# تصور مقترح لمركز للتدخل المبكر كمدخل لتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (بورسعيد نموذجا)

إعداد

**د./ زينب موسي السماحي**

استاذ أصول تربية الطفل المساعد

كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بورسعيد

المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة

المجلد التاسع - العدد الثانى

أكتوبر ٢٠٢٢

# تصور مقترح لمركز للتدخل المبكر كمدخل لتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (بورسعيد نموذجا)

د./ زينب موسي السماحي *

**الملخص:**

استهدفت الدراسة الحالية التعرف علي واقع خدمات التدخل المبكر التي تقدم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،وأسرهم في محافظة بورسعيد، ورصد معوقات الحصول علي تلك الخدمات من وجهة نظر أولياء أمورهم، واشتملت عينة الدراسة علي (١٧٤) من أولياء الأمور، طبقت عليهم استبانة تم تصميمها في ضوء ما تم صياغته من أسئلة الدراسة، وأهدافها، استخدمت الباحثة الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية(SPSS 25) في معالجة البيانات وإجراء التحليلات الإحصائية ، واظهرت النتائج إتفاق أفراد عينة الدراسة نحو تدنى واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم تمثل في ندرة المراكز الحكومية المتخصصة في تقدم خدمات التدخل المبكر ، وجود مراكز خاصة غير مؤهلة تقدم بعض الخدمات نظير مبلغ مالي كبير يمثل عبء علي الاسر، فضلاً عن عدم وجود فريق عمل مؤهل ومتعدد التخصصات الامر الذي يصعب معه اجراءات التحاق الأطفال بها، أو تلبية احتياجات الطفل وأسرته ، كما إتفقت أفراد عينة الدراسة علي صعوبة حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر لوجود معوقات متعددة منها؛ تدني

* استاذ أصول تربية الطفل المساعد- كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بورسعيد

الخدمات التي تقدم في المركز وعجزها عن تلبية احتياجات الطفل والاسرة، قصور في عملية التشخيص ، أوتطبيق الاختبارات الرسمية وغير الرسمية لتقويم حالات الاطفال مما ينعكس علي إعداد البرنامج التربوي المناسب لحالة الطفل، ضعف البرنامج المستخدمة عن تقديم خدمات متنوعة تناسب جميع فئات الاعاقة وأسرهم الأمر الذي أدي إلي ضعف مشاركة الوالدين وتعاونهم مع مقدمي الخدمة.

وفي ضوء النتائج التي تم التوصل اليها قامت الباحثة بعمل تصور مقترح لمركز للتدخل المبكر يكون نواة لتقديم الخدمات الطبية والتربوية والنفسية والاجتماعية وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

**الكلمات المفتاحية:** مركز التدخل المبكر ، الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، التأهيل.

**Abstract:**

The current study aimed to identify the reality of early intervention services that are provided to children with special needs and their families in Port Said Governorate. And the monitor Obstacles obtain on these services from the point of view of their parents, and the study sample included (174) parents, A questionnaire was applied to them that was designed in the light of the objectives and questions of the study that were formulated. The researcher used the statistical packages for social sciences (SPSS 25) in processing data and conducting statistical analyses. The results showed that the study sample agreed on the low reality of providing early intervention services for children with special needs and their families due to the scarcity of centers specialized in early intervention in the governorate. Early intervention services are provided in exchange for a large amount of money that represents a burden on families. In addition to the lack of a qualified and multidisciplinary work team, which makes it difficult for children to join the procedures, or to meet the needs of the child and his family, The study sample also agreed that it is difficult for children with special needs and their families to access early intervention services due to the presence of multiple obstacles, The low services provided in the center and its inability to meet the needs of the child and the family,Deficiency in the diagnostic process, Or the application of formal and informal tests to evaluate children's cases, which is reflected in the preparation of the appropriate educational program for the child's condition, Weakness of the program used in providing various services suitable for all categories of disability and their families, which led to weak parental participation and cooperation with service providers.

In the light of the results reached, the researcher Creating a proposed vision for an early intervention center that would be a nucleus for providing medical, educational, psychological and social services and rehabilitating children with special needs.

**Keywords:** Early Intervention Center, Children With Special Needs, Habilitation.

# تصور مقترح لمركز للتدخل المبكر كمدخل لتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (بورسعيد نموذجا)

د./ زينب موسي السماحي *

## مقدمة:

يعدالاهتمام بالتربية الخاصة تجسيداً لدرجة الوعي والتحضر، إذ تعتبر إحدى النقاط التي تحكم من خلالها على تحضر وتمدن أي دولة من دول العالم وذلك لارتباطها بدرجة الوعي والحس الإنساني التحضري في مدي ما تقدمه من عناية واهتمام للأطفال ذوي الحاجات الخاصة؛ فالتربية الخاصة كأحد أنواع التربية تؤكد على ضرورة الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة وتكييف البيئة التربوية الخاصة بهم ، بما يتلاءم مع احتياجاتهم ، وبما يسمح بدمجهم في المجتمع .

فالاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة يمثل أحد القضايا التي لاقت اهتماماً عالمياً متزايداً في الأونة الأخيرة، وذلك لما لها من آثار سلبية علي كل من الفرد ذوي الإعاقة، وأسرته، ومجتمعه، لذا عملت المنظمات والهيئات الدولية المهتمة بشئون الاعاقة علي سن التشريعات والقوانين ، والدعوة لتوفير البنية التحتية الراسخة لمختلف الخدمات التي قد تتطلبها العناية بذوي الإحتياجات الخاصة على إختلاف مستويات إعاقتهم بشتي الامكانات والطرق.

وفي مصر يعد الاهتمام بفئة الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة هدفاً رئيساً في أجندة الحكومة المصرية والذي استمدت منه مؤسسات الدولة رؤيتها،

* استاذ أصول تربية الطفل المساعد- كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بورسعيد

حيث ترجمتها قطاعات ذوي الاحتياجات الخاصة إلى برامج فاعلة علـــى أرض الواقع حيث تسعى من خلال هذه البرامج إلى تنمية اتجاهات مجتمعيـــة إيجابيـــة نحو الفئات الخاصة بالدرجة الأولى ومن ثم الرقي بمستوى الخـــدمات المقدمـــة لأبنائنا من ذوي الاحتياجات الخاصة وفقاً للممارسات العالمية الأكثر فاعلية.

وتعكس ارقام انتشار عدد ذوي الاحتياجات الخاصة والذين يحتاجون إلي خدمات التربية الخاصة وبحسب بعض المصادر ومنهـــا اليونيـــسيف ومنظمـــة الصحة العالمية أن ما نسبته(٣-١٠%) من سكان أي مجتمع يعانون بشكل مـــا من حالات الاعاقة، وقد أشارت منظمة اليونيسكو وفق نتائج المـــسح إلـــي مـــا نسبته(١٠-١٥%) من الأطفال ذوي احتياجات خاصة.(القمش، والجوالدة،٢٠١٤ ، ٣٠)*

ويشير التقرير الدولي حول الإعاقة أن أكثر من مليار شخص في العـــالم لديهم شكل من الإعاقة، وهذا يمثل قرابة ١٥% من سكان العالم، وهم غالبًـــا لا يحصلون على الرعاية الصحية اللازمة ، ولا يمكنهم توفير تكـــاليف الرعايـــة الصحية.

http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot- a.pdf

وبحسب البيانات الرسمية المتاحة والصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء في مصر، والذي أكد في نتائج التعداد السكاني الـــذي أجـــراه لعام٢٠١٧ أن ذوي الاحتياجات الخاصة المعاقين يشكلون نحـــو١٠,٦٧% مـــن إجمالي عدد السكان بدءاً من خمس سنوات فأكثر.

* يتم التوثيق في الدراسة الحالية وفق نظام APA

https://www.capmas.gov.eg/Pages/Publications.aspx?page_id=5104

كما تشير الاحصائيات إلي نوعين من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة حسب معدلات انتشارها وهي:

- الإعاقات ذات معدلات الانتشار المرتفعة: وتشمل؛ صعوبات التعلم، الإعاقة العقلية، واضطرابات السلوك، واضطرابات النطق.
- الإعاقات ذات معدلات الانتشار المنخفضة: وتشمل؛ الإعاقة البصرية والسمعية، و الإعاقات الجسمية والصحية، والتوحد، وإصابات الدماغ، وفئة الصم المكفوفين(UNESCO,2000 )

وكان للنسبة المتزايدة من الأطفال الذين تعرضوا للإعاقة قبل مرحلة المدرسة اكبر الأثر في ارتفاع الأصوات التي تنادي بحاجاتهم إلى خدمات خاصة تسمى التربية الخاصة المبكرة أو برامج التدخل المبكر التي تعد من أهم الاتجاهات الحديثة التي ظهرت منذ أوائل الستينيات من القرن العشرين في ميدان ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تم الاشارة اليه كمصطلح ضمن التقرير الذي قدمه "وليم ويلكوكس" مقرر البيت الابيض للتخلف العقلي عام١٩٦١ ، عندما أشار إلي أن ظاهرة التخلف العقلي تبدو منتشرة في بعض قطاعات من المجتمع الامريكي تتسم بخصائص معينة،هي انخفاض مستوي التعليم والدخل، وفقدان الوعي الصحي والاجتماعي؛ مما يستلزم رسم خطط تدخليه في الاحياء التي تتميز بذلك للتعامل المبكر معها كحلول سريعة،إضافة إلي الخطط القومية طويلة الاجل لعلاجها، ومنذ ذلك الوقت بدأ الاهتمام ببرامج التدخل المبكر.

وكان من أوائل هذه البرامج ماأطلق عليه مشروع "هيدستارت Head Start"عام ١٩٦٥، والذي استهدف استثارة نمو الأطفال المحرمون ممن ينتمون إلي أسر فقيرة، وتقديم خدمات التربية الخاصة المبكرة التربوية والاجتماعية والطبية للأطفال المعوقين بأنحاء الولايات المتحدة الامريكية، من خلال دمجهم مع الأطفال العاديين في مرحلة ما قبل المدرسة.(الزريقات ،٢٠١٥، ٤٦)

وانطلاقاً من هذه الحقيقة اصبحت قضية التدخل المبكر تطرح نفسها بكل قوة في الميادين العلاجية والتربوية فمن الممكن تخفيف تأثيرات الاعاقة، وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها في وقت مبكر جداً، بل أصبح ممكناً في الاونة الاخيرة الكشف عن عدة اضطرابات أثناء الحمل،أو لدي الأطفال حديثي الولادة؛ فالتعرف المبكر علي تلك الاضطرابات المرضية، ومعالجتها قبل حدوث تلف في الجهاز العصبي،أو غيره من أجهزة الجسم يمنع حدوث الاعاقة (الخطيب ،الحديدي،٢٠١٣، ٢٠ )

ويستخدم الآن مصطلح التدخل المبكر بديلاً عن مصطلح " الوقاية " الذي كان شائعاً في الستينات والسبعينات، وكان التصور في ذلك الوقت أن التربية التعويضية هي نظام يمكن من خلاله مساعدة الأطفال الذين ينمون في بيئة غير ملاءمة على النجاح في المجتمع العادي ، وكان ينظر إلى هذه المساعدة على أنها تقي أو تمنع تأثير المتغيرات السالبة .

وقد حدث تغير سريع في اتجاه الوقاية من العجز، ومن ثم ظهر مصطلح التدخل المبكر الذي يعبرعن نظام خدمات تربوي وعلاجي ووقائي يقدم للاطفال الصغار من بداية العمر وحتى ٦ سنوات للفئات المعرضة لمخاطر التأخر النمائي أوتولد لديهم احتياجات نمائية وتربوية أوصحية نتيجة أسباب متعددة.(

العدل، عادل ،٢٠١٣) ، حيث يستهدف منع أوالتخفيف مـــاأمكن مـــن عوامـــل الخطر الجسدية والصحية والانفعالية والادراكية التي تعترض مسيرة النمو نتيجة أسباب بيئية أوبيولوجية (Odom,et al.,2003)، (IDEA,2011 )

## مشكلة الدراسة:

لقد تنامي الاهتمام الدولي بمنظومة خدمات التدخل المبكر نتيجة التوقيـــع علي اتفاقية حقوق الانسان وحقوق الطفل،اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقـــة في ٣ ديسمبر (٢٠٠٦) ومأأثمر عنه هذا التوقيع من تطـــورات ملموســـة فـــي تعزيز وحماية وضمان التمتع الكامل وعلى قدم المساواة بجميع حقوق الإنـــسان والحريات الأساسية من قبل جميع الأشخاص ذوي الإعاقـــة وتعزيـــز احتـــرام كرامتهم المتأصلة، بغض النظر عن أعمارهم واحتياجاتهم.وفي مـــصر صـــدر القانون ١٠ لسنة ( ٢٠١٨) الذي يهدف حماية حقوق الاشخاص ذوي الاعاقـــة، وكفالة تمتعهم تمتعاً كاملاً بجميع حقوق الانسان، والحريات الاساسية علي قـــدم المساواة مع الآخرين، وتعزيز كرامتهم ، ودمجهم في المجتمع،وتـــأمين الحيـــاة الكريمة لهم.

http://www.cc.gov.eg/Images/L/383499.pd10/2/2022 10:50

لذا يعتبر التدخل المبكر حجر الاساس أو البنية التحتيـــة لخـــدمات ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك استناداً علي الحقائق العلمية التي تؤكـــد الحـــساسية البالغة للنمو خلال مرحلة الطفولة المبكرة وبدرجة أعظم للمعرضـــين لمخـــاطر التأخر النمائي وذوي الاعاقات المختلفة؛ ممن يستوجب تحفيز ودعم نموهم مـــن خلال أنشطة التدخل المبكر النمائية والاثرائية والعلاجية، كون التـــدخل المبكـــر أملاً كبيراً في التخفيف من تداعيات الاعاقات المختلفة،أو التخفيف بدرجة كبيرة

من تبعاتها علي كافة مستويات الوقاية علي أن يتم التدخل المبكر في الوقت المناسب، وبالاسلوب الأمثل.

حيث تشير المادة(١٦) من قانون حقوق الاشخاص ذوي الاعاقة رقم١٠ لسنة (٢٠١٨) أنه علي الوزارة المختصة بالصحة والوزارات والاجهزة المعنية أن تلتزم عند تقديم الخدمات لذوي الاعاقة كل ما يقتضيه الكشف المبكر عن الاعاقة، وعلاجها ، وأن تقدم خدمات التدخل المبكر بجميع أنواعه بكافة المستشفيات الحكومية،ومراكز الرعاية الصحية بأنواعها والاعلان عنها .

وهو ماأكدت عليه مرزا، (٢٠١٣) أنه يمكن النظر الي خدمات التدخل المبكر ضمن القضايا التنموية التي تتداخل أبعادها وتتعدد جوانبها لتشمل: الجانب الصحي، والاجتماعي، والتربوي، والنفسي، كنتيجة للعلاقات التفاعلية الوثيقة بين هذه الابعاد والعديد من العناصر في البيئة الأسرية والاجتماعية للأطفال، مثل الوالدين، وثقافتهم، وأساليب تربيتهم وإستثارة إبداعهم، وعناصر المجتمع من الاقران والمدرسة، وجودة وتكامل منظومة الخدمات التي يحتاجونها؛ لذا تصدرت قضية التدخل المبكر قائمة اهتمام غالبية الدول المتقدمة، بل أصبحت ضمن قائمة المعايير الرئيسية للحكم علي تطور الدول وإزدهارها.

كما توصلت العديد من الدراسات السابقة إلي فاعلية التدخل المبكر عند تطبيقه في مرحلة ما قبل المدرسة كدراسة:(وشاحي،٢٠١٣) التي اسفرت عن تحسن مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض" متلازمة داون" ، ودراسة (Allen,G,2011)، ودراسة (أبو زيد، ٢٠١٣ ) التي أكدت نتائجها فاعلية برنامج تدخل مبكر في تنمية الاستعداد للكتابة لدي أطفال صعوبات التعلم في مرحلة رياض الاطفال،ودراسة (الحسين، ٢٠١٥) علي فاعلية برنامج

تدريبي في خفض النشاط الزائد وتشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة بسيطة، ودراسة (سليمان، نافع،٢٠١٧) التي أكدت علي فاعلية برنامج تدخل مبكر مقترح لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في إطار الدمج، ودراسة (حسن، ٢٠٢١) التي قدمت نتائجها دليلاً مشجعا علي أهمية برنامج للتدخل المبكر في تنمية التواصل اللفظي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ودراسة Liza Lee , Han-Ju Ho, Vasistha (Bhargavi, 2022) التي أظهرت نتائجها تحسنا كبيراً في قدرات المعالجة الحسية والبصرية وسلوكيات التعلم الايجابية للأطفال الصغار المصابين باضطراب طيف التوحد.

وعلي الرغم اهتمام العديد من الدول بتطبيق برامج التدخل المبكر التي اثبتت نجاحها في الولايات المتحدة الامريكية، وفرنسا وبلجيكا، وبريطانيا واسكتلندا، واليابان،وما توصلت إليه العديد من الدراسات العربية و الاجنبية فاعلية برنامج التدخل المبكر في رعاية الأطفال ذوى الأحتياجات الخاصة، وتقديم برامج تأهيلية لهم والمشورة فى كل مايخص تطورهم وسلوكهم وتنمية الوعى حول قضايا الإعاقة الإ أن هذه البرامج لا زالت محدودة الانتشار في مصر، فضلاً عن ندرة المراكز المتخصصة في التدخل المبكر، لدرجة أن الكثير من الأطفال لايتم اكتشاف إعاقاتهم الإبعد سن الثالثة أو الرابعة أوعند الالتحاق بالمدرسة.( سلطان،٢٠١٦، ٧٣)

ومن خلال عمل الباحثة في مجال الارشاد التربوي والنفسي لأسر الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وعضوية بعض الجمعيات العاملة في مجال الحماية والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد وجدت أن

كثير من أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد يعانون من عدم وجود مراكز متخصصة في التدخل المبكر، وإن وجدت فإنه لاينطبق عليها المواصفات التي تجعلهم يقدموا علي إلحاق أبنائهم بها ، فضلا عن أن تقديم الخدمات يتم من خلال أفراد غير متخصصين، ويتعرض الاطفال في هذه المراكز لإساءة المعاملة من قبل العاملين فيها.

من أجل ذلك قامت الباحثة بدراسة لإستطلاع رأي عدد من أولياء أمور الأطفال * من(٤٠) أسره ، لديهم طفل أو طفلين من ذوي الاحتياجات الخاصة، وأسفرت النتائج عن أن ٩٠% من أفراد العينة أكدوا علي عدم وجود مراكزينطبق عليها المواصفات الفنية والتقنية في المحافظة يستطيعوا الحاق أبنائهم بها،٩٥%منهم يعانون من قصور في الخدمات التي تقدمها تلك المراكز لآبنائهم،بينما رأي ٨٦% منهم عدم التنسيق بين المديريات التابعة للوزارت والاجهزة الاهلية والحكومية كل فيما يخصه من خلال الإتفاق والتوافق بين تلك المؤسسات عند تقديم الخدمات للأفراد ذوي الاحتاجات الخاصة وأسرهم.

بينما أكد ٧٤% منهم عدم الأخذ فى الإعتبار الحالة الكلية (للطفل واسرته) عند التخطيط لخدمات التدخل المبكر، وجاءت اجابات ٩٣% منهم لتأكدعدم وجود برتوكولات أساسية لعمليات الإحاله وتبادل المعلومات والسجلات المعلوماتية، والبرنامج التربوي التفريدي ذات المحتوى المتكافئ لكل طفل الامر الذي يؤثرعلي تقدم الطفل في الجوانب الجسمية والاجتماعية والتربوية عقب الالتحاق ببرنامج التدخل المبكر.

* ملحق(١) استطلاع رأي أولياء الأمور للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

وأكد ٧٨% منهم علي عدم وجود متخصصين في تلك المراكز مما يجعل ذهابهم الي المركز مضيعة للوقت وتأخر في تطورنمو الطفل، وأكد ٧٦% منهم علي وجود أخطاء كثيرة في عملية تشخيص إعاقة الاطفال، وأعرب ٩٨% منهم أن هذه المراكز لم تقدم الا خدمات محدودة لابنائهم مثل: جلسات التخاطب، وعلاج عيوب النطق والكلام ، أوالتدريب علي بعض المهارات الحياتية، دون توفير الأجهزة والوسائل المساعدة من أجهزة تعويضية ، أوالبرامج التربوية اللازمة لهم، أومساعدة الأسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الإعاقة ، ومواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية، اضافة لعدم توفر البيئة التعليمية المناسبة لحالات الاطفال سواء في تعليم أوتأهيل.

ونظراً للمعاناة التي يتعرض لها أولياء الامور للوصول لمكان متخصص حتي يحصل أبنائهم علي خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية تقدم للأطفال دون سن السادسة الذين يعانون من:إعاقة، أو تأخر نمائي، أو لديهم قابلية للتأخر أوالإعاقة؛ لذا فإن الامر يتطلب وجود مركز حكومي ذو مواصفات فنية وتقنية، وادارية لتقديم الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية لهؤلاء الأطفال؛بما يضمن تتابع الخطوات الاجرائية لعملية التدخل المبكر بدء من الاحالة والاستقبال، والكشف المبكر، وتنظيم عملية التشخيص وتقييم الحالة، وصولاً لإعداد البرنامج التربوي الفردي من قبل فريق متعدد التخصصات مؤهل وذو خبرة واسعة في التعامل مع ذوي الاعاقات المختلفة.

ويتطلب الأمر التنسيق بين المديريات التابعة للوزارت والأجهزة الأهلية والحكومية كل فيما يخصه من خلال الإتفاق والتوافق بينهم عند تقديم الخدمات للأطفال ذوي الاحتاجات الخاصة وأسرهم،لاستمرار وتيسير تقديم الخدمات ؛

حتي لا تتخبط الأسر بين هذا وذاك، بما يساعدها على تنظيم امور حياتها اليومية بالتعاون مع المختصين الآخرين ، ويقدم للأسرة كل ما تحتاجه للتغلب على مصاعبها وتتحمل مسئوليتها، حيث يعتبر التدخل المبكر من أهم انظمة دعم الاسر ومرتبط ارتباطا وثيقا باكتشاف الاعاقة بعد حدوثها ويعتمد على الكشف النمائي، والاختبارات البيئيه والصحيه والوراثيه،والمؤشرات الأخرى التي تحتاج الى تدخل مبكر.

لذا تستهدف الباحثة في هذه الدراسة مناقشة أهمية وجود مركز للتدخل المبكر، والجدوي متعددة الجوانب من توفير منظومة لهذا النوع من الخدمات في محافظة بورسعيد، بالاضافة إلي مناقشة المفاهيم والمتطلبات الاساسية للمنظومة المقترحة في ضوء معطيات ادبيات البحث العلمي والدراسات السابقة، والتشريعات ذات العلاقة بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك استخلاص رؤية منهجية تستند علي الحقوق الاصيلة لذوي الاحتياجات الخاصة في التشريعات الدولية وقانون ذوي الاحتياجات الخاصة رقم ١٠ لسنة (٢٠١٨)؛ لاقرار هذه المنظومة علي محافظة بورسعيد كنموذج قد يحتذي به علي مستوي الجمهورية.

## تساؤلات الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة على تساؤل رئيس مؤداه: « ماالتصور المقترح لمركز لتقديم خدمات التدخل المبكر كمدخل لتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (بورسعيد نموذجاً) ؟».

ويمكن الإجابة على التساؤل الرئيس من خلال الإجابة على التساؤلات الفرعية الآتية:

١- ما واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد؟

٢- ما معوقات تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد؟

٣- ما التصورالمقترح لمركز لتقديم خدمات التدخل المبكر لتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (بورسعيد نموذجا) ؟

## أهداف الدراسة:

١- التعرف واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد؟

٢- رصد معوقات تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد؟

٣- تقديم تصور المقترح لمركز لتقديم خدمات التدخل المبكر كمدخل لتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد؟

## أهمية الدراسة:

### أولاً: الاهمية النظرية

١. ان السنوات الاولى في حياة الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين لايقدم لهم برامج تدخل مبكر انما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة.

٢. ان التعلم الانساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في اية مرحلة عمرية اخرى.

٣. أن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث انه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.

٤. تعتبر السنوات الأولى من عمر الأطفال أهم مرحلة توجد بها الفترات الحرجة وأثناء هذا الوقت يكون الطفل أكثر قابلية واستجابية لخبرات التعلم ، وتكون المثيرات البيئية أكثر قوة في استدعاء استجابات معينة أو في إنتاج أنماط تعلم معينة، وبالتالي يحدث التعلم بشكل أكثر سرعة وسهولة ، لذا فإن غياب الخبرات أو الاستثارة المناسبة خلال فترات النمو المهمة ، سيؤدي إلى فشل الطفل في تعلم الاستجابة.

٥. أن تأهيل وتدريب وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة مبكرة يساعد الطفل واسرته في التغلب على الآثار الناجمة عن العجز واكتساب أواستعادة دوره في الحياة معتمداً على نفسه والوصول به إلى أفضل مستوى وظيفي عقلي أو جسماني أو اجتماعي .

**ثانياً:الأهمية التطبيقية:**

١- قد تؤدي نتائج هذه الدراسة إلي وجود مركز ذو مواصفات فنية وتقنية، وإدارية في محافظة بورسعيد يكون نواة لتقديم الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

٢- إعداد دليل ارشادي لأولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لكيفية التعرف علي موقع مركز التدخل المبكر وطبيعة الخدمات التي يقدمها لهم ولأبنائهم لتحقيق أقصي استفادة من تلك الخدمات.

٣- إعداد موقع الكتروني لمركز التدخل المبكر؛ يتم من خلاله الاعلان عن خدمات المركز ومواعيد العمل والفئات المستهدفة،وفريق العمل، وطرق التواصل مع ادارة المركز.

٤- لفت انتباه الوالدين والمهتمين بمجال التربية الخاصة للطرق التي تمكنهم من الكشف المبكر للإعاقة وتقليل نسبة حدوثها أو درجة شدة ظروف الإعاقة أوالعجز فى مرحلة الطفولة المبكرة.

٥- قد تسهم نتائج الدراسة في توفير منظومة للتدخل المبكر وتحديد المتطلبات الاساسية لتلك المنظومة ، بما يسهم في اختيار مجال التأهيل المناسب لكل طفل وفق إعاقته.

## محددات الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية بالمحددات التالية :-

**الحدود البشرية:-** أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد.

**الحدود المكانية:-** محافظة بورسعيد

**الحدود الزمانية:** تم تطبيق أداة الدراسة الحالية فى الفصل الدراسى الثاني من العام الدراسى ٢٠٢١/٢٠٢٢م.

## مصطلحات الدراسة:

**التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:**

**التدخل المبكر: Early Intervention**

وتعرفه الباحثة اجرائيا بأنه" توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال ذوي الإعاقة أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون سن السادسة من أعمارهم لهم ولأسرهم .

**مركز التدخل المبكر: Early Intervention Center**

تعرفه الباحثة اجرائيا بأنه" مبنى يتوفر فيه البيئة الفيزيقية المناسبة لجميع فئات الاعاقة يعمل فيه فريق متعدد التخصصات لهدف واحد هو تأهيل المعاق ؛ والعمل علي تحسين القدرات الجسمية والوظيفية له ، والوصول به إلى أقصى مستوى من الأداء الوظيفي ، تحقيق أقصى درجة من التوافق الشخصي .

**التأهيل: habilitation**

تعرفه الباحثة اجرائيا بأنه" عملية فنية متخصصة تشمل التأهيل الطبي والمهني والاجتماعي والنفسي يشترك فيها فريق التدخل المبكر كل على حسب تخصصه ، حيث تستمر مع الفرد منذ بداية المرحلة العلاجية حتى عودته للمجتمع مرة أخرى.

**الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: Children With special needs**

يقصد بالطفل ذوي الاحتياجات الخاصة ،الذي يختلف عن الطفل العادي أوالمتوسط من حيث قدراته العقلية،أوالجسمية،أوالحسية،أو الخصائص السلوكية،أو اللغويةأوالتعليمية إلي درجة يصبح ضروريا معها تقديم خدمات التدخل المبكر لتلبية حاجاته الفريدة.

## الاطار النظري والدراسات السابقة

**الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: Children With special needs**

يفضل معظم التربويين الآن استخدام مصطلح الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ،لأنه لا ينطوي علي المضامين السلبية التي تشير اليها مصطلحات العجز أو الاعاقة.

وجاء في اتفاقية حقوق الاشخاص ذوي الاعاقة أنهم كل من يعـــاني مـــن عاهات طويلة الأجل بدنية أوعقلية أو ذهنية أوحسّيَة، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمـــع علـــى قـــدم المساواة مع الآخرين. https://www.ohchr.org/ar/instruments-

وتشير عبد الفتاح (٢٠١٤) أن الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة ،أنـــه الطفل الذي يختلف عن الطفل العادي أو المتوسط من حيث القدرات العقليـــة،أو الجسمية،أو الحسية،أو من حيث الخصائص السلوكية ،أو اللغويةأو التعليمية إلي درجة يصبح ضروريا معها تقديم خدمات التربية الخاصة والخـــدمات المـــساندة لتلبية الحاجات الفريدة لدي الطفل.(عبد الفتاح،٢٠١٨، ٣٠)

**ويصنف الزريقات (٢٠١٥، ٢٥٣) الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلي :**

- الاطفال ذوو الاعاقة العقلية
- الاطفال ذوو الاعاقة السمعية
- الاطفال ذوو الاعاقة البصرية
- الاطفال التوحديين
- الاطفال ذوو الاعاقات الجسمية
- الاطفال ذوو الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية.

**مفهوم التدخل المبكر:**

أصبحت قضية التدخل المبكر تطرح نفسها وبقوة في الميادين العلاجيـــة والتربوية فمن الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها

ومعالجتها في وقت مبكر جداً،فقد أثبتت كثير من الدراسات أن توفير خبرات تربوية واجتماعية خلال السنوات الأولى من عمر الطفل (حتى سن ٦ سنوات) يؤثر بشكل إيجابي على نموه في بجميع جوانبه.

حيث يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أوالذين لديهم قابلية للتأخر أوالإعاقة، وأخيراً أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية من خلال توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة لهم ولأسرهم أيضا .

والتدخل :"لغويا" هو من المصدر دخل، والدخول عكس الخروج، وتداخل الأمور؛ تشابهها والتباسها، ودخول بعضها في بعض، والمداخلة دخول الأشياء بعضها في بعض.(ابن منظور،١٩٩٧، ٢٣٩)

أما المبكر: فهو من المصدر بكر، وابتكر بمعني إدراك الشئ من أوله، وهو من الباكورة، وأول كل شئ، وكل من أسرع إلي شئ، فقد بكر إليه،والباكور من كل شئ ، هو المبكر أي السريع الادراك. (ابن منظور،١٩٩٧، ٢٤٣)

**اصطلاحا** :التدخل المبكر هو الإجراءات الهادفة والمنظمة المتخصصة التي يكفلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها والحيلولة دون تحولها في حالة وجودها إلي عجز دائم، وكذلك تحديد أوجه القصور في جوانب نمو الطفل الصغير، وتوفير الرعاية العلاجية والخدمات التعويضية التي من شأنها مساعدته علي النمو والتعلم،علاوة علي تدعيم الكفاية الوظيفية لأسرته، والعمل علي تفادي الآثار السلبية والمشكلات التي يمكن أن تترتب علي ما يعنيه

الطفل من خلل أو قصور في نموه، أو التقليل من حدوثها ، وحصرها في أضيق نطاق ماأمكن. ( القريطي،٢٠٠٥، ٤٢-٤٣)

وهو مجموعة خدمات تعويضية أووقائية أوعلاجية للمشكلات النمائية القائمة،أوالحاضرة ،للأطفال المعرضين الي الخطر تقدم لهم من خلال مراكز متخصصة يتم من خلالها تقديم خدمات التشخيص ، والتقييم والخدمات المتخصصة لخفض أو إزالة آثار الاعاقات المفترضة أو لوقاية النمو من مشكلات اخري، مما يؤدي الي تقليل الحاجة الدائمة لخدمات التربية الخاصة المقدمة لهم.(Heward,2006,16)

كما أنه "تقديم نظام خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من عمرهم، الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي،أو الذين لديهم قابلية للتأخر النمائي أو الاعاقة.(الخطيب والحديدي،٢٠١٣، ٢٤)

وتذكر ألين(Allen,2011) أن التدخل المبكر نظاماً وقائياً علاجياً تربوياً يقدم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة دون سن السادسة لمنحهم الضمان الاجتماعي والعاطفي الذي يحتاجونه لبقية حياتهم، والذي بدوره يساعد هؤلاء الأطفال علي مواجهة تحديات المراحل العمرية القادمة. (Allen,2011, 32)

أما حسن (٢٠٢١) فقد عرفه أنه"مجموعة من الاجراءات المنظمة التي تهدف إلي الوصول بقدرات الاطفال ذوي الإعاقة إلي أقصي مرحلة لمن هم دون عمر السادسة،وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرهم،ومن ثم فإن الهدف النهائي للتدخل المبكرهو تطبيق استراتيجيات وقائية لتقليل نسبة حدوث أو درجة شدة الإعاقة. ( حسن ،٢٠٢١، ١٣٥ )

ومن التعريفات السابقة تستنتج الباحثة أن التدخل المبكر هو سلسلة من الاجراءات التي تعمل علي الوقاية من الاعاقة، أوتأهيلها، وبرامجه تكون في محورين هما: التدخل من أجل الوقاية، والتدخل من أجل التأهيل؛ فهي تحسن وتغير سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا التغيير في السلوك قد يتمثل بزيادة مستوي استقلالية الطفل، وتحسن قدرته علي العناية بذاته، واكتسابه أنماط سلوكية جديدة لم يكن قادراً علي تأديتها، وتطور معدلات النمو لديه سواء من الناحية المعرفية، أواللغوية، أو الحركية،أوالاجتماعية- الانفعالية، في ظل بيئة غنية ومستقرة.

**ومماسبق تستطيع الباحثة تحديد أهم خصائص التدخل المبكر فيما يلي:**

١. أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرهم أيضا .

٢. يعتبر التدخل المبكر من أهم انظمة دعم الاسر، ويرتبط ارتباطا وثيقا باكتشاف الاعاقة بعد حدوثها ويعتمد على الكشف النمائي، والاختبارات البيئيه والصحيه والوراثيه.

٣. يشير التدخل المبكر إلى جملة من العمليات والنشاطات المعقدة والدينامية متعددة الأوجه وتبعا لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه ميدانا متعدد التخصصات.

٤. برامج التدخل الناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين ولكنها تؤكد على أن الطفل لا يمكن فهمه جيدا بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها.

٥. يقدم التدخل المبكر في مراكز تعتمد نظاما للخدمات الإرشادية والتدريبية، والتأهيلية ويوكل إليها دورا رئيسيا في تنفيذ الإجراءات العلاجية المنسقة والذي من شأنه أن يعزز من نمو وتطوير الطفل ويدعم الأسر خلال السنوات الأولى الحرجة.

٦. التدخل المبكر لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية.

٧. أن تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية يحتاج إلي الكوادرالمؤهلة للتعامل مع الأطفال الذين يحتاجون خدمات التدخل المبكر.

**تعريف مركز التدخل المبكر:**

تعنى كلمة مركز لغوياً كما جاء في معجم المعاني الجامع مَركَز: (اسم) الجمع : مراكز اسم مكان من ركَزَ ، وهو مَقَرٌّ ثابت تتفرَّع منه فروع ، مبنى يجتمع فيه أفراد جماعة ما لأغراض ثقافية أو اجتماعيَّة أو علاجية.

وتعرف الباحثة مركز التدخل المبكر في هذه الدراسة أنه" مكان معد خصيصا لأستقبال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم من جميع فئات الاعاقة يعمل فيه فريق مؤهل متعدد التخصصات مستهدفاً العمل علي تحسين القدرات الجسمية والتعليمية ، والوظيفية، وتأهيل المعاقين ؛للوصول بهم إلى أقصى مستوى من الأداء الوظيفي ، وتحقيق أقصى درجة من التوافق والتكيف الشخصي والاجتماعي.

**مبررات وجود مركز للتدخل المبكر:**

**تلخص الباحثة مبررات إنشاء مراكز للتدخل المبكر فيما يلي:**

١.ان السنوات الاولى في حياة الاطفال المعوقين الذين لايقدم لهم برامج تدخل مبكر في مراكز متخصصة انما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة.

٢. أن التعلم الانساني في السنوات المبكرة اسهل واسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية اخرى، وتزداد الاستفادة إذا تم تقديمها في مركز معتمد حكومياً ومتخصص.

٣. ان والدي الطفل المعاق في أمس الحاجة الى وجود مكان يقدم لهم المساعدة والدعم في المراحل الاولى للإعاقة لتخطي المشكلات الناتجة علي ميلاد طفل ذو إعاقة ، وتجنب مواجهة صعوبات نفسية وتعليمية هائلة لاحقا، ولكي لا تترسخ لديهما انماط تنشئة غير بناءة.

٤.ان النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط وانما هو كذلك نتاج تفاعل البيئة مع شخصية الطفل، لذا فإن الحاق الطفل بمركز معد بالمعينات التربوية، والاجهزة التعويضية يستطيع من خلالها تقديم خدمات طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال في مرحلة مبكرة من عمرهم.

٥. يحتاج الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الوالين إلي وجود مكان متخصص في التدخل المبكريكون قريباً من منزلهم يتلقون من خلاله خدمات إرشادية وتدريبية، وتعليمية وتأهيلية ويوكل إليها دورا رئيسيا في تنفيذ الإجراءات العلاجية المنسقة والذي من شأنه أن يعزز من تطوير

نموالطفل بما تسمح به قدراته، ويدعم الأسر كمعلمون لأبنائهم المعاقين خلال السنوات الأولى الحرجة.

٦. تسهم مراكز التدخل المبكر في تحقيق الجدوى الاقتصادية حيث تقدم خدماتها نظير مبلغ مالي زهيد للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم ، بما يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة.

٧. ثبت بما لا يدع مجال للشك من نتائج الدراسات التي اجريت في السنوات القليلة الماضية أن الأطفال ذوي الاعاقة الذين يتلقون خدمات التدخل المبكر في مراكز متخصصة أظهروا تحسناً واضحاً في نموهم سواء بالنسبة لتحسين مستوى القدرة العقلية وغيرها من القدرات. Beth M. , Zachary R.(2020)et al.,

**أهمية التدخل المبكر:**

وبناء علي ماسبق فإن التدخل المبكر في الطفولة المبكرة من خلال مراكز متخصصة تكمن أهميته في الآتي :

١. أن تنمية المهارات المركبة لتوجيه الجسم والجلوس والوقوف والمشي والجري والتوازن إلى جانب نمو المهارات اللفظية والكلام والتحكم بالبول وعادات الطعام المقبولة تعتبر ذات أهمية قصوى في مساندة الطفل على التكيف مع البيئة بالإضافة إلى تطوير قدراته العقلية واللغوية والاجتماعية.

٢. أثبتت البحوث العلمية مما لا يدع مجالا للشك ان برامج التدخل المبكر تغير سلوك الأطفال وهذا التغير في السلوك قد يتمثل بزيادة مستوى

استقلالية الطفل وتحسن قدرته على العناية بذاته، واكتسابه أنماطا سلوكية جديدة لم يكن قادرا على تأديتها.

٣. يعمل التدخل المبكر علي تطور معدلات النمو لدي الاطفال سواء من الناحية المعرفية أو اللغوية أو الحركية أو الاجتماعية – الانفعالي، .وهذه الحقيقة جعلت بعض الرواد في ميدان التربية الخاصة يؤكدون على ان التدخل المبكر يحسن السلوك.

٤. تؤكد العديد من الدراسات ان سلوك الأطفال الذين يعيشون في بيئة محرومة أو مضطربة يتحسن بشكل ملحوظ عندما يوضعون في ظروف بيئية أفضل حيث يوفر التدخل المبكر البيئة التربوية المناسبة لجميع فئات الاعاقة، ويعتقدون ان معظم حالات الإعاقة ما كان لها ان تحدث لو أن الأطفال لم يتعرضوا لظروف بيئية سيئة.

٥. يسهم التدخل المبكر في تحجيم العوامل المرتبطة بالإعاقة،وتقديم خدمات تحول دون تحول عوامل الخطر إلى إعاقة نمائية لدى الطفل .

٦. ان التدخل المبكر يتم في مرحلة نمو حرجة وحساسة يكون التعلم فيها أسرع وأسهل من أية مرحلة عمرية سابقة.

٧. ان التدخل يساعد الاسره على تخطي مجموعه كبيره من المشاكل التي ستتعرض لها كون وجود اي طفل معوق في اي عائله يريحها من المرور او يخفف عنها المراحل المتعدده متعدده من الاستنكار والرفض ثم الصدمه ثم الاستسلام ثم التكييف والتفاعل مع الامر الواقع. باعثمان،٢٠١٦، ٣٠٢)

(Dawn M., Cynthia S., Karen A ,et al,2017,19)

ويري (سلطان،١٦،٢٠١٦) أن التدخل يساعد الاسره على تخطي مجموعه كبيره من المشاكل التي سيتعرضون لها كون وجود اي طفل معوق في اي عائله يريحها من المرور او يخفف عنها المراحل المتعدده متعدده من الاستنكار والرفض ثم الصدمه ثم الاستسلام ثم التكييف والتفاعل مع الامر الواقع، كما أنه يضمن جدوى اقتصادية لدى أسر المعوقين توفر أعباء مادية جسيمة كانت تتمثل في الإقامة الدائمة بمؤسسات الرعاية ويقول "هايدن" ان الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكرأفضل بكثير من التدخل المتأخر.

فئات الأطفال المستهدفة في التدخل المبكر ومحكات التعرف عليها:

ذكر القحطاني(٢٠٢٢) أن الاتجاه الحديث في التدخل المبكر اقتصر علي سن ثلاث سنوات كمحدد لبرامج التدخل المبكر؛ حيث يهدف إلي تقديم خدمات للرضع والأطفال الصغار الذين تتراوح أعمارهم بين حديثي الولادة إلي الثلاث سنوات، والذين يعانون من إعاقات في النمو، يتلقون من خلاله تعليماً خاصاً، والعلاج الطبيعي،والكلام وتدريب الوالدين والخدمات الصحية والتكنولوجية المساعدة؛بغرض تلبية احتياجاتهم . (القحطاني،٢٠٢٢، ٥٢)

يتفق الباحثون على وجود ثلاث فئات من الأطفال الذين يجب حصولهم على خدمات التدخل المبكر،وهم : الأطفال الذين يوجد لديهم بالفعل مشكلة أو عجز محدد، والأطفال الذين في حالة خطر بيولوجي ، والأطفال الذين في حالة خطر بيئي، ويضيف البعض فئة أخرى هم الأطفال المتأخرين نمائيا؛ ويلاحظ أن كل هؤلاء الأطفال هم في خطر ، سواء كان الخطر محدداً ومعروفاً حالياً ، أو يتوقع حدوثه في المستقبل .

وقام (القريطي،٢٦١،٢٠١١)،(الخطيب، الحديدي،٢٠١٣، ٢٨)(القمش، الجوالدة، ٢٠١٤، ١١٥– ١١٦ ) بتحديد الاعاقات المستهدفة من التدخل المبكر في الفئات التالية:

**١. الأطفال ذووظرف خطرقائم:Established risk condition**

وهم الأطفال الذين تم تشخيصهم رسمياً وتبين وجود اضطرابات طبية محددة ، معروف في الغالب أسبابها وأعراضها . وتضم هذه الظروف بعض الاضطرابات الصبغية ، مثل زملة دوان وحالة الفينلكتيون يوريا والتشوهات الخلقية ، والاضطرابات العصبية ( مثل الشلل الدماغي) والاضطرابات الحسية . الأطفال في هذه الفئة ليس من الضروري أن يظهر عليهم حالياً تأخر نمائي ، ولكن احتمال حدوث ذلك لا يقل عن ٩٠% ، أو ٦٥% كما يذهب البعض والمحك المستخدم هنا هو التشخيص الطبى .

**٢. الأطفال ذوو خطر بيولوجي:Biological risk**

هم أطفال لديهم تاريخ مرضي قبل الميلاد أو أثناء الوضع أو بعد الميلاد يرجح وجود خطورة بيولوجية على نمو الجهاز العصبي المركزي، والأطفال في هذه الفئة لا يوجد لديهم حالياً عجز أو إعاقة ، ولكن هذه الظروف البيولوجية تزيد من احتمال ظهور تأخر نمائي أو مشكلات في التعلم في المستقبل إذا لم يحدث تدخل علاجي ، وتوجد قائمة محددة لهذه الظروف الخطرة تم وضعها في ضوء نتائج الدراسات والبحوث.

المحك المستخدم هنا وجود عامل واحد على الأقل من هذه القائمة اعتماداً على قرار فريق تقييم متعدد التخصصات، ومن أهم عوامل الخطر البيولوجي إدمان الأم الحامل للمخدرات ، والولادة المبتسرة ووزن قليل للطفل الوليد ،

ونظراً للتقدم الذي حدث في العلوم الطبية فقد اختلفت معايير الـولادة المبتـسرة وقلة الوزن التي تجعل الطفل الوليد في خطر بيولوجي،فالولادة أصـبحت فـي عمر ٢٥-٢٦ ، والوزن أصبح ١,٥ كجم أو أقل .

**٣. الأطفال ذوو خطر بيئي :Environmental risk**

الأطفال في هذه الفئة لا يعانون من اضطرابات بيولوجيـة أو وراثيـة ، وظروف الحمل والولادة كانت عادية ، ولكن نوعية خبراتهم المبكرة والظروف البيئية التي ينشأون من خلالها تمثل تهديداً محتملاً للنمو السوي للطفـل ، كمـا ترجح ظهور مشكلات سلوكية ومعرفية وانفعالية في المستقبل ، وتتعلق عوامـل الخطر هنا بنوعية رعاية الأم ، والاستثارة المتوافرة ، سـوء التغذيـة ، نقـص الرعاية الطبية ، وبيئة الأسرة الفقيرة اقتصادياً وثقافياً ، المحك المـستخدم هنـا أيضاً يعتمد على قرار فريق التقييم متعدد التخصصات .

**٤. الأطفال المتأخرون نمائياً:Late developmental children**

هذه الفئة من الأطفال يضعها البعض ضمن الفئة الأولى ، وهـو الأمـر الشائع ، والبعض الأخر يعتبرها فئة منفصلة اعتماداً على حدوث التأخر النمائي بالفعل لدى الطفل في أول سنتين من العمر في مجالين أو أكثر مـن مجـالات النمو .

ويستخدم هنا القياس النفسي والمحك الإكلينيكي ، ويعتبر حصول الطفـل على درجات تتراوح بين واحد إلى اثنين انحراف معياري دون المتوسط علـى قياس مقنن للنمو دليلاً على وجود تأخر نمائي، أما المحك الإكلينيكي فيعتمد على فريق متعدد التخصصات يستخدم مصادر متنوعة ويصدر حكما على الملاءمـة النمائية لقدرات الطفل. (القمش،الجوالدة،٢٠١٤، ١٠٨)

**أهداف التدخل المبكر:**

يمكن للتدخل المبكر تحقيق عدة أهداف حددها(Heward,W.2006)، (الزريقات،٢٠١٥)، (صليحة،٢٠٢١) علي النحو التالي:

١. الحد من مضاعفات الإعاقة، وتقلل من درجة اعتمادية الطفل وحاجته لرعاية الآخرين.

٢. مساعدة الاطفال المعاقين على استغلال وتحقيق أقصى مستوى ممكن من طاقاتهم وقدراتهم والاندماج في المجتمع مما يحسن من فرص التكيف والدمج الاجتماعي بما يؤهلهم للمشاركة في حياة المجتمع.

٣. تقدم للأسرة والأفراد التدريب والإرشاد اللازمين في وقت مبكر من عمر الأطفال.

٤. تنمية قدرات الطفل المكتشف في مجالات متعدده :الحركيه، الاجتماعيه، اللغويه، والرعايه الذاتيه،وغير ذلك من الارشادات الطبيه والفحوصات المخبريه اللازمه .

٥. إدخال الأليات اللازمة للتعويض ، والتأهيل ،وإلغاء الحواجز والملائمة بين حاجات الطفل المختلفة.

٦. تقليل الأثر السلبي لجانب الصعوبة علي مجال النمو الكلي للأطفال.

٧. تقليل الحاجة الدائمة لخدمات التربية الخاصة المقدمة لهم.

فريق التدخل المبكر: Early Intervention Team

بمراجعة المبادئ السابقة يتضح أن التوصل إلى برنامج فعال للتدخل المبكر يتطلب توفير موارد مالية وبشرية ذات كلفة عالية وتري الباحثة ان تكامل

الخدمات الطبية والتربوية والنفسية والاجتماعية من اجل الكشف المبكر عن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وخلق بيئة أفضل لتسهيل عمليه نموهم، وتأهيلهم لابد أن يقوم على هذه الخدمات مختصون مؤهلون للعمل مع تلك الفئات، حيث يعتبر فريق العمل حجر الزاوية في نشاط مراكز التدخل المبكر ؛ لذا يتطلب الامر إعداد الكوادر الناجحة التي تتمتع بالخبرة ، التي تضمن فاعلية البرامج المنفذة فإذا اجتمعت تلك الرعاية الناجحة مع مشاركة الأسرة تقترب البرامج بذلك من تحقيق أهدافها.

**وفيما يلي أكثر الموارد البشرية أهمية داخل برنامج التدخل المبكر:**

**اخصائي طب الأطفال :** ويمكن تحديد دوره في التعرف على الأطفال الأكثر عرضة للخطر وفي الوقاية من الإعاقة ومتابعة نموهم وصحتهم بشكل دوري .

**أخصائي التربية الخاصة :**الذي يقوم بمساعدة الطفل على بلوغ أقصى درجة ممكنة من الأداء المستقل و النمو و التعلم والتدريب، وذلك باستخدام وسائل وأساليب تعليمية خاصة و بتوظيف منهاج مكيف و معدل يتلاءم مع حاجات الطفل و خصائصه.

**أخصائي اضطرابات الكلام واللغة :** هو الشخص المسئول عن تشخيص حالات اضطرابات التواصل أو مشاكل التواصل ، ويلي تشخيص حالة الطفل ؛تحديد طبيعة حاجاته إلى العلاج النطقي و يسعى إلى تطوير مهارات التواصل لديه و ذلك باستخدام الأساليب العلاجية الخاصة لتنمية المهارات اللغوية التعبيرية و الاستقلالية بالإضافة إلى تمرين العضلات الحلقية المستخدمة في الأكل والنطق.

**أخصائي العلاج الطبيعي** : يعمل على تقييم القدرات الجسدية و مستويات التوتر العضلي و الأنماط الحركية و ردود الفعل التوازنية لدى الطفل ويستخدم أساليب علاجية متنوعة لتحسين الوضع الجسمي والقدرات الحركية الكبيرة، ويسهم في معالجة وتأهيل الأطفال المعوقين جسدياً بوجه خاص والأطفال المعوقين بوجه عام ويهتم بتقويم التشوهات ومنع التدهور في العضلات وأوضاع الجسم وتنمية المهارات الحركية الكبيرة للطفل.

**أخصائي العلاج الوظيفي:** الذي يسعي إلي تطوير المهارات الحسية – الإدراكية للطفل و تنفيذ البرامج العلاجية اللازمة لتنمية المهارات الحركية الدقيقة والتآزر البصري اليدوي، ويهتم بتطوير المهارات الحركية الدقيقة للأطفال وتدربهم على مجالات العناية بالذات،والحركة واستخدام الأدوات المساندة أوالتصحيحية وتدريبهم علي استخدام الأطراف الصناعية، والأجهزة التعويضية .

**معلمات التربية الخاصة :** وهن من يقمن بتصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المركز أو البيت ، وغالباً ما يقمن بدور منسقات لأعمال الفريق وعليهن تقع مسئولية تطوير البرنامج التدريبي الفردي والملائم وما يتضمنه من تحديد لمستويات الأداء في مجالات النمو المختلفة وتحديد الأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى والأساليب والوسائل المناسبة لتحقيق هذه الأهداف،ويمكن الاستعانة بمعلمات رياض الأطفال في تقديم البرامج لهم أو لمن يشتبه في وجود إعاقة أو تأخر نمائي لديه ومن ثم تحويلهم إلى برامج علاجية مناسبة توقف تدهور الحالة .

**الأخصائي الاجتماعي:** الذي يهتم بمساعدة أسرة الطفل والتغلب على الضغوط الناتجة عن حالة الإعاقة و توفر الدعم والإرشاد والتوجيه حسبما تقتضي الحاجات الفردية، وتقوم بمساعدة الطفل وأسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة ، كذلك فهي تساعد في تقييم وتحليل الظروف الأسرية والاقتصادية وتحديد الأطفال المعرضين للخطر والمشاركة أيضاً في تقييم فاعلية الخدمات المقدمة .

**الاخصائي النفسي:**الذي يشارك في عملية التقييم والتشخيص الشامل للحالة ؛ للتعرف علي إمكاناتها، وأوجه القصور فيها من الجانب النفسي ،ويقوم بتوظيف مباديء وأساليب القياس والتقويم النفسي في تشخيص الأنماط والقدرات التعليمية للطفل و يساعد الفريق في تنفيذ أساليب تعديل السلوك وتصميم البيئة التعليمية للأطفال، ويتمثل دوره في تقييم النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية الانفعالية من جهة وفي المشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي المناسب للطفل المعاق من جهة أخرى .

**أخصائي القياس السمعي :** ويقوم عمله على تقييم السمع لدى الطفل ليتم تزويدهم بالمعينات السمعية اللازمة والمناسبة وأيضاً وضع برنامج تدريب سمعي مناسب لكل طفل ومتابعة تنفيذه .

**الممرضات:** ويمكن تحديد دورهن بتقديم مساعدة كبيرة للأطفال وأسرهم والمهتمين بالمعاق من حيث العناية بهم والتوعية الصحية العامة لهم والرعاية الطبية الروتينية والطارئة .

**أولياء الأمور :** هم الاكثر دراية بالطفل نظرا لوجودهم معه فترات طويلة، فهم يلاحظون تصرفاته وسلوكياته في المواقف الحياتية المختلفة ،

ويمكن الاستفادة منهم كأعضاء فاعلين في فريق العمل مع الطفل لمتابعة نمو الطفل وسلوكه ، وامداد الاخصائيين بالبيانات الدقيقة اللازمة عن الطفل وظروفه، وأيضاً كأعضاء متطوعين لتقديم التوعية اللازمة لأولياء الأمور الآخرين ، وعرض تجربتهم عليهم ومساعدتهم في تخطي الصعوبات .

**مدير المركز:**هو القائد والمسئول الذي يدير ويوجه جميع العاملين في المؤسسة نحو تحقيق أهدافها، وأهداف التدخل المبكر، مستخدما في ذلك كل الجهود المتاحةأو التي يمكن إتاحتها لتحقيق تلك الأهداف . (منصور، ٢٠١٠، ١٢٣-١٣٤ )

وتحدد (يحيي ،٢٠٠٨، ٣٦٩)،(الشهري،٢٠١٨، ١٣٧)،(عطيوه،عبد الكريم،٢٠١٩، ٢٤) المواصفات المطلوبة في فريق التدخل المبكر في الآتي :

١- تعدد الاختصاصات مثل العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعلاج النطقي والأطباء ، وغيرها من التخصصات.

٢-العمل بروح الفريق الواحد فرعاية الطفل المعوق تتطلب عملية مستمرة من التواصل والتعاون المشترك بين كل من له علاقة بالرعاية.

٣- ان يتمتع أفراد الفريق بالمرونة والروح العلمية وسرعة التفكير،والقدرة علي صياغة الاهداف .

٤-قادر علي القياس والتشخيص الجيد ، وتطبيق الاختبارات، وتفسيرها،وتقويم حاجات كل من الأسرة والطفل.

٥-توافر التدريب المستمر من أجل تطوير قدراتهم علي العمل في هذا المجال.

٦-الوعي بمظاهر النمو الطبيعي في مرحلة الطفولة المبكرة من جميع جوانب الشخصية.

٧-القدرة علي بناء علاقة قائمة علي الثقة مع الأسرة والطفل المستهدف من خلال التواصل الفعال.

**إجراءات التدخل المبكر:**

وفقا للبرنامج الموضوع فهناك خطوات منظمة ذات تسلسل تحدد مدى حاجة الطفل للخدمات وطبيعة تلك الخدمات والتي يتم بناء عليها تصميم البرنامج التربوي التفريدي للطفل.وفي هذا المجال يذكر كل من (الزريقات،٢٠١٥، ٢٣٧-٢٣٩)،(القريطي ،٢٠١٠، ٢٧٤-٢٧٧) ,.Michael D., Ashley H et al ,2018, 860) أن الإجراءات الواجبة لتقديم خدمات التدخل تتم وفقا للترتيب التالى:

**الإجراء الأول : التحويل** يتم قبول الحالات التي لا تزيد أعمارها عن ست سنوات ولكن لديهم حاجات مختلفة مع اعتبار ان كل طفل يختلف عن الآخر كما يلي:

١. طفل لديه إعاقة محددة واضحة مثل الشلل الدماغي أو متلازمة داون أو صغر حجم الجمجمة.

٢. طفل لديه إعاقة غير ظاهرة.

٣. طفل ليس لديه إعاقة ولكن لديه تأخر النمو الحركي أو اللغوي.

٤. طفل يمر بظروف صحية أو بيئية تجعله معرضا للإعاقة وننوه هنا إلى أهمية التبكير في التحويل والإجراءات التي تقوم بها إدارات الرعاية الصحية الأولية في التبليغ عن الإعاقة .

**الإجراء الثاني : الكشف المبكر Early Identification**

غالبا ما يمضي وقت طويل حتى تتم إحالة الحالة المعاقة إلى مراكز التدخل وعليه فإن المتعارف عليه ان الكشف المبكر هو جزء من عملية التدخل وليس كوسيلة للتعرف والقياس وذلك كما أوضح ميزلز، وتتبع مراكز التدخل أسلوبا في الكشف المبكر يعتمد على تصنيف الأطفال إلى فئتين رئيستين هما :

الفئة الأولى: أطفال ذوو إعاقة واضحة ومثبتة.

الفئة الثانية : الأطفال المعرضون لخطر الإعاقة.

**الإجراء الثالث : عملية التشخيص Diagnosis**

هي مجموعة إجراءات يقوم بها فريق بالمركز متعدد التخصصات من أطباء وتربية خاصة وعلم نفس وإرشاد وأمراض الكلام وعلاج طبيعي وعلاج وظيفي وهذه إجراءات تهدف إلى تأكيد وجود حالة إعاقة لدى الطفل الذي تم التعرف عليه في عملية الكشف المبكر، ويعتمد التشخيص السليم للإعاقة على أمور ثلاثة

**أولاً :** مراجعة التشخيص تمكن من تقديم خدمات صحية مناسبة.

**ثانياً :** التشخيص الدقيق يعطي معلومات أوضح لحالة المعوق ويوضح الصورة لأسرته والتوقعات المحتملة للحالة وتطوراتها.

**ثالثاً:** التشخيص الدقيق أمر جوهري يمكن من خلاله التعرف على الأسباب الوراثية المتعلقة بالحالة ومن ثم يمكن مناقشتها مع كل من الوالدين.

ويتضمن التشخيص عدة مستويات هي:

**أولاً: المستوى الوظيفى:**

يشكل التشخيص الوظيفى التحديد النوعى والكمى للإضطرابات أو الاختلالات الوظيفية،كما يشكل البيانات الأساسية المساعدة لفهم اشكالية الطفل ، بالاضافة إلى اعتبار التفالعل العائلى وتفاعل محيطة الثقافى وقدراته وإمكانات تطورها لذلك يكون التشخيص الوظيفى ضرورياً لتتم صياغة الأهداف وتحديد استراتيجيات التدخل

**ثانياً : المستوى المتلازمى:**

يتشكل التشخيص المتلازمى من مجموعة من العلامات أو الأعراض التى تحدد مرضاً معيناً، عن طريق التعرف على المتلازمة أوعلى مجموع أعراضها بمعرفة نوعية البيانات (العصبية والنفسيةأو الإجتماعية) المسئولة عن الإضطراب ويوجهنا إلى أسبابه، ويوجهنا إلى المجالات التى علينا أن نستسقى منها البيانات حتى نقيم تشخيصاً لأسباب المرض كما يساعدنا على معرفة هل هى حالة مرضية دائمة أو مؤقتة أوتطورية؟ وهل هى ذات أساس عضوى أم بيئى؟

**ثالثاً : التشخيص الأيتيولوجى(علم أسباب المرض):**

هذا النوع يخبرنا عن أسباب الإضطرابات الوظيفية أو أسباب المتلازمة المشخصة، سواء كانت ذات طبيعة بيولوجية أو نفسية أوإجتماعية، بالإضافة إلى احتمالية تعدد عواملها لذلك يتم التعامل على نطاق واسع مع المظاهر السيكولوجية والتربوية والبيولوجية والمحيط عموماً .

**الإجراء الرابع : عملية التقييم** من المهم دراسة جميع المعلومات المتوافرة عن الأطفال والخاصة بنموهم الجسمي والاجتماعي والعقلي واللغوي والعناية بالذات للأهداف التالية:

١ــ الوقوف على طبيعة ومدى حاجة الطفل إلى برنامج التدخل المبكر.

٢ــ وضع البرنامج التربوي – العلاجي للطفل.

٣ــ تقييم فاعلية البرنامج المقدم له.

وتتلخص أشكال التقييم فيما يلي:

أ ) الملاحظة: مراقبة الطفل حول تكرار السلوك أو مدة حدوثه أو شدته.

ب) المقابلة : للتعرف على الطفل وأسرته ومشاعر الوالدين.

ج) دراسة الحالة: بعد إجراء المقابلات السابقة وتحليل الملفات والتقارير.

د) الاختبارات : تضم نوعين رئيسين:

١.اختبارات رسمية (معيارية المرجع) تطبق في ظروف معينة وتستخدم لمقارنة أداء الطفل بأقرانه من نفس العمر الزمني.

٢. اختبارات محكية المرجع تهدف إلى تحديد مدى إتقان الطفل لمهارات معينة.

**الإجراء الخامس : إلحاق الطفل بمركز التدخل المبكر:** تعد بداية الالتحاق بالمركز فترة انتقالية صعبة للآباء والأمهات وهذه الفترة تتطلب ما يلي:

١ــ بذل الجهد للتعرف على النظام التربوي الجديد والحقوق والواجبات والتربية الخاصة والخدمات المساندة التي يقدمها المركز بعد انتقال الطفل إلى المركز.

٢ــ بناء علاقة بين فريق التدخل والطفل.

٣ــ المساهمة في تنفيذ الأنشطة المخصصة للآباء وعلى الجميع تفهم واحترام هموم ومخاوف الآباء ، وتفهم طبيعة إعاقة طفلهم وبرنامجه التربوي.

٤ــ إعطاء الفرصة للأولياء الأمور للمشاركة في برامج التدخل المبكر ليطلعوا على أي تقدم يحرزه الطفل.

٥ــ الاطلاع على التقارير الطبية والنماذج التي قام الوالدان بتعبئتها.

٦ــ تشجيع الوالدين على الحضور للمركز برفقة طفلهما أثناء مرحلة التكيف الأولى.

٧ــ قد يكتفي بإجراء اتصالات هاتفية يومية بشكل دوري أو القيام بزيارات منزلية أو إرسال رسائل أسبوعية أو شبه أسبوعية للأسر.

٨ــ حث الوالدين على زيارة غرفة الصف أثناء تنفيذ الأنشطة مما يسهم في فتح قنوات التواصل وقد يرغب البعض في القيام ببعض الأعمال التطوعية.

٩ــ تشكيل مجموعة من الآباء ليتم التعارف وليطلع أولياء الأمور على القضايا المحلية ذات التأثير على الخدمات المقدمة للأطفال المعوقين ولتبادل الخبرات والتعرف على الآباء الآخرين الذين اجتازوا المرحلة الانتقالية بنجاح وتوفير الدعم المتبادل.

**الإجراء السادس : البرنامج التربوي الفردي** البرنامج التربوي الفردي أو الخطة التعليمية الفردية وثيقة مكتوبة تبين مستوى الأداء الحالي للطفل في جوانب النمو التالية:

أ . النمو الجسمي :بما في ذلك الوضع الصحي العام والوضع السمعي والبصري والنمو الحركي الكبير (الجلوس، والوقوف، المشي، التوازن) والنمو الحركي الدقيق (التآزر البصري – اليدوي، حركة الأصباع).

ب. النمو العقلي:القدرات الإدراكية العامة والقدرة على التعلم والتفكير والتذكر وحل المشكلات والانتباه .

ج. النمو اللغوي: القدرة على استخدام واستيعاب الأصوات والكلمات والإيماءات.

د .النمو الاجتماعي – الانفعالي :أنماط التفاعل مع الأطفال والراشدين والخصائص السلوكية العامة: مثل الانسحاب، العدوان، الخجل، مفهوم الذات.

هـ.النمو الشخصي التكيفي : القدرة على العناية بالذات من حيث تناول الطعام وارتداء الملابس واستخدام الحمام والنظافة الشخصية.

كذلك يوضح البرنامج التربوي الفردي الأهداف السنوية (طويلة المدى) والأهداف السلوكية (قصيرة المدى) للطفل والأساليب التي سيتم استخدامها لتحقيق تلك الأهداف ومعايرة النجاح والمدة الزمنية التي يتوقع ان يستغرقها تنفيذ البرنامج .

**الإجراء السابع :** خطة العمل في المركز ( تنفيذ الإجراءات التعليمية) بعد إعداد البرنامج التربوي الفردي يعمل الأخصائيون على تقسيم الأطفال إلى مجموعات تعليمية صغيرة نسبيا وذلك حسب عمرهم الزمني وحاجاتهم الخاصة وقدراتهم التعليمية ويتم تدريب وتعليم كل مجموعة في غرفة صف تديرها مربية تحمل شهادة علمية في تخصص التربية الخاصة، وهناك جدول زمني للنشاطات اليومية في غرفة الصف يحدد مواعيد تدريب الأطفال على المهارات المعرفية، واللغوية، والعناية الذاتية، والحركية، والاجتماعية، ومواعيد الاستراحة وتناول وجبة طعام خفيف، . وبناء على حاجات الطفل الخاصة يكون الأخصائيون قد اعتمدوا خطة محددة لتقديم الخدمات للطفل خارج غرفة الصف أيضا فهو قد يذهب إلى غرفة العلاج الطبيعي على فترات محددة وكذلك الأمر بالنسبة للعلاج النطقي والعلاج الوظيفي وما إلى ذلك من خدمات.

**الاجراء الثامن :خطة التأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة**

تلي خطوة العلاج التي تمت خلال المراحل الاجرائية السابقة للتدخل المبكر التأهيل وهو إدماج المعوق في حياة المجتمع الذي يعيش فيه وإشعاره بإنسانيتة ومحاولة زيادة مستوى رفاهيته وسعادته بكل الوسائل الممكنة، وتأتي تلك الخطوة تماشياً مع قانون التأهيل رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ الذي عرف التأهيل أنه تقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية ، والطبية والتعليمية والمهنية التي يلزم توفيرها للمعوق وأسرته لتمكينهم من التغلب علي السلبيات التي نتجت عن عجزه.

ويشير التأهيل الى مجموعة الخدمات والوسائل والأساليب والتسهيلات المتخصصة التي تهدف الى تصحيح العجز الجسمي او العقلي ، كما تسعى الى

مساعدة الشخص المعوق على التكيف عن طريق الارشـــاد النفـــسي والتوجيـــه المهني بالاضافة الى التدريب على العمل والتشغيل.( بحراوي،٢٠١٢ )

http://www.2shared.com/file/fA6j0x58/1433.html 25/12/2020

وتقوم فلسفة التأهيل داخل المركز على تقبل الفـــرد القـــصور اوالعجـــز كإنسان له كيانه وكرامته الشخصية ، له حقـــوق وحاجـــات انـــسانية وسياســـية واجتماعية . كلها تهدف الى ان يؤدي وظيفته في الحياة بما يحقق لـــه إشـــباعات وفوائد اجتماعية .

ويهدف التأهيل الاستفادة من قدرات الطفل وامكانياتـــه ومعاونتـــه علـــى استعادته لقدرته على التنافس والانتاج كما يعمل على تنمية ثقته بنفسه وعلى انه وحدة قائمة بذاته اوالاعتراف بقدرته على التوافق والمرونة بالنسبة لظروفه دون فروق بينه وبين غيره الا مبدأ الفروق الفردية .

**وبصفة عامة فإن التأهيل يسعي لتحقيق عدة أهداف هي:**

١. الانتقال بالمعاق من قبول فكرة الاعتماد على الآخـــرين إلـــى ضـــرورة الاعتماد على الذات وذلك عن طريق الاستغلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية.
٢. استعادة الفرد المعاق لأقصى درجة من درجات القدرة الجسمية والعقليـــة او الحسية المتبقية لديه ، بالاضافة الى تقبله اجتماعيا والعمل على تـــوفير اكبر قدر ممكن من فرص الاندماج في البيئة الاجتماعية كحق من حقوق انسانيته.
٣. عملية التأهيل تعتبر شكل من اشكال الضمان الاجتماعي للمعاق وحمايـــة لاستقلاله مما يساعده على التكيف من جديد بالرغم من اعاقته التي يعاني منها.

٤. تبدأ الجهود التأهيلية في مرحلة مبكرة من الطفولة ، ومن الصعب الفصل بين التعليم وبين التأهيل لهذه الحالات ، فيجب أن يتم في خط واحد مع التركيز على اكتساب المهارات المختلفة في المراحل الأولى .

٥. تتضمن مرحلة التقويم في التأهيل تقويم الوظائف البدنية و العقلية ومستوى الذكاء والسلوك التكيفي والتقويم المهني .

٦. تشتمل الخدمات التأهيلية على : الإعداد البدني من خلال العلاج الطبيعي ، والعلاج بالعمل ، وعلاج عيوب النطق ، والكلام ، التدريب على جوانب السلوك التكيفي ، سواء ما يتصل بأنشطة الرعاية الذاتية والتخاطب والتنقل والتعامل بالنقود ، والعلاقات الاجتماعية التدريب على جوانب مهنية من حيث تعلم مهارات متصلة بأعمال معينة و التدريب على مهارات التوافق المهني، الخدمات النفسية و الطبية لتناول المشكلات النفسية و المشكلات العقلية ، مثل الصرع و حالات النشاط الزائدة وغيرها .

٧. تقديم الخدمات الترويحية العلاجية والرياضية ، وخدمات الإرشاد التربوي والنفسي للطفل المعاق ووالديه.

لذا فإن التأهيل باختصار هو محاولة تطوير ذوي الاحتياجات الخاصة بدنيا ونفسيا وعقليا قدر المستطاع ليتمكنوا من التأثير في المجتمع من حولهم والوصول بهم إلى أفضل ما يمكن التوصل إليه من النواحي الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية.

وتري الباحثة أن التأهيل الفعال في مركز التدخل المبكريحتاج إلى الاجراءات التالية:

١- دمج ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم في الأنشطة المجتمعية كغيرهم من الناس.

٢- إدخال ذوي الاحتياجات الخاصة في الأنشطة والبرامج التنموية لتنمية مهاراتهم كغيرهم من الأشخاص وإعادة الثقة في أنفسهم.

٣- إزالة الصورة المرسومة عن ذوي الاحتياجات الخاصة من حيث عدم فعاليتهم في المجتمع أو ضعف قدراتهم المطلق أو كونهم لا يصلحون للعمل والحياة بشكل طبيعي.

٤- من المهم جدا الاهتمام بجانب التأهيل النفسي الذي يعمل على إعادة تكييف ذوي الاحتياجات الخاصة تدريجيا على نمط الحياة الجديد وعلى التعامل مع المجتمع بسهولة وعلى اتخاذ القرارات التي من شأنها تطوير إمكانياتهم وقدراتهم. ومن المعروف أن ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من بعض المشاكل المؤذية نفسيا لهم مثل:الشعور بالدونية وبانتقاص قدراتهم ودورهم في المجتمع الاتكالية ، الانطوائية ، عدم الشعور بالانتماء للمجتمع من حولهم ، عدم الشعور بالأمن الكافي الذي يمكن أن يدفعهم لخوض غمار الحياة بقوة ، صعوبة تكوين علاقات قوية بأفراد من المجتمع ، الشعور الدائم بالعجز والتوتر.

ومن هنا يكون دور التأهيل غاية في الأهمية لمساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على فهم ومعرفة إمكانياتهم الجسدية وقدراتهم الذهنية حتى يتعاملوا من منطلق ذلك وتكون إنجازاتهم موافقة لما يمكنهم القيام به فلا يحملون أنفسهم فوق طاقتها فيصيبهم الاحباط.

## الإجراءات المنهجية للدراسة :

**منهج الدراسة:**

تعتمد الدراسة الحالية علي المنهج الوصفي التحليلي لجمع البيانات عن واقع خدمات التدخل المبكرفي محافظة بورسعيد،ورصد المعوقات التي تواجه أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،للوصول إلي تلك الخدمات، كما أعتمد المنهج نفسه في تحديد متطلبات تجهيز مركز ذو مواصفات فنية وتقنية، وادارية لتقديم الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية لهؤلاء الأطفال، حتي يتحقق تأهيلهم صحيا ونفسيا واجتماعيا .

**أدوات الدراسة:**

**تتحدد أدوات الدراسة فى :**

**استبانة:**

اعتمدت الباحثة علي الاستبانة كأداة لجمع البيانات الميدانية بهدف تحليل الوضع الحالي،والتعرف علي واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد، ومعوقات تقديم خدمات التدخل المبكر لهم، والوصول إلي تصور مقترح لمركز نموذجي في محافظة بورسعيد يقدم خدمات التدخل المبكر لأبنائها من ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي غرار المراكز الموجودة في الدول التي سبقتنا بالتطبيق الفعلي لوجود مراكز متخصصة لذوي الاعاقة .

**تتضمن الاستبانة محورين رئيسيين للتعرف على :**

١- واقع خدمات التدخل المبكر المقدمة للاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد.

٢- معوقات الحصول علي خدمات التدخل المبكر للاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد.

خطوات إعداد الاستبيانة:قامت الباحثة بالاطلاع علي الأطر النظرية، والدراسات السابقة العربية والاجنبية التي تناولت متغير التدخل المبكر،ومعوقات الحصول عليه، كما هو موضح بالإطار النظري والدراسات السابقة، ثم قامت الباحثة بتحديد التعريف الاجرائي لمركز التدخل المبكر ومعوقاته، وصياغة مفردات الاستبيان باسلوب بسيط ويناسب طبيعة العينة، ومستواهم الثقافي والاجتماعي،وتكون الاستبيان في صورته الاولي من (٦٠) مفردة، ثم عرضها علي مجموعة من الاساتذة المحكمين لتحديد مدي صحة وسلامة مفردات الاستبيان،وارتباطها بالاستبيان، وملائمتها لعينة الدراسة، وقد تم الاعتماد علي نسبة اتفاق المحكمين (٩٤%) علي مفردات الاستبيان، وبذلك أصبح الاستبيان يتكون من (٥٠) مفردة، وتمت إعادة ضياغة مفردات الاستبيان في ضوء ملاحظات السادة المحكمين،وقد اشتملت الاستبانة علي محورين هما: (واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد – تقديم خدمات التدخل المبكر لهم) و يتضمن كل محور (٢٥) عبارة ، وتم وضع معيار لتقييم الاستبيان وفق ثلاث مستويات للإجابة على العبارة (موافق – محايد – غير موافق) ، تم وضع طريقة لتقدير درجات الاستبيان وهي اعطاء الدرجة(٣) للإجابة موافق ،(٢) للإجابة محايد ،(١) للإجابة غير موافق ، تم تطبيقه على عينة مكونة (١٧٤ ) من أولياء أمور الأطفال.

**مجتمع الدراسة:**

جميع أولياء أمور الاطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في محافظة بورسعيد

**عينة الدراسة :**

تم أختيار عينة عمدية من أولياء الأمور لأطفال ذوي احتياجات خاصة في محافظة بورسعيد ، بلغ عددهم (١٧٤) من الأباء والأمهات من المجتمع الأصلي .

## المعالجات الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 25)في إجراء التحليلات الإحصائية واستخدمت الأساليب الأحصائية التالية:

١- معامل ارتباط بيرسون.

٢- معامل ألفا كرونباخ.

٣- التكرار والنسبة المئوية والوزن النسبى

٤- المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى

٥- اختبار "كا٢".

**نتائج الصدق والثبات للاستبانة**

**❖ نتائج صدق الاتساق الداخلي.**

وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات الاستبانة والدرجات الكلية للمحور الذى تنتمى إليه العبارة، وجاءت النتائج كما هى مبينة فى الجداول (١) و(٢) و(٣):

**جدول (١): يوضح معاملات الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المحور الأول والدرجات الكلية للمحور**

| رقم العبارة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | الدلالة الاحصائية |
|---|---|---|---|
| ١ | ٠,٦١ | ٠,٠١ | دال |
| ٢ | ٠,٥٧ | ٠,٠١ | دال |
| ٣ | ٠,٧٦ | ٠,٠١ | دال |
| ٤ | ٠,٧٢ | ٠,٠١ | دال |
| ٥ | ٠,٥٤ | ٠,٠١ | دال |
| ٦ | ٠,٥٧ | ٠,٠١ | دال |
| ٧ | ٠,٥٣ | ٠,٠١ | دال |
| ٨ | ٠,٨٤ | ٠,٠١ | دال |
| ٩ | ٠,٦٦ | ٠,٠١ | دال |
| ١٠ | ٠,٨٣ | ٠,٠١ | دال |
| ١١ | ٠,٥٥ | ٠,٠١ | دال |
| ١٢ | ٠,٦٤ | ٠,٠١ | دال |
| ١٣ | ٠,٧٦ | ٠,٠١ | دال |
| ١٤ | ٠,٨٢ | ٠,٠١ | دال |
| ١٥ | ٠,٧٣ | ٠,٠١ | دال |
| ١٦ | ٠,٧٤ | ٠,٠١ | دال |
| ١٧ | ٠,٥٦ | ٠,٠١ | دال |
| ١٨ | ٠,٥٧ | ٠,٠١ | دال |
| ١٩ | ٠,٧٦ | ٠,٠١ | دال |
| ٢٠ | ٠,٧٢ | ٠,٠١ | دال |
| ٢١ | ٠,٥٤ | ٠,٠١ | دال |
| ٢٢ | ٠,٥٧ | ٠,٠١ | دال |
| ٢٣ | ٠,٥٣ | ٠,٠١ | دال |
| ٢٤ | ٠,٨٤ | ٠,٠١ | دال |
| ٢٥ | ٠,٧٦ | ٠,٠١ | دال |

يبين الجدول (١) معاملات الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المحور الأول والدرجات الكلية للمحور، حيث تراوحت ما بين (٠,٥٣ – ٠,٨٤) وجميعها دالة إحصائياً، وبذلك تعتبر عبارات المحور الأول صادقة لما وضعت لقياسه.

**جدول (٢): يوضح معاملات الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المحور الثانى والدرجات الكلية للمحور**

| رقم العبارة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | الدلالة الاحصائية |
|---|---|---|---|
| ٢٦ | ٠,٧٧ | ٠,٠١ | دال |
| ٢٧ | ٠,٨٠ | ٠,٠١ | دال |
| ٢٨ | ٠,٨٣ | ٠,٠١ | دال |
| ٢٩ | ٠,٧٩ | ٠,٠١ | دال |
| ٣٠ | ٠,٨٢ | ٠,٠١ | دال |
| ٣١ | ٠,٨٩ | ٠,٠١ | دال |
| ٣٢ | ٠,٥٠ | ٠,٠١ | دال |
| ٣٣ | ٠,٦٢ | ٠,٠١ | دال |
| ٣٤ | ٠,٥٦ | ٠,٠١ | دال |
| ٣٥ | ٠,٥٨ | ٠,٠١ | دال |
| ٣٦ | ٠,٥٦ | ٠,٠١ | دال |
| ٣٧ | ٠,٥٢ | ٠,٠١ | دال |
| ٣٨ | ٠,٥٠ | ٠,٠١ | دال |
| ٣٩ | ٠,٥١ | ٠,٠١ | دال |
| ٤٠ | ٠,٥٣ | ٠,٠١ | دال |
| ٤١ | ٠,٧٧ | ٠,٠١ | دال |
| ٤٢ | ٠,٨٠ | ٠,٠١ | دال |
| ٤٣ | ٠,٦٩ | ٠,٠١ | دال |
| ٤٤ | ٠,٧٩ | ٠,٠١ | دال |
| ٤٥ | ٠,٧٤ | ٠,٠١ | دال |
| ٤٦ | ٠,٨٤ | ٠,٠١ | دال |
| ٤٧ | ٠,٥٤ | ٠,٠١ | دال |
| ٤٨ | ٠,٧١ | ٠,٠١ | دال |
| ٤٩ | ٠,٧٧ | ٠,٠١ | دال |
| ٥٠ | ٠,٧٣ | ٠,٠١ | دال |

يبين الجدول (٢) معاملات الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المحور الثانى والدرجات الكلية للمحور، حيث تراوحت ما بين (٠,٥٠ – ٠,٨٩) وجميعها دالة إحصائياً، وبذلك تعتبر عبارات المحور الثانى صادقة لما وضعت لقياسه.

**❖ نتائج الصدق البنائى للاستبانة.**

وللتحقق من الصدق البنائى للاستبانة قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين الدرجات الكلية لكل محور من محاور الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة، وجاءت النتائج كما هي مبينة في الجدول (٣).

**جدول (٣): يوضح معاملات الارتباط بين الدرجات الكلية لكل محور من محاور الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة**

| محاور الاستبانة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | الدلالة الاحصائية |
|---|---|---|---|
| واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم | ٠,٦٦ | ٠,٠١ | دال |
| معوقات حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم على خدمات التدخل المبكر | ٠,٩١ | ٠,٠١ | دال |

يبين الجدول (٣) معاملات الارتباط بين درجات كل محور من محاور الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة حيث بلغت (٠,٦٦ ، ٠,٩١) على الترتيب، وجاءت دالة إحصائياً، مما يدل صدق وتجانس محاور الاستبانة.

❖ **نتائج ثبات الاستبانة ومحاورها.**

وللتحقق من ثبات الاستبانة ومحاورها استخدم الباحث طريقة معامل ألفا كرونباخ وجاءت النتائج كما هي مبينة في الجدول (٤).

**جدول (٤): يوضح نتائج اختبار ألفا كرونباخ للاستبانة ومحاورها**

| محاور الاستبانة | عدد العبارات | معامل ألفا كرونباخ |
|---|---|---|
| واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم | ٢٥ | ٠,٩٢ |
| معوقات حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر | ٢٥ | ٠,٩٥ |
| الاستبانة ككل | ٥٠ | ٠,٩٣ |

يبين الجدول (٤) معاملات الثبات للاستبانة ومحاورها حيث بلغت لمحاور الاستبانة (٠,٩٢ ، ٠,٩٥) على الترتيب، وبلغ معامل الثبات للاستبانة ككل (٠,٩٣)، وهى نسب ثبات مرتفعة، مما يطمئن الباحثة لنتائج تطبيق الاستبانة.

## تحليل نتائج الدراسة الميدانية:

في هذا المبحث يتم عرض وتحليل آراء أفراد عينة الدراسة من أولياء الامور فى استبانة حول "واقع خدمات التدخل المبكر التي تقدم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم من وجهة نظر أولياء الامور في محافظة بورسعيد"، بهدف التعرف علي واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم من وجهة نظر أولياء الامور، والتعرف علي

معوقات الحصول علي تلك الخدمات، وذلك لوضع تصور مقترح لمركز للتدخل المبكر في محافظة بورسعيد يقدم الخدمات الطبية والتربوية والاجتماعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

وتم استخدام المتوسط الحسابى والانحراف المعياري والوزن النسبى واختبار "كا$^{2}$" لدلالة الفروق بين آراء أفراد عينة البحث حول عبارات الاستبانة وفقاً لمقياس ثلاثى متدرج على النحو التالي:

- مقياس "أوافقً ، محايد ، لا أوافق" بأوزان (٣ ، ٢ ، ١) على الترتيب، وتم حساب المدى، وذلك بطرح أصغر وزن من أعلى وزن في المقياس (٣ – ١ = ٢)، ثم قسمة المدى (٢) على (٣) بهدف تحديد الطول الفعلي لكل مستوى، وكانت (٢ ÷ ٣ = ٠,٦٧ تقريباً)، وهذا يعنى أن المستوى "لا أوافق" يقع بين القيمة (١) وأقل من (١ + ٠,٦٧)، وأن المستوى "محايد" يقع بين القيمة (١,٦٧) وأقل من (١,٦٧ + ٠,٦٧)، ويقع المستوى "أوافق" بين القيمة (٢,٣٣) إلى (٣,٠).

وبذلك يكون الوزن المرجح لإجابات كل عبارة من العبارات على النحو التالي:

| | |
|---|---|
| ١ – ١,٦٦ | (لا أوافق) |
| ١,٦٧ – ٢,٣٣ | (محايد) |
| ٢,٣٤ – ٣,٠ | (أوافق) |

**ملحوظة:** جميع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية مقربة لأقرب رقمين عشريين

✓ **النتائج الاحصائية للمحور الأول: واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم**

**جدول (١): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية ونتائج اختبار "كا٢" لآراء أفراد عينة الدراسة نحو واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم.**

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابى | الانحراف المعيارى | الوزن النسبى (%) | درجة التحقق | الترتيب | اختبار "كا٢" | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | قيمة (كا٢) | مستوى الدلالة |
| ١ | يوجد مركز للتدخل المبكر قريب من منزلك | ١,٣٠ | ٠,٥٢ | %٤٣,٣٠ | لا أوافق | ١٩ | ١٣٤,٩٣ | ٠,٠٠١ |
| ٢ | سبق والحقت طفلك من ذوي الاحتياجات الخاصة ببرامج التدخل المبكر | ١,٧٠ | ٠,٨٦ | %٥٦,٧٠ | محايد | ٣ | ٤٣,٥٩ | ٠,٠٠١ |
| ٣ | التدخل المبكر يسهم في تنمية الجوانب النمائية للطفل ذوي الاعاقة | ١,٦٨ | ٠,٨٢ | %٥٦,١٣ | محايد | ٤ | ٣٥,٤١ | ٠,٠٠١ |
| ٤ | الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة غير متاحة بشكل مناسب | ١,٤١ | ٠,٦٦ | %٤٦,٩٣ | أوافق | ٨ | ١٠٢,٨٦ | ٠,٠٠١ |
| ٥ | تجد صعوبة في اجراءات التحاق طفلك بمركز التدخل المبكر | ١,٣٣ | ٠,٦٧ | %٤٤,٤٤ | أوافق | ١٥ مكرر | ١٥٣,٣٤ | ٠,٠٠١ |
| ٦ | لديك الوعي بأهمية الحاق طفلك بمركز للتدخل المبكر | ١,٨٦ | ٠,٨٧ | %٦١,٨٨ | محايد | ٢ | ١٤,٧٢ | ٠,٠٠١ |
| ٧ | يناسب وقت العمل في المراكز ظروف الاسرة، وطبيعة إعاقة الطفل | ١,٥٥ | ٠,٧٧ | %٥١,٥٣ | لا أوافق | ٦ | ٦٧,٤٨ | ٠,٠٠١ |
| ٨ | لديك فكرة عن الخدمات التي تقدم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مراكز التدخل المبكر في محافظة بورسعيد | ١,٨٦ | ٠,٩٠ | %٦٢,٠٧ | محايد | ١ | ٢٥,٢٤ | ٠,٠٠١ |

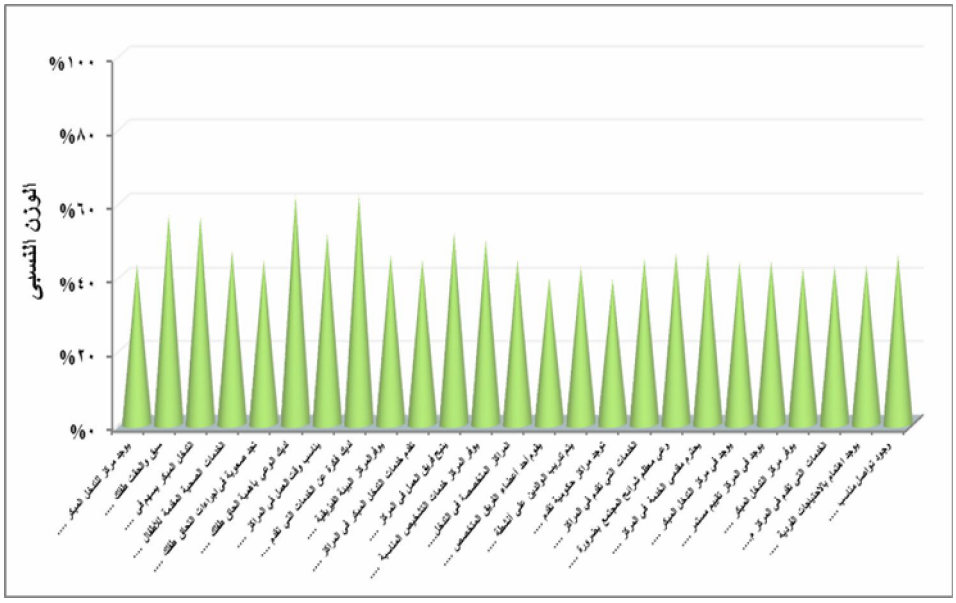
| رقم | العبارة | المتوسط الحسابى | الانحراف المعيارى | الوزن النسبى (%) | درجة التحقق | الترتيب | اختبار "كا٢" | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | قيمة (كا٢) | مستوى الدلالة |
| ٩ | يوفرالمركز البيئة الفيزيقية والتربوية المناسبة لكل إعاقة حسب قدرات الاطفال وامكانياتهم | ١,٣٧ | ٠,٧٢ | %٤٥,٧٩ | لا أوافق | ١٢ | ١٤٥,٩٠ | ٠,٠٠١ |
| ١٠ | تقدم خدمات التدخل المبكر في المراكز نظير مبلغ مالي كبير يمثل عبء علي الاسر | ١,٣٤ | ٠,٥٨ | %٤٤,٦٤ | أوافق | ١٤ | ١٢٣,٣٤ | ٠,٠٠١ |
| ١١ | يتيح فريق العمل في المركز لأولياء أمور الأطفال المشاركة في قرارات تخص أطفالهم | ١,٥٥ | ٠,٧٣ | %٥١,٧٢ | لا أوافق | ٥ | ٥٥,٠٣ | ٠,٠٠١ |
| ١٢ | يوفر المركز خدمات التشخيص المناسبة لكل فئة من فئات الاعاقة علي حده | ١,٤٩ | ٠,٧١ | %٤٩,٨١ | لا أوافق | ٧ | ٧٣,٣٨ | ٠,٠٠١ |
| ١٣ | المراكز المتخصصة في التدخل المبكر قليلة جداً وتكاد تكون معدومة، وغير آمنه للأطفال | ١,٣٣ | ٠,٦٧ | %٤٤,٤٤ | أوافق | ١٥ | ١٥٣,٣٤ | ٠,٠٠١ |
| ١٤ | يقوم أحد أعضاء الفريق المتخصص بعمل زيارات منزلية للطفل وأسرته وتقديم خدمات تلبية الاحتياجات المختلفة | ١,١٨ | ٠,٤٤ | %٣٩,٢٧ | لا أوافق | ٢٤ | ٢٠٧,٩٧ | ٠,٠٠١ |
| ١٥ | يتم تدريب الوالدين علي أنشطة تساعدهم علي تقبل إعاقة طفلهم وكيفية التعامل معه | ١,٢٨ | ٠,٥٦ | %٤٢,٥٣ | لا أوافق | ٢٢ | ١٦٠,١٤ | ٠,٠٠١ |
| ١٦ | توجد مراكز حكومية تقدم خدمات التدخل المبكر منذ سن الولادة وحتي السادسة | ١,١٧ | ٠,٤٥ | %٣٩,٠٨ | لا أوافق | ٢٥ | ٢١٦,١٠ | ٠,٠٠١ |
| ١٧ | الخدمات التي تقدم في المراكز تلبي حاجات جميع فئات ذوي الاعاقة | ١,٣٥ | ٠,٧٠ | %٤٥,٠٢ | لا أوافق | ١٣ | ١٥٧,٩٠ | ٠,٠٠١ |

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابى | الانحراف المعيارى | الوزن النسبى (%) | درجة التحقق | الترتيب | اختبار "كا٢" | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | قيمة (كا٢) | مستوى الدلالة |
| ١٨ | وعي معظم شرائح المجتمع بضرورة التدخل المبكر للعناية بذوي الاحتياجات الخاصة | ١,٣٩ | ٠,٧٣ | %٤٦,٣٦ | لا أوافق | ١٠ | ١٣٨,٢٤ | ٠,٠٠١ |
| ١٩ | يحترم مقدمي الخدمة في المركز مشاعر الوالدين وحاجتهم للدعم والمساعدة | ١,٤٠ | ٠,٦٩ | %٤٦,٥٥ | لا أوافق | ٩ | ١١٦,٧٩ | ٠,٠٠١ |
| ٢٠ | يوجد في مركز التدخل المبكر فريق عمل مؤهل ومتعدد التخصصات لتلبية احتياجات الطفل وأسرته | ١,٣٢ | ٠,٦٣ | %٤٣,٨٧ | لا أوافق | ١٨ | ١٥٠,٢٤ | ٠,٠٠١ |
| ٢١ | يوجد في المركز تقييم مستمر للخدمات التي تقدم للطفل وأسرته | ١,٣٢٨ | ٠,٦٥ | %٤٤,٢٥ | لا أوافق | ١٧ | ١٤٩,٦٩ | ٠,٠٠١ |
| ٢٢ | يوفر مركز التدخل المبكر معلومات عن موارد ومصادر الدعم في المجتمع | ١,٢٧ | ٠,٥٨ | %٤٢,٣٤ | لا أوافق | ٢٣ | ١٧٠,٧٢ | ٠,٠٠١ |
| ٢٣ | الخدمات التي تقدم في المركز مبنية علي حاجات الطفل والاسرة | ١,٢٩ | ٠,٦١ | %٤٢,٩١ | لا أوافق | ٢٠ | ١٦٦,٠٧ | ٠,٠٠١ |
| ٢٤ | يوجد اهتمام بالاحتياجات الفردية والتربوية لكل طفل علي حده | ١,٢٩ | ٠,٦٣ | %٤٢,٩١ | لا أوافق | ٢٠ مكرر | ١٧٨,١٧ | ٠,٠٠١ |
| ٢٥ | وجود تواصل مناسب بين أعضاء الفريق والاطفال وأولياء الامور | ١,٣٨ | ٠,٧١ | %٤٥,٩٨ | لا أوافق | ١١ | ١٣٧,٩٠ | ٠,٠٠١ |
| التقييم الكلى للمحور الأول | | ١,٤٢ | ٠,٨٦ | %٤٧,٢٢ | غير موافق | | | |

يتضح من جدول (١) وجود فروق دالة احصائياً بين مستويات آراء أفراد عينة الدراسة لجميع عبارات المحور الأول الخاص بواقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، حيث جاءت قيم "كا٢" لجميع العبارات دالة إحصائياً، مما يدل على وجود فروق معنوية بين مستويات الآراء، ووقعت الآراء فى مستوى "أوافق" للعبارات العكسية أرقام (٤ ، ٥ ، ١٠ ، ١٣)، حيث تراوحت قيم المتوسط الحسابى لعبارات هذا المستوى ما بين

(١,٣٣ – ١,٤١) وتراوحت الأوزان النسبية ما بين (٤٤,٤٤% – ٤٦,٩٣%)، ووقعت الآراء فى مستوى "محايد" للعبارات أرقام (٢ ، ٣ ، ٦ ، ٨)، حيث تراوحت قيم المتوسط الحسابى لعبارات هذا المستوى ما بين (١,٦٨ – ١,٨٦) وتراوحت الأوزان النسبية ما بين (٥٦,١٣% – ٦٢,٠٧%)، فى حين وقعت الآراء فى مستوى "لا أوافق" لباقى عبارات المحور الأول، حيث تراوحت قيم المتوسط الحسابى لعبارات هذا المستوى ما بين (١,١٧ – ١,٣٢٨) وتراوحت الأوزان النسبية ما بين (٣٩,٠٨% – ٤٤,٢٥%)، ووقت الآراء فى مستوى "لا أوافقً" للمحور الأول ككل بمتوسط حسابى (١,٤٢) ووزن نسبى (٤٧,٢٢%).

والشكل البيانى (١) يوضح عبارات المحور الأول وفقاً لأوزانها النسبية.




**شكل (١): يوضح عبارات المحور الأول وفقاً لأوزانها النسبية.**

من الجدول (١) ونتائجه والشكل البيانى (١) يتبين إتفاق أفراد عينة الدراسة نحو تدنى واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم وبخاصة الخدمات التالية:

- توجد مراكز حكومية تقدم خدمات التدخل المبكر منذ سن الولادة وحتي السادسة.
- يقوم أحد أعضاء الفريق المتخصص بعمل زيارات منزلية للطفل وأسرته وتقديم خدمات تلبية الاحتياجات المختلفة
- يوفر مركز التدخل المبكر معلومات عن موارد ومصادر الدعم في المجتمع.
- يتم تدريب الوالدين علي أنشطة تساعدهم علي تقبل إعاقة طفلهم وكيفية التعامل معه.
- الخدمات التي تقدم في المركز مبنية علي حاجات الطفل والاسرة.
- يوجد اهتمام بالاحتياجات الفردية والتربوية لكل طفل علي حده.
- يوجد مركز للتدخل المبكر قريب من منزلك.
- يوجد في مركز التدخل المبكر فريق عمل مؤهل ومتعدد التخصصات لتلبية احتياجات الطفل وأسرته.
- يوجد في المركز تقييم مستمر للخدمات التي تقدم للطفل وأسرته.
- تجد صعوبة في اجراءات التحاق طفلك بمركز التدخل المبكر.
- المراكز المتخصصة في التدخل المبكر قليلة جداً وتكاد تكون معدومة، وغير آمنه للأطفال.
- تقدم خدمات التدخل المبكر في المراكز نظير مبلغ مالي كبير يمثل عبء علي الاسر.

- الخدمات التي تقدم في المراكز تلبي حاجات جميع فئات ذوي الاعاقة .
- يوفرالمركز البيئة الفيزيقية والتربوية المناسبة لكل إعاقة حسب قدرات الاطفال وامكانياتهم.
- وجود تواصل مناسب بين أعضاء الفريق والاطفال وأولياء الامور.
- وعي معظم شرائح المجتمع بضرورة التدخل المبكر للعناية بذوي الاحتياجات الخاصة.

ومن الجدول (١) ونتائجه والشكل البيانى (١) يتبين أن تدنى واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم يرجع إلي ندرة المراكز الحكومية التي تقدم خدمات التدخل المبكر منذ سن الولادة وحتي السادسة، وإن وجد ت فإنه لا يتوفر فيها البيئة الفيزيقية والتربوية المناسبة لكل إعاقة حسب قدرات الاطفال وامكانياتهم أوالخدمات التي تقدم مبنية علي حاجات الطفل وأسرته، كما أنها لا توفر معلومات عن موارد و مصادر الدعم في المجتمع لمساعدة الطفل وأسرته علي تخطي المشكلات المرتبط بالاعاقة،والخدمات المساندة والتخفيف من الضغوط التى تتعرض لهاالاسرة، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه نتائج دراسة:(Allen,G,2011 ) ، (وشاحي،٢٠١٣) ،(أبو زيد، ٢٠١٣ ) ،(الحسين، ٢٠١٥) ، (الفواعير،٢٠١٦) ، (سليمان، نافع،٢٠١٧) أنه لايوجد مراكز حكومية تقدم برامج التدخل المبكر للأطفال دون السادسة وأوصت علي ضرورة إنشاء مراكز حكومية يتوفر فيها البيئة الفيزيقية والتربوية المناسبة لكل إعاقة حسب قدرات الاطفال وامكانياتهم تقدم خدمات مبنية علي حاجات الطفل وأسرته منذ سن الولادة وحتي السادسة علي أن تكون قريبة من مسكن الطفل

لما تحققه تلك المراكز حيث يزود الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة باساس متين للتعليم التربوي والاجتماعي للمراحل العمرية التالية ، ويساعده على النضج ويجعله قادراً على مواجهة المشكلات والتكيف مع المجتمع.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما أكدت عليه دراسة كل من (حسن،اسامه،٢٠٢١) ، (Liza Lee , Han-Ju Ho, Vasistha Bhargavi, 2022) ان مركز التدخل المبكر لابد أن يتوافر فيه الإستجابه فى أسرع وقت ممكن للاحتياجات المؤقتة والدائمة التى يحتاجها الأطفال ذوى الإضطراب فى النمو أو الذين هم فى خطر الإصابة به وهذه التدخلات التى يجب أن تتعامل مع الطفل ككل ، وأن يتم تخطيطها من خلال فريق من الأخصائيين فى التوجيه المتعدد التخصصات؛ يقوم بتطبيق استراتيجيات وقائية (أولية أو ثانوية) لتقليل نسبة حدوث أو درجة شدة ظروف الإعاقة أو العجزفى مرحلة الطفولة المبكرة.

لذا تري الباحثة أن تحسن مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعاقات مختلفة مرهوناً بالتحاقهم بمركز للتدخل المبكر من أجل ذلك لابد من إنشاء مراكز حكومية أو أهلية تقدم خدمات التدخل المبكر في المراكز نظير مبلغ مالي زهيد لايمثل عبء علي الاسر، تعتمد نظاما للخدمات الإرشادية والتدريبية، والتأهيلية تستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية، ويوكل إليها دورا رئيسيا في تنفيذ الإجراءات العلاجية المنسقة من خلال الكوادرالمؤهلة المتخصصة في التعامل مع الأطفال خلال السنوات الأولى الحرجة، يتم من خلالها توفير معلومات عن موارد ومصادر

الدعم في المجتمع لمساعدة الطفل وأسرته علي تخطي مشكلات الاعاقة،وتقديم الخدمات المساندة للتخفيف من الضغوط التى يتعرضوا لها، والذي من شأنه أن يعزز من نمو وتطوير الطفل ويدعم الأسر، ويتفق ذلك مع ما أوصت عليه دراسات (الظفري،٢٠١٣)، (Shire,et al2017) ( Paymter, M., Riley2015)، (الفواعير،٢٠١٦)، وتؤكد الباحثة علي ضرورة مشاركة الوالدين وتعاونهم مع مقدمي خدمات التدخل المبكر لأنها حجر الاساس لبرامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال،فهي تؤدي دوراً مهماً وفاعلاً في نجاح هذه البرامج التي تقدم خدماتها للطفل وأسرته معاً، ويتفق ذلك مع دراسة (باعثمان٢٠١٦)،(الشهري،٢٠١٨)، Liza Lee , Han-Ju Ho, Vasistha (Bhargavi, 2022) التي أشارت إلي أنه لكي يتحقق التدخل المبكر الفعال لابد من تطوير العلاقات مع أولياء الأمور يكون أساسها المشاركة في تقييم قدرات وإمكانيات الطفل وتحديد الأهداف الخاصة بالبرامج، ووضع أولويات الاحتياجات سواء للطفل أو الأسرة، وتخطيط الخدمات ورقابة التقدم واتخاذ القرارات.

النتائج الاحصائية للمحور الثانى: معوقات حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر

**جدول (٢): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية ونتائج اختبار "كا٢" لآراء أفراد عينة الدراسة نحو معوقات حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر**

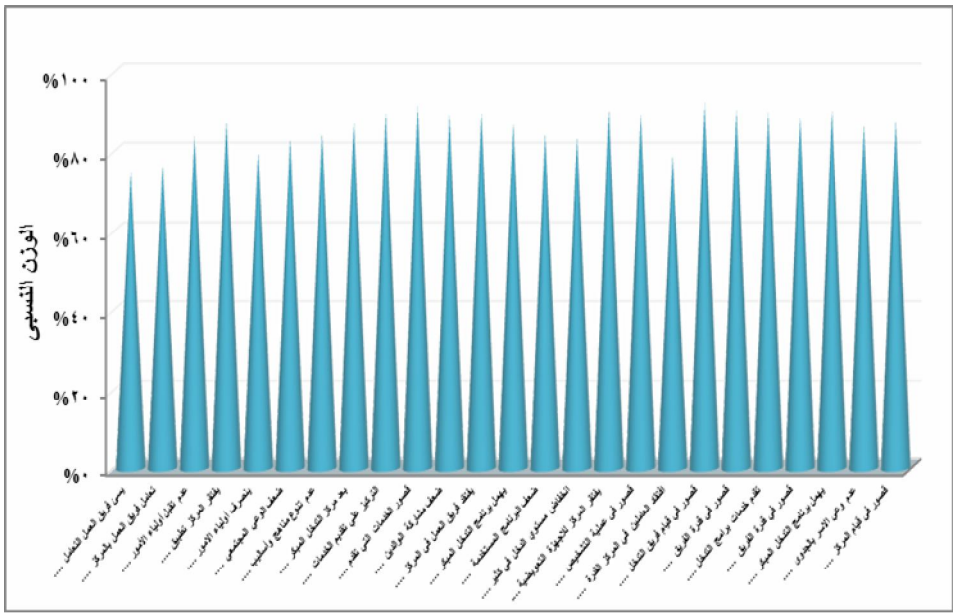
| رقم | العبارة | المتوسط الحسابى | الانحراف المعيارى | الوزن النسبى (%) | درجة التحقق | الترتيب | اختبار "كا٢" | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | قيمة (كا٢) | مستوى الدلالة |
| ٢٦ | يسئ فريق العمل التعامل مع الطفل وأسرته | ٢,٢٤ | ٠,٦١ | %٧٤,٧١ | محايد | ٢٥ | ٦٠,٨٣ | ٠,٠٠١ |
| ٢٧ | تعامل فريق العمل بالمركز مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبنى مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل | ٢,٢٩ | ٠,٩١ | %٧٦,٤٤ | محايد | ٢٤ | ٧٠,٢٤ | ٠,٠٠١ |
| ٢٨ | عدم تقبل أولياء الأمور واعترافهم بفكرة أن طفلهم معاق | ٢,٥١ | ٠,٧٧ | %٨٣,٧٢ | أوافق | ١٩ | ٩٣,١٤ | ٠,٠٠١ |
| ٢٩ | يفتقر المركز تطبيق الاختبارات الرسمية وغير الرسمية لتقويم حالات الاطفال | ٢,٦٣ | ٠,٧٠ | %٨٧,٧٤ | أوافق | ١٢ | ١٤١,٦٦ | ٠,٠٠١ |
| ٣٠ | ينصرف أولياء الامور عن الحاق طفلهم بمراكز التدخل المبكر بسبب اتجاهات المجتمع السلبية نحو الإعاقة | ٢,٣٩ | ٠,٨٥ | %٧٩,٦٩ | أوافق | ٢٢ | ٧٣,٣٨ | ٠,٠٠١ |
| ٣١ | ضعف الوعي المجتمعي والاسري بأهمية التدخل المبكر للأطفال ذوي الاعاقة | ٢,٤٩ | ٠,٧٦ | %٨٣,١٤ | أوافق | ٢١ | ٨١,٢٤ | ٠,٠٠١ |
| ٣٢ | عدم تنوع مناهج وأساليب برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال | ٢,٥٣ | ٠,٧١ | %٨٤,٤٨ | أوافق | ١٧ | ٨٥,٩٧ | ٠,٠٠١ |
| ٣٣ | بعد مركز التدخل المبكر عن منزل الطفل مما يمثل صعوبة في التردد على المركزوالاستفادة من خدماته | ٢,٦١ | ٠,٦٩ | %٨٧,١٦ | أوافق | ١٤ | ١٢٣,٥٥ | ٠,٠٠١ |
| ٣٤ | التركيز علي تقديم الخدمات داخل المركز وإهمال الزيارات المنزلية ومتابعة الحالة | ٢,٦٩ | ٠,٦٢ | %٨٩,٦٦ | أوافق | ٦ | ١٥٤,٠٣ | ٠,٠٠١ |
| ٣٥ | قصور الخدمات التي تقدم في المركز عن | ٢,٧٤ | ٠,٥٧ | %٩١,٣٨ | أوافق | ٢ | ١٧٥,١٤ | ٠,٠٠١ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | تلبية احتياجات الطفل والاسرة | | | | | | |
| ٣٦ | ضعف مشاركة الوالدين وتعاونهم مع مقدمي خدمات التدخل المبكر نظراً لعدم اعترافهم بإعاقة أبنائهم | ٢,٦٨ | ٠,٦٧ | %٨٩,٢٧ | أوافق | ٩ | ١٦٥,٦٦ | ٠,٠٠١ |
| ٣٧ | يفتقد فريق العمل في المركز للتأهيل والتدريب والخبرة في تلبية احتياجات الطفل وأسرهم | ٢,٦٩ | ٠,٦٣ | %٨٩,٦٦ | أوافق | ٦ مكرر | ١٥٧,٦٦ | ٠,٠٠١ |
| ٣٨ | يهمل برنامج التدخل المبكر تمايز احتياجات الطفل وأسرته تبعا لأوضاعهم الاجتماعية والثقافية والاقتصادية. | ٢,٦١ | ٠,٧٢ | %٨٦,٩٧ | أوافق | ١٥ | ١٣٤,٢١ | ٠,٠٠١ |
| ٣٩ | ضعف البرنامج المستخدمة في التدخل المبكر عن تقديم خدمات متنوعة تناسب جميع فئات الاعاقة وأسرهم . | ٢,٥٣ | ٠,٧٧ | %٨٤,٤٨ | أوافق | ١٧ مكرر | ١٠٦,٢٤ | ٠,٠٠١ |
| ٤٠ | انخفاض مستوي الدخل في كثير من الاسر مما يعيق استفادتهم من برامج التدخل المبكر | ٢,٥١ | ٠,٧٤ | %٨٣,٧٢ | أوافق | ١٩ مكرر | ٨٤,٤٥ | ٠,٠٠١ |
| ٤١ | يفتقر المركز للاجهزة التعويضية التي تتناسب مع الحالات المختلفة للإعاقة | ٢,٧٢ | ٠,٦٤ | %٩٠,٨٠ | أوافق | ٣ | ١٩١,٥٩ | ٠,٠٠١ |
| ٤٢ | قصور في عملية التشخيص مما ينعكس علي إعداد البرنامج التربوي المناسب لحالة الطفل . | ٢,٦٨ | ٠,٦٥ | %٨٩,٢٧ | أوافق | ٩ مكرر | ١٥٧,٣٨ | ٠,٠٠١ |
| ٤٣ | افتقاد العاملين في المركز القدرة على العمل بفاعلية ضمن فريق متعدد التخصصات | ٢,٣٧ | ٠,٨٣ | %٧٨,٩٣ | أوافق | ٢٣ | ٥٢,٧٩ | ٠,٠٠١ |
| ٤٤ | قصور في قيام فريق التدخل المبكر بتقديم التوعية اللازمة وتوجيه أولياء الامور لمصادر تقديم الخدمات في محيط اقامتهم | ٢,٧٦ | ٠,٥٨ | %٩٢,١٥ | أوافق | ١ | ٢٠٠,٣١ | ٠,٠٠١ |
| ٤٥ | قصور في قدرة الفريق علي تصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المركز أو أثناء المتابعة في المنزل | ٢,٧١ | ٠,٦٠ | %٩٠,٤٢ | أوافق | ٤ | ١٦٢,٤٥ | ٠,٠٠١ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ٤٦ | تقدم خدمات برامج التدخل المبكر إلى بعض الاعاقات دون غيرها | ٢,٦٩ | ٠,٦٧ | %٨٩,٦٦ | أوافق | ٦ مكرر | ١٧٤,٢١ | ٠,٠٠١ |
| ٤٧ | قصور في قدرة الفريق علي بناء علاقة قائمة على الثقة والتواصل الفعال مع الأطفال وأولياء أمورهم | ٢,٦٦ | ٠,٧٠ | %٨٨,٧٠ | أوافق | ١١ | ١٦٦,٣٨ | ٠,٠٠١ |
| ٤٨ | يهمل برنامج التدخل المبكر تخفيف الأعباء عن الأسرة ومساعدتها في تقبل أطفالها وتحقيق درجة مقبولة من التكيف. | ٢,٧١ | ٠,٦٢ | %٩٠,٤٢ | أوافق | ٤ مكرر | ١٦٩,٩٠ | ٠,٠٠١ |
| ٤٩ | عدم وعي الاسر بالجدوى الاقتصادية والاجتماعية والنفسية لبرامج التدخل المبكر | ٢,٦٠ | ٠,٧١ | %٨٦,٧٨ | أوافق | ١٦ | ١٢٦,٧٢ | ٠,٠٠١ |
| ٥٠ | قصور في قيام المركز بدوره في الحد من الآثار السلبية للإعاقة على الطفل وأسرته | ٢,٦٣ | ٠,٧٠ | %٨٧,٧٤ | أوافق | ١٢ مكرر | ١٤١,٦٦ | ٠,٠٠١ |
| التقييم الكلى للمحور الثانى | | ٢,٥٩ | ٠,٧١ | %٨٦,٢٨ | أوافق | | | |

يتضح من جدول (٢) وجود فروق دالة احصائياً بين مستويات آراء أفراد عينة الدراسة لجميع عبارات المحور الثانى الخاص بمعوقات حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر، حيث جاءت قيم "كا$^{٢}$" لجميع العبارات دالة إحصائياً، مما يدل على وجود فروق معنوية بين مستويات الآراء، ووقعت الآراء فى مستوى "أحياناً" للعبارتين (٢٦ ، ٢٧) بمتوسط حسابى (٢,٢٤ ، ٢,٢٩) ووزن نسبى (٧٤,٧١% ، ٧٦,٤٤%) على الترتيب، فى حين وقعت الآراء فى مستوى "أوافق" لباقى عبارات المحور الثانى، حيث تراوحت قيم المتوسط الحسابى لعبارات هذا المستوى ما بين (٢,٣٧ – ٢,٧٦) وتراوحت الأوزان النسبية ما بين (٧٨,٩٣% ، ٩٢,١٥%) ، ووقت الآراء فى مستوى "دائما" للتقييم الكلى للمحور الثانى، حيث بلغ المتوسط الحسابى (٢,٥٩) والوزن النسبى (٨٦,٢٨%).

والشكل البيانى (٢) يوضح عبارات المحور الثانى وفقاً لأوزانها النسبية.




**شكل (٢): يوضح عبارات المحور الثانى الخاص بمعوقات حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر.**

من الجدول (٢) ونتائجه والشكل البيانى (٢) يتبين إتفاق أفراد عينة الدراسة نحو صعوبة حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر لوجود معوقات وبخاصة المعوقات التالية:

- قصور في قيام فريق التدخل المبكر بتقديم التوعية اللازمة وتوجيه أولياء الامور لمصادر تقديم الخدمات في محيط اقامتهم.
- قصور الخدمات التي تقدم في المركز عن تلبية احتياجات الطفل والاسرة.

- يفتقر المركز للاجهزة التعويضية التي تتناسب مع الحالات المختلفة للإعاقة.
- قصور في قدرة الفريق علي تصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المركز أو أثناء المتابعة في المنزل.
- يهمل برنامج التدخل المبكر تخفيف الأعباء عن الأسرة ومساعدتها في تقبل أطفالها وتحقيق درجة مقبولة من التكيف.
- التركيز علي تقديم الخدمات داخل المركز وإهمال الزيارات المنزلية ومتابعة الحالة.
- يفتقد فريق العمل في المركز للتأهيل والتدريب والخبرة في تلبية احتياجات الطفل وأسرهم.
- تقدم خدمات برامج التدخل المبكر إلى بعض الاعاقات دون غيرها.
- ضعف مشاركة الوالدين وتعاونهم مع مقدمي خدمات التدخل المبكر نظراً لعدم اعترافهم بإعاقة أبنائهم.
- قصور في عملية التشخيص مما ينعكس علي إعداد البرنامج التربوي المناسب لحالة الطفل .
- قصور في قدرة الفريق علي بناء علاقة قائمة على الثقة والتواصل الفعال مع الأطفال وأولياء أمورهم.
- يفتقر المركز تطبيق الاختبارات الرسمية وغير الرسمية لتقويم حالات الاطفال.
- قصور في قيام المركز بدوره في الحد من الآثار السلبية للإعاقة على الطفل وأسرته.

- بعد مركز التدخل المبكر عن منزل الطفل مما يمثل صعوبة في التردد علي المركزوالاستفادة من خدماته.
- يهمل برنامج التدخل المبكر تمايز احتياجات الطفل وأسرته تبعا لأوضاعهم الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.
- عدم وعي الاسر بالجدوى الاقتصادية والاجتماعية والنفسية لبرامج التدخل المبكر.
- عدم تنوع مناهج وأساليب برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال.
- ضعف البرنامج المستخدمة في التدخل المبكر عن تقديم خدمات متنوعة تناسب جميع فئات الاعاقة وأسرهم .
- عدم تقبل أولياء الأمور واعترافهم بفكرة أن طفلهم معاق.
- انخفاض مستوي الدخل في كثير من الاسر مما يعيق استفادتهم من برامج التدخل المبكر.

ومن الجدول (٢) ونتائجه والشكل البيانى (٢) والعرض السابق يتضح أن البعد الثاني ككل كان في اتجاه الموافقة ، بوزن نسبي(٨٦,٢٨%) ؛الامر الذي يشير إلي قبول عينة الدراسة بشكل عام للمعوقات التي تتعلق ببيئة التعلم لمراكز التدخل المبكر، ومن ثم يعتبرونها تمثل معوقا، وقد كان البند (٤٤) أعلي البنود (قصور في قيام فريق التدخل المبكر بتقديم التوعية اللازمة وتوجيه أولياء الامور لمصادر تقديم الخدمات في محيط اقامتهم) من حيث اعتباره معوقاً، حيث بلغ متوسطه (٢,٧٦ ) ، وكذلك وزن نسبي( ٩٢,١٥% ) ، وتفسر الباحثة ذلك بأنه يرجع إلي ضعف عدد البرامج التي تؤهل الاخصائيين للعمل في مراكز التدخل المبكر، ونظراً لأهمية وجود فريق متخصص لبرامج التدخل المبكر لضمان نجاح عملية التدخل المبكر، لذا فإن قصور عمل فريق التدخل يمثل

معوقاً كبيراً يؤثر علي فعالية برامج التدخل المبكر،وهوما أشاراليه الظفري(٢٠١٣)، القمش(٢٠١٤) ،الشهري(٢٠١٨) ،القحطاني(٢٠٢٢) حيث أوضحت أن من ضمن أسباب صعوبة الحصول علي خدمات التدخل المبكر هي عدم توافر الكوادر المتخصصة، وعدم توافر مراكز متخصصة في التدخل المبكر،وعدم توافر أدوات الكشف المبكر، وقصور في عملية التشخيص، أوتطبيق الاختبارات الرسمية وغير الرسمية لتقويم حالات الاطفال؛ مما ينعكس علي إعداد البرنامج التربوي المناسب لحالة كل الطفل ، ومن ثم قصور الخدمات التي تقدم في المركز عن تلبية احتياجات الطفل وأسرته، بينما كان أقل بند ( ٢٥) يسئ فريق العمل التعامل مع الطفل وأسرته بمتوسط حسابي (٢,٢٤)، ووزن نسبي(٧٤,٧١%) وتفسره الباحثة بأنه يرجع إلي نقص المعرفة بخصائص فئات الأطفال ذوي الاعاقات المختلفة مما يعيق العناية بهم، أو أهمالهم ، عدم توفر الخبرة الكافية للعاملين في تقديم الخدمات، الامر الذي يؤثر سلباً في نوعية الخدمة المقدمة، وهو ما أشار إليه Allen, G. (2011).،القحطاني(٢٠١٦) ، Colombi, C.,et al(2018) حيث أكدوا علي تنظيم دورات تدريبية لفريق التدخل المبكر تساعد علي زيادة وعيهم بخصائص الفئات الخاصة، وبرامج التدخل المناسبة لكل فئة، وتزويدهم بالمهارات اللازمة للتعامل معها. لذا يجب اعداد كوادر متخصصة مؤهلة لتخطيط وتنفيذ ومتابعة برامج التدخل المبكر لتقديم خدمات التدخل المبكر

وتري الباحثة أن الضعف الشديد في تقديم خدمات التدخل المبكر يرجع إلي قصور في تطبيق التشريعات والقوانين التي اقرت بضرورة وجود أماكن متخصصة تشرف عليها الجهات الحكومية ، حيث لا يوجد جهات محددة تختص برعاية وتقديم خدمات التدخل المبكر منذ الولادة وحتي السادسة، لذا تري الباحثة

ضرورة إنشاء وحدات تشخيصية تابعة لوزارات الصحة والسكان،والضمان الاجتماعي تسهم في تشخيص مبكر للأطفال ذوي الإعاقة تمهيداً لتقديم خدمات مبكرة مناسبة.

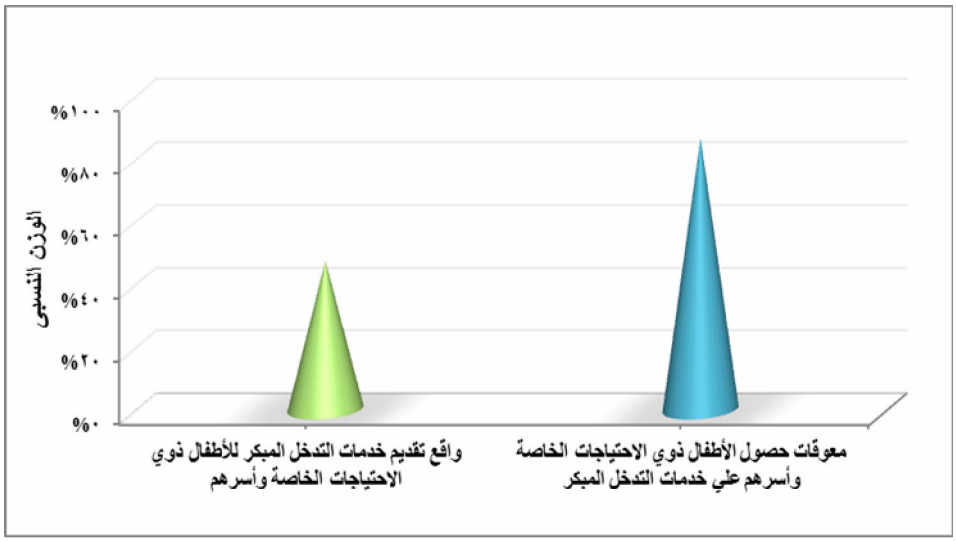
✓ **التقييم الكلى لمحاور الاستبانة**

**جدول (٣): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لآراء أفراد عينة الدراسة فى التقييم الكلى لمحاور الاستبانة.**

| محاور الاستبانة | المتوسط الحسابى | الانحراف المعيارى | الوزن النسبى (%) | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم | ١,٤٢ | ٠,٨٦ | %٤٧,٢٢ | لا أوافق |
| معوقات حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر | ٢,٥٩ | ٠,٧٢ | %٨٦,٤٥ | أوافق |

يبين جدول (٣) مستويات الآراء أفراد عينة الدراسة نحو محاور الاستبانة، حيث وقعت الآراء في مستوى "لا أوافق" للمحور الأول الخاص بواقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، فى حين وقعت الآراء في مستوى "أوافق" للمحور الثانى الخاص بمعوقات حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر.

والشكل البيانى (٣) يوضح محاور الاستبانة وفقاً لأوزانها النسبية:




**شكل (٣): يوضح محاور الاستبانة وفقاً لأوزانها النسبية.**

يبين جدول (٣) ونتائجه والشكل البيانى (٣) مستويات الآراء أفراد عينة الدراسة نحو محاور الاستبانة، حيث وقعت الآراء في مستوى "لا أوافق" للمحور الأول الخاص بواقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم الوزن النسبى ، ٤٧,٢٢% ومتوسط حسابي ١,٤٢ ، فى حين وقعت الآراء في مستوى "أوافق" للمحور الثانى الخاص بمعوقات حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر الوزن النسبى٨٦,٤٥% ومتوسط حسابي ٢,٥٩

وبالنظر الي نتائج المحور الاول من تدنى واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم فإن الباحثة ترجعه إلي ندرة المراكز الحكومية التي تقدم خدمات التدخل المبكر منذ سن الولادة وحتي

السادسة، وعدم مناسبة المراكز الحالية في المحافظة لكل إعاقة حسب قدرات الاطفال وامكانياتهم ، وبالتالي فإنها تقدم خدمات لا تتناسب وحاجات الطفل وأسرته، فضلاً عن عدم تقديم الدعم لمساعدة الطفل وأسرته علي تخطي المشكلات المرتبط بالاعاقة،والخدمات المساندة والتخفيف من الضغوط التى تتعرض لهاالاسرة، وهو ماأشارت إليه ،(أبو زيد، ٢٠١٣ ) ،(الحسين، ٢٠١٥) (Paynter, M.,et al, 2015) ، (الفواعير،٢٠١٦) ، (سليمان، نافع،٢٠١٧)

لذا توصي الباحثة علي ضرورة إنشاء مراكز حكومية يتوفر فيها البيئة الفيزيقية والتربوية المناسبة لكل إعاقة حسب قدرات الاطفال وامكانياتهم تقدم خدمات مبنية علي حاجات الطفل وأسرته منذ سن الولادة وحتي السادسة علي أن تكون قريبة من مسكن الطفل لما تحققه تلك المراكز من تأهيل المعاق ؛ والعمل علي تحسين قدراته الجسمية والوظيفية، والوصول به إلى أقصى مستوى من الأداء الوظيفي ، من خلال تقديم مجموعة من الأنشطة النمائية والاثرائية والعلاجية، للتخفيف من تداعيات الاعاقات المختلفة،أو الحد بدرجة كبيرة من تبعاتها،علي أن يتم التدخل المبكر في الوقت المناسب، وبالاسلوب الأمثل، بما يساعده على النضج ويجعله قادراً على مواجهة المشكلات والتكيف مع المجتمع.

وبمراجعة نتائج المحور الثاني الخاص بمعوقات حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر بوزن نسبى٨٦,٤٥% ومتوسط حسابي ٢,٥٩ نجد أن الآراء وقعت في مستوى "أوافق" ، ويرجع ذلك لوجود العديد من المعوقات التي تحول دون استفادة الطفل وأسرته من الخدمات التي قد تقدم في بعض المراكز الموجودة حاليا منها: عدم وجود فريق متخصص

مما أدي إلي قصور في قدرة الفريق علي تصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المركز أو أثناء المتابعة في المنزل، وعدم تلبية احتياجات الطفل والاسرة، وعدم قيام فريق التدخل المبكر بتقديم التوعية اللازمة وتوجيه أولياء الامور لمصادر تقديم الخدمات في محيط اقامتهم ، بالاضافة إلي ضعف مشاركة الوالدين وتعاونهم مع مقدمي خدمات التدخل المبكر نظراً لعدم اعترافهم بإعاقة أبنائهم وهو أكدته (دانية القدسي،٢٠١٣)

لذا تري الباحثة أن تحسن مجالات النمو للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتأهيلهم للدمج والتكيق مع أنفسهم والمجتمع مرهوناً بالتحاقهم بمركز للتدخل المبكر ، من أجل ذلك لابد من إنشاء مراكز حكومية أو أهلية تقدم خدمات التدخل المبكر في المراكز نظير مبلغ مالي زهيد لايمثل عبء علي الاسر، تعتمد نظاما للخدمات الإرشادية والتدريبية، والتأهيلية تستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية، ويوكل إليها دورا رئيسيا في تنفيذ الإجراءات العلاجية المنسقة من خلال الكوادر المؤهلة المتخصصة في التعامل مع الأطفال خلال السنوات الأولى الحرجة، يتم من خلالها توفير معلومات عن موارد ومصادر الدعم في المجتمع لمساعدة الطفل وأسرته علي تخطي مشكلات الاعاقة،وتقديم الخدمات المساندة للتخفيف من الضغوط التى يتعرضوا لها، والذي من شأنه أن يعزز من نمو وتطوير الطفل ويدعم الأسر، ويتفق ذلك مع ما أوصت عليه دراسة (الظفري،٢٠١٣)، (Paymter,M.,Riley2015) (Shire,et al2017)، (الفواعير،٢٠١٦)، وتؤكد الباحثة علي ضرورة مشاركة الوالدين وتعاونهم مع مقدمي خدمات التدخل المبكر لأنها حجر الاساس لبرامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال،فهي تؤدي دوراً مهماً وفاعلاً في نجاح هذه البرامج التي تقدم خدماتها للطفل وأسرته

معاً، وهو ماأشار إليه (باعثمان٢٠١٦)،(الشهري،٢٠١٨)، (Liza Lee , Han-Ju Ho, Vasistha Bhargavi, 2022)

ومن أجل التغلب تدنى فى تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم بسبب وجود معوقات يُحول دون حصول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم علي خدمات التدخل المبكر ، قامت الباحثة بوضع تصور مقترح لمركز للتدخل المبكر في محافظة بورسعيد يقدم الخدمات الطبية والتربوية والاجتماعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

التصور المقترح لمركز التدخل المبكر كمدخل لتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (بورسعيد نموذجا)

**مقدمة :**

تأسيساً على ما تقدم من النسبة المتزايدة من الأطفال الذين تعرضوا للإعاقة قبل مرحلة المدرسة وارتفاع الأصوات التي تنادي بحاجاتهم إلى خدمات التربية الخاصة المبكرة أو برامج التدخل المبكر Early Intervention ، وأن هذه البرامج ما زالت قاصرة في معظم الخدمات التي تقدمها، علي الرغم من اتجاه الكثير من مؤسسات الرعاية في العالم كله إلى إعادة النظر في برامجها المعلقة ومحاولة تعديلها للحاق بركب التقدم في مجالات أبحاث وبرامج مكافحة الإعاقة ساعدها في ذلك التقدم العلمي المؤهل في أساليب الكشف المبكر والوقاية من مسببات الإعاقة والتطور في مجالات الرعاية الصحية الأولية ، وبالنظر إلي أوضاع ذوي الاحتياجات الخاصة في مصر وبالتحديد في محافظة بورسعيد نجد ارتفاع أعداد هؤلاء الأطفال ذوي الحالات الخاصة في الآونة الأخيرة ؛ مع ارتفاع معدلات الفقر والعوز والحرمان والتشرد، فقد نجم عن هذا كله قصور

في الخدمات، ووسائل الوقاية من الإعاقة خاصة غياب التحصينات ضد الأمراض المعدية وتواضع الخدمات المتقدمة للأمومة والطفولة ، وذلك عبر خدمات علاجية وتربوية صممت ببرامج تخص الأطفال في مرحلة مبكرة خلال الست سنوات الأولى من العمر يتميزون بحالات خاصة تتطلب التدخل سواء أكانوا (معاقين أو متأخرين نمائيا أو معرضين لخطر الإعاقة أو التأخر ، فإنه يمكن وضع تصور مستقبلي مقترح لمركز للتدخل المبكر في محافظة بورسعيد ، يأخذ بعين الاعتبار

**أولاً : فلسفة التصور المقترح**

أن الطفل لا يمكن فهمه جيدا بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها لذا يجب القيام بمجموعة من التدخلات للأطفال الذين يتراوح سنهم من الميلاد إلى ست سنوات وللأسرة والمحيط بهدف الإستجابه فى أسرع وقت ممكن للاحتياجات المؤقتة والدائمة التى يحتاجها الأطفال ذوى الإضطراب فى النمو أو الذين هم فى خطر الإصابة به وهذه التدخلات التى يجب أن تتعامل مع الطفل كلل يجب أن يتم تخطيطها من خلال فريق من الأخصائيين فى التوجيه المتعدد التخصصات؛ يقوم بتطبيق استراتيجيات وقائية (أولية أو ثانوية) لتقليل نسبة حدوث أو درجة شدة ظروف الإعاقة أو العجزفى مرحلة الطفولة المبكرة، وتنطوي فلسفة المركز على ترجمة مفهوم التدخل المبكر الى عمليه ثنائيه تتضمن الوقايه من الإعاقه من جهه وبذل الجهود العلاجيه والتربويه والنفسيه للحيلولة دون تطور حالة الضعف الى اعاقة و الى تحول حالة الإعاقة الى عجز ، وايضا تتضمن فلسفة المركز على تحديد حاجات الأسرة وطبيعة ظروفها والضغوط التى تتعرض لها، للعمل على تلبيتها .

**ثانياً: منطلقات التصور المقترح:**

١- أن رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة أصبحت واجهة حضارية تعكس البعد الإنساني الذي يؤكد قيمة هذا الإنسان وكرامته وتقدير حقوقه الأساسية وحمايته من تطور وتفاقم الاعاقة.

٢- أن التدخل المبكر يخفف الآثار السلبية للاعاقة، والوقاية من الأخطار أو تفادى ظهورها مقدماً التساوى فى الفرص فى مختلف جوانب الحياة الإجتماعية.

٣- أن التدخل المبكر يزود الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة باساس متين للتعليم التربوي والاجتماعي للمراحل العمرية التالية بما يساعد على نضجه ويجعله قادراً على مواجهة المشكلات والتكيف مع المجتمع.

٤- أن مرحلة الطفولة هي المرحلة العمرية المناسبة لتشكيل بناء الإنسان وتكوينه،وفيها تبدأ الخطوات الصحيحة والمؤثرة لإعداد الطفل وتهيئته لاكتساب مهارات التدريب والارشاد.

٥- أن هناك جدوي اقتصادية للتدخل المبكر أكثر من التدخل المتأخر؛حيث يعمل على زيادة الانتاجية الاقتصادية وخفض التكلفة.

٦- أن معظم مراحل النمو الحرجة تحدث في السنوات الاولي من العمر.

٧- أن التعلم الانساني في السنوات الأولي أسرع وأسهل من التعلم في أية مراحل عمرية أخري.

٨- أن النمو ليس نتاج الوراثة فقط، ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً وفعالاً أيضا مما يزيد أهمية التدخل المبكر.

٩- أن للتدخل المبكر آثراً بالغاً في تكيف الأسرة والتخفيف من الاعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لدي أحد أبنائها.

١٠- أن التدخل المبكر يضمن جدوى اقتصادية لدى أسر المعاقين ؛ حيث يوفرلها أعباء مادية جسيمة كانت تتمثل في الإقامة الدائمة بمؤسسات الرعاية ، ويقول هايدن ان الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل أفضل بكثير من التدخل المبكر.

١١- أن مراكز التدخل المبكر تعتمد نظاما للخدمات الإرشادية والتدريبية، والتأهيلية تستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية، ويوكل إليها دورا رئيسيا في تنفيذ الإجراءات العلاجية المنسقة من خلال الكوادرالمؤهلة للتعامل مع الأطفال الذين يحتاجون خدمات التدخل المبكر، والذي من شأنه أن يعزز من نمو وتطوير الطفل ويدعم الأسر خلال السنوات الأولى الحرجة.

١٢- أن الأطفال ذوي الاعاقات المختلفة الذين تلقون خدمات التدخل المبكر في مراكز متخصصة أظهروا تحسناً واضحاً في نموهم سواء بالنسبة لتحسين مستوى القدرة العقلية وغيرها من القدرات.

**ثالثاً: رؤية التصور المقترح:**

تتبني السلطة التنظيمية في محافظة بورسعيد تأسيس البنية التحتية لنظام التدخل المبكر وفق المعايير والبراهين البحثية التطبيقية، وتقديم المشورة

والتدريب للأسر ، والعاملين من الأطباء والتربويين، والاخصائيين، والاداريين، في مختلف جوانب الرعاية والتنشئة والتربية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من الميلاد حتي السادسة من العمر،بما يضمن الشمولية والتكامل،وجودة المخرجات.

**رابعاً: رسالة التصور المقترح:**

تتبلور رسالة مركز التدخل المبكر في توظيف البحث العلمي بهدف:

- بلورة وتفعيل ما سبق وضعه من خطط وسياسات وقوانين رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، لتحقيق أعلي مستوي من مستويات الرعاية ، والتنشئة الاجتماعية، بما في ذلك جوانب الوقاية من الإعاقة،بما يتفق مع الاسس النظرية ، والمعايير العالمية.
- إعادة تأهيل الكوادر من المتخصصين في مجال أمراض الوراثة،والاطباء والمتخصصين في مجال التربية الخاصة بمستوي متقدم لتمكينهم من تطوير خدمات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،وتأهيلهم في شتي المجالات النمائية.

**خامساً: الأسس التي يقوم عليها التصور المقترح:**

١. تدريب الأطفال على تحمل المسئولية والقيم الإيجابية نحو المجتمع وأفراده.

٢. تنمية النمو الحركي هو القاعدة الاساسيه التي يمكن للطفل بواستطها اكتساب مجموعه من المهارات فعندما يستطيع الطفل ان يتحكم برأسه فان

ذلك يساعده على التركيز البصري بالعين بشكل افضل مما يساعد على تنمية مهاراته الادراكيه .

٣. يقدم للأسرة كل ما تحتاجه للتغلب على مصاعبها وتتحمل مسئوليتها.

٤. تشجيع الأطفال علي العلاقات المتناغمة التى تساعدهم على تقبل الأخر كماهو .

٥. مجانية التدخل يجب ان تكون كاملة إلى الحد الذى يصل إلى تقديم المساعدات التقنية وإلغاء حواجزالإندماج.

٦. تعدد التخصصات؛ حيث يتجاوز الجمع المتوازى لعدد من التخصصات، فأخصائى التدخل المبكر يجب أن يدمج إلى معرفتة الأكاديمية فى إطار تخصصه معرفة عامه فى التخصصات الأخرى .

٧. التنسيق: الذي يقوم على الإتفاق والتوافق بين كل المؤسسات والأشخاص فى المصالح والتوجيهات التى تقدمها للطفل وأسرته.

٨. اللامركزية:وتعنى إقامة نسق منظم حول احتياجات العائلة فى محيطها القريب (تقديم خدمات المنزل) كما تقتضى إدراج التدخل المبكر فى شبكات الرعاية الأولية للصحة والمؤسسات الإجتماعية إلى جانب المدرسة والسكن العائلى.

٩. توزيع المهام حسب القطاعات:يعنى ضرورة حصر ميدان العمل لكل مؤسسة حتى نضمن التنسيق المتوازن بين جميع المؤسسات أى ان تقو م كل مؤسسة بالعمل المناسب فى المكان المناسب .

**سادساً : أهداف التصور المقترح**

يسعي التصور المقترح إلي تحقيق مجموعة من الأهداف أهمها:

١. تنمية قدرات الطفل المكتشف في مجالات متعدده ؛الحركيه، الاجتماعيه، اللغويه، الرعايه الذاتيه، وغيرذلك من الارشادات الطبيه والفحوصات المخبريه اللازمه.

٢. تنمية مهارات الأطفال الادراكيه ومن هنا يفضل ان يتم البدء في اي برنامج تدخل مبكر بالتنميه الحركيه مثل:التحكم بالراس -استخدام اليدين- النوم على البطن-الاسناد باليدين-الجلوس بمساعده-الحبو-الوقوف- المشي- نزول الدرج وصعوده الخ، وبمساعدة القائمه الارتقائيه نتدرج مع الطفل حتى نضمن اكتسابه تدريجيا لجميع المهارات الحركيه المتناسبه مع عمره وامكانياته .

٣. الحد من مضاعفات الإعاقة، وتقلل من درجة اعتمادية الطفل وحاجته لرعاية الآخرين.

٤. تحسين مسار نمو الطفل حسب الإستطاعة، بإدخال الأليات اللازمة للتعويض ،وإلغاء الحواجز والملائمة بين حاجات المختلفة.

٥. تلبية حاجات الأسرة والمحيط الذى يعيش فيه الطفل.

٦. تنمية مهارات الطفل مما يجعله كائناً فاعلاً في مجتمعه يعمل دائماً علي النمو والتطور واعتباره فرداً فاعلاً للتدخل المبكر.

٧. محاولة تضامن منظمات المجتمع لتحقيق أفضل ممارسة للتدخل المبكر.

**سابعاً : مرتكزات التصور المقترح :**

- المدخلات وتشمل:القرارات والإجراءات ، وبيئة الدعمة للتدخل المبكر، والدليل الإرشادي للمعلم التربية الخاصة والبرنامج التفريدي لكل طفل ، والانشطة والوسائل التعليمية ، التي تتعلق بالأنشطة والبرامج الثقافية والاجتماعية والفنية والرياضية والإمكانيات المادية والفنية المقدمة للأطفال.
- العمليات التحويلية: والتي تستهدف تحويل هذه المدخلات بشكلها الطبيعي إلى مخرجات لها شكلها المختلف والمتميز، ومن هذه العمليات المعارف العلمية التي يقوم بها فريق التدخل المبكر متعدد التخصصات (داخل المركز وخارجه ) تنمية مهارات الأطفال الادراكيه، تطوير قدراته العقلية واللغوية والاجتماعية، تقديم خدمات التدخل العلاجي والتربوي والنفسي، الكشف المبكر عن حالات الإعاقه او عن الحالات التي يتوقع لها ان تتطور الى اعاقه، تدريب والدي الطفل المعوق وتوجيههما الى السبل الصحيحة للتعامل مع طفليهما وتقديم الخدمات الإرشادية لهما لمساعدتهما في التغلب على الضغوط الناجمة عن الإعاقة وذلك عن طريق الإرشاد الفردي والجمعي والنشرات التثقيفية والزيارات المنزلية.
- المخرجات : زيادة مستوي استقلالية الطفل، وتحسين قدرته علي العناية بذاته، اقامة مركز معلومات ومكتبه علميه متخصصه في مجال الوقايه من الإعاقه والتدخل المبكر، إعداد وتنفيذ الدورات التدريبية للكوادر المتخصصة في شئون المعاقين وذلك من خلال ورش العمل ودورات منظمه يشارك فيها مهنيون ذوو خبره واسعه، تكامل الخدمات الطبية

والتربوية والنفسية والاجتماعية المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وخلق بيئة أفضل لتسهيل عمليه نموهم ، تقديم الخدمات الإرشادية لأولياء الأمور ومساعدتهم في التغلب على الضغوط الناجمة عن الإعاقة.

**ثامنا:جوانب التصور المقترح:**

**(أ) متطلبات التدخل المبكر:**

- بنية تحتية شاملة تتمثل في التجهيزات والوسائل التعليمية وتجهيز غرف النشاط.
- تأهيل وتدريب فريق التدخل المبكر والإدارة علي خدمات التدخل المبكر داخل المركز وخارجه.
- تطويع المنهج التربوي لدعم جوانب نمو الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تطويع مبني الارشاد الوراثي لخدمات التدخل المبكر.
- توفير التمويل المالي من خلال وزارة الصحة، والتضامن ،التربية والتعليم ،والمؤسسات الخدمية وبعض مؤسسات المجتمع المدني.

(ب) القائمين بالعمل وأدوارهم:

من أجل تكامل الخدمات الطبية والتربوية والنفسية والاجتماعية ، الكشف المبكر عن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وخلق بيئة أفضل لتسهيل عمليه نموهم، وتأهيلهم تقترح الباحثة فريق عمل مختصص ومؤهل للعمل مع الفئات المستهدفة من التدخل المبكر، يعتبر حجر الزاوية في نشاط المركز علي أن

يكون ذو خبرة ، بما يضمن فاعلية البرامج المنفذة فإذا اجتمعت تلك الرعاية الناجحة مع مشاركة الأسرة تقترب البرامج بذلك من تحقيق أهدافها.

**وفيما يلي عرضا للفريق المقترح وأهم أدواره:**

**اخصائي طب الأطفال** : ويمكن تحديد دوره في التعرف على الأطفال الأكثر عرضة للخطر وفي الوقاية من الإعاقة ومتابعة نموهم وصحتهم بشكل دوري .

**أخصائي التربية الخاصة :**الذي يقوم بمساعدة الطفل على بلوغ أقصى درجة ممكنة من الأداء المستقل و النمو و التعلم والتدريب، وذلك باستخدام وسائل وأساليب تعليمية خاصة و بتوظيف منهاج مكيف و معدل يتلاءم مع حاجات الطفل و خصائصه.

**أخصائي اضطرابات الكلام واللغة :** هو الشخص المسئول عن تشخيص حالات اضطرابات التواصل أو مشاكل التواصل ، ويلي تشخيص حالة الطفل ؛تحديد طبيعة حاجاته إلى العلاج النطقي و يسعى إلى تطوير مهارات التواصل لديه و ذلك باستخدام الأساليب العلاجية الخاصة لتنمية المهارات اللغوية التعبيرية و الاستقلالية بالإضافة إلى تمرين العضلات الحلقية المستخدمة في الأكل والنطق.

**أخصائي العلاج الطبيعي :** يعمل على تقييم القدرات الجسدية و مستويات التوتر العضلي و الأنماط الحركية و ردود الفعل التوازنية لدى الطفل ويستخدم أساليب علاجية متنوعة لتحسين الوضع الجسمي والقدرات الحركية الكبيرة، ويسهم في معالجة وتأهيل الأطفال المعوقين جسدياً بوجه خاص والأطفال

المعوقين بوجه عام ويهتم بتقويم التشوهات ومنع التدهور في العضلات وأوضاع الجسم وتنمية المهارات الحركية الكبيرة للطفل.

**أخصائي العلاج الوظيفي:** الذي يسعي إلي تطوير المهارات الحسية – الإدراكية للطفل و تنفيذ البرامج العلاجية اللازمة لتنمية المهارات الحركية الدقيقة والتآزر البصري اليدوي، ويهتم بتطوير المهارات الحركية الدقيقة للأطفال وتدربهم على مجالات العناية بالذات،والحركة واستخدام الأدوات المساندة أوالتصحيحية وتدريبهم علي استخدام الأطراف الصناعية، والأجهزة التعويضية .

**معلمات التربية الخاصة :** وهن من يقمن بتصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المركز أو البيت ، وغالباً ما يقمن بدور منسقات لأعمال الفريق وعليهن تقع مسئولية تطوير البرنامج التدريبي الفردي والملائم وما يتضمنه من تحديد لمستويات الأداء في مجالات النمو المختلفة وتحديد الأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى والأساليب والوسائل المناسبة لتحقيق هذه الأهداف،ويمكن الاستعانة بمعلمات رياض الأطفال في تقديم البرامج لهم أو لمن يشتبه في وجود إعاقة أو تأخر نمائي لديه ومن ثم تحويلهم إلى برامج علاجية مناسبة توقف تدهور الحالة .

**الأخصائي الاجتماعي:** الذي يهتم بمساعدة أسرة الطفل والتغلب على الضغوط الناتجة عن حالة الإعاقة و توفر الدعم والإرشاد والتوجيه حسبما تقتضي الحاجات الفردية، وتقوم بمساعدة الطفل وأسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة ، كذلك فهي تساعد في تقييم وتحليل الظروف

الأسرية والاقتصادية وتحديد الأطفال المعرضين للخطر والمشاركة أيضاً في تقييم فاعلية الخدمات المقدمة .

**الاخصائي النفسي:** الذي يشارك في عملية التقييم والتشخيص الشامل للحالة ؛ للتعرف علي إمكاناتها، وأوجه القصور فيها من الجانب النفسي ،ويقوم بتوظيف مباديء وأساليب القياس والتقويم النفسي في تشخيص الأنماط والقدرات التعليمية للطفل و يساعد الفريق في تنفيذ أساليب تعديل السلوك وتصميم البيئة التعليمية للأطفال، ويتمثل دوره في تقييم النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية الانفعالية من جهة وفي المشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي المناسب للطفل المعاق من جهة أخرى .

**أخصائي القياس السمعي :** ويقوم عمله على تقييم السمع لدى الطفل ليتم تزويدهم بالمعينات السمعية اللازمة والمناسبة وأيضاً وضع برنامج تدريب سمعي مناسب لكل طفل ومتابعة تنفيذه .

**الممرضات:** ويمكن تحديد دورهن بتقديم مساعدة كبيرة للأطفال وأسرهم والمهتمين بالمعاق من حيث العناية بهم والتوعية الصحية العامة لهم والرعاية الطبية الروتينية والطارئة .

**أولياء الأمور :** هم الاكثر دراية بالطفل نظرا لوجودهم معه فترات طويلة، فهم يلاحظون تصرفاته وسلوكياته في المواقف الحياتية المختلفة ، ويمكن الاستفادة منهم كأعضاء فاعلين في فريق العمل مع الطفل لمتابعة نمو الطفل وسلوكه ، وامداد الاخصائيين بالبيانات الدقيقة اللازمة عن الطفل وظروفه، وأيضاً كأعضاء متطوعين لتقديم التوعية اللازمة لأولياء الأمور الآخرين ، وعرض تجربتهم عليهم ومساعدتهم في تخطي الصعوبات .

**مدير المركز:** هو القائد والمسئول الذي يدير ويوجه جميع العاملين في المؤسسة نحو تحقيق أهدافها، وأهداف التدخل المبكر، مستخدما في ذلك كل الجهود المتاحةأو التي يمكن إتاحتها لتحقيق تلك الأهداف .

**(ج) الآليات التي يستند عليها التصور المقترح :**

- الكشف المبكر: يعتمد على تصنيف الأطفال إلى فئتين رئيستين هما : أطفال ذوو إعاقة واضحة ومثبتة ، الأطفال المعرضون لخطر الإعاقة.
- عملية التشخيص : هي مجموعة إجراءات يقوم بها فريق بالمركز متعدد التخصصات من أطباء وتربية خاصة وعلم نفس وإرشاد وأمراض الكلام وعلاج طبيعي وعلاج وظيفي للتأكيد من وجود حالة إعاقة لدى الطفل.
- عملية التقييم: من المهم دراسة جميع المعلومات المتوافرة عن الأطفال والخاصة بنموهم الجسمي والاجتماعي والعقلي واللغوي والعناية بالذات.
- الإلحاق به بمركز التدخل المبكر: – البرنامج التربوي الفردي أو الخطة التعليمية الفردية وثيقة مكتوبة تبين مستوى الأداء الحالي للطفل في جوانب النمو التالية:

أ . النمو الجسمي :بما في ذلك الوضع الصحي العام والوضع السمعي والبصري والنمو الحركي الكبير (الجلوس، والوقوف، المشي، التوازن) والنمو الحركي الدقيق (التآزر البصري – اليدوي، حركة الأصباع).

ب. النمو العقلي:القدرات الإدراكية العامة والقدرة على التعلم والتفكير والتذكر وحل المشكلات والانتباه .

ج. النمو اللغوي: القدرة على استخدام واستيعاب الأصوات والكلمات والإيماءات.

د .النمو الاجتماعي – الانفعالي :أنماط التفاعل مع الأطفال والراشدين والخصائص السلوكية العامة: مثل الانسحاب، العدوان، الخجل، مفهوم الذات.

هـ.النمو الشخصي التكيفي : القدرة على العناية بالذات من حيث تناول الطعام وارتداء الملابس واستخدام الحمام والنظافة الشخصية. كذلك يوضح البرنامج التربوي الفردي الأهداف السنوية (طويلة المدى) والأهداف السلوكية (قصيرة المدى) للطفل والأساليب التي سيتم استخدامها لتحقيق تلك الأهداف ومعايرة النجاح والمدة الزمنية التي يتوقع ان يستغرقها تنفيذ البرنامج.

- خطة العمل في المركز ( تنفيذ الإجراءات التعليمية) بعد إعداد البرنامج التربوي الفردي يعمل الأخصائيون على تقسيم الأطفال إلى مجموعات تعليمية صغيرة نسبيا وذلك حسب عمرهم الزمني وحاجاتهم الخاصة وقدراتهم التعليمية ويتم تدريب وتعليم كل مجموعة في غرفة صف تديرها مربية تحمل شهادة علمية في تخصص التربية الخاصة.

وهناك جدول زمني للنشاطات اليومية في غرفة الصف يحدد مواعيد تدريب الأطفال على المهارات المعرفية، واللغوية، والعناية الذاتية، والحركية، والاجتماعية، ومواعيد الاستراحة وتناول وجبة طعام خفيفة. وبناء على حاجات الطفل الخاصة يكون الأخصائيون قد اعتمدوا خطة محددة

لتقديم الخدمات للطفل خارج غرفة الصف أيضا فهو قد يذهب إلى غرفة العلاج الطبيعي على فترات محددة وكذلك الأمر بالنسبة للعلاج النطقي والعلاج الوظيفي وما إلى ذلك من خدمات.

إكساب الأطفال العديد من المعارف عن (حقوق الإنسان، وحقوق الطفل والمواطنة ، والبيئة ،ونبذ العنف ،والعدالة ،والحرية، والمشاركة ، ورفاهية الإنسانية، التطرف الإرهاب،رموز الوطن ،المناسبات القومية،والوطنية من خلال الندوات والمحاضرات العلمية التي تفيد الأطفال وتزيد إدراكهم بالحقوق والواجبات وتزيد من فرص الحوار والمشاركة وتحمل المسئولية داخل المؤسسات وخارجها.

**تاسعاً: المؤسسات التي يمكن أن يمارس من خلالها التصور المقترح:**

يمكن أن يمارس هذا التصور المقترح مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم في مركز الارشاد الوراثي التابع لمديرية الشئون الصحة في محافظة بورسعيد الكائن في شارع محمد علي المكون من اربع طوابق وفيه مكان لاستقبال الحالات، وحجرة للعلاج والوظيفي وأخري للعلاج الطبيعي، وحجرة مجهزة لذوي الاعاقة السمعية، وبه مساحات أخري لاستكمال باقي خدمات التدخل المبكر، بالتعاون مع مديرية الشئون الصحية والتضامن، والتربية والتعليم وكافة المديريات والاجهزة المعنية في المحافظة.

**معوقات تطبيق التصور المقترح:**

- معوقات خاصة بالتمويل (نقص الأموال التي تساعد على تنفيذ آليات التدخل المبكر توفير الحوافز الكافية لتنفيذ برامج التدخل المبكر في بيئات

تعليمية طبيعية غير معزولة – عدم توافر الدعم المادي لإنشاء مراكز تدخل مبكر متخصصة )

- معوقات خاصة بفريق التدخل المبكر ( كثرة الأعباء الملقاة علي عاتق مكونات الفريق–ضعف الوعي بأهمية التدخل المبكر من قبل المتخصصين – عدم تعاون الإدارة – عدم تعاون أولياء الأمور – عدم التواصل مع مؤسسات المجتمع والاستفادة من خدماتها– تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبنى مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل– عدم توافر أدوات التشخيص والاكتشاف المبكر عن الإعاقة – عدم توافر الكوادر المتخصصة القادرة على تطوير المناهج وتوظيف الأساليب الملائمة للأطفال المعوقين صغار السن)

- معوقات خاصة بالمجتمع :(سعي أولياء الأمور الدائم لمطالبة بحقوق أبنائهم دون بذل التعاون المطلوب– عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معوق لأن ذلك يبعث لديهم الخوف بسبب اتجاهات المجتمع السلبية نحو الإعاقة– عدم مشاركة مؤسسات المجتمع فيما تقدمه الدولة من خطط وسياسات لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة من برامج وأنشطة ومناسبات – تردد بعض المراكز عن التعامل مع الأطفال دون السادسة– غياب السياسات الوطنية حيال التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة من جهة وبسبب التحديات العديدة الأخرى التي ينبغي مواجهتها من جهة أخرى )

**بعض المقترحات لمواجهة معوقات التدخل المبكر:**

- توفير أدوات مناسبة للكشف المبكر عن الأطفال ذوى الحاجات الخاصة وفى هذا الشأن ينبغي تشجيع الباحثين على تقنين أدوات الكشف المعروفة عالميا وتطوير الأدوات المتوفرة محليا.
- إعداد الكوادر المطلوبة من المعلمين والأخصائيين وتدريب معلمات ومعلمي رياض الأطفال للتعرف والتعامل مع حالات الإعاقة.
- توعية أولياء الأمور بمؤشرات النمو غير العادية التي تحدث للأطفال من خلال وسائل التوعية كالتليفزيون والراديو وشبكة المعلومات وغيرها.
- توفير الحوافز الكافية لتنفيذ برامج التدخل المبكر في بيئات تعليمية طبيعية غر معزولة، حيث أن الدمج أكثر قابلية للنجاح في المراحل العمرية المبكرة، حيث التقارب العمري مع الأطفال العاديين، وقابلية المناهج للتعديل.
- تفعيل دور مراكز الأمومة والطفولة والمراكز الصحية التي تقدم الرعاية للأطفال، وتوفير الكوادر التي يمكنها اكتشاف ومتابعة الأطفال المعرضين للخطر.
- تشجيع رياض الأطفال العادية على قبول الأطفال الصغار ذوى الاحتياجات الخاصة –وتشجيع مراكز ومعاهد التربية الخاصة على تقديم خدمات التدخل المبكر.
- التوسع في إنشاء مراكز حكومية للتدخل المبكر من أجل: توفير الكوادر– توفير وسائل التشخيص–توفير خطط الإشراف– تصميم وإنتاج الوسائل

المساعدة للأطفال- إعداد دورات تدريبية للوالدين وذوى الاختصاص من المعلمين وغيرهم).

## توصيات الدراسة:

( ١ ) توصيات خاصة بوزارة التربية والتعليم :

١. ضرورة اهتمام وزارة التعليم العالي بالمتطلبات اللازمة لعملية الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة.
٢. تبني وزارة التربية و التعليم سياسة لتدريب القائمين علي التدخل المبكر والدمج لتزويدهم بالمعارف و المهارات و تكوين الاتجاهات نحوهما.
٣. تطوير برامج التربية الخاصة في ضوء تجارب وممارسات الدول المختلفة.
٤. عقد دورات تدريبية لمعلمات رياض الأطفال على كيفية تربية الأطفال في ضوء المتغيرات المعاصرة.
٥. إعداد دليل إرشادي للتربية الخاصة والتدخل المبكر والدمج في محافظة بورسعيد
٦. إن للمناهج دورا كبيرا في التربية علي المواطنة لذا يجب مراجعة مناهج ذوي الاحتياجات الخاصة؛ بحيث تتضمن استراتيجيات عملية و ممارسات تربوية مناسبة لتلك الفئة .

( ٢ ) توصيات خاصة بوسائل الإعلام

- ضرورة اشتراك كافة وسائل الإعلام في تصحيح الأفكار والمعتقدات والاتجاهات المرتبطة بالاعاقة .

- بث برامج هادفة تدعم قيم العدل والمساواة والتسامح وتقبل الآخر، وحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة
- إقامة حملات تليفزيونية للتوعية بأهمية الكشف والتدخل المبكر للحد من تزايد أعداد ذوي الاحتياجات الخاصة.
- الحرص علي الاحتفال بالمناسبات القومية التي تخص ذوي الاحتياجات الخاصة.
- الحرص تكريم الموهوبين والمتميزين من ذوي الاحتياجات الخاصة.

( ٣ ) توصيات خاصة بمؤسسات المجتمع المدني

- ضرورة مشاركة مؤسسات المجتمع المدني سواء بالمال أو الخبرة أو بالمشاركة في تنفيذ الأنشطة داخل مركز التدخل المبكر وخارجها .
- محاولة استضافة الأطفال ببعض المؤسسات لدعم قيم الانتماء وتقدير دور هذه المؤسسات في خدمة الوطن.
- تخصيص مكان في مبني المحافظة وتأسيسه لتقديم الاحتفالات القومية والدينية والاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة.

## المراجع:

١- الزريقات،ابراهيم عبد الله.(٢٠١٥).التدخل المبكر النماذج والاجراءات.ط٤،عمان:دار المسيرة للنشر والتوزيع.

٢- ابو زيد،فتحي.(٢٠١٣).فاعلية برنامج تدخل مبكر في تنمية الاستعداد للكتابة لدي أطفال صعوبات التعلم في مرحلة رياض الأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة سوريا:دمشق.

٣- الحسين، منيرة عبد الرحمن (٢٠١٥) فاعلية برنامج تدريبي في خفض النشاط الزائد وتشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة بسيطة في الكويت،كلية الدراسات العليا،جامعة الخليج العربي، البحرين.

٤- الفواعير،أحمد محمد.(٢٠١٦).تقويم خدمات التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة في سلطنة عمان من وجهة نظر الأسر، مجلة الطفولة العربية، العدد(٦٥)، الكويت.

٥- القحطاني،خالد مناحي.(٢٠٢٢).معوقات التدخل المبكر من وجهة نظر معلمي الطلبة ذوي صعوبات التعلم،مجلة كلية التربية بالاسماعيلية،العدد(٥٣) مايو.

٦- القحطاني،رافع محمد.(٢٠١٦).تقويم استخدام برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة بالمملكة العربية السعودية،مجلة كلية التربية،جامعة طنطا، المجلد(٦٤) العدد (٤)

٧- باعثمان،شروق طلال.(٢٠١٦).مستوي رضا أولياء الأمور عن خدمات التدخل المبكر المقدمة لأطفالهم من ذوي الإعاقة الفكرية وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة وصفية،مجلة التربية الخاصة،كلية علوم الإعاقة، جامعة الزقازيق، المجلد الرابع،العدد(١٥)،ابريل.

٨- بحراوي، عاطف عبد الله (٢٠١٢).مقدمة في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة.

٩- الخطيب،جمال،الحديدي،مني.(٢٠١٣).التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، ط٥، دار الفكر للنشر والتوزيع:عمان.

١٠- الشهري، خلود عبد الله.(٢٠١٨).معوقات الحصول علي خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي لاإعاقة من وجهة نظر أولياء أمورهم،مجلة التربية الخاصة والتأهيل،مجلد (٦)،العدد (٢٥)،الرياض.

١١- العدل،عادل محمد.(٢٠١٢).صعوبات التعلم وأثر التدخل المبكر والدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة،دار الكتاب الحديث:القاهرة.

١٢- القريطي،عبد المطلب.(٢٠١٠).التعرف والتدخل المبكر في مجال الاعاقة، مجلة الطفولة والتنمية،مج٥،ع ١٧، المجلس العربي للطفولة والتنمية.

١٣- القريطي،عبد المطلب.(٢٠١١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم،ط٥،الانجلوالمصرية : القاهرة.

١٤- القدسي،دانية.(٢٠١٣). واقع مشاركة الوالدية في برامج التدخل المبكرللأطفال المعوقين، من وجهة نظر العاملين في مراكز التدخل المبكر،مجلة جامعة دمشق، المجلد(٢٩)، العدد(٢) :سوريا.

١٥- القمش،مصطفي،الجوالدة،فؤاد.(٢٠١٤).التدخل المبكر الأطفال المعرضون للخطر،عمان،الاردن:دار الثقافة للنشر والتوزيع.

١٦- حسن،اسامة عبد المنعم.(٢٠٢١).فعالية برنامج تدريبي قائم علي التدخل المبكر في تنمية التواصل اللفظي لذي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد،مجلة التربية الخاصة ،كلية علوم الإعاقة والتأهيل،جامعة الزقازيق، العدد(٣٤)

١٧- سلطان، طارق.(٢٠١٦). التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر،القاهرة:دار العلم والايمان للنشر.

١٨- سليمان،عبدالرحمن سيد،نافع،جمال محمد حسن، والسالمي، ماجد محمد أحمد. (٢٠١٧). برنامج تدخل مبكر مقترح لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في إطار الدمج.مجلة الجمعية التربوية للدراسات الاجتماعية، ع٩١ ،١٨٧ – ٢٢٨.

١٩- عبد الفتاح ، سماح مرزوق.(٢٠١٨).برامج الإطفال المحوسبة،ط٣، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الاردن.

٢٠- عطيوه،عبد الكريم،محمد الحسيني، محمد المهدي.(٢٠١٩).تصورات أولياء الأمور الاطفال ذوي الاعاقة نحو التدخل المبكر المتمركز حول الفريق متعدد التخصصات في التأهيل التعليمي والسلوكي لأبنائهم في منطقة القصيم،مجلة العلوم التربوية والدراسات الانسانية، العدد(٥) ابريل.

٢١- صليحة،لالوش.(٢٠٢١).التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،مجلة سوسيولوجيا، المجلد(٥)،العدد(٢) ص ص ١٣٤-١٤٩.

٢٢- وشاحي،سماح.(٢٠٠٣).التدخل المبكر وعلاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون،رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة القاهرة:القاهرة.

٢٣- يحيي،خولة.(٢٠٠٣).إرشاد أسر ذوي الحاجات الخاصة.ط١،الاردن:دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

٢٤- القانون رقم١٠ لسنة ٢٠١٨، قانون حقوق الاشـــخاص ذوي الاعاقـــة، الجريدة الرسمية، العدد (٧) مكرر(ج):جمهورية مصر العربية.

٢٥- القانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ للتأهيل الاجتماعي، جريدة الوقائع المـــصرية، العدد ١٧٨.

26-Allen, G. (2011). Early intervention: The next steps, an independent report to Her Majesty's government by Graham Allen MP. TSO Shop.

27-Ashley H. Hirai, Michael D. Kogan, Veni Kandasamy, et al.(2018). Prevalence and Variation of Developmental Screening and Surveillance in Early Childhood, JAMA Pediatr ,172(9):857-866.

28-Beth M. McManus, Zachary Richardson,et al.(2020). Child characteristics and early intervention referral and receipt of services: a retrospective cohort study, *BMC Pediatrics* volume 20, Article number: 84 .

29-Dawn M. Magnusson, Cynthia S. Minkovitz, Karen A. Kuhlthau,et al.(2017). Beliefs Regarding Development and Early Intervention Among Low-Income African American and Hispanic Mothers , Pediatrics (2017) 140 (5): e20172059

30-Heward ,W.(2006).Exceptional Children :An introduction to special education, Upper Sandler River: Memill and prentice Hall.

31-Odom, S. & Mclean, Mary, E. Early Intervention - Early Childhood Special Education : Recommended Perceptual and Motor Skills, 1977, 44, PP. 540 -542.

32-Liza Lee , Han-Ju Ho, Vasistha Bhargavi,.(2022). An Examination of the Effects of Figure Notes on Sensory Processing and Learning Behaviors on the young children, Pegem Journal of Education and Instruction, Vol. 12, No. 1, ISSN 2146-0655 (pp. 56-73)

33-Shire, Y., Chang, Y., Shih, W., Bracaglia, S., Kodjoe, M., Kasari, C. (2017). Hybrid Implementation Model of CommunityPartnered Early Intervention for Toddlers with Autism A Randomized Trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry. (2 ), 12-27

34-Colombi, C., Narzisi, A., Ruta, L., Cigala, V., Gagliano, A., Pioggia, G., Siracusano, R., Rogers, S., & Muratori, F. (2018 ). Implementation of the Early Start Denver Model in an Italian Community Autism: The International Journal of Research and Practice, 22 (2) ,126-133.

35-Paynter, M., Riley, P., Beamish, W., Scott, J., & Heussler, S.(2015). Brief Report: An Evaluation of an Australian Autism-Specific, Early Intervention Program. meInternational Journal of Special Education, 30 (2 ), 13-19.

http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot- a.pdf 7/12/2021 8.30

https://www.capmas.gov.eg/Pages/Publications.aspx?page_id=510425/3/2022

http://www.2shared.com/file/fA6j0x58/1433.html17/1/2022 3.30

http://www.cc.gov.eg/Images/L/383499.pd10/2/2022 10:50

https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org.eca/files/Booklet%204%20-%20Arabic_0.pdf23/6/2020 9.25

https://ar.wikipedia.org/wiki/20/8/2019 12.56

https://specialneedsplanning.net/resources/vocational-rehabilitation/ 20/4/2019 5.45