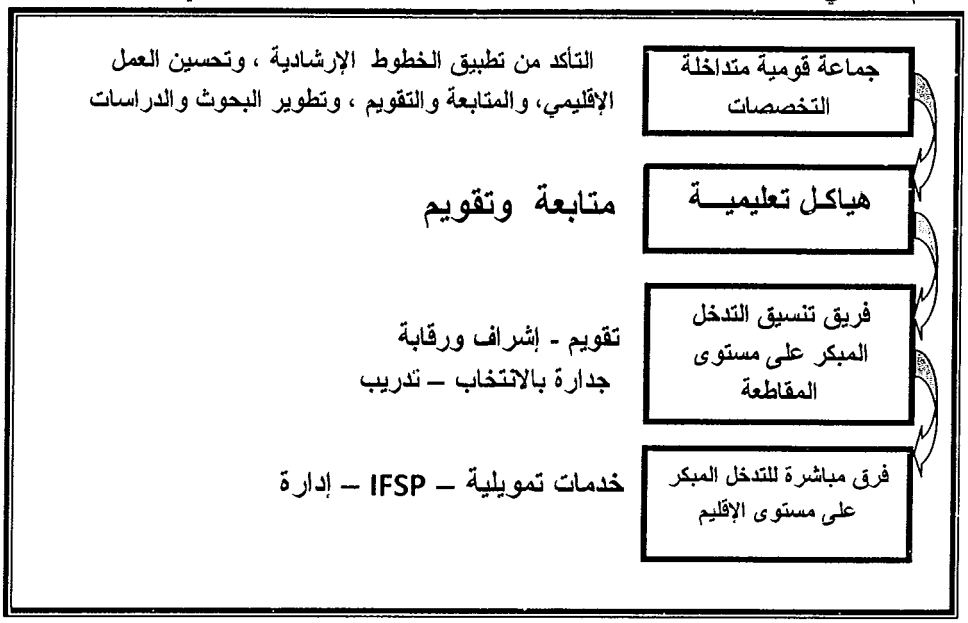
وجدير بالذكر أنه في نهاية الثمانينيات وبداية التسعينيات بدأت مرحلة جديدة للتدخل المبكر بالبرتغال. ففي هذه الفترة كان "نموذج بورتاج للآباء Portage Model parents" علامة مميزة وأثبت تأثير إيجابي قوى في هذا المجال عام ١٩٨٦، قد أدخل هذا النموذج بعض التخطيط المستقبلي الابتكارى للعمل بمجال التدخل المبكر، وقدم نموذج للشراكة مع الآباء، ووضع أهداف ، وتفريد استراتيجيات التدخل، وتخطيط إيجابي للنظم والمصادر الكائنة، وتفعيل وتداخل التخصصات والتعاون بين الخدمات، بالإضافة إلى تقديم نموذج للتدريب أثناء الخدمة للأخصائيين المهنيين في فرق عمل التدخل المبكر، والمهنيين زائري المنازل[77].

ومن أهم الأهداف التي سعى مشروع بورتاج لتحقيقها هي [78]:

- ❖ توفير برنامج زيارة المنزل للأطفال تحت عمر ٣ سنوات الذين يترددون على المركز.
- ❖ تطوير نموذج تدخل مبكر يتلاءم مع الحاجات العديدة للدولة في هذا المجال من كورسات تدريب أثناء الخدمة ، والإشراف ، والرقابة .
- ❖ تقديم مشروع له تأثير على الأطفال ، الأسر ، المهنيين بالفرق المحلية.

وتدريجياً أصبحت وزارة التعليم متضامنة في تنفيذ إجراءات الدعم للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة منذ الميلاد وحتى ٣ سنوات، وبصفة خاصة عام ١٩٩٧، أقامت وزارة التعليم ميكانزمات تم

من خلالها توفير مصادر مالية لدعم مشاريع التدخل المبكر المحلية. وتبنى على تعاون بين خدمات الدعم التعليمي والمؤسسات الخاصة للتربية الخاصة ، كما يوضحه الشكل التالي[79]:



شكل (١) تنظيم خدمات التدخل المبكر لمرحلة الطفولة المبكرة

- **فرق تدخل مبكر مباشرة (على المستوى المحلى – الإقليمي):** تتعاون خدمات حكومية تعليمية ، وخدمات صحية ، وخدمات الأمن الاجتماعي ، ومؤسسات التربية الخاصة وغيرها من منظمات غير هادفة للربح لعقد اتفاقيات لتوفير المصادر المالية للخدمات .
- **فرق التنسيق (على مستوى المنطقة):** وتتكون من ممثلين للمهنيين فى كل وكالة (٤ عناصر) تبعا للشكل السابق.
- **جماعة قومية متداخلة الأقسام:** تتكون من قبل ممثلين للمهنيين من كل وكالة حكومية ، وممثلين من السكرتارية القومية لإعادة التأهل والدمج للأشخاص ذوى الإعاقات .

ويوضح الشكل التالى تخطيط عمل الفرق المباشرة للتدخل المبكر بمرحلة الطفولة المبكرة (على مستوى الإقليم) [80]

مشروع تكاملي للتدخل المبكر PIIP ١٩٩٩/٨٩[85] :

في منطقة كومبرا combra أقيم مشروع تكاملي للتدخل المبكر PIIP ، وهو يعد مثالاً لخبرة ابتكارية مبنية على تضافر الجهود من قبل المقاطعات (الصحة والتعليم والأمن الاجتماعي). وهو بمثابة تنظيم تكاملي فعال يتضمن مؤسسات حكومية وخاصة من أجل تقديم ألية لتطوير المجتمع مبنية على نظم مختلفة للأطفال المعوقين وأسرهم. وكان نموذج بورتاج هو المرجع الأساسي لهذا المشروع، ونجاحه في السنوات الأولى، كما كان له إسهامات في نظم الرقابة والإشراف .

ومن خلال ما سبق يلاحظ تعدد الجهود المبذولة وبرامج التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة إذ أنها تطورت بتطور قطاعات الصحة والتعليم والأمن الاجتماعي بالدولة، واعتمدت مدخل تداخل الخدمات inter-service بين هذه القطاعات، ويشارك التعليم بجزء كبير في هذا النموذج، علاوة على تواجد فريق عالي التأهيل من المهنيين المختصين بمجال التدخل المبكر ، ومشاريع مختلفة على مستوى الدولة ككل لتطوير برامج التدخل المبكر، مما جعل من هذه الخدمات بيئة تربوية غنية بالخبرات، وهو ما انعكس على محاولة تقديم أفضل الخدمات بمجال التدخل المبكر للأطفال المعوقين .

نموذج لتنظيم الخدمة بمراكز التدخل المبكر بالبرتغال[86] :

طفل لديه إعاقة عقلية متلازمة داون يبلغ من العمر سنتان، وينتمي إلى أسرة ذات مستوى اقتصادي – اجتماعي ضعيف ، يعيش في بيئة ريفية. في البداية تم إحاطة الآباء علماً بالإعانات والمساعدات التي يحق لهم الاستفادة بها وكذلك الإعانات الإضافية الممكنة لتحسين ظروفهم الاجتماعية والاقتصادية للأسرة. كما تشارك من جانبها الخدمات الاجتماعية الأسرة في نفقات المواصلات من المنزل إلى المركز المتخصص أو إلى الاستشارات الطبية المتخصصة. وفيما يرتبط بتنظيم التدخل المبكر لهذا الطفل يتعهد به فريق دعم تشارك فيه وزارة التعليم والخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية . وإذا ثبت أن هناك ضرورة ستشارك كذلك السلطات المحلية مع هذا الفريق ، ويعد التعاون الوثيق بين مختلف السلطات هام جداً في هذا الصدد على أن يأخذ في اعتباره حاجات الطفل وأسرته. وفيما يتعلق ببيئة الطفل والأسرة، يتم متابعة الأسرة من قبل فريق متعدد التخصصات للتدخل المبكر ، وبعد فحص وتقويم حالة الطفل جيداً ، يتم دمجه في مدرسة ما قبل المدرسة ويستطيع أن يستفيد من دعم علاجي طبي في مركز متخصص centre specialise .

[د] القـــوى والعوامـــل المؤثـــرة:

جمهورية البرتغال تقع في جنوب غرب القارة الأوروبية. لها حدود فقط مع إسبانيا من جهة الشرق و الشمال، من باقي الجهات هي مطلة على للمحيط الاطلسي، ولِشْبونة هي عاصمة البرتغال وأكبر مدينة فيها. وقد أدى هذا الموقع موقع للبرتغال في أقصى جنوبي غربي أوروبا إلى كون شتائها

معتدلاً ورطباً وصيفه جافاً. ويؤدي تأثير المحيط المصحوب بتباينات التضاريس إلى مناخ متنوع للغاية، مع مظاهر انتقالية من الساحل الغربي ذي المناخ المحيطي إلى الداخل ذي المناخ المتوسطي. ويغلب على النصف الشمالي في الشتاء منخفضات جوية قادمة من المحيط الأطلسي، ويتقدم في الصيف ضغط آزور المرتفع باتجاه الشمال ليغلق الطريق أمام المنخفضات الجوية، وتصل درجة الحرارة في الصيف معدل ٣٥ درجة، ومناخ البرتغال معتدل وتسطع الشمس على معظم البلاد، وبخاصة في الجنوب. حيث يُهرع البرتغاليون إلى المنتجعات في الجنوب ليستمتعوا بالمناخ الدافئ المشمس في الشتاء. وموقعها الجغرافى هذا أدى إلى تنوع ظروفها المناخية والحياة النباتية فيها، إذ تتباين تضاريسها بين السهول الساحلية، والهضاب الشمالية، والسلسلة الجبلية الوسطى، والهضاب الجنوبية، وتغطي الغابات نحو ٣٤% من مساحة البرتغال. وتغلب في قسمها الشمالي غابة الترب البنية بأشجار الصنوبر والسنديان، وتعد الحياة الحيوانية في البرتغال مزيجاً من الأنواع الأوربية والإفريقية الشمالية، إضافة إلى بعض الأنواع الخاصة بشبه الجزيرة الإيبرية. ويتبع معظم البرتغاليين المذهب الروماني الكاثوليكي،وفي البلاد أيضًا جماعات صغيرة من المسلمين، واليهود، والبروتستانت(٨٧).

والبرتغال جمهورية ديمقراطية يحكمها دستور عام ١٩٧٦، وأطراف الحكم الأربعة الرئيسية التي تحكم البلاد هي رئيس الجمهورية والبرلمان المعروف باسم الجمعية الوطنية للجمهورية والحكومة التي يرأسها رئيس الوزراء والمحاكم. ويمنح الدستور فصل السلطات التشريعية والتنفيذية والقضائية. والبرتغال مثل معظم الدول الأوروبية لا تمتلك دين الدولة مما يجعلها دولة علمانية ينتخب الرئيس لمدة خمس سنوات ودوره إشرافي غير تنفيذي. والبرتغال دولة عضو في الأمم المتحدة منذ سنة ١٩٥٥ وهي أيضاً عضو مؤسس لمنظمة حلف شمال الأطلسي، ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية،وفي عام ١٩٩٦ شاركت في تأسيس جماعة البلدان الناطقة باللغة البرتغالية، بالإضافة إلى ذلك البرتغال عضو كامل العضوية في الاتحاد اللاتيني ومنظمة الدول الأيبيرية الأمريكية(٨٨) .

ويوجد بالبرتغال خمس هيئات للخدمات اللامركزية تغطى نفس المناطق الجغرافية، وتعرف بلجان التنسيق الإقليمية وتعد مسئولة عن ديمقراطية التعليم في البرتغال. وتعد وزراه التربية والتعليم الهيئة الحكومية المسئولة عن تخطيط السياسات القومية للتعليم والرياضة المدرسية (وبخاصة تحديد المنهج القومي)، والإشراف وتنسيق التعليم قبل المدرسي والتعليم الإلزامي (٨٩).

وقد انعكست هذه العوامل السياسية وما صاحبها من متغيرات على الاهتمام بخدمات التدخل المبكر بالبرتغال، حيث لم يبدأ إلا بعد الثمانينيات ، وبالتحديد مع عام ١٩٩٠ ، فقبل السبعينيات كانت نسبة تغطية الرعاية المبكرة وخدمات تعلم ما قبل المدرسة ، وخدمات التربية الخاصة منخفضة بشدة، إذ لم يوجد تشريع يقدم إطار مرجعي لتقديم تلك الخدمات. لكن مع ثورة أبريل ١٩٧٤، حاولت البرتغال بناء أسس لدولة ديمقراطية حديثة في ظل السنوات الأولى بعد الثورة تم إيلاء اهتمام خاص

لنظام صحة الأطفال الصغار، ونظام الحماية الاجتماعية للأسر، كما امتدت الإعانات المالية لفترات الأمومة إلى ٣ شهور،علاوة على بعض الإعانات الأسرية الأخرى للأطفال المعوقين. وقد انعكس ذلك على أن بلغت وفيات الأطفال بالبرتغال عام ١٩٩٧، مثلها مثل غالبية الدول المتقدمة بالاتحاد الأوروبي، إلى ٦,٤% بها فقط. ويعتبر هذا تقدماً ملموساً على طريق رعايتها بالطفل وصحته واكتشاف أي خلل مبكر به [٩٠].

ومن ثم يمكن القول أن العامل التاريخى والسياسى كانا لهما تأثيراً كبيراً على اليات التدخل المبكر بالبرتغال، والذى اتضح فى زيادة الاهتمام بها خلال فترات زمنية متعددة، إذ أنشئت الشبكة القومية لتعليم ورعاية الطفولة المبكرة ، وتقاسمت مسئولياتها وزارتين : وزارة التعليم مسئولة عن الخبرة التربوية والدعم المالى للحضانات وتوفير السياقات التعليمية للأطفال في الشريحة العمريه ٣ – ٦ سنوات، أما وزارة العمل والتضامن تتعهد بدعم الآسر، وتوفير الأنشطة الاجتماعية التعليمية، والإشراف المالي على تنظيم ورعاية الطفل خارج المنزل للأطفال من عمر ٣ شهور فأكثر [٩١]

وعلى الجانب الاقتصادى يعد نموذج نمو الاقتصاد البرتغالي فى طور التحول من اقتصاد يعتمد على الاستهلاك العام إلى اقتصاد يعتمد على الصادرات والاستثمار الخاص وتطوير قطاع التقنية العالية، فلقد طغت الخدمات التجارية على الصناعات التقليدية مثل المنسوجات والملابس والأحذية والفلين (البرتغال التي هي أكبر منتج للفلين في العالم والمنتجات الخشبية والمشروبات، وتمتلك البرتغال تقليداً قوياً في قطاع مصايد الأسماك وهي واحدة من البلدان التي تمتلك أعلى معدل استهلاك أسماك للفرد، كما أن السفر والسياحة قطاعان في غاية الأهمية بالنسبة للبرتغال حيث يتوقع أن يرتفع عدد الزوار إلى حد كبير على مدى السنوات الخمس المقبلة، وتم تطوير الصناعات الحديثة غير التقليدية والقائمة على التكنولوجيا مثل الطيران والتقنية الحيوية والبرمجيات في مواقع عدة في أنحاء البلاد. وقد وضع تقرير التنافسية العالمية لعام ٢٠٠٥ والذي نشره المنتدى الاقتصادي العالمي القدرة التنافسية للبرتغال في المركز ٢٢، لكن تقرير ٢٠٠٨-٢٠٠٩ وضع البرتغال في المركز ٤٣ من أصل ١٣٤ بلداً وإقليماً [٩٢].

وفى إطار الأخذ بمفهوم لامركزية السلطات الإدارية والمركزية، أصبحت البلديات مسئولة حديثاً عن النفقات والتمويل التعليمى، وتمول الإدارة التعليمية من مواردها الذاتية، ومن التحويلات فى ميزانية الدولة للمؤسسات ، ومن الهيئات التعليمية التابعة لهيئات الدولة الخاصة بالتعليم ، وللتأكد من التنسيق فى تنفيذ سياسات تعليم ورعاية الطفولة المبكرة القومية فى مناطق البلديات وأقاليمها، تم إنشاء مكتب للتوسع والتطوير في تعليم ما قبل المدرسة ١٩٩٦. وقد انعكس ذلك على زيادة تنظيم الخدمات

فى هذه المرحلة العمرية، ومن جهة أخرى تم تخصيص عناية كبيرة لتدريب العاملين بمرحلة ما قبل المدرسة وقطاع التدخل المبكر، وتم كذلك تقديم أدلة للمناهج، وهناك اتجاه متنامى نحو توفير هذه الخدمة للشريحة العمرية منذ الميلاد وحتى ٣ سنوات (93).

ويتضح تأثير العامل الاقتصادى على تطوير وتوفير المخصصات المالية اللازمة بما يتلاءم ويساير المبادرات فى مجال التدخل المبكر من مشاريع بورتاج للآباء، ومشروع التكامل للتدخل المبكر PIIP، كما أقيمت رابطة بورتاج البرتغالية عام ١٩٩٢ لدعم حقوق الآباء ، هذا علاوة على أن توفير الدعم المادى الملائم ساهم فى تدريب أكثر من ٥٠٠ مهنى على مستوى الدولة على نماذج التدخل المبكر من خلال تدريبات أثناء الخدمة، بالإضافة إلى التطور فى تبنى مداخل جديدة مثل: التمركز حول الأسرة، ومدخل بعض الفرق، بدعم من مركز دراسات الأطفال CEACF .

وفيما يتعلق بالجانب الاجتماعى يضم المجتمع البرتغالى العديد من الأقليات العرقية، ويأتي الجزء الأكبر من هذه الأقليات من الدول الأفريقية مثل الرأس الأخضر وموزبيق. ووزارة الصحة هي المسئولة عن وضع السياسات الصحية فضلاً عن الخمس إدارات للصحة الإقليمية المسئولة عن تنفيذ أهداف السياسة الصحية الوطنية ووضع مبادئ توجيهية وبروتوكولات الإشراف على تقديم الرعاية الصحية. وتهدف الجهود اللامركزية إلي تحويل المسئولية المالية والإدارية إلى الجهة الإقليمية. وفي الممارسة العملية يقتصر الحكم الذاتي في الإدارات الصحية الإقليمية حول تحديد الميزانية والإنفاق على الرعاية الصحية الأولية (٩٤).

واعترافاً من الدولة بحرية التعليم والتعلم بما فيها حق الوالدين فى اختيار وتوجيه تعليم أبنائهم الأمر الذى انعكس على إشراك الآباء مع فريق العمل المتخصص للتدخل المبكر لاختيار أنسب الأنماط والاستراتيجيات لتلك الخدمات مع ابنهم المعوق(95) .

ونتيجة التطورات والتغيرات الحديثة شهدت البرتغال في السنوات الأخيرة – تقدماً ملحوظاً فى تعليم ورعاية الطفولة المبكرة، وتم تنظيم خدمات التدخل المبكر لهم ، فالقطاع ككل تم إصلاحه بفاعلية ولقد تضاعفت كذلك ميزانيات تعليم ما قبل المدرسة، وأصدر عام ١٩٩٦ " البرنامج الحكومى للتوسع والتطوير في تعليم ما قبل المدرسة" وبعده بعام صدر الإطار المرجعى لقانون عام ١٩٩٧، الذى نسق بين خدمات تعلم للأطفال الصغار، واشتمل لأول مرة على الشريحة العمرية(٣-٦ سنوات) داخل التعليم الأساسى، وذلك كله فى إطار من الشراكة بين البلديات ومؤسسات الرفاهية الاجتماعية الخاصة ، ومع الحكومة المركزية التى تضطلح بدور المنسق والمرشد (96).

وفى ضوء ما سبق فإن البرتغال بالرغم من تأخرها نسبياً فى تقديم خدمات التدخل المبكر والرعاية بالمعوقين بها إلا بعد الثمانينيات نتيجة للظروف السياسية التى مرت بها، إلا أنها شهدت

تغيرات اقتصادية واجتماعية عديدة فى السنوات الأخيرة وبخاصة بعد الثورة، أدت إلى اهتمام متقدم فى خدمات رعاية الطفولة المبكرة، وبخاصة بعد دخولها الاتحاد الأوروبي عام ١٩٨٦ وخضوعها للمنافسة، الأمر الذى ترتب عليه تضاعف ميزانيات الدولة وإصلاح قطاع الطفولة المبكرة ككل للإرتقاء بمستوى خدمات الكشف المبكر المقدم لهؤلاء الأطفال والشراكة فى مشاريع دولية فى هذا المجال لتحسين أوضاع الأطفال

٣- خبـــــرة السويـــــــد :

تعتبر السويد من أكبر الدول الاسكندنافية من حيث المساحة وعدد السكان، وهي ثالث أكبر دولة في الاتحاد الأوروبي من حيث المساحة (٤٥٠،٢٩٥ كم٢) [97]، يحدها من الشمال فنلندا، ومن الغرب النرويج، ومن الجنوب بحر البلطيق، ومن الجنوب الغربى الدانمارك. وتعد اللغة السويدية هى اللغة الرسمية بالاضافة الى بعض الأقليات يتحدثون الفلمندية والرومانية، وستوكهولم عاصمة السويد هي أكبر مدينة في البلاد[٩٨] .

[أ] أهـــداف التدخـــــل المبكـــــر :

تقام فلسفة السويد للطفولة على أن هذه الفترة النمائية فترة فريدة في حياة الجنس البشر، وهى فترة ذات قيمة لحياة الكبار، وتعرف السويد التدخل المبكر بممارسات التدخل للأطفال الذين يحتاجون إلى دعم خاص منذ الميلاد وحتى بداية الالتحاق بالمدرسة في عمر ٦ أو ٧ سنوات . وتوجه خدمات التدخل المبكر نحو الطفل في الأسرة / سياق بيئة قريبة [99].

ومن أهم أهداف عمليات التدخل المبكر تركيزها على عملية الوقاية ذات الثلاثة مستويات وهى[100]

- وقاية أولية : لتقليل الحالات الجديدة وتحديد الأطفال المعرضين للخطر .
- وقاية ثانوية : لتقليل شدة الإعاقة من قبل تدخل يركز على الطفل والأسرة .
- وقاية ثالثة : لتقليل التعقيدات من خلال تدخل يركز على البيئة .

ليس هذا فحسب ، بل أن هناك تأكيد على[101] :

- تحسين النمو النفسي ، العقلي ، الاجتماعي للأطفال .
- تحسين صحة الطفل ، ودعم بزوغ المهارات .
- تطوير تكيف الآباء وكل وظائف الأسرة .

وفى هذا الصدد وجهت النصوص التشريعية اهتماماً بخدمات رعاية المعوقين والتدخل المبكر بالسويد من خلال ما يلى[102]:

- قانون الصحة العامة : وصدور مرسوم عن إعادة التكييف الطبي للمعوقين .
- قانون الحالة الاجتماعية والخدمات والمساعدات التي تقدم للأشخاص للمعوقين

- قانون التعليم وفقرات به عن الإعاقة والتدخل المبكر .

ولتحقيق هذه الأهداف تبنت السويد تكوين فرق متعددة التخصصات للرعاية الفعالة ، كما أقامت بيئة إيجابية ثرية لكل الأطفال . ويلاحظ أن الأهداف السابقة تؤكد على إزالة عقبات تحول دن اكتشاف أي عجز مبكر من خلال الوقاية لمنع أو التقليل إلى أقصى حد ممكن أي قصور نفسي، معرفي، عاطفي للطفل الصغير، بالإضافة إلى الاهتمام بتوفير الاحتياجات والإمكانات المادية والبشرية اللازمة من أجل تنشئة ورعاية أفضل لهذه الفئة من الأطفال .

[ب] فريـــق عمـــل التدخـــــل المبكـــــر :

يرتكز عمل فريق التدخل المبكر بالسويد على مدخل متعدد وتداخل التخصصات وهو ما يتمثل في حالات طبية، تعليمية، اجتماعية يعملون بالتعاون مع الطفل وأسرته. ويتشكل الفريق بصفة عامة من طبيب أطفال، أخصائي علاج طبيعي أخصائي علم نفس، أخصائي علاج وظيفي، أخصائي تخاطب ولغة، أخصائي اجتماعي، معلمون فئات خاصة، أخصائي نفس علاجي، طبي نفسي (طبيب أمراض عقلية) [103]. ويعمل الفريق المتداخل التخصصات في إطار التعاون والتنسيق، ويهدف جميع العاملين بفريق التدخل المبكر إلى[104] :

- العمل على أساس نظري في التدخل المبكر .
- تحسين النمو الكلى والوظيفي للطفل .
- تطوير نمو الأطفال ، وتطوير النمو فى المجالات المتخصصة الأخرى .
- دعم الأسر لتيسير نمو طفلها وتقدمه .
- دعم نمو العمليات والكفاءات الاجتماعية لدى الطفل .
- إشراك الأسرة في عملية التدخل .

وفيما يتعلق بإعداد وتأهيل العاملين بفرق التدخل المبكر بالسويد يلاحظ أن هناك ما يدعى " بالتوجيه الأيكولوجى " الذي يعد جزء لا يتجزأ من برنامج الماجستير في التدخل المبكر بمرحلة الطفولة المبكرة والذى ينظم من قبل جامعة مالردين Malarden بالسويد وهو يشتمل على الموضوعات التالية : تحديد وتعريف العلاقات داخل الفريق، ونظم واستراتيجيات التدخل المبكر، وأليات العمل مع الأسر، وغيرها، ويعد هذا البرنامج التدريبي مجاني، ويستغرق سنتان، سنة تعلم نظري لبعض الوقت، والسنة الثانية تعليم عملي تطبيقي لبعض الوقت (١٠٠ ساعة) [105].

ليس هذا فحسب، بل يوجد كذلك تدريب تعاونى بمؤسسات المحيط الأطلنطي (التعاون الدولي) في مجال التدخل المبكر تم تطويره واعتماده مالياً من قبل ٥ جامعات في أوروبا (٢ جامعة بالسويد، جامعة واحدة بفلندا ، جامعة منيش بألمانيا ، جامعة بالبرتغال) وثلاثة جامعات أخرى في الولايات

المتحدة الأمريكية . وهو يزود الطلاب بالحصول عل درجتي الماجستير والدكتوراه في هذا المجال من خلال التركيز على المداخل النظامية والأيكولوجية[106] .

[ج] خدمـــات التدخـــل المبكـــر :

توجه ممارسات التدخل المبكر للأطفال المعوقين الذين يحتاجون إلى دعم خاص منذ الميلاد وحتى بداية الالتحاق بالمدرسة في عمر ٦ أو ٧ سنوات، وكذلك لأسرهم في سياق بيئة قريبة وتعد كل من الكوميونات والمجالس الإقليمية مسئولة عن التدخل المبكر من خلال أهداف مختلفة ومجموعات خدمية متنوعة. وتقدم خدمات للأطفال ذوى الإعاقات تبعا لقانون الخدمة والدعم (LSS)، وقانون الصحة والخدمة الطبية(HSL) وفقاً لما يلي[107]

- **مركز تأهيل الطفل (CHC):** يوجد حوالي ١٩٥ مركز منها ، ويتقلد مسئولية هذه المراكز مجلس الإقليم وخدمة الصحة العامة وهو يتعهد بالأطفال منذ الميلاد حتى ١٨ سنة، ويعمل به فريق متداخل التخصصات يمثله مجالات طبية ونفسية وإقليمية واجتماعية تعمل بالتعاون مع الطفل وأسرته. ويتركز دور هذه المراكز في نصح ودعم الأسر والأطفال المعوقين، ومن جهة أخرى تأهيل وإكساب مهارات ودعم نمو الطفل من خلال تنمية قدراته واستعداداته، ومنحه إمكانات أفضل لحياة مستقلة في المستقبل
- **معهد سويدى لتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة (STT)** : يوجد أكثر من ٤٠ مكتب محلى، وأكثر من ٥ مراكز تعمل كمصادر قومية ، وهذا المعهد يغطى ٥ مناطق بالسويد على المستوى الدولة ككل ، وهو بمثابة نظام أو هيكل تعليمي، يرعى الطفل منذ الولادة وطوال مراحل تعليمه .
- **الطفل ورعاية صحة العقل (Bup)** : تتعهد بالطفل منذ الميلاد وحتى ١٨ سنة، ويشرف عليه مجلس الإقليم وخدمة الصحة العامة، ويتشكل فريق العمل به من أخصائي علم نفس، وأخصائي اجتماعي، وطبيب نفسي (طبيب أمراض عقلية).وعلى المستوى الأولى للوقاية ، للمجتمع المسئولية الأولى والأساسية لدعم صحة كل الأطفال والأسر،والتكفل بضمان ظروف ملائمة لحياة كل فرد، وعلى المستوى الثانوي يعد المجتمع مسئول عن التدخل في تعلم ما قبل المدرسة وبرامج رعاية الأطفال . وعلى المستوى الثالث للوقاية يعد المجتمع مسئول عن إقامة بيئة صحية للأطفال والأسر، وينبغى على مجلس الإقليم توفير خدمات صحية وطبية على المستوى الأولى للوقاية تعمل لكل الأطفال والأسر من خلال صحة الطفل (CHS).
- **خدمة صحة الطفل (CHC)** : أنشئت منذ عام ١٩٧٣ ، وتقدم رعاية صحية لكل الأطفال بالمجان ، وقد حدد مجلس الصحة والرخاء القومى السويدى عام ١٩٨١ أهداف عملها كالتالي:

▪ تخفيض الوفيات ، المرضى ، العجز والإعاقة لدى الأطفال .

- تخفيض التأثيرات الضارة والضغوط على الآباء والأطفال .
- دعم الدور الأبوي من خلال إقامة بيئة إيجابية لكل الأطفال .

وجدير بالذكر أن خدمات التدخل المكبر بالسويد تنفذ في سياقات طبيعية للأطفال الصغار، وتتضامن كل من المجتمعات والمجالس الإقليمية في توفير هذه الخدمات. وتشتمل مسئولية المجتمع على تقديم تدخل متخصص فى تعليم ما قبل المدرسة ورعاية طفل الأسرة، وتقديم مساعدات فردية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة أسرهم. ويعد المجلس الإقليمي مسئولا عن توفير خدمات الأطفال ذوى الإعاقة من خلال مراكز تأهيل الطفل Child Habilitation Centers (CHC)، ويمكن تلخيص نظم التدخل المبكر فى مرحلة الطفولة المكبرة وفقا للقانون كما يلى [108]:

يتبن مما سبق أن الخدمات التي تقدمها المجالس البلدية بالسويد للتدخل المبكر تركز بصفة أولية على وظائف الجسم (CHS) وعلى تحسين الأنشطة (CHC) فإذا تم تشخيص الطفل بأنه لدية مشاكل فى وظائف الجسم يتم توجيهه مباشرة إلى الخدمات الطبية عن طريق (CHs) حيث يقابل الطفل وأسرته أخصائيين ومهنيين فى مؤسسة تتبنى نموذج طبى، وتركز على وظائف الجسم (عيادات بصرية ، طبية ، سمعية ....). أما إذا تم تشخيص الطفل بأنه لا يحدث لديه تطوراً أو تحسن للمهارات، يتم الرجوع إلى (CHC) وخدمات إعادة التأهيل التى تهدف إلى العمل مع الطفل ذوى الحاجة الخاصة وأسرته، ثم يقام حوار بين مستخدمي الخدمة والمهنيين الاختصاصيين لتقدير ما اللازم عمله مع الطفل. إذ أن تركيز عمل التدخل المبكر بالسويد يرتكز على المستويات الأيكولوجية المختلفة .

وفى ضوء ما سبق يتضح مدى تنوع خدمات التدخل المبكر في أجزاء مختلفة من الدولة، وبالرغم من هذه الاختلافات إلا أن الفريق المحيط بالطفل يقدم له دعم وخدمات في سياق الأسرة، كما يمكن للأباء أن يكونوا أعضاء في هذا الفريق. الأمر الذي يهيئ بيئة صحية طبيعية آمنة للطفل هذا من جهة، ومن جهة أخرى يقدم هذا النمط اللامركزي المحلى Local Decentralise خدمات تتسم بنظام اجتماعي يزود الأسرة بمنافع اجتماعية هامة.

نموذج لتنظيم الخدمات بمراكز التدخل المبكر بالسويد [109].

طفل عمره ٤ سنوات لدية عجز سمعى شديد، وينتمى إلى أسرة ذات مستوى اقتصادى اجتماعى ضعيف، ويعيش فى منطقة صناعية. فى البداية ينتفع الأباء بمساعدات إضافية من قبل الخدمات الإجتماعية، تغطى هذه الإعانات حوالى ٥٠% من النفقات الإضافية الضرورية للتعهد بالطفل. وقد أقام مركز تعليم وإعداد الأطفال والمعوقين سمعياً فى كل مدرسة ما يدعى خليه سمعية تقدم خدماتها للأطفال المعوقين سمعياً، وتتقلد المدرسة نفقاتها والصيانة الدورية لها، أما بالنسبة للتكاليف الباقية

يدفعها الإقليم، وإذا كانت هناك ضرورة لأية إجراءات تكيف أخرى يتم دفعها لهذا الطفل من قبل السلطة المحلية. وفيما يتعلق بتنظيم التدخل المبكر، فبعد اكتشاف المشكلات السمعية لدى الطفل من قبل طبيب أطفال متخصص ، يوجه الطفل نحو مستشفى جامعى لعمل الصعوبات السمعية، وبعدها يتم التعهد بالطفل من قبل مركز لتعليم وإعداد المعوقين سمعياً بالإقليم، وسيتم العمل بالتعاون الوثيق بينه وبين حضانة الطفل وطاقم العاملين بها، وتهدف هذه المعاونة إلى: معرفة جيدة بحاجات الطفل، وضمان ظروف عمل ملائمة له داخل الفصل، والعمل فى مجموعات، وتقديم دعم مادى للمدرسة لتحسين شروط استقبال هذا الطفل. ويتوجه معلم فئات خاصة مرة كل شهر إلى الروضة لكى يعمل مع طاقم العمل بها، وإقامة علاقات مع أسرته ومع أسر أخرى تعيش نفس المشكلة ..... ويقوم المركز بتنظيم اجتماعات ولقاءات مع الأباء مرة فى السنة على الأقل لتبادل الأفكار والخبرات، كما يمكن تنظيم اجتماعات أخرى لأعضاء آخرين فى الأسرة أو مع الأصدقاء مثلا لتبادل المعلومات .

[د] القـــوى والعوامـــل المؤثـــــرة:

تحتل السويد الجانب الشرقي من شبه الجزيرة الإسكندينافية، والحدود الفاصلة بينها وبين النرويج تتشكل من التلال في أجزاء منها بعض الجبال. وتنحدر الأرض بصورة تدريجية باتجاه خليج بوثنيا وبحر البلطيق شرقًا. وتختلف المناظر الطبيعية الريفية من جبال كيولن غير المسكونة والخالية من الأشجار في الشمال الغربي إلى السهول الخصبة في الجنوب وتغطي آلاف البحيرات نحو ١٢/١ من مساحة السويد. وتغطي الغابات أكثر من نصف أراضي القطر مما يجعل الأخشاب السويدية من أهم الصادرات. وتُعد جبال السويد التي يغطي قممها الثلج مكانا مثاليا لرياضتيْ المشي والتزلج وغيرهما من النشاطات التي تمارس في الهواء الطلق. والسواحل السويدية الطويلة سواحل رملية في الجنوب ومنحدرات صخرية في أجزاء من الغرب والشمال، وأكبر جزر السويد هي جتلاند. ويختلف مناخ السويد بدرجة كبيرة بين الأجزاء الشمالية، والجنوبية. الرياح الجنوبية الغربية القادمة من المحيط الأطلسي تعطي جنوبي السويد صيفًا لطيفًا وشتاءً معتدلاً في أغلب الأحوال. وعلى خلاف ذلك نجد أن لشمالي السويد صيفًا لطيفا وشتاءً باردًا. تحجز جبال كيولن الرياح الأطلسية، ولذا فإن تأثيرها يكون ضعيفا على شمالي السويد. واللغة السويدية لغة جرمانية، تشبه كثيرًا اللغة الدنماركية والنرويجية(١١٠).

وتتبع السويد نظاماً ملكياً دستورياً بنظام برلماني واقتصاد متطور، رئيس الدولة هو الممثل الأول للمملكة ولكنه مستقل عن السلطة التنفيذية، ولا يشارك رئيس الدولة فى اجتماعات الحكومة ولكنه يحاط علماً بالقضايا القومية ذات الأهمية، والبرلمان له سلطة اتخاذ القرار على المستوى الاعلى والقوة الشكلية للقرار الحكومى تترك لمجلس الوزراء . وتحتل السويد المرتبة الأولى في العالم في

مؤشر الإيكونوميست للديموقراطية والسابعة في مؤشر الأمم المتحدة للتنمية البشرية، وهى عضو في الاتحاد الأوروبي منذ عام ١٩٩٥، وعضواً في منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية. وهى دولة وحدوية تقسم إلى إحدى وعشرين مقاطعة (لكل مقاطعة مجلس إداري يتم تعيينه من قبل الحكومة) يقود هذا المجلس الحاكم والذي يعين لمدة ٦ سنوات. والمهام الرئيسية للمجلس الإداري التنسيق وتطوير المقاطعة بما يتناسب مع السياسات الوطنية. ويوجد في كل مقاطعة أيضاً مجلس مقاطعة منفصل أو برلمان محلي يتم انتخابه مباشرة من السكان(١١١).

وتعد السويد دولة ديمقراطية، أى أن كل الأحزاب السياسية التى تحصل على أكثر من ٤% من الأصوات فى الانتخابات العامة يخصص لها مقاعد فى Riksday، ويسمح فقط للمواطنين السويديين التصويت فى الانتخابات العامة، ويوجد بالسويد خمسة أحزاب سياسية رئيسية هى: الحزب الديمقراطي الاشتراكى، حزب المحافظين، الحزب الليبرالى، حزب الوسط، الحزب الشيوعى(١١٢). وتتمتع الحياة السياسية بالسويد بالطابع الديمقراطى فى الحكم وحرية الرأى وتوفير جو من الحياة الديمقراطية فى مؤسسات المصنع، وتنعكس مظاهر هذه الحرية على مؤسسات التعليم فى مختلف مستوياتها، إذ تعتبر هذه الحرية جزءاً من الأيديولوجيا الرأسمالية السائدة فيها (١١٣) .

وشكلت هذه الظروف السياسية بصورة واضحة – بالقطع إلى جانب عوامل أخرى – مجالاً لجعل السويد تتخذ من الأسرة وبيئة المنزل مدخلاً أساسياً لها فى توفير خدمات فى التدخل المبكر للمعوقين، إذ ينمو الأطفال داخل نظام الأسرة، ويتلقى معظمهم خدمات رعاية يومية Day Care Service منذ عمر مبكر تحقيقاً لمبدأ تكافو الفرص بين الجميع سواء أكانوا عاديين أم معوقين. وطبقاً لقانون الخدمة والدعم (LSS)، وقانون الصحة والخدمة الطبية (HSl) تقدم الخدمات للأطفال ذوى الإعاقات، لكنها تختلف تبعاً لنوع الإعاقة ، ودرجة العجز، ومن ثم تولى السويد اهتماماً بتوفير عمليات الوقاية بمستوياتها الثلاثة فى محاولة لمنع تفاقم الإعاقة وحصرها فى أضيق نطاق.

وفيما يتعلق بالعامل الاقتصادى تمتلك السويد اقتصاداً مختلطاً متجهاً نحو التصدير ويتميز بنظام توزيع حديث واتصالات داخلية وخارجية ممتازة بالإضافة إلى يد عاملة ماهرة، ويشكل الخشب وتوليد الطاقة الكهرمائية وخام الحديد قاعدة الموارد الاقتصادية وهي موجهة بشكل كبير نحو التجارة الخارجية، كما يمثل القطاع الهندسي السويدي نحو ٥٠٪ من الإنتاج والصادرات. وتعد الاتصالات وصناعة السيارات والصناعات الدوائية أيضاً ذات أهمية كبيرة. بينما تمثل الزراعة فقط ٢% من الناتج المحلي الإجمالي والعمالة. ويتميز الاقتصاد السويدي هيكلياً بقطاع صناعات تحويلية كبير مبني على العلم والمعرفة وموجه نحو التصدير وقطاع خدمات أعمال صغير نسبياً في تطور متزايد وقطاع

لدعم الأسر والأفراد والوقاية وتدريب الكوادر العاملة فى مجال الطفولة والأمومة [122]. وفى هذا السياق تتضامن عديد من أجهزة التدخل والخدمات المعنية لتوفير نظام تدخل مبكر كفء للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. وفى ضوء قوانين اللامركزية ١٩٨٣/٨٢ التى أولت صلاحيات كبيرة لمجالس المقاطعات للتعهد بخدمات الطفولة والتدخل المبكر.

ومن أهم أهداف عمليات التدخل المبكر بفرنسا ما يلي[123] :

- الاكتشاف Détection : تشخيص واكتشاف الإعاقات مبكراً بأقصى قدر ممكن . الوقاية Prévention : الوقاية من العجز أو ظهور أى إعاقات فى المستقبل .
- التنشيط والإثارة Stimulation : بهدف تطوير نمو الطفل وبيئته من وجهة النظر البدنية ، العقلية ، الاجتماعية .
- مساعدة ودعم الأسر Aide et Soutien مرافقة للطفل أسرته فى مواقع معيشتهم العادية.

وينظم التدخل المبكر فى فرنسا من خلال النصوص التشريعية التالية [124] :

- قانون التوجيه لصالح الأشخاص المعوقين الصادر فى ٣٠ يونيو ١٩٧٥ .
- قانون ديسمبر ١٩٨٩ عن الحماية والارتقاء بصحة الأسرة والأطفال.
- قوانين اللامركزية التى حولت المسئولية السياسية والمالية لخدمات حماية الطفولة والأمومة إلى المجالس العامة للمقاطعات .
- قانون ٢٠٠٥ المساواة فى الحقوق والفرص والمشاركة والمواطنة للأشخاص المعوقين.
- مرسوم ٢٠٠٧ حدد مهام مراكز وخدمات الرعاية اليومية.
- تقرير وزارى ٢٠٠٨ عن التطورات فى الحضانات ورياض الأطفال.
- اتفاقية ٢٠٠٩ الإدارة والأهداف الموقعة من قبل الحكومة ومنظمة الضمان القومى حددت الحاجات والمساعدات المالية بشأن الحقوق الوالدية فى رعاية الأطفال.

ولتحقيق هذه الأهداف أقامت فرنسا شبكة متنوعة من الخدمات تتبع جهات متخصصة عديدة (سواء للوقاية أوالاكتشاف، أوالتخطيط ، أوالتعهد بالأطفال). ويمكن القول أن أهداف التدخل المبكر بفرنسا جاءت معبرة عن السياسة الفرنسية التى تسعى إلى تحقيق النمو الشامل المتكامل لجميع الأطفال لا فرق بين سوى ومعوق ليصبح كل فرد منتجاً ومشاركاً إيجابياً فى تنمية مجتمعه، من خلال توفير أوجه الرعاية التعليمية والصحية والاجتماعية والترفيهية والفنية وتطوير برامج التدخل المبكر له بما يتمشى مع متغيرات المجتمع هذا من جانب، ومن جانب أخر عضد تلك الرؤية النصوص التشريعية التى وضعت أسس وبذور لخدمات التدخل المبكر التى تعمل فى إطارها ومن خلالها.

[ب] فريـــق عمـــل التدخـــل المبكـــر :

يشتمل فريق عمل التدخل المبكر على ممثلين من القطاع الطبى، وشبه الطبى، والقطاع النفسى، والقطاع التربوى، والقطاع الإجتماعى. وبصفة عامة يشتمل الفريق على : طبيب أطفال مسئول عن الخدمة، طبيب نفسى، أخصائيون نفسيون، مربون، أخصائيون معالجون، معلمون فئات خاصة، أخصائيون اجتماعيون، ممرضات. ويعمل الفريق بمدخل تعدد وتداخل التخصصات فى إطار من التعاون والتنسيق حيث يكمل عمل بعضهم الأخر ، كما يقيمون علاقات وصلات مع أسر الأطفال من أجل إحاطتهم علماً بكل جديد فى نمو وتقدم الطفل [125] .

وفيما يتعلق بالتنمية المهنية لفريق عمل التدخل المبكر بفرنسا يلاحظ ما يلى[126] :

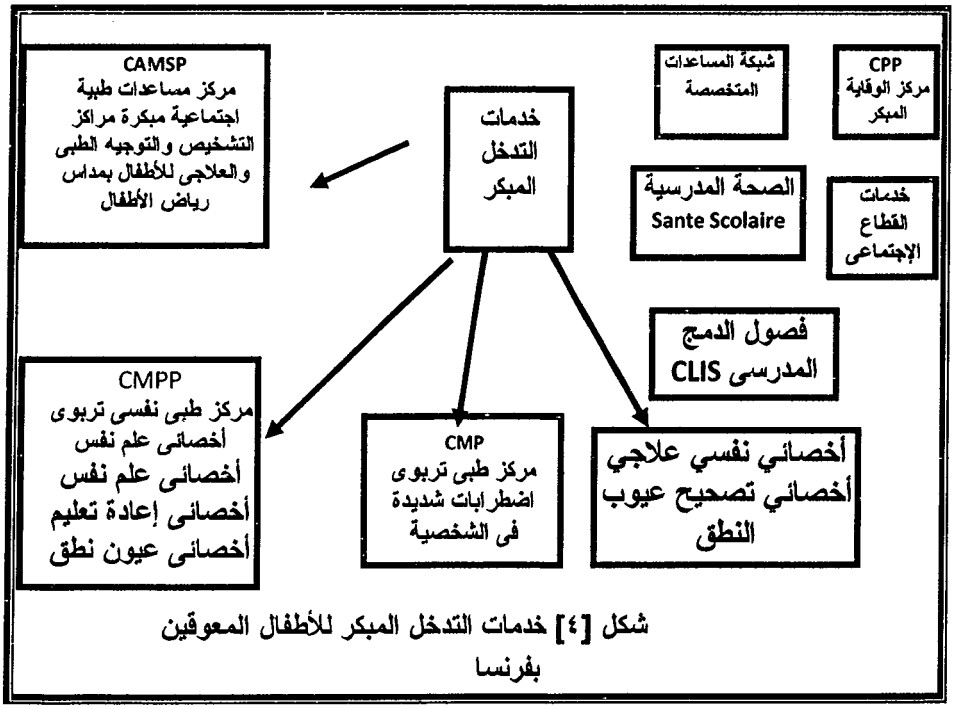
- التدريب للتدخل المبكر فى مرحلة الطفولة المبكرة بفرنسا يأخذ شكل تدريب أثناء الخدمة على صورة كورسات تدريب متخصصة تقدم من قبل جهات عديدة .
- يقدم مركز Centre National Etudés et de Formation pour l'Enfance Inadaptés تدريبات متخصصة للمهنيين فى فريق التدخل المبكر، كما أن برامج التدخل المبكر بمرحلة الطفولة المبكرة ECI تشكل جزءاً من برنامج الماجستير فى التربية الخاصة التى تنظمها بعض الجامعات الفرنسية

[ج] خدمـــــات التدخـــل المبكـــــــر:

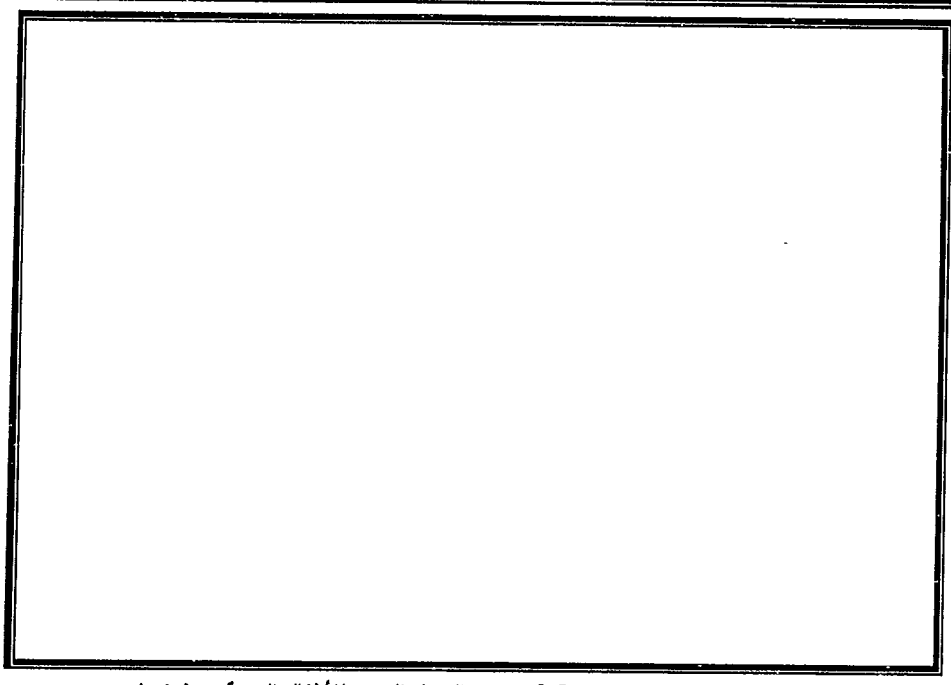
تتعدد وتتنوع مراكز تقديم خدمات التدخل المبكر بفرنسا فيما بينها [127] :

- **مراكز الأمومة وحماية الطفل [CMPE] :** تعتنى بالأطفال منذ الميلاد حتى ٦ سنوات، ويتركز عمله حول المتابعة الطبية للمواليد الجدد والأطفال، إذ يقوم بعمل تقويمات حسية ونفسية لهم، وتقدم هذه الخدمة بالمجان، ويمكن أن تقدم بالحضانات .
- **مراكز العمليات الطبية الاجتماعية المبكرة [CAMSP] :** تتعهد بالطفل منذ الميلاد وحتى ٦ سنوات، ويحول الأطفال مباشرة إلى هذا المركز من قبل الطبيب أو المدرسة أو خدمة الأمومة وحماية الطفل، وتهدف هذه المراكز إلى منع أوالتقليل من حدوث الإعاقة من خلال عمل فحص طبى شامل [وقاية، تشخيص، تقيم دورى وتقديم أنشطة رعاية يومية وعلاجية، رعاية متجولة]. وجدير بالذكر أن بعض هذه المركز متخصص تبعاً لنوع الإعاقة، والأخر متعدد التخصصات ويلاحظ أنه فى حالات عديدة يمكن للطفل الذى تتم متابعته من قبل فريق CAMSP استيعابه برياض الأطفال كل أو بعض الوقت وهو ما يمثل أول صورالدمج الاجتماعي له، وتمول هذه المركز من قبل الأمن الاجتماعي ، ويلعب الأباء دوراً فى هذا .

- **مركز الوقاية المبكرة Center For Early Prévention (CEP):** يعنى بالطفل منذ الميلاد وحتى ٦ سنوات، وبخاصة الأطفال ذوى المخاطر الطبية العالية ويقدم لهم دعم خاص من خلال فحص طبى شامل ، ثم عمل تقيم تخاطب نفسى ــ حركى وللجوانب النفسية لديهم.
- **مركز طبى ــ نفسى تربوى Medico-Psycho-Pedagogical(MPP):** يعتنى بالأطفال منذ الميلاد وحتى عشرين سنة ، وهو متخصص فى اكتشاف الأطفال المضطربين وتوفير علاجات مختلفة لهم : دعم نفسى، إعادة تربية، مقابلات مع الأقارب وغيرها. ويتشكل فريق التدخل لهذا المركز من اختصاصين مهينين مجال الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية .
- **شبكة المساعدات المتخصصة لذوى الصعوبات (RASED):** وهى تتدخل فى كل مدرسة بفرنسا، ولقد أصبحت كل مجموعة متكاملة من مدارس رياض الأطفال والمدارس الابتدائية معاً تتدخل بها شبكة مساعدات متخصصة قابلة للتجديد كل ٣ سنوات.وتتلخص أعمال الشبكة فى ثلاث نقاط جوهرية هى [128]: الوقاية والكشف المبكر، ومساعدات متخصصة ذات طابع تربوى، ومساعدات متخصصة ذات طابع إعادة تربية.



شكل [٤] خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بفرنسا



شكل [٤] خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بفرنسا

من خلال ما سبق يلاحظ تعدد الجهود المبذولة والبرامج من أجل تدخل مبكر فعال للأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة بفرنسا ومن أجل تيسير دخول الأطفال مضمار التكيف فى أبكر وقت، وذلك من خلال تقديم المساعدات الخاصة التى توفرها شبكة المساعدات المتخصصة RASED والخدمات الأخرى إلى جانب استحداث برامج التدخل التربوية قبل المدرسة فى محاولة للسيطرة على إعاقات الطفولة وحصرها فى أضيق نطاق .

نموذج لتنظيم خدمات مراكز التدخل المبكر فى فرنسا [129]:

طفل عمرة سنتان ولديه إعاقة كف بصر، وينتمى إلى أسرة ذات مستوى اقتصادي منخفض .بداية ، يوجد بفرنسا عديد من الإمكانات لهذا الطفل من خدمات : إذا تم دمج الطفل فى رياض الأطفال ، يحول ملفه إلى منزل المقاطعة للأشخاص المعوقين (MDPH) من أجل تخصيص إعانات تربية خاصة له ، تغطى النفقات الخاصة المرتبطة بإعاقته مثل : وسائل مواصلات فردية أو جماعية تنقله من المنزل إلى المدرسة والعكس. وفى هذه الحالة تتعاون لجنه المقاطعة بالمدرسة الخاصة مع الروضة لإعداد مشروع فردى بالدمج المدرسى المبكر لهذا الطفل ويقدم دعم من خدمه طبية علاجية على أن يتم التنسيق والمتابعة الجيدة لمختلف المشاركين فى التدخل المبكر للطفل. أما فى حالة إذا الطفل بالمنزل تتم متابعته من قبل مركز العمليات الطبية الاجتماعية المبكرة CAMSP الذى يتابع

ما تتفرد وتتميز به السويد عن باقى دول المقارنة فى إشراك الآباء فى فريق العمل، كما تولى كل من فرنسا وألمانيا اهتماماً بتضامن وشراكة الأسر، وتتميز ألمانيا بأن للآباء تأثير ودور بارز فى المساعدة مع عمل الفريق إذ أن ٥٠% من الأطفال المعوقين تتم عملية التدخل لهم بالمنزل. وهذا يفسر فى ضوء أن استراتيجيات العمل التدخل المبكر فى دول المقارنة تقام على ما هو متاح من استعدادات وقدرات لدى الطفل، وليس على ما لا يستطيع عمله أو إنجازه بالتركيز على إعاقته وعجزه .

كما تتشابه دول المقارنة فى الحرص على جعل خدمات التدخل المبكر تقدم بالمجان، وأنها متاحة لجميع الأشخاص المعوقين، حيث تتلقى مراكز التدخل أو الخدمات المسئولة عن التدخل والمساعدات المبكرة دعم وتمويل من قبل أجهزة عديدة مثل السلطات المحلية، والتأمين الصحى، ووزارة التعليم، ووزارة الشئون الاجتماعية، وغيرها. وبصفة إجمالية وبالرغم من اختلاف خدمات التدخل المبكر وتنوعها فى دول المقارنة، إلا إنها تبرز الاهتمام الشديد بتحقيق أهدافها، والمحاولة بشتى السبل الوقاية المبكرة وتقليل درجة العجز إلى أقصى درجة، وتوفير أوجه الرعاية المتكاملة، كما عملت على استحداث آليات وبرامج للمشاركة الفعالة مع مؤسسات المجتمع المدنى المختلفة وتشجيع البحوث والدراسات فى مجال التدخل المبكر.

خامساً: واقع خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة فى مصر

بعد الوقوف على خبرات التدخل المبكر فى دول المقارنة المختارة ووفقاً لمنهجية الدراسة وطبيعة مشكلتها تتناول هذه الخطوة عرضاً لواقع الجهود المصرية من حيث الفلسفة والأهداف، وفريق عمل التدخل المبكر، وخدمات التدخل المبكر، والقوى والعوامل المؤثرة، حيث شهد المجتمع المصرى تغيرات عديدة انعكست أثارها على خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة بوصفها نسق من أنساق المجتمع وخاصة التغيرات الاجتماعية.

[أ] أهداف التدخل المبكر:

قدمت البحوث التربوية والنفسية فى العقود الماضية أدلة قوية حول الدور الحاسم للخبرات المبكرة والعوامل البيئية فى السنوات الأولى من العمر فى تغيير مسارات النمو. فالنمو لا يتحدد فى ضوء العوامل الوراثية فقط ولا هو ثابت أو محدد منذ البداية. كما يعتقد البعض، ولكن الخبرات تترك تأثيرات جوهرية على الفاعليات والنمو سواء من حيث المعدل أو التسلسل(139). ومن ثم يأخذ التدخل المبكر فى اعتباره بناء أساسان جوهريان مرتبطان أشد الارتباط وهما عمر الطفل والتدخل نفسه، وهو يمكن أن يتم قبل الميلاد، أو لحظة الميلاد، أو فى السنوات الأولى من عمر الطفل، وعلى أى حال قبل التحاق الطفل بالمدرسة. وبهذا يعتبر التدخل مجموعة من التدخلات أو الإجراءات

المخصصة للأطفال وأسرهم، من أجل الإجابة عن الحاجات المختلفة للأطفال المتأخرين فى النمو أو المعرضين لذلك.

وتشتمل الأهداف الرئيسية لمجموعة الخدمات التعليمية والتدريبية للأطفال المعوقين التى تقدم فى مرحلة الطفولة المبكرة إلى(١٤٠):

- الكشف المبكر عن الإعاقة أو الوقاية منها بقدر المستطاع .
- مساعدة المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة على بلوغ أقصى ما تسمح به الظروف من التقدم.
- مساعدة أسر هؤلاء الأطفال للتعايش مع الإعاقة وذلك بتذويدها بالمعلومات المناسبة والإرشاد والتدريب والحث على المشاركة النشطة فى بيئة الأطفال ورعايتهم .

وتشير ليلى كرم الدين(١٤١) فى هذا الصدد إلى أنه يمكن للرعاية المبكرة أن تخفف من المضاعفات والمشكلات المترتبة على الإعاقة والتى تتراكم أثارها مع زيادة العمر الزمنى للطفل، وإلى أن تأخر تقديم هذه الرعاية بكافة أشكالها وعدم تقديمها خلال الفترة الحرجة للنمو النفسى للطفل قد يجعلها عديمة الفائدة والجدوى بالنسبة له.

وبناء عليه يهدف التدخل المبكر إلى تشجيع وإثارة النمو الحس ــ الحركى ، والاتصال الاجتماعى لدى الطفل لكى تسمح له بتطور ونمو أفضل لقدراته واستعداداته بطريقة تجعله قادراً على المشاركة بفاعلية فى الحياة الاجتماعية، بأقصى قدر ممكن من الاستقلالية، وهو يتعلق بكل أنواع التدخل الضرورية فى السنوات الأولى من حياه الطفل ويهدف إلى :

إثارة وتنشيط نمو الطفل # الوقاية من العجز أو الإعاقات فى المستقبل

اكتشاف الصعوبات المرتبطة بعجز بدنى،اجتماعى،أسرى، تعليمى # دعم ومساعدة للأسر

ورغم تنوع الأهداف إلا أن الجانب الوقائى يتصدر هذه الأهداف جميعها لما له من أهمية فى منع تفاقم الإعاقة والحد من تأثيراتها إلى أضيق نطاق. وهكذا فإن الوقاية الفعالة من الإعاقة تتطلب جهوداً وطنية واسعة النطاق يشارك فيها كل من الفرد والأسرة والمجتمع [المنظمات الحكومية وغير الحكومية ووسائل الإعلام المرئية والمقروءة والمسموعة] فالإعاقة تفرض اتخاذ تدابير عديدة قبل الزواج، وقبل الحمل، وقبل الولادة، وأثناء الولادة وبعدها وعليه فلابد من إعداد أفراد المجتمع للأبوة والأمومة، ونشر المعلومات حول عوامل الخطر الرئيسية وسبل تجنبها، وتشجيع الأنماط والعادات الشخصية والاجتماعية والغذائية الصحية، وإجراء العديد من الدراسات حول أسباب الإعاقة والتأكيد على أهمية معرفة مظاهر النمو الإنساني فى مراحل الطفولة وأهمية استخدام الأساليب التربوية أو النفسية المناسبة فى تنشئة الأطفال(١٤٢).

[ب] فريـــق التدخـــل المبكـــر :

تحتاج الفئات الخاصة إلى مجموعة من الخدمات التخصصية الشاملة فى النواحى الصحية والتربوية والتعليمية، والنفسية والاجتماعية، والتأهيلية والمهنية، والثقافية والإعلامية التى تضمن لأفراد هذه الفئات فرص النمو المتكامل والمتوازن والاندماج فى المجتمع ومن ثم فهى مسئولية فريق متكامل من الأطباء والممرضين والمعلمين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائى العلاج الطبيعى، وأخصائي اضطرابات الكلام، واختصاصي قياس السمع، والوالدين وغيرهم .

وتشمل الكفايات اللازمة للعاملين فى فريق التدخل المبكر النواحى التالية(١٤٣):

- معرفة مراحل النمو الطبيعى وغير الطبيعى للطفولة .
- القدرة على معرفة أعراض الإعاقة المختلفة وتطبيق أدوات التقويم الرسمية وتفسير نتائجها .
- القدرة على ملاحظة سلوك الأطفال .
- القدرة على توظيف الأساليب غير الرسمية فى تشخيص مشكلة النمو .
- القدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى ملائمة لمستوى نمو الطفل ومتوافقة مع التعليم ومواطن الضعف ومواطن القوة لديه .
- القدرة على تفسير التلميحات الصادرة من الأطفال، واستخدام هذه المعلومات لتنظيم بيئة تلبى حاجاتهم الفردية، وتشجعيهم على التفاعل والاستكشاف إلى أقصى حد.
- القدرة على بناء علاقة قائمة على الثقة مع الأطفال من خلال ا لتواصلِ الفعال.
- القدرة على تفهم الفروق الثقافية واحترامها.
- القدرة على استخدام الأساليب التى تشجع على التفاعلات الإيجابية بين الأطفال ذوى القدرات المتباينة والخلفيات الثقافية المتنوعة.
- فهم الفلسفة الكامنة وراء المناهج المستخدمة.
- القدرة على الاستماع النشط الإيجابي وتطوير برنامج علمى لمشاركة الأسرة.
- القدرة على تدريب الفنيين بالعمل معهم.
- القدرة على العمل بفاعلية كعضو فى الفريق متعدد التخصصات.
- القدرة على إدراك مواطن الضعف الشخصية وطلب المساعدة عندما تقتضى الحاجة لذلك .

ويمثل التدخل المبكر فى مصر مجالاً بكراً لرعاية الأطفال المعوقين فى مرحلة ما قبل المدرسة والوقاية الفاعلة من الإعاقة تحتاج إلى نطاق عدد كبير من الجهود المندمجة. فقد أوضحت نجدة سليمان(١٤٤) إلى أن العمل فى مجال التدخل المبكر فى مصر يتسم بالجزئية والفردية، وقد يرجع ذلك إلى صعوبة انخراط العاملين فى عمل جماعى إما بسبب حداثة أو غياب الإعداد أو التدريب أو انتشار ثقافة العمل الفردى التى تميز الإدارة فى مصر.

ويمثل تنظيم البيئة التى يعمل فيها أخصائيون التدخل المبكر فى مرحلة الطفولة المبكرة فى مصر عائقاً فى تطبيق التدخل المبكر فأخصائيي التدخل المبكر ليسوا أعضاء منتظمين فى فرق التدخل المبكر وهم قد يقدمون خدماتهم خارج الفصل فى عياداتهم الخاصة، والوقت المتاح لهم لتقديم الخدمة محدود فى العيادة وأدوارهم المتعلقة بالعمل مع الأسرة والمدرسة وتسهيل التنسيق بينها غير واضح (١٤٥).

فبرغم حصول هؤلاء الاخصائيين على تدريب وترخيص بمزاولة المهنة فى فرع من التخصصات العلمية التى تتعلق بأحد جوانب النمو فى مرحلة الطفولة المبكرة دون اعتبار لتشابك وتداخل احتياجات الطفل عبر مجالات النمو المختلفة، كما نجد من جهة أخرى أن الكوادر المؤهلة للعمل فى هذا المجال قليل، وأغلبها يفضل العمل فى البلدان الشقيقة أو فى مجال آخر يوفر رواتب أفضل .

ويمكن تلخيص المشكلات التى تعترض تطبيق مدخل الفريق فى التدخل المبكر للأطفال المعوقين فى مرحلة الطفولة المبكرة فى النقاط التالية(١٤٦) :

- البيئة التنظيمية التى يعمل داخلها الفريق وما تحتاجه من دعم تنظيمى وتحديد لأوقات الاجتماعات والاستشارات التعاونية ومشكلات التمويل واستئجار أعضاء إضافيين .
- وجود متغيرات عديدة تتوسط فاعلية الفريق من داخل نظم التدخل المبكر .
- إهمال برامج التدريب المهنى إعداد طلابها المشاركة فى الفرق التعاونية فإلى جانب النقص فى بعض التخصصات المطلوبة لا يتلقى الطلاب أى تدريب فى غير تخصصهم الأساس مما يجعلهم لا يروا أنفسهم كعنصر تعاونى للفريق ولكن منفردين فى مجال تخصصهم داخل الفريق .
- مشكلات تعدد حداثة الفريق وقلة خبرة أعضائه فى هذا المجال .
- افتقاد القيادة القوية .
- تزايد عدد الأطفال المقدمة لهم الخدمة والتعقد فى الخدمات والاحتياجات المطلوبة .
- نقص وسائل التعرف والاختبارات والأجهزة والمبانى والموارد المالية .
- الظروف البيئية الفقيرة للآباء وعدم تفهمهم قيمة وطريقة المشاركة والعمل فى فريق .
- الإدارة ونقص الاتصال والتعاون والتنسيق .
- التركيز على أحد جوانب النمو فحسب بدلاً من النظرة الكلية لأولويات الأسرة وحاجات الطفل .

ومن هنا فإن النموذج التعليمى لتقديم خدمات التدخل المبكر العلاجية والتربوية المجزأة فى مرحلة الطفولة المبكرة من جانب مجموعة مختلفة من الأخصائيين لكل طفل معوق على حده يثير العديد من المشكلات فهو نموذج معقد ومربك ينقصه التنسيق والتعاون والتدريب لكل المتدخلينس فيه.

الاستيعابي، وضيق قاعدة الخدمات المقدمة في مراكز رعاية الطفولة وانعدامها فى مرحلة ما قبل المدرسة فى التعليم العام والتربية الخاصة .

وبمراجعة حجم ونمط المشكلات التى تعانى منها الدول النامية في مجالي الوقاية والتدخل المبكر قد لخصها مدير اليونسيف فيما يلى(١٥٧):

- انخفاض الوعي الصحي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان .
- وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن اعتبارهم من الفئات المحرومة ، أو التي لا تتلقى الحد الأدنى من الخدمات الضرورية .
- انعدام أو عدم كفاية البرامج القائمة حول الوقاية أو العوامل المسببة للإعاقة وندرة الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة وخاصة فى مجال الوقاية والرعاية والصحية الأولية .
- غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها لدى غالبية أفراد المجتمع .
- وجود عوائق مادية وجغرافية مثل عدم توافر الدعم المادي اللازم ، واتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة .
- ندرة استغلال المصادر المحلية بشكل امثل .
- غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوافرة محلياً سواء كانت اجتماعية أو تعليمية أو صحية .
- اعتبار خدمات الوقاية للمعوقين فى أدنى سلم الأولويات لدى كثير من المجتمعات النامية .

فضلاً عما سبق أكد "عادل عبد الله" أنه برغم أهمية التدخل المبكر إلا أن الأقطار العربية تكاد تخلو من رياض الأطفال الخاصة بهذا القطاع والتى يمكن أن تهتم بتلك الفئات فى مثل هذه المرحلة العمرية المبكرة وتحديدهم فى سن مبكر من حياتهم، والتعرف عليهم عليهم آنذاك، والاكتشاف المبكر لإعاقاتهم، أو حتى لمواهبهم. وفى ضوء ذلك فإن أول احتكاك بحالة الطفل يتم فى الغالب عندما يصل ذلك الطفل إلى سن المدرسة إذا لم تكن إعاقته ملحوظة منذا لبداية، أما فى بعض الحالات الأخرى التى تتم ملاحظتها بسهولة فلا يجد الوالدان مكاناً يذهبان إليه بطفلهما سوى عيادة الطبيب التى لا تفيد كثيراً فى ذلك الوقت، وهو الأمر الذى يحرمهم من الخدمات التى يفترض أن يحصلوا عليها، ومن العرض المبكر للخبرات التى يكون من شأنها أن تؤهلهم للاندماج فى المجتمع الأكبر فيما بعد وهو ما يدعم أهمية الدمج الشامل فى سبيل تحقيق التنمية البشرية لتلك الفئات التى يضمه ذلك القطاع(١٥٨).

فى ضوء ما سبق من عرض لخدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة والفلسفة والأهداف التى تسعى لتحقيقها وكذلك برامج الرعاية والخدمات المختلفة التى تقدم لهؤلاء الأطفال، ومن واقع تحليل الدراسات والبحوث السابقة تم تشخيص عدد من المعوقات التى تواجه التدخل المبكر يمكن إيجازها فيما يلى :

- قصور بعض مكونات خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة كضعف الارتباط والتجزئة والانفصال بين هذه الخدمات بعضها البعض، وبين هذه الخدمات ومن المنزل والمركز أو المدرسة ونقص انتشار هذه الخدمات على مستوى محافظات الجمهورية وتمركزها فى العاصمة والمدن الكبرى، وضعف الطاقة الاستيعابية لهذه الخدمات، علاوة على عدم وجو أخصائيين مؤهلين تربوياً لمتابعة وتوجيه ودعم هؤلاء الفئات وأسرهم .
- نقص وفقدان العمل فى فريق ينتج عنه عدم التكامل بين معلومات الأخصائين فى التدخل المبكر وضعف التعاون مع الأسر لتأهيلها للتعامل مع أبناءها المعوقين .
- قلة الموارد المالية والإمكانيات المادية من مبانى وأدوات ومتطلبات وتجهيزات وأدوات القياس أو الكشف المبكر وانخفاض أو فقدان الوعى لدى أولياء الأمور بأهمية هذه الخدمات ودورهم فى المشاركة فيها .
- وجود عجز شديد فى الإمكانيات البشرية والمادية المتاحة بتلك المؤسسات مما يعوق تحقيق أهدافها .
- ومما لا شك فيه أن هذا القصور فى خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة يجعلها فى حاجة إلى تطوير ودعم حتى تستطيع تحقيق أهدافها المرجوة وضرورة الاستفادة من خبرات بعض الدول الأجنبية المتقدمة فيما توفره من خدمات واستراتيجيات بهذه المرحلة فى ضوء ما يناسب مع ظروف وإمكانات مجتمعنا.

سادساً : تصـــور مقتـــرح لتطويـــر خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة بمصر فى ضوء خبرات الدول المقارنة

اتفاقاً مع ما جاء بالإطار النظرى للدراسة، ومسايرة لخبرات دول المقارنة، ومراعاة لظروف الواقع المصرى ومعطياته الثقافية، يمكن وضع التصور المقترح التالى فى ضوء ما يتناسب مع ظروف المجتمع المصرى:

أولاً : منطلقـــات التصـــور المقتـــرح :

- الاهتمام بالطفولة هو اهتمام بحاضر الأمة ومستقبلاً وتربيتهم هى المواجهة الحتمية لتحديات المستقبل وتسهم استراتيجية التعليم للجميع فى تحقيق ذلك من خلال الإفادة من الموارد البشرية للأطفال المعوقين وتأميناً لسلامة المجتمع .
- للتدخل المبكر فعالية تكلفة على المدى الطويل بما يحققه من علاج ووقاية عن مشكلات النمو التى قد تتطلب تقديم خدمات خاصة باهظة التكاليف فى فترة متأخرة من الحياة ، وما ساعد على ذلك التحول الذى حدث فى فلسفة الرعاية الاجتماعية لذوى الاحتياجات الخاصة حيث أصبح من الضرورى حصولهم على الخدمات الخاصة فى المواقع الطبيعية التى يستخدمها الأطفال العاديين ، مثل دور الحضانة ورياض الأطفال .
- ارتباط تطوير خدمات التدخل المبكر للمعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة ارتباطاً وثيقاً بتطوير عناصر منظومة مؤسسات رعاية المعوقين من حيث علاقتها بالمؤسسات التعليمية والصحية والاجتماعية وغيرها، وتطوير مواردها المادية والبشرية ، واختيار وتدريب المعلمين والعاملين بها ، وتفعيل صور المشاركة المجتمعية .
- تبنى فلسفة أو استراتيجية تربوية لبرامج التدخل المبكر ذات موقف إنسانى إيجابي واضحة ومعلنة تعمل بمثابة الموجه والدليل إلى العمل مع الطفل وأسرته مع استغلال أمثل للموارد البشرية المتاحة يحقق الرعاية المتكاملة لهم من خلال الاهتمام ببناء مواطن القوة وعدم التركيز على مواطن العجز .
- التكامل والتنسيق بين مؤسسات التدخل المبكر والوزارات والتنسيق بين القطاع العام والمنظمات غير الحكومية وكذلك التنسيق بين هذه الجهات والفئات العاملة فى مجال الإعاقة يسهم فى زيادة فعاليتها والوفاء بمتطلباتها .

ثانياً : أهـــداف التصـــور المقتـــرح : يسعى التصور المقترح إلى تحقيق ما يلى :

- ❖ الارتقاء بخدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة تحقيقاً لاستراتيجية التعليم للجميع وترسيخاً لحقوق الطفل التى أقرتها المواثيق الدولية والوطنية من حيث البقاء والنمو والحماية
- ❖ تفعيل الشراكة بين خدمات التدخل المبكر ومنظمات المجتمع المدنى لتحقيق أهدافها متطلباتها.
- ❖ إمداد صانعى القرارات بآليات إجرائية لتطوير خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة فى ضوء الإمكانات المتاحة ، والمتغيرات المعاصرة

ثالثاً : متطلبـــات تنفيـــذ التصـــور المقتـــرح :

يتطلب التصور المقترح تغيرات جادة فى سياسات الوزارات المعينة بمجال التدخل المبكر مع دعم القيادات السياسية لهذا التغيير، بالإضافة إلى رفع مستوى الوعى الثقافى لدى المهتمين والمعينين بمجال التدخل المبكر، وما يتطلبه من التدقيق في اختيار العاملين بهذا المجال، وتفعيل العمل الفريقى، ودعم صور المشاركة المجتمعية، بالإضافة إلى توظيف التكنولوجيا المعاصرة فى خدمات التدخل المبكر، وتوفير الموارد المالية اللازمة، كما يرتبط نجاح التصور المقترح بمدي ملاءمته للمجتمع المصري واستجابته للطموحات المجتمعية في توفير أفضل الخدمات لهولاء الأطفال المعوقين ويتضح ذلك في المقترحات التالية :

١ - مقترحـــات خاصـــــة :

ولتحقيق التصور المقترح ينبغي الأخذ ببعض المقترحات الخاصة التالية بشأن تطوير التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة من حيث الأهداف، فريق العمل، أنماط وخدمات التدخل المبكر والتى يمكن إيجازها فيما يلى :

[أ] الأهـــــــــــداف :

- ضرورة وضع أهداف واضحة ومحددة للتدخل المبكر على أن تكون مصاغة بصورة تمكنها من التطبيق والتقييم مع توفير مناخ غنى بالخبرات، وتوفير سبل الرعاية التعليمية بالقدر المناسب، وأن يكون الهدف الكلى لجميع الخدمات تلبية حاجات الطفل وأسرته على نحو شمولى وليس فقط الحاجات الصحية والتربوية للطفل، والتعاون مع أولياء الأمور كشركاء واحترام حاجاتهم وخبراتهم .
- وضع أهداف على جميع المستويات الوقائية من خلال إجراءات عملية منسقة وملائمة وهذا يتضمن ما يلى :

➢ تضامن الخدمات الاجتماعية والصحية والتعليمية فى الاكتشاف المبكر من أجل تجنب أى تأخر يؤثر فى النمو اللاحـــق .

➢ تعريف إجراءات النمو المتراكمة لكل الأطفال بصفة منتظمة .

➢ توفير متابعة مستمرة وإشراف ونصح لكل سيدة حامل .

- تبنى استراتيجيات ذات أهداف واضحة ومحددة مرتبطة بالبيئة المصرية وتؤدى إلى تحقيق ما يلى

❖ إتاحة الفرص للوصول إلى الأطفال والأسر الأقل حظاً والأكثر عرضة للخطر

❖ التكامل ، أى تقديم الخدمات فى البيئات الطبيعية للطفل .

- ❖ توسيع قاعدة الخدمات التى تقدمها مراكز رعاية الطفولة بحيث تشمل التغذية والرعاية الصحية والتربية والتكييف النفسى العام .
- ❖ مشاركة الأسر بخاصة والمجتمع بعامة لضمان توفر برامج التوعية وإفادة الأطفال والأسر والمجتمعات المحلية أيضاً .
- ❖ الاعتماد على الاتجاه البيئى / الوظيفى فى تحديد محتويات المنهج من خلال تحليل خصائص بنيان الطفل
- ❖ التخطيط لعمليات الانتقال *Transition Planning* خاصة الانتقال من خدمات المستشفى إلى خدمات المنزل أو مركز رعاية الطفل، ومركز رعاية الطفل والأسرة إلى خدمات ما قبل المدرسة، ومن خدمات ما قبل المدرسة إلى المدرسة .

- ضرورة تركيز الأهداف وخطط التدخل المبكر أن تبقى برامج الطفولة المبكرة ذات تكلفة متوسطة ومن الممكن تحقيق ذلك من خلال دمج هذه البرامج ببرامج الرعاية الصحية والبيئية التعليمية والتربية العامة القائمة فى المجتمع بدلاً من إقامة بنية تحتية جديدة باهظة التكاليف .
- الاستفادة من خبرات الدول المتقدمة بأن تهدف خدمات التدخل المبكر مرافقة الطفل وأسرته فى مواقع معيشتهم العادية، وأن لا تقتصر برامجها على العلاج فقط عن طريق التعليم والتأهيل، وإنما تمتد لشتمل آفاقاً أوسع كالوقاية من الإعاقة فى شتى صورها ومختلف آثارها على الطفل المعوق وأسرته ومجتمعه .

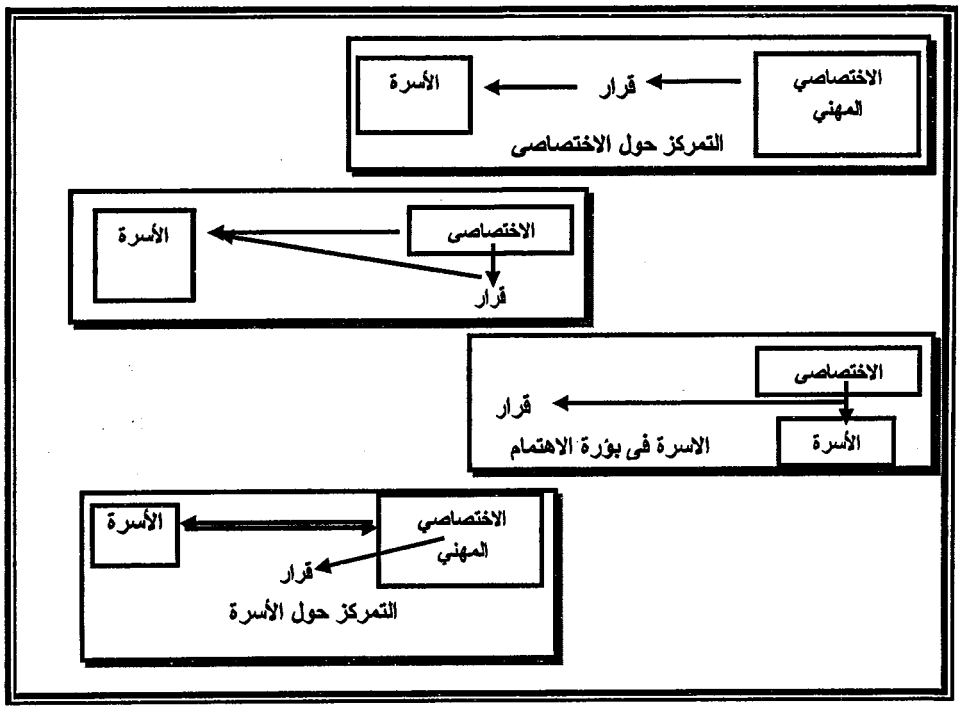
[ب] فريـــــق عمـــل التدخـــــل المبكـــــــــر :

إن خدمات التدخل المبكر تتضمن أخصائيون مهنيون من أنظمة عديدة، ذات خلفيات مختلفة، ومن أجل ضمان جودة عمل فريق متداخل المتخصصات يقترح ما يلى- شكل (٥) :

- **التعاون مع الأسر:** كشريك أساسى للاخصائيين المهنيين،كما يوضحه، ويؤخذ فى الاعتبار أن:

- للأسر الحق أن تحاط علماً بكل شئ ، منذ اللحظة الأولى التى يتم فيها تحديد وتشخيص حالة الطفل وتقديم الدعم المناسب لها واستمرار هذا الدعم إذا رأت الأسرة أنها بحاجة إليه .
- ينبغى على الاخصائين المهنيين إقامة تعاون مبدئى واتجاه منفتح ومحترم مع الأسر من أجل تفهم حاجاتهم وتوقعاتهم وتجنب أى صراع أو فرض لأرائهم على أن يكون الهدف الكلى لجميع الخدمات تلبية حاجات كل طفل وأسرته .
- يجب على الأخصائين المهنين تنظيم لقاءات من أجل مناقشة وجهات نظر مختلفة مع الآباء، ودعم المصادر الذاتية للأسرة من مهارات وإمكانات وقدرات تشجعها دوماً، وتعزيز ثقتها بنفسها وتطوير مستوى كفاءتها، والاستماع لكل أسرة والتوصل معها إلى قرارات .

- إعداد خطة فردية تشير إلى التدخل وأهدافه، واستراتيجياته، وتوزيع المستويات وإجراءات التقويم، على أن تقيم هذه الوثيقة [الخطة] باستمرار من قبل الأسر والأخصائين والمهنين .
- تلقى الأسر تدريبات تثقيفية تساهم فى حصولهم على المهارات وهو ما يساعدهم فى تيسير التعامل مع المهنيين ومع طفلهم .



شكل [٥] العلاقة بين الأسرة والاختصاصى المهنى [تمركز حول الأسرة]

وبناء عليه فإن التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات تشاركية مع أولياء الأمور والتمركز حولهم، والسعى لمشاركتهم فى كل مستويات تخطيط الخدمات واتخاذ القرارات بشأنها، مما يتطلب تعود الاخصائيين المهنيين العمل مع الأسرة انطلاقاً من أن الجهة الموجهة للعمل مع الآباء لا تقل أهمية من الناحية العلاجية عن الجهود المبذولة للعمل المباشر مع الطفل .

-**إتباع مدخل [فريق بنائى]** : يجب أن يعمل الفريق بصفة متداخلة، وأثناء أداء مهامهم يحتاجون إلى تقاسم المبادئ والأهداف، واستراتيجيات العمل وفى هذا الصدد يجب أن يتم دعم وتنسيق للمداخل المختلفة للعمل من أجل دعم المدخل الكلى على أن يؤخذ فى الاعتبار ما يلى :

- ينبغى على أعضاء الفريق تقاسم المعلومات لإكمال بعضهم الآخر، تبعاً لمهاراتهم الفردية وكفاءتهم

- يجب أن تؤخذ القرارات من قبل فريق / مهنيين أى بالإجماع تبعاً للمناقشات والاتفاقات .
- ضرورة إقامة علاقات شخصية بين أعضاء الفريق من أجل تنسيق لكل العادات الضرورية، ولضمان توافر صلات دائمة مع الأسر.
- يبقى تنظيم تدريب إضافى أو تدريب أثناء الخدمة لتقاسم المهنيين المعارف المشتركة المرتبطة بنمو الطفل وتقييمه وما إلى ذلك .

ج- استرشاداً بالخبرات الأجنبية ضرورة أن يتمتع فريق العمل بالاستقرار قدر المستطاع من أجل تيسير عملية بناء فريق وتوحيد جودة الناتج، فالتغير المستمر وغير العادل للاخصائيين المهنيين يؤثر فى جودة الدعم المتقدم وجودة فريق العمل والتدريب .

د- الاستفادة من الخبرات الأجنبية فى الاستعانة أحياناً بمنسق لتنسيق العمل بين مختلف خدمات التدخل المبكر، وهو ما يضمن تنسيق أفضل بين الخدمات من جهة، وبين المهنين ومع الأسرمن جهة من أخرى.

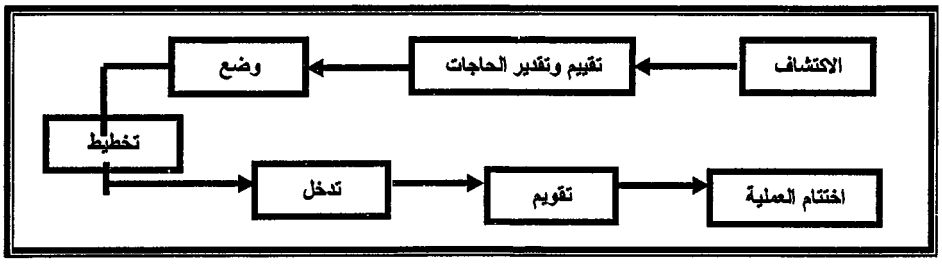
تدريب الأخصائيين المهنيين : يعد تدريب العاملين بمجال التدخل المبكر هام جداً لأنه يساعد - على تعويض الفجوة فى التدريب الأولى ويجب أن يقابل حاجات المهنيين المتضامنين فيما يلى :

- التدريب على عمليات برنامج التعليم الفردى وخطة خدمة الأسرة الفردية الذى يتقرر به التدخلات الوظيفية وكيفية تقديم العلاج الطبى لمقابلة الاحتياجات .
- التدريب على مهارات الاستشارات والتزود بالمعلومات للمشاركة فيها وتعلم النماذج المختلفة لتقديم الخدمة والتدخلات الوظيفية، وبالتالى ينبغى أن يكون التدريب على مهارات الاستشارات جزء من النمو المهنى للعاملين بما فيه التدريب أثناء الخدمة لأخصائى العلاج ومعلمى التربية الخاصة والمربيين فى التعليم العام فى مرحلة الطفولة المبكرة .
- التدريب على استخدام النماذج المختلفة لتقديم الخدمة، دون التركيز على نموذج واحد فقط، والتدريب على كيفية التعامل مع الأسر، والعمل فى فريق، والعمل مع خدمات خارجية أخرى، وتدريب لكيفية تطوير مهاراتهم وقدراتهم الشخصية .
- تدريب المدربين والتوسع فى إيفاد المتخصصين فى بعثات للدول المتقدمة التى حققت نجاحاً ملموساً فى استخدام الوسائل والتكنولوجيا المتقدمة بمجال التدخل المبكر واستضافة الخبراء الأجانب فى هذا المجال .

[ج] أنمـــــاط التدخـــــــل المبكـــــــــر :

- تنويع البرامج وخدمات التدخل المبكر فى ضوء الاحتياجات ومتطلبات النمو الشامل للأطفال وطبقاً لاحتياجات الأسر.

- التأكيد على لا مركزية الخدمات التدخل المبكر، وهذا يعنى أن تكون قريبة من الأسر بأقصى قدر ممكن من أجل تيسير معرفة جيدة للظروف الاجتماعية للأسرة وضمان وصول نفس جودة الخدمة بالرغم من أى اختلافات جغرافية [ريف – حضر] .
- الاستفادة من خبرات الدول المتقدمة فى استخدام تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات لنشر المعرفة وتبادل الخبرة فى مجال التدخل المبكر، من خلال معاونة الكمبيوتر فى برامج التشخيص، والفحص الأولى، وتقديم العلاجات، واختبارات التقديم، وكتابة التقارير النهائية وتوثيقها من جهة، ومن جهة أخرى يساعد فرق العمل فى تأدية أعمالها بسرعة وكفاءة بمجال جمع المعلومات عن الطفل وأسرته وبيئته واختيار نمط التدخل الملائم له .
- تطوير نظام الإحالة بين مستوى الرعاية الصحية ومستويات الخدمة المتخصصة للمعوقين بهدف تحويل الأطفال الذين يشتبه أن لديهم إعاقة أو المعرضين لمظاهرها إلى الجهة المناسبة للتشخيص
- الاسترشاد بخبرات الدول المتقدمة فى إعداد برامج ومشاريع تدخل مبكر مشتركة مع الدول الأجنبية المتقدمة للاستفادة من خبراتها فى هذا المجال .
- تطوير وتنظيم نظم التسجيل والمعلومات بما يسمح بتوفير معلومات عن الإعاقة وأسبابها
- تفعيل دور مراكز الطفولة والأمومة والمرافق الصحية الأخرى لتقييم ومتابعة النمو الكلى للطفل، مع تزويدها بالمتخصصين فى مختلف الأنظمة ومتابعتهم دورياً .
- التقييم يجب أن يمثل مكانة هامة فى عملية التدخل المبكر، فبمجرد اكتشاف مشكلة لدى الطفل تبدأ مباشرة عملية التقييم وتحديد النمط الفردى للتدخل بطريقة ديناميكية مع الأسرة كما يوضحه الشكل التالى:



شكل [٦] خطوات تنفيذ مراحل خدمة التدخل المبكر

وهكذا يعد التشخيص جزءاً من عملية التقييم هذه، ويتم بصفة رئيسية فى بداية عملية التدخل المبكر، حيث يفحص وضع الطفل وأسرته للتعرف على احتياجاته ونقاط قوته، على أن يتم مراجعة عملية التقييم بصفة مستمرة ويساعد التقييم على تكوين أهداف، وعمل تخطيط ، ثم تحديد نوع التدخل الملائم الذى يتم تقويمه فيما بعد وهنا سوف تحدد نتائج التقويم إما إختتام عملية التدخل أو إتباع

مرحلة جديدة من تقييم الحاجات. وفى هذا الصدد ينبغى التأكيد على أن تضامن الأسرة عاملاً جوهرياً فى جميع مراحل التقييم، حيث يلعبون دوراً فعالاً أثناء عملية التدخل المبكر ككل، ومن الضرورى التأكد من أن كل خطوات العملية تمت بدون فجوات، ومن ثم فالتقييم مرحلة أساسية لدعم وتقوية التعاون بين الآباء والاخصائيين المهنيين من خلال تطوير خطة فردية أو خطة خدمة الأسرة الفردية .

- الاسترشاد بالخبرات الأجنبية فى تبنى استراتيجية تدعم خدمات التدخل المبكر تعتمد فى عملها على مدخل: توجيه الأسرة، تداخل التخصصات، العمل بروح الفريق، جعل جميع أشكال برامج التدخل إقليمية محلية، على أن تؤكد هذه الاستراتيجية على تأكيد جودة خدمات التدخل المبكر، ومن ثم فيجب أن تأخذ فى اعتبارها العوامل التالية لجعل التدخل المبكر فعالاً :

– **مدة التدخل المبكر** : فالبدء مبكراً بقدر الإمكان بالعلاج المستمر على مدى أطول فترة ممكنة ، أثبت أنه أكثر فاعلية من البدء متأخراً ولو لوقت قصير .

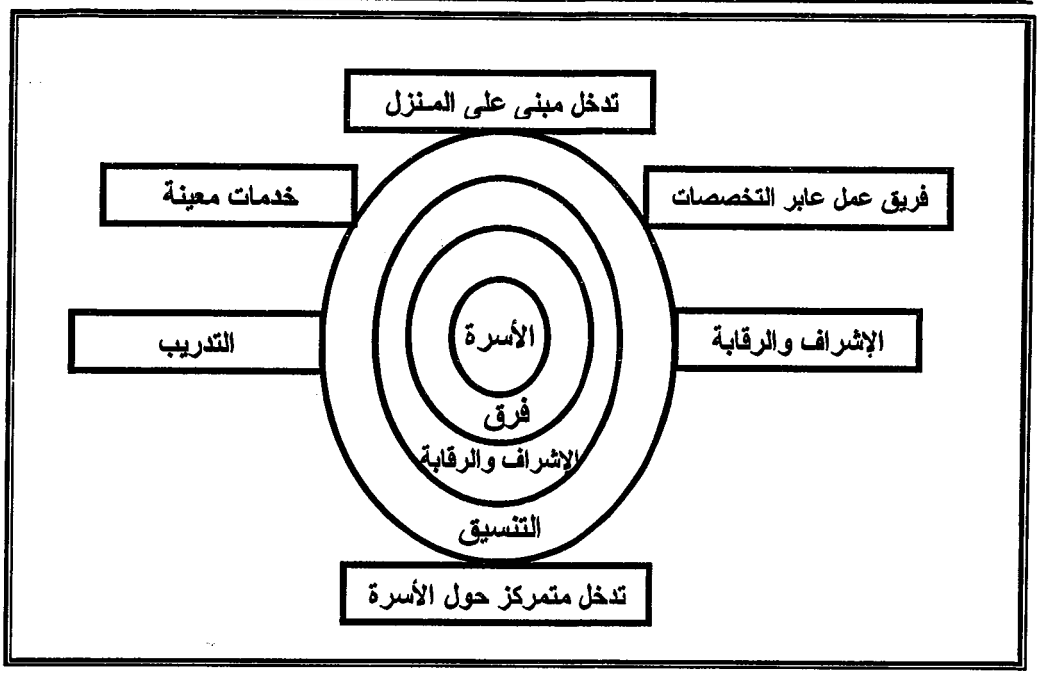
– **مستوى كثافة التدخل:** فكلما كان التدخل المبكر مكثفاً أكثر [يتضمن تفاعل واسع مع الأطفال وأسرهم من خلال زيارات منزلية أكثر، ودورات علاجية يتلقاها الطفل أكثر] كانت التأثيرات النمائية والسلوكية أكثر فعالية .

– **مدى الدعم المتقدم للأسرة** : فكلما تركزت برامج التدخل المبكر على إشراف الوالدين وتلقيهم دعم

إجتماعى وعاطفى ومساعدة حقيقية علاوة على تدخل مبكر تنظيم لطفلهم ، كلما كانوا أكثر استجابة للنصح والتوجيه ، وهو ما سوف ينعكس إيجابياً على الطفل ونموه

– **اتجاهات المعلمين والبيئة** : تتناسب برامج التدخل المبكر فى فاعليتها تناسباً طردياً مع اتجاهات المعلمين الإيجابية وقدراتهم الشخصية المتطورة، علاوة على ذلك بالرغم من أهمية منهج التدخل المبكر المستخدم إلا أن الأكثر أهمية من ذلك هو البيئة التى يتم تدريب الأطفال بها ، فالبيئة الإيجابية هى المحك الرئيسى.

ويقترح أن يتم التدخل المبكر وفقاً لمنظومة متكاملة طبقاً للمخطط التالى (شكل٧) :



شكل [٧] التدخل المبكر كمنظومة متكاملة

يتضح من الشكل السابق أن هناك تداخل وتكامل بين العناصر المكونة لمنظومة التدخل المبكر وكلها تنصب فى النهاية لصالح الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة ولصالح مجتمعه أيضاً ، إذ تسهم هذه المنظومة فى التخفيف من الأعباء الملقاة على عاتق الطفل بأسرته، وتجعل هؤلاء الأطفال طاقة مستمرة لصالح المجتمع لذا فعلينا دعمها استمرارها وتفعيلها.

٢ – مقترحـــــات عامـــــــة (اجـراءات تطويريـــة عامـــة) :

- إنشاء قاعدة معلومات الإعاقة والمعوقين وتحديثها باستمرار من أجل وضع خطة متكاملة لرعايتهم ذات أهداف وجدول زمنى محدد ، وتهيئة الظروف المناسبة لنجاح تنفيذها .
- الاسترشاد بخبرات الدول الأجنبية فى وضع معايير جودة واضحة ومحددة لكل خدمات وإعانات التدخل المبكر، بالإضافة إلى تطوير آليات تسمح بتقويم ومتابعة احترام وتحقق المعايير الموضوعة على مستوى الدولة ككل باختلاف المناطق الجغرافية بها.
- إنشاء وحدة نموذجية للاكتشاف المبكر والتصدى للإعاقة فى كل محافظة لتقديم الخدمات الوقائية والعلاجية فى مجال الإعاقة، على أن تحتوى هذه الوحدات على أساليب تكنولوجية متطورة فى هذا المجال كما تشمل هذه الوحدة على الإرشاد والتوجيه الأسرى .

- القيام بحملات إعلامية مكثفة ومستمرة للتوعية الجماهيرية بالإعاقة والاكتشاف والتدخل المبكر بهدف تغيير اتجاهات وسلوكيات المجتمع، وتعبئة الإمكانات المحلية والدولة لمواجهة مشكلات الإعاقة مع التركيز على استراتيجيات التدخل المبكر لسد منابع الإعاقة فى وقت مبكر، وتشجع المنظمات على الدعم المادى من الأفراد والمؤسسات والشركات .
- التوسع فى إنشاء تخصصات مختلفة فى المجالات الطبية والتعليمية والتربوية والاجتماعية والنفسية تختص بخدمات الوقاية والاكتشاف المبكر للإعاقة، وذلك فى الجامعات والمعاهد الفنية، وأيضاً على مستوى برامج التدريب والإعداد فى المؤسسات والمنظمات والمختصة بالتصدى للإعاقة، على أن يكون ذلك فى إطار خطة شاملة متعددة الجوانب، تضمن توفير مناخ مناسب وحفز للبحث العلمى والباحثين فى هذا المجال .
- دعم المنظمات الأولية لقضية الاكتشاف المبكر والتدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة الكبرى وإمكانية الاستفادة من الخبرات العالمية ونشرها بالدول النامية .
- التوسع فى إنشاء مراكز تخصيصية تقدم برامج تثقيفية والدية للأسر على مهارات رعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وأساليب الرقابة والاكتشاف المبكر وتبادل الخبرات بين الأسر، مع تصميم أدلة ومطبوعات إرشادية تقدم معلومات تتطلبها الأسر وتساعد الأم على الاكتشاف المبكر للإعاقات وإحالتها لمصادر التشخيص والتقييم .
- ضرورة تأكيد المواثيق والتشريعات على حقوق الأطفال المواليد وفى سن ما قبل المدرسة المعوقين والمعرضين لخطر فى تلقى خدمات التدخل المبكر، مع تقديم الحكومة مزيد من التسهيلات والدعم لتوسع خدمات التربية الخاصة بالطفولة المبكرة وتقديم الخدمة فى نماذج بديلة مثل المنزل والبيئات الطبيعية المتنوعة التى يشارك فيها أطفال أسوياء من نفس السن، وما يسبق من إعداد وتدريب العاملين .
- ضرورة تنويع الموارد المالية لخدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين من خلال البحث عن مصادر تمويلية جديدة لأداء رسالتها من خلال :

➢ الدعم السياسى حول توزيع الموارد الحكومية والقوانين المتعلقة بتمويل برامج التدريب وأماكن العلاج والتأمين الصحى.

➢ استحداث مشاركات مجتمعية جديدة تسمح للمنظمات الأهلية والمنظمات غير الحكومية فى دعم وتمويل تلك الخدمات.

- تشجيع الجمعيات الأهلية على توسيع مشاركتها الفعالة فى مجال رعاية المعوقين وتوفير خدمات التدخل المبكر وذلك بمنح هذه الجمعيات الأراضى مجاناً بمساحات ومواقع ملائمة لإقامة المدارس ومراكز التدخل المبكر والتأهيل اللازم .
- التشجيع على إجراء بحوث دراسات علمية سواء على المستوى القومى أو المحلى فى مجال التدخل المبكر بمرحلة الطفولة المبكرة للأطفال المعوقين .
- إعداد استراتيجية قومية تشارك فيها كافة أجهزة الدولة والمنظمات الحكومية وغير الحكومية فى إطار من التنسيق والتكامل وبأسلوب تدريجى يتفق مع الظروف الاجتماعية والاقتصادية للتدخل المبكر وللرعاية المتكاملة المبكرة للأطفال المعوقين- كما يوضحها الشكل التالى:

جامعة عين شمس ، ١٩٨٩ ، ص ٣٢٢ .

٢- جمال الخطيب ومنى الحديدى : **التدخل المبكر ، مقدمة فى التربية الخاصة فى الطفولة المبكرة**، دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان الأردن ، ١٩٩٨ ، ص ٢٠

٣- سعاد بسيونى :**التكامل التربوى للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى ضوء مبدأ التربية للجميع**، المؤتمر الدولى الثالث لمركز الإرشاد النفسى (الإرشاد النفسى فى عالم متغير) ٢٣ – ٢٥ ديسمبر ١٩٩٦ ، المجلد الثانى ، القاهرة ، ص ١٠-١٤.

4- United Nations Organisation : **The Standard Rules Equalizatio of Opportunities for Persons with disabilities**, New York WN,1993, rules 2

5- UNESCO: **the Salamanca Statut of Framwork for Action on Special Needs Education,** UNESCO ،Paris,1994,1&53.

٦- يرجى الرجوع إلى :

- جمهورية مصر العربية : **الجهاز المركزى للتعبئة والإحصاء**، الإحصاء السكانى لعام ١٩٩٦ .
- إبراهيم عباس الزهيرى : **فلسفة تربية ذوى الاحتياجات الخاصة ونظم تعليمهم**، زهراء الشرق، القاهرة، ١٩٩٨، ص ص ٢١-٢٢ .

٧-ينظر على سبيل المثال :

– ضياء الدين زاهر ، حسين بشير : **رعاية أصحاب الحقوق الخاصة** ، المؤتمر القومي لتطوير التعليم الثانوي وسياسات القبول بالتعليم العالي ١٠ – ١٢ مايو ٢٠٠٨ ، القاهرة ، ص ص ٥ – ٦ .

– مصطفى حسين أحمد : **الإرشاد النفسى لأسر الأطفال غير العاديين** ، القاهرة ، ١٩٩٦ ، ص ٢٢.

٨- إيمان العربى محمد النقيب: **دمج ذوى الاحتياجات الخاصة فى مؤسسات رياض الاطفال- رؤية مستقبلية**، مجلة الطفولة والتربية، العدد الحادى عشر، السنة الرابعة، يوليو ٢٠١٢، ص ٣٤٣.

٩- يرجى الرجوع إلى:

- عبد الحميد كابش ونادية أديب : **كفاءة وفاعلية التعليم الدمجى فى مصر : أدلة وبراهين**، مشروع الدمج التعليمى بالتعاون مع هيئة إنقاذ الطفولة وكاريتاس سيتى ، القاهرة،٢٠٠٧، ص ص ٥٠-٥١.
- نجدة إبراهيم على سليمان: إدارة بيئات الدمج فى التدخل المبكر للأطفال المعوقين، **مرجع سابق**، ص ١٧٨.

١٠- عبدالغني عبود : **التربية المقارنة في نهايات القرون الأيدولوجية من النظام الي اللانظام** ، ط٥ ، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٣، ص ص ٥٤-٦٢.

١١- إجلال شنوده وآخرون : **طفل الإعاقة والمستقبل** ، كتيب إرشادى لأسر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، د . ت ، ص ١٤

١٢- فاروق محمد صادق : **برامج التدخل العلاجية والوقائية للمعوقين فى سن ما قبل المدرسة**، المؤتمر السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين (الحد من الإعاقة) ، ٦ – ٨ ديسمبر ١٩٨٩، القاهرة ، ص ٦٧

13- Guralinck M.J : **A Developmental System is model for Early Intervention in infant and young children,2009,** , P.20 ،vol 14 : 2 ،Aspen publishers ISEI

14- European Agency for Development in Special Needs Education : **Intervention Precoce en Europe- Tendance dans 17 Pays Europeennes**, Middelfart, Danemark, EADSNE,2000, P.14.

١٥- فاروق محمد صادق :**مرجع سابق**، ص ٦٦.

١٦- نجدة إبراهيم على سليمان : إدارة بيئات الدمج فى التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة ، **مرجع سابق**، ص ١٧.

١٧- : **عمل الفريق وتقديم الخدمات العلاجية والتربوية المندمجة للأطفال المعوقين فى التدخل المبكر للأطفال المعوقين فى مرحلة الطفولة المبكرة** ، مجلة العلوم التربوية ، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة ، عدد خاص عن التربية الخاصة ، يناير ٢٠٠٢.

18- Kent Brorson: **the culture of a home visit in early intervention**, journal of early childhood research ,Sage Publications (www.sagepublications.com),Vol 3(1) 51–76 [ISSN 1476-718X DOI: 10.1177/1476718X05051346],2008.

19- Aleksandra DIMOVA: **Professional Education in Early Intervention Systems in Europe**,An overview, European Commission within the framework of Leonardo da Vinci and by the Ministry of Culture, Science and Education of Austria, 2009.

٢٠- أمانى عبد القادر محمد الهندي شعبان : **تعليم الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى مصر فى ضوء الخبرة الأمريكية**، معهد الدراسات التربوية ، القاهرة ،٢٠٠٩.

21- Kaija Puvra et al. : **The European Early Promotion Projects- New Primary Health Care Service to Promote Children's mental Health**, Infant Mental Health Journal, Vol. 23, 2010, P.17.

22- Graça BREIA : **Early Childhood Intervention ,Project update-Country Report – Portugal**, European Agency for Development in Special Needs Education http://www.european.agency.org,2011.

٢٣- عادل عبد الله الذروة وآخرون: **الاحتياجات التدريبية لمعلمى التربية الخاصة أثناء الخدمة فى ضوء معايير الجودة التعليمية**، مجلة البحث فى التربية الخاصة وعلم النفس، كلية التربية بالمنيا، المجلد ٢٤، العدد ٢، الجزء ٢، أكتوبر ٢٠١١.

24- Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers: **INTERVENTION PRÉCOCE AUPRÈS DE LA PETITE EN FANCE, PROGRÈS ET DÉVELOPPEMENTS** http://www.european.agency.org,2011.

25- S.L.Hanson, M,J.,Blackman,J.A.,Karl,S., : **Early Intervention Practices around the World**, Baltimore, BrookesPublishing,2007, P.40.

26- Shonkoff, J.P., Mesels,S.J. : **Handbook of Early childhood Intervention,** Cambridge University Press,2008, PP.12-13.

27- European Agency for Development in Special Needs Education : Intervention Precoce en Europe- Tendance dans 17 Pays Europeennes , **Op.cit.** , p.32.

28-Mc Collum, J.A. & Hughes, M. : **Staffing Patterns and Team Models in Infancy Programs** in J. Gallagher P. Hutingn & M. Karnes (eds.) of Early childhood Special Education : Brith to Thre, Reston, VA, Council for Exceptional Children,2006, pp. 129-140.

29 -European Agency for Development in Special Needs Education & EURYDICE : Special Needs in Europe, **Op.cit.**, pp. 30-31.

30- European Agency for Development in Special Needs Education & EURYDICE : Special Needs in Europe, **Op.cit.**, p.34.

31- Centre d'Education et de la Formation pour l' Education Special : **L'Enseignemet Special dans le Systeme Educatif Belg**, C.E.F.E.S , Bruxelles,2010, pp. 13-14.

32- Ministere de l'Education National, de la recherche et de la Technologie : **Handiscol – La scolarisation des Enfants et des Adolescents Handicapes ,2009,** PP.10-11 .

33- European Agency for Development in Special Needs Education & EURYDICE : Special Needs in Europe, **Op.cit.**, p.35.

34- Ibid , pp.36-37.

٣٥- منى صبحى الحديدى : **مقدمة فى الإعاقة البصرية** ، دار الفكر العربى ، عمان ، ١٩٩٨ ، ص ١٥١ .

36- European Agency for Development in Special Needs Education &EURYDICE : Special Needs in Europe,**Op.Cit.**, p.29.

٣٧- جمال الخطيب ومنى الحديدى : التدخل المبكر ، مقدمة فى التربية الخاصة فى الطفولة المبكرة ، **مرجع سابق** ،ص ٥٣.

38- European Agency for Development in Special Needs Education :Intervention Precoce en Europe- Tendance dans 17 Pays Europeennes , **Op.cit.**, p.20.

39- Ibid , pp.22-23.

40- European Agency for Development in Special Needs Education & EURYDICE : Special Needs in Europe, **Op.Cit.**, p.30.

41- Ibid , p.32.

42- United Nations Organisation : **Convention on the Rights of the Child**, Newyork, UN, 1989, Art. 23 & 2.

٤٣- المؤتمر العالمى حول التربية للجميع : **الإعلان العالمى حول التربية للجميع**، جومتين تايلاند،٥-٩ مارس ١٩٩٠، ص ص ٤-٥.

44- United Nations Organisation : **The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons With Dis abilities**,Newyork, UN, 1993, Rule 2 & 1.

45- UNESCO : **The Salamanca Standara and Framwork for Action on Special Needs Educaton** , Paris, UNESCO, 1994, 2 & 53.

46- Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers,**OP.Cit.**,PP.55-56.

http://en.wikipedia.org/wiki/Special:BookSources/97815689813454 7-

48- European Agency for Development in Special Needs Education : Early Childhood Intervention , (Analysis & Recommendation), **Op.Cit.**, p.43.

49- European Agency for Development in Special Needs Education : Early Childhood Intervention in all Countries involved in the Projects , **Op.Cit.** , pp. 84-85.

50- Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers,**OP.Cit.**,PP.60-61.

51- Felguerias, I. , Breia,G. : **Early Childhood Intervention in Portugal** , Un Published , 2010 , pp. 11-12.

52- Eurlyaid : **Manifesto of the Eurlyaid Working Parents With a View to Future EC Policy : Early Intervention for Children with Developmental Disabilities ,** Elsenborn : Eurlyaid,2005 , p.40.

53- European Agency for Development in Special Needs Education : Early Childhood Intervention in all Countries involved in the Projects , **Op.cit.**, p. 89.

54- Ibid,P.32.

٥٥- يرجى الرجوع إلى:

- Ibid, pp. 82-83.
- Boavida et al. : **Community- Based Early Intervention : The Coimbra Projects (Portugal)** in Child, Care, Health and Development, Vol. 26 : BlackwellBublishing 2010, pp. 24-26.

56- Cameron S. , White M. : **The Portage Early Intervention Model – Making the Difference for Families Across the World**, in Conference Proceedings , National an International Portage Association,2006, p.80.

57- Ibid , Idem.

58- Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers,**OP.Cit.**,P.42.

59- Boavida et al. : Community- Based Early Intervention : The Coimbra Projects (Portugal) in Child, Care, Health and Development, **Op.cit.** p.33.

60- The Worldfactbook:Germany, http://www.panda.org/about_our_earth/ecoregions/ecoregion_list

", *Forbe,* 26 July 2010.P.4.Global 500: Countries – Germany61-

62- Ibid,P.5.

63- European Agency for Development in Special Needs Education :Early Childhood Intervention in all Countries involved in the Projects , **Op.cit.** , pp.16-17.

Economy Germany : GDP, GNP, currency, produce, mining products, 64-

, agriculture, consumption, natural resources

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language,2012

http://www.tatsachen-ueber-deutschland.de/ar/content-home/glossary.html65-

66- Human development index. United Nations Development Programme (2011). accessed 5 November 2011.

67- HELIOS II : **Early Intervention : Information, Orientation and Guidance of Famillies ,** Bruxselles, Europe Commission, 2006, pp.20-22.

68- Joaquim Bairrao : **Early Intervention in Portugal,**

), 2009,p.5.http://www.Bscicologie/com/pt/artigos.pbp?=Aou16 (

٦٩- هوفمان وأخرون (ترجمة المركز القومى للبحوث التربوية والتنمية)، **مرجع سابق**، ص ١٢٣.

70- Political Social and Economic Background and Trends : **Historical Overview**

). 2009, p.7. www.eurydice.org (

71- European Agency for Development in Special Needs Education :Early Childhood Intervention , (Analysis & Recommendation)**,Op.cit.**, p.37.

72- Bairrao : Early Intervention in Portugal, **Op.cit.** , pp.2-4.

73- European Agency for Development in Special Needs Education : Early Childhood Intervention in all Countries involved in the Projects , **Op.cit.** , pp. 103-105.

74- European Agency for Development in Special Needs Education : Intervention

Precoce en Europe- Tendance dans 17 Pays Europeennes , **Op.cit.**, p.30.
75- Bjorck-Akesson et E. Granlund, M. : **Creating a Team Around the Child Through Professionals Contining Education**, in Odom et al. : Early Intervention around the World, Baltimor Brookes Publishing, 2008, p.50.
76- European Agency for Development in Special Needs Education : Early Childhood Intervention in all Countries involved in the Projects , **Op.cit.** , p.108.
77- Ibid , p.109.
78-OECD : **Starting Strong : Early Childhood Education and Care in Portugal,** An Overview of ECEE Systems in the Participating Countries OECD, 2011, p. 174.
79- F. Peterander et al. : Les Tendances actuelles de l;Intervention Precoce en Europe, **Op.cit.** , pp.75-80.
80- European Agency for Development in Special Needs Education : Early Childhood Intervention in all Countries involved in the Projects , **Op.cit.** , p.107.
81- European Agency for Development in Special Needs Education : Intervention Precoce en Europe- Tendance dans 17 Pays Europeennes , **Op.cit.**, pp.75-80.
82- Graça BREIA : : Early Childhood Intervention, **European Agency for Development in Special Needs Education,** Country Report – Portugal 2011,P.22.
83- Ibid, p.24.
84 - F. Peterander et al. : Les Tendances actuelles de l;Intervention Precoce en Europe, **Op.cit**.P.90.
85- Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers,**OP.Cit.**,PP.30-31.
86- European Agency for Development in Special Needs Education : Intervention Precoce en Europe- Tendance dans 17 Pays Europeennes , **Op.cit.**, pp.79-80.
87- CIA **The** ‹(Appendix B – International Organizations and Groups: developed countries (DCs **World Factbook** — Appendix B, https://www.cia.gov/library/publications/the-world-The World Factbook ‹factbook/appendix/appendix-b.html
88- Portugal sees integration progress http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/country_profiles/994099.stm,P.11.
89- Ibid,P.12.
90- Political Social and Economic Background and Trends : Historical Overview (www.eurydice.org. **OP.Cit.**, p.12.
91- European Agency for Development in Special Needs Education : Intervention Precoce en Europe- Tendance dans 17 Pays Europeennes , **Op.cit.**,p.70.
٩٢- يرجى الرجوع إلى :
, Investing in Portugal Report-
http://ar.wikipedia.org/wiki/Financial_Times
. World Economic Forum, The Global Competitiveness Index rankings-
https://members.weforum.org/pdf/gcr/2008/rankings.pdf,2009.
93- Bjorck-Akesson et E. Granlund, M. : **Creating** a Team Around the Child Through Professionals Contining Education.**OP.Cit.,P.21.**
94- CIA — The World Factbook – Portugal,

https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/po.html
95- Graça BREIA : : Early Childhood Intervention, **European Agency for Development in Special Needs Education,OP.Cit.,P.34.**
96- Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers,**OP.Cit.**,P.35.
97- هوفمان وأخرون ، **مرجع سابق**، ص ٩٩.
98- المرجع السابق، ص ١٠٠.
99- European Agency for Development in Special Needs Education : Intervention Precoce en Europe- Tendance dans 17 Pays Europeennes , **Op.cit.**, p.12.
100- Ibid, P.13.
101- Ibid, P.14.
102- Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers,**OP.Cit.**,PP.50-52.
103- European Agency for Development in Special Needs Education : Early Childhood Intervention in all Countries involved in the Projects , **Op.cit. P.13.**
104- Ibid, P.17.
105- Lena ALMQVIST : Early Childhood Intervention, **European Agency for Development in Special Needs Education,** Country Report – Sweden,2011,P.7.
106- Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers,**OP.Cit.**,P.20.
107- Katrina Eckerberg and Jessika Wide : **Actors, Institutions an Attitudes to Rural Developnment** , The Sewedish National Report, Unea University, Sweeden, 2008, pp. 8-9.
108- European Agency for Development in Special Needs Education :Intervention Precoce en Europe- Tendance dans 17 Pays Europeennes , **Op.cit.**, p.12.
109- Katrina Eckerberg and Jessika Wide.**OP.Cit**.P.11.
110- Sweden in Brief
http://web.archive.org/web/20070303012042/http://www.sweden.se/templates/cs/CommonPage 2713.aspx
, Economist Intelligence Unit democracy index 2006111-
http://www.economist.com/media/pdf/DEMOCRACY_TABLE_2007_v3.pdf
١١٢- هوفمان وأخرون، **مرجع سابق**، ص ٩٩.
١١٣- المرجع السابق، ص.٩٧.
١١٤- يرجى الرجوع إلى :
. International Monetary Fund, *Sweden-*
http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/01/weodata/weorept.aspx?, 2010
- Human Development Report 2010. United Nations,
http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_EN_Table1.pdf ,2010
115- World Economic Forum – Global Competitiveness Report,
http://www.weforum.org/issues/global-competitivenes,2010
116- Historical Social and Economic Background And Trends , Uistorical Overview, **Op.cit.**, pp.7-8.
117- Richard Wilkinson & Kate Pickett :

The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better, John Carey, The Sunday Times, March 8, 2009.

118- Bjorck-Akesson et al. : The Impact of Early Intervention on The Familly System, **Op.cit.** , pp.2-3.

119- Lena ALMQVIST : Early Childhood Intervention, European Agency for Development in Special Needs Education, **OP.Cit.**,P.10.

120 - A. Monchablon: **"France", The Encyclopydia of Comparative Education & National Systems of Education**, Edited by T. Neville postlethwaite, Oxford, Pergamaon Press, 1995, pp.331-332.

121- Eyrydice & Cedefop: Structures des Systèmes, d'Enseignement et de Formation Initiale de l'Union Européenne, 2 ème édition, Commission Européenne, 2008, P. 177.

122- BAUER, Denise: **Comment les parents s'arrangent pour garder les enfants en cas d'imprévu,** juin 2011.

123- Ministere de l'Education Nationale,de la recherche et de la Technologie : Handiscol – La scolarisation des Enfants ,**Op.cit.,** p.12.

124- Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers,**OP.Cit**,P.54.

125- Centre National de Suresnes : **Actions Nationales de Formation**, , pp.3-4.http://www.ac-versailles,fr/cnefi.htm),Paris,2003/2004 (

126- Réseau Eurydice: **L'éducation et l'accueil des jeunes enfants en Europe: réduire les inégalités sociales et culturelles**. Commission européenne, 2009.

127- Paul FERNANDEZ : Early Childhood Intervention, **European Agency for Development in Special Needs Education,** Country Report – Franc2011,P.12.

128- Ministere de l'Education National,Jeunesse et Sports : **Circulaire No. 90-082 du 9 avril 1990,** Mis en Place et Organisation des Reseaux d;aides Specialises aux Eleves en Difficultes , Centre National de Suresnes, Paris, 2007, p.113.

129- Monique Vigneron : **Christelle, Petite Fille Aveugle Integre en Maternelle,** Revue Adaptation, No.428, Ed. ONISEP, Paris, 2009, pp.20-21.

France:130- La_http://arabe.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Voici_la_France_Ar.pd,2010.

131- https://www.cia.gov/library/publications/world-leaders-1/world-leaders-f/france.html

132- Un Historique de L'enseignement Special en France,par Mme Demget, IEM-metz.fr1/ia 54 comenius/STANIS http://ciel.ac-mang AIS, (la/Nancy.16.htm),2009,pp.3-8.

133-Georg Bernede et al. : **Administrer l'Ecole Primaire** , Hachette, Paris, 2008, p.57.

١٣٤- يرجى الرجوع إلى:

, La France au 7ème rang mondial pour l'environnement-
. 30 May 2010Le Monde http://www.lemonde.fr/cgi-bin/ACHATS/acheter.cgi?,
- Département de la Stratégie, de la Prospective, de l'Évaluation et des Statistiques: **Le tourisme international en France en 2007**, N° 2008 – 5, http://web.archive.org/web/20080624195206/http://www.tourisme.gouv.fr

135- Ministere de l'Education Nationale : **Evaluation et Statistique de l'Education**

, p.1.http://www.education.gouv.fr),2002 (
136- Eurydice & Cedefop: Structures des Systèmes, d'Enseignement et de Formation Initiale de l'Union Européenne, 2 ème édition, Commission Européenne, 2008, P. 177.
137- Ministere de l'Education Nationale : **Dossiers Documentaires L'enseignement Special en France**,( ), 2010, pp.2-7. http://www.education.gouv.fr
138- Rapport sur le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance. Michèle Tabarot députée, rapporteur Carole Lépine, Inspection générale des affaires sociales, juillet 2008.

١٣٩- منى صبحى الحديدى : **مقدمة فى الإعاقة البصرية**، دار الفكر العربى، عمان، ١٩٩٨ ، ص١٤٩.

١٤٠- يرجى الرجوع إلى:

- أمانى عبد القادر محمد الهندي شعبان : **تعليم الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى مصر فى ضوء الخبرة الأمريكية**، مرجع سابق،٢٠٠٩، ص ص ٤٠-٤٢.
- المرجع السابق ، ص ١٥٠.

١٤١- ليلى كرم الدين : **الاتجاهات الحديثة فى رعاية الأطفال المعوقين** ، مجلة ثقافة الطفل ، المجلد العاشر ، المركز القومى لثقافة الطفل ، القاهرة ، ١٩٩٤، ص ٣٠.

١٤٢- جمال الخطيب ومنى الحديدى : التدخل المبكر ، مقدمة فى التربية الخاصة فى الطفولة المبكرة ، **مرجع سابق** ، ص ٢٤٩.

١٤٣- المرجع السابق ، ص ٤٤.

١٤٤- نجده إبراهيم على سليمان : عمل الفريق وتقديم الخدمات العلاجية والتربوية المندمجة للأطفال المعوقين، **مرجع سابق**

١٤٥- إدارة بيئات الدمج فى التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة ، **مرجع سابق** ، ص ص ١٧٨-١٧٩.

١٤٦- نجده إبراهيم على سليمان : عمل الفريق وتقديم الخدمات العلاجية والتربوية المندمجة للأطفال المعوقين، **مرجع سابق**، ص ٦٦.

١٤٧- المرجع السابق ، ص ص ٣٨-٣٩.

١٤٨-وزارة الصحة والسكان:**برنامج الكشف المبكر لنقص هرمون الغدة الدرقية فى حديث الولادة**،٢٠٠٠، ص٢-١٩.

١٤٩- مركز رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة:**معهد الدراسات العليا للطفولة**، جامعة عين شمس، ٢٠٠٤، ص ص١-١٠

١٥٠- وحدة الوراثة بالمركز القومى للبحوث بالدقى.

١٥١- كاريتاس مصر، مركز سيتى للتدريب والدراسات فى الإعاقة العقلية ، وحدة التدخل المبكر ، ص ص ٥-٢٠

١٥٢- مركز رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ، **مرجع سابق** ، ص ص ٢-٣.

١٥٣- كاريتاس مصر، مركز سيتى للتدريب والدراسات فى الإعاقة العقلية ، وحدة التدخل المبكر، **مرجع سابق**، ص٧-٨.

١٥٤- طلعت منصور : **الاتجاهات المعاصرة فى الرعاية المتكاملة للأطفال الصم (التعرف- التقدير- التشخيص)**، **مجلة الطفولة والتنمية**، ع ٢٧، المجلد ٢ ، المجلس العربى للطفولة والتنمية، القاهرة،٢٠٠٢، ص ١٥.

١٥٥- جلال شنوده : برنامج التأهيل الأسرى: **خبرات من تجربة تمكين الأسر فى مصر- تجربة مركز سيتى**، مجلة الطفولة والتنمية، ع ٢٧، المجلد ٢ ، المجلس العربى للطفولة والتنمية، القاهرة،٢٠٠٢،ص ص ٢٢١-٢٢٢.

١٥٦- نجده إبراهيم على سليمان : إدارة بيئات الدمج فى التدخل المبكر للأطفال المعوقين بمرحلة الطفولة المبكرة ، **مرجع سابق** ، ص ١٧٧.

١٥٧- يوسف القريونى وأخرون : المدخل إلى التربية الخاصة، دار العلم، الإمارات العربية المتحدة، دبى، ٢٠٠١، ص ٤١٠-٤١١.

١٥٨- عادل عبد الله محمد: **المتطلبات الرئيسية للدمج الشامل للأطفال غير العاديين فى مدارس التعليم العام كمحور أساسى فى سياسات التنمية البشية بقطاع ذوى الاحتياجات الخاصة- رؤية مستقبلية**، مجلة كلية التربية، جامعة بنى سويف، العدد الرابع – الجزء الثانى، يوليو ٢٠٠٥، ص ٢٥٩.