



بناء الجسور :

التغلب على معوقات عمل الفريق متعدد التخصصات في تقديم خدمات الدعم لذوي اضطرابات الحركة و الانتباه

د.عبير عبدالله الحربي
أستاذ مساعد - كلية التربية - جامعة الملك سعود

بحث مقدم الى
الملتقى الثاني عشر للجمعية الخليجية للإعاقة
سلطنة عمان - مسقط
خلال الفترة من 6-8 مايو 2012م
الموافق 15-17 جمادى الثاني 1433 هـ

الملخص

التدخل متعدد الوسائط من برامج التدخل التي تستخدم لدعم الأطفال و المراهقين ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه و لذا فهو يتطلب عمل فريق متعدد التخصصات. وقد نصت و وثيقة قواعد الممارسة في مجال التربية الخاصة (SEN Code of Practice (DCSF, 2001) على أن الفريق متعدد التخصصات هم مجموعة متخصصين يعملوا مع الطفل و لأجله، مما يؤدي إلى تلبية احتياجات الأطفال و أسرهم و دعم نموهم الانفعالي الأكاديمي و الاجتماعي . كما أكدت وثيقة كل طفل يهم : التغيير في المدارس (Every Child Matters: Change in Schools (DCSF, 2004) على أن العمل ضمن فريق مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن يُستخدم لتقييم احتياجات الطفل و اتخاذ القرارات المرتبطة بمكان و نوع الخدمات المقدمة له و يؤدي لدمج تربوي أكثر فاعلية. و رغم أهمية العمل ضمن فريق المتعدد التخصصات إلا أنه يُواجه بكثير من التحديات المتمثلة بالوقت، الإدارة ، اللغة الموحدة ، و الأنظمة التشريعية التي تنظمه (Watling, 2004) و قد حاول بعض الباحثين اقتراح هيكل يعتمد على الوضوح و المرونة و يزيد من فرص نجاح عمل فريق متعدد التخصصات (Salmon *et al.* , 2006).

تهدف ورشة العمل هذه على التعريف بأهم الفوائد و التحديات المرتبطة بعمل فريق متعدد التخصصات و التي تسهل دعم ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه من خلال التراث الفكري و من خلال وجهة نظر المشاركين في الورشة. كذلك من خلال النقاش بين المختصين في هذه الورشة سيتم استخلاص هيكل مقترح مناسب للمجتمع الخليجي ييسر العمل ضمن فريق متعدد التخصصات و يتغلب على التحديات التي تواجهه فيما يتعلق بدعم ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه في البيئة التعليمية الأقل تقييدا.

المقدمة :

تعددت المصطلحات و المفاهيم التي تعبر عن العمل متعدد الجهات/الوكالات هي-*inter/multi* agency فهناك مصطلح العمل الشامل *holistic* و المتكامل *integrated* و المتعدد التخصصات *transdisciplinary* و الشراكة *partnerships* و العمل المشترك *joint-working* و الممارسة التعاونية *co-operative practice*. وبغض النظر عن هذه المصطلحات إلا أنها تعني نفس الشيء حيث انها تدور حول مجموعة من الموظفين في جهات/وكالات مختلفة يعملون معا بشكل رسمي ، أو الذين يجتمعون من أجل هدف محدد كالتدريب و تطوير الخدمة (DCSF, 2010). كما عرف الخطيب وآخرون (2001) الفريق متعدد التخصصات بأنه مجموعة من المتخصصين بتعليم ونمو ذوي الاحتياجات الخاصة يجتمعون من أجل اتخاذ القرارات المتعلقة بالخدمات اللازمة للطفل. أما هلال (1995) فقد عرف فريق العمل بأنهم مجموعة من الأفراد الذين يشتركون في عمل واحد له أهدافه الموحدة ، و كل منهم يتحمل مسؤولية كما ان التعاطف يجمع بينهم (في العلي ، 1996).

بشكل عام معظم الدراسات التي اجريت اثبتت ان الثلاث جهات التي تعمل معا عادة ما تكون قطاع الصحة ، التربية ، والخدمات الاجتماعية و رغم وجود عدد من الخدمات التي تشارك في هذه الفرق وفق الحاجة كالشرطة و دور الاحداث إلا ان تركيز العمل يكون غالبا بين هذه الثلاث جهات الرئيسية. أما بالنسبة للنماذج فهي باختصار تدور حول بنية العمل أو فرقته أو مدى هذا العمل. و كلا النموذجين يعتمد على ثلاثة مسلمات : أ) التنظيم ، ب) التمويل المشترك ، ج) التكامل (Atkinson *et al.*, 2007) و قد اختلفت هذه النماذج باختلاف المؤلفين و الباحثين و لكنها بصورة عامة تدور حول تبادل المعلومة ، التخطيط لتقديم الخدمات، ثم التنفيذ و التنسيق و التعاون عند تقديم هذه الخدمات للوصول إلى الشراكة الكاملة (Gaster *et al.* , 1999 cited in Percy-Smith,2005).

لكي يمكن أن يُطلق على أي عمل متعدد التخصصات بأنه فعال يجب ان يشمل توضيح أدوار و مسؤوليات الفريق المتعدد التخصصات ، ضمان الالتزام بالعمل طوال الوقت ، توليد الاحترام و الثقة المتبادلة و اخيرا رعاية استمرارية الفهم بين التخصصات المختلفة حيث تعمل هذه الشروط على تبادل المعلومات و التواصل الفعال بين اعضاء الفريق لتحقيق هدف (Atkinson *et al.*, 2007) مشترك من خلال التخطيط و خلق فرص للحوار و المناقشة)

ورغم أن هذا المصطلح ليس بجديد حيث ان تداوله كان شائع منذ القدم في جميع المجالات بشكل عام و بشكل أكثر تحديدا في مجال التربية الخاصة ، فمفهوم فريق العمل المتعدد التخصصات كان دوما يتردد في قوانين التربية الخاصة التي تؤكد على ضرورة عمل الفريق المتناغم لإعداد البرامج التربوية و الخطط الفردية (IDEA ,2004). كما ان الشراكة بين الوكالات/الجهات المتعددة تم التركيز عليه في

كثير من التشريعات و الوثائق الرسمية ففي وثيقة قواعد الممارسة في مجال التربية الخاصة (ic SENCode Of Pract;DCSF ,1994) و تم تعزيزه من خلال الورقة الخضراء الحكومية لذوي الاحتياجات الخاصة (children all for :needs educational special meeting , 1997 Excellence) والتي نصت على ضرورة العمل مع جميع المناطق التعليمية المحلية و التي لديها خبرة في تأسيس و الترويج للدمج ، كما يتم العمل مع مجموعة من المدارس ضمن كل منطقة تربوية محلية لكي يعملوا معا من اجل دعم بعضهم. و يتم تطوير التعاون و التنسيق بين المناطق التعليمية المحلية و الخدمات الاجتماعية و المناطق الصحية من أجل تلبية الاحتياجات الخاصة ، بل ان الدعم المادي للأبحاث ستكون اوليته للأبحاث التي تسعى لإيجاد تطبيقات تربوية من اجل تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة في اوضاع الدمج.

هذا بعض ما وجد في التراث الثقافي حول اهمية العمل المشترك بين الجهات المسؤولة عن دعم ذوي الاحتياجات الخاصة ، إلا أن أفراد تشريعات خاصة بالعمل متعدد التخصصات بعد أن اتضحت مؤخرًا اهميته ظهر مؤخرًا. ففي بريطانيا مثلا كانت هذه التشريعات ردة فعل لمقتل الطفلة فيكتوريا كليبي Victoria Climbié، حيث قتلت فيكتوريا بعمر ثماني سنوات بعد ان عذبت من قبل راعيها (عمتها و صديقها) سنة 2000 و بعد ان تعرضت لـ128 إصابة عند مقتلها ، فقد تعرضت فيكتوريا للحرق بالسجائر ، كما تم تقييدها لفترات تطول عن 24 ساعة وضربت بالمطرقة ، و الاسلاك ، وسلسلة قفل الدراجة ، ورغم ان كل من الخدمات الاجتماعية ، المناطق التعليمية و خدمات الصحة الدولية و المجتمع الوطني لوقاية الاطفال من الايذاء و الكنائس المحلية قد تعاملوا معها و اكتشفوا الإيذاء الذي تعرضت له. إلا ان ذلك لم ينجح في انقاذ حياة فيكتوريا مما جعل الحكومة البريطانية متمثلة باللورد لامنج Lord Laming الذي ترأس التحقيق في هذه القضية يُعد تقرير حول سوء ادارة و تناغم الخدمات التي عملت مع فيكتوريا و يوصى بعدة مقترحات مرتبطة بحماية الأطفال في بريطانيا من أهمها تحسين التعاون و الشراكة في العمل متعدد التخصصات.

تقرير لامنج كان السبب الرئيسي في صياغة تشريع كل طفل يهم ”Every Child Matters” الذي هدف إلى جعل كل طفل ، متمتعًا بصحته الجسدية و العقلية ، مستمتعًا و منجزًا ، مضيفًا للمجتمع بإيجابية و متوافقًا اقتصاديًا حيث ان تدني مستواه الاقتصادي لا يحرمه نوعية الحياة الملائمة . كل هذا يمكن تحقيقه من خلال دعم الأسر البيولوجية و الراحية ، التدخل المبكر و الحماية الفعالة ، التكامل المحلي وضمن المناطق في عمل المتخصصين وإعادة تدريب العاملين مع هؤلاء الأطفال . هذا التشريع اشار إلى ان نوعية حياة كل طفل بغض النظر عن احتياجه ، ظروفه و خلفيته يحتاج إلى العمل التعاوني بين المستشفيات ، المدارس ، خدمات الصحة النفسية/العقلية للأطفال و المراهقين و الجهات التطوعية (Every Child Matters; DCSF, 2003) بالإضافة إلى تشريع الورقة الخضراء لكل طفل يهم فقد

ظهر قانون الأطفال (2004) Children Act ، و الذي كان السبب الرئيسي في التمهيد له مقتل فيكتوريا حيث كان الهدف الرئيسي من هذا القانون هو الترويج للتنسيق و التعاون بين الجهات الرسمية المتعددة التي تحسن نوعية حياة الأطفال الجسدية والعقلية و الانفعالية و توفر لهم الحماية و التعليم و التدريب و تحقق الامن الاقتصادي و الاجتماعي ، هذا القانون أيضا تم تطبيقه مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و القصور و تضمينهم فيه (legislative.gov.uk, 2004).

هذا الاهتمام المفاجئ بالعمل متعدد التخصصات في العالم يجعلنا في العالم العربي بشكل عام و الخليجي بشكل خاص نتساءل عن مستوى وطبيعة هذا العمل لدينا ، وفيما اذا كان مفعّل من عدمه ، وما هي المعوقات و الفوائد المرجوة من هذا العمل. وفي مراجعتي للتراث تفاجأت بقلة التراث الذي يدور حول العمل متعدد التخصصات بل ان معظم ما وجد كان حكرا على الادارة مثل دراسات (أبراهيم ، 2003؛ قاسم و ابو النصر ، 2005؛ عبدالرحمن ، 2009) ، و رغم أن مجال التربية الخاصة يكاد يقوم على فريق العمل متعدد التخصصات في التشخيص و العلاج ، إلا أنني لم أجد دراسة تناولت العمل متعدد التخصصات كاملة ، و أنما أجزاء من الدراسات كانت تشير إلى مشكلات و تدني في مستوى العمل التعاوني بين اعضاء الفريق أو انعدام تواجده اثناء تطبيق البرامج التربوية و التدخل ، أو كانت تدور حول توصيات بضرورة تحسين التخطيط لعمل الفريق مثل دراسة (الخشرمي ، 2001 ؛ سليمان ، 2002 ؛ الخشرمي، 2003 ؛ حنفي ، 2005).

ومع يقيني بأن كل الممارسين في مجال التربية الخاصة عملوا بشكل رسمي أو غير رسمي في فرق متعددة التخصصات ، فقد واجهوا بالضرورة قضايا مرتبطة بالعمل متعدد التخصصات ولاحظوا مشكلاته و فوائده ، لذا فقد كان الهدف من هذه الورشة هو اتاحة الفرصة للتعرف على بعض ما وجد عالميا حول ايجابيات العمل متعدد التخصصات و التحديات التي تواجهه ، و من خلال هذه الورشة سيتاح للمشاركين فرصة للتعبير عن المعوقات و طرق التغلب عليها من خلال الأمثلة التدريبية و المناقشات.

فوائد العمل متعدد التخصصات :Benefits of Multi-Agency Work

ان أي عمل متعدد التخصصات يهدف وفق دراسة (Atkinson *et al.* (2007) لتحقيق عدد من الأهداف :

1. تلبية الاحتياجات المحددة و المرتبطة بمجموعة مستهدفة.
2. تقديم وتطوير خدمات فعالة و متكاملة.
3. تلبية رغبة خاصة مرتبطة بالعمل التعاوني او التعرف على طبيعة العمل متعدد التخصصات.
4. ردة فعل لبحث أو دراسة.
5. لمواجهة و التعرف على النقص الموجود في الخدمات.

6. استجابة لمبادرة أو اتجاهات حكومية.
7. تقديم و تطوير الدعم للمراقبين و تحسين التعليم و الدمج المجتمعي.
8. لتنسيق الخدمات و تبادل المعلومات.
9. لتقديم برامج تدخل و تعرف.

يُعد العمل متعدد التخصصات من اهم ضرورات العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام و مع ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه بشكل خاص ، فلكي يتم تشخيص هذه الاضطرابات لابد من تعدد الجهات المشاركة في عملية التشخيص حيث ان التشخيص لا يعتمد كلية على استمارات التقدير بل لابد ان يشمل التقييم النفسي و الأكلينيكي ، تقارير الملاحظة و التاريخ النمائي و النفسي. كذلك من خلال القوائم التشخيصية المستخدمة DSM-IV و/أو ICD-10 في التعرف على اضطرابات الحركة و الانتباه يجب ان يُظهر الطفل أو المراهق الأعراض باستمرارية في مواقف مختلفة (; WHO, 1994 APA:1994). وبناء على هذا التشخيص يتم تقديم المشورة حول نوعية العلاج أو التدخل الملانم (NICE, 2008).

هذا التدخل و العلاج عادة ما يكون متعدد التخصصات فمثلا برامج التدخل على نطاق المدرسة تُعد تدخل متعدد التخصصات حيث تحتوي على استراتيجيات تعديل السلوك ، الاستراتيجيات التدريسية ، برامج التدريب الاسري ، العلاج الدوائي. وقد وضح Kerr (2008) ان استخدام التدخل متعدد التخصصات هو الطريقة الوحيدة لخفض و التحكم بازدياد عدد الحالات المشخصة باضطرابات الحركة و الانتباه في بريطانيا حيث ان التدخل الدوائي وحده لا يمكنه ان يحقق الفوائد للأطفال ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه لذا لابد من استخدام اكثر من نوع من أنواع التدخل.

Edwards (2002) أيضا قام بالمقارنة بين التدخل الدوائي وحده و التدخل السلوكي وحده و التدخل الذي يدمج بين الأثنين ، بالإضافة لتدخل الروتين المجتمعي وقد اثبتت نتائج دراسته ان الفوائد كانت اكثر للتدخل الدوائي فقط و للتدخل الذي يمزج بين الدوائي و السلوكي و هذا يوضح فاعلية التدخل المتعدد التخصصات. مثله Pelham Jr et al. (2000) حيث قارن بين المجموعات التي تلقت التدخل السلوكي ، التدخل الدوائي ، التدخل المتعدد في احد برامج التدريب الصيفية و رغم ان الدراسة لم توضح أي اختلافات في تقديرات الراشدين لسلوك الاطفال ، إلا أن الاطفال من مجموعة التدخل السلوكي و التدخل المتعدد (سلوكي و دوائي) تحسنوا بدرجة متشابهة في قياسات الفصل الدراسي و بطاقات التقارير اليومية. وفي دراسة اخرى لـ Pelham et al. (2005) حول مقارنة العلاج الدوائي فقط بالعلاج المتعدد الدوائي و السلوكي ، أتضح من نتائجها ان التدخل المتعدد التخصصات كان أفضل.

بنفس الشكل أتضح ان التدخل الذي يحوي عناصر سلوكية و يركز على الشراكة الاسرية و المدرسية يكون برامج تدخل سلوكية اكثر فاعلية Barkley et al. (2000) قارن بين برامج التدخل السلوكية

المنزلية وبرامج التدخل السلوكية المدرسية و برامج تشمل الاثنيين معا ، هذه البرامج تشمل معلومات حول الاضطرابات ، تدريب على استراتيجيات تعديل السلوك ، مهارات اجتماعية ، التحكم بالضغوط و الغضب ، و قد اشارت النتائج إلى أن اطفال برامج التدخل المدرسية تمكنوا بشكل دال من ان يكتسبوا المهارات الاجتماعية و المهارات الوظيفية التكيفية كما قلت مشكلاتهم السلوكية و قلت المشكلات الخارجية بالإضافة إلى أنهم حصلوا على تقديرات اقل على مقاييس التقدير السلوكي ، رغم انه لم يوجد للتدخل تأثير على كفاءتهم الدراسية ، شدة المشكلات أو التحكم بالذات و عدد المواقف التدريسية المشكلة.

نتائج اكبر دراسة طولية في الولايات المتحدة حول التدخل متعدد النماذج Multimodal Treatment Study (MTA) Approach في (Jensen et al. 2001) تشير إلى فاعلية التدخل الدوائي فقط و التدخل المتعدد الذي يشمل التدخل الدوائي و السلوكي معا. ولكن هذا مخالف لدراسة Horn et al. (1991) التي تدور حول المقارنة بين آثار الأدوية المنشطة لوحدها و عندما كانت ضمن تدخل يشملها مع تدريب الوالدين السلوكي و تدريبات التحكم الذاتي مع الاطفال ، اتضح أن نتائج التدخل المتعدد التخصصات لم يكن افضل من الدوائي ولم يكن بين نوعي التدخل اية فروق، كما لاحظوا ان دمج جرعة بسيطة من الدواء مع التدخل السلوكي تزيد من فاعليته.

ورغم دراسة هورن وآخرون التي تنفي تأثير برامج التدخل متعددة التخصصات إلا أن الدراسات التي اثبتت فاعلية هذه البرامج كانت كثر ؛ فمثلا (Miranda et al. 2002) أيضا قاموا بدراسة للتأكد من فاعلية برامج التدخل متعددة التخصصات في الفصول الدراسية هذه البرامج احتوت على تقنيات تعديل السلوك ، استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي ، واستراتيجيات تدريسية ، واتضح وجود تحسن في الدرجات الأكاديمية و السلوك الصفي ، ومعرفة المعلمين بهذه الاستراتيجيات و تلبية احتياجات الاطفال.

بالإضافة إلى ذلك ، فإن التدخل متعدد التخصصات اشار إلى التركيز على أهمية اتخاذ الإجراءات و تغيير الفرد و بيئته مما يحقق المفهوم التكامل للقصور. حيث اتضح ان الاستراتيجيات السلوكية ، الاجتماعية ، الأكاديمية و الاسرية في البرامج متعددة التدخلات لها تأثير ايجابي سلوك الأطفال و ادائهم الأكاديمي كما انه قوى علاقة الشراكة بين المعلمين والاسر (Evans et al., 2004) هذا التدخل متعدد التخصصات كان له تأثير معتدل على الأطفال كما عبر عنه الوالدين وله تأثير معتدل على المهارات الأكاديمية كما عبر عنها المعلمين ، كما انه ساعد حوالي 20% من ذوي القصور الاكاديمي و الاجتماعي على الوصول إلى المعدل الطبيعي و حسن من التقديرات التي حصلوا عليها.

النموذج متعدد التدخلات او التخصصات له تأثيرات ايجابية على الأطفال و المراهقين ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه. اشارت المؤسسة الوطنية للصحة العقلية (NIMH 2008) بعد تطبيقها لدراسة كبيرة

على الأطفال في سن المدارس في الولايات المتحدة اكتشفوا فيها فاعلية التدخل المتعدد التخصصات. و بنفس الشكل، (Anderson *et al.* (2000) وضح أن استخدام التنويم الصناعي مع العلاج المعرفي السلوكي كان له تأثير أكثر فاعلية من استخدام التنويم الصناعي وحده. أما (Armstrong (1996 فقد اقترح تدخل متكامل يعتمد على الدراسة التقييمية للتدخل و الذي يجب ان يحتوي على البرامج المعرفية، الحركية، البيئية (كالتغذية و الفنون و الموسيقى) و الانفعالية، السلوكية، الاجتماعية و التربوية.

فاعلية التدخل متعدد التخصصات يتطلب عمل تعاوني بين المتخصصين، حيث نصت وثيقة ممارسة تربية ذوي الاحتياجات الخاصة (DCSF, 2001) SEN Code of Practice بأن العمل في فريق متعدد التخصصات يعني المتخصصين الذين يعملون مع الطفل و لأجله موجهين بالطريقة المتمركزة حول الطفل. هذا كان أيضا موضح في الورقة الخضراء كل طفل يهم Green Paper of Every Child Matters (DCSF, 2003) هذه الورقة روجت لتحسين و تطوير تبادل المعلومات بين المتخصصين و تسهيل تواصلهم. كما تم فيها التشجيع على العمل بشكل تعاوني في فرق متعددة التخصصات تقوم على و حول مدارس الأطفال ومراكزهم. و بناءا عليه سيستفيد كل من الأطفال و أسرهم حيث يتم تلبية احتياجاتهم و تحسن الجوانب الاجتماعية، الانفعالية، التربوية، و السلوكية. وفي دراسة (Alharbi, 2010) تم فيها الكشف عن مدى استخدام التدخل المتعدد التخصصات في دعم ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه في بريطانيا و اوضح التالي :

جدول (1) يوضح استجابات المتخصصين حول مدى استخدام و الرغبة باستخدام التدخل متعدد التخصصات

التدخل	معلمون التدريبات السلوكية			اخصائيون نفس تربويين			اخصائيون تنسيق خدمات التربية الخاصة		
	M	S D	N	M	SD	N	M	S D	N
استراتيجيات التدخل متعدد التخصصات المستخدمة *a	3.02	.68	4 7	3.02	.65	4 6	2.93	.64	10 7
استراتيجيات التدخل متعددة التخصصات المفضلة *b	2.57	.55	4 4	2.55	.63	4 2	2.43	.52	90

على (*a) الاطلاق = 1، نادر = 2، غالبا = 3، دائما = 4، (b) * تزيد = 3، بدون تغيير = 2، تقل = 1)

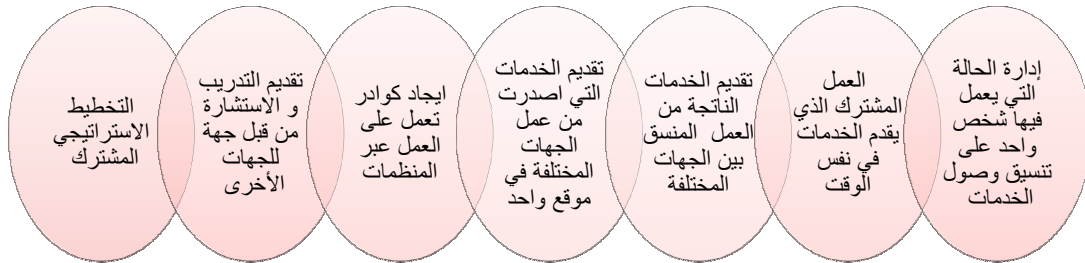
الجدول السابق يشير إلى عدم وجود اختلافات بين المختصين في استجاباتهم ، على العموم من خلال النظر عن كثر إلى المتوسطات نجد ان اخصائيو النفس التربويون و معلمون التدريبات السلوكية قدروا مدى استخدام هذا التدخل بشكل مشابه و لكن نجد ان معلمون التدريبات السلوكية فضلوا زيادة هذه الاستراتيجيات.

كذلك فان الفوائد لا تقتصر فقط على المستفيدين المباشرين لهذه الخدمات ، بل ينتفع أيضا المتخصصون من العمل متعدد التخصصات من خلال تبادل الأفكار ووجهات النظر. اكد دليل كل طفل يهم : التغيير في المدارس (Every Child Matters: Change in Schools (DCSF, 2004) على ذلك و ركز – بخصوص الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة - على أن عمل المختصين التعاوني سيشكل تقييم احتياجات الأطفال و اتخاذ القرارات حول نوع و مكان الخدمات . كما وضحت (NICE 2008) دور المختصين في الفرق متعددة التخصصات والذين يعملون مع الأطفال ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه. هذا العمل التعاوني قد يقود لدمج تعليمي فعال للأطفال و يلبي احتياجاتهم (Barnes, 2008).

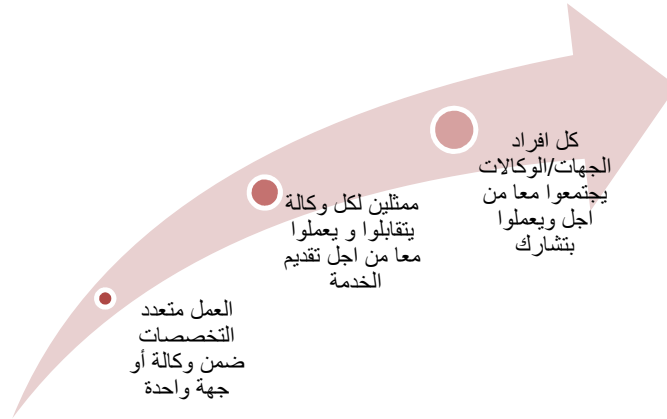
و في دراسة (Pettitt 2003) حول فاعلية العمل المشترك بين المختصين في تقديم خدمات الصحة العقلية للأطفال والمراهقين و المدارس وضحت فوائد هذا العمل المشترك الذي يشمل تحسين تقديم الخدمات وزيادة الوعي حول قضايا الصحة العقلية و الخدمات. كما أن لها تأثير على الأطفال حيث يصبحوا اكثر سعادة و يزداد تحصيلهم الأكاديمي كما ان معدل حضورهم للمدرسة يزداد و تقل حوادث طردهم من المدارس.

طبيعة العمل متعدد التخصصات :

اشار كثير من الباحثين مثل (Cameron et al., 2000) و (Atkinson et al., 2002) إلى عدد من نماذج العمل متعدد التخصصات (Cited in Sloper, 2004) :



أما (Watson et al. (2000; 2002 فقد اقترح ثلاث فئات من العمل متعدد التخصصات Cited in (Sloper, 2004) على النحو التالي :



و يبدو من كل هذه النماذج أن الهدف هو تقديم الخدمات من خلال توحيد الجهود بين المهتمين بتقديم الخدمة. أما بالنسبة لاختيار النموذج الأفضل فهو يعتمد حقيقة على عدد من العوامل من بينها الاحتياجات و توافر المصادر. و بما أن مجال التربية الخاصة يعتمد بالدرجة الأولى على عدد من الجهات التي تقدم خدماتها فإن العمل متعدد التخصصات يُعد ضرورة لاغنى عنها من اجل رفع مستوى الخدمات و ايصالها في الوقت المناسب. وهذا يظهر أيضا في مجال دعم ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه. فلدليل المؤسسة المحلية للصحة و التمميز العيادي سنة 2008 ركز على أن خدمات الصحة العقلية يُفترض ان تتبنى الرعاية المتمركزة على الفرد و التي تروج و تسهل التواصل بين المتخصصين الصحيين و الافراد ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه و أسرهم من اجل اتخاذ القرارات المتعلقة بعلاجهم و تشخيصهم ، حيث ان الأفراد ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه ينتفعون اكثر من العمل التكاملية بين اطباء الطفولة و خدمات الصحة النفسية/العقلية للأطفال و المراهقين ، خدمات الصحة العقلية للراشدين ، إدارة الطفولة و الشباب و التي تشمل الخدمات التربوية و الاجتماعية ، بالإضافة إلى مجموعات الدعم. فرق العمل التعاوني بين الجهات يجب ان يطور في كل موقع حيث تكون مسؤولة عن تنسيق و تقييم الخدمات و تحرص على تطبيق خطط المؤسسة المحلية للصحة و التمميز العيادي (NICE, 2008).

كما نصت إدارة الصحة 2007 بأن أهداف خدمات الصحة النفسية و العقلية للأطفال و المراهقين هي ضمان نوعية الحياة للأطفال و المراهقين مما يلبي اهداف تشريعات كل طفل يهيم ، كما كان هناك مؤخرا زيادة في ميزانية هذه الخدمات هادفة لتسهيل حصول الأطفال على الرعاية 24 ساعة في اليوم عند الاحتياج لها وذلك من خلال العمل التعاوني بين الجهات المختلفة (DH, 2007).

هذا ايضا تم تأكيده من قبل المؤسسة الوطنية للصحة العقلية في امريكا National Institute of Mental Health التي اعتبرت ان علاج و تشخيص اضطرابات الحركة و الانتباه يحتاج إلى أكثر

من تخصص بالإضافة إلى الشراكة بين الأسرة والمدرسة حيث ان المعلمين و الاسر أول من يلاحظ التحديات السلوكية التي تواجه الاطفال و بمجرد عمل ذلك يتم تقييم هذه المشكلات وقياس حدتها و شدتها (NIMH ; 2008a). وفي بريطانيا فأن عمل خدمات الصحة العقلية للأطفال و المراهقين Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) يعتمد على العمل متعدد التخصصات و خاصة عند العمل مع ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه ، حيث يتم تقديم الخدمات في أحد المستويات الطبقيّة التالية :

جدول¹ (2) يوضح خدمات CAMHS المقدمة لذوي اضطرابات الانفعالية و السلوكية

المستويات الطبقيّة	المختصين المشتركين	أدوارهم
1	الزائرين الصحيين ، ممرضة المدرسة ، الطبيب العام ، وكالات تطوعية ، العاملين الاجتماعيين للأحداث ، الخدمات الاجتماعية ، الخدمات الاجتماعية السكنية	التعرف على مشاكل الصحة العقلية ، تزويدهم بالاستشارة ، وصف الأدوية ، تزويدهم بالفرص التي تجنبهم السلبية و التي تروج لصحة نفسية ايجابية.
2	اخصائي نفسي اكلينيكي ، طبيب نفسي للأطفال ، طبيب اطفال ، طيب نفسي مجتمعي ، اخصائي نفسي تربوي ، ممرضة ، ممرضة متخصصة .	يزود المختصين بالتدريب و الاستشارة ، يوفر خدمات عن بعد للتعرف على الصعوبات الحادة و المعقدة في الأطفال الذين يأتون من أسر غير متعاونة كما يقوم بالتقييم.
3	الطبيب النفسي للمراهقين و الأطفال ، اخصائي العلاج النفسي للأطفال ، العامل الاجتماعي ، اخصائي العلاج الوظيفي ، الاخصائي النفسي الاكلينيكي ، اخصائي العلاج بالفن ، الموسيقى و الدراما ، ممرضة الطب النفسي المجتمعي.	يزود الاطفال بالتقييم و العلاج من اجل الاحالة و الدعم ، يضيف إلى الخدمة ، و يزود المختصين بالتدريب و الاستشارة.
4	كل المختصين في الخدمة	يزود بالخدمة الأطفال ذوي المشكلات الحادة ، المنومين في المستشفيات ، المعتدى

¹ cited in DCSF (2001), and NICE (2008) guidelines of attention deficit and hyperactivity disorders.

عليهم جنسيا ، و المراهقين في وحدات الجنائية ، مضطربي التغذية ، عيادات الطب النفسي العصبي.		
---	--	--

رغم وجود العديد من التشريعات و الوثائق الرسمية مثل كل طفل يهم (Every Child Matters;)
DCSF, 2003 ووثيقة قواعد الممارسة (SEN Code of Practice; DCSF, 2001) في مجال
التربية الخاصة التي اوصت بالعمل متعدد التخصصات ، كذلك العديد من الدراسات التي اثبتت فاعلية و
تأثيرات التدخل متعدد التخصصات كما وثق في التراث الثقافي (Vierhile et al. 2009; Kutcher
et al. 2004; Seeley et al., 2009; Daly et al., 2007) إلا أن النقص الموجود في التراث
الثقافي المتعلق حول تعاون المختصين و عمل الفريق المتعدد التخصصات يظهر أيضا (Sloper,
2004)، اما بالنسبة للدراسات حول العمل المتعدد التخصصات فيما يتعلق بذوي اضطرابات الحركة و
الانتباه فأن الدراسات تفتقد إلى طبيعة هذا العمل ، و العوائق التي تواجهه و التوقعات حوله. وفي محاولة
لمعرفة طبيعة العمل المتعدد التخصصات في مجال تقديم الدعم التربوي لذوي اضطرابات الحركة و
الانتباه ، فقد قمت بإجراء استمارة ومقابلات تتبعية مع مجموعة من اخصائي الدعم المتخصصين في
بريطانيا تبحث عن عدد من الأمور من ضمنها تعاونهم مع بعضهم البعض و مع المختصين الآخرين ،
الجدول أدناه يوضح الاختلافات بينهم في مدى تعاونهم مع الأخصائيين.

جدول (3) يوضح الاختلافات بين الاخصائيين في التعاون مع بقية الاخصائيين

التحليل الإحصائي	المجموع		الأخصائي النفسي التربوي		معلم التدريبات السلوكية		اخصائي تنسيق خدمات التربية الخاصة		الفقرة
F = 11.54, Df 2,200, P = .00**	(N=203)		(N=47)		(N=47)		(N=109)		يتعاونوا مع الاخصائيين الآخرين لتقديم عمل متعدد التخصصات ^a
	3.8 8	.98	3.38	.97	3.77	1.03	4.15	.87	
$\chi^2 = 1.46$, Df 2, P = .48	(N=179)		(N=44)		(N=43)		(N=92)		يفضلوا ان يقوموا بذلك ^b
	1.9 4	.24	1.98	.15	1.91	.29	1.93	.25	

^a دائما = 5 ، غالبا = 4 ، احيانا = 3 ، نادرا = 2 ، على الإطلاق = 1 ، ^b نعم = 2 ، لا = 1.

في هذا الجدول يتضح أن هناك فروق دالة احصائيا بين المختصين في تعاونهم مع المختصين الآخرين. حيث يوضح اختبار البوست هوك post hoc بأن اخصائي تنسيق خدمات التربية الخاصة هم الأكثر تعاوننا مع بقية الاخصائيين [T (200)=-4.32,p<.01] وقد يكون السبب انهم أول من يتعامل مع الوالدين كما انهم من يدعو الاخصائيين الآخرين للنظر في حالة الطفل و المراهق ، و مع ذلك فانه يتضح ان لا فرق بينهم و بين بقية الاخصائيين (معلمين التدريبات السلوكية و الأخصائيين النفسيين التربويين) في رغبتهم بأن يقوموا بهذا الدور. وقد وضح أخصائيو تنسيق خدمات التربية الخاصة بأنهم هم من يقوم بهذا العمل اكثر بما انهم يكونوا متواجدين في المدرسة و بما انهم من يعبر عن قلقهم فيما يتعلق بالأطفال و مشكلاتهم مع المختصين وذلك لتفعيل الخدمات من خارج المدرسة ولملاحظة وقياس تطور الأطفال بعد تدخل هؤلاء المختصين. وقد يكون هذا السبب مرتبط بحقيقة ان من مهام هؤلاء الاخصائيين هو التعاون مع مختلف الجهات التي تقدم خدمات لذوي اضطرابات الحركة و الانتباه. كذلك وجودهم في المدرسة يمنحهم خاصية المعرفة باحتياجات الاطفال وخصائصهم و هذا ما يزيد من امكانية طلبهم للخدمات متعددة التخصصات و هذا يتفق مع دراسة Barnes (2008) عندما وجد ان اخصائي تنسيق خدمات التربية الخاصة هم الذين يدعموا مع الأسر بعاطفية التدخل متعدد التخصصات و الداعمين لدمج تربوي فعال.

من خلال هذه الدراسة أيضا فإن القضايا التي اثرت حول عمل فريق متعدد التخصصات و مستوى التعاون كثير ممن تم استفتاءهم أو مقابلتهم عبروا عن استياءهم من العمل متعدد التخصصات ، يرغم تفاعل البعض حول امكانية تطويره. فمثلا في الوسط الغربي من بريطانيا عبرت اخصائية تنسيق خدمات تربية خاصة عن شكواها حول عدم مشاركة الخدمات الصحية و تبادلها للمعلومات مع بقية الاخصائيين بينما معلمة التدريبات السلوكية في الشمال الشرقي من بريطانيا أكدت ان المشكلة تكمن في الخدمات الاجتماعية الذين يرفضون التعاون مع بقية الاختصاصيين ، شاركتها معلمة تدريبات سلوكية في الجنوب الغربي ووضحت انه بمجرد ما تم التشريع بضرورة جعل هذه الخدمات محلية كانت الخدمات الاجتماعية اكثر المترددين في المشاركة رغم انهم هم من يقوم بتدريب أسر الأطفال ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه. ووضحت ان معلمين التدريبات السلوكية و الاخصائيين النفسيين التربويين دوما ما يعملون معا حيث يمثل الاخصائي النفسي التربوي الجانب النظري بينما يمثل معلم التدريبات السلوكية الجانب التطبيقي.

اما بالنسبة لمجموعة دراسة الحالات التي قمت بها ، اتضح من خلالها ان الاسر رغم معرفتهم ببعض الخدمات المقدمة إلا انهم لا يعرفون مستوى التعاون بين المختصين أو أنواع التدخل المتاحة لأبنائهم. وفي دراسة حالة أخرى اتضح التعاون بين المختصين و المعلمين و لكن في المقابلات اتضح الشعور بالإحباط في تعاون المختصين مع بعضهم و خاصة مع المختصين من الخدمات الصحية و الاجتماعية ،

كما عبروا عن خيبة امهم فيما يتعلق بمستوى العمل التكاملي بين الفريق متعدد التخصصات وهذا ما تم ايضا التأكيد عليه في دراسة (Wheeler et al. 2008) الذين اكدوا على اهمية تطوير التعاون بين مختصي خدمات الصحة العقلية للأطفال و المراهقين و الاخصائيين التربويين.

وهذه النتيجة تخالف المتعارف عليه في بريطانيا من ان معلمي التدريبات السلوكية هم أكثر من يقوم بهذا الدور ، حيث أن أدوارهم تتلخص في تقديم خدمات الدعم السلوكي و تقديم النصح للمدارس حول تطوير ومراجعة السياسات السلوكية وكذلك تقديم النصح حول الطرق التدريسية و تدريب المعلمين و أعضاء المدرسة في المدارس او المناطق التعليمية ، فهم يدعمون اخصائي تنسيق اخدمات التربية الخاصة ، يعملون مع الأطفال كأفراد أو مجموعات بشكل مباشر . (Every Child Matters; DCSF, 2003).

وهم يركزون على القضايا الانفعالية و السلوكية و هذا يشمل أيضا الأمور المتعلقة بذوي اضطرابات الحركة و الانتباه . كما انهم يعملوا على تسهيل عمل الفريق متعدد التخصصات و يضمون استمرارية تقديم الخدمات للأسر و الاطفال ذوي الاحتياج (DCSF, 2008). على العموم ، فأن خدمات الدعم السلوكي تختلف من منطقة لأخرى (BPS, 2000) وقد يكون هذا مؤشر على بعض العوائق التي تعيق العمل متعدد التخصصات حيث ان ما يحدث في الميدان يخالف المتوقع عاكسا أيضا توقعات المشاركين في العمل متعدد التخصصات.

معوقات العمل متعدد التخصصات : Challenges Facing Multi-Agency work

هذا العرض الموجز لطبيعة العمل متعدد التخصصات يشير إلى الخلل الموجود في تقديم خدمات الدعم لذوي الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بشكل عام و لذوي اضطرابات الحركة و الانتباه بشكل خاص. هذه المعوقات تدور حول عدم توفر المصادر ، قلة التدريب و المعرفة و نقص التعاون بين المختصين. ويوجه الانتباه إلى التحديات التي تواجه العمل متعدد التخصصات منها ما هو متعلق بعوائق مرتبطة بالوقت و الميزانية . وقد ذكر (Watling 2004) بعض العوائق المرتبطة بضغط الوقت و الصعوبة في الوصول إلى مفاهيم موحدة ، نقص في التزام المختصين و اختلاف الأنظمة التشريعية و الهيكلية التي تنظم هذا العمل التعاوني. (Hannigan 1999) وصف هذه التحديات في مستويين ، الأول المستوى التنظيمي و المتعلق بالانقسامات في المسؤوليات بين المختصين و الثاني مرتبط بالمستوى الإجرائي و المتعلق بالإدارة و معايير الحصول على الخدمة ، و التوثيق و تبادل المعلومات. و لمواجهة هذه التحديات اقترح (Salmon et al. 2006) هيكل يقوم على الوضوح و المرونة و يزيد من فرص نجاح العمل متعدد التخصصات من خلال خلق مواقف نجاح للجميع 'win-win situations' و هذا يتطلب التعاون بين المعلمين و الاسرة.

دراسة (Pettitt 2003) اشارت إلى انه رغم فاعلية العمل المتعدد التخصصات ، إلا ان مثل هذا العمل يستغرق وقت أطول و قد يخلق مشاكل إدارية ، بالإضافة إلى إن مشكلات تبادل المعلومات و الحفاظ على هويات المختصين في ظل هذا العمل الجماعي تُعد من سلبيات العمل في فريق متعدد التخصصات واتفقت معها (Collett 2010) حول نفس المعوقات. أكدا (Cigno and Gore 1999) أيضا على أهمية عمل فريق متعدد التخصصات في مجال الاحتياجات الخاصة والقصور ، من خلال دراستهم التقييمية لإحدى المراكز التي تقدم خدمات متعددة التخصصات ، إلى ان الغالبية من الأسر عبروا عن سعادتهم ورضاهم عن العمل المتعدد التخصصات حيث انه يلبي احتياجاتهم مع أنهم اشاروا إلى امكانية تطوير هذه الخدمة أكثر ، أما بالنسبة للمختصين فقد اعتقدوا انه رغم فائدة و اهمية العمل متعدد التخصصات و تعاونهم غير الرسمي مع الآخرين إلا أنهم كانوا بحاجة إلى جهود متناسقة و عمل تكاملي منظم على مستوى أكثر رسمية.

في المقابلات التي اجريت (Alharbi, 2010) أتضح أيضا ان كثير من المختصين في مختلف المناطق يعرفوا بالتحديات التي تواجه التعاون بينهم و بين بقية المختصين رغم تشريعات كل طفل يهم حيث كانت التحديات مادية و مرتبطة بالوقت وهذا ما اشار اليه معظم أفراد العينة. وقد اختلفوا في تقدير هذه العوائق حيث كان اخصائيو تنسيق خدمات التربية الخاصة أكثر من اشار إلى قلة المادة كعائق للعمل التعاوني بين المختصين ، وقد اتفق هذا مع (Sloper 2004) الذي ذكر ان الريبة المادية و قلة المصادر المتاحة و المشتركة بين الشركاء هي سبب اعاقا العمل المشترك.

كذلك من المشكلات الرئيسية هو تداخل الأدوار بين المختصين وقد شعر بهذا الأخصائيو النفس تربويين أكثر من غيرهم و هذا ما اتفق مع (Hannigan 1999) الذي وضح ان التحديات التي تواجه العمل متعدد التخصصات يكون على مستويين: التنظيمي المتعلق بالفرقة بين المسؤوليات و الإجرائي المرتبط بالتناقض في مسؤوليات أعضاء الفريق و الحدود التي تفصل بينهم و تبادل المعلومات . وضحت (Rose 2008) أيضا ان القضايا التي تواجه عمل فريق متعدد التخصصات هو السيطرة المبالغ فيها و التي تتعلق بسيطرة جهة معينة و ترأسها و كذلك المبالغة في الهويات حيث يجد الاخصائي نفسه في حيرة بين هويته كمختص أو كعضو في هذا الفريق ، و هذا ما جعل بعضهم يذكر أن كثير من المختصين لديهم توقعات محددة حول ادوارهم و ادوار الآخرين مما يخلق مشكلات في التعاون . بالإضافة إلى أن اختلاف مفهوم اضطرابات الحركة والانتباه بين الاخصائيين اعتبر كذلك عامل رئيسي يعيق التعاون بين المختصين حيث يختلف المختصين في نظرهم للاضطراب و مفهومه (biAlhar, 2010).

في دراسة (Atkinson et al. 2002) كان الوضع مشابه حيث أتضح أن معظم هذه التحديات باختصار هي التالي :

- سوء تنظيم البنية و هيكل العمل
- قلة اعداد المشاركين و عدم التزامهم
- اختلاف الاولويات
- تنظيمات إدارية غير مستمرة
- اشراك الاعضاء المناسبين
- قلة الموارد

كذلك أوضحت إبراهيم (2003) أن هذه المشكلات قد تكون في العلاقات الشخصية بين أفراد الفريق مما يؤثر على تناغم الفريق و أداء عمله بشكل ناجح ، هذه المشكلات منها ما هو راجع لفقد الثقة ، الخلافات الشخصية ، اتخاذ قرارات لا يدعمها الكل ، التعامل الشخصي بين بعض أفراد الفريق. بالإضافة للمشكلات المتعلقة بسمات الشخصية المرتبطة بأحد أو بعض أفراد الفريق مما يعيق العمل الجماعي نتيجة الجمود الذهني والغيرة ، أيضا المشكلات المرتبطة بقيادة الفريق تُعد من المشكلات الشائعة في أي فريق.

كيفية التغلب على هذه المعوقات **Overcoming the Challenges of Multi-Agency Work**

لخص (2004) Sloper الطرق التي يمكن ان تحسن مستوى العمل متعدد التخصصات بأنها : تحديد الأهداف والمسئوليات بوضوح ، وضع جدول زمني متفق عليه ، اجتماعات دورية لأعضاء الفريق ، استمرارية دعم و تدريب المشاركين في الفريق متضمن التدريب المشترك لكل المتخصصين. هلال (1995) أيضا لخص إلى أن نجاح الفريق متعدد التخصصات يعتمد على الوضوح في مهمة الفريق و موافقة الكل على هذه المهمة ، كذلك توضيح أدوار المشاركين في الفريق و التداخل بين التخصصات المختلفة ، البعد عن الأمور الشخصية و الذاتية و انتاج الحلول (في العلي ،1996). كما تم استنتاج عدد من التوصيات التي من شأنها ان تحسن مستوى العمل متعدد التخصصات بناء على التراث الثقافي المراجع و المتعلق بالعمل متعدد التخصصات هذه التوصيات (Alharbi , 2010) هي التالي :

توصيات تشريعية :

- إعادة صياغة سياسات التربية الخاصة في المدارس بشكل مفهوم للوالدين و تسهيل وصول الوالدين له.
- كل منطقة تعليمية يجب ان تكتب دليل للمختصين حول ادوارهم و مسؤولياتهم وكذلك حول مستوى التعاون المطلوب بينهم و بين المختصين الآخرين.
- يفضل أن تقوم كل منطقة تعليمية بتقييم مسؤوليات و أدوار المختصين الذين يعملون مع ذوي اضطرابات الحركة و الانتباه و كيفية التعاون فيما بينهم.

- يجب ان تفعّل المناطق التعليمية وتقيم فرق العمل المتعددة التخصصات المحلية.
- يمكن للمدارس ان تعيد النظر في الطرق التي يمكن من خلالها ان تقدم الدعم لذوي اضطرابات الحركة و الانتباه وعمل الفريق متعدد التخصصات.
- يجب استمرارية تقييم الدعم و التعاون بين المختصين في كل منطقة تعليمية او مدرسة.
- اشراك الوالدين في اجتماعات خاصة بالقرارات المتعلقة بدعم ابنائهم و إبلاغهم بالخيارات المتاحة و كذلك التحديات التي تواجه العمل متعدد التخصصات لدعم ابنائهم.
- تطوير التدريب للمختصين الذي يعملون في فرق متعددة التخصصات.
- تطوير و بناء برامج تدريبية لتحسين العمل التكاملية بين المختصين.
- تنمية العمل متعدد التخصصات بين المختصين من مجالات مختلفة وليس لتقديم الدعم فقط.
- تقديم برامج تدريبية للأسر و الاخصائيين لزيادة التواصل بينهم.
- تنمية الشراكة لزيادة تفاعل الأسر مع فرق العمل متعددة التخصصات.

الخاتمة

من خلال هذا العرض الموجز يتضح أن هناك الكثير من المشكلات التي تواجه العمل متعدد التخصصات رغم فوائده اللا متناهية و في ظل التغييرات في نوعية الخدمات المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة في أقل البيئات تقييدا ، و نتيجة للحاجة إلى تقديم خدمات متكاملة تظهر أهمية مناقشة العمل متعدد التخصصات و رغم عدم حداثة هذا المصطلح إلا ان تفعيل خدمات هذا العمل متعدد التخصصات سيواجهها الكثير من التحديات التي يجب ان نكون مستعدين عليها خاصة عندما ندرك أن مواجهة هذه التحديات رغم صعوبته إلا انه ليس بمستحيل. و في هذه الورشة سيتم باختصار استعراض تمهيدي لطبيعة العمل متعدد التخصصات و فوائده ، كما سيتم من خلال الأحداث المقصودة في التدريبات مناقشة أبرز التحديات المتمثلة في : التخصصية أي إعطاء الفرد مسؤوليات لا تناسب تخصصه ، الفرقة بين هويتين كمتخصص يعمل بشكل فردي و كفرد في مجموعة لكنه اقل تخصصا ، مقاومة الاشتراك في العمل متعدد التخصصات ، و التحكم من خلال الاختلاف بين فردين لديهما وجهتين نظر مخالفتين. في هذه الأمثلة التدريبية أيضا سيتم اقتراح الحلول للتغلب على هذه المشاكل.

المراجع:

- إبراهيم ، سناء شوقي.(2003) 100 طريقة إبداعية لحل المشكلات الإدارية و مشاكل قيادة فريق العمل ، التنمية الإدارية ، 101 (24) ، 24- 29
- حنفي ، علي (2005). معوقات تطبيق البرنامج التربوي الفردي مع المعوقين سمعياً في معاهد الأمل للصرم و برامج الدمج في المدرسة العادية ، مجلة الإرشاد النفسي ، 19 ، 245 - 304.
- الخطيب ، جمال و آخرون مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية العرب ، مجلس وزراء العمل و الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ، (2001) الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة و التربية الخاصة و التأهيل ، المنامة : المكتب التنفيذي
- الخشرمي ، سحر أحمد (2001) تقييم البرامج التربوية الفردية ، ندوة التشخيص الطبي و التقييم النفسي و التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة ، السعودية ، 183- 217
- الخشرمي ، سحر أحمد (2003) تقويم و بناء محتوى البرامج التربوية الفردية لذوي الاحتياجات الخاصة في مراكز و مدارس التربية الخاصة بمدينة الرياض ، مجلة العلوم التربوية و النفسية ، 3 (4) ، 102-132.
- سليمان ، نجدة إبراهيم علي (2002) عمل الفريق و تقديم الخدمات العلاجية و التربوية المندمجة للأطفال المعوقين في التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة ، العلوم التربوية ، 24 (8) ، 175-242
- عبدالرحمن ، زينب عدلي الداغر. (2009) تحليل العلاقة بين فرق العمل و القدرة الابتكارية للفرد بهدف زيادة مستوى الأداء ، التنمية الإدارية ، 123 (27) ، 44-46
- قاسم ، محمد رفعت ؛ ابو النصر ، مدحت محمد-مترجم (2005) بناء ونمو وإدارة فريق العمل - مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، 19 (1) ، 389 - 399.
- هلال ، محمد عبدالغني حسن في ؛ العلي ، احمد عبدالله. (1996) كيف تكون فريق العمل ؟ بناء مهارات الفريق ، مجلة التربية ، 18 (6)، 118-131

Alharbi, A. (2010) *Educational support professionals : their perceptions and practices in providing support for pupils with attention and/or activity difficulties*. PhD Thesis. Exeter : Exeter University.

Anderson, K.; Barabasz, M.; Barabasz, A.; and Warner, D. (2000). Efficacy of Barabasz's instant alert hypnosis in the treatment of ADHD with neurotherapy. *Child Study Journal*, 30 (1), 51 - 62.

- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armstrong, T. (1996). A Holistic Approach to Attention Deficit Disorder. *Educational Leadership*, 53 (5), 34 - 36.
- Atkinson, M., Wilkin, A., Stott, A., Doherty, P. and Kinder, K. (2002) *Multiagency working: a detailed study* (LGA Research Report 26), Slough, NFER.
- Atkinson, M. ; Jones, M. ; Lamont, E. (2007) Multi-agency working and its implications for practice: A review of the literature, CfBT Education Trust retrieved on 21-02-2012 from <http://www.nfer.ac.uk/nfer/publications/MAD01/MAD01.pdf>
- Barkley, R. A.; Shelton, T.L.; Crosswait, C.; Moorehouse, M.; Fletcher, K.; Barrett, S.; Jenkins, L. and Metevia. (2000). Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behaviour: preliminary results at post-treat for preschool children with disruptive behaviour: preliminary results at post-treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* (41), 319 - 332.
- Barnes, P. (2008). Multi-agency working: what are the perspectives of SENCOs and parents regarding its development and implementation? *British Journal of Special Education*, 35 (4), 230 - 240.
- BPS. (2000). *Attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD): Guidelines and principles for successful multi-agency working*. Leicester, UK: British Psychological Society.
- Cigno; and Gore. (1999). A seamless service: meeting the needs of children with disabilities through a multi-agency approach. *Child & Family Social Work*, 4 (4), 325 - 335.
- Collett, A. (2010) *the multi-agency team : does it really work ?* report , centre for education policy in practice , Bath university, retrieved on 23-02-2012 from: http://www.bathspa.ac.uk/schools/education/research/cepip/epip-docs/Alice_Collett_The%20Multi-agency_Team.pdf
- Daly, B. ; Creed, T. ; Xanthopoulos, M. ; and Brown, R. (2007). Psychosocial Treatments for Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder . *Neuropsychology Review* , 17 (1) , 73 - 89 .

DCSF. (1994). *Code of Practice on the Identification and Assessment of Special Educational Needs*. London : Department for Children, Schools and Families was known by the Department for Education (DfE).

DCSF. (1997, October 22). *DfEE Green Paper; Excellence for all Children Meeting Special Educational Needs Presented to Parliament by the Secretary of State for Education and Employment by Command of Her Majesty*. Retrieved July 25, 2008, from Department of Children, Schools and Families used to be known as the Department For Education and Skills (DfES):

http://www.dcsf.gov.uk/consultations/downloadableDocs/45_1.pdf

DCSF. (2001). *Special Educational Needs Code of Practice* . Retrieved Feb 25, 2005, from Department for Children Schools and Families used to be known as Department for Education and Skills (DfES):

http://www.teachernet.gov.uk/_doc/3724/SENCodeOfPractice.

DCSF. (2003, September). *Every child matters Presented to Parliament by the Chief Secretary to the Treasury by Command of Her Majesty*. Retrieved Feb 25, 2005, from Department of Children, Schools and Families used to be known as Department for Education and Skills (DfES) :

<http://publications.everychildmatters.gov.uk/eOrderingDownload/CM5860.pdf>

DCSF. (2004). *Every Child Matters: Change for Children in Schools*.

Nottingham: Department for Children, Schools, Families used to be known as the Department for Education and Skills (DfES).

DCSF. (2008). *Behaviour and education support team working in partnership*.

Retrieved July 12, 2008 , from Department for Children, Schools and Families used to be known as Department for Education and Skills (DfES): http://www.dcsf.gov.uk/best/set_up/index.cfm

DCSF (2010) *Working Together to Safeguard Children : A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*, Nottingham : Crown ; retrieved on 21-02-2012 from :

http://www.kingstonlscb.org.uk/working_together_2010-2.pdf

DEE :Department for Education and Employment (1997) *Excellence for all children:*

Meeting Special Educational Needs, a report presented to Parliament by the Secretary of State for Education and Employment by Command of Her Majesty October, Department for Education and Employment, retrieved on 12-

20-2012 from : <http://www.achieveability.org.uk/files/1270740065/dfes-excellence-for-all-children-2001.pdf>

DH. (2007). *Children's health, our future: A review of progress against the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services 2004*. London : DH Publications Orderline.

Edwards, J. H. (2002). Evidenced-based treatment for child ADHD: "real-world" practice implications. *Journal of Mental Health Counseling* , 24 (2), 126 -140.

Evans, S. W. ; Axelrod, J. ; Langberg, J. M. (2004). Efficacy of a School-Based Treatment Program for Middle School Youth With ADHD- Pilot Data. *Behavior Modification* , 28 (4), 528 - 547.

Hannigan, B. (1999). Joint working in community mental health: prospects and challenges. *Health & Social Care in the Community* , 7 (1), 25-31

Horn, W.F. ; Ialongo, N.S.; Pascoe, J. M. ; Greenberg, G.; Packard, T.; Lopez, M. ; Wanger, A.; Puttler, L. (1991). Additive Effects of Psychostimulants, Parent Training, and Self-Control Therapy with ADHD Children. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 30 (2) , 233 - 240.

IDEA :Department of Education, Office of Special Education Programs. US (2004) Individualised Educational Programme (IEPs) retrieved on 15-02-2012 from <http://idea.ed.gov/explore/view/p/%2Croot%2Cdynamic%2CTopicalBrief%2C10%2C>

Jensen, P. S.; Hinshaw, S. P.; Swanson, J. M.; Greenhill, L. L.; Conners, C. K.; Arnold, L. E.; Abikoff, H. B.; Elliott, G.L; Hechtman, L.; Hoza, B.; March,J.S.; Newcorn, J. H.; Server, J. B.; Vittiello, B.; Wells,K.; Wigal, T. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* , 22 (1), 60 - 73.

Kerr, E. E. (2008). *AD/HD medications: are they overprescribed in the UK?* Retrieved 10 2008, 22, from Prescriber: www.escriber.com

Kutcher, S.; Amanb, M.; Brooks, S.J.; Buitelaarc, J.; van Daalenl, E.; Fegertd, J.; Findlinge, R. L.; Fismanf, S.; Greenhillh, L. L.; Hussg, M.; Kusumakara, V.; Pinei, D.; Eric Taylor, E.; and Tyanoj, S. (2004). International consensus

statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology* , 14 (1), 11 - 28.

Legislative. Gov.uk (2004) Children Act. Retrieved on 12-02-2012 from :
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/31/contents>

Miranda, A. ; Presentación, M. J. ; Soriano, M. (2002). Effectiveness of a School-Based Multicomponent Program for the Treatment of Children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities* , 35 (6), 547 - 563.

NICE. (2008). *National Clinical Practice Guideline Number 72- Attention Deficit Hyperactivity Disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. Retrieved from
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/ADHDFullGuideline.pdf>

NIMH. (2008a). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Easy-to-Read)*. Retrieved 02 2009, 23, from National Institute of Mental Health:
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder-easy-to-read/index.shtml>

Pelham, Jr. W.E.; Gnagy, E.M., Greiner, A.R., Hoza, B.; Hinshaw, S.P.; Swanson, J.M.; Simpson, S.; Shapiro, C.; Bukstein, O. ; Baron-Myak, C.; and McBurnett, K. (2000). Behavioural versus behavioural and pharmacological treatment in AD/HD attending a summer treatment programme. *Journal of Abnormal Child Psychology* , 28 (6), 507-525.

Pelham, W. E. ; Manos, M. J. ; Ezzell, C. E. ; Tresco, K. E. ; Gnagy, E. M. ; Hoffman, M. T. ; Onyango, A. N. ; Fabiano, G. A. ; Lopez-Williams, A. ; Wymbs, B. T. ; Caserta, D. ; Chronis, A. M. ; Burrows-Maclean, L.; Morse, G. (2005). A Dose-Ranging Study of a Methylphenidate Transdermal System in Children With ADHD . *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 44 (6), 522 - 529 .

Percy-Smith, J. (2005). *Definitions and Models: What Works in Strategic Partnerships for Children*. Ilford: Barnado's.

Pettitt, B. (2003). *Effective Joint Working between Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and Schools*. Nottingham: DfES.

- Rose, J. (2008). Team reasoning and inter-professional working. *School of Education and Lifelong learning* (p. Poster). Exeter: University of Exeter.
- Salmon, G.; Cleave, H. ; and Samuel, C. (2006). Development of Multi-agency Referral Pathways for Attention-deficit Hyperactivity Disorder, Developmental Coordination Disorder and Autistic Spectrum Disorders: Reflections on the Process and Suggestions for New Ways of Working. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* , 11 (1), 63 - 81.
- Seeley, J. ; Small, J. ; Walker, H. ; Feil, E. ; Severson, H. ; Golly, A. ; Forness, S. (2009). Efficacy of the First Step to Success Intervention for Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder . *School Mental Health* , 1 (1), 37 - 48 .
- Sloper, P. (2004). Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. *Child: Care, Health & Development* , 30 (6), 571-580.
- Vierhile, A. ; Robb, A. ; and Ryan-Krause, P. . (2009). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: Closing Diagnostic, Communication, and Treatment Gaps . *Journal of Pediatric Health Care (Science Direct)* , 23 (1), 5-21.
- Watling, R. (2004). Helping them out : the role of teachers and healthcare professionals in the exclusion of pupils with special educational needs. *Emotional and behavioural difficulties*, 9 (1), 8-27.
- Wheeler, L.; Pumfrey, P.; Wakefield, P.; and Quill, W. (2008). AD/HD in schools: prevalence, multi-professional involvements and school training needs in an LEA. *Emotional & Behavioural Difficulties* , 13 (3), 163-177.
- WHO. (1994). *Pocket guide to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, with glossary and diagnostic criteria for research* . NewYork: Churchill livingstone.