واقع خدمات وبرامج التدخل المبكر في المملكة الأردنية الهاشمية للفئات العمريّة من عمر سنتين إلى سن الخامسة

٢٠١٦

واقع خدمات وبرامج التدخل المبكر في المملكة الأردنية الهاشمية للفئات العمريّة من عمر سنتين إلى خمس سنوات

دراسة أعدها المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين

من خلال مركز بانا للاستشارات والأبحاث والتدريب

٢٠١٦

المملكة الأردنية الهاشمية

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية

(٢٠١٦/٢٦١١)

يتحمل المؤلف المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبّر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية.

حضرة صاحب الجلالة الهاشمية

الملك عبدالله الثاني ابن الحسين المعظّم

صاحب السمو الملكي

الأمير الحسين بن عبدالله الثاني

ولي العهد المعظّم

المحتويات

الملخص 11
دليل الكلمات المفتاحية 13
الفصل الأول 15
المقدّمة 15
الفصل الثاني 17
الإطار النظري 17
مفهوم التدخل المبكر ومبرراته 17
نماذج التدخل المبكر 22
أبعاد وعناصر التدخل المبكر 31
عناصر برامج التدخل المبكر 34
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات 37
مجتمع الدراسة 37
أداة الدراسة 38
صدق أداة الدراسة: 42
ثبات أداة الدراسة: 42
إجراءات الدراسة 43
محددات الدراسة 44
الفصل الرابع: نتائج الدراسة 46
اولاً: خصائص مراكز التدخل المبكر والعاملين فيها 46
ثانيًا: نتائج تقييم مراكز التدخل المبكر في الأردن 61
الفصل الخامس: النتائج والتوصيات 95
النتائج: 95
التوصيات: 99
المراجع: 101

واقع خدمات وبرامج التدخل المبكر في المملكة الاردنية الهاشمية

للفئات العمريّة من عمر سنتين إلى خمس سنوات

الملخص

تعد برامج التدخل المبكر من الخدمات الأساسية التي تُعنى في رعاية وتمكين الأطفال ضمن الفئة العمرية (٢-٥) سنوات، ويعد الأردن من الدول التي تولي اهتمام كبيراً لفئة الأطفال ذوي الإعاقة، من خلال مجموعة من المؤسسات والمراكز والجمعيات الحكومية والخاصة، لذا فان التعرف على واقع المراكز والمؤسسات التي تقدم خدمات التدخل المبكر من المداخل الهادفة الى النهوض بواقع هذه المراكز والمؤسسات، لذا فان الدراسة الحالية ركزت على التعرف على واقع خدمات وبرامج التدخل المبكر في المملكة للفئات العمريّة من عمر سنتين إلى خمس سنوات.

لبلوغ اهداف الدراسة تم اجراء حصر شامل لجميع المراكز التي تقدم خدمات وبرامج للأشخاص ذوي الإعاقة ضمن مختلف محافظات المملكة الأردنية الهاشمية والبالغ عددها (٢٨٩) مركزاً استجاب منها (٢٦٠) أي بنسبة استرجاع (٩٠٪). وقد جرى تطبيق أداة الدراسة على قسمين الأول يغطي تفاصيل تتعلق بطبيعية الخدمات التي تقدمها المراكز إلى جانب وصف للعاملين فيها ومؤهلاتهم العلمية وخصائص مبانيها وتجهيزاتها، أما القسم الثاني فقد اشتمل على مؤشرات لتسعة أبعاد خاصة بتقييم مراكز التدخل المبكر، وبعد أن جُمعت بيانات الدراسة وجرى تحليلها تم التوصل إلى مجموعة من النتائج عُرضت ضمن محورين وفق الآتي:

أولًا: خصائص مراكز التدخل المبكر والعاملين فيها

أظهرت النتائج بأن معظم المراكز التي تقدم خدمات وبرامج التدخل المبكر موجودة في العاصمة عمان، وأن جميع المراكز الموجودة في محافظتي المفرق وعجلون تخلو من خدمات تدخل مبكر، وأن وزارة التنمية الاجتماعية تتولى الإشراف على معظم المراكز التي تقدم خدمات التدخل المبكر، ومعظمها يعود إلى كل من القطاع الخاص وقطاع العمل التطوعي. وأن فئة الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية هم أكثر الفئات التي تقدم لهم خدمات التدخل المبكر بينما فئة الإعاقة البصرية هم أقل الحاصلين على خدمات تدخل مبكر. وأن أكثر البرامج المستخدمة مع الأطفال ضمن المراكز التي تقدم خدمات التدخل المبكر هو برنامج البورتيج، وبعضها يستخدم برنامجي لوفاس والتيتيش إلى جانب بعض البرامج الخاصة بالمؤسسات أو نوع الإعاقة المستفيدة. أما العاملين في برامج التدخل المبكر فإن الخدمات التي يقدمونها غالبًا ما تكون على صورة خدمات تعليمية، تليها خدمات مساندة في مجالات النطق واللغة والعلاج الوظيفي والطبيعي، أما مجالات الإرشاد الأسري والعلاج باللعب فهي تقدم بنسب قليلة. وأن معظم العاملين في هذه المؤسسات حاصلون على مؤهلات جامعية (بكالوريوس فأعلى). كما أن نسبة جيدة من المراكز تطبق معايير الجودة الشاملة، إلا أن نسبة قليلة منها حاصلة على اعتمادات دولية.

ثانيًا: نتائج تقييم خدمات و برامج التدخل المبكر في الأردن

يتوافر في المراكز التي جرى مسحها العديد من جوانب القوة من حيث متابعتهم لمفهوم التدخل المبكر وتقديم الخدمات بناءً على النماذج المعمول بها دوليًا، حيث تحققت مجموعة من المؤشرات بمستويات مرتفعة ضمن المجالات

الإدارية والفنية والتجهيزات والمباني وطبيعة عمل الفرق متعددة التخصصات، إلا أن هناك مؤشرات تحققت بمستوى مقبول ولعل أبرزها (الهيكل الخاص لبرنامج التدخل المبكر، ونماذج الحصول على خدمات التدخل المبكر للأسر) وتقع ضمن بُعد وجود خطة تنظيمية وسياسات مكتوبة لبرنامج التدخل المبكر.

اما بُعد تنظيم خدمات التدخل المبكر فقد تحققت مؤشرات وجود أخصائي النطق واللغة ووجود طبيب أو ممرض ووجود أخصائي علاج طبيعي بمستوى جيد، بينما تحققت مؤشرات وجود تقييم في المؤسسة ووجود أخصائي علاج وظيفي بمستوى مقبول، أما وجود أخصائي خدمة اجتماعية فقد تحقق بمستوى ضعيف، فيما كان توفر (أخصائي تغذية وأخصائي طفولة مبكرة) فقد تحققت بمستوى ضعيف جدًا.

كما تحقق تقديم الأنشطة المتفق عليها من قبل فريق متعدد التخصصات بمستوى جيد جدا، بينما تبين أن الأخصائيين العاملين في المؤسسات لديهم مستوى جيد من التدريب المناسب في مجال التدخل المبكر، كذلك تبيَّن أن الأخصائيين العاملين في المؤسسات ليس لديهم قدرة عالية على تحديد الموارد المجتمعية والمؤسسية التي تدعم نمو الطفل.

أما مجال المباني والمعدات والأجهزة لخدمة التدخل المبكر فقد تبين أن كل من تهيئة المكان لتنقل الأطفال ذوي الإعاقات، ووجود حواسيب وأجهزة تكنولوجية تخدم فئة الأشخاص ذوي الإعاقة، وتحقيق المراكز لجميع متطلبات الترخيص والتي تحققت بمستوى جيد. أما عن توثيق الخدمات التي قُدمت والأعمال التي أُنجزت مع الأسر فقد تحقق مؤشري توثيق الاجتماعات مع الأهالي، ووجود اتفاق مكتوب بين مقدم الخدمة والأهل بمستوى جيد.

أما بُعد السجل الإداري الخاص بكل طفل في برنامج التدخل المبكر فإن هناك عدد من المؤشرات التي تحققت بمستوى جيد وهي: التوثيق لجميع الاتصالات المتعلقة بالطفل والأسرة، أو موافقة الوالدين على الخدمات المقدمة بمختلف أشكالها، أو احتواء السجل لجميع الشكاوى التي جرى تقديمها خلال فترة تطبيق البرنامج. وفيما يخص بُعد حفظ السجلات وآلية استرجاعها فقد تحققت بمستوى جيد فأقل. كما أن السياسات والإجراءات التي تحكم استخدام وتنفيذ البحوث فقد كان مستوى تحققها جيد. كما وبيَّنت النتائج الخاصة بتقييم الطفل والأسرة على أساس منهج متعدد التخصصات أن هناك العديد من المؤشرات التي لم تتحقق بمستوى مرتفع.

وقد خرجت الدراسة بمجموعة من التوصيات الخاصة بتوجيه الاهتمام نحو المراكز المقدِّمة لبرامج خدمات التدخل المبكر، من خلال التطوير الإداري والفني للكوادر العاملة فيها، إلى جانب الاهتمام بالتوثيق والأرشفة والعمل على توافرها ضمن قواعد البيانات الإلكترونية، والتأسيس لإطلاق أنظمة متابعة بين مختلف المؤسسات التي تتشارك في خدماتها. إلى جانب إجراء تقييمات دورية لواقع المراكز في إطار المعايير التي جرى اشتقاقها لأغراض تقييم الواقع.

دليل الكلمات المفتاحية

- الأخصائي الاجتماعي: هو شخص مدرب مهنيًا للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم وتوفير الخدمات الاجتماعية المناسبة لهم.
- الاخصائيين: هم الأشخاص الذين يقدمون خدمات متخصصة للأطفال ذوي الإعاقة مثل: أخصائي النطق واللغة، والأخصائي الاجتماعي، والأخصائي النفسي، والأخصائي الفيزيائي، وأخصائي الطفولة المبكرة، والطبيب، والممرض، ومعلم التربية الخاصة.
- الأشخاص ذوي الإعاقة: هم الأشخاص المصابون بقصور كلي أو جزئي في قدراتهم الجسمية أو الحسية أو العقلية أو التواصلية إلى الحد الذي يقلل من أمكانية حصوله على متطلباته حياته اليومية.
- برنامج التدخل الفردي: هو عبارة عن مخطط يوضع قبل البدء بعملية التدخل للطفل ذو الإعاقة والذي يتراوح عمره ما بين (٢ – ٥) سنوات، بحيث يتضمن مجموعة من الخبرات التعليمية والتاهيلية التي يجب أن يكتسبها الطفل وفقًا لحاجاته ومتطلباته الخاصة.
- خطة الخدمات الأسرية الفردية: وتشير الى الخدمات والمعلومات الضرورية التي تسهل نمو الطفل، وتحسين مقدرة الأسرة على تسهيل نموه، ومن خلال خطة الأسرة الفردية يعمل مقدم الخدمة مع الأسرة على التخطيط، وتطبيق، وتقييم الخدمات من حيث تفردها، وأولوياتها، ومصادرها.
- التدخل المبكر: هي مجموعة من الخدمات المتخصصة التي تُقدم على أيدي خبراء متخصصين للأطفال ذوي الإعاقة من العمر (٢ – ٥) سنوات، وتشمل كل من الخدمات التشخيصية، والنفسية، والاجتماعية، والتأهيلية مثل علاج النطق واللغة، والعلاج الوظيفي، والعلاج الفيزيائي، والخدمات الطبية.
- الفريق متعدد التخصصات: وهم مجموعة من المختصين يعملون معا بهدف تقييم مظاهر الخلل، وتصميم برامج تدخل مع الأطفال واسرهم بالاعتماد على خلفياتهم العلمية المتنوعة.
- معلم التربية الخاصة: هو شخص يحمل مؤهلًا علميًا في مجال التربية الخاصة، يشارك في تعليم الطلبة ذوي الإعاقة.
- المعيار: هو عبارة عن جملة تعبّر عن مستوى معين يتم اعتماده للرجوع إليه في الحكم على جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات التي تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة والتي شملتها الدراسة.
- مؤشرات الأبعاد: هي عبارة عن الدلائل التي يُستدل بواسطتها على مدى تحقق الأبعاد التي تضمنتها أداة الدراسة.
- الجودة الشاملة: وهي مجموعة من السياسات والإجراءات المكتوبة والتي تنص على آليات ومرجعيات تنفيذ المهام الإدارية وتنفيذ مواصفات الخدمة المقدم للمستفيدين في برامج التدخل المبكر.

الفصل الأول

المقدّمة

تنطلق برامج التدخل المبكر من مجموعة من الأسس والأطر المستندة إلى البحوث العلميّة والتي تؤكد الدّور الحاسم للعوامل البيئيّة في السّنوات المبكرة من عمر الطفل، في تحديد مسار النمو وتغيره، لذا حظي التّدخّل المبكّر في السّنوات الأخيرة باهتمام واضح من قبل مؤسسات ومراكز التربية الخاصة، والجهات الإدارية والتشريعية المشرفة عليها، ويتجلّى ذلك الاهتمام بتوجيه البرامج الخاصة بإعداد وتأهيل الكوادر العاملة مع فئات الأشخاص ذوي الإعاقة، وتطوير أدوات القياس والتّقويم المناسبة للكشف عن المظاهر النمائية والوظيفية للمراحل العمريّة المبكّرة، أو من خلال بناء وتطبيق مجموعة من البرامج المتخصصة والموجهة لفئات محددة من فئات الأشخاص ذوي الإعاقة.

إلى جانب التوجه نحو الدمج والمشاركة الأسرية والمجتمعية في تنفيذ برامج التّدخّل المبكّر، إضافة إلى تفعيل التشريعات الدولية ذات الصلة بالأشخاص ذوي الإعاقة. حيث عكست جميع هذه العوامل الأهمية التي يحتلها موضوع التدخل المبكر في مختلف المجالات، ولما لفاعلية تطبيقه من آثار إيجابية بعيدة المدى على المجالات التربوية والشخصية والاجتماعية والمهنية والأسرية والمجتمعية للأشخاص ذوي الإعاقة.

ويُعنى التّدخّل المبكّر بالأطفال الذين يحتاجون الى رعاية مبكرة (دون سن الخامسة) من أعمارهم والّذين يعانون من إعاقة أو تأخّر نمائي، أو الّذين لديهم قابلية للتأخّر أو الإعاقة، من خلال مجموعة متنوعة ومتكاملة من الخدمات الطبّيّة، والاجتماعية والتربويّة والنفسيّة، والتعليميّة. حيث تراعي الخدمات مجموعة من الأسس والمنطلقات النظرية والفلسفية منها أن تتمركز بخدماتها حول الأسرة، والتركيز على جميع أفرادها حيث تغطي الخدمات جميع مناحي حياة الطفل ومظاهر تطوره، وتنسيق البرامج والخدمات وفقًا لأسس ومبادئ عمل الفريق متعدد التخصّصات، بحيث تتيح المجال أمام الطفل للتطور والنمو في بيئته الأسرية والاجتماعية الطبيعية، بالإضافة إلى أهمية الإفادة -عند تصميم وتطبيق خدمات التدخل المبكر-من نتائج البحوث والدراسات التراكمية. إلى جانب الاهتمام بالأبعاد الإدارية والتنظيمية لخدمات التدخل المبكر والمبنية على الثقة والتشاركية بين مختلف المؤسسات ذات العلاقة في مجال التدخل المبكر (Shonkoff & Meisels, 2000) .

يحتاج تطوير خدمات وبرامج التدخل المبكر إلى عملية تقييم بهدف الوقوف على واقعها والحكم على مدى تحقيقها لأهدافها، وتحديد التوجهات المستقبلية لتطويرها، وضمان جودتها، وتكاملها، وتوجيه القرارات والتشريعات نحو تحسينها وتطويرها المستمرين، ولتحقق ذلك لا بد من الاعتماد على أُسس وأُطر مرجعية يُستند إليها في عملية التقييم، من خلال إيجاد معايير ومؤشّرات لقياس فاعليّة الخدمات المقدّمة؛ للحكم على درجة توافرها ومطابقتها لمخرجات الخدمات والبرامج الّتي تقدّمها تلك المؤسّسات للأهداف والمعايير الموضوعة لها من جهة، والمعايير العالمية من جهة أخرى، بهدف الارتقاء بمستوى الممارسات المهنيّة، وبما يضمن تحقيق أقصى استفادة من الموارد والمصادر المتاحة، وصولًا إلى مخرجات عالية الجودة من خلال الالتزام بمعايير وإجراءات تؤدّي إلى مخرجات وخدمات تحقّق متطلّبات الأداء، وتعزز ثقة المعنيين بالمؤسّسة ومخرجاتها.

ويهدف تقييم البرامج في ميدان التّدخل المبكّر إلى الارتقاء بمستوى الخدمات المقدّمة، بحيث يأخذ شكلين رئيسين هما: تقييم النّتائج (الفاعليّة)، وتقييم العمليّات والنّشاطات. أما عن تقييم النّتائج فهو يهدف إلى تحديد التأثيرات الّتي تنجم عن تلقّي خدمات التّدخّل المبكّر. وفي هذا النّوع من التّقييم البرامجي تُجمع البيانات للتّعرف على التّغيرات الّتي طرأت على أداء الأطفال وأسرهم بعد المشاركة في البرنامج، وغالبًا ما يستخدم حجم أثر التّدخّل بوصفه أسلوبًا لقياس النّواتج في الدّراسات الكميّة فتُجرى دراسات مقارنة بين أداء الأطفال الّذين شاركوا في البرنامج والأطفال الّذين لم يشاركوا فيه. أمّا تقييم العمليّات والنّشاطات فيتضمّن تحليل أهداف البرنامج وغاياته، وتحديد مدى ملاءمة نشاطات البرنامج لتحقيق تلك الأهداف ومعرفة مدى تحقيق أنشطة البرنامج للأهداف المعلنة. فالهدف المتوخّى تحقيقه من هذا التّقييم هو تطوير مستوى الخدمات الّتي يقدّمها البرنامج (Gilliam, Leiter, 2003).

وهناك دول مختلفة تتبنى التدخل المبكر ضمن سياساتها التعليمية الرسمية ومن بينها الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تؤكد التقارير الصادرة عن قسم التعليم في الولايات المتحدة الامريكية (U. S. Department of Education, 2004) أن التدخل المبكر له فاعلية، حيث بين التقرير أبرز العوامل المشتركة التي اشتملت عليها الدراسات لبيان مصادر فاعلية برامج التدخل المبكر والتي يمكن إجمالها بالآتي:

١. تعزيز فاعلية برامج التدخل المبكر إذا طُبِّقت على أعمار مبكرة، فكلما كان عمر الطفل أصغر كان التدخل أكثر فاعلية وإسهامًا في الحد من تطورات مشكلات لاحقة.

٢. إشراك الأسر في الخدمات المقدمة، يعمل على التقليل من الضغوط التي تواجهها وتسهيل التكيّف لديهم، ويؤدي أيضًا إلى زيادة قدرة الأسرة على تنفيذ البرنامج ومتابعتها مع الطفل في المنزل، وهذان الأمران مهمان لنجاح برامج التدخل المبكر.

٣. اتباع بنية تنظيمية عند تنفيذ خدمات التدخل المبكر، حيث إن البرامج التي تتصف بالنجاح يحكمها عملية تنفيذ منظمة: مثل تحديد الأهداف بشكل فردي وسلوكي، وتقويم الأهداف بشكل دوري، تحديد الأنشطة التعليمية التي تستخدم لتحقيق الأهداف المختلفة، استخدام إجراءات تحليل المهام، واستخدام نتائج تقييم أداء الطفل في التعديل المستمر لعملية التعلم.

٤. العمل المكثف مع الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة، إلى جانب تفريد التعليم (Individualized Instruction) لتلبية احتياجاتهم بما يضمن تحقيق الخصوصية لهم، سواءٌ أكان ذلك من خلال جلسات فردية أم جماعية على أن تستخدم الأساليب التي تتناسب مع كل منها.

وفي السياق نفسه فإن خدمات التدخل المبكر تكون فعالة وفق ما أشار إليه معهد مردوخ لأبحاث الطفولة (Murdoch Children's Research Institute) في أستراليا من المبادئ الواجب توافرها لتقديم خدمات فاعلة والمتمثلة بالآتي: -

٥. تقديم الخدمات يكون قائم على بناء العلاقة.

٦. تقديم الخدمات بشكل مهني وليس من منطق تقييمي.

٧. تقديم الخدمات بناء على شراكة بين مقدم الخدمات والعملاء / المنتفعين.

٨. تقديم الخدمة مع المنتفع لتحديد الأهداف ووضع أساليب العمل لبلوغ الأهداف.

٩. تُقدَّم للمنتفع الخيارات حول أين ومتى يصل إلى الخدمات المقدمة.

١٠. تُقدَّم الخدمات مع مراعاة الثقافة السائدة والمحيطة (Early Childhood Intervention Australia 2013).

الفصل الثاني

الإطار النظري

مفهوم التدخل المبكر ومبرراته

يعد مفهوم التدخل المبكر من المفاهيم التي نالت الاهتمام الرسمي على المستوى الدولي من خلال الأمم المتحدة عبر منظماتها المختلفة، ومثّل أحد المجالات التي تسعى الدول إلى تطوير سياسات وإجراءات خاصة بها، إلى جانب الاهتمام الواسع من قبل العلماء والباحثين في مجالات العلوم التربوية والقانون والعلوم الاجتماعية والطبية والاقتصادية، لينظر كل منهم إلى المفهوم من زاويته الخاصة، حيث يشير التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة إلى الخبرات والفرص المتاحة للرضّع والأطفال ذوي الإعاقة من قبل آبائهم وغيرهم من مقدمي الرعاية الأولية (بما في ذلك مقدمي الخدمات)، والتي من المفترض أن تسهم في اكتساب الكفايات السلوكية واستخدامها، لتشكيل والتأثير على التفاعل الاجتماعي الإيجابي مع الآخرين والأشياء.

كما يُعرف التدخل بأنه عبارة عن مجموعة شاملة من الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية والنفسية تقدّم للأطفال لغاية سن الخامسة والذين يعانون من إعاقة، أو تأخر نمائي، أو الذين لديهم قابلية للتأخر النمائي (Shonkoff & Meisels, 2000; Hardman & Egan , 1996).

كذلك فإن الكلّية الملكية الأسترالية لطبّ وصحة الأطفال تُعرف التّدخّل المبكّر بأنه "التوفير المناسب والأمثل للرعاية والبيئة التعليمية، والأنشطة الوقائية، التي تحقق القدر الأمثل للمخرجات النمائية، من خلال نظام متناسق من الخدمات، يحفز نمو الطفل وتطوره، ويدعم الأسر خلال المراحل النمائية الحرجة. The Royal Australasian College of Physicians Paediatric & Child Health Division, 2013

هناك اتفاق بين الباحثين على أن الأطفال الواجب تلقيهم لبرامج التدخل المبكر يقعون ضمن ثلاث فئات من الأطفال هي: فئة الأطفال الذين يوجد لديهم بالفعل اضطراب أو عجز محدد، وفئة الأطفال الذين يقعون ضمن ظروف خطر بيولوجي، وفئة الأطفال الذين يعيشون ضمن ظروف خطورة بيئية (Foster & Foster , 1993)

ويضيف بعض الدارسين فئة أخرى هي فئة الأطفال المتأخرين نمائيًا (Benn, 1993).

ويلاحظ أن جميع الأطفال ممن هم في ظروف الخطورة، سواءٌ أكانت ظروف الخطر محددة ومعروفة حاليًا أم يُتوقَّع حدوثها في المستقبل، يحتاجون إلى برامج تدخل شاملة تتناول مختلف الجوانب النمائية، وفيما يأتي وصفٌ لمختلف فئات الأطفال التي تحتاج إلى برامج التدخل المبكر.

أولًا: الأطفال ذوو اضطراب أو عجز قائم Established Risk Condition:

وتشمل هذه الفئة الأطفال الذين جرى تشخيصهم بوجود اضطرابات طبية محددة، معروف في الغالب أسبابها وأعراضها. وتضم هذه الظروف بعض الاضطرابات الصبغية، مثل متلازمة داون، وحالة الفينيل كيتونيوريا (PKU) وهي أحد أنواع اضطرابات الأيض، والإعاقات والتشوهات الخلقية، والاضطرابات العصبية (مثل الشلل الدماغي)، حيث ليس بالضرورة أن يظهر لديهم اضطراب نمائي حاليا، ولكن احتمال حدوث ذلك لا يقل عن نسبة تتراوح ما بين (٦٥٪-٩٠٪) في المستقبل، ويستخدم المحك الطبي في تشخيص الأطفال ضمن هذه الفئة Benn,1993.

ثانيًا: الأطفال في ظروف الخطورة البيولوجية Biological Risk:

تشمل هذه الفئة الأطفال الذين لديهم تاريخ مرضي قبل الميلاد أو أثناء الولادة أو بعدها يعود إلى وجود عوامل خطورة بيولوجية على نمو الجهاز العصبي المركزي. فالأطفال في هذه الفئة قد لا يكون لديهم إعاقة أو عجز حالي، إلا أن وجود عوامل الخطورة مرتبطة بظروف بيولوجية يزيد من احتمال ظهور تأخر نمائي أو مشكلات في التعلم مستقبلًا إذا لم يحصل التدخل العلاجي المناسب لهم، وتوجد قائمة محددة لهذه الظروف الخطرة التي وُضعت في ضوء نتائج الدراسات والبحوث. ويُعتَمَد عليها في تحديد الأطفال ضمن هذه الفئة، بالاعتماد على وجود عامل أو اكثر من عوامل الخطورة البيولوجية مثل إدمان الأم الحامل للمخدرات، والولادة المبكرة ووزن قليل للطفل الوليد) بناءً على قرار فريق التدخل متعدد التخصصات (Shackelford, 2006).

ونظرًا للتقدم الذي حدث في العلوم الطبية فقد اختلفت معايير الولادة المبكرة وقلة الوزن مما يجعل الطفل الوليد في خطر بيولوجي، فالولادة أصبحت في عمر ٢٥- ٢٦ أسبوع، والوزن أصبح ١,٥ كغم أو أقل (Hanson & Lynch, 1995) مع ملاحظة أن الكثير من الأطفال الذين يولدون في ظروف خطر بيولوجي أو طبي يحدث لهم شفاء من هذه الظروف بدون تدخل علاجي رسمي.

ثالثًا: الأطفال في ظروف الخطورة البيئية Environmental Risk:

تشمل هذه الفئة الأطفال الذين لا يعانون من اضطرابات بيولوجية أو وراثية، أو ظروف الحمل أو الولادة غير الطبيعية، ولكن نوعية خبراتهم المبكرة والظروف البيئية التي ينشؤون فيها تمثل تهديدًا محتملاً للنمو السوي لديهم، ولكنها قد تنبئ بظهور مشكلات سلوكية ومعرفية وانفعالية لديهم في المستقبل، وتتمثل ظروف الخطورة ضمن هذه الفئة في نوعية الرعاية الوالدية، وظروف الاستثارة البيئة المتاحة، من حيث سوء التغذية، والنقص في الرعاية الطبية، والبيئة الأسرية الفقيرة اقتصاديًا وثقافيًا. والمحك المستخدم يعتمد على تقييم فريق متعدد التخصصات (Shackelford, 2006).

رابعًا: الأطفال المتأخرون نمائيًا:

ينظر البعض إلى هذه الفئة في إطار من التداخل ضمن الفئة الأولى، إلا أن هناك من يضعها ضمن فئة مستقلة اعتمادًا على نوعية ودرجة التأخر النمائي الذي يحدث بالفعل لدى الأطفال في أول سنتين من عمرهم في مجالين أو أكثر من مجالات النمو، بناءً على نتائج الاختبارات النفسية والمعرفية والمحاكات الإكلينيكية. يُعد حصول الطفل على درجات معيارية تتراوح بين واحد إلى اثنين انحراف معياري دون المتوسط على قياس مقنن للنمو دليلاً على وجود تأخر نمائي، أما المحك الإكلينيكي فيعتمد على فريق متعدد التخصصات والذي يستخدم مصادر متنوعة في إصدار حكمهم مستوى على الملاءمة النمائية لقدرات الطفل(Shackelford, 2006).

وبعد أن جرى استعراض فئات الأطفال التي تحتاج إلى برامج التدخل المبكر فإن العديد من الاعتبارات التي تبرر اتخاذ الإجراءات اللازمة للتدخل المبكر بناءً على أسس وأُطر مرجعية مختلفة تستند إلى نتائج البحوث والدراسات إلى جانب الاعتماد على نظريات النمو الإنساني التي تغطي مختلف جوانب النمو ووظائفه الشخصية والاجتماعية

والمعرفية والأكاديمية والأسرية. وفي هذا الإطار فإن هناك مجموعة من الاعتبارات لإجراء التدخل المبكر حسب ما بينها مانسون و لينش (Hanson & Lynch ,1995) وهي:

١. التعلم المبكر أساس النمو اللاحق:

حيث تنطلق العديد من نظريات النمو الإنساني من أن هناك علاقة حيوية ووثيقة بين خبرات التعليم في السنوات الأولى والنمو والتعلم اللاحق للطفل فعندما لا يكتسب الطفل العادات والمهارات والبنى المعرفية التي تؤسس لمتطلبات التعلم اللاحق، فإن هناك فجوة في المهارات المعرفية والشخصية يمكن أن تحدث مما يعطل التعلم والنمو اللاحق، وقد يستحيل في بعض الحالات تعويضه وتحقيقه؛ مما يسهم في تراكم الآثار السلبية، فيُبرَّر استخدام برامج التدخل المبكر لتعويض الجوانب التي ظهر فيها تأخر في النمو.

٢. الفترات الحرجة:

تشير الفترة الحرجة إلى الوقت الذي يجب أن تُقدَّم فيه مثيرات معينة أو تحدث خبرات خاصة لكي يظهر نمط معين من الاستجابات، وأثناء هذا الوقت يكون الطفل أكثر قابلية واستجابة لخبرات التعلم، وتكون المثيرات البيئية أكثر قوة في استدعاء استجابات معينة أو في إنتاج أنماط تعلم معينة، وبالتالي يحدث التعلم بشكل أكثر سرعة وسهولة، وتؤكد نتائج الدراسات إلى أن الفترات الحرجة في النمو تعتبر من المتغيرات الحاسمة في التعلم، وتعد السنوات الأولى من عمر الطفل من أهم المراحل التي تتأثر بمفهوم الفترات الحرجة.

وفي إطار ما يشير إليه مفهوم الفترات الحرجة فإن غياب الخبرات أو الاستثارة البيئة والتعليمية المناسبة خلال فترات النمو المهمة، يعمل على إيجاد فجوة وتأخر الطفل في تعلم الاستجابة واحتمال خسارة القدرة على اكتسابها لاحقًا والتأثير على مسار نمو الطفل، وقد تظل الفرصة مهيئة لاكتساب المهارة ولكن بكفاية وتلقائية أقل. وبالرغم من أن التعلم يمكن حدوثه بعد تجاوز الفترات الحرجة المناسبة لاكتساب مهارة محددة إلا أن الاستثارة المطلوبة لتحقيق نفس الإنجاز يجب أن تكون أكثر عمقًا وأطول زمنًا. وبمعنى آخر فإن اكتساب الطفل وإتقانه للمهارات النمائية اللازمة لن يحدث دون برنامج إثرائي خاص ضمن برامج التدخل المبكر.

٣. مرونة القدرات والسمات الإنسانية:

تتصف القدرات والسمات الإنسانية بالمرونة وقابليتها للتأثر بشكل كبير بالمؤثرات البيئية وعملية التعلم، والتي تعد قوى فاعلة في تشكيل خبرات الإنسان، وهي بذلك تضم الرعاية الجسمية والتغذية، أساليب التنشئة والتواصل مع الطفل، نوعية وكمية الاستثارة البيئة الموجودة، والفرص التربوية المتاحة لتعلم الطفل انطلاقًا من أن كل هذه العوامل تشكل عوامل تأثير على قدرات الطفل وسماته، الأمر الذي يؤسس لجهود التدخل المبكر على شكل برامج موجهة إلى إثراء المهارات والخصائص النمائية المختلفة للطفل، وفي هذا السياق فإن الدراسات التجريبية تشير إلى أن نقل بعض الأطفال من البيئة الأسرية المحرومة ثقافيًا ووضعهم في بيئة توفر الاستثارة الكافية، أو تحسين الظروف البيئية من خلال برامج تربوية يؤثر إيجابًا على إمكانية تغيير مستوى قدرات الطفل.

٤. الظروف المعيقة أو الخطرة على الطفل:

إن الظروف المعيقة أو الخطرة المؤثرة على الطفل يمكن أن تحد من النمو والتعلم لديه لدرجة تُضاعف من تأثير العجز أو الاضطراب الأصلي، أو قد تتسبب في ظهور إعاقات ثانوية لديه، فالعجز يمكن أن يعطل عمليات التعلم الطبيعية لدى الطفل، لما يسببه من إعاقة لبعض أساليب التفاعل مع البيئة المألوفة. وفي هذه الحالة لا يمكن أن نترك الموقف للفرص التربوية الاعتيادية المتاحة للأطفال من غير ذوي الإعاقة فحسب، ذلك أن الأطفال ذوي الإعاقة يزيد احتمال أن يكون تعلمهم أقل كفاية من أقرانهم، مما يتطلب تصميم برامج لأشكال مختلفة من التدخل المبكر، وتقديم الخبرات لاكتساب المهارات العقلية والاجتماعية والتعليمية المختلفة.

٥. تأثير البيئة والخبرات الأولية على النمو:

تلعب نوعية بيئة الطفل وخبراته الأولية دورًا كبيرًا في فرص النمو والتعلم لديه، وفي درجة تحقيقه واستغلاله لإمكانياته وقدراته. وتتحدد نوعية البيئة والخبرات بمدى توافر الاستثارة المتنوعة والمواقف المتجددة، والتي تتنبأ بمسار تحول العجز إلى إعاقة، أو تعطُّل عمليات النمو العادية، حيث تبين نتائج الدراسات أن البيئة المناسبة لإثراء الطفل ونموه يجب أن تتضمن أشكالًا مختلفة من الاستثارة الحسية والوجدانية والاجتماعية واللغوية، وأن تحفز لديه مهارة حل المشكلات والقدرة على الاستكشاف (Peterson, 1987).

٦. نتائج الدراسات حول التدخل المبكر:

هناك العديد من الأدلة التي تشير إلى أن برامج التدخل المبكر تسهم في إحداث فروق دالة على نمو الطفل وتطوره فيما لو استخدمت في مراحل عمرية مبكرة، وهي بذلك تحدث تأثير أسرع بالمقارنة مع البرامج التي تُستخدم في مراحل عمرية متقدمة عند التحاق الطفل بالمدرسة، إلى جانب أنها تقلل من احتمالات ظهور إعاقات ثانوية لدى الطفل، وتزيد من فرص اكتسابه للمهارات النمائية المتأخرة، وفي هذا السياق من الممكن الإشارة إلى البحوث والدراسات التقييمية حول الآثار بعيدة المدى لبرامج التدخل المبكر، والتي تنقسم إلى ثلاثة أنواع هي:

أ. البحوث التاريخية المبكرة التي حقق فيها الأطفال ذو الإعاقة الذهنية أو الأطفال ذوي التأخر النمائي تقدمًا بعد أن نُقلوا من بيئتهم المحرومة إلى بيئة أكثر استثارة، أو جرى تقديم أشكال إضافية من الاستثارة في بيئتهم الطبيعية.

ب. بحوث حول البرامج التعليمية الإثرائية المبكرة أو برامج للتدخل العلاجي مع أطفال من أسر ذات دخل منخفض أو يعيشون في بيئات ذات خطورة.

ج. دراسات تقييمية مباشرة لنتائج برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة.

٧. احتياجات خاصة لأسرة الطفل ذوي الإعاقة:

هناك أهمية ملموسة للتدخل المبكر مع الطفل ذو الاعاقة وأسرته، لما تتضمنه العلاقة بين الطفل وأسرته من تأثير متبادل، فعندما يمتلك أفراد الأسرة مهارات الاستجابة لحاجات الطفل ويقومون بأدوار تعليمية رئيسة

ومساندة، فإن ذلك يزيد من احتمالية اكتساب الطفل للمهارات النمائية والتكيفية، كما تضمن برامج التدخل المبكر الفرصة لتلبية العديد من احتياجات أسر وآباء الأطفال ذوي الإعاقة من خلال تقديم دعم للوالدين في الفترات التي تسيطر عليهم المشاعر السلبية المرتبطة بالإعاقة لدى طفلهم، وخصوصًا في المراحل الأولى لاكتشاف العجز أو الإعاقة والتي يظهر فيها الإنكار والرفض وانخفاض مستويات التكيف لديهم.

إلى جانب أن العديد من الاتجاهات النظرية في مجال التدخل المبكر تركّز على ضرورة قيام الوالدين بأدوار تعليمية، مما يتطلب تدريبهم وإكسابهم المهارات اللازمة للتعامل مع الاحتياجات العادية المتوقعة لأطفالهم ذوي الإعاقة؛ فقد لا يتمكن الوالدين من القيام بجميع الأدوار المطلوبة منهم تُجاه طفلهم إما لقلة المعرفة بأساليب التعامل مع أبنائهم، أو نتيجة لمرور الوالدين بضغوط نفسية وتكيفية خاصة بطبيعة ما يمكن أن يواجهونه من تحديات خاصة بإعاقة ابنهم/ابنتهم، وفي كلتي الحالتين يُعدُّ توجيه برامج التدخل المبكر للوالدين وإشراكهم به ذو قيمة تربوية تعليمية وقائية ونمائية.

٨. الفوائد الاقتصادية -الاجتماعية للتدخل المبكر:

يُعد التدخل المبكر ذو قيمة اقتصادية واجتماعية، لما يوفره من خدمات لها عوائدها الاقتصادية من خلال تقليل تكاليف رعاية الأطفال ذوي الإعاقة، أو التقليل من أعدادهم المستقبلية، حيث يمكن لبرامج التدخل المبكر أن تزيد من احتمالية اعتماد الأشخاص ذوي الإعاقة على أنفسهم في المجالات الشخصية والمهنية، مما يقلل من الحاجة إلى توافر أشكال الرعاية الكاملة في المؤسسات الإيوائية، وهذا بدوره ينعكس على خفض التكاليف الاقتصادية والاجتماعية المفترضة لرعاية الأشخاص ذوي الإعاقة في حالة اعتمادهم على المؤسسات والآخرين في رعايتهم، وتشير الدراسات إلى أن العوائد الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر قد تصل إلى توفير ما قيمته (١٦٠٠٠) ستة عشر ألف دولار من تكاليف الرعاية المفترضة للشخص ذو الاعاقة لغاية بلوغه سن ١٨ سنة(Hayden, 1997).

نماذج التدخل المبكر

توجد عدة اتجاهات ومنطلقات خاصة في تقديم خدمات التدخل المبكر، حيث تتنوع هذه النماذج تبعًا لأسس الممارسة والمكان وأسلوب العمل، وفي بداية نشأتها كانت برامج التدخل المبكر مقصورة على الطفل بوصفه محورًا لعملية التدخل، حيث إن أهداف التدخل الرئيسة كانت تركز على تطوير مهارات الطفل وقدراته. وقد خضع هذا التوجه إلى مراجعة من قبل المختصين لتقييم التجربة في إطار نواتجها وعمليتها، حتى أصبح هناك توجه عالمي لتركيز التدخل على الأسرة بوصفها محورًا لعملية التدخل (Bailey, Buysee, Edmondson & Smith, 1992).

وينطلق مفهوم التدخل المبكر المتمحور حول الأسرة من أن الطفل يعتمد كليًا على أسرته في تلبية حاجاته، لذا كان لا بد من التوجه في تقديم الخدمة إلى الأسرة والبيئة التي يعيشها الطفل واستثمار علاقته بمن يقدمون له الرعاية. فالأسرة لها دورٌ محوريٌ وأساسيٌ في تطوير قدرات الطفل وتكييفه مع بيئته، لذا فالتوجه في تقديم خدمات التدخل المبكر يتمحور حول الأسر من دعمها وتمكينها بمختلف الوسائل لتصبح قادرة على تقديم أفضل الأشكال الرعاية لدعم وتحفيز أطفالهم لبلوغ أقصى مستوى لقدراتهم.

ويشير دنست (Dunst, 2000) والذي اقترح نماذج عمل تركز على الخدمات الداعمة للأسر من خلال تنبيه لمفهوم الدعم النشط من خلال المشاركة (Proactive Empowerment Through Participation) الذي اعتمد فيه على ثلاثة مبادئ أساسية توجه العمل مع الأسرة. فقد ركز المبدأ الأول على مواطن القوة في الأسرة ومصادرها الذاتية بدلًا من مواطن ضعفها وقصورها، أما المبدأ الثاني فقد ركز على تقوية مصادر الأسرة ودعمها بدلًا من تقديم الخدمة بأسلوب يعزز من اعتمادية الأسر على البرامج دون تطوير كفاياتهم. ويشير المبدأ الثالث إلى الشراكة والتعاون بين العاملين في برامج التدخل المبكر وأسر الأطفال، بدلًا من الاعتماد على الأساليب المتمركزة حول المهنيين والأخصائيين. يذكر دنست إلى أن نتائج عدد من البحوث والدراسات، والتي أكدت وجود علاقة طردية قوية ما بين وجود شبكات دعم غير رسمية للأسرة، والنتائج التي تحققت لدى كل من الطفل والأسرة، وتعزز هذه النتيجة أهمية الاستفادة من مصادر الدعم الاجتماعي غير الرسمية والمتمثلة (بالأسرة الممتدة، والجيران، والمجتمع المحلي) في تمكين الأسرة من خلال تطبيق برامج التدخل المبكر.

ويذكر مولير ، وكار، وسيفر، وستدلر بروان، وهلزنج (Moeller, Carr , Seaver , Stredler-Brown Holzinge, 2013)مجموعة من المبادئ التي لا بد من توافرها عند تقديم خدمات التدخل المبكر وأشار اسبي شيروينديت (Espe-Sherwindt, 2008) إلى عدد من المبادئ التي تتمركز حول أسر الأطفال تتلخص بما يلي:

١. تدعيم مصادر الأسرة وتطويرها: يسهم فريق التدخل في تشجيع الأسرة على تطوير مهاراتها مما يدعم عملية تطور الطفل ورعايته، وكذلك العمل على توجيه الأسرة إلى مصادر الدعم المجتمعية التي يمكن الاستفادة منها، والاستفادة من شبكات الدعم الطبيعية والتي تتمثل في الأسرة الممتدة للطفل والمجتمع الذي يعيش فيه.

٢. احترام التنوع الثقافي لأسر الأطفال: على فريق التدخل أن يكون قادرًا على فهم الخلفيات الثقافية والاجتماعية لأسرة الطفل وتفهمها من خلال التعرف على المنظومة القيمية الخاصة بالأسرة والتي تُحدِّد سلوكاتها، الأمر الذي يساعده على تقديم الاقتراحات والتوصيات اللازمة وفقًا للسياق الثقافي والاجتماعي للأسرة، مما يسهل عليها تنفيذ تلك الاقتراحات التوصيات. ويجب على فريق التدخل تجنب إصدار أية تعميمات أو أحكام على الأسر المشاركة في برنامج التدخل المبكر احترامًا لعادات تلك الأسر بحيث يكون التعامل معها وفقًا للأسس المهنية غير الخاضعة لمعايير أعضاء الفريق وتوقعاتهم

٣. فهم نظام الأسرة: إن معرفة مكونات الأسرة وبنيتها يسهل على فريق العمل تحديد الأفراد الذين يمكنهم أن يقوموا بتنفيذ أنشطة برنامج التدخل مما يساعد على تطوير آليات تناسب احتياجات الأسرة وإمكانياتها.

٤. تلبية احتياجات أسرة الطفل: تختلف أولويات العلاج والتدريب من أسرة إلى أخرى وفقًا لمتطلبات الأسرة ومخاوفها وآمالها، حيث يعد بناء علاقة تفاعلية بين فريق التدخل المبكر وأسرة الطفل عنصرًا هامًا في توثيق العلاقة بينهما، إذ من شأن هذه العلاقة التفاعلية أن تعزز هذا الجانب من خلال الملاحظة القائمة على المشاهدة، والاستماع القائم على الحوار وتبادل وجهات النظر، الأمر الذي يساعد فريق التدخل على تشكيل رؤية واضحة وشاملة حول احتياجات أسرة الطفل ومصادرها.

٥. العناية بتبادل المعلومات وتشجيع الشراكة مع أفراد أسرة الطفل: تعد المعلومات التي يحصل عليها أعضاء فريق التدخل المبكر من أسرة الطفل ذات أهمية كبيرة في تحقيق نجاح برنامج التدخل، سواءٌ أكانت هذه المعلومات تتعلق بالطفل أو بالآليات المتبعة في البرنامج والاستراتيجيات المحددة فيه، أو بالمصادر المجتمعية على اختلاف أنواعها. إلا أن هذا لا يعد كافيًا لبلوغ الأهداف المحددة في البرنامج، فإلى جانب ذلك كله يجب إشراك أسرة الطفل في تبادل المعلومات مع فريق التدخل بحيث تتوازن المعطيات التي يقدمها الطرفين، حيث تشكل الأسرة مصدرًا مهمًا لتزويد الأخصائيين بالمعلومات اللازمة حول احتياجات الطفل وميوله وما يتمتع به من قدرات. وتعد عملية تبادل المعلومات خطوة ضرورية إن تعزز الشراكة بين فريق العمل وأسرة الطفل

٦. مراعاة الصفات الشخصية لأفراد الأسرة: تعتبر مراعاة فريق التدخل لصفات أفراد أسرة الطفل من الأمور المؤثرة في قدراته على التكيُف إذ إن بعض هذه الصفات تحسن من أداء الأسرة للوظائف التي توكل إليها، بينما قد تؤدي بعض هذه الصفات إلى آثار سلبية على عملية تنفيذ البرنامج، وبناءً على ذلك فإنه يعد أمرًا ضروريًا أن يحدد أعضاء فريق التدخل اتجاهات هذه الصفات وتأثيراتها السلبية والإيجابية خلال عملية تطوير آليات التعامل المناسبة لهذه الأسرة أو تلك. إضافة إلى أن التعرف إلى بعض الصفات الإيجابية لدى أفراد الأسرة يزيد من قدرتها على التكيُف مع واقعها الأسري كتنمية إحساس أفرادها بسيطرتهم على واقع الأسرة وامتلاكهم للكفاءة التي تمكنهم من التعامل معه.

٧. صياغة الخطة الفردية الأسرية **Individual Family Services Plan**: تُعدُّ الأسر بنى اجتماعية معقدة نظرًا لاشتمالها على مجموعة من الأفراد الذين يمتلكون صفاتهم الفردية الخاصة، وقيمهم وميولهم المتفاوتة، إضافة إلى طبيعة ما يحدث بينهم من تفاعل، وما يمرون به من تجارب، فضلًا عن التفاوت في المستوى الثقافي للأفراد وغيرها من عوامل ومؤثرات تتطلب خدمات التدخل المبكر مراعاة الجوانب الفردية. تعتبر الخطة الفردية أولى الخطوات المركزية لتقديم خدمات التدخل المبكر لصورة تتلاءم مع حاجات ومصادر الطفل وأسرته، ولا بد من أن تمثل الخطة الفردية المرتكز لجميع الأسس النظرية لاتجاه برنامج التدخل في طريقة تعامله مع أسرة الطفل بشكل خاص. وتصاغ الخطة الفردية الأسرية بعد انتهاء عملية التقويم، وذلك خلال اجتماع يتم عقده بين جميع أفراد أسرة الطفل والأخصائيين المعنيين بحالة الطفل في فريق التدخل(Gargiulo & Kilgo, 2001).

وهنالك عدد من نماذج التدريب التي يمكن توظيفها في تقديم خدمات التدخل المبكر للطفل ذي الإعاقة وأسرته، وهذه النماذج التدريبية هي: المستشفيات، والبرامج المجتمعية، والبرامج الاستشارية، وفيما يأتي توضيح مفصل لهذه النماذج التدريبية.

١. التدخل المبكر في المستشفيات Programs Hospital :

تعتبر المستشفيات من الأماكن المناسبة لتقديم برنامج وخدمات التدخل مع الحالات التي تعاني من مشكلات نمائية حادة، ويقوم بالتدريب فريق متعدد التخصصات بحسب احتياجات الطفل، ولا بد من تقديم هذه الخدمات خلال مدة زمنية محددة (Case Smith & Wavrek, 1998).

٢. برامج وخدمات التدخل المبكر المتمحورة حول المجتمع Community Programs :

يستند هذا النموذج التدريبي على احتياجات الأسرة والطفل في المجالات الاجتماعية والتربوية والتطورية. وعادة ما تكون الحالة الصحية للطفل الملتحق بهذا النموذج مستقرة عند بدء تنفيذ البرنامج أو تقديم الخدمة، وبالتالي تعد الحيثيات الطبية في هذا النموذج من الأمور الثانوية، ولا يعني ذلك عدم وجود حالات تعاني من بعض المشكلات الصحية المزمنة؛ الأمر الذي يؤدي إلى توسيع الأطر المكانية لعمليات تلقي الخدمات التي يتم تنفيذها في المستشفيات والمؤسسات المجتمعية معًا. وفيما يتعلق بنسبة الفئات المستهدفة في النمط التدريبي المتمحورة حول المجتمع فإنه يقدم خدمات التدخل المبكر لعدد محدد من الأسر ضمن منطقة جغرافية معينة في بينما يستغرق تطبيق هذا النموذج سنوات عدة. وتركز هذه البرامج على تلبية حاجات الأطفال والأسر الاجتماعية والتربوية والتطورية (Gargiulo & Kilgo, 2001).

أ – الخدمة في المنزل:

في هذا الشكل يتم تقديم خدمات التدخل المبكر داخل منزل الطفل والأسرة المستهدفة؛ حيث يقوم الأخصائي أو المدرب أو المعلم بزيارة أسرة الطفل بصورة منتظمة بواقع مرة إلى ثلاث مرات أسبوعيًا، يعمل خلالها على تقديم التدريبات المناسبة لأفراد الأسرة الذين سيتولون مهمة تعليم الطفل وتدريبه.

تتلقى أسرة الطفل تدريبات على مجموعة من الأنشطة باتباع استراتيجيات ذات أهداف محددة، حيث تساعد هذه الاستراتيجيات الطفل على تحقيق الأهداف المطلوبة بطريقة واضحة. ويتميز هذا النموذج التدريبي بمجموعة من الإيجابيات التي تتمثل في تخفيفه من الأعباء المالية التي تتحملها الأسرة نظرًا لكلفته المنخفضة مقارنة بنموذج الخدمة في المركز، إضافة إلى إمكانية تنفيذ خدمة التدخل في البيئة الطبيعية للطفل، الأمر الذي يساعد الأخصائيين على التعرف إلى خصائص حالته بشكل دقيق، وكذلك فإن هذا النموذج يخفف على الأسرة أعباء التنقل إلى المركز خاصة بالنسبة للأسر المقيمة في المناطق النائية التي تتعذر فيها وسائل النقل، مما يجعل هذا النموذج هو الاختيار الأفضل بالنسبة للأسر وخاصة أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذين لا تتجاوز أعمارهم السنتين.

أما عن سلبيات هذا النموذج فتتمثل بكونه يزيد من الأعباء التي يتحملها الشخص الذي يكلف بعملية تعليم

الطفل، وغالبًا ما يكون من يقوم بهذا الدور هي أم الطفل؛ ولا بد من مراعاة ذلك عند القيام بتخطيط التدريبات والأنشطة بحيث تكون جزءًا أساسيًا في عملية تنفيذ البرنامج ورعاية الطفل بصورة يومية من قِبَل أسرته وخاصة الأم. أما عن سلبيات هذا النموذج التي تتعلق بالمدرب، فتتمثل في أن هذا النموذج التدريبي يعمل على إضاعة وقته بسبب تنقله المستمر من منزل إلى آخر (Gargiulo & Kilgo, 2001)، وخاصة في حال كانت الأسر المستهدفة تسكن في مناطق نائية ومتباعدة.

ب- تلقي الخدمة في المؤسسة أو المركز:

يحدد هذا النموذج للطفل أوقاتًا محددة للذهاب إلى المركز بحسب حالته واحتياجاته، فيكون ذهابه إلى المركز إما بشكل يومي أو لعدد محدد من أيام الأسبوع، بحيث تتراوح مدة تقديم الخدمة خلال اليوم الواحد حوالي (٣ – ٥) ساعات. ويعمل على تقديم الخدمة فريقٌ متعدد التخصصات توكل إليه مهمة تصميم الخدمات وتنفيذها داخل المؤسسة أو المركز ويتم التواصل بين كل من فريق التدخل وأسرة الطفل عن طريق وسائل الاتصالات المختلفة كالهاتف أو الإيميل أو غيرها، إضافة إلى أهمية التنسيق والتواصل المباشر بين الأسرة والمركز من خلال الاطلاع على سجل الملاحظات الخاص بالطفل وكذلك بحضور الاجتماعات التي تعقد في المركز. وفيما يتعلق بهذا الأمر فإن المركز عادة ما يقوم بتوجيه دعوة إلى والدة الطفل أو من يتولى مهمة تقديم الخدمة له من أفراد أسرته لزيارة المركز في أوقات محددة أو طوال فترة تلقي الطفل للبرنامج أو الخدمات؛ للتعرف إلى طرق وأساليب تنفيذ الأنشطة ومتابعتها، وملاحظة الطفل بشكل مباشر أثناء تلقيه للخدمة وتنفيذه للأنشطة.

وتعمل العديد من المراكز المختصة بتقديم خدمات التدخل المبكر وفق هذا النموذج على تدريب أسر الأطفال داخل المركز عند حضور أفرادها المعنيين الاجتماعات الدورية التي يعقدها المركز والدورات التدريبية التي ينظمها لتحقيق هذه الغاية.

وتتمثل ميزات هذا النموذج التدريبي في كونه يقدم جميع الخدمات بإشراف مجموعة من الاخصائيين ذوي الخبرة الواسعة والتأهيل الاحترافي، إضافة إلى أنه يعمل على توفير البيئة المناسبة للتفاعل الاجتماعي للطفل ذو الإعاقة، وتمكين أسرته من الالتقاء بغيرها من الأسر التي يعاني أطفالها من الحالة نفسها، الأمر الذي يزيد من التعاون بين الأسر، حيث تمثل هذه اللقاءات فرصة جيدة لتبادل الخبرات فيما بينهم.

ويعتبر هذا الشكل أحد الأشكال التدريبية مرتفعة الفعالية خاصة إذا كان عمر الطفل يتراوح ما بين (٢—٦) سنوات (Briggs, 1997).

ج-الخدمة في المنزل والمركز معًا:

في هذا الشكل من الخدمة يلتحق الطفل بالمركز لأيام محددة أسبوعيًا، أو لمدة معينة من الزمن يقوم الأخصائي المسؤول بتحديدها تبعًا لحالة الطفل، كما يعمل الأخصائي على تحديد طبيعة الزيارات المنزلية التي سيتم تحديدها فيما إذا كانت دورية ومنتظمة أو أنها ستكون وفقًا للحاجة. أما طبيعة مكان تقديم الخدمة فهو يعتمد على مجموعة من العوامل الأخرى مثل عمر الطفل، فإذا كان عمره أقل من سنتين فإنه يتم تقديم الخدمة في منزله على أن يتم تقديم الخدمات للطفل في المركز عندما يكبر، ويتميز هذا النموذج في التدخل بكونه يساعد على تأمين حاجات

الأطفال وأسرهم بفاعلية كبيرة وبقدر من الخصوصية، ويُستخدم هذا النموذج في برامج التدخل المبكربشكل واسع النطاق (الخطيب والحديدي،1998) (Briggs,1997).

٣-تنفيذ التدخل المبكر من خلال الاستشارات:

تقوم آلية تقديم الخدمة في هذا النموذج على حصول أسرة الطفل على جميع التوجيهات اللازمة والتي توضح لهم كيفية أداء المهمة الموكلة إليها، والمتمثلة في تعاملها مع الطفل ذي الإعاقة؛ حيث يقدم الأخصائيون العاملون في المركز جميع المعلومات والتوصيات التي تضمن أداء الأسرة لمهمتها في رعاية الطفل على أكمل وجه، من خلال حضور الأسرة مع طفلها إلى المركز المتخصص بتقديم برامج وخدمات التدخل المبكر؛ لتقييم أدائهم وتقديم الدعم اللازم لهم. كما ويوجد شكل آخر للاستشارات يكون بين الأخصائيين العاملين ضمن البرنامج نفسه أو ضمن برامج التدخل المبكر المتعددة، وغالبًا ما يكون هذا الشكل من الاستشارات التخصصية بحضور أسر الأطفال(Case – Smith & Wavrek, 1998).

يعتبر التعاون المشترك المضبوط علميًا بين نماذج التدخل المبكر المختلفة من العوامل التي تساعد على تحقيق عدة أمور تضمن نجاح العملية وبلوغ النتائج المرجوة منها، خاصة عند وجود أكثر من نموذج واحد ضمن البرنامج ومن أهم الإيجابيات الناتجة عن التعاون المشترك بين النماذج المتعددة هي تحقيق الشراكة في البيانات الضرورية؛ حيث يضمن ذلك تقديم الخدمة بشكل أكثر تكاملًا وشمولية.

ويرى الكثير من الباحثين في مجال التدخل المبكر أنه لا يوجد مكان معين ومحدد يُمكنه أن يكون المكان الأمثل والأنسب لتقديم خدمات التدخل للأطفال والأسر المستهدفة، وأن قرار تحديد مكان تقديمها يكون بيد أسرة الطفل.

يقترح كل من ماكدونل وهاردمان (McDonnell & Hardman, 1998) عدد من الأمور المتعلقة بخدمة التدخل المبكر تتمثل في ضرورة أن تشتمل البرامج على مجموعة من الخيارات، وأن تتمتع الآليات والأساليب المتَّبعة بقدر كاف من المرونة اللازمة لتلبية الحاجات الفردية، وأن تؤمن هذه البرامج بيئات طبيعية تضمن حصول التفاعل فيها مع أفراد طبيعيين. وتنوي هذه النماذج المتعلقة بخدمة التدخل المبكر تحت مجموعة من النماذج التي تعمل في مجال تقديم خدمة التدخل من خلال الفريق متعدد التخصصات، وهذا هو أبرز ما يميز برامج التدخل المبكر؛ حيث إن العمل ضمن فريق متكامل يساعد على تنفيذ البرامج على أفضل صورة ممكنة (Simeonsson, Bailey, Yoder, & Huntington, 1990; Briggs , 1997).

يُعرَّف الفريق بأنه: مجموعة من الأشخاص تجمعهم أهداف واهتمامات مشتركة (Case – Smith & Wavrek, 1998) ومن العمليات ذات الأهمية في عمل الفريق العمل على ترسيخ فهم حاجات ومتطلبات الأطفال وأسرهم ونقاط القوة التي يتمتعون بها لدى جميع الأطراف المعنيين ببرنامج التدخل، ولتحقيق ذلك لا بد لأعضاء الفريق من العمل على التواصل مع الجهات المعنية سواءً الرسمية منها أو غير الرسمية. وتتناول الأدبيات المتعلقة بهذا المجال الحديث حول طبيعة عمل الفريق ضمن ثلاثة نماذج هي:

٤. النموذج متعدد التخصصات Multidisciplinary:

يعمل في هذا النموذج فريقٌ مكون من أخصائيين من تخصصات متعددة، بحيث يقوم كل واحد من أعضاء الفريق بوضع خطة خاصة به تتعلق بخدمة التدخل المبكر تشمل عملية تقويمها، وتنفيذها وتدريب أسرة الطفل عليها بشكل فردي.

ومن الجدير بالذكر أن طرائق التواصل المعتمدة بين أعضاء الفريق متعدد التخصصات غالبًا ما تكون محدودة جدًا، وقد تنحصر بوسائل التواصل غير المصرَّح بها من مثل: الاطلاع على ملاحظات الأخصائيين في الفريق والمسجلة في ملف الطفل. وأخيرًا يعدّ هذا النموذج من النماذج باهظة التكاليف في المستشفيات، فهو لا يعتبر من النماذج التي تقدم المساعدة والدعم للأسر (Briggs, 1997; Case – Smith & Wavrek, 1998).

٥. نموذج ما بين التخصصات Within Disciplinary:

يساعد نموذج ما بين التخصصات على تفعيل التواصل بين كل من الأخصائيين المشتركين في البرنامج وبين أسرة الطفل. وفي هذا النموذج يقوم كل أخصائي بتنفيذ عمله مع الطفل ذو الإعاقة بشكل منفرد، شريطة أن يوضح الأهداف الخاصة به، ويناقشها مع بقية أعضاء الفريق من جهة ومع أسرة الطفل من جهة، بعد ذلك يتم تحديد طبيعة البرنامج واستراتيجيات العمل فيه وفقًا لرؤية موحدة ذات تصوُّر شامل. إنّ المهام التي يقوم كل عضو من الأخصائيين في الفريق بشكل فردي لا تعني أنه يعمل بصورة منفصلة عن بقية أعضاء الفريق؛ إذ إنه يتم عقد مجموعة من اللقاءات الدورية يتبادلون فيها وجهات النظر ويعملون من خلالها على تعديل الخطة بشكل مستمر وفقًا لتطورات حالة الطفل وأسرته (Briggs, 1997).

٦. نموذج عبر التخصصات Transdisciplinary:

من المنطلقات الثابتة لهذا النموذج نظرته إلى مدى تفاعل الطفل وأسرته مع عضو مختص واحد فحسب؛ بحيث يضمن هذا النموذج أن يتم تقديم خدمة التدخل بكفاءة عالية تفوق غيره من النماذج؛ مما يساعد الطفل وأسرته على الانتباه والتركيز على التوجيهات والتوصيات وطريقة التدريب التي يقوم بها ذلك العضو المختص؛ مما يقلل من التشتت الناتج عن اشتراك عدد من الأعضاء المشتركين في برنامج التدخل. إضافة إلى أن هذا النموذج يعمل على تقوية العلاقة بين كلٍّ من العضو المختص والطفل وأسرته (Case – Smith & Wavrek, 1998).

يشترك في تصميم هذا النموذج جميع أعضاء فريق التدخل، حيث يتم اعتماد الخطة وتقويمها من خلال عقد اجتماع يشارك فيه جميع الأعضاء، إلا أن عملية التنفيذ توكل إلى أحد الأخصائيين أو اثنين منهم، ويتم اختيارهما وفقًا لمتطلبات الحالة المستهدفة. ويظل بقية أفراد الفريق مطلعين على حيثيات الحالة؛ لمتابعة مدى تحسن الطفل واستجابات أسرته، وذلك من خلال ملاحظة ما يطرأ عليه من تغيرات أو عن طريق إجراء تقييم للحالة بين وقت وآخر.

إن المراقبة المستمرة التي يقوم بها الأخصائيون ممن لم توكل إليهم مهمة تنفيذ خطة التدخل لا تعني امتناعهم التام عن التدخل في بعض الحالات بشكل مباشر، وإنما يدل ذلك على التفهم القوي والعميق بين جميع أعضاء

الفريق من خلال التنسيق فيما بينهم حول الوقت المناسب لتبادل الآراء، والوقت المناسب لقيام أخصائي آخر بتولي مهمة التدريب (Stephens & Tauber, 2001).

يتم تطبيق كلا النموذجين الأول والثاني من قِبَل مجموعة من المراكز التي تعنى بتقديم الخدمات لجميع الأطفال على اختلاف فئاتهم العمرية. بينما يقتصر النموذج الثالث على برامج وخدمات التدخل المبكر.

ويذكر بريجز (Briggs, 1997) مجموعة عناصر لا بد من توافرها للوصول إلى التدرُّج في تحقيق عمل فريق التدخل ضمن نموذج عبر التخصصات هي:

١. النظر إلى الأسرة على اعتبار أنها جزء رئيس من فريق التدخل، ويتضح ذلك من خلال العمل على إشراكها في تقديم الخدمة سواءً في التقويم أو التخطيط أو التنفيذ، ويعتمد ذلك على مدى رغبتها في المشاركة في عملية التدخل. وكذلك تختلف نسبة مشاركة الأسرة في البرنامج مع مرور الوقت، اعتمادًا على متطلبات كلٍّ من الطفل وأسرته معًا، إلا أن جميع القرارات المتعلقة بالطفل وشؤون أسرته تكون بيد الأسرة بصورة مطلقة.

٢. تتميز العلاقات والطرائق المتبعة في حل المشكلات بضرورة الإجماع والموافقة عليها من قبل جميع الأعضاء؛ فإن عدم إشتراك جميع أفراد الفريق بشكل مباشر في عملية التدخل خلال تقديم الخدمة للطفل لا يعني انفصالهم التام عن الحالة؛ حيث إنهم يشاركون في وضع الخطط ويعملون على متابعة الحالة ويحددون الآليات المتبعة في تقديم الخدمة.

٣. توافر عدد من التخصصات للاشتراك في خدمة التدخل المبكر، وأن تكون العلاقة بين الأخصائيين في فريق العمل الواحد مبنية على أساس المرونة في تبادل الأدوار والمسؤوليات والمعلومات والمهارات فيما بينهم مما يعمل على توسيع الأدوار (Role Extension) أو تقليصها (Role Release)، تبعا لمتطلبات الحالة.

٤. اختيار أحد أعضاء الفريق أو الأسرة للعمل على تنسيق الخدمة، بحيث يقتصر دور المنسق على تنفيذ البرنامج لتحقيق الأهداف المطلوبة من خلال العديد من التخصصات المتنوعة. ويرى الأخصائيون العاملون في مجال التدخل المبكر أن نموذج التدخل عبر التخصصات يتمتع بدرجة عالية من الفاعلية تفوق النموذج متعدد التخصصات، ولا زال الخلاف قائم بينهم حول إيجابيات وسلبيات هذا النموذج (Gargiulo & Kilgo, 2001).

التجارب العالمية للتدخل المبكر

تبنت الدول العديد من السياسات الهادفة إلى تطوير برامج التدخل المبكر في كل من أوروبا والولايات المتحدة وكندا وأستراليا، وفي إطار التجارب الدولية نجد أن تحليل الواقع في أوروبا بناءً على تقرير الوكالة الأوروبية لتطوير التعليم لذوي الإعاقة (European Agency for Development in Special Needs Education 2005) قد يبيّن سمات وخصائص برامج التدخل المبكر الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة في دول الاتحاد الأوروبي، حيث استخدمت الوثائق والمنشورات خلال مدة تتراوح ما بين (٢٠-٣٠) سنة تبيّن تطوّر الأفكار والنظريات التي قادت مفهوم التدخل المبكر في المجالات الصحية والتربوية والعلوم الاجتماعية، والتي ركزت على تطور الطفل وتأثيره على التفاعل الاجتماعي لديه، فقد سُلِّط الضوء على الانتقال من أشكال التدخل المتمحورة حول الطفل بشكل رئيس، إلى الاتجاهات العامة التي تشرك كل من الطفل وأسرته وبيئته، وهو ما يمكن أن يسمى بالانتقال من النموذج الطبي إلى النموذج الاجتماعي. وجرى تحديد مختلف المكونات ذات الصلة في برامج التدخل المبكر ضمن المشاريع المنفذة والتي يمكن وصفها بالآتي:

١. الوفرة والقرب والتنوع والقدرة على تغطية تكاليفها.

٢. التنوع في الخدمات المتاحة التي تقدم بناءً على طلب الأسرة.

٣. تقدم الخدمات بشكل مبكر قدر الإمكان وبشكل مجاني، أو ضمن الحدود الدنيا للتكلفة، وتتوافر للأسر وقت الحاجة، وتستند إلى الاتجاه المتمحور حول الاسرة.

٤. تنوع الخدمات في مختلف بلدان الاتحاد الأوروبي يسلط الضوء على ضرورة إيجاد إطار من التعاون والتنسيق، حول الخدمات والموارد لضمان الجودة.

٥. إن الخدمات التربوية والصحية والاجتماعية يجب أن تتضمن المسؤولية المشتركة بين مختلف العاملين استجابة للأطر والاتجاهات النظرية النابعة من تعدد الاختصاصات.

٦. الفئة المستهدفة وفريق العمل والتدريب والأدوات المستخدمة تعدّ من العناصر الأساسية التي تجري مناقشتها خلال اجتماع فريق المشروع.

٧. إن التأثير الاجتماعي لبرامج التدخل المبكر وزيادة أعداد الأطفال الذين يظهرون مشكلات اجتماعية ونفسية هي محور اهتمام الخبراء.

٨. تقديم الدعم من مختلف المهنين من خلفيات اختصاصية مختلفة للأطفال وأسرهم.

٩. استخدم الأخصائيون أدوات مختلفة لضمان جودة مرتفعة خالية من الفجوات، تبدأ بأقرب فرصة ممكنة بعد تحديد مشكلات الأطفال وتطبيقها بمشاركة تامة من الأسرة.

١٠. يوجد خطة فردية، أو خطة خدمات أسرية تركز على احتياجات الطفل وجوانب قوته والأولويات والأهداف والإجراءات والتقويم.

وفي أستراليا طوّر مركز الطفولة للتدخل مجموعة من المخرجات لتوجيه مقدمي خدمات التدخل المبكر والتي تتضمن مخرجات لدى الطفل والأسرة والمجتمع، والتمييز بين المخرجات التي ترتبط باكتساب المهارات الوظيفية، وتلك المرتبطة بالتعلم بالمشاركة الفاعلة في الأنشطة المنزلية والمجتمعية، وقد تبين بناءً على إطار المخرجات المقترح أن الأطفال ذوي الإعاقة والمتأخرين نمائيًا، قد حققوا الجوانب الآتية حسب تقرير كندي، مور، كفيديا بيني، فوستر (Kennedy , Moore, Gavidia-Payne , & Forster , 2010) .

١. المشاركة النشطة، والاستمتاع بالتعليم مع أقرانهم في المواقف التعليمية، والتحضير بنشاط لمرحلة الرشد لديهم.

٢. ينتمون إلى مجتمعات داعمة وشاملة.

٣. يُعتنى بهم على نحو فعال من قبل الأسرة ومقدمي الرعاية، بالاستفادة من الخدمات التي يحتاجونها.

وبشكل تفصيلي فإن هناك ستة مخرجات ثلاثة منها ترتبط بالطفل، واثنتان ترتبطان بالأسرة، وواحدة ترتبط بالمجتمع وهي:

١. طوّر الأطفال ذوو الإعاقة والمتأخرون نمائيًا المهارات والمقدرة على المشاركة الفاعلة الاجتماعية والاقتصادية والمدنية.

٢. يتمتع الأطفال ذوو الإعاقة والمتأخرون نمائيًا بمؤشرات صحية نوعية فضلى.

٣. يستفيد الأطفال ذوو الإعاقة والمتأخرين نمائيًا من فرص التعليم، وقد حققوا تقدمًا في مهاراتهم ومعارفهم.

٤. تمكين الأسرة ومقدمي الرعاية من الوصول إلى خدمات نوعية تدعم القوى العاملة وخيارات المشاركة المجتمعية للأسرة.

٥. دعم الأسرة ومقدمي الرعاية والثقة بقدراتهم على دعم تعليم الأطفال وتطوير قدراتهم على العيش باستقلالية.

٦. أما المساهمة المجتمعية فكانت بأن الأطفال ذوي الإعاقة والمتأخرين نمائيًا قادرون على تحديد خياراتهم المستقبلية.

أبعاد وعناصر التدخل المبكر

أعدّ مجلس الأطفال ذوي الإعاقة (Council for Exceptional Children) في سنة (٢٠٠٣) أبعادًا خاصة بتقديم الخدمات المختلفة للأشخاص ذوي الإعاقة، والمتعلقة بالتعليم والتشخيص والكوادر العاملة والسياسات والمشاركة المجتمعية، وهي تضم الخصائص والمواصفات التي تستخدم من قبل الهيئات العالمية في مجال التربية الخاصة في تحديد درجة توافق المؤسسة التعليمية مع الأبعاد المعيارية والتي يمكن إجمالها بالأبعاد التالية:

١) البُعد الأول: الرؤية والفكر والرسالة (السياسات والإجراءات):

يجب أن يكون للمؤسسة التعليمية رؤية ورسالة تحدد غرضها في مجال التعليم والخدمات التربوية وتوضح لمن تقدم خدماتها، وما الذي تنوي القيام به، والكيفية التي ستحقق بها أهدافها، والآلية المستخدمة في صياغتها وتطوير برامجها وخدماتها وممارستها وتقييم فعاليتها.

٢) البُعد الثاني: الإدارة والعاملون (الهيكل الإداري والتنظيمي):

يحدد النظام المؤسسي الأدوار الإدارية في إعداد السياسات واتخاذ القرارات من خلال هيكل تنظيمي فاعل، لتحقيق التكامل المؤسسي، وتوجيه السياسات والموارد بما يتفق مع رسالة المؤسسة وأهدافها التعليمية، وتوافر الكوادر البشرية الفنية، والتعليمية المدربة، والمؤهلة لتحقيق رسالة المؤسسة التعليمية، ولتحليلها وتقييم فعاليتها وكفايتها.

٣) البُعد الثالث: البيئة التعليمية (البنية التّحتيّة والمباني):

تتمثل في جودة المبنى المؤسسي وتجهيزاته وقدرته على الإسهام في تحقيق الأهداف ومدى إفادة الأطفال من مرافق المؤسسة التعليمية من مكتبة وملاعب ومختبرات الخ، فجميع التجهيزات المادية من قاعات وتهوية وإضاءة وأثاث، ووسائل ومواد تعليمية لها تأثير كبير على جودة الخدمات ومخرجاتها، فكلما توافرت مثل هذه التجهيزات المادية كان لها دور إيجابي على المستفيدين من الخدمات والبرامج والعكس صحيح. كما أنه كلما توافرت الإمكانات والمواد المادية يساعد ذلك بشكل كبير على تنفيذ البرامج والخطط ومن ثم تحقيق الأهداف المخطط لها.

٤) البُعد الرابع: التقييم:

يجب أن تقوم المؤسسة بتقييم الطلبة لتحديد مستوى الأداء الحالي لهم وتحديد جوانب القوة والضعف للبدء بتقديم الخدمات التربوية وبناء البرامج التربوية وتقديم الخدمات اللازمة لفئات الأطفال ذوي الإعاقة بأشكالها المختلفة، وتوفير أدوات التقييم النفسية والعقلية والجسمية والطبية والتربوية المناسبة لتحديد معايير أهلية الطفل، وتفعيل دور الأسرة في عملية التقييم، واستخدام طرق التقييم لتحديد مستويات الطلاب وقياس مخرجات الخدمات والبرامج المقدمة. لذلك يجب مراعاة جودة عملية التقييم لأنها الأساس الذي تبنى عليه استراتيجيات تطوير الخدمات والبرامج، ووضع الخطط المستقبلية التي تستهدف جودة العملية التعليمية من خلال تصميم نظام تقييم فعال للبرامج والخدمات المقدمة في المؤسسة التعليمية.

٥) البُعد الخامس: الخدمات والبرامج:

يجب أن تتسم البرامج التربوية والخدمات المقدمة بالعمق والشمول والتكامل، وأن توضح المؤسسة المحتويات التعليمية، وأهداف تعلم الطلاب وتعليمهم من مهارات أكاديمية ومعرفية ولغوية واجتماعية، والمهارات التواصلية، والحركية، والمهنية، والاقتصادية، ومهارات السلامة العامة. وكذلك مرونة البرامج بتطويعها بما يتناسب مع المتغيرات البيئية المتلاحقة الأمر الذي من شأنه أن يجعل طرائق تدريسها بعيدة تمامًا عن التلقين، ومثيرة للتفكير، من خلال الممارسات العملية والتطبيقية لتلك البرامج، وطرائق تدريسها، وتعميمها على المواقف المشابهة لها.

أما فيما يتعلق بطرائق التدريس فهذا يعتمد أساسًا على تكامل المفاهيم والمهارات والممارسات والأنشطة لتسهم في تطوير مهارات ومعارف وقدرات الأطفال، وصولاً إلى الاستقلالية من خلال استراتيجيات تدريسية وتدريبية تتناسب والأهداف التعليمية للطالب والتي تسهم في تكوين شخصيته المتكاملة. كذلك استخدام استراتيجيات تعديل السلوك من خلال خطة تلبي حاجاته. ويجري التحقق منها من خلال ملفات الطالب والبرنامج التربوي والسجلات وخطط تعديل السلوك ونتائج التقييم، التي تظهر مدى تقدم الطالب.

٦) البُعد السادس: مشاركة دعم وتمكين الأسرة:

ويكون من خلال مشاركة الأسرة ودعمها وتمكينها باتباع الإجراءات التي تتيح للأسرة المشاركة الفاعلة في تقديم الخدمات التربوية لأطفالها، ومن خلال مشاركة الأسرة في عملية التقييم والإسهام في كتابة البرنامج التربوي والدعم الذي تقدمه المؤسسة من خلال برامج التثقيف والتوعية والنشرات الإرشادية وخدمات الإرشاد والدعم النفسي، والمشاركة الفاعلة في البرامج المقدمة وتقديم التغذية الراجعة حولها.

٧) البُعد السابع: الدمج والخدمات الانتقالية (التجهيزات والأدوات):

يضمن هذا البُعد للمؤسسة التعليمية جملة من الإجراءات التي يجب أن تقوم بها المؤسسة التي تُعنى بالأطفال ذوي الإعاقة للدمج المجتمعي من خلال خطة معدة مسبقًا للطفل الذي تنوي المؤسسة دمجه، واختيار مدرسة الدمج، والأساليب المستخدمة لإنجاح عملية الدمج من خلال خطة الخدمات الانتقالية، والتي توضع بالتنسيق مع مدرسة الدمج لتنفيذ الأهداف والتوصيات المكتوبة في خطة الطفل، والتي يشترك فيها جميع الكوادر الإدارية والتعليمية والمختصون في المؤسستين بالإضافة إلى مشاركة الأسرة.

٨) البُعد الثامن: التقييم الذاتي للمؤسسة التعليمية:

يتضمن هذا البُعد جملة من الإجراءات التي تقوم بها المؤسسة التعليمية التي تُعنى بالأطفال ذوي الإعاقة، بشكل منظم لتقييم البرامج والخدمات للوقوف على نقاط القوة والضعف في جميع الجوانب التي تؤثر على تقديمها وتحقيق أهدافها ورسالتها للإفادة منها مستقبلاً لتطوير أداء المؤسسة. وهذا التقييم يشمل جميع المعايير والمحاور آنفة الذكر من خلال بناء أداة للتقييم مبنية على أساس علمي وتتضمن التقييم الدقيق والموضوعي للمؤسسة التعليمية.

عناصر برامج التدخل المبكر:

تستند برامج التدخل المبكر إلى عناصر محددة تتكامل في عملية متواصلة في تخطيط البرامج (Gargiulo & Kilgo, 2001) على النحو الآتي:

أ- تحديد إجراءات الكشف والتحويل: بما أن التدخل في العمر المبكر أكثر فاعلية من التدخل في وقت متأخر، فإن التخطيط لإجراءات محددة للكشف والتحويل من المراحل الأولى في إعداد البرامج أمر ضروري لضمان وصول الخدمة لمن يحتاجها في الوقت المناسب ولضمان فاعلية أكبر للتدخل.

ب- وجود فلسفة وأهداف واضحة للبرنامج: لا بد أن يكون لأي برنامج فلسفة واضحة ذات مرجعية علمية تدعم وجود البرنامج وتعمل بوصفها موجهًا ومرشدًا في تخطيط العمل وتنفيذه مع الطفل وأسرته. يتضح في هذه الفلسفة توجه البرنامج من حيث توجه الممارسات ومكان تقديم الخدمة ومن حيث نموذج عمل الفريق. كما يتضح هنا الإطار المفاهيمي النظري الذي سينطلق منه البرنامج في تقديم العلاج والتدريب، والذي ستبنى على أساسه الأنشطة الخاصة بالبرنامج، مثل الإطار السلوكي (Behavioral)، الوظيفي (Functional)، المعرفي (Cognitive) التطويري (Developmental)، العلاجي (Remedial) والبيئة (Ecological)، وتنبثق من فلسفة البرنامج الأهداف العامة على صعيد البرنامج ككل، والتي تشمل الأهداف الخاصة بالطفل والأسرة والمجتمع.

ج-تجهيز المكان والأدوات: بغض النظر عن النموذج الذي يتبناه البرنامج من حيث مكان تقديم الخدمة سواءً أكان في المنزل أم المركز أم الاثنين معًا، لا بد من وجود مركز معين ينطلق منه البرنامج، ويتحدد حجم هذا المكان أو المركز وفق استعمالاته. إن تجهيز المكان من حيث توفير البيئة الإيجابية والدافئة والمثيرة أمر ضروري جدًا،

بقدر أهمية تجهيز المكان بالأدوات العلاجية والتربوية المناسبة. فاختيار المواد والأجهزة والبرامج التربوية والعلاجية يجب أن يكون ملائم للفئة العمرية ونوع الإعاقة التي يتوقع أن يخدمها البرنامج. وكلما توافرت المصادر المرجعية كالبرامج التدريبية والكتب والمجلات العلمية كلما انعكس ذلك إيجابًا على أداء الفريق العامل.

د-إعداد فريق العمل: يبدأ إعداد فريق العمل باختيار الأعضاء حسب فئات الأطفال المستهدفة وحجم العمل المتوقع. وكلما كان الفريق شاملًا، يضم أكبر عدد ممكن من التخصصات التربوية والتأهيلية والتنموية، كلما كانت فاعلية الخدمة أكبر. ويشمل إعداد الفريق عملية تدريبه أثناء الخدمة. وبالإضافة إلى اختيار الفريق وتدريبه، لا بد من التخطيط لمستقبل عملية التواصل والتعاون فيما بين أعضاء الفريق وذلك حسب فلسفة البرنامج من حيث النموذج المتبنى في أسلوب عمل الفريق.

هـ-تحديد الأنشطة والإجراءات: وهي الطرق التي سيجري من خلالها تحقيق الأهداف العامة للبرنامج والأهداف الخاصة بكل حالة، ويجب أن تكون متماشية مع الفلسفة العامة. تتحدد هنا خطوات عريضة يمكن تعديلها تبعًا للحاجة إلى كل هدف، مثلًا فيما يتعلق بهدف الدعم الأسري، تتحدد أنشطة معينة مثل الاجتماعات الدورية للفريق والأسرة، صياغة خطة فردية أسرية، تسهيل تطور مجموعات الدعم فيما بين الأسر داخل البرنامج، تنفيذ دورات تدريبية للأسر... وغيرها.

كما تحدد الممارسات من حيث مدة الخدمة وكثافتها وأسلوب التدريب الفردي أو الجمعي، وكذلك الأساليب التدريبية والعلاجية حسب الإطار والفلسفة النظرية للبرنامج.

و-تحديد آلية معينة للتقويم والمتابعة: إن المتابعة المستمرة لمستوى تحسين أداء الأطفال والأسر ضروري لإجراء التعديلات المناسبة على خطط التدخل، وكذلك ضمان فاعلية الخدمة وقدرتها على تحقيق الأهداف بشكل موضوعي وعلمي. لذا فإن وجود نظام معين لتحديد التطور على مستوى الطفل والأسرة يجب أن يخطط له بشكل دقيق. ولا بد من أن يتحدد فيه أدوات وطرق ملاحظة علمية مناسبة لقياس تحقيق الأهداف الخاصة بكل حالة. ويتحدد فيه أيضًا متى ستتم عمليات التقويم المختلفة (السنوي، الشهري، الفصلي، الأسبوعي، أو اليومي) ومن سيقوم بتقويم الأبعاد أو النواحي المعينة المتعلقة بالطفل والأسرة.

ز-التخطيط لتقويم البرنامج: إن البرامج المعدة بشكل يلبي حاجات المجتمع المحلي تعم نتائجها الإيجابية بشكل أكبر وتكون أكثر قدرة على البقاء والاستمرارية؛ لذا لا بد من التخطيط المسبق لعملية تقويم البرامج للوقوف على فاعليتها في تنمية حاجات المجتمع وتحقيق الأهداف وإجراء التعديلات التي من شأنها أن تحسن أداء البرنامج. فالتخطيط المسبق لهذه العملية يضمن وجود البيانات والمعلومات المطلوبة عند الحاجة إليها لإجراءات التقويم، مما يؤمن استمرارية البرنامج بشكل يخضع للتعديل والتطوير المستمريين وفق الحاجة. تُعدُّ الفترة الزمنية ما بين ثلاث إلى خمس سنوات كافية لإثبات فاعلية البرامج التربوية أو العلاجية، والتي يجب أن يحكم على أدائها بطرق موضوعية بعيدة عن الآراء والأحكام الشخصية عند بعض الأفراد.

وبعد استعراض الأدبيات الخاصة في التدخل المبكر على المستوى الدولي، لا بد من الإشارة إلى واقع الخدمات المقدمة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة والتطورات التشريعية والاجتماعية والمؤسسية المساهمة في الارتقاء بواقع الخدمات، حيث شهد الأردن تقدمًا كبيرًا في مجال تقديم الخدمات التشخيصية والصحية والتربوية والتأهيلية

والاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة. فقد شكل صدور قانون حقوق الأشخاص المعوقين رقم (٣١) لسنة ٢٠٠٧، وما تمخض عنه من إنشاء مؤسسات تهتم بشؤون الأشخاص ذو الاعاقة والمتمثل في المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين بإرادة ملكية سامية، والذي يعمل على رسم السياسات، والتنسيق بين مختلف الجهات المسؤولة عن تقديم الخدمات، الى جانب صدور الاستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة بمرحلتيها الأولى (٢٠٠٧-٢٠٠٩) والثانية (٢٠١٠-٢٠١٥) والبدء بتنفيذها. وبناء على ذلك فقد حقق الأردن تقدمًا ملموسًا على مختلف المؤشرات الخاصة بتنمية الموارد البشرية للأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال التشريعات والسياسات التي تدعم حق الأشخاص ذوي الإعاقة بالاندماج الاجتماعي والتمتع بحياة كريمة، والتوسع الكمي والتطور النوعي في الخدمات التعليمية والصحية والاجتماعية التي تمكنهم من الاعتماد على أنفسهم وتمكينهم اقتصاديا واجتماعيا للتعامل مع متطلبات الحياة المعاصرة، والعمل المستمر على الربط بين حقوق الاشخاص ذوي الاعاقة واحتياجاتهم وخطط الدولة التنموية (الخالدي،٢٠١١).

وفي الأردن تنتشر العديد من المؤسسات والمراكز الحكومية والخاصة والتّطوّعيّة، التي تقدم خدماتها إلى فئات الأشخاص ذوي الإعاقة تبعًا لمنطلقات وأسس مرجعية مختلفة، دون وجود تحديد دقيق أو تخصيص لأنواع الإعاقة التي تخدمها، واستهداف مدى واسع من الأعمار، مما يجعل الصفة المحددة لبرامج التدخل المبكر لدى معظم المراكز غير واضحة؛ الأمر الذي يجعل من المعتقد أنه يؤثر في فاعلية الخدمات والبرامج وجودتها. ومع الاهتمام المتزايد لدى الجهات الإشرافية والإدارية والرقابية والتشريعية بتوجيه خطط التطوير تبعًا لأسس منهجية، وبروز الحاجة الماسة لوجود أُسس تقييميه لأداء المراكز في إطار معايير ذات مواصفات عالمية، وفي ظل غياب الهوية المحددة لمراكز التدخل المبكر في الأردن، برزت الحاجة إلى إجراء تقييم شامل لواقع خدمات وبرامج التّدخّل المبكّر في المملكة للفئات العمريّة من عمر سنتين ولغاية خمس سنوات من خلال تحقيق الأهداف التالية:

١. اعداد وتطوير معايير إجرائية وطنية تمثل إطارًا مرجعيًّا لتقييم الخدمات والبرامج المقدّمة في مجال التدخل المبكر.
٢. مسح واقع خدمات وبرامج التدخل المبكر في المملكة للفئات العمريّة من عمر سنتين ولغاية خمس سنوات.
٣. الحكم على فاعليّة الخدمات والبرامج المقدّمة في التدخل المبكر في المملكة في إطار المعايير الإجرائية الوطنية.
٤. إصدار كتيب يحتوي على توزيع مراكز خدمات وبرامج التدخل المبكر في إطار رؤيتها وسياساتها، وموقعها الجغرافي، ووصف خدماتها وبرامجها والفئات العمرية المستهدفة فيها.
٥. تأسيس نظام تقييم نقطي لتصنيف المراكز المقدمة لخدمات التدخل المبكر للفئات العمريّة من عمر سنتين ولغاية خمس سنوات.

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المراكز التي تقدّم خدمات وبرامج للأشخاص ذوي الإعاقة في المملكة الأردنية الهاشمية، والموزعة جغرافيًا على (١٢) محافظة، حيث بلغ عدد المراكز حسب الدليل الارشادي لمؤسسات التربية والصادرة على المجلس عام ٢٠١٤ (٣٤١) مؤسسة، حيث تم فرز وتحديد المراكز التي تقدم خدمات لفئات الإعاقة المختلفة، والتي يبلغ عددها (٢٨٨) مركز.

أمّا عينة الدراسة فقامت على إجراء مسح شامل لجميع المراكز التي تقدم خدمات وبرامج للأشخاص ذوي الإعاقة في المملكة الأردنية الهاشمية، بناء على البيانات المكتملة والمسترجعة من المراكز والتي بلغت (٢٦٠) بنسبة استرجاع (٩٠,٢٪) ويبن الجدول (١) أعداد المراكز موزعةً على المحافظات، ونوع الإعاقة التي تخدمها.

جدول (١)

أعداد المراكز موزعةً على المحافظات ونوع الإعاقة التي تخدمها

	عمان (١٠٨)	الزّرقاء (٣٢)	البلقاء (١٣)	مأدبا (٩)	اربد (٥٤)	عجلون (٦)	المفرق (٢٠)	جرش (٥)	معان (٨)	الكرك (١٩)	الطفيلة (٥)	العقبة (٩)	المجموع (٢٨٨)
بصريّة	٦	٢	١		٤								١٣
اضطرابات توحّد	٨	١											٩
نفسية	١												١
حركية	٨	١			٤		١		١	١			١٦
سمعيّة	١٠	٧	٤	٤	٨		١		١		١	١	٣٧
شلل دماغي	٢	١	١	١	٢					١		٢	١٠
صعوبات تعلم	١				٢		١			١			٥
ذهنية	٤٠	٩	٤	٣	١٣	٣	٧		١	٥	١	١	٨٧
ذهنية واضطراب التوحّد	١	١			٣					٢		١	٨
متعدّدة	٣١	١٠	٣	١	١٨	٣	١٠	٥	٥	٩	٣	٤	١٠٢

أداة الدراسة

لغايات تحقيق أهداف الدراسة تم بناء أداة تقييم لواقع برامج وخدمات التدخل المبكر في الأردن، من خلال مراجعة مجموعة من الوثائق المتضمنة لمعايير عالمية شملت تجارب كل من الولايات المتحدة الأمريكية، والدول الأوروبية، وروسيا، وكندا، وكانت الوثائق التي خضعت للمراجعة تتمثل في: المعايير الإجرائية لإدارة الصحة العامة بولاية ماساتشوستس الأمريكية (Massachusetts Department of Public Health, 2013) **ومعايير التّدخّل المبكّر لإدارة الصحة بولاية نيويورك** (State of NewYork Department of Health)، **ومعايير وزارة تنمية الطفولة والأسرة بمقاطعة بريتس كولامبيا** Ministry of Children and Family (Development, 2009) **والمنظمة الدولية لحقوق الإنسان للتدخل المبكر للأشخاص ذوي الإعاقة** (Brown & Guralnick , 2012)، **ومعايير جمعية التّدخّل المبكّر للطفولة الروسية** (Association of Early Childhood Intervention in Russia) **والتقرير الختامي للدراسة الوطنية للطفولة والتدخل المبكر**

(Hebbeler, Spiker, Bailey, Scarborough, Mallik, Simeonsson, Singer, Nelson, 2007) **والتّدخّل المبكّر في الطفولة تحليل الواقع في أوروبا: المظاهر الأساسية والتوصيات الصادرة عن الوكالة الأوروبية للنمو في تعليم الفئات الخاصة** European Agency for Development in Special Needs Education , 2005

وفي إطار هذه المراجعات جرى تحديد عشرة مجالات أساسية لتقييم عمل مراكز التدخل المبكر اتفقت عليها معظم الوثائق التي خضعت للمراجعة وفيما يأتي وصف لكل واحد منها:

البُعد	عدد الفقرات	التعريف
تحديد الفئة المستهدفة		تقدم خدمات التّدخّل المبكّر إلى فئات الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة جسمية أو عقلية أو الأطفال الذين لديهم تأخر نمائي، أو ممن لديهم مؤشرات خطورة للتأخر النمائي، منذ الولادة إلى ما دون سن السادسة. ويجري تحديدها من خلال طبيعة الخدمات وأعمار الأطفال المستفيدين من الخدمة.
تقييم الإدارة والتنظيم في المؤسسة	٤٠	تشير إلى وجود هيكل تنظيمي بأهداف واضحة ومحددة، يُعيَّن له مدير فني وسكرتير وفريق عمل، وتُحدد فيه لوائح تشمل الخدمات المقدمة في المؤسسة، والأسس الواجب الالتزام بها من قبل الجميع أثناء العمل، ويعمل الأخصائيون العاملون فيه على وضع خطة وجدول زمني كلٌ منهم تبعًا لطبيعة عمله.
تحديد الأخصائيين المشاركين في برنامج التّدخّل المبكّر والمهام الموكلة إليهم	١٢	وتشير إلى الأنشطة التي ينبغي تقديمها في برنامج التّدخّل المبكر من خلال اجتماع فريق متعدد التخصصات لتحديد ما يتناسب واحتياجات الطفل والأسرة، والمؤهلات العلمية التي يحملها الأخصائيون واللازمة للتعامل مع الأطفال الصغار ذوي الإعاقة، كما ويتضمن المعارف والمهارات اللازمة في مجال التقييم والتخطيط، والتنمية المهنية، والقدرة على عقد الجلسات والمشاورات للأسر والأطفال، وتطوير رأي مشترك في تلك المناقشات، وتقاسم المعرفة المهنية مع فريق العمل، والعمل على تفعيل الحلقات النقاشية بين أعضاء الفريق لتحليل حالات ملموسة في برامج التّدخّل المبكّر.
المباني والمعدات والتجهيزات بما يتناسب مع برنامج التّدخّل المبكّر	١٤	ويشير إلى التجهيزات الضرورية في المؤسسات التي تقدم خدمات التّدخّل المبكّر مثل: تجهيز مساحة للعمل المشترك بين أعضاء الفريق، وتجهيز المعدات المكتبية اللازمة مثل (أجهزة الكمبيوتر، والطابعة، ومعدات الأعمال مع الفيديو والصور)، وتجهيز مكان لتخزين الألعاب والمعدات التقنية، وتوفير وسائل الاتصال اللازمة.
التوثيق وحفظ السجلات	٣١	يعد التوثيق وحفظ السجلات من الأمور المهمة التي يجب مراعاتها في برامج التّدخّل المبكّر، وعليه فلا بد من وجود قواعد واضحة يتبعها فريق العمل بشأن حفظ السجلات والملفات الخاصة بالأفراد الذين قبلوا في برنامج التّدخّل المبكّر، واعتماد نماذج موحدة لكل من سجلات نتائج الاجتماع الابتدائي، وسجلات نتائج التقييم متعدد التخصصات، والسجلات الخاصة بنقل المعلومات عن العائلة والطفل للخدمات الأخرى والمنظمات.
الوصول لخدمة التّدخّل المبكّر	٩	ويشير إلى تقديم المسؤولين في برامج التّدخّل المبكّر للمنتفعين جميع المعلومات المتعلقة بكيفية حصولهم على الخدمات التي يحتاجون إليها، وكذلك وجود نظام ينسق عملية التفاعل بين الرعاية الصحية والاجتماعية والمنظمات التعليمية مع نظام خدمات التّدخّل المبكّر لإحالة الأطفال المحتاجين للرعاية في الوقت المناسب.

البُعد	عدد الفقرات	التعريف
إجراء التقييم متعدد التخصصات	٢٣	يشير إلى أن عملية التقييم تتطلب وجود اثنين في أقل تقدير من المهنيين من مختلف التخصصات ليتمكنا من تقدير نمو الطفل في جميع الجوانب النمائية، ويجري التقييم الأولي من خلال اجتماع أولي يُعقد مع أسرة الطفل، إذ يشارك الآباء في التقييم الأولي للطفل مع أعضاء فريق العمل، بينما يجري التقييم العميق بعد المناقشة التي يجريها أعضاء الفريق والأخصائيون، وبعدها تُناقش نتائج التقييم من قبل الأخصائيين والأسرة بحيث تشكل هذه النتائج الأساس لوضع برنامج التدخل.
تطوير وتنفيذ برامج التدخل المبكر	٢٥	يشير إلى مكونات البرنامج والمتضمن قائمة من الإجراءات التي تساعد في الوصول إلى نتائج رئيسة متوقعة ومنها؛ مشاورة خبراء آخرين، جلسات العلاج المنزلية، ووصف للاستراتيجيات التي تساعد على الالتزام بمدة البرنامج، وتحديد أشكال العمل (جلسات فردية، جلسات جماعية، مشاورات، الخ)، وطريقة عقد الاجتماعات الأسبوعية، وكذلك تحديد أعضاء الفريق المشاركين في البرنامج، ومدير الحالة في المركز.
إغلاق البرامج والانتقال إلى غيرها من الخدمات	١٢	ويشير إلى تعاون فريق العمل مع المنظمات والمؤسسات الأخرى في برنامج التّدخّل المبكّر لتسهيل عملية انتقال الأطفال والأسر، حيث يجري توقيع اتفاقيات حول نظام التعليم ونظام الرعاية الصحية والاجتماعية لنقل الأطفال من البرنامج، ويجري تنظيم لقاء يجمع أعضاء الفريق بالمتخصصين في رياض الأطفال قبل زيارة الطفل الأولى لهم، ويكون المسؤول عن عملية انتقال الطفل أحد أعضاء الفريق المختص.
تقييم خدمات برنامج التدخل المبكر	٧	ويشير إلى نتائج التقييم لتحليل أنشطة الخدمات لاتخاذ قرار بتطوير الخدمات وتحسينها، وذلك من خلال تحديد مؤشرات كمية ونوعية لتحليل كفاءة الخدمات، ومن ثم إجراء الهيكلة والتخطيط للأنشطة تبعًا لنتائج التقييم مثل (أشكال العمل، وتطوير الخدمات، والأنشطة الجديدة، وإعادة توزيع أشكال العمل وفق الجدول المعتمد من أعضاء الفريق، الخ).

صدق أداة الدراسة:

تتمتع أداة الدراسة بالصدق الظاهري كونها أُعِدَّت بناءً على مراجعة للمعايير العالمية في مجال التدخل المبكر، إلى جانب ذلك فقد استُمدت بنود الأداة من قائمة المعايير الإجرائية التي جرى بناؤها لغايات تقييم برامج وخدمات التدخل المبكر والتي نوقشت من قبل مجموعة من المهتمين والعاملين في المراكز التي تقدم خدمات التدخل المبكر في الأردن للتحقق من ملاءمة بنودها ووضوحها إجرائيًا، وذلك من خلال مجموعات بؤرية عُقدت لهذه الغاية، بالإضافة إلى أن الأداة عُرضت على أربعة متخصصين وخبراء أكاديميين من ذوي الاختصاص في مجال تقديم خدمات التدخل المبكر فقاموا بتقديم مجموعة من الملاحظات تتعلق بوضوح الفقرات وانتمائها إلى المجالات التي تقيسها، حيث جرى تضمين جميع الملاحظات التي أبداها المحكمين، كما أن الأداة خضعت لمراجعة من قبل المجلس الأعلى للأشخاص ذوي الإعاقة، والذي بدوره اعتمدها في صورتها النهاية للتطبيق.

ثبات أداة الدراسة:

لغايات التحقق من ثبات الأداة أُجري حساب ثبات الاتساق الداخلي المحسوب بمعادلة كرونباخ ألفا، ويبيِّن الجدول (٢) قيم معاملات الثبات لمجالات الأداة والدرجة الكلية لها.

جدول(٢)

معاملات ثبات كرونباخ ألفا لمجالات الأداة والدرجة الكلية لها.

البُعد	معامل الثبات
تقييم الإدارة والتنظيم في المؤسسة.	٠,٩٦
تحديد الأخصائيين المشاركين في برنامج التّدخّل المبكّر والمهام الموكلة إليهم.	٠,٩٦
المباني والمعدات والتجهيزات بما يتناسب مع برنامج التّدخّل المبكّر.	٠,٩٥
التوثيق وحفظ السجلات.	٠,٩٦
الوصول لخدمة التّدخّل المبكّر.	٠,٩٥
إجراء التقييم متعدد التخصصات.	٠,٩٧
تطوير وتنفيذ برامج التدخل المبكر.	٠,٩٦
إغلاق البرامج والانتقال لغيرها من الخدمات.	٠,٩٦
تقييم خدمات برنامج التدخل المبكر.	٠,٩٧
الأداة ككل	٠,٩٨

يتضح من الجدول (٢) أن معاملات ثبات أبعاد الأداة تراوحت ما بين (٠,٩٥-٠,٩٧) وأن معامل ثبات الأداة ككل بلغ (٠,٩٨) وتعد هذه المعاملات مرتفعة وتفي بأغراض الدراسة الحالية.

إجراءات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية فقد جرى اتباع الخطوات الآتية:

١. مراجعة الأدبيات الخاصة في برامج التدخل المبكر على المستوى العالمي واشتقاق المعايير الخاصة بتقييمها.
٢. بناء الأداة بصورتها الأولية والتحقق من صدقها، حيث جرى الأخذ بمعظم ملاحظات المحكمين الخاصة بوضوح في صياغة بنود الأداة.
٣. إخراج أداة الدراسة بشكلها النهائي واعتمادها من قبل المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين.
٤. تشكيل فريق البحث الميداني والمكون من (١٨) باحثًا وباحثة ممن يحملون مؤهلات علمية في مجالات العلوم الاجتماعية والإنسانية.

٥. الحصول على كتاب تسهيل مهمة من قبل المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين، والحصول على الموافقات من قبل وزارة التنمية الاجتماعية، ووزارة التربية والتعليم، ووزارة الصحة وتعميمها على المراكز المعنية كلٌ حسب الوزارة التابع لها.

٦. تدريب فريق جمع البيانات الميداني على عملية جمع البيانات وتوضيح آلية التطبيق في إطار الهدف العام للدراسة، وتعيين مشرفين ميدانيين للتعامل مع الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحثين الميدانين مع تأكيد ضرورة إطلاع الباحث الرئيس للدراسة على جميع التطورات الميدانية خلال مرحلة جمع البيانات.

٧. الاتصال بالمراكز وتحديد مواعيد لزيارتها بعد شرح الهدف من الدراسة.

٨. زيارة المراكز وجمع البيانات منها وفق أداة الدراسة.

٩. إدخال البيانات إلى الحاسب الآلي واستخراج النتائج وكتابة التوصيات.

١٠. إعداد الدراسة.

محددات الدراسة

١. تقتصر نتائج الدراسة الحالية على الفترة الزمنية التي جمعت فيها البيانات والممتدة من ٢٠١٥/١٠/٥ – ٨/١٨.

٢. اتبعت الدراسة الحالية منهج الحصر الشامل لجميع المراكز التي تقدم خدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، حيث جرى استبعاد جميع المراكز التي لا تقدم الخدمات لهذه الفئة.

٣. تقتصر نتائج الدراسة الحالية المراكز تم تعبئة بياناتها والتي شملت (٩٠٪) من المجتمع الكلي للدراسة، بسبب رفض بعض المراكز والمؤسسات التعاون وتعبئة أداة الدراسة، كما أن بعض المؤسسات ليس لها كوادر مقيمة او مقرات تتواجد فيها بشكل دائم يمكن الوصول اليهم.

الصعوبات الميدانية :

نظرًا لاتساع مجتمع الدراسة من حيث عدد المراكز والمناطق الجغرافية التي تتواجد فيها المراكز، وطبيعة صفة المراكز من حيث إن جزءًا منها يتبع جمعيات تطوعية والتي بدورها لا تتبع نظام دوام كامل وعليه فإن الصعوبات التي واجهت فريق البحث تتمثل في الجوانب الآتية:

أ. عدم وضوح المواقع الجغرافية لمجموعة من المراكز أو انتقالها إلى مواقع أخرى.

ب. تحفُّظ مدراء بعض المراكز على إعطاء التصريح لتقديم خدمات التدخل المبكر، كونها من الخدمات التي لا تحمل ترخيصًا مباشرًا من قبل الوزارات المعنية.

ج. عدم التفرُّغ التام لمدراء بعض المراكز وصعوبة الوصول إليهم بشكل مباشر، مما تطلب تحديد عدة مواعيد معهم بهدف لقائهم.

د. طلب بعض المؤسسات والمراكز لكتب تسهيل مهمة موجة إليهم مباشرة، مما استدعى التواصل معهم من خلال مديرية الدراسات والتطوير المؤسسي في المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين.

هـ. التعرض الى مجموعة من الطلبات التي لا تقع ضمن اختصاص فريق البحث، مثل تزويدهم بوسائل نقل، او تأثيث او توفر دعم مالي، او عيني للمراكز مما أعاق زيارة الباحثين، واطال مدة اللقاء، او الاضطرار الى إعادة الزيارة مرة أخرى للمركز، او المؤسسة.

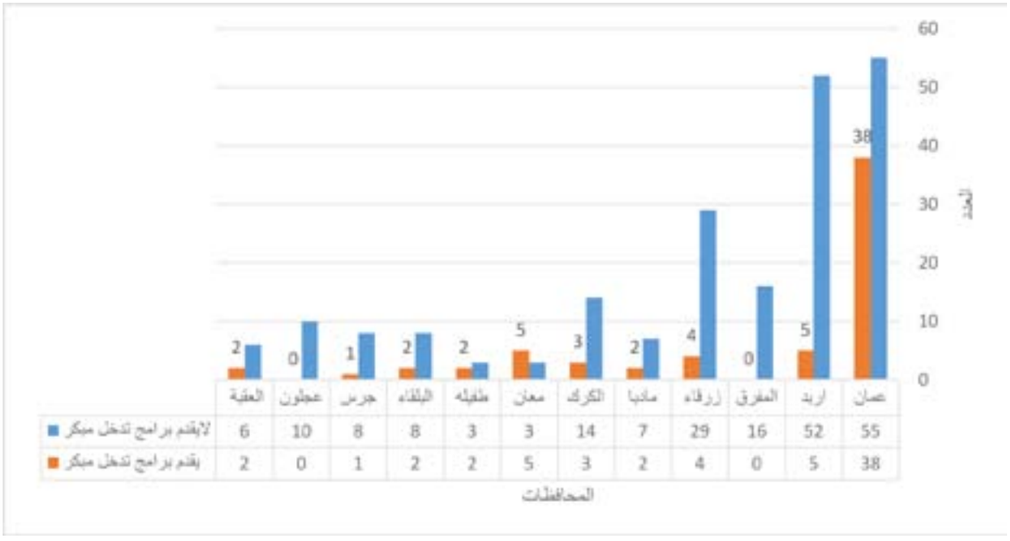
الفصل الرابع: نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى دراسة واقع خدمات وبرامج التدخل المبكر في المملكة الأردنية الهاشمية للفئات العمريّة من عمر سنتين إلى خمس سنوات. وبعد جمع بيانات الدراسة وتحليلها جرى التوصل إلى مجموعة من النتائج والتي ستُعرض وفقًا لمحورين: المحور الأول وهو خصائص مراكز التدخل المبكر والعاملين فيها، أما المحور الثاني فهو نتائج تقييم مراكز التدخل المبكر في الأردن وفيما يأتي عرض للنتائج التي جرى التوصل إليها.

اولاً: خصائص مراكز التدخل المبكر والعاملين فيها

رسم بياني (١)

أعداد المراكز التي تقدم خدمات تدخل مبكر والمراكز التي لا تقدم خدمات وبرامج التدخل المبكر حسب المحافظات

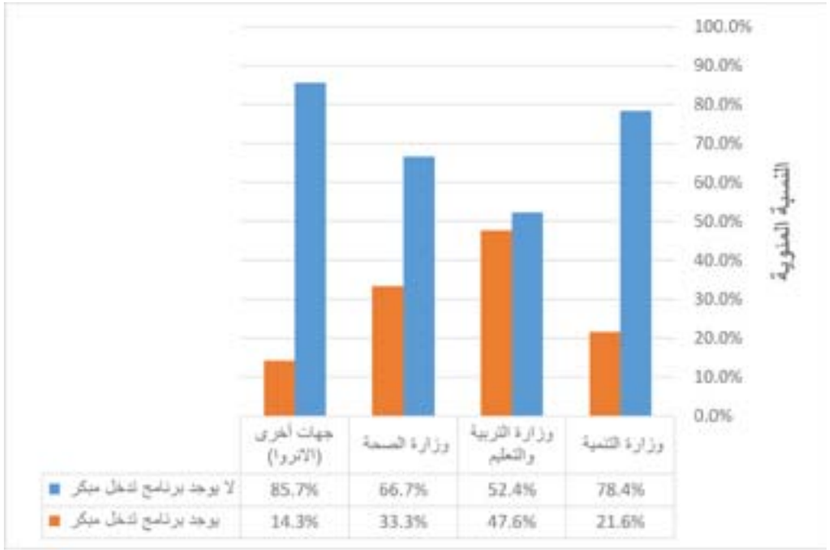


	العقبة	عجلون	جرش	البلقاء	طفيله	معان	الكرك	مادبا	زرقاء	المفرق	اربد	عمان
لايقدم برامج تدخل مبكر	6	10	8	8	3	3	14	7	29	16	52	55
يقدم برامج تدخل مبكر	2	0	1	2	2	5	3	2	4	0	5	38

يتضح من خلال الرسم البياني (١) أن إجمالي عدد المراكز التي تقدم خدمات وبرامج لدى فئات الأشخاص ذوي الإعاقة والتي تم حصرها واستكملت بيانات الدراسة بلغت (٢٦٠) مركزًا موزعةً على جميع محافظات المملكة، يقدم (٦٤) مركزًا منها خدمات تدخل مبكر أي ما نسبته (٢٤,٢٣٪) من إجمالي مراكز رعاية وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة في الأردن. وحول توزيع أعداد مراكز التدخل المبكر على محافظات المملكة فقد اشتملت محافظة العاصمة على أكبر عدد من المراكز التي بلغت (٣٨) مركزًا، كما بلغ عدد المراكز التي تشتمل على خدمات التدخل المبكر في محافظة اربد (٥) مراكز، بينما بلغ عدد مراكز التدخل في محافظة الزرقاء (٤) مراكز، وكان هنالك (٣) مراكز تدخل مبكر في محافظة الكرك، وبلغ عدد مراكز التدخل المبكر في محافظة معان (٥) مراكز، وأما محافظات الطفيلة والبلقاء والعقبة ومأدبا فقد بلغ عدد مراكز التدخل المبكر مركزين في كل منها، وقد بلغ عدد مراكز التدخل المبكر في محافظة جرش مركزًا واحدًا فقط. ولم يكن هنالك مراكز تدخل مبكر في كلٍّ من محافظتي عجلون والمفرق.

رسم بياني (٢)

نسب المراكز التي تقدم خدمات تدخل مبكر والمراكز التي لا تقدم خدمات وبرامج تدخل المبكر حسب الجهة المشرفة

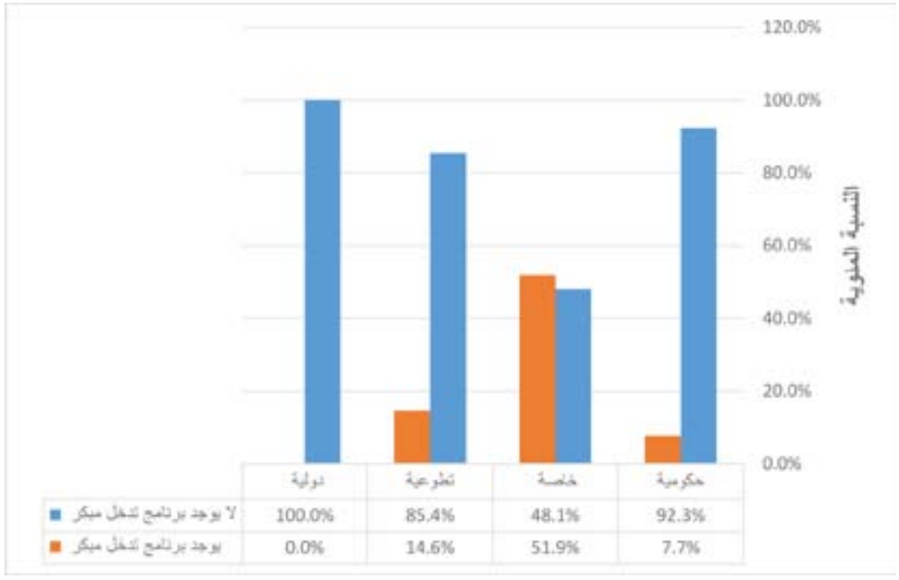


	جهات أخرى (الاتروا)	وزارة الصحة	وزارة التربية والتعليم	وزارة التنمية
لا يوجد برنامج لتدخل مبكر	85.7%	66.7%	52.4%	78.4%
يوجد برنامج لتدخل مبكر	14.3%	33.3%	47.6%	21.6%

تتضح من خلال الرسم البياني (٢) نسب مراكز التدخل المبكر بناءً على الجهة المشرفة على المراكز، حيث نجد أن (٢١,٦٪) من المراكز المشرفة عليها وزارة التنمية تقدم خدمات التدخل المبكر، كما أن (٤٧,٦٪) من المراكز التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم تقدم خدمات التدخل المبكر، وأن (٣٣,٣٪) من المراكز التي تشرف عليها وزارة الصحة تقدم خدمات التدخل المبكر في مجالات الخدمات التأهيلية المساندة، كذلك فإن ما نسبته (١٤,٣٪) من المراكز التي تشرف عليها وكالة الغوث تقدم خدمات التدخل المبكر.

رسم بياني (٣)

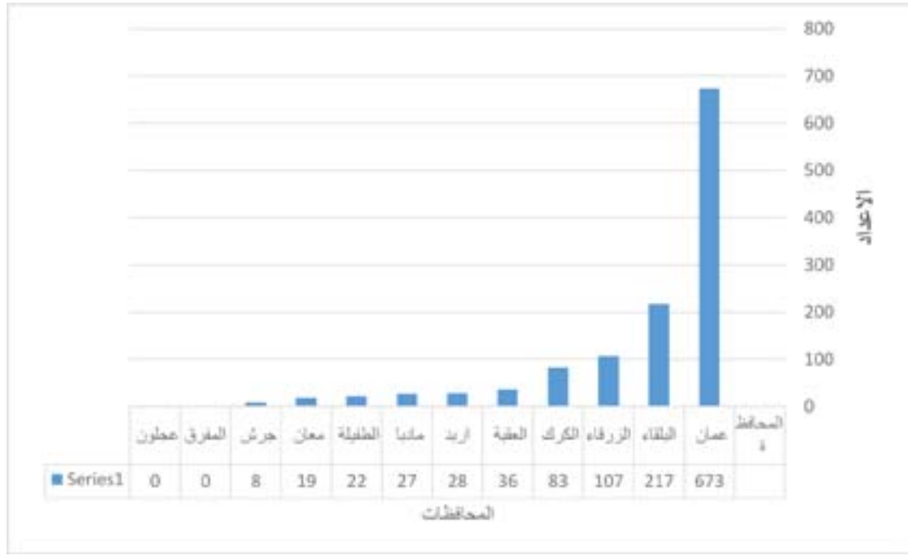
نسب المراكز التي تقدم خدمات وبرامج تدخل مبكر حسب صفة المؤسسة



يتضح من خلال الرسم البياني (٣) نسب مراكز التدخل المبكر بناءً على صفة المركز؛ إذ إن (١٤,٦٪) من المراكز ذات الصفة التطوعية تقدم خدمات تدخل مبكر، و (٥١,٩٪) من مراكز القطاع الخاص تقدم خدمات تدخل مبكر، و (٧,٧٪) من المراكز الحكومية فحسب تقدم خدمات تدخل مبكر، وتفاصيل توزيع جهات الاشراف والمحافظات واسمائها مدرجة بالملحق رقم (٢).

رسم بياني (٤)

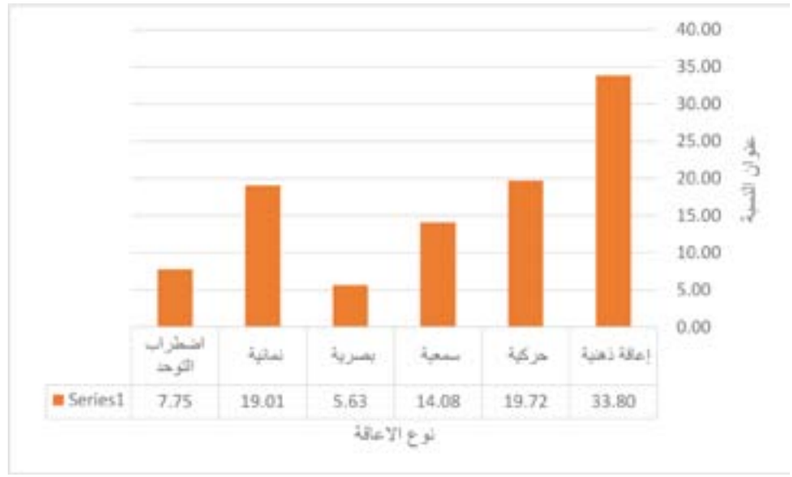
أعداد الأطفال الذين يتلقون خدمات تدخل مبكر موزعين على المحافظات



بلغت المجموع الإجمالي لأعداد الأطفال الملتحقين في برامج ومراكز التدخل المبكر (١٢٢٠) موزعين كما يبين الرسم (٤) على محافظات المملكة حيث تركّز العدد الأكبر منهم في العاصمة عمان التي ضمت مراكزها (٦٧٣) طفلًا، تليها البلقاء التي بلغ عدد الطلبة الملتحقين بمراكزها (٢١٧) طفلًا، كما بلغ عدد الملتحقين ببرامج التدخل المبكر في الزرقاء (١٠٧) أطفال، أما محافظة الكرك فقد بلغ عدد الأطفال الملتحقين بمراكز التدخل المبكر فيها (٨٣) طفلًا، كما بلغ عدد الأطفال الملتحقين ببرامج وخدمات التدخل المبكر في محافظة العقبة (٣٦) طفلًا، أما محافظة إربد فقد بلغ عدد الأطفال الملتحقين بمراكز التدخل المبكر فيها (٢٨) طفلًا، وقد بلغ عدد الأطفال الملتحقين بمراكز التدخل المبكر في كلٍّ من محافظات مأدبا والطفيلة ومعان وجرش بالترتيب (٢٧، ٢٢، ١٩، ٨).

رسم بياني (٥)

النسب المئوية لتوزيع مراكز التدخل المبكر على الإعاقات التي تخدمها.



يتضح من الرسم (٥) أن (٣٣,٨٠٪) من مراكز التدخل المبكر تخدم الإعاقة الذهنية، و(١٩,٧٢٪) منها تخدم الإعاقة الحركية، و(١٩,٠١٪) منها تخدم فئة الاضطرابات النمائية، و(٧,٧٥٪) منها تخدم فئة التوحد، كما أن (٥,٦٣٪) منها تخدم الإعاقة البصرية.

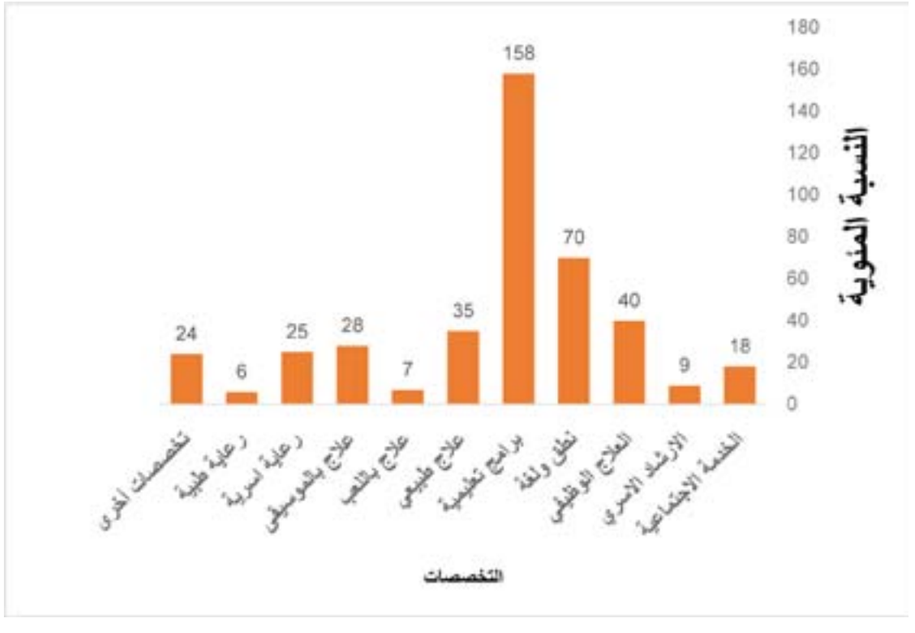
رسم بياني (٦)

النسب المئوية لتوزيع البرامج والخدمات المستخدمة في برامج التدخل المبكر.

يتضح من الرسم البياني (٦) أن (٧١,٨٨٪) من البرامج المستخدمة تعتمد على البورتيج وأدواته في التدخل المبكر، كما أنها تعتمد على برامج خاصة بالمؤسسة أو نوع الإعاقة التي تخدمها (تجميع لعدد من المكونات باجتهاد المركز) وفقًا للنسبة ذاتها، كما بلغت النسبة المئوية لبرامج الخدمات المساندة من علاج وظيفي وطبيعي ونطق (٥٩,٣٨٪)، كما جاءت نسبة برنامج لوفاس (٢٥٪)، أما برنامج التيتيش فقد بلغت نسبة استخدامه في برامج التدخل المبكر (٩,٣٨٪)، وقد شكلت الخدمات الأساسية والتقييم (الخاصة بدراسة الحالة، وتقييم خلفية الطفل ومستواه العام) ما نسبته (١٥,٦٣٪)، وقد جاءت نسب كل من برامج تعديل السلوك والبكس والبرامج التوعوية للأهل بالترتيب (٣,١٣٪، ٦,٢٥٪، ٣,١٣٪) وقد استخدم برنامج كاليفورنيا بنسبة (١,٥٦٪).

رسم بياني (٧)

توزيع أعداد التخصصات لدى مراكز التدخل المبكر



يتضح من الرسم البياني (٧) أن معظم أعداد الأخصائيين تمركزت في البرامج التعليمية التربوية، تليها برامج علاج النطق واللغة، وجاءت أعداد العاملين في تخصصات العلاج الوظيفي والطبيعي بالترتيب لتحتل المرتبتين الثالثة والرابعة، كما جاءت أعداد العاملين في مجال العلاج بالموسيقى والرعاية الأسرية والتخصصات الأخرى بالترتيب لتحتل كل من المرتبة الخامسة والسادسة والسابعة، كما أن تخصص الخدمة الاجتماعية جاء في المرتبة الثامنة، وحلّت تخصصات الإرشاد الأسري والعلاج باللعب والرعاية الطبية في كل من المرتبة التاسعة والعاشرة والحادية عشرة.

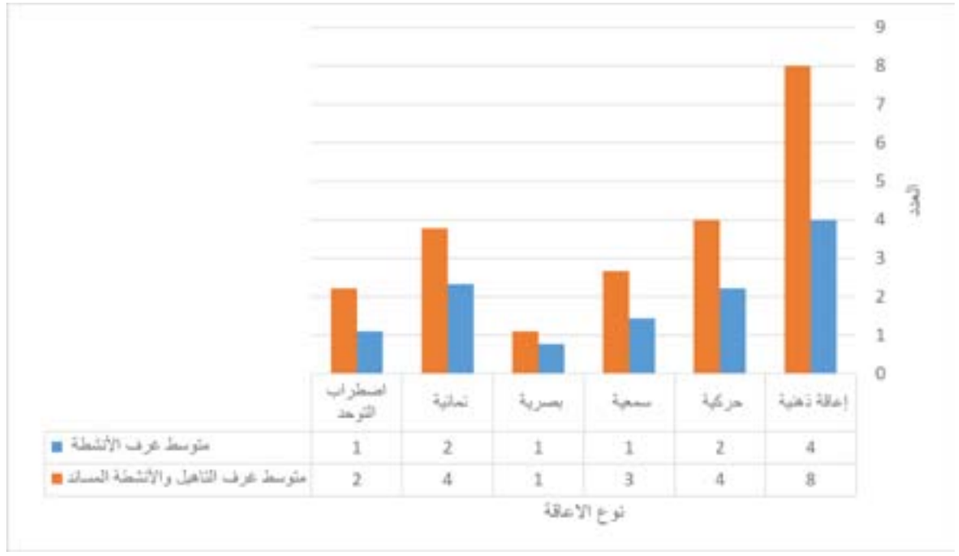
رسم بياني (٨)

المتوسطات الحسابية لأعداد الغرف والمرافق الصحية لمراكز التدخل المبكر.

نلاحظ من خلال الرسم البياني (٨) أن أعلى متوسط كان للمرافق الصحية للأطفال والتي بلغت (٧,٢) مرفقًا، وأن المتوسط الحسابي لعدد غرف الأنشطة بلغ (٤,٣) غرفة، كما أن المتوسط الحسابي لغرف التأهيل المساندة بلغ (٣,٦) غرفة، يليه متوسط المرافق الصحية للعاملين والتي بلغ متوسطها الحسابي (٣,٣) مرفقًا، وجاء متوسط الغرف التي تستخدم للإدارة (٢,٥) غرفة، وجاء متوسط غرف الاجتماعات (١,١) غرفة.

رسم بياني (٩)

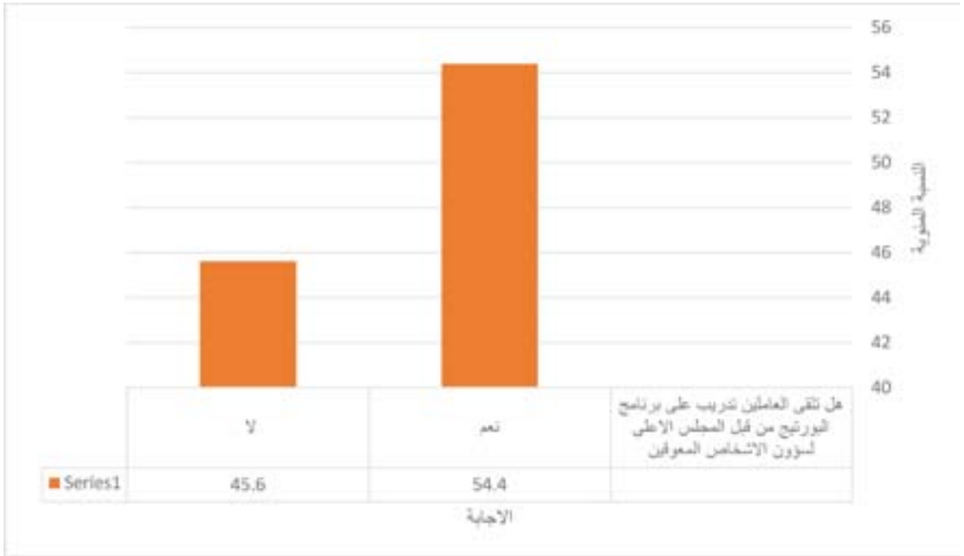
المتوسطات الحسابية لأعداد الغرف والمرافق الصحية لمراكز التدخل المبكر.



نلاحظ من خلال الرسم البياني (٩) يتضح بان متوسطات غرف الأنشطة للإعاقة الذهنية بلغت (٤) في حين ان متوسط غرف التأهيل والأنشطة المساندة لنفس الإعاقة بلغ (٨)، وان متوسط الغرف الأنشطة لذوي الإعاقة الحركية (٢)، فيما بلغ متوسط غرف التأهيل والأنشطة المساندة لنفس نوع الإعاقة (٤)، اما المتوسط الحسابي لغرف الأنشطة لكل من الاعاقات السمعية والبصرية واضطرابات التوحد بلغت (١) لكل منهما اما المراكز التي تخدم الإعاقة النمائية فقد بلغ متوسط عدد غرف الأنشطة فيها(٢)، اما غرف التأهيل والأنشطة المساندة فقد لكل من الاعاقات السمعية والبصرية والنمائية واضطرابات التوحد فقد متوسط الغرف فيها بالترتيب (٣، ١، ٤، ٢).

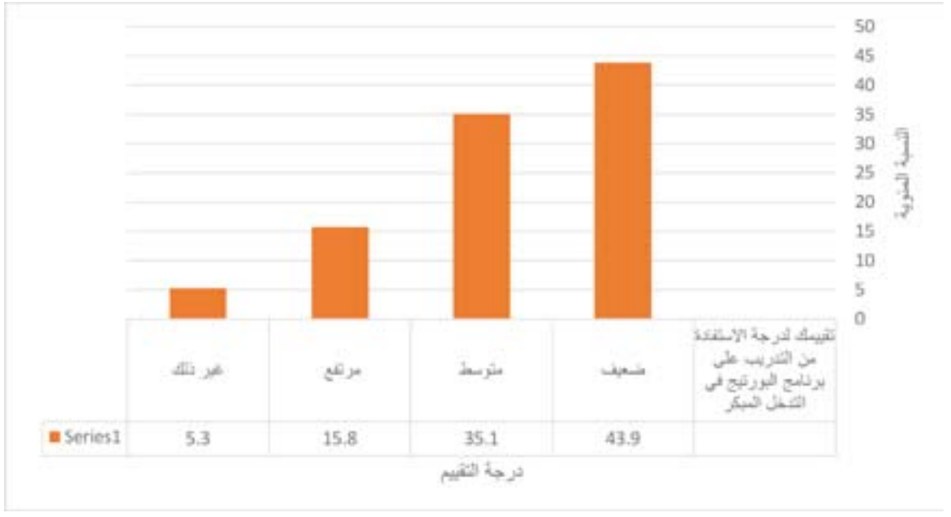
رسم بياني (١٠)

توزيع النسبة المئوية للمشاركين في برنامج البورتيج المقدم من قبل المجلس الأعلى



نلاحظ من خلال الرسم البياني (١٠) أن (٥٤,٤٪) من العاملين في المراكز التي تقدم خدمات تدخل مبكر تلقوا تدريب على برنامج البوريتج من قبل المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين، في حين أن (٤٥,٦٪) من العاملين في مراكز التدخل المبكر لم يتلقوا التدريب على برنامج البوريتج من قبل المجلس الأعلى.

رسم بياني (١١)

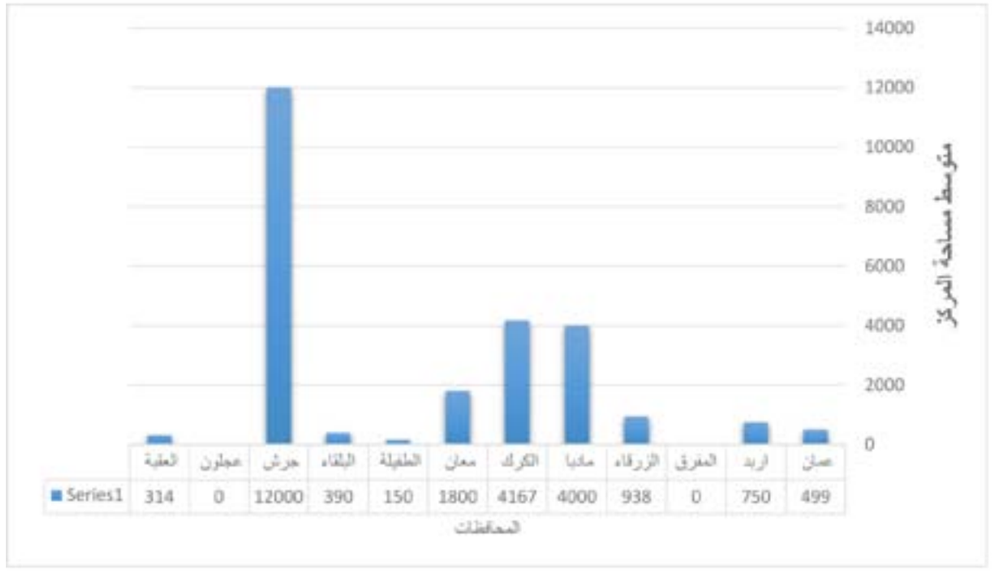


توزيع النسبة لتقييم الاستفادة من برنامج البورتيج في عملهم

نلاحظ من خلال الرسم البياني (١١) أن (٤٣,٩٪) من المتدربين على برنامج البورتيج أشاروا الى درجة الاستفادة منه ضعيفة، وان (٣٥,١٪) من المتدربين على برنامج البورتيج أشاروا الى درجة الاستفادة كانت متوسطة، وان(١٥,٨٪) من المتدربين بينوا بان درجة الاستفادة كانت مرتفعة، في حين(٥,٣٪) من المتدربين أشاروا الى تقييم غير محدد.

رسم بياني (١٢)

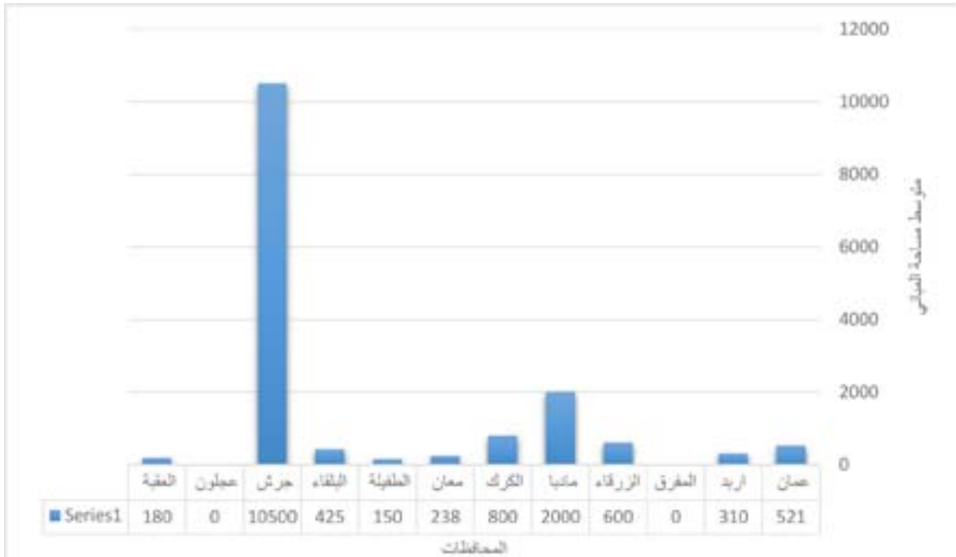
توزيع متوسط مساحات مراكز التدخل المبكر تبعًا للمحافظات



نلاحظ من خلال الرسم البياني (١٢) أن أعلى متوسط مساحة مركز كان في محافظة جرش والذي بلغ (١٢٠٠٠) متر مربع، في حين أن أقل متوسط لمساحات المراكز كان في محافظة الطفيلة والذي بلغ (١٥٠) مترًا مربعًا، كما أن متوسط المراكز الذي بلغ أعلى من (١٠٠٠) متر مربع كان لمراكز التدخل المبكر في محافظات مأدبا، الكرك، معان، كما أن متوسط مساحات المراكز التي قلت عن (١٠٠٠) متر مربع كان من نصيب مراكز التدخل في محافظات العاصمة، إربد، الزرقاء، البلقاء، والعقبة.

رسم بياني (١٣)

توزيع متوسط مساحات مباني مراكز التدخل المبكر تبعًا للمحافظات

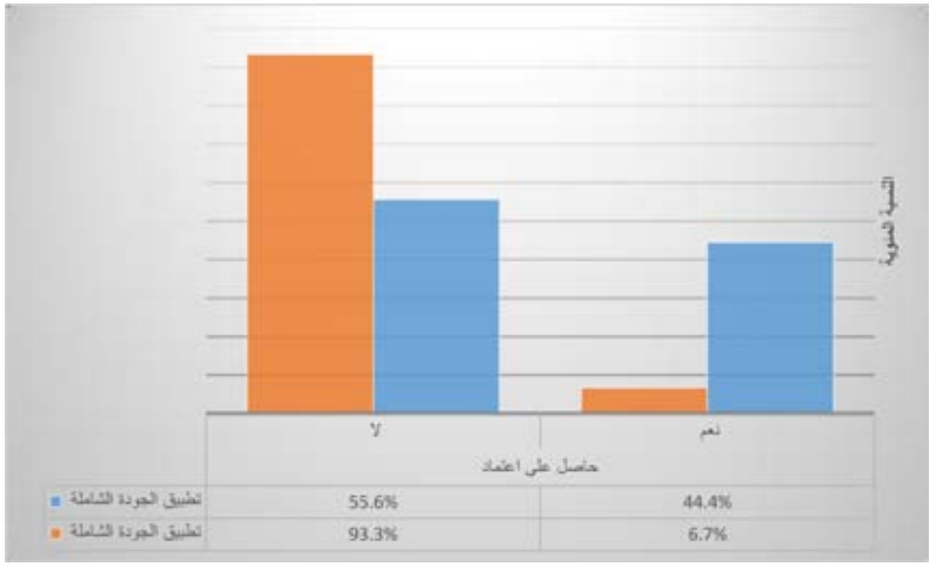


نلاحظ من خلال الرسم البياني (١٣) أن أعلى متوسط لمساحة المباني كان في محافظة جرش والذي بلغ (١٠٥٠٠) متر مربع، في حين أن أقل متوسط لمساحات المراكز كانت في محافظة الطفيلة والذي بلغ (١٥٠) مترًا مربعًا، كما أن متوسط المباني للمراكز الذي بلغ أعلى من (١٠٠٠) متر مربع كان لمراكز التدخل المبكر في محافظة مأدبا، كما أن متوسط مساحات المراكز التي قلت عن (١٠٠٠) متر مربع كانت في محافظات العاصمة، إربد، الزرقاء، البلقاء، والعقبة، الكرك، معان.

رسم بياني (١٤)

النسب المئوية للمراكز الحاصلة على اعتماد وتطبق معايير الجودة الشاملة.

نلاحظ من خلال الرسم البياني (١٤) أن (٤٤,٤٪) من المراكز التي تقدم خدمات تدخل مبكر تطبق معايير الجودة الشاملة، وأن ما نسبته (٦,٧٪) من المراكز حاصل على اعتمادات دولية.



رسم بياني (١٥)

توزيع العاملين في برامج التدخل المبكر حسب مؤهلاتهم العلمية

يتضح من خلال الرسم البياني (١٥) أن النسب المئوية للمؤهلات العلمية للعاملين في مراكز التدخل المبكر جاءت وفق الآتي: (١٢,٠٩٪) منهم يحملون الثانوية العامة، و (٢٤,٨٧٪) منهم يحملون درجة الدبلوم، و (٥٨,٨٩٪) من العاملين في مراكز التدخل يحملون درجة البكالوريوس، كما أن ما نسبته (٤,١٥٪) من العاملين في مراكز التدخل المبكر يحملون درجة الماجستير.

ثانيًا: نتائج تقييم برامج وخدمات التدخل المبكر في الأردن

في ضوء نتائج الحصر الشامل فقد تبين أن (٦٤) مركزًا يعمل في مجال التدخل المبكر في الأردن من خلال البرامج والخدمات التي تقدمها هذه المراكز لفئات الأطفال من سن سنتين ولغاية خمس سنوات، وقد جرى حساب النسبة المئوية لكل مجال أو بُعد فرعي للحكم على درجة توافره بالاعتماد على المعيار الآتي:

- النسبة التي تقل عن (٥٠٪) ضعيف جدًا.
- النسبة التي تتراوح ما بين (٥١٪-٦٠٪) ضعيف.
- النسبة التي تتراوح ما بين (٦١٪ -٧٠٪) مقبول.
- النسبة التي تتراوح ما بين (٧١٪-٨٠٪) جيد.
- النسبة التي تتراوح ما بين (٨١٪-٩٠٪) جيد جدًا.
- النسبة التي ترتفع عن (٩٠٪) ممتاز.

وتبين الجداول الآتية نتائج تقييم برامج و خدمات التدخل المبكر في الأردن في إطار مجموعة من المعايير الدولية مرتبة تنازليا حسب المتوسطات الحسابية.

أولًا: النتائج الخاصة في مجال الإدارة والتنظيم

جدول (٣)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد وجود خطة تنظيمية وسياسات مكتوبة لبرنامج التدخل المبكر (ن= ٦٤)

#	الفقرة	التكرار	النسبة المئوية	المستوى
٦	يوجد خطة تنظيمية إدارية فعالة للمؤسسة.	٥٦	٨٧,٥٠٪	جيد جدًا
٧	يوجد أسس محددة لاختيار الموظفين وتوظيفهم في المؤسسة.	٥٤	٨٤,٤٠٪	جيد جدًا
٢	يوجد رسالة واضحة لبرنامج التدخل المبكر في المؤسسة.	٥٢	٨١,٣٠٪	جيد جدًا
٣	يوجد أهداف واضحة لبرنامج التدخل المبكر في المؤسسة.	٥٢	٨١,٣٠٪	جيد جدًا
٥	يوجد وصف وظيفي للكوادر العاملة في برنامج التدخل المبكر.	٥٢	٨١,٣٠٪	جيد جدًا
١	يوجد رؤية واضحة لبرنامج التدخل المبكر في المؤسسة.	٤٩	٧٦,٦٠٪	جيد
٤	يوجد هيكل تنظيمي خاص لبرنامج التدخل المبكر.	٤٣	٦٧,٢٠٪	مقبول
٨	يوجد نموذج للحصول على خدمات التدخل المبكر للأسر.	٤٣	٦٧,٢٠٪	مقبول
متوسط البُعد			٧٨,٣٥٪	جيد

يتضح من خلال الجدول (٣) أن المتوسط العام لبُعد وجود خطة تنظيمية وسياسات مكتوبة لبرنامج التدخل المبكر قد بلغ (٧٨,٣٥٪) وذلك يشير إلى متوسط جيد، كما تبيّن النتائج أن هناك مؤشر واحد ضمن هذا البُعد قد حقق مستوى (جيد) وهو (وجود رؤية واضحة لبرنامج التدخل المبكر في المؤسسة)، أما فيما يتعلق بوجود (هيكل خاص لبرنامج التدخل المبكر، ووجود نموذج للحصول على خدمات التدخل المبكر للأسر) فقد حققا بمستوى (مقبول)، أما بقية المؤشرات فقد تحققت بمستوى (جيد جدًا).

جدول (٤)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تنظيم خدمات التدخل المبكر(ن= ٦٤)

#	الفقرة	التكرار	النسبة المئوية	المستوى
١٣	تحدد المؤسسة الفئات المستفيدة من الخدمات المقدمة.	٥٩	٩٢,٢٠٪	ممتاز
٢	يوجد مدير عام للمؤسسة.	٥٨	٩٠,٦٠٪	ممتاز
٩	يوجد أخصائي تربية خاصة في المؤسسة.	٥٥	٨٥,٩٠٪	جيد جدًا
١٥	يوجد لوائح/ تعليمات خاصة بالأسس الواجب الالتزام بها بالبرنامج.	٥٥	٨٥,٩٠٪	جيد جدًا
١٤	تحدد المؤسسة الأعضاء الفنيين العاملين في برنامج التدخل المبكر.	٥٤	٨٤,٤٠٪	جيد جدًا
١٦	يوجد جدول زمني محدد لعمل أعضاء الفريق.	٥٤	٨٤,٤٠٪	جيد جدًا
١	يوجد لائحة بالخدمات المقدمة في المؤسسة.	٥٣	٨٢,٨٠٪	جيد جدًا
٣	يوجد مدير فني للمؤسسة.	٥٢	٨١,٣٠٪	جيد جدًا
٧	يوجد أخصائي النطق واللغة في المؤسسة.	٤٩	٧٦,٦٠٪	جيد
٤	يوجد طبيب أو ممرض في المؤسسة.	٤٦	٧١,٩٠٪	جيد
٥	يوجد أخصائي علاج طبيعي في المؤسسة.	٤٥	٧٠,٣٠٪	جيد
١١	يوجد أخصائي تقييم للمؤسسة.	٤٢	٦٥,٦٠٪	مقبول
٦	يوجد أخصائي علاج وظيفي في المؤسسة.	٤١	٦٤,١٠٪	مقبول
١٢	يوجد أخصائي خدمة اجتماعية للمؤسسة.	٣٤	٥٣,١٠٪	ضعيف
١٠	يوجد أخصائي تغذية للمؤسسة.	٢٥	٣٩,١٠٪	ضعيف جدًا
٨	يوجد أخصائي طفولة مبكرة في المؤسسة.	٢١	٣٢,٨٠٪	ضعيف جدًا
متوسط البُعد			٧٢,٥٦٪	جيد

يتضح من خلال الجدول (٤) أن المتوسط العام لبُعد تنظيم خدمات التدخل المبكر بلغ (٧٢,٥٦٪) وذلك يشير إلى متوسط جيد، كما تبين من النتائج أن هنالك عددًا من المؤشرات ضمن هذا البُعد قد حققت مستوى (جيد) وهي: (وجود أخصائي النطق واللغة في المؤسسة، وجود طبيب أو ممرض في المؤسسة، وجود أخصائي علاج طبيعي في المؤسسة) كما تبين أن هنالك مؤشران قد تحققا بمستوى (مقبول) وهما: (وجود اخصائي تقييم للمؤسسة، وجود أخصائي علاج وظيفي في المؤسسة) كما أن وجود أخصائي خدمة اجتماعية تحقق بمستوى ضعيف، وقد بينت النتائج أن هنالك مؤشرين كان مستوى تحققيها (ضعيف جدًا) وهما: (توافر أخصائي تغذية، وتوافر أخصائي طفولة مبكرة في المؤسسة). أما بقية المؤشرات فقد تحققت بمستوى (ممتاز) و (جيد جدًا).

رسم بياني (١٦)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تنظيم خدمات التدخل المبكر

جدول (٥)

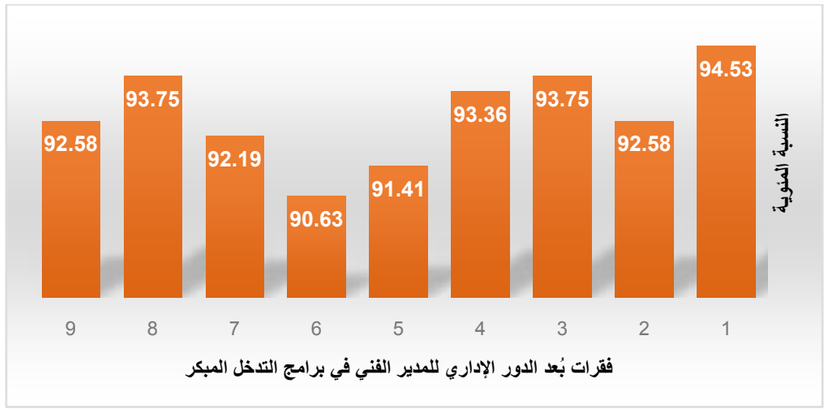
نسب استجابات افراد عينة الدراسة على بعد الدور الإداري للمدير الفني في برنامج التدخل المبكر (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
١	يعدّ التقارير الفنية.	٣,٧٨	٩٤,٥٣٪	ممتاز
٣	يعيد توزيع أشكال العمل على الخدمات المقدمة.	٣,٧٥	٩٣,٧٥٪	ممتاز
٨	يحرص على تحقيق التفاعل بين المؤسسة والمنظمات الخارجية.	٣,٧٥	٩٣,٧٥٪	ممتاز
٤	يحدد أدوار أعضاء الفريق بتنفيذ الخدمات.	٣,٧٣	٩٣,٣٦٪	ممتاز
٢	يخطط لمختلف الأنشطة العملية المتاحة.	٣,٧٠	٩٢,٥٨٪	ممتاز
٩	يوزع ساعات العمل بين أعضاء الفريق وفق إجراءات عملية محددة.	٣,٧٠	٩٢,٥٨٪	ممتاز
٧	يقدم للموظفين التدريب اللازم.	٣,٦٩	٩٢,١٩٪	ممتاز
٥	يسهم في تطوير برنامج التدخل المبكر في المؤسسة.	٣,٦٦	٩١,٤١٪	ممتاز
٦	يقيّم مستوى خدمات التدخل المبكر المقدمة في المؤسسة.	٣,٦٣	٩٠,٦٣٪	ممتاز
متوسط البُعد			**٩٢,٧٥٪**	**ممتاز**

يتضح من خلال الجدول (٥) أن المتوسط العام لبُعد الدور الإداري للمدير الفني في برنامج التدخل المبكر بلغ (٩٢,٧٥٪) وذلك يشير إلى متوسط ممتاز، فقد حصلت جميع المؤشرات في هذا البعد على نسب تحقق تراوحت ما بين (٩٠,٦٣٪-٩٤,٥٣٪).

رسم بياني (١٧)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد الدور الإداري للمدير الفني في برامج التدخل المبكر



جدول (٦)

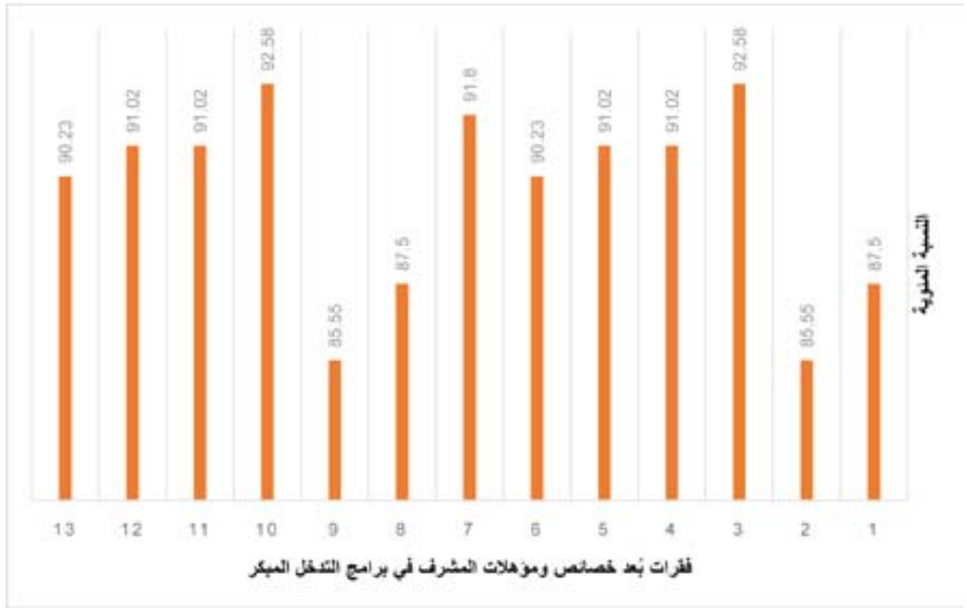
نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد خصائص ومؤهلات المشرف في برامج التدخل المبكر (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
٣	يمتلك مهارات تواصل عالية.	٣,٧٠	٪٩٢,٥٨	ممتاز
١٠	يمتلك خبرة واسعة في العمل مع الأسر.	٣,٧٠	٪٩٢,٥٨	ممتاز
٧	حاصل على شهادة جامعية تتعلق بالطفولة المبكرة أو أي تخصص ذي صلة.	٣,٦٧	٪٩١,٨٠	ممتاز
٤	يمتلك خبرة واسعة في العمل مع الأسر.	٣,٦٤	٪٩١,٠٢	ممتاز
٥	يمتلك خبرة واسعة في استخدام أدوات التقييم.	٣,٦٤	٪٩١,٠٢	ممتاز
١١	يمتلك خبرة واسعة في استخدام أدوات التقييم.	٣,٦٤	٪٩١,٠٢	ممتاز
١٢	لديه قدرة على تفسير نتائج التقييم.	٣,٦٤	٪٩١,٠٢	ممتاز
٦	لديه قدرة على تفسير نتائج التقييم.	٣,٦١	٪٩٠,٢٣	ممتاز
١٣	لديه قدرة على تقدير التوصيات اللازمة للحالة بناءً على النتائج.	٣,٦١	٪٩٠,٢٣	ممتاز
١	حاصل على شهادة جامعية تتعلق بالطفولة المبكرة أو أي تخصص ذي صلة.	٣,٥٠	٪٨٧,٥٠	جيد جدًا
٨	يمتلك خبرة (٥ – ١٠) سنوات في العمل مع الأطفال.	٣,٥٠	٪٨٧,٥٠	جيد جدًا
٢	يمتلك خبرة (٥ – ١٠) سنوات في العمل مع الأطفال.	٣,٤٢	٪٨٥,٥٥	جيد جدًا
٩	يمتلك مهارات تواصل عالية.	٣,٤٢	٪٨٥,٥٥	جيد جدًا
متوسط البُعد			٪٨٩,٨٢	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (٦) أن المتوسط العام لبُعد خصائص ومؤهلات المشرف في برامج التدخل المبكر قد بلغ (٨٩,٨٢٪) وذلك يشير إلى متوسط جيد جدًا، حيث حققت المؤشرات في هذا البعد مستويات تراوحت ما بين (جيد جدًا –ممتاز) وبنسب تراوحت ما بين ٨٥,٥٥٪ -٩٢,٥٨٪.

رسم بياني (١٨)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد خصائص ومؤهلات المشرف في برامج التدخل المبكر



ثانيًا: مجال الأخصائيين المشاركين في برنامج التدخل المبكر والأعمال الموكلة إليهم

جدول (٧)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تقديم الأنشطة المتفق عليها من قبل فريق متعدد التخصصات (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
١	يتألف فريق عمل برنامج التدخل المبكر من ثلاثة أخصائيين كحد أدنى.	٣,١٤	٧٨,٥٢٪	جيد
٢	يتألف فريق عمل برنامج التدخل المبكر من تخصصات مختلفة.	٣,٠٩	٧٧,٣٤٪	جيد
٣	تستعين المؤسسة بأخصائيين خارجيين عند الحاجة.	٣,٠٢	٧٥,٣٩٪	جيد
متوسط البُعد			٧٧,٠٨٪	جيد

يتضح من خلال الجدول (٧) أن المتوسط العام لبُعد تقديم الأنشطة المتفق عليها من قبل فريق متعدد التخصصات قد بلغ (٧٧,٠٨٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد)، وأن جميع مؤشرات البُعد كانت حققت مستوى (جيد) وهي: (يتكون فريق عمل برنامج التدخل المبكر من ثلاثة أخصائيين كحد أدنى، يتألف فريق عمل برنامج التدخل المبكر من تخصصات مختلفة، تستعين المؤسسة بأخصائيين خارجيين عند الحاجة).

رسم بياني (١٩)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تقديم الأنشطة المتفق عليها من قبل فريق متعدد التخصصات

جدول (٨)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد امتلاك الأخصائيين للمؤهلات اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
٣	يمتلك الأخصائيون العاملون في المؤسسة المعرفة والمهارات اللازمة للتقييم.	٣,٣٤	٨٣,٥٩٪	جيد جدًا
١	يمتلك الأخصائيون العاملون في المؤسسة مؤهلات علمية عالية.	٣,٢٨	٨٢,٠٣٪	جيد جدًا
٢	يتمتع الأخصائيون العاملون في المؤسسة بالتدريب المناسب في مجال التدخل المبكر.	٣,١٩	٧٩,٦٩٪	جيد
متوسط البُعد			٨١,٧٧٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (٨) أن المتوسط العام لبُعد امتلاك الأخصائيين للمؤهلات اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة قد بلغ (٨١,٧٧٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، وأن جميع مؤشرات البُعد حققت مستوى (جيد جدًا) باستثناء مؤشر (يتمتع الأخصائيون العاملون في المؤسسة بالتدريب المناسب في مجال التدخل المبكر) والذي حقق مستوى (جيد).

رسم بياني (٢٠)

النسب المئوية لإستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد امتلاك الأخصائيين للمهارات اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة

جدول (٩)

نسب استجابات افراد عينة الدراسة على بُعد امتلاك الأخصائيين للمهارات اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
١	يمتلك الأخصائيون العاملون في المؤسسة مهارة التخطيط.	٣,٣٨	٨٤,٣٨٪	جيد جدًا
٢	يتمتع الأخصائيون العاملون في المؤسسة بمهارات عملية تمكنهم من إجراء الجلسات للأسر والأطفال.	٣,٤٢	٨٥,٥٥٪	جيد جدًا
٣	يمتلك الأخصائيون العاملون في المؤسسة المعرفة المهنية اللازمة.	٣,٤١	٨٥,١٦٪	جيد جدًا
٤	لديهم معرفة بالأساليب الداعمة لبيئة التعلم والتي تتلاءم مع حاجات الطفل وأسرته.	٣,٢٨	٨٢,٠٣٪	جيد جدًا
٥	لديه القدرة على تحليل المشكلات التي تواجه بشكل منظم وممنهج.	٣,٢٥	٨١,٢٥٪	جيد جدًا
٦	لديهم القدرة على تحديد الموارد المجتمعية والمؤسسية التي تدعم نمو الطفل.	٣,١١	٧٧,٧٣٪	جيد
متوسط البُعد			٨٢,٦٨٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (٩) أن المتوسط لبُعد امتلاك الأخصائيين للمهارات اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة قد بلغ (٨٢,٦٨٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، وأن جميع مؤشرات البُعد قد حققت مستوى (جيد جدًا) باستثناء مؤشر (لديهم القدرة على تحديد الموارد المجتمعية والمؤسسية التي تدعم نمو الطفل) والذي كانت نسبة تحققه عند المستوى (جيد).

رسم بياني (٢١)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد امتلاك الأخصائيين للمهارات اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة

ثالثًا: مجال المباني والمعدات والأجهزة لخدمة التدخل المبكر

جدول (١٠)

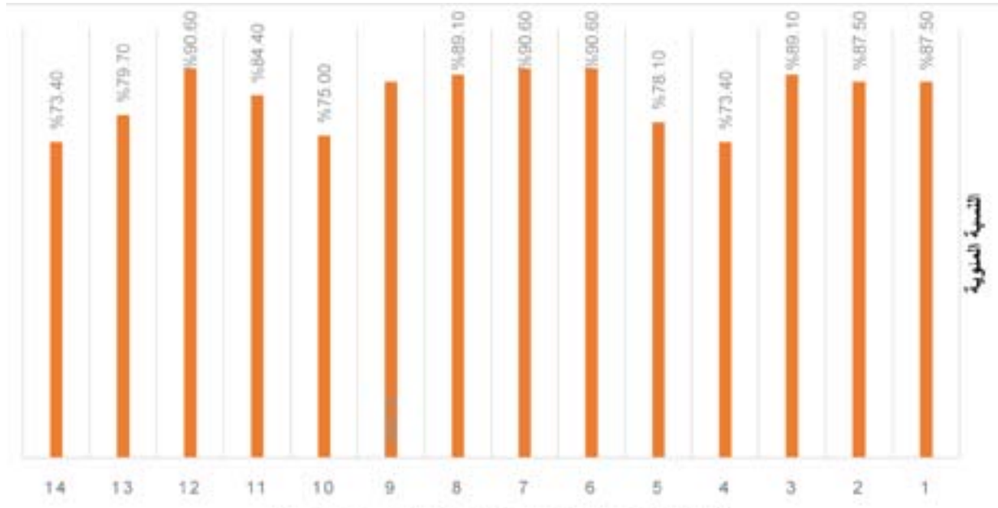
نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد المباني والمعدات والأجهزة لخدمة التدخل المبكر (ن= ٦٤)

#	الفقرة	التكرار	النسبة المئوية	المستوى
٦	يوجد وسائل اتصال مناسبة.	٥٨	٩٠,٦٠٪	ممتاز
٧	يوجد مرافق صحية مناسبة للأخصائيين.	٥٨	٩٠,٦٠٪	ممتاز
١٢	توافر الوسائل التعليمية المناسبة في المؤسسة.	٥٨	٩٠,٦٠٪	جيد جدًا
٣	تؤمن المؤسسة بيئة آمنة مخصصة لعائلات الأطفال ذوي الإعاقة.	٥٧	٨٩,١٠٪	جيد جدًا
٨	يوجد مرافق صحية مناسبة للأطفال.	٥٧	٨٩,١٠٪	جيد جدًا
١	يوجد أماكن مخصصة لإجراء اللقاءات والجلسات العلاجية للأطفال وأسرهم.	٥٦	٨٧,٥٠٪	جيد جدًا
٢	يوجد أماكن تناسب حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة.	٥٦	٨٧,٥٠٪	جيد جدًا
٩	يوجد مرافق صحية مناسبة للزوار.	٥٦	٨٧,٥٠٪	جيد جدا
١١	تتوافر الأجهزة اللازمة في المؤسسة.	٥٤	٨٤,٤٠٪	جيد جدًا
١٣	المكان مهيئ لتنقل الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة.	٥١	٧٩,٧٠٪	جيد
٥	تؤمن المؤسسة الحواسيب المكتبية اللازمة.	٥٠	٧٨,١٠٪	جيد
١٠	تتوافر في المؤسسة تكنولوجيا مساندة.	٤٨	٧٥,٠٠٪	جيد
٤	تؤمن المؤسسة وسائل نقل مناسبة للطفل.	٤٧	٧٣,٤٠٪	جيد
١٤	يلتزم المركز بمتطلبات الترخيص الخاصة بمراكز التدخل المبكر.	٤٧	٧٣,٤٠٪	جيد
متوسط البُعد			٨٤,٠٤٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (١٠) أن متوسط المباني والمعدات والأجهزة لخدمة التدخل المبكر قد بلغ (٨٤,٠٤٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، وأن جميع مؤشرات البُعد حققت مستوى (ممتاز) و (جيد جدًا) باستثناء مؤشرات: (تهيئة المكان لتنقل الأطفال من ذوي الإعاقات، تؤمن المؤسسة الحواسيب المكتبية اللازمة، وتأمين التكنولوجيا المساندة، تأمين وسائل النقل المناسبة، والالتزام بمتطلبات الترخيص الخاصة في البناء) والتي حققت مستوى (جيد).

رسم بياني (٢٢)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد توثيق الخدمات التي قدمت والأعمال التي أنجزت مع الأسر



رابعًا: مجال التوثيق وحفظ السجلات

جدول (١١)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد توثيق الخدمات التي قدمت والأعمال التي أنجزت مع الأسر (ن= ٦٤)

#	الفقرة	التكرار	النسبة المئوية	المستوى
١	يوجد في المؤسسة سجل خاص بأسماء المستفيدين من برنامج التدخل والمختصين في عملية التقييم الأولي.	٥٥	٨٥,٩٠٪	جيد جدًا
٤	تعمل المؤسسة على توثيق البيانات المتعلقة بالخدمات المقدمة للأسرة والطفل.	٥٥	٨٥,٩٠٪	جيد جدًا
٣	تقوم المؤسسة بتوثيق جميع الاجتماعات التي تعقد مع الأسر المستفيدة من خدمات البرنامج.	٥٠	٧٨,١٠٪	جيد
٢	يوجد اتفاق مكتوب حول تقديم الخدمات بين المؤسسة وكل أسرة تدخل في برامج التدخل المبكر.	٤٨	٧٥,٠٠٪	جيد
	متوسط البُعد		٨١,٢٣٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (١١) أن المتوسط لبُعد توثيق الخدمات التي قدمت والأعمال التي أنجزت مع الأسر قد بلغ (٨١,٢٣٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، وأن جميع مؤشرات البُعد قد حققت مستوى (جيد جدًا) باستثناء مؤشرَي: (تعمل المؤسسة على توثيق جميع الاجتماعات التي تعقد مع الأسر المستفيدة من خدمات البرنامج، يوجد اتفاق مكتوب حول تقديم الخدمات بين المؤسسة وكل أسرة تدخل في برامج التدخل المبكر) واللذين حققا مستوى (جيد).

رسم بياني (٢٣)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد توثيق الخدمات التي قدمت والأعمال التي أنجزت مع الأسر

جدول (١٢)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد السجل الفني الخاص بكل طفل في برنامج التدخل المبكر (ن= ٦٤)

#	الفقرة	التكرار	النسبة المئوية	المستوى
٦	يوثّق سجل الطفل مراجعة خطة البرنامج وتعديلها وأهدافها وغاياتها مع الأخذ في الحسبان تقدم الطفل.	٥٧	٨٩,١٠٪	جيد جدًا
٤	تُحدد في سجل الطفل الأهداف والغايات بشكل واضح.	٥٦	٨٧,٥٠٪	جيد جدًا
٥	يُحدد في سجل الطفل تقرير تقدم الطالب نحو تحقيق الأهداف.	٥٦	٨٧,٥٠٪	جيد جدًا
١	تحتفظ المؤسسة بسجل لكل طفل مسجل وملتحق بالمؤسسة.	٥٥	٨٥,٩٠٪	جيد جدًا
٢	توجد سجلات مكتملة زمنيًا لكل طفل -من بدء الالتحاق بالمؤسسة إلى وقت مغادرتها - توثّقُ التقييم الذي يحدد الحاجات الخاصة للطالب.	٥٥	٨٥,٩٠٪	جيد جدًا
٨	يشتمل السجل الفني للطفل على تقارير الفحص الطبي.	٥٥	٨٥,٩٠٪	جيد جدًا
١٠	يشتمل السجل الفني للطفل على ملاحظات التقييم ومعلومات أخرى حول الخدمات المقدمة للطفل والأسرة.	٥٥	٨٥,٩٠٪	جيد جدًا
٩	يشتمل السجل الفني للطفل على تقارير التقييم النفسي والتربوي.	٥٤	٨٤,٤٠٪	جيد جدًا
٣	تُحدد في سجل الطفل خطة البرنامج الشاملة (دراسة الحالة، الخطة الفردية، الخطة الانتقالية) وذلك لتلبية حاجات الطالب المحددة.	٥٣	٨٢,٨٠٪	جيد جدًا
٧	تلخيص مهارات الطفل والمجالات المطلوبة عند خروجه، مع التوصيات المتعلقة بالبرنامج.	٥٢	٨١,٣٠٪	جيد جدًا
	متوسط البُعد		٨٥,٦٢٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (١٢) أن المتوسط لبُعد السجل الفني الخاص بكل طفل في برنامج التدخل المبكر قد بلغ (٨٥,٦٢٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، وأن جميع مؤشرات البُعد حققت مستوى (جيد جدًا)، إذ إن نسب تحقيق المؤشرات جميعها تراوحت ما بين (٨١,٣٪-٨٩,١٪).

رسم بياني (٢٤)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد السجل الفني الخاص بكل طفل في برنامج التدخل المبكر

جدول (١٣)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد السجل الإداري الخاص بكل طفل في برنامج التدخل المبكر (ن= ٦٤)

#	الفقرة	التكرار	النسبة المئوية	المستوى
١	يشتمل السجل الإداري للطفل على المعلومات التي جمعت حوله قبل الإحالة لبرنامج التدخل المبكر.	٥٢	٨١,٣٠٪	جيد جدًا
٣	يشتمل السجل الإداري للطفل على توثيق جميع الاتصالات المتعلقة بالطفل والأسرة.	٥١	٧٩,٧٠٪	جيد
٤	يشتمل الملف الإداري للطفل على موافقة الوالدين على الخدمات المقدمة له بمختلف أشكالها.	٥١	٧٩,٧٠٪	جيد
٢	يشتمل السجل الإداري للطفل على جميع الشكاوى التي تم قُدِّمت خلال فترة البرنامج.	٤٧	٧٣,٤٠٪	جيد
	متوسط البُعد		٧٨,٥٣٪	جيد

يتضح من خلال الجدول (١٣) أنّ متوسط بُعد السجل الإداري الخاص بكل طفل في برنامج التدخل المبكر قد بلغ (٧٨,٥٣٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد)، وأن مؤشرًا واحدًا فحسب حقق مستوى (جيد جدًا) هو (يشتمل السجل الإداري للطفل على المعلومات التي جمعت حوله قبل الإحالة لبرنامج التدخل المبكر)، أما بقية المؤشرات فقد كانت ضمن مستوى (جيد) وهي (يشتمل السجل الإداري للطفل على توثيق لجميع الاتصالات المتعلقة بالطفل والأسرة، يشتمل الملف الإداري للطفل على موافقة الوالدين على الخدمات المقدمة بمختلف أشكالها، يشتمل السجل الإداري للطفل على جميع الشكاوى التي قُدِّمت خلال فترة البرنامج).

رسم بياني (٢٥)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد السجل الإداري الخاص بكل طفل في برنامج التدخل

جدول (١٤)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد حفظ السجلات وآلية استرجاعها (ن= ٦٤)

#	الفقرة	التكرار	النسبة المئوية	المستوى
٣	تحفظ سجلات الأطفال ويمنع وصول غير المصرح لهم إليها.	٥٧	٨٩,١٠٪	جيد جدًا
٢	يوجد نموذج لنتائج التقييم متعدد التخصصات في السجلات.	٥٥	٨٥,٩٠٪	جيد جدًا
٤	توجد إجراءات وسياسات مكتوبة لحماية سرية سجلات الطلبة.	٥٣	٨٢,٨٠٪	جيد جدًا
١	يوجد نموذج إحالة موحد في السجلات.	٥٠	٧٨,١٠٪	جيد
٨	تحصل المؤسسة على موافقة الوالدين في حال الحاجة لإطلاع المنظمات الخارجية على المعلومات المتعلقة بالأسرة والطفل.	٤٩	٧٦,٦٠٪	جيد
٩	يجري إعلام الوالدين بالأشخاص الذين يملكون حق الاطلاع على سجل الطفل والمعلومات الواردة فيه.	٤٩	٧٦,٦٠٪	جيد
١٠	استخدام المواد السمعية أو المرئية لأغراض التشخيص والعلاج أو التدريب يكون بمعرفة كاملة للمقاصد والأهداف من قبل الطالب وذويه وموافقتهم.	٤٨	٧٥,٠٠٪	جيد
٥	توجد في المؤسسة قواعد إلكترونية للبيانات متاحة لأعضاء فريق التدخل المبكر.	٤٣	٦٧,٢٠٪	مقبول
٧	يوقع كل عضو في الفريق على تعهد بعدم الإفصاح عن أية معلومات تتعلق بالمستفيدين.	٤٢	٦٥,٦٠٪	مقبول
٦	يوجد تعهد خطي في سجل الطفل يوقع عليه من يطَّلع على المعلومات إذا دعت الضرورة إلى ذلك.	٣٧	٥٧,٨٠٪	ضعيف
	متوسط البُعد		٧٥,٤٧٪	جيد

يتضح من خلال الجدول (١٤) أن متوسط بُعد حفظ السجلات وآلية استرجاعها قد بلغ (٧٥,٤٧٪) ذلك يشير إلى مستوى (جيد)، حيث إن المؤشرات الفرعية التي حصلت على مستوى جيد هي (يوجد نموذج إحالة موحد في السجلات، تحصل المؤسسة على موافقة الوالدين في حال الحاجة لإطلاع المنظمات الخارجية على المعلومات المتعلقة بالأسرة والطفل، يجري إعلام الوالدين بالأشخاص الذين يملكون حق الاطلاع على سجل الطفل والمعلومات الواردة فيه، استخدام المواد السمعية أو المرئية لأغراض التشخيص والعلاج أو التدريب يكون بمعرفة كاملة للمقاصد والأهداف من قبل الطالب وذويه وموافقتهم)، كما أن هنالك مؤشرات ضمن هذا البُعد قد حصلت على مستوى (مقبول) هي: (يوجد في المؤسسة قواعد إلكترونية للبيانات متاحة لأعضاء فريق التدخل المبكر، يوقع كل عضو في الفريق على تعهد بعدم الإفصاح عن أية معلومات تتعلق بالمستفيدين) أما المؤشر: (يوجد تعهد خطي في سجل الطفل يوقع عليه من يطلع على المعلومات إذا دعت الضرورة إلى ذلك) فقد حقق مستوى (ضعيف).

رسم بياني (٢٦)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد حفظ السجلات وآلية استرجاعها

جدول (١٥)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد إجراء البحوث والدراسات على الطلبة (ن= ٦٤)

#	الفقرة	التكرار	النسبة المئوية	المستوى
٢	تراعي المؤسسة خصوصية الطالب في تنظيم وإجراء البحوث وإعداد التقارير والتقييم.	٥٣	٨٢,٨٠٪	جيد جدًا
٣	تضمن المؤسسة للطالب حماية خصوصيته وهويته في جميع مراحل البحث.	٥٢	٨١,٣٠٪	جيد جدًا
١	لدى المؤسسة سياسات وإجراءات تحكم استخدام وتنفيذ البحوث.	٤٥	٧٠,٣٠٪	جيد
متوسط البُعد			٧٨,١٣٪	جيد

يتضح من خلال الجدول (١٥) أن متوسط بُعد إجراء البحوث والدراسات على الطلبة قد بلغ (٧٨,١٣٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد)، حيث حصل مؤشر (لدى المؤسسة سياسات وإجراءات تحكم استخدام وتنفيذ البحوث) على مستوى (جيد)، أما المؤشران الآخران وهما: (تراعي المؤسسة خصوصية الطالب في تنظيم وإجراء البحوث وإعداد التقارير والتقييم، تضمن المؤسسة للطالب حماية خصوصيته وهويته في جميع مراحل البحث) فقد حصلا على مستوى (جيد جدًا) بنسب مئوية تراوحت ما بين (٨١,٣٪-٨٢,٢٪).

رسم بياني (٢٧)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد إجراء البحوث والدراسات على الطلبة

خامسًا: الوصول إلى خدمة التدخل المبكر

جدول (١٦)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد الوصول إلى خدمة التدخل المبكر (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
٥	يُتَخذ القرار للالتحاق ببرنامج التدخل المبكر بالاتفاق ما بين الأخصائيين والأسرة.	٣,٥٩	٨٩,٨٤٪	جيد جدًا
٩	يُحدد الأخصائيون المعنيُّون قبل البدء بتنفيذ البرنامج.	٣,٥٩	٨٩,٨٤٪	جيد جدًا
٦	تُحدد أهداف البرنامج قبل البدء بتنفيذه.	٣,٥٨	٨٩,٤٥٪	جيد جدًا
٧	تُحدد طرق العلاج الممكنة التي ستُتبع قبل البدء بتنفيذ البرنامج.	٣,٥٨	٨٩,٤٥٪	جيد جدًا
٨	تُحدد التقييمات التي ستُجرى قبل البدء بتنفيذ البرنامج.	٣,٥٨	٨٩,٤٥٪	جيد جدًا
٣	تستطيع الأسر الاتصال بالمؤسسة بشكل مباشر أو عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني.	٣,٥٦	٨٩,٠٦٪	جيد جدًا
٤	يكون إجراء التقييم الأولي بعد أول اتصال مع العائلة خلال مدة لا تتجاوز الأسبوعين.	٣,٥٦	٨٩,٠٦٪	جيد جدًا
١	يُقبل الطفل في برنامج التدخل المبكر عندما تجري إحالته من قِبَل أسرته.	٣,٤٤	٨٥,٩٤٪	جيد جدًا
٢	تقبل المؤسسة الإحالة لبرنامج التدخل المبكر من جميع المصادر المختصة بشأن الطفل.	٣,٤١	٨٥,١٦٪	جيد جدًا
	متوسط البُعد		٨٨,٥٨٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (١٦) أن متوسط بُعد الوصول الى خدمة التدخل المبكر قد بلغ (٨٨,٥٨٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، حيث إن جميع مؤشرات هذا البُعد حصلت على مستوى (جيد جدًا) وقد تراوحت نسبهم المئوية ما بين (٨٥,١٦٪-٨٩,٨٤٪).

رسم بياني (٢٨)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد الوصول إلى خدمة التدخل المبكر

سادسًا: مجال التقييم متعدد التخصصات

جدول (١٧)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تقييم الطفل والأسرة على أساس منهج متعدد التخصصات (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
١٦	تجري مراجعة السجلات المتوافرة والمتعلقة بالطفل والوضع الصحي له وآخر تاريخ طبي بوصف ذلك جزءًا من التقييم.	٣,٥٨	٨٩,٤٥٪	جيد جدًا
١٧	يراعي الأخصائيون أن يكون التقييم مناسبًا للطفل لغويًا وثقافيًا.	٣,٥٨	٨٩,٤٥٪	جيد جدًا
١٢	يُجري الأخصائيون في المؤسسة تقييمًا منتظمًا لحالة الطفل.	٣,٥٦	٨٩,٠٦٪	جيد جدًا
٥	يجري تقييم نمو الطفل الاجتماعي.	٣,٥٥	٨٨,٦٧٪	جيد جدًا
٨	يجري تقييم قدرة الطفل على التواصل.	٣,٥٥	٨٨,٦٧٪	جيد جدًا
١٤	يناقش الأخصائيون نتائج التقييم من قبل مع الأسرة.	٣,٥٥	٨٨,٦٧٪	جيد جدًا
٦	يجري تقييم نمو الطفل الانفعالي.	٣,٥٣	٨٨,٢٨٪	جيد جدًا
٧	يجري تقييم التطور الحركي لدى الطفل.	٣,٥٣	٨٨,٢٨٪	جيد جدًا
٢	تحرص المؤسسة على مشاركة الآباء في عملية تقييم الطفل.	٣,٥٢	٨٧,٨٩٪	جيد جدًا
٤	يجري تقييم المستوى الوظيفي للطفل في مجال التطور المعرفي.	٣,٥٢	٨٧,٨٩٪	جيد جدًا
٩	يجري تقييم مهارات الطفل الذاتية.	٢,٥٢	٨٧,٨٩٪	جيد جدًا
١٠	يجري تقييم النمو الجسمي للطفل من خلال فحص الحالة الصحية والجسدية.	٣,٤٨	٨٧,١١٪	جيد جدًا
١٨	تزود المؤسسة الآباء والأمهات بإشعار خطي يضم جميع نتائج التقييمات الخاصة بالطفل.	٣,٣٩	٨٤,٧٧٪	جيد جدًا
١٥	يجري تقييم نمو الطفل في المؤسسة في إطار الأسرة والبيئة الاجتماعية له.	٣,٣٨	٨٤,٣٨٪	جيد جدًا
١٣	يستخدم الأخصائيون في المؤسسة أدوات التقييم وفقًا للمبادئ التوجيهية في مجال التدخل المبكر.	٣,٣٦	٨٣,٩٨٪	جيد جدًا
١١	يحدد الأخصائيون في المؤسسة المخاوف التي تشعر بها عائلة الطفل.	٣,٣٣	٨٣,٢٠٪	جيد جدًا
١٩	يكون تقييم الأسرة في المؤسسة اختياري ويتحقق بموافقة كل فرد من أفرادها.	٣,١٩	٧٩,٦٩٪	جيد
٣	يشمل تقييم صحة الطفل في المؤسسة فحص حاستي السمع والبصر.	٢,٩٤	٧٣,٤٤٪	جيد
١	تحصل المؤسسة على تعهد خطي مسبق من الوالدين قبل البدء بتنفيذ التقييم.	٢,٩٢	٧٣,٠٥٪	جيد
	متوسط البُعد		٨٥,٤٦٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (١٧) أن متوسط بُعد تقييم الطفل والأسرة على أساس منهج متعدد التخصصات قد بلغ (٨٥,٦٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، حيث إن جميع مؤشرات هذه البُعد قد حصلت على مستوى (جيد جدًا) باستثناء مؤشرات: (يكون تقييم الأسرة في المؤسسة اختياري ويتحقق بموافقة كل فرد من أفرادها، يشمل تقييم صحة الطفل في المؤسسة فحص حاستي السمع والبصر، تحصل المؤسسة على تعهد خطي مسبق من الوالدين قبل البدء بتنفيذ التقييم) وقد حققت هذه المؤشرات مستوى (جيد)، أما المؤشرات التي حصلت على مستوى (جيد جدًا) فقد تراوحت نسبها المئوية ما بين (٨٣,٢٠٪ - ٨٩,٧٥٪).

رسم بياني (٢٩)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تقييم الطفل والأسرة على أساس منهج متعدد التخصصات

جدول (١٨)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد ما بعد الانتهاء من التقييم (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
١	يعمل الأخصائيون في المؤسسة على إعداد البرنامج الفردي للطفل.	٣,٦١	٩٠,٢٣٪	ممتاز
٢	تجري الإجابة عن أسئلة الوالدين حول برنامج التدخل المبكر.	٣,٥٦	٨٩,٠٦٪	جيد جدًا
٤	يساعد العاملون في المؤسسة أسرة الطفل على حل المشاكل التي قد تواجههم.	٣,٥٦	٨٩,٠٦٪	جيد جدًا
٣	يوضّح المسؤولون في المؤسسة للأسرة تكلفة خدمات التدخل المبكر التي سيحصل عليها الطفل.	٣,٤٨	٨٧,١١٪	جيد جدًا
متوسط البُعد			**٨٨,٨٧٪**	**جيد جدًا**

يتضح من خلال الجدول (١٨) أن متوسط بُعد ما بعد الانتهاء من التقييم قد بلغ (٨٨,٨٧٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)؛ إذ إن جميع مؤشرات هذا البُعد قد حصلت على مستوى (ممتاز، جيد جدًا) وقد تراوحت النسب المئوية لهذه المؤشرات ما بين (٨٧,١١٪-٨٩,٠٦٪).

رسم بياني (٣٠)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد ما بعد الانتهاء من التقييم

سابعًا: تطوير وتنفيذ برنامج التدخل المبكر

جدول (١٩)

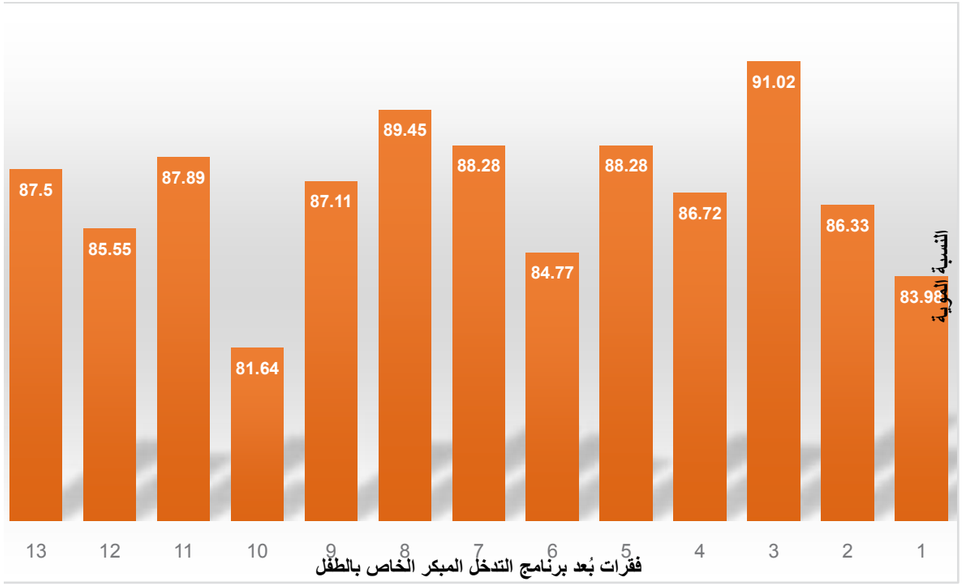
نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد البرنامج الفردي الخاص بالطفل (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
٣	يراعي البرنامج الفردي مصالح واحتياجات الطفل.	٣,٦٤	٩١,٠٢٪	ممتاز
٨	يشتمل البرنامج الفردي على وصفٍ للأهداف والنتائج التي من المتوقع أن تتحقق للطفل والأسرة.	٣,٥٨	٨٩,٤٥٪	جيد جدًا
٥	يجري ترتيب الوقت المناسب لتقديم خدمات التدخل المبكر للطفل.	٣,٥٣	٨٨,٢٨٪	جيد جدًا
٧	يشتمل البرنامج الفردي على وصفٍ لأشكال العمل (جلسات فردية، جلسات جماعية، مشاورات، الخ).	٣,٥٣	٨٨,٢٨٪	جيد جدًا
١١	يحدد في البرنامج أعضاء الفريق المشاركون فيه.	٣,٥٢	٨٧,٨٩٪	جيد جدًا
١٣	تجري مراجعة البرنامج الفردي من قبل المختصين مرة واحدة على الأقل كل ٦ أشهر أو وَفق ما هو مطلوب.	٣,٥٠	٨٧,٥٠٪	جيد جدًا
٩	يحتوي البرنامج قائمة بالإجراءات التي تساعد على الوصول إلى النتائج المتوقعة منه.	٣,٤٨	٨٧,١١٪	جيد جدًا
٤	يشتمل البرنامج الفردي على قائمة تصف احتياجات وموارد الأسرة اللازمة لتطور الطفل وتحسين احتياجاته الوظيفية.	٣,٤٧	٨٦,٧٢٪	جيد جدًا
٢	يستند البرنامج الفردي على نتائج التقييم متعدد التخصصات.	٣,٤٥	٨٦,٣٣٪	جيد جدًا
١٢	يجري بناء البرنامج الفردي وفقًا للمناقشة المشتركة بين الآباء والأمهات وأعضاء الفريق في المؤسسة.	٣,٤٢	٨٥,٥٥٪	جيد جدًا
٦	تحدد مدة البرنامج الفردي.	٣,٣٩	٨٤,٧٧٪	جيد جدًا
١	يجري بناء برنامج التدخل المبكر الفردي في حدود (١٤) يومًا من تاريخ الإحالة الأولية للطفل.	٣,٣٦	٨٣,٩٨٪	جيد جدًا
١٠	يُحدد في البرنامج عدد الاجتماعات التي تعقد خلال الأسبوع.	٣,٢٧	٨١,٦٤٪	جيد جدًا
متوسط البُعد			٨٦,٨١٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (١٩) أن متوسط بُعد برنامج التدخل المبكر الخاص بالطفل قد بلغ (٨٦,٨١٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)؛ إذ إن جميع مؤشرات هذا البُعد حصلت على مستوى (ممتاز، جيد جدًا) وقد تراوحت النسب المئوية لهذه المؤشرات ما بين (٨١,٦٤٪-٩١,٠٢٪).

رسم بياني (٣١)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد برنامج التدخل المبكر الخاص بالطفل



جدول (٢٠)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد احترام الطفل وأسرته وتحديد احتياجات الطفل النمائية من قبل أعضاء فريق التدخل (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
١	تستند جميع طرق العلاج المنفذة في المؤسسة إلى نشاط الطفل ومشاركته.	٣,٦٣	٩٠,٦٣٪	ممتاز
٢	يتحلى جميع أعضاء فريق التدخل المبكر العاملين في المؤسسة بالاحترام خلال تواصلهم مع الطفل.	٣,٦١	٩٠,٢٣٪	ممتاز
٤	يحترم العاملون في المؤسسة حق الأسرة بالاحتفاظ بالمعلومات الشخصية للطفل.	٣,٥٩	٨٩,٨٤٪	جيد جدًا
٣	تتفق المؤسسة مع العائلة على جميع القرارات المتعلقة بالأنشطة والخدمات المقدمة للطفل.	٣,٥٥	٨٨,٦٧٪	جيد جدًا
٥	يحترم العاملون في المؤسسة حق الأسرة بالموافقة أو الرفض على إجراء التقييم لطفلهم.	٣,٤٤	٨٥,٩٤٪	جيد جدًا
٦	يحترم العاملون في المؤسسة حق الأسرة في التعبير عن آرائهم المتعلقة بالعمل وتلقي الخدمة المقدمة لهم.	٣,٥٩	٨٩,٨٤٪	جيد جدًا
	متوسط البُعد		٨٩,١٩٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (٢٠) أن متوسط بُعد احترام الطفل وأسرته وتحديد احتياجات الطفل النمائية من قبل أعضاء فريق التدخل قد بلغ (٨٩,١٩ ٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، إذ إن جميع مؤشرات هذا البُعد قد حصلت على مستوى (ممتاز، جيد جدًا) وقد تراوحت النسب المئوية لهذه المؤشرات ما بين (٨٥,٦٤٪-٩٠,٦٣٪).

رسم بياني (٣٢)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد احترام الطفل وأسرته وتحديد احتياجات الطفل النمائية من قبل أعضاء فريق التدخل

جدول (٢١)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد مراعاة طبيعة بيئة الطفل وأسرته (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
١	يقدم الأخصائيون العاملون في المؤسسة الدعم اللازم للأسرة لمساعدتهم على تعزيز قدرات أطفالهم وتطويرها.	٣,٦٣	٩٠,٦٣٪	ممتاز
٢	يمتلك الأخصائيون العاملون في المؤسسة قدرات ومهارات تمكنهم من التعامل مع الأطفال في الحالات الطبيعية مثل (اللعب، التغذية، خلع الملابس، الخ).	٣,٥٥	٨٨,٦٧٪	جيد جدًا
٣	يتعاون العاملون في المؤسسة على عقد الاجتماعات المنتظمة مع الأسرة والطفل.	٣,٥٥	٨٨,٦٧٪	جيد جدًا
٤	ينفذ الأخصائيون العاملون في المؤسسة زيارات منزلية لأسر الأطفال المستفيدين من برامج التدخل المبكر.	٣,٠٥	٧٦,١٧٪	جيد
متوسط البُعد			٨٤,٧٧٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (٢١) أن متوسط بُعد مراعاة طبيعة بيئة الطفل وأسرته قد بلغ (٨٤,٧٧٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)؛ إذ إن جميع مؤشرات هذا البُعد قد حصلت على مستوى (ممتاز، جيد جدًا) وقد تراوحت النسب المئوية لهذه المؤشرات ما بين (٧٦,١٧٪-٩٠,٦٣٪).

رسم بياني (٣٣)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد مراعاة طبيعة بيئة الطفل وأسرته

جدول (٢٢)

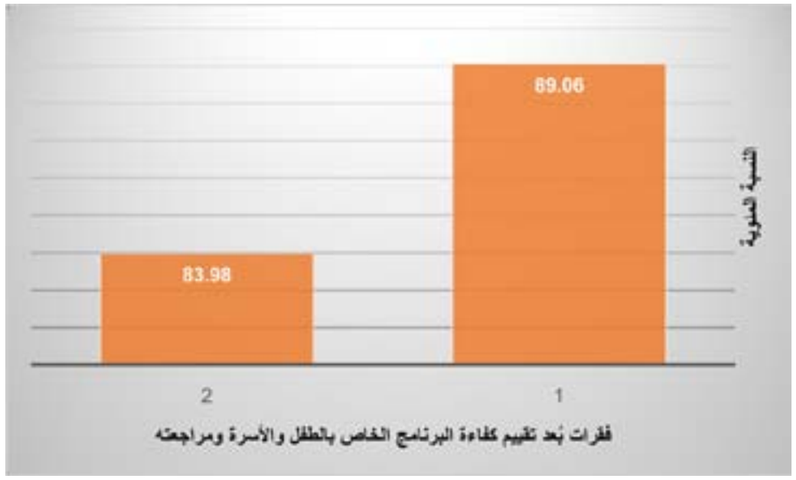
نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تقييم كفاءة البرنامج الخاص بالطفل والأسرة ومراجعته (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
١	يجري تقييم كفاءة البرنامج الفردي المعمول به في المؤسسة من قبل فريق متعدد التخصصات مع الأخذ في الحسبان آراء الآباء والأمهات.	٣,٥٦	٨٩,٠٦٪	جيد جدًا
٢	يعقد القائمون على البرنامج جلسة لمراجعته بموافقة كل من: إدارة التدخل المبكر، والوالدين، وخدمة التدخل المبكر الرسمي.	٣,٣٦	٨٣,٩٨٪	جيد جدًا
متوسط البُعد			٨٦,٥٢٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (٢٢) أن متوسط بُعد تقييم كفاءة البرنامج الخاص بالطفل والأسرة ومراجعته قد بلغ (٨٦,٥٢٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)؛ إذ إن جميع مؤشرات هذا البُعد قد حصلت على مستوى (جيد جدًا) وقد تراوحت النسب المئوية لهذه المؤشرات ما بين (٨٣,٩٨٪ -٨٩,٠٦٪).

رسم بياني (٣٤)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تقييم كفاءة البرنامج الخاص بالطفل والأسرة ومراجعته



ثامنًا: إغلاق البرنامج والانتقال إلى غيره من الخدمات

جدول (٢٣)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد إنهاء البرنامج (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
٣	يغلق البرنامج المعمول به في المؤسسة في حال طلبت أسرة الطفل الانسحاب منه.	٣,٤٥	٨٦,٣٣٪	جيد جدًا
١	يغلق البرنامج المعمول به في المؤسسة عند استكمال الأهداف النمائية له، أو التخلص من عوامل الخطر المحيطة بالطفل أو الناتجة عنه.	٣,٣٩	٨٤,٧٧٪	جيد جدًا
٢	يغلق البرنامج المعمول به في المؤسسة في حال تجاوز عمر الطفل العمر المحدد للبرنامج.	٣,٣٣	٨٣,٢٠٪	جيد جدًا
متوسط البُعد			٨٤,٧٧٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (٢٣) أن متوسط بُعد إنهاء البرنامج قد بلغ (٨٤,٧٧٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، حيث إن جميع مؤشرات هذا البُعد قد حصلت على مستوى (جيد جدًا) وقد تراوحت النسب المئوية لهذه المؤشرات ما بين (٨٣,٢٠٪ -٨٦,٣٣٪).

رسم بياني (٣٥)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد إنهاء البرنامج

جدول (٢٤)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تسهيل عملية تنفيذ الخطة الانتقالية للطفل في مرحلة رياض الأطفال (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
٧	يضع أعضاء الفريق مع الوالدين خطة الانتقال لبرنامج رياض الأطفال ومرحلة ما قبل المدرسة.	٣,٣٨	٨٤,٣٨٪	جيد جدًا
٥	يستعرض المسؤول عن البرنامج خطوات الانتقال مع أسرة الطفل.	٣,٣٦	٨٣,٩٨٪	جيد جدًا
٦	تحصل المؤسسة على موافقة الأسرة عند إحالة الطفل إلى الخطة الانتقالية.	٣,٣٦	٨٣,٩٨٪	جيد جدًا
٣	تتوفر إجراءات منهجية منتظمة لمتابعة الأطفال الذين ينهون البرنامج.	٣,٣١	٨٢,٨١٪	جيد جدًا
٤	توضع خطة انتقالية لكل طفل على حدة.	٣,٢٨	٨٢,٠٣٪	جيد جدًا
٨	تعقد المؤسسة اتفاقًا مع نظام التعليم ونظام الرعاية الصحية والاجتماعية لنقل الأطفال من برنامج التدخل المبكر.	٣,٢٨	٨٢,٠٣٪	جيد جدًا
٩	تنظم المؤسسة لقاء مع المختصين في رياض الأطفال قبل زيارة الطفل الأولى لهم.	٣,٢٧	٨١,٦٤٪	جيد جدًا
١	توافر معايير مكتوبة تُحدد آلية خروج الطالب من البرنامج.	٣,٢٠	٨٠,٠٨٪	جيد جدًا
٢	توافر بيان مكتوب بشأن الخطة الانتقالية التي تشمل الموظفين المسؤولين، وتحديد فترة زمنية للمهام الواجب إنجازها، والإجراءات الواجب اتباعها.	٣,١٩	٧٩,٦٩٪	جيد
متوسط البُعد			٨٢,٢٩٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (٢٤) أن متوسط بُعد تسهيل عملية تنفيذ الخطة الانتقالية للطفل في مرحلة رياض الأطفال قد بلغ (٨٢,٢٩٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، باستثناء المؤشر (توافر بيان مكتوب بشأن الخطة الانتقالية التي تشمل الموظفين المسؤولين، وتحديد فترة زمنية للمهام الواجب إنجازها، والإجراءات الواجب اتباعها) وقد حصل هذا المؤشر على مستوى (جيد)، وقد تراوحت النسب المئوية للمؤشرات التي حصلت على مستوى (جيد جدًا) ما بين (٨٠,٠٨٪-٨٤,٣٨٪).

رسم بياني (٣٦)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تسهيل عملية تنفيذ الخطة الانتقالية للطفل في مرحلة رياض الأطفال

جدول (٢٥)

نسب استجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تقييم خدمة التدخل المبكر مرتبة تنازليًا (ن= ٦٤)

#	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	المستوى
٧	تُعرض نتائج تقييم الأنشطة والخدمات المقدمة في المؤسسة على شكل تقارير مكتوبة يستطيع الجميع الحصول عليها.	٣,٣٦	٨٣,٩٨٪	جيد جدًا
٣	يشتمل نظام التقييم المعتمد في المؤسسة على مؤشرات تتعلق بآراء الأسر في الخدمات التي يحصلون عليها في البرنامج.	٣,٣٣	٨٣,٢٠٪	جيد جدًا
٥	يجري تقييم الخدمات المقدَّمة في المؤسسة وفقًا للمعايير المعتمدة.	٣,٣٣	٨٣,٢٠٪	جيد جدًا
٢	يشتمل نظام التقييم المعتمَد في المؤسسة على مؤشرات لتقييم عدد الحالات التي أنهت البرنامج.	٣,٣١	٨٢,٨١٪	جيد جدًا
٦	تُحدد المؤسسة للهيئات الإدارية والجهات الخارجية المحلية طبيعة نظام التقارير ومحتواها بشكل واضح.	٣,٢٧	٨١,٦٤٪	جيد جدًا
٤	يشتمل نظام التقييم المعتمَد في المؤسسة على مؤشرات تتعلق بتحليل نتائج تقييم الأطفال.	٣,٢٥	٨١,٢٥٪	جيد جدًا
١	تعتمد المؤسسة نظامًا للمؤشرات الكمية والنوعية في تقييم الأنشطة والخدمات.	٣,١٧	٧٩,٣٠٪	جيد
	متوسط البُعد		٨٢,٢٠٪	جيد جدًا

يتضح من خلال الجدول (٢٥) أن متوسط بُعد تقييم خدمة التدخل المبكر قد بلغ (٨٢,٢٠٪) وذلك يشير إلى مستوى (جيد جدًا)، باستثناء المؤشر (تعتمد المؤسسة نظامًا للمؤشرات الكمية والنوعية في تقييم الأنشطة والخدمات) قد حصل هذا المؤشر على مستوى (جيد)، وقد تراوحت النسب المئوية للمؤشرات التي حصلت على مستوى (جيد جدًا) ما بين (٨١,٢٥ ٪ - ٨٣,٩٨٪).

رسم بياني (٣٧)

النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بُعد تقييم خدمة التدخل المبكر

النتائج:

بناءً على ما جرى عرضُه من نتائج يمكن الخروج بالنتائج الآتية:

- بلغت نسبة المراكز التي تقدم خدمات وبرامج تدخل مبكر (٢٤,٢٣٪) من إجمالي عدد المراكز البالغة (٢٦٠) مركزًا، وقد تمركزت معظم هذه المراكز في العاصمة، ولم يكن أي من المراكز يقدم خدمات تدخل مبكر في كلٍّ من محافظتي المفرق وعجلون. ويمكن تفسير هذه النتيجة بان محافظة العاصمة تتجه لها معظم الجهود الهادفة لتطوير، كونها مركزا للعديد من المبادرات المؤسسية، وتتوفر فيها بنية تحتية بشرية وخبراتية تراكمية، الى جانب تمتع المواطنين فيها بمستويات اقتصادية تمكنهم من شراء خدمات خاصة بالتدخل المبكر لأبنائهم. الى جانب جذب العديد من الباحثين عن خدمات تدخل مبكر من البلدان العربية.

- معظم المراكز التي تقدم خدمات التدخل المبكر كانت تحت إشراف وزارة التنمية، كما أن معظمها يعود إلى القطاع الخاص وقطاع العمل التطوعي. وتعكس هذه النتيجة دور وزارة التنمية الاشرافي، وسعي المستثمرين في القطاع الخاص الى تقديم خدمات لفئات من المستفيدين القادرين على تغطية تكاليف الخدمة.

- إن معظم خدمات التدخل المبكر تُقدَّم لذوي الإعاقة الذهنية تليها الإعاقة الحركية والاضطرابات النمائية، كما أن الإعاقة البصرية هي من أقل أنواع الإعاقة التي تُقدَّم لها خدمات تدخل مبكر. ويمكن تفسير هذه النتيجة بان الإعاقة الذهنية تثير اهتمام العديد من المؤسسات لما تحتاجه طبيعة الإعاقة من تدريب وتكيف وتمكين واكساب المهارات، وخصوصا وان تبعات هذه النوع من الإعاقة طويلة المدى، وان فرص التمكين الاقتصادية والاجتماعية المستقبلية تحتاج الى مجهود وتأسيس كبيران لبلوغ مستويات من الاعتماد على الذات.

- معظم المراكز التي تقدم خدمات تدخل مبكر تستخدم برنامج البورتيج، بالإضافة إلى برامج خاصة بالمؤسسات أو نوع الإعاقة المستفيدة، كما أن هنالك نسبة ملحوظة من المراكز تستخدم برنامجي (لوفاس و التيتيش)، ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال الاهتمام المؤسسي في برنامج البورتيج وتدريب اعداد كبيره من الأخصائيين عليه.

- معظم العاملين في برامج التدخل المبكر يقدمون خدمات تعليمية، وتليها خدمات مساندة في مجالات النطق واللغة والعلاج الوظيفي والطبيعي، كما أن نسبة قليلة من العاملين في المراكز يغطون مجالات الإرشاد الأسري والعلاج باللعب. وتعكس هذه النتيجة الصورة النمطية الخاصة بتركيز الاهتمام على المجالات التعليمية، دون الاهتمام المباشر في بقية الخدمات في مجالات الشخصية الأخرى.

- معظم مساحات المراكز أكبر من ٤٠٠ متر مربع، وإن متوسط مباني المراكز يتجاوز ٢٤٠ مترا مربعًا، وتعكس هذه النتيجة الاهتمام في المرافق التي تقدم فيها الخدمات ولعل ذلك أيضا مرتبط بشروط ترخيص مراكز التربية الخاصة والتي تمنح الترخيص بناء على توفر حد أدني من مساحة المراكز وتوفر المرافق بأعداد

تخدم الأطفال وفق للطاقة الاستيعابية.

- هناك نسبة ملحوظة من المراكز تُقدَّر بـ (٤٤,٤٪) تطبق معايير الجودة الشاملة، إلا أن نسبة قليلة منها حاصلة على اعتمادات دولية. وتعكس هذه النتيجة باهتمام بعض المراكز بتحقيق مواصفات عالمية لبرامجها في ظل عصر تسوده التنافسية والسعي للتطوير والاستفادة من ظروف الانفتاح على الخبرات الدولية في هذا المجال.

- معظم العاملين في مراكز التدخل المبكر حاصلون على مؤهلات جامعية بكالوريوس فأعلى. وتعكس هذه النتيجة توفر اعداد مناسبة من الخريجين من حملة المؤهلات العلمية الجامعية، ضمن مختلف التخصصات التي تسهم في خدمات التدخل المبكر.

- يتوافر في المراكز التي جرى مسحها العديد من جوانب القوة من حيث متابعتهم لمفهوم التدخل المبكر وتقديم الخدمات بناء على النماذج المعمول بها دوليًا، إلا أن هنالك مجموعة من العناصر والمؤشرات التي تتحقق بمستويات مرتفعة ضمن المجالات الإدارية والفنية والتجهيزات والمباني وطبيعة عمل الفرق متعددة التخصصات ولعل أبرزها:

١. حصلت العناصر (وجود رؤية واضحة لبرنامج التدخل المبكر في المؤسسة، وجود هيكل خاص لبرنامج التدخل المبكر، وجود نموذج للحصول على خدمات التدخل المبكر للأسر) على مستوى (مقبول) أو (جيد) ضمن مجال وجود خطة تنظيمية وسياسات مكتوبة لبرنامج التدخل المبكر. وتعكس هذه النتيجة ضرورة الاهتمام بالنواحي الإدارية وتحديد عمل المراكز وفقا لأطار من الأداء المؤسسي الذي ينطلق من رؤية محددة، ويطور الإجراءات والهياكل المؤسسية وفقا لذلك.

٢. إن أبرز النتائج الخاصة بمجال تنظيم خدمات التدخل المبكر ضمن مؤشرات: (وجود أخصائي النطق واللغة في المؤسسة، وجود طبيب أو ممرض في المؤسسة، وجود أخصائي علاج طبيعي في المؤسسة) حصلت على مستوى (جيد)، كما أن هنالك مؤشرات كانت ضمن مستوى (مقبول) مثل: (وجود تقييم للمؤسسة، وجود أخصائي علاج وظيفي في المؤسسة)، كما أن وجود أخصائي خدمة اجتماعية قد حصل على مستوى (ضعيف)، وقد بينت النتائج أن هنالك مؤشرين حصلا على مستوى (ضعيف جدًا) وهما (توافر أخصائي تغذية، وتوافر أخصائي طفولة مبكرة في المؤسسة). وتعكس هذه النتيجة العديد من جوانب النقص الخاصة بالكوادر الفنية والتي لها أدوار حيوية في تعزيز عمل مراكز التدخل المبكر.

٣. تبيَّن أن بُعد تقديم الأنشطة المتفق عليها من قبل فريق متعدد التخصصات حصل على تقدير كلي (جيد)، وتبين هذه النتيجة بان أسلوب عمل الفريق متعدد التخصصات لايزال يحتاج الى مزيد من التطوير في اليات عمل مراكز التدخل المبكر.

٤. النتائج الخاصة ببُعد امتلاك الأخصائيين للمؤهلات اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة أشارت إلى أن الأخصائيين العاملين في المؤسسة لا يتمتعون بمستوى مرتفع من التدريب المناسب في مجال التدخل المبكر، وتعكس هذه النتيجة بان التخصصية في الكوادر العاملة في هذه المراكز لا تزال بحاجة الى

مزيد من التركيز والتطوير لتأخذ طابع تخصصي محدد يعمل على تقديم خدمات ملائمة نمائية لهم.

٥. تبين ضمن بُعد امتلاك الأخصائيين للمهارات اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة، أنه ليس لديهم قدرة مرتفعة على تحديد الموارد المجتمعية والمؤسسية التي تدعم نمو الطفل، ويعود ذلك الى تمركز خطط التدخل المبكر اما على الاخصائيين، او على الأطفال دون توسيع قاعدة المشاركة بناء على استثمار الموارد المجتمعية بهذا الخصوص.

٦. النتائج الخاصة بمجال المباني والمعدات والأجهزة لخدمة التدخل المبكر أشارت إلى أن مجموعة من المؤشرات لم تتحقق بمستوى مرتفع وهذه المؤشرات هي: (تهيئة المكان لتنقل الأطفال ذوي الإعاقات، وجود حواسيب وأجهزة تكنولوجية تخدم فئة الأشخاص ذوي الإعاقة، تحقيق المراكز لجميع متطلبات الترخيص). وتبين هذه النتيجة بان الموارد المادية والتجهيزات لا تزال بحاجة الى مزيد من التطوير وخصوصا فيما يتعلق بدمج التكنولوجية المساعدة، على الرغم من توفر توجهات إيجابية نحوها، الا ان الحاجة لا تزال قائمة الى حين تبنيها وتفعيلها وتوسيع نطاقها في التدخل المبكر.

٧. بينت النتائج الخاصة ببُعد توثيق الخدمات التي قُدمت والأعمال التي أُنجزت مع الأسر أنها حصلت على مستوى (جيد) في مؤشري (توثيق الاجتماعات مع الأهالي، ووجود اتفاق مكتوب بين مقدم الخدمة والأهل)، وتبين هذه النتيجة بان هناك حاجة الى اعتماد منهج قائم على التوثيق وحفظ السجلات بشكل مهني وتراكمي.

٨. أشارت النتائج إلى أنّ بُعد السجل الإداري الخاص بكل طفل في برنامج التدخل المبكر لم يحقق مستوى مرتفع على مؤشرات (التوثيق لجميع الاتصالات المتعلقة بالطفل والأسرة، وموافقة الوالدين على الخدمات المقدمة بمختلف أشكالها، واشتمال السجل على جميع الشكاوى التي جرى تقديمها خلال فترة تطبيق البرنامج).

٩. بينت النتائج أن هنالك العديد من المؤشرات ضمن بُعد حفظ السجلات وآلية استرجاعها وقد حققت مستوى (جيد) فأقل وهذه المؤشرات هي: (وجود نموذج إحالة موحد في السجلات، وموافقة الوالدين في حال الحاجة لاطلاع المنظمات الخارجية على المعلومات المتعلقة بالأسرة والطفل، وتوقيع كل عضو في الفريق على تعهد بعدم الإفصاح عن أية معلومات تتعلق بالمستفيدين، وإعلام الوالدين بالأشخاص الذين يملكون حق الاطّلاع على سجل الطفل والمعلومات الواردة فيه، ووجود تعهد خطي في سجل الطفل يوقع عليه كل من يطلع على المعلومات إذا دعت الضرورة إلى ذلك). إلى جانب افتقار العديد من المؤسسات لسياسات وإجراءات تحكم استخدام وتنفيذ البحوث فيها ضمن بُعد إجراء الدراسات والبحوث، وتبين هذه النتيجة بان هناك حاجة الى تطوير العديد من جوانب العمل الإداري الخاصة بالفئات المستفيدة من برامج التدخل المبكر، وخصوصا وانها لا تسير وفقا لأليات محددة، وقد تكون لا تلبي المعايير الدولية بشكل واضح ومتكامل بالجوانب الخاصة بالممارسات المهنية مع الأطفال واهاليهم وعلاقة المؤسسة بالمؤسسات ذات العلاقة.

١٠. بينت النتائج الخاصة بتقييم الطفل والأسرة على أساس منهج متعدد التخصصات أنّ هنالك العديد من المؤشرات التي لم تتحقق بمستوى مرتفع مثل: (تقييم الأسرة في المؤسسة اختياري ويكون بموافقة كل فرد من أفرادها، تقييم صحة الطفل في المؤسسة فحص حاستي السمع والبصر، حصول المؤسسة على تعهد خطي مسبق من الوالدين قبل البدء بتنفيذ التقييم، قيام الأخصائيين العاملين في المؤسسة بزيارات منزلية لأسر الأطفال المستفيدين من برامج التدخل المبكر).

التوصيات:

في ضوء ما جرى التوصل إليه من نتائج يمكن اقتراح التوصيات الآتية:

١. العمل مع مختلف الوزرات المعنية على ضرورة إيجاد أطر لترخيص المراكز وتحديد آليات عملها في ضوء المعايير المقترحة في الدراسة الحالية.

٢. توجيه الاهتمام نحو المراكز التي تقدم برامج خدمات التدخل المبكر، من خلال التطوير الإداري والفني للكوادر العاملة فيها وفقا للأسس والممارسات العالمية في هذا المجال.

٣. الاهتمام بالتوثيق والأرشفة وتوافرهما ضمن قواعد البيانات الإلكترونية، والتأسيس لإطلاق أنظمة متابعة بين مختلف المؤسسات التي تتشارك في خدماتها، كونها من المؤشرات التي لم تتحقق بمستوى مناسب لدى المراكز والمؤسسات التي تم دراستها.

٤. أهمية العمل على تطوير أدوات قياس وتشخيص موجهة لفئات الأطفال لتحديد مستويات النمو لديهم في مختلف الجوانب، وتوجيه برامج التدخل المبكر وفقًا لحاجاتهم النمائية المختلفة.

٥. العمل على تطوير وبناء برامج تدخل مبكر لفئات الأطفال كلٌ وفق نوع إعاقته، والفئات التي يخدمها، والعمل على توفير نظام إشرافي عام يتابع آليات تطبيق الخدمات وفقا لمجالاتها المختلفة.

٦. أهمية العمل على ادخال برامج متخصصة تتناسب مع طبيعة حاجات الطفل والاسرة مثل برنامج time floor او البرامج القائمة على أساس تفاعلي بين الاسرة والطفل.

٧. توسيع دور الخدمات النفسية والتربوية والأسرية في برامج التدخل المبكر، والتي تحظى بهامش محدود من إجمالي الخدمات والبرامج المقدمة.

٨. إجراء تقييمات دورية لواقع المراكز في إطار المعايير التي جرى تطويرها لأغراض تقييم الواقع وبهدف الحفاظ على مستويات ملائمة للخدمات المقدمة للأطفال من ذوي الإعاقة.

٩. العمل على تصنيف مراكز التدخل المبكر بناء على نظام تصنيف نقطي ومنح شهادات واعتمادات خاصة بناء على ذلك.

١٠. العمل على تطوير نماذج موحدة لمتلقي الخدمة في مراكز التدخل المبكر، تشتمل على بيانات ومعلومات حيوية لأغراض الدراسات وتغذية قواعد البيانات فيها لدى جميع مراكز التدخل المبكر.

١١. اجراء دراسات لتشمل مسح نطاق اخر من الخدمات المقدمة في مجال التدخل المبكر لمرحلة رياض الأطفال، حيث لم يتم تغطية هذا المجال في الدراسة الحالية، حيث ان فئة من الأطفال من ذو الإعاقة يلتحقون برياض الأطفال ضمن سن ٤-٦ سنوات.

١٢. أهمية تحليل محتوى البرامج المستخدمة في مراكز التدخل المبكر للتعرف على مكوناتها وتصميمها والية تنفيذها في ضوء الاعاقات الموجة اليها.

المراجع:

- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (١٩٩٨) التدخل المبكر، دار الفكر، عمان، الأردن.

References:

- Bailey, D. B., Simeonsson, R. J., Yoder, D., & Huntington, G. S. (1990). Preparing professionals to serve infants and toddlers with handicaps and their families: An integrative analysis across eight disciplines. Exceptional Children, 57(1), 26-35.
- Bailey, D., Aytch,L. S.,Odom,S. L.,Symons,F.,& Wolery, M., (1999). Early intervention as we know it. Research Review, 5,11-20.
- Benn, R (1993) Conceptualized eligibly for early intervention services in D M Bryant & M A (Eds) implementing early intervention (PP 18-45) New York the Guilford Press
- Boston: Allyn & Bacon, Inc. Stephens L.C, Tauber S.K (2001) cited in Case-Smith J (2001) Occupational Therapy for Children, 4th edition, Mosby Inc, Elsevier Science.
- Briggs, M.H. (1997). Building Early Intervention Teams: Working Together for Children and Families. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers.
- Carr, P., G., Seaver, L. Stredler-Brown, A., & Holzinger, D. (2013). Best practices in family-centered Early Intervention for children who are deaf or hard of hearing: An international consensus statement. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 18, 429-445. doi: 10.1093/deafed/ent034
- Case-Smith (Ed.) Dunst, C.J. (2000). Revisiting ‘Rethinking early intervention’. Topics in Early Childhood Special Education, 20 (2), 95-104.
- Case-Smith, J. & Holland, T. (2009). Making decisions about service delivery in early childhood programs. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 40, 416–423.
- Case-Smith, J., & Wavrek. B. B. (1998). Models of service delivery and team interaction. In J.
- Centre for Community Child Health (2013) Strengthening Inclusive Practices in Early Childhood Intervention Services: Australia,
- European Agency for Development in Special Needs Education (2005) Early Childhood

Intervention Analysis of Situations in Europe Key Aspects and Recommendations, Brussels office.

- Gargiulo, R., & Kilgo, J. (2001). Young children with special needs. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Gilliam Walter, Leiter Valerie (2003). Evaluating Early Childhood Programs: Improving Quality and Informing Policy, Zero To Three Organization
- Hanson, M. & Lynch, E. (1995). Early intervention: Implementing Child and Family Services for infants and toddlers who are at risk or disabled (2ed.). Austin,Texas: Pro-ed.
- Hardman, M., Drew, C. & Egan, W. (1996). Human Exceptionality: Society, School, and Family. USA: A Simon and Schuster Company.
- Hayden, C. (1997) Children Excluded from Primary School, Buckingham: Open University Press
- Kennedy , Anne , Moore Tim, Gavidia-Payne , Susana & Forster , John (2010) Early childhood intervention reform project , Department of Education and Early Childhood Development, State of Victoria.
- McDonnell, A., & Hardman, M. (1988). A synthesis of “best practice” guidelines for early childhood services. Journal of the Division for Early Childhood, 12(4), 328-341.
- Moeller, M. P., Hoover, B., Peterson, B., & Stelmachowicz, P. G. (2013). Best Practices in Family-Centered Early Intervention for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing: An International Consensus Statement, Journal of Deaf Studies and Deaf Education 429-445.
- Peterson, N. (1987). Early intervention for handicapped and at risk children: An introduction to early childhood special education. Denver: Love Publishing co.
- Shackelford, J. (2006). State and jurisdictional eligibility definitions for infants and toddlers with disabilities under IDEA (NECTAC Notes No. 21). Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG Child Development Institute, National Early Childhood Technical Assistance Center.
- Shonkoff, J., & Meisels, S. (2000). Handbook of Early Childhood Intervention (2nd ed.). Cambridge UK: Cambridge University Press.

- Simeonsson, R.J. (1986). Psychological and Developmental Assessment of Special Children.
- The Royal Australasian College of Physicians Pediatric & Child Health Division)2013), The Royal Australasian College of Physicians.
- United States of America U.S. Department of Education. (2010). Thirty-five Years of Progress in Educating Children with Disabilities through IDEA. Retrieved from http://www2.ed.gov/about/offices/list/osers/idea35/history/idea-35-history.pdf

الملحق (١)

الفاضل / الفاضلة

تحية طيبة وبعد،،

يقوم فريق البحث الميداني بتكليف من المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة بإجراء مسح ميداني حول "ولقع برامج وخدمات التدخل المبكر في الأردن"، بالاعتماد على مجموعة من المعايير الدولية في مجال تقييم مراكز وبرامج التدخل المبكر، نرجو من حضراتكم التعاون في الإجابة عن فقرات الاستبانة، وتقدير الإجابات حسب الواقع في المؤسسة لديكم، ونؤكد لكم أن هذه البيانات هي لأغراض البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

البيانات الأولية :

الرقم التسلسلي:.....

تاريخ التطبيق: / /٢٠١٥ المسؤول عن التطبيق:.....

اسم المركز:. ..... تاريخ التأسيس:. .....

العنوان: المدينة:. ..... الحي:. ..... الشارع:. ..... رقم البناية:. .....

رقم الهاتف:. ..... رقم الفاكس:. ..... البريد الإلكتروني:. .....

بيانات الترخيص: من. ..... إلى. .....

غايات الترخيص:. .....

الجهة المانحة للترخيص:. .....

صفة المؤسسة: قطاع حكومي / قطاع تطوعي / قطاع خاص

الطاقة الاستيعابية للمؤسسة:. ..... عدد الملتحقين بالمؤسسة:. .....

عدد الملتحقين ببرنامج التدخل المبكر:. .....

الفئات التي تستفيد من خدمات المؤسسة:

أ. إعاقة عقلية ب. إعاقة حركية ج. اضطرابات نمائية د. إعاقة سمعية هـ. إعاقة بصرية و. تدخل مبكر

البرامج المقدمة بالمركز لفئات الأطفال من عمر (صفر –ما دون الست سنوات)				
الرقم	اسم البرنامج	الفئة العمرية	بلد المنشأ	نوع الاعتماد
١.				
٢.				
٣.				
٤.				
٥.				
٦.				
٧.				

عدد العاملين بالمركز مع فئات الأطفال من عمر (صفر –ما دون الست سنوات):. ..... موظف

. ..... موظفة

المؤهلات العلمية للعاملين بالمركز مع فئات الأطفال من عمر (صفر – ما دون الست سنوات):

أ. توجيهي، عدد ( ) ب. دبلوم، عدد ( ) ج. بكالوريوس، عدد ( ) د. ماجستير، عدد ( ) هـ. غير ذلك. ..... عدد ( )

التخصصات الدقيقة للعاملين بالمركز مع فئات الأطفال من عمر (صفر – ما دون الست سنوات):

1خدمة اجتماعية، عدد ( )1 إرشاد أسري، عدد ( ) 1علاج النطق واللغة، عدد ( ) 1علاج وظيفي، عدد ( )1
البرنامج التربوي، عدد ( ) 1علاج فيزيائي، عدد ( ) 1علاج باللعب، عدد ( ) 1علاج بالموسيقى، عدد ( ) 1صعوبات تعلم، عدد ( ) ☐رعاية أسرية، عدد ( )1 رعاية طبية، عدد ( )

1تخصصات أخرى:. .....عدد ( )

مساحة المراكز:. ..... م٢ مساحة البناء:. م٢

المرافق: عدد الغرف لغايات الأنشطة:. .....عدد قاعات الاجتماعات:. .....

عدد المكاتب التي تستخدم للإدارة:. ..... عدد المرافق الصحية للأطفال:. .....

عدد المرافق الصحية للعاملين:. ..... عدد غرف الخدمات المساندة لبرامج التأهيل. .....

عدد غرف المبنى الإجمالي:. .....

هل المركز/ البرامج حاصل على أية اعتمادات دولية 1نعم 1لا

هل المركز/ البرامج يطبق برامج إدارة الجودة الشاملة 1نعم 1لا

هل تلقى العاملون تدريبًا على برنامج البورتيج من قبل المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة

1 نعم 1 لا

درجة تطبيقك برنامج البورتيج في التدخل المبكر مع الأطفال في المركز / المؤسسة

1 كبير 1 متوسط 1 ضعيف

تقييمك لدرجة الاستفادة من التدريب على برنامج البورتيج في التدخل المبكر

1 كبير 1 متوسط 1 ضعيف

مدة البرنامج:

1أسبوع 1أسبوعين 1أكثر من ذلك

الفئات التي يُستخدم معها البرنامج:

1إعاقة عقلية 1إعاقة حركية 1اضطرابات نمائية 1إعاقة سمعية 1إعاقة بصرية 1تدخل مبكر

العاملون في المؤسسة (في برنامج التدخل المبكر):

الرقم	المسمى الوظيفي	المؤهل العلمي	الوظيفة	الخبرة	الدورات التي التحق بها	
					اسم الدورة	مدة الدورة
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
٧						
٨						
٩						
١٠						
١١						
١٢						
١٣						
١٤						
١٥						

البُعد الأول: التنظيم والإدارة

يعرف التنظيم إجرائيًا بأنه: عملية توزيع الأعمال المتعلقة ببرنامج التدخل المبكر على العاملين في المؤسسة، بحيث يجري إنجاز العمل بأقل تكلفة وأقصر وقت وأفضل أداء ممكن.

وتُعرَّف الإدارة إجرائيًا بأنها: مجموعة من الجهود المنسقة التي يقوم بها فريق العاملين في المؤسسة لتحقيق أهداف برنامج التدخل المبكر.

الرقم	الفقرات	الدرجة	
		نعم	لا
١,١ وجود خطة تنظيمية وسياسات مكتوبة لبرنامج التدخل المبكر			
١	يوجد رؤية واضحة لبرنامج التدخل المبكر في المؤسسة.		
٢	يوجد رسالة واضحة لبرنامج التدخل المبكر في المؤسسة.		
٣	يوجد أهداف واضحة لبرنامج التدخل المبكر في المؤسسة.		
٤	يوجد هيكل تنظيمي خاص لبرنامج التدخل المبكر.		
٥	يوجد وصف وظيفي للكوادر العاملة في برنامج التدخل المبكر.		
٦	يوجد خطة تنظيمية إدارية فعالة للمؤسسة.		
٧	توجد أسس محددة لاختيار الموظفين وتوظيفهم في المؤسسة.		
٨	يوجد نموذج للحصول على خدمات التدخل المبكر للأسر.		
١,٢ تنظيم خدمات التدخل المبكر			
٩	توجد لائحة بالخدمات المقدمة في المؤسسة.		
١٠	يوجد مدير عام للمؤسسة.		
١١	يوجد مدير فني للمؤسسة.		
١٢	يوجد طبيب أو ممرض في المؤسسة.		
١٣	يوجد أخصائي علاج طبيعي في المؤسسة.		
١٤	يوجد أخصائي علاج وظيفي في المؤسسة.		
١٥	يوجد أخصائي النطق واللغة في المؤسسة.		
١٦	يوجد أخصائي طفولة مبكرة في المؤسسة.		
١٧	يوجد أخصائي تربية خاصة في المؤسسة.		
١٨	يوجد أخصائي تغذية للمؤسسة.		
١٩	يوجد أخصائي تقييم للمؤسسة.		
٢٠	يوجد أخصائي خدمة اجتماعية للمؤسسة.		
٢١	تحدد المؤسسة الفئات المستفيدة من الخدمات المقدمة.		
٢٢	تحدد المؤسسة الأعضاء الفنيين العاملين في برنامج التدخل المبكر.		
٢٣	توجد لوائح/ تعليمات خاصة بالأسس الواجب الالتزام بها في البرنامج.		

٢٤	يوجد جدول زمني محدد لعمل أعضاء الفريق.		

الرقم	الفقرات	الدرجة			
		بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	غير موجودة
١,٣ الدور الإداري للمدير الفني في برنامج التدخل المبكر					
٢٤	يعدّ التقارير الفنية.				
٢٥	يخطط لمختلف الأنشطة العملية المتاحة.				
٢٦	يعيد توزيع أشكال العمل على الخدمات المقدمة.				
٢٧	يحدد أدوار أعضاء الفريق بتنفيذ الخدمات.				
٢٨	يسهم في تطوير برنامج التدخل المبكر في المؤسسة.				
٣٠	يقيّم مستوى خدمات التدخل المبكر المقدمة في المؤسسة.				
٣١	يقدم للموظفين التدريب اللازم.				
٣٢	يحرص على تحقيق التفاعل بين المؤسسة والمنظمات الخارجية.				
٣٣	يوزع ساعات العمل بين أعضاء الفريق وفق إجراءات عملية محددة.				
١,٤ خصائص ومؤهلات المشرف في برامج التدخل المبكر					
٢٩	حاصل على شهادة جامعية تتعلق بالطفولة المبكرة أو أي تخصص ذي صلة.				
٣٠	يمتلك خبرة تتراوح ما بين (٥ – ١٠) سنوات في العمل مع الأطفال.				
٣١	يمتلك مهارات تواصل عالية.				
٣٢	يمتلك خبرة واسعة في العمل مع الأسر.				
٣٣	يمتلك خبرة واسعة في استخدام أدوات التقييم.				
٣٤	لديه قدرة على تفسير نتائج التقييم.				
٣٥	لديه قدرة على تقدير التوصيات اللازمة للحالة بناءً على النتائج.				

البُعد الثاني: الأخصائيون المشاركون في برنامج التدخل المبكر والمهام الموكلة إليهم.

يُعرف الأخصائيون المشاركين في برنامج التدخل المبكر إجرائيًا بأنهم: مجموعة الأفراد العاملين ضمن برنامج مخطط ومنظم وفق أسس علمية وتربوية لتنفيذ مجموعة من الأنشطة والمهام المختلفة التي تدخل ضمن إطار التدخل المبكر.

الرقم	الفقرات	المقياس			
		بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	غير موجودة
١.٢ تقديم الأنشطة المتفق عليها من قبل فريق متعدد التخصصات					
١	يتألف فريق عمل برنامج التدخل المبكر من ثلاثة أخصائيين كحد أدنى.				
٢	يتألف فريق عمل برنامج التدخل المبكر من تخصصات مختلفة.				
٣	تستعين المؤسسة بأخصائيين خارجيين عند الحاجة				
٢.٢امتلاك الأخصائيين للمؤهلات اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة					
١	يمتلك الأخصائيون العاملون في المؤسسة مؤهلات علمية عالية.				
٢	يتمتع الأخصائيون العاملون في المؤسسة بالتدريب المناسب في مجال التدخل المبكر.				
٣	يمتلك الأخصائيون العاملون في المؤسسة المعرفة والمهارات اللازمة للتقييم.				
٣,٢ امتلاك الأخصائيين للمهارات اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة					
٤	يمتلك الأخصائيون العاملون في المؤسسة مهارة التخطيط.				
٥	يتمتع الأخصائيون العاملون في المؤسسة بمهارات عملية تمكنهم من إجراء الجلسات للأسر والأطفال.				
٦	يمتلك الأخصائيون العاملون في المؤسسة المعرفة المهنية اللازمة.				
٧	لديهم معرفة بالأساليب الداعمة لبيئة التعلم والتي تتلائم مع جاحات الطفل واسرته.				
٨	يمتلكون القدرة على تحليل المشكلات التي تواجههم بشكل منظم وممنهج.				
٩	يمتلكون القدرة على تحديد الموارد المجتمعية والمؤسسية التي تدعم نمو الطفل.				

البُعد الثالث: المباني والمعدات والأجهزة لخدمة التدخل المبكر

تُعرَّف المباني والمعدات والأجهزة في خدمة التدخل المبكر بأنها: مجموعة المباني المجهزة والمستخدمة في تقديم خدمة التدخل المبكر بحيث تكون مناسبة لتنفيذ الأنشطة من حيث المساحة والتصميم.

الرقم	الفقرات	المقياس	
		نعم	لا
١.٣ تجهيز أماكن للعمل			
١	يوجد أماكن مخصصة لإجراء اللقاءات والجلسات العلاجية للأطفال وأسرهم.		
٢	يوجد أماكن تناسب حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة.		
٣	تؤمن المؤسسة بيئة آمنة مخصصة لعائلات الأطفال ذوي الإعاقة.		
٤	تؤمن المؤسسة وسائل نقل مناسبة للطفل.		
٥	تؤمن المؤسسة الحواسيب المكتبية اللازمة.		
٦	يوجد وسائل اتصال مناسبة.		
٧	يوجد مرافق صحية مناسبة للأخصائيين.		
٨	يوجد مرافق صحية مناسبة للأطفال.		
٩	يوجد مرافق صحية مناسبة للزوار.		
١٠	تتوافر في المؤسسة تكنولوجيا مساندة.		
١١	تتوافر في المؤسسة الأجهزة اللازمة.		
١٢	تتوافر في المؤسسة الوسائل التعليمية المناسبة.		
١٣	المكان مهيأ لتنقل الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة.		
١٤	يلتزم المركز بمتطلبات الترخيص الخاصة بمراكز التدخل المبكر.		

البُعد الرابع: التوثيق وحفظ السجلات

يُعرَّف التوثيق وحفظ السجلات إجرائيًا بأنه: عملية رصد جميع الأنشطة وتدوينها والأعمال التي جرى تنفيذها في برنامج التدخل المبكر، والمعلومات التي جُمعت حول حالة الطفل الملتحق بالبرنامج، والتقييمات التي خضع لها، والتغيرات الطارئة عليه.

الرقم	الفقرات	المقياس	
		نعم	لا
١,٤ توثيق الخدمات التي قدمت والأعمال التي أنجزت مع الأسر			
١	يوجد في المؤسسة سجل خاص بأسماء المستفيدين من برنامج التدخل والمختصين في عملية التقييم الأولي.		
٢	يوجد اتفاق مكتوب حول تقديم الخدمات بين المؤسسة وكل أسرة تدخل في برامج التدخل المبكر.		
٣	تُوثَّق جميع الاجتماعات التي تعقد مع الأسر المستفيدة من خدمات البرنامج.		
٤	تُوثق البيانات المتعلقة بالخدمات المقدمة للأسرة والطفل.		
٢.٤ السجل الفني الخاص بكل طفل في برنامج التدخل المبكر			
٥	تحتفظ المؤسسة بسجل لكل طفل مسجل وملتحق بالمؤسسة.		
٦	توجد سجلات مكتملة زمنيا لكل طفل من بدء الالتحاق بالمؤسسة إلى وقت مغادرتها توثق التقييم الذي يحدد الحاجات الخاصة للطالب.		
٧	يحدد في سجل الطفل خطة البرنامج الشاملة (دراسة الحالة، الخطة الفردية، الخطة الانتقالية) وذلك لتلبية حاجات الطالب المحددة.		
٨	تُحدد في سجل الطفل الأهداف والغايات بشكل واضح.		
٩	يحدد في سجل الطفل تقرير تقدم الطالب نحو تحقيق الأهداف.		
١٠	يوثق سجل الطفل مراجعة خطة البرنامج وتعديلها وأهدافها وغاياتها مع الأخذ في الحسبان تقدم الطفل.		
١١	تلخيص مهارات الطفل والمجالات المطلوبة عند خروجه، مع التوصيات المتعلقة بالبرنامج.		
١٢	يشتمل السجل الفني للطفل على تقارير الفحص الطبي.		
١٣	يشتمل السجل الفني للطفل على تقارير التقييم النفسي والتربوي.		
١٤	يشتمل السجل الفني للطفل على ملاحظات التقييم ومعلومات أخرى حول الخدمات المقدمة للطفل والأسرة.		
٣.٤ السجل الإداري الخاص بكل طفل في برنامج التدخل المبكر			
١٥	يشتمل السجل الإداري للطفل على المعلومات التي جُمعت حول الطفل قبل الإحالة إلى برنامج التدخل المبكر.		
١٦	يشتمل السجل الإداري للطفل على جميع الشكاوى التي جرى تقديمها خلال فترة البرنامج.		
١٧	يشتمل السجل الإداري للطفل على توثيق لجميع الاتصالات المتعلقة بالطفل والأسرة.		

١٨	يشتمل الملف الإداري للطفل على موافقة الوالدين على الخدمات المقدمة بمختلف أشكالها.		
٤. ٤ حفظ السجلات وآلية استرجاعها			
١٩	يوجد نموذج إحالة موحد في السجلات.		
٢٠	يوجد نموذج لنتائج التقييم متعدد التخصصات في السجلات.		
٢١	تُحفظ سجلات الأطفال ويمنع وصول غير المصرح لهم إليها.		
٢٢	توجد إجراءات وسياسات مكتوبة لحماية سرية سجلات الطلبة.		
٢٣	يوجد في المؤسسة قواعد إلكترونية للبيانات متاحة لأعضاء فريق التدخل المبكر.		
٢٤	يوجد تعهد خطي في سجل الطفل يوقع عليه من يطلع على المعلومات إذا دعت الضرورة إلى ذلك.		
٢٥	يوقع كل عضو في الفريق على تعهد بعدم الإفصاح عن أية معلومات تتعلق بالمستفيدين.		
٢٦	تحصل المؤسسة على موافقة الوالدين في حال الحاجة لإطلاع المنظمات الخارجية على المعلومات المتعلقة بالأسرة والطفل.		
٢٧	يجري إعلام الوالدين بالأشخاص الذين يملكون حق الاطلاع على سجل الطفل والمعلومات الواردة فيه.		
٢٨	استخدام المواد السمعيه أو المرئية لأغراض التشخيص والعلاج أو التدريب يجري بمعرفة كاملة للمقاصد والأهداف من قبل الطالب وذويه وموافقتهم.		
٤. ٥ إجراء البحوث والدراسات على الطلبة			
٢٩	لدى المؤسسة سياسات وإجراءات تحكم استخدام وتنفيذ البحوث.		
٣٠	تراعي المؤسسة خصوصية الطالب في تنظيم وإجراء البحوث وإعداد التقارير والتقييم.		
٣١	تضمن المؤسسة للطالب حماية خصوصيته وهويته في جميع مراحل البحث.		

البُعد الخامس: الوصول لخدمة التدخل المبكر

يُعرف الوصول إلى خدمة التدخل المبكر إجرائيًا بأنه: إمكانية حصول الفئات المستهدفة من برنامج التدخل المبكر على الخدمات التي يقدمها البرنامج والتي تشمل الاتصال بالمؤسسة، وقبول الإحالة من الجهات المختصة، وإجراء التقييم الأولي، واتخاذ القرار بشأن التحاق الطفل بالبرنامج، وتحديد الأخصائيين المعنيين بتنفيذه.

الرقم	المؤشرات	المقياس			
		بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	غير موجودة
٥. ١الوصول لخدمة التدخل المبكر					
١	يقبل الطفل في برنامج التدخل عندما تكون إحالته من قبل أسرته.				
٢	تقبل المؤسسة الإحالة لبرنامج التدخل المبكر من جميع المصادر المختصة بشأن الطفل.				
٣	تستطيع الأسر الاتصال بالمؤسسة بشكل مباشر أو عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني.				
٤	يُجرى التقييم الأولي بعد أول اتصال مع العائلة خلال مدة لا تتجاوز الأسبوعين.				
٥	يُتخذ القرار للالتحاق ببرنامج التدخل المبكر بالاتفاق ما بين الأخصائيين والأسرة.				
٦	تُحدد أهداف البرنامج قبل البدء بتنفيذه.				
٧	تُحدد طرق العلاج الممكنة التي سوف تُتَّبع قبل البدء بتنفيذ البرنامج.				
٨	تحدد التقييمات التي سوف تُجرى قبل البدء بتنفيذ البرنامج.				
٩	يُحدد الأخصائيون المعنيون قبل البدء بتنفيذ البرنامج.				

البُعد السادس: إجراء التقييم متعدد التخصصات

يُعرَّف التقييم متعدد التخصصات إجرائيًا بأنه: عملية جمع البيانات المتعلقة بالطفل الملتحق ببرنامج التدخل المبكر وتفسيرها والتي تشمل جوانب متعددة (معرفية، حركية، اجتماعية) ويقوم بإجراء هذا التقييم أشخاص مهنيون من تخصصات مختلفة.

الرقم	الفقرات	المقياس			
		بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	غير موجودة
١.٦ تقييم الطفل والأسرة على أساس منهج متعدد التخصصات					
١	تحصل المؤسسة على تعهد خطي مسبق من الوالدين قبل البدء بتنفيذ التقييم.				
٢	تحرص المؤسسة على مشاركة الآباء في عملية تقييم الطفل.				
٣	يشمل تقييم صحة الطفل في المؤسسة فحص حاستي السمع والبصر.				
٤	يجري تقييم المستوى الوظيفي للطفل في مجال التطور المعرفي.				
٥	يجري تقييم نمو الطفل الاجتماعي.				
٦	يجري تقييم نمو الطفل الانفعالي.				
٧	يجري تقييم التطور الحركي لدى الطفل.				
٨	يجري تقييم قدرة الطفل على التواصل.				
٩	يجري تقييم مهارات الطفل الذاتية.				
١٠	يجري تقييم النمو الجسمي للطفل من خلال فحص الحالة الصحية والجسدية.				
١١	يُحدِّد الأخصائيون في المؤسسة المخاوف التي تشعر بها عائلة الطفل.				
١٢	يُجري الأخصائيون في المؤسسة تقييم منتظم لحالة الطفل.				
١٣	يستخدم الأخصائيون في المؤسسة أدوات التقييم وفقًا للمبادئ التوجيهية في مجال التدخل المبكر.				
١٤	يناقش الأخصائيون نتائج التقييم مع الأسرة.				
١٥	يجري تقييم نمو الطفل في المؤسسةضمن إطار الأسرة والبيئة الاجتماعية له.				
١٦	تجري مراجعة السجلات المتوافرة والمتعلقة بالطفل والوضع الصحي له وآخر تاريخ طبي بوصفها جزءًا من التقييم.				
١٧	يراعي الأخصائيون أن يكون التقييم مناسبا للطفل لغويًا وثقافيًا.				
١٨	تزود المؤسسة الآباء والأمهات بإشعار خطي يضم جميع نتائج التقييمات الخاصة بالطفل.				
١٩	يكون تقييم الأسرة في المؤسسة اختياري ويحصل بموافقة كل فرد من أفرادها.				
٢.٦ ما بعد الانتهاء من التقييم					

٢٠	يعمل الأخصائيون في المؤسسة على إعداد البرنامج الفردي للطفل.				
٢١	تجري الإجابة عن أسئلة الوالدين حول برنامج التدخل المبكر.				
٢٢	يوضّح المسؤولون في المؤسسة للأسرة تكلفة خدمات التدخل المبكر التي سيحصل عليها الطفل.				
٢٣	يساعد العاملون في المؤسسة أسرة الطفل على حل المشاكل التي قد تواجههم.				

البُعد السابع: تطويروتنفيذ برنامج التدخل الفردي

يُعرَّف تطوير وتنفيذ برنامج التدخل الفردي إجرائيًا بأنه: إجراءات تنفيذ البرنامج الفردي الخاص بالطفل الملتحق ببرنامج التدخل المبكر، وتطويره وفق حاجة الطفل والتغير الطارئ على حالته.

الرقم	الفقرات	المقياس			
		بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	غير موجودة
٧. ١ البرنامج الفردي الخاص بالطفل					
١	يجري بناء برنامج التدخل المبكر الفردي في حدود (١٤) يومًا من تاريخ الإحالة الأولية للطفل.				
٢	يستند البرنامج الفردي إلى نتائج التقييم متعدد التخصصات.				
٣	يراعي البرنامج الفردي مصالح واحتياجات الطفل.				
٤	يشتمل البرنامج الفردي على قائمة تصف احتياجات وموارد الأسرة اللازمة لتطور الطفل وتحسين احتياجاته الوظيفية.				
٥	يجري ترتيب الوقت المناسب لتقديم خدمات التدخل المبكر للطفل.				
٦	تحدد مدة البرنامج الفردي.				
٧	يشتمل البرنامج الفردي على وصف لأشكال العمل (جلسات فردية، جلسات جماعية، مشاورات، الخ).				
٨	يشتمل البرنامج الفردي على وصف للأهداف والنتائج التي من المتوقع أن تتحقق للطفل والأسرة.				
٩	يشتمل البرنامج على قائمة بالإجراءات التي تساعد على الوصول إلى النتائج المتوقعة منه.				
١٠	يُحدد في البرنامج عدد الاجتماعات التي تعقد خلال الأسبوع.				
١١	يُحدد في البرنامج أعضاء الفريق المشاركون فيه.				
١٢	يجري بناء البرنامج الفردي وفقًا للمناقشة المشتركة بين الآباء والأمهات وأعضاء الفريق في المؤسسة.				
١٣	تجري مراجعة البرنامج الفردي من قبل المختصين مرة واحدة على الأقل كل٦ أشهر أو حسب ما هو مطلوب.				
٧. ٢ احترام الطفل وأسرته وتحديد احتياجات الطفل النمائية من قبل أعضاء فريق التدخل					
١٤	تستند جميع طرق العلاج المنفذة في المؤسسة إلى نشاط الطفل ومشاركته.				
١٥	يتحلى جميع أعضاء فريق التدخل المبكر العاملين في المؤسسة بالاحترام خلال تواصلهم مع الطفل.				
١٦	تتفق المؤسسة مع العائلة على جميع القرارات المتعلقة بالأنشطة والخدمات المقدمة للطفل.				
١٧	يحترم العاملون في المؤسسة حق الأسرة بالاحتفاظ بالمعلومات الشخصية للطفل.				

١٨	يحترم العاملون في المؤسسة حق الأسرة بالموافقة أو الرفض على إجراء التقييم لطفلهم.				
١٩	يحترم العاملون في المؤسسة حق الأسرة في التعبير عن آرائهم المتعلقة بالعمل وتلقي الخدمة المقدمة لهم.				
٧. ٣ مراعاة طبيعة بيئة الطفل وأسرته					
٢٠	يقدم الأخصائيون العاملون في المؤسسة الدعم اللازم للأسرة لمساعدتهم على تعزيز قدرات أطفالهم وتطويرها.				
٢١	يمتلك الأخصائيون العاملون في المؤسسة قدرات ومهارات تمكنهم من التعامل مع الأطفال في الحالات الطبيعية مثل (اللعب، التغذية، خلع الملابس، الخ).				
٢٢	يتعاون العاملون في المؤسسة على عقد الاجتماعات المنتظمة مع الأسرة والطفل.				
٢٣	ينفذ الأخصائيون العاملون في المؤسسة زيارات منزلية لأسر الأطفال المستفيدين من برامج التدخل المبكر.				
٧. ٤ تقييم كفاءة البرنامج الخاص بالطفل والأسرة ومراجعته					
٢٤	يجري تقييم كفاءة البرنامج الفردي المعمول به في المؤسسة من قبل فريق متعدد التخصصات مع الأخذ بعين الاهتمام آراء الآباء والأمهات.				
٢٥	يعقد القائمون على البرنامج جلسة لمراجعته بموافقة كل من: إدارة التدخل المبكر، والوالدين، وخدمة التدخل المبكر الرسمي.				

البُعد الثامن: إغلاق البرنامج والانتقال إلى غيره من الخدمات

يُعرف إغلاق البرنامج والانتقال إلى غيره من الخدمات إجرائيًا بأنه: الأسباب المؤدية إلى توقف العمل ببرنامج التدخل المبكر وتسهيل انتقال الطفل إلى المرحلة التالية وفق إجراءات منهجية محددة.

الرقم	الفقرات	المقياس			
		بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	غير موجودة
٨. ١ انهاء البرنامج					
١	يغلق البرنامج المعمول به في المؤسسة عند استكمال الأهداف النمائية له، أو التخلص من عوامل الخطر المحيطة بالطفل أو الناتجة عنه.				
٢	يغلق البرنامج المعمول به في المؤسسة في حال تجاوز عمر الطفل العمر المحدد للبرنامج.				
٣	يغلق البرنامج المعمول به في المؤسسة في حال طلبت أسرة الطفل الانسحاب منه.				
٨. ٢ تسهيل عملية تنفيذ الخطة الانتقالية للطفل في مرحلة رياض الأطفال					
٤	تتوافر معايير مكتوبة تحدد آلية خروج الطالب من البرنامج.				
٥	يتوافر بيان مكتوب بشأن الخطة الانتقالية والتي تشمل الموظفين المسؤولين، وتحديد فترة زمنيه للمهام الواجب إنجازها، والإجراءات الواجب اتباعها.				
٦	تتوافر إجراءات منهجية منتظمة لمتابعة الأطفال الذين ينهون البرنامج.				
٧	توضع خطة انتقالية لكل طفل على حدة.				
٨	يستعرض المسؤول عن البرنامج خطوات الانتقال مع أسرة الطفل.				
٩	تحصل المؤسسة على موافقة الأسرة عند إحالة الطفل إلى الخطة الانتقالية.				
١٠	يضع أعضاء الفريق مع الوالدين خطة الانتقال لبرنامج رياض الأطفال ومرحلة ما قبل المدرسة.				
١١	تعقد المؤسسة اتفاقًا مع نظام التعليم ونظام الرعاية الصحية والاجتماعية لنقل الأطفال من برنامج التدخل المبكر.				
١٢	تنظم المؤسسة لقاء مع المتخصصين في رياض الأطفال قبل زيارة الطفل الأولى لهم.				

البُعد التاسع: تقييم خدمات برنامج التدخل المبكر

يُعرَّف تقييم خدمات التدخل المبكر إجرائيًا بأنه: إجراءات تُتَخَذ لمعرفة مدى نجاح إدارة المؤسسة في تحقيق أهداف برنامج التدخل المبكر من عدمه.

الرقم	المؤشرات	المقياس			
		بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	غير موجودة
٩. ١ تقييم خدمة التدخل المبكر					
١	تعتمد المؤسسة نظامًا للمؤشرات الكمية والنوعية في تقييم الأنشطة والخدمات.				
٢	يشتمل نظام التقييم المعتمد في المؤسسة على مؤشرات لتقييم عدد الحالات التي أنهت البرنامج.				
٣	يشتمل نظام التقييم المعتمد في المؤسسة على مؤشرات تتعلق بآراء الأسر في الخدمات التي يحصلون عليها في البرنامج.				
٤	يشتمل نظام التقييم المعتَمد في المؤسسة على مؤشرات تتعلق بتحليل نتائج تقييم الأطفال.				
٥	يجري تقييم الخدمات المقدمة في المؤسسة وفقًا للمعايير المعتمدة.				
٦	تحدِّد المؤسسة للهيئات الإدارية والجهات الخارجية المحلية طبيعة نظام التقارير ومحتواها بشكل واضح.				
٧	تُعرض نتائج تقييم الأنشطة والخدمات المقدَّمة في المؤسسة على شكل تقارير مكتوبةيستطيع الجميع الحصول عليها.				