

نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر
في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقييم البرامج العاملة حالياً
في الأردن

إعداد

وداد الياس عقروق

إشراف

الأستاذ الدكتور سليمان الريحاني

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات منح درجة

دكتوراه فلسفة في التربية تخصص تربية خاصة

كلية الدراسات التربوية العليا

جامعة عمان العربية للدراسات العليا

شباط ٢٠٠٦

التفويض

أنا و داد الياس عقروق أفوض جامعة عمان العربية للدارسات العليا بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

الاسم: و داد الياس عقروق

التوقيع: 

التاريخ: ٢٠١٦/٦/٢٠

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة وعنوانها: نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقييم البرامج العاملة حالياً في الأردن.

وأجيزت بتاريخ:

٢٠٠٦/١٢/٦

التوقيع

 رئيساً

 عضواً

 عضواً

 عضواً ومشرفاً

أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذ الدكتور
سعيد الأعظمي

الأستاذ الدكتور
نسيمة داود

الدكتور
فتحي جروان

الأستاذ الدكتور
سليمان الريحاني

شكر وتقدير

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان للأستاذ الدكتور سليمان الريحاني على إشرافه وإضافاته القيمة على هذا العمل. كما اشكر الأساتذة الكرام: أ.د. سعيد الأعظمي، أ.د. نسيمه داود، د. فتحي جروان أعضاء لجنة المناقشة.

وأشكر جميع الزملاء الذين لم يبخلوا بتقديم المشورة، وبالأخص الأنسة علياء حرب ولما قضته من وقت في المشاركة بتحليل البيانات النوعية. ولا يفوتني أن اشكر السيدة جمانة المعاينة لتحملها مشاق طباعة الأطروحة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والإمتنان للعاملين والمشرفين في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين لذوي التحديات الحركية لما قدموه من مساعدة في إتمام هذه الدراسة، ولمشاركتهم في تقويم البرامج. وأخيرا وليس آخرا أخص بالشكر جميع الأسر التي شاركت في تقويم البرامج وأثرت الدراسة بتقديم المعلومات القيمة.

الإهداء

أهدي هذه الأطروحة

إلى والدتي التي زرعت في نفسي محبة العلم

والى والدي الذي علمني معنى العطاء والتضحية.

فهرس المحتويات

Contents

ل	المخلص
١	الفصل الأول : المقدمة
١	التمهيد
٧	مشكلة الدراسة و أهميتها
٩	تعريف المصطلحات
١١	الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات ذات الصلة
١١	الإطار النظري
١١	أولاً: المفاهيم والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر
٢٠	ثانياً: نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر
٣٢	ثالثاً: عناصر برامج التدخل المبكر
٣٥	رابعاً: تقويم البرامج
٣٧	خامساً: ممارسات التدخل المبكر حول العالم
٥٢	الدراسات السابقة
٥٢	أولاً: الدراسات المتعلقة بفاعلية التدخل المبكر
٥٥	ثانياً: الدراسات المتعلقة بتمركز الخدمة حول الأسر
٥٨	ثالثاً: الدراسات المتعلقة بتدريب الفريق
٦٠	رابعاً: الدراسات المتعلقة بمؤشرات الخدمة الفعالة
٦٦	دراسة مجلس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأمريكي:
٧٢	الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات
٧٢	منهجية البحث
٧٣	مجتمع الدراسة والعينة
٧٦	أدوات الدراسة
٨٣	إجراءات الدراسة
٨٤	معالجة البيانات المتعلقة بالاستبانات
٨٦	محددات الدراسة
٨٨	الفصل الرابع : نتائج الدراسة
١٢٧	الفصل الخامس : مناقشة النتائج والتوصيات
١٢٧	مناقشة نتائج تقويم البرامج
١٣٦	أبرز نتائج تقويم البرامج
١٤٠	التوصيات المتعلقة بإجراء المزيد من الدراسات
١٤١	النموذج المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر
١٤٦	ثانياً: المبادئ العامة
١٤٧	ثالثاً: انعكاس نتائج تقويم البرامج على عملية بناء النموذج المقترح:
١٤٨	رابعاً: الهيكل التنظيمي
١٩٥	المراجع
١٩٥	المراجع العربية
١٩٧	المراجع الأجنبية
٢٠٥	الملاحق
٢٢٢	Abstract

قائمة الجداول

الرقم	المحتوى	الصفحة
١-	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا للبرنامج ونوع العينة التي ينتسبون إليها.	٧٨
٢-	مجموع علامات الفقرات على محور الفلسفة لاستبانة تقويم الأسر للخدمة.	٩٢
٣-	الوزن المئوي لفقرات استبانة تقويم الأسر للخدمة.	٩٣
٤-	الوزن المئوي لمحاور استبانة تقويم الأسر للخدمة.	٩٥
٥-	الحد الأدنى والحد الأعلى للتقويم بدرجة متوسطة لمحاور استبانة الأسر.	٩٨
٦-	الوزن المئوي لفقرات استبانة تقويم العاملين للخدمة.	١٠٢
٧-	الوزن المئوي لمحاور استبانة تقويم العاملين للخدمة.	١٠٤
٨-	الحد الأدنى والحد الأعلى للتقويم بدرجة متوسطة لمحاور استبانة العاملين.	١٠٦
٩-	الجدول التكراري لنقاط القوة في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر الأسر والعاملين.	١١٠
١٠-	الجدول التكراري لنقاط الضعف في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر الأسر والعاملين.	١٢٠

قائمة الأشكال

الرقم	المحتوى	الصفحة
١-	الوزن المئوي لمحاوّر الجزء الأول من استبانة تقويم الأسر للخدمة.	٩٦
٢-	الوزن المئوي لمحاوّر الجزء الأول من استبانة تقويم العاملين للخدمة.	١٠٥
٣-	الهيكل التنظيمي المقترح والأدوار الرئيسية.	١٥٤
٤-	تسلسل الخدمات بين المراكز والمؤسسات المعنية بتقديم الخدمات.	١٥٥

قائمة الملاحق

الصفحة	المحتوى	الرقم
٢٠٩	استبانة تقويم الأسر للخدمة بصورته النهائية.	١-
٢١٦	استبانة تقويم العاملين للخدمة بصورته النهائية.	٢-
٢٢٤	أمثلة على عملية الترميز لاستجابات المشاركين.	٣-

نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقييم

البرامج العاملة حالياً في الأردن

إعداد

وداد الياس عقروق

إشراف

الأستاذ الدكتور سليمان الريحاني

الملخص

هدفت الدراسة إلى تقديم نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في

ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقييم البرامج العاملة حالياً في الأردن، وقد

حاولت الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ١- ما تقييم الأسر لبرنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر في عناصرهما المختلفة؟
 - ٢- ما تقييم العاملين لبرنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر في عناصرهما المختلفة؟
 - ٣- ما نقاط القوة في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر الأسر والعاملين؟
 - ٤- ما نقاط الضعف في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر الأسر والعاملين؟
 - ٥- ما مواصفات النموذج المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن؟
- اشتملت العينة القصدية للدراسة على سبعين فرداً موزعين على النحو التالي: (٢٦) عاملاً من برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر، (٤٤) فرداً من الأسر المستفيدة من برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر.

تم إعداد استبانة لتقويم العاملين للخدمة وآخر لتقويم الأسر للخدمة استرشادا بدليل تقويم عمليات البرامج المقدم من قبل قسم الطفولة المبكرة التابع لمجلس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأمريكي. تم إعدادهما بحيث تكونا من قسمين، الأول اعتمد على فقرات ذات إجابات مغلقة ومقسمة على المحاور التالية: الفلسفة، الأهداف، المكان والأدوات، إعداد الفريق، الأنشطة والإجراءات، التقويم والمتابعة، والقدرة على تلبية الحاجات، والقسم الثاني اعتمد على سؤالين مفتوحين. وقد عرضا على نخبة من المحكمين للتأكد من صدق المحتوى.

تمت الإجابة عن سؤالي الدراسة الأول والثاني بإجراء تحليل كمي للجزء الأول من الاستبانات، فيما تمت الإجابة عن سؤالي الدراسة الثالث والرابع بإجراء تحليل نوعي للجزء الثاني من الاستبانات. ومن ابرز النتائج التي ظهرت:

- حصول محور تلبية الحاجات على ادنى معدل على استبانة تقويم الأسر للخدمة وثاني أدنى معدل على استبانة تقويم العاملين للخدمة.

- حصول محور إعداد وتطوير العاملين على أدنى معدل على استبانة تقويم العاملين للخدمة.

- ظهور مؤشرات على أن الخدمة في البرامج ما زالت تعمل في مراحل متوسطة في الانتقال من نموذج تمرکز الخدمة حول الأخصائيين إلى تمرکز الخدمة حول الأسر.

تم وصف النموذج لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن والذي يجيب عن سؤال الدراسة الخامس في ضوء الممارسات الفعالة ونتائج تقويم البرامج العاملة حاليا، واسترشادا بما تلجا إليه الدول المختلفة من طرق لمواجهة القضايا المشتركة في تقديم الخدمات.

اعتمد النموذج بشكل أساسي على تفعيل التعاون والشراكة بين كافة القطاعات والبرامج المجتمعية المعنية بخدمات الكشف والتدخل المبكر في المجتمع الأردني، وعلى تأسيس حوالي

ثمانية عشر مركزا قياديا يتم إعدادها كوحدات تابعة لمراكز الأمومة والطفولة أو المراكز الصحية الحكومية عبر مناطق المملكة. كما اعتمد على تأمين فريق تدخل مبكر في كل مركز قيادي ليعمل على إدارة عملية التدخل من خلال شبكات عمل محلية تضم ممثلين عن كافة المراكز والبرامج والمؤسسات المحلية التي ستنفذ برامج العمل مع الأطفال والأسر. ويقترح النموذج المرونة في اختيار مكان تقديم الخدمة وذلك حسب عمر الطفل والاحتياجات الفردية للطفل والأسرة. هذا ويصف النموذج أهداف وإجراءات العمليات التي ترتبط بالتدخل المبكر ابتداء بعملية التوعية ثم الكشف ثم التشخيص ثم التدخل وأخيرا التقويم والمتابعة. كما يقدم وصفا مفصلا لعناصر التدخل المبكر، بحيث يتم تلخيص أبرز نتائج تقويم البرامج المتعلقة بكل عنصر، ثم الإشارة إلى الممارسات العالمية الفعالة التي يوصي النموذج تبنيها، مع تقديم الاقتراحات الخاصة بتنفيذ هذه الممارسات.

الفصل الأول : المقدمة

التمهيد

يعتبر التدخل المبكر من التطورات المهمة التي ظهرت في ميدان رعاية ذوي الإحتياجات الخاصة منذ أوائل الستينات من القرن العشرين (Guralnick, 2000). وعلى الرغم من انه اتجاه حديث نسبيا إلا أن مبرراته وفوائده على كل من الطفل والأسرة والمجتمع قد أصبحت اليوم حقيقة واضحة أثبتتها التجارب العلمية في العديد من المجالات وأكدتها كذلك التجارب العملية على ارض الواقع. تحظى برامج التدخل المبكر اليوم باهتمام كبير من المسؤولين على مستوى التخطيط والتنفيذ الوطني في معظم دول العالم، وان كان ذلك بدرجات متفاوتة من الكفاءة والتنظيم تبعاً لإمكانيات ومصادر الدول المختلفة. والأردن كسائر الدول المدركة لأهمية ميدان التدخل المبكر يشهد اليوم محاولات متفرقة لدعم وإيجاد برامج تعنى بمرحلة الطفولة المبكرة.

تشير النظرة الأولية لواقع الخدمات التربوية والعلاجية التي تقدم للأطفال ذوي الحاجات الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة في الأردن، إلى الجهات الرئيسية التالية التي تقدم خدمة للأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة: مؤسسة العناية بالشلل الدماغي، معهد العناية بصحة الأسرة، برنامج التأهيل المجتمعي، مستشفى البشير الحكومي، برنامج بورتيج، وبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر. قامت الباحثة بزيارات ميدانية لهذه الجهات للتعرف على الخدمات التي تقدم، وأعداد الأطفال دون السادسة من العمر الذين تلقوا خدمات خلال عام ٢٠٠٤ من قبل هذه الجهات، وذلك بالاستعانة بالسجلات المتوفرة غير المنشورة، والتي تمكنت الباحثة من الإطلاع عليها ومراجعتها أثناء زيارتها.

١- مؤسسة العناية بالشلل الدماغي:

تم افتتاح أول مركز للمؤسسة في عمان عام ١٩٧٨، ويوجد اليوم ستة مراكز في كل من عمان، اربد، الزرقاء، العقبة، السلط والكرك. تقدم هذه المراكز خدماتها للأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي وتشمل الخدمات الطبية والتشخيصية وخدمات التأهيل المتمثلة بجلسات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي (في مركزين فقط).

كما تعمل الجمعية على تأمين الأجهزة المعينة للحركة والأداء العام، مثل كراسي الجلوس وأجهزة الوقوف ومشايات ومشدات ومخدرات علاج... وغيرها. ويشير سجل الإحصاءات غير المنشور للمؤسسة إلى أن عدد الأطفال دون السادسة من العمر الذين تلقوا خدمات في مراكز المؤسسة خلال عام ٢٠٠٤ قد بلغ حوالي ألف ومئة طفل.

٢- معهد العناية بصحة الأسرة:

يتبع المعهد لمؤسسة نور الحسين، وقد تم تأسيسه في منطقة صويلح بالتعاون مع المنظمة السويدية لرعاية الطفولة. ابتدأ العمل فيه منذ عام ١٩٨٦ كمركز أمومة وطفولة وفيه وحدة خاصة بالعناية بتطور الطفل. تقوم وحدة العناية بتطور الطفل بالمعهد بتقديم خدمات التدخل التربوي والنفسي والعلاجي للأطفال بكافة الفئات العمرية، بما فيها مرحلة الطفولة المبكرة. يعمل حاليا بهذه الوحدة أخصائي نفسي، أخصائية نطق، معالج طبيعي، مرشد اجتماعي، وأخصائيتان في التربية الخاصة. تقدم الخدمة لمدى واسع من فئات الإعاقة مثل: الشلل الدماغي، التخلف العقلي، صعوبات التعلم، ضمور العضلات، الصلب المشقوق... وغيرها. ويشير سجل الإحصاءات غير المنشور للمعهد أن عدد الأطفال دون السادسة من العمر الذين تلقوا خدمات في وحدة العناية بتطور الطفل خلال عام ٢٠٠٤، قد بلغ أربعة وتسعون طفلاً.

٣- برنامج التأهيل المجتمعي:

يعمل البرنامج من خلال فرق الامتداد التابعة لكل من جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية، مؤسسة الأراضي المقدسة، جمعية الرجاء للإعاقة العقلية، والضياء للإعاقة البصرية. تعمل فرق الامتداد على الإشراف على عمل المتطوعين في الاثني عشر مركزا في كل من قرى الموقر والخالديه والجوفه، ومخيمات البقعة وسوف والوحدات وماركا والطالبيه وجرش والحصن واربد ووقاص. كما تشرف وزارة التنمية الإجتماعية على برامج في كل من مناطق الوسط والجنوب والشمال وغور الصافي ومادبا ومعان. يعمل برنامج التأهيل المجتمعي على تدريب وعلاج ذوى الحاجات الخاصة وتعزيز حقوقهم في الحياة ضمن مجتمعاتهم المحلية. وتشير السجلات الإحصائية المتوفرة في وزارة التنمية ومؤسسة الأراضي المقدسة إلى أعداد الأطفال والأسر المستفيدة من البرنامج، وقد قدر منها عدد الاطفال دون السادسة من العمر الذين تلقوا خدمات من خلال برامج التأهيل المجتمعي خلال عام ٢٠٠٤ بحوالي ألف طفل.

٤ - مستشفى البشير:

يقدم قسم التأهيل في مستشفى البشير خدمات للأطفال على شكل جلسات علاج طبيعي. ويعمل في القسم أربع معالجات حاصلات على دبلوم في العلاج الطبيعي وشاركن بدورات تدريبية للعمل مع الأطفال ذوي التحديات الحركية. تقدم الخدمة للأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي، الصلب المشقوق، ضمور العضلات وغيرها من الصعوبات الحركية. يقدم للطفل عشر جلسات علاجية بمعدل جلسة أسبوعية، ثم ينقطع لمدة ٣ - ٦ شهور لإفساح المجال للأطفال آخرين على قائمة الانتظار لتلقي العلاج. معدل عدد الجلسات التي يتلقاها الطفل في السنة الواحدة ٢٠ جلسة علاجية. ويشير سجل الإحصاءات السنوية غير المنشورة لقسم التأهيل في مستشفى البشير إلى أن عدد الأطفال دون السادسة من العمر الذين تلقوا جلسات علاج طبيعي في عام ٢٠٠٤ قد بلغ حوالي مئتين وسبعين طفلا.

٥- برنامج بورتيج:

يقدم البرنامج خدمات تدخل مبكر مجانية في المنزل للأطفال حديثي الولادة لغاية التسع سنوات ممن يعانون من إعاقات عقلية وحركية بسيطة ومتوسطة. حظي هذا البرنامج الذي طور في الولايات المتحدة على شهرة عالمية، وترجم دليل عمله إلى اللغة العربية وهو يطبق حالياً في عدة دول عربية منها الأردن وفلسطين ومصر والسعودية ولبنان والبحرين. يهدف البرنامج إلى تدريب أمهات الأطفال على كيفية تعليم أطفالهن والتعامل معهم، من خلال زيارات أسبوعية منتظمة بمعدل ساعة وربع لكل زيارة. تبدأ الزائرة بتقويم قدرات الطفل للتعرف على مستوى أدائه ثم تقوم بتحديد أهداف وتدريب الأم على العمل مع الطفل لتحقيق الأهداف. وتغطي الأهداف خمسة مجالات تعليمية هي: المجال الاجتماعي، الإدراكي، المساعدة الذاتية، الحركة والتواصل، بالإضافة إلى مجال التأثير على الطفل الرضيع.

ابتدأ العمل بالبرنامج في الأردن عام ١٩٩٧ تحت مظلة الصندوق الهاشمي وبدعم من مجلس الطفولة العربي. وتم تدريب الزائرات من عدة جمعيات في عمان والكرك والزرقاء بالتعاون مع معهد الملكة زين التتموي. يقدم البرنامج خدماته حالياً من خلال ثلاث مؤسسات في عمان هي: جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية، جمعية البنيات للتربية الخاصة، وجمعية الأهالي وأصدقاء المعوقين. كما تقدم خدمات البورتيج في مناطق مختلفة في المملكة من خلال الجمعيات التالية: جمعية الجنوب للتربية الخاصة (معان)، مركز بصيرة (الطفيلة)، مركز الخالدية للتربية الخاصة، مركز الحمرا للتربية الخاصة، مركز مؤتة للتربية الخاصة، مركز الرجاء للمعوقين سمعياً، مركز التأهيل المجتمعي للمعوقين (مخيم حطين)، جمعية البتراء الخيرية وجمعية حرثا الخيرية. تشير السجلات الإحصائية المتوفرة غير المنشورة لدى معهد الملكة زين التتموي إلى أن عدد الأطفال والأسر الذين تلقوا الخدمة من خلال البرنامج عام ٢٠٠٤ قد بلغ حوالي ٢٢٦ طفل وأسرة.

٦- برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر:

هو أحد برامج جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية، ويقدم الخدمة منذ عام ١٩٩٩ للأطفال ذوي التحديات الحركية بمرحلة الطفولة المبكرة (دون السادسة من العمر) على أساس العمل داخل المركز. يتلقى الأطفال دون الثالثة من العمر الخدمة بشكل جلسات علاجية وتدريبية فردية أما الأطفال ما بين الثلاث والست سنوات فيلتحقون بالبرنامج لدورة مدتها ستة أسابيع، بمعدل يوميين أسبوعياً وبواقع ثلاث ساعات لليوم الواحد، ثم ينقطعون عن الخدمة لفترة معينة لإفساح المجال لأطفال آخرين للالتحاق بالبرنامج.

قد يشترك الطفل بدورة واحدة أو أكثر حسب العمر الذي انضم فيه للبرنامج وعدد الأطفال على قائمة الانتظار. يشترط في قبول التحاق الأطفال بالبرنامج حضور الشخص الذي يقوم برعاية الطفل بالمنزل، وغالباً ما تكون الوالدة، طيلة فترة تواجد الطفل في المركز، وذلك لغايات التدريب والمتابعة في المنزل، كما يشترط أن تكون الإعاقة التي يعاني منها الطفل ذات طبيعة حركية مثل: الشلل الدماغي، الصلب المشقوق، إصابات الرأس، ضمور العضلات، حالات النخاع الشوكي، التشوهات الخلقية... وغيرها، ويشترط ألا يتلقى الطفل خدمات من خلال مراكز أو برامج أخرى. يخدم البرنامج الأطفال من منطقة عمان الكبرى، ويطلب من الأسر أن تساهم في النفقات المادية بمبلغ لا يتعدى العشرين ديناراً وذلك بعد إجراء دراسة الوضع المادي للأسرة من قبل أخصائي الخدمة الاجتماعية.

يعمل في هذا البرنامج فريق مكون من أخصائيين في العلاج الطبيعي، أخصائية علاج وظيفي، أخصائية خدمة اجتماعية وقائده مجموعة اللعب (Play group leader) تحمل دبلوم تربية الطفل. ويشير سجل الإحصاءات المتوفر للبرنامج إلى أن عدد الأطفال والأسر الذين تلقوا خدمة خلال عام ٢٠٠٤، قد بلغ تسعون طفلاً وأسرة.

ان الجهات الأربعة الأولى وهي مؤسسة العناية بالشلل الدماغي ومعهد العناية بصحة الأسرة وبرنامج التأهيل المجتمعي ومستشفى البشير، لا تطلق على الخدمات التي تقدمها تدخلا مبكرا، انما تدرك أهمية التدخل المبكر وفوائده ولذلك تحاول ان توسع خدماتها لتصل لمرحلة الطفولة المبكرة. اما برنامجا بورتيج وجمعية الحسين فهما الوحيدان حاليا في الأردن اللذان يطلقان على خدماتهما خدمة تدخل مبكر، ويحاولان تطبيق نماذج ومبادئ عمل التدخل المبكر المعمول بها عالميا من خلال الأنشطة المختلفة.

يقدم برنامج بورتيج الخدمة في المنزل من خلال الزائرات اللواتي تلقين تدريبا بأسلوب عمل البورتيج. ويقدم برنامج التدخل المبكر في جمعية الحسين الخدمة داخل المركز من خلال فريق يضم عدة تخصصات، ويحاول البرنامجان تطبيق الممارسات التي توجه الخدمة نحو الأسر، وقد مضى على بداية العمل في كل منهما أكثر من خمس سنوات وهي مدة زمنية كافية للتحقق من فاعلية أداء البرامج.

يبلغ عدد سكان الأردن حوالي (٥٣٣٩٠٠) نسمة ونسبة الأطفال دون السادسة من العمر هي ٣٣ر١٧%، أي ان (٩٢٣ر٨٢٠) نسمة هم دون ست سنوات (دائرة الإحصاءات العامة، ٢٠٠٤). ومع ان من الصعب الحصول على أعداد دقيقة حول حجم الإعاقة نظرا لوجود صعوبات عديدة لعل من أهمها تفاوت تعريفات الإعاقة التي تستخدم في الأبحاث، الا ان تقديرات منظمة الصحة العالمية تشير الى ان هناك حوالي (٦٠٠) مليون شخص في العالم يعانون من إعاقة ما، أي بنسبة ١٠% من السكان. بينما تقدر اليونسف (UNICEF) ان هناك ما يقارب (١٥٠) مليون طفل في العالم يعانون من الإعاقة والعجز، أي حوالي ٤% من عدد السكان (UNESCO, 1995). وإذا اعتمدنا النسبة الأكثر تحفظا وهي ان ٤% من الأطفال يعانون من صعوبة ما، فمن

المتوقع ان يكون في الأردن حوالي ٣٧ ألف طفل دون السادسة من العمر لديهم احتياجات خاصة وبحاجة لنوع من التدخل. اما اذا اعتمدنا النسبة التي تقدمها منظمة الصحة العالمية وهي ١٠%، فيتوقع ان يكون في الأردن حوالي ٩٢ الف طفل دون السادسة من العمر لديهم احتياجات خاصة.

مشكلة الدراسة و أهميتها

ان التدخل المبكر يطرح نفسه اليوم بكل قوة نتيجة الحقائق التي أظهرت أهميته وفاعليته على مستوى أداء الطفل والأسرة والمجتمع. وحرصا على تقديم افضل الخدمة لأطفالنا ذوي الحاجات الخاصة، اصبح لا بد لنا من التوجه نحو تطوير ميدان التدخل المبكر في الأردن. وقد أشارت النظرة الأولية لواقع الخدمات التربوية والعلاجية التي تقدم للأطفال ذوي الحاجات الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة في الأردن وذلك من خلال الزيارات الميدانية التي أجريت في المراحل الأولية لهذه الدراسة، إلى أن المجموع الإجمالي للأطفال الذين تلقوا خدمة عن طريق الجهات الرئيسية: مؤسسة العناية بالشلل الدماغي، معهد العناية بصحة الأسرة، برنامج التأهيل المجتمعي، مستشفى البشير الحكومي، برنامج بورتيج، وبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر خلال عام ٢٠٠٤ يقدر بحوالي (٢٧٨٠) طفل. أي ما يعادل ٧٥% ممن يتوقع ان يكونوا بحاجة لخدمات قد وصلهم نوع من الخدمة اذا اعتمدنا نسبة الإعاقة والعجز ٤%، بينما ٣% ممن يتوقع ان يكونوا بحاجة لخدمات قد وصلهم نوع من الخدمة اذا اعتمدنا نسبة ١٠% . وإذا افترضنا ان هناك نسبة اخرى تتلقى خدمات من خلال القطاع الخاص او غيرها من الجهات، فيتوقع ان تكون النسبة أعلى. انما بأفضل الأحوال لا يتوقع ان تزيد النسبة عن ١٠% إذا اعتمدنا نسبة العجز والإعاقة ٤%، ولا تزيد عن ٥٥% إذا اعتمدنا نسبة العجز والإعاقة ١٠%. مما يدل على ان نسبة ضئيلة جدا من الأطفال الذين يحتاجون الخدمة يصلهم نوع من الخدمة. هذا بالإضافة الى ان الخدمة من قبل الجهات المختلفة ليست شاملة او متكاملة وأغلبها مقصور على عمان والمناطق المجاورة.

بالتالي، فإن مشكلة الدراسة تكمن في أن المؤشرات تدل على ان الخدمة بشكل عام لا ترقى إلى مستوى التطلعات ولا تصل إلا لنسب ضئيلة ممن يحتاجونها. فالتسيق عبر المؤسسات المختلفة لغايات التحويل وتقديم الخدمات ضعيف سواء كان ذلك بين المؤسسات التي تقدم خدمة للأطفال دون السادسة من العمر او غيرها من المؤسسات الطبية والاجتماعية الموجودة في الأردن. كما انه ليس من السهل على الأسر أن تحصل على خدمات لأطفالها حالما تشعر بالحاجة إليها، فالأسر لا تعرف إلى أين تلجأ للحصول على الخدمات إما لعدم توفر الخدمات أو لقلّة الوعي، وغالبا ما يضيع الكثير من الوقت والجهد في التنقل من طبيب لآخر دون التحويل الى البرامج او المراكز المعنية بتقديم الخدمات المطلوبة للطفل والأسرة. بالتالي فان هناك حاجة ملحة لتطوير وتوسيع خدمات التدخل المبكر في الأردن، بحيث تصل لنسبة أكبر ممن يحتاجون الخدمة، وتكون أكثر فاعلية وكفاءة في العمل مع الأطفال والأسر.

ولهذا فقد هدفت هذه الدراسة إلى بناء نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقييم البرامج العاملة حاليا في الأردن.

ستجيب الدراسة عن الأسئلة التالية:

- ١- ما تقييم الأسر لبرنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر في عناصرهما المختلفة؟
- ٢- ما تقييم العاملين لبرنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر في عناصرهما المختلفة؟
- ٣- ما نقاط القوة في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر الأسر والعاملين؟
- ٤- ما نقاط الضعف في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر الأسر والعاملين؟
- ٥- ما مواصفات النموذج المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن؟

لعل من أجدى الخطوات الواجب اتخاذها قبل اقتراح النموذج، هو تقويم برنامجي التدخل المبكر العاملين حالياً في الأردن (بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر) للتأكد من درجة إتقان العمل فيهما، ومدى تطابق أنشطتهما مع أفضل الممارسات في ميدان التدخل المبكر. وقد تم اختيار هذان البرنامجين كونهما الوحيدان حالياً في الأردن اللذان يطلقان على خدماتهما خدمة تدخل مبكر، ويحاولان تطبيق نماذج ومبادئ عمل التدخل المبكر المعمول بها عالمياً من خلال الأنشطة المختلفة التي تستهدف مرحلة الطفولة المبكرة فقط. كما أن عملية التقويم من وجهة نظر الأسر المستفيدة والعاملين بالبرنامجين، ساعدت الباحثة على تفهم المشاكل والصعوبات التي تواجه عملية التدخل المبكر في الأردن.

ان دراسة الممارسات العالمية تمت من خلال مراجعة مفصلة للمعايير المقدمة للخدمة الفعالة من قبل هيئات عالمية معتمدة في مجال التدخل المبكر. هذه المراجعة أرشدت الباحثة في اشتقاق المعايير لتقويم البرامج العاملة في الأردن، وساعدتها في تكوين نظرة أكثر موضوعية عند اقتراح النموذج.

يؤمل ان تساعد هذه الدراسة في رسم السياسات العامة المتعلقة بمجال التدخل المبكر في الأردن، وفي تطوير وتنفيذ البرامج بكفاءة وفاعلية. كما يؤمل ان تفتح هذه الدراسة آفاقاً جديدة أمام الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بميدان التدخل المبكر من اجل النهوض بمستوى خدماته في الأردن.

تعريف المصطلحات

١- برامج التدخل المبكر العاملة في الأردن: البرامج التي تطلق على خدماتها "خدمة تدخل مبكر" وتقدم خدماتها للأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (دون السادسة من العمر)،

وتحاول تطبيق نماذج ومبادئ التدخل المبكر المعمول بها عالميا، وهما برنامجا بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر.

٢- الأسر: هم الأفراد الذين يقومون برعاية الطفل بالمنزل وهم غالبا والدا الطفل، أو أحد الأقارب مثل العمّة أو الجدة.

٣- العاملون: هم القائمون على تقديم الخدمة المباشرة أو غير المباشرة للأطفال والأسر، سواء كانوا من الجهاز الفني أو الإداري بالبرنامج.

٤- الممارسات العالمية: هي الممارسات التي تمثل الخدمة الفعالة استنادا إلى البحث العلمي، وتقدم من قبل جهات عالمية معتمدة في مجال التدخل المبكر مثل: قسم الطفولة المبكرة (Division for Early Childhood) التابع لمجلس الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة الأمريكي (Council for Exceptional Children)، والجمعية العالمية للتدخل المبكر (International Society on Early Intervention).

الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

الإطار النظري

أولاً: المفاهيم والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر

يشير مصطلح التدخل المبكر إلى "مجموعة الخدمات الصحية، والتربوية والاجتماعية التي تقدم بهدف مساعدة الطفل وأسرته في أوقات الشدة والأزمات التي تنجم عن كون الطفل متخلفاً عن الأطفال الآخرين" (الخطيب، ٢٠٠٣، ص ٩٩). ويقول دنست (Dunst, 2000) أن التدخل المبكر هو عملية دعم للأسر والأطفال من خلال شبكات الدعم الرسمية وغير الرسمية، وذلك لتحسين أداء الطفل والأسرة بشكل مباشر أو غير مباشر. ويعرف آخرون التدخل المبكر على أنه "البرنامج المقدم لحدث تطور الطفل كفرد من أفراد أسرته في بيئته الطبيعية، بينما تشير كلمة المبكر إلى المراحل الحرجة في تطور الطفل وهي الفترة ما بين الولادة وثلاث سنوات" (Stephens & Tauber, 2001, p. 708). وهناك تعريفات أخرى تمتد فيها مرحلة تقديم الخدمة إلى السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل، أي مرحلة ما قبل المدرسة.

فالتدخل المبكر إذن معني بتقديم خدمات متنوعة طبية وتأهيلية وتربوية واجتماعية ونفسية للأطفال دون السادسة من العمر، الذين يعانون من إعاقة معينة أو تأخر نمائي أو لديهم استعداد للتأخر النمائي. وبما أن الأطفال بهذه المرحلة العمرية يعتمدون أساساً على أسرهم لتلبية حاجاتهم، فإن التدخل المبكر يهتم بشكل أساسي بتطوير قدرات ومصادر الأسر لتساعد أطفالها على النمو والتطور. كما يفضل أن تقدم الخدمة في البيئة الطبيعية للطفل بقدر المستطاع.

تتدرج فئات الأطفال المستهدفة في برامج التدخل المبكر في الأدب التربوي Stephnes (& Tauber, 2001; Lerner, 1997) (الخطيب والحديدي، ١٩٩٨) تحت ثلاث فئات رئيسية هي:-

هي:-

١- الأطفال بموضع الخطر الحاصل: وهم الأطفال الذين تم إعطاؤهم تشخيصا طبيا يرتبط بتأخر في النمو في مجالات التطور وذلك بسبب إعاقة واضحة مثل متلازمة داون، شلل دماغي أو فراجايلx.

٢- الأطفال بموضع الخطر المحتمل: وهم الأطفال الذين لديهم احتمالية عالية لأن يصبح لديهم تأخرات نمائية وتطورية لاحقا، وذلك بسبب عوامل خطر بيولوجية مثل الولادة المبكرة، الخداج، والوزن القليل عند الولادة، أو لتعرض الطفل لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية قد تحد من تجارب الحياة الأولية مثل الفقر المدقع، معاناة أحد الوالدين من إعاقة أو مرض نفسي أو إدمان على المخدرات أو الكحول، عدم استقرار الوضع الأسري أو صغر عمر الأم عند الولادة.

٣- الأطفال الذين يظهرون تأخرا في النمو: وهم الذين يظهرون مؤشرات تأخر في اثنين أو أكثر من مجالات النمو المختلفة (المعرفي، الحركي، اللغوي، الاجتماعي-الانفعالي، العناية بالذات). ويكون هذا التأخر بواقع انحرافين معياريين دون المتوسط. كما يمكن أن تشخص التأخرات من خلال الملاحظة الإكلينيكية للأخصائيين ذوي الخبرة بمجال التدخل المبكر.

تستند الدول إلى إجراءات مختلفة للكشف والتعرف على الأطفال الذين يتوقع أن يكونوا بحاجة إلى خدمات تدخل مبكر، وتختلف طبيعة هذه الإجراءات الكشفية حسب المصادر والإمكانيات المتاحة في المجتمع المحلي. تقترح ليرنر (Lerner, 1997) أن تبدأ عملية الكشف المبكر بتحديد أماكن الوصول للأطفال، سواء كان ذلك في رياض الأطفال، أو المدارس، أو مراكز الأمومة والطفولة، أو الحضانات أو مراكز الصحة الأولية... الخ، وتليها عملية تطبيق اختبارات أولية على الأطفال. تأخذ هذه الاختبارات طابعا كشفيا سريعا عن الأداء في مظاهر النمو: الحسية، الحركية، اللغة والتواصل، النضج الاجتماعي والانفعالي والتطور المعرفي، وتنفذ بمراحل محددة ومنتتالية من عمر

الطفل باستخدام أدوات قليلة التكلفة وسريعة التنفيذ. يستخلص من خلال جمع بيانات هذه الاختبارات قدرات الطفل في النواحي النمائية المختلفة، وقد تقدم مؤشرات لضرورة القيام بعملية تقويم أدق وأشمل لبعض الأطفال. وبعد ذلك يتم تحويل الأطفال الذين يحتاجون الى التقويم الدقيق إلى برامج التدخل المبكر، حيث يقوم فريق متعدد التخصصات بإجراء التقويم الشامل للطفل والذي في ضوءه تتحدد أهلية الطفل لدخول البرنامج. فإما ان يتم التأكد من مؤشرات التأخر في النمو، أو من احتمال خطر التأخر أو ان يتم إعطاء الطفل تشخيصا لحالته، أو قد يستبعد الطفل من البرنامج لعدم حاجته للخدمة. وبعد ذلك يوصى بالخدمات والبرامج المناسبة للأطفال والأسر التي تتحقق أهليتها للحصول على الخدمة.

ان المجتمع الأردني كغيره من العديد من دول العالم النامي يعتمد بالشكل الأساسي على الإحالة الى برامج التدخل المبكر بمبادرة الأسر. وبما ان الاعتقاد السائد اليوم المدعم بأدلة البحوث يشير الى ان فاعلية خدمات التدخل المبكر تكون افضل كلما كان التدخل مبكرا أكثر في عمر الطفل (Gargiulo & Kilgo, 2000)، فلا بد ان ترتبط عملية الكشف بالتوعية لضمان التعرف والإحالة في ابكر وقت ممكن. وتتطلب التوعية تنفيذ حملات على نطاق المجتمع تهدف إلى: زيادة الوعي بالإعاقة وسبل الوقاية منها، التعرف على مؤشرات الإعاقة والتأخر النمائي، والمعرفة بالخدمات المجتمعية المتوفرة التي من الممكن أن تلجأ الأسرة إليها لتقديم خدمات الكشف المبكر.

إن الأطفال والأسر المستهدفة في برامج التدخل المبكر يتباينون كثيرا من حيث الخصائص والحاجات، كما أن خصائص الطفل والأسرة وحاجاتهم قد تكون متعددة ومعقدة بحيث أن أخصائي مجال واحد بمفرده لا يكون كافيا لتلبية الحاجات وتقديم الخدمة بشكل شامل وفعال. لذلك فان

الحاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات يعتبر أمرا بغاية الأهمية. ويتحدد نوع التخصصات المطلوبة للعمل مع الطفل وأسرته حسب نوع الإعاقة أو مواطن الضعف الخاصة بحالته. وعلى الرغم من وجود تباين في قدرات وحاجات الأطفال والأسر المستهدفة في برامج التدخل المبكر، إلا أن معظم البرامج المعمول بها عالميا في هذا المجال تعتبر برامج غير فنوية، بمعنى أن تقديم الخدمة فيها لا ينحصر على فئة أو نوع معين من الإعاقة (الخطيب والحديدي، ١٩٩٨)، لذلك، نجد البرامج متضمنة لمدى واسع من الخدمات المتكاملة والشاملة.

يشير الجزء الخاص بالتدخل المبكر في القانون الأمريكي التربوي للأفراد المعوقين إلى ضرورة تواجد ست عشرة خدمة تقدم من قبل أخصائيين مؤهلين حسب حاجة الطفل وأسرته. وهذه الخدمات هي: الخدمات الطبية بغرض التقويم والتشخيص، الخدمات الصحية، خدمات التمريض، التغذية، فحص السمع، فحص النظر، العلاج الطبيعي، العلاج الوظيفي، علاج النطق واللغة، التربية الخاصة، الأجهزة الطبية والأطراف الاصطناعية، الخدمات النفسية، الخدمات الاجتماعية، الإرشاد والتدريب الأسري، خدمات التنسيق والمواصلات (Individuals with Disability Educational Act, 1990).

تعتبر عملية إعداد وتدريب الكوادر العاملة في برامج التدخل المبكر تحديا حقيقيا للبرامج، إذ إن فاعلية البرامج تتأثر بدرجة كبيرة بكمية ونوعية تدريب وتعليم أعضاء الفريق. بالإضافة إلى أن الطبيعة الخاصة ببرامج التدخل المبكر تقتضي وجود تدريب خاص للعاملين بهذا المجال. ويتحدث الأدب عن مجالات معرفية ضرورية للعاملين بمجال التدخل المبكر (Bailey, Simeonsson, Yoder & Huntington, 1990; Bailey, Palsha & Simeonsson, 1991) أهمها:

- ١- الفهم والمعرفة في مجال مظاهر النمو الطبيعي وغير الطبيعي.
- ٢- المعرفة والقدرة في مجال تقييم الأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة وتقديم الخدمة لهم.
- ٣- المعرفة والقدرة في مجال العمل مع الأسر.
- ٤- القدرة والمهارة في العمل ضمن فريق متعدد التخصصات.

وتقول برودير (Bruder, 2002) أن العديد من الباحثين قد أجمعوا على أن إعداد الكوادر للعمل مع الأسر هو من أضعف العوامل في تدريب وإعداد الكوادر لمختلف التخصصات التي تعمل في مجال التدخل المبكر، كما أن العديد من البحوث قد أجمعت على وجود تباين كبير بين التخصصات الجامعية المختلفة في تركيزها على المجالات المعرفية المطلوبة للعمل في مجال التدخل المبكر. وعلى الرغم من الإهتمام الذي توليه مؤسسات التدريب قبل الخدمة لتطوير برامجها إلا أن التغيير يحتاج الى وقت وليس بالعملية السهلة. لذلك نجد معظم برامج التدخل المبكر تولي اهتماما كبيرا بموضوع التدريب أثناء الخدمة والتعليم المستمر للفريق. وتقدم برودير نقدها لانشطة التدريب أثناء الخدمة وتوصياتها للنهوض بإعداد كوادر التدخل المبكر مع بداية الألفية الجديدة. وهي تقول انه قد اصبح لدى ميدان التدخل المبكر حصيلة جيدة من نماذج التدريب الفعالة مثل: التدريب المتمركز حول الفريق، طريقة دراسة الحالة، التدريب بالدعم المتواصل، والتدريب عبر التخصصات، وبناء مجتمعات تعليمية (Learning Communities). تعتمد المجتمعات التعليمية على تدريب الفريق على تطوير نموذج لحل المشكلات باستخدام عملية تخطيط استراتيجية وتقديم متابعة من خلال التدريب من قبل مدرب، أو استخدام التكنولوجيا مثل الكمبيوتر والتعلم عن بعد . ومن الممكن أن يتم التدريب أيضا من خلال الأخصائيين لبعضهم البعض، إذ يملك كل أخصائي في إعدادة نقاط القوة التي قد يفيد زملاءه فيها . وتدعو برودير إلى تخطي استخدام نماذج

التدريب أثناء الخدمة ذات الطابع الموسمي وورش العمل، والأخذ بالنماذج الأكثر فاعلية في إحداث التغيير والتطور.

ويمكن تلخيص مبررات التدخل المبكر سواء على الصعيد التربوي أو العلاجي (الخطيب والحديدي، ١٩٩٨) (Bruder, 2000; Gargiulo & Kilgo, 2000) بالنقاط التالية:

١- تعتبر السنوات الأولى من عمر الطفل هامة جدا في عملية النمو والتطور . ففي الثلاث سنوات الأولى ينمو الدماغ أكثر من أية مرحلة أخرى. كما تتصف الأنماط العصبية بهذه المرحلة بالمرونة والقابلية للتأثر والتغير بسرعة (Plasticity). وبالتالي فان هذه السنوات مهمة لتطور نمو الأطفال وخصوصا للذين يعانون من حاجات خاصة وصعوبات معينة.

٢- كذلك بينت الأبحاث العلمية أهمية بيئة الطفل في تطور عمل الدماغ في السنين الأولى من العمر. فقد أشارت إلى أن الظروف البيئية المثيرة والسعيدة تسرع وتزيد من نمو قنوات وشبكات الاتصالات العصبية، بينما الحرمان البيئي والضغط النفسية في هذه المراحل المبكرة من العمر له تأثيرات سلبية على نمو هذه القنوات وبالتالي على تطور عمل الدماغ. لذا فان الخبرة المبكرة تلعب دورا هاما في تطور الدماغ والتأثير على جميع مظاهر النمو بما فيها التأثير على الذكاء والقدرة على التعلم لاحقا.

٣- إن مظاهر النمو المختلفة مترابطة ببعضها البعض. فالضعف في مظهر معين من التطور قد يقود إلى ضعف أكبر وبمظاهر أخرى. على سبيل المثال، الطفل الذي يعاني من صعوبات حركية تؤدي إلى الحد من إمكانية استكشاف البيئة من حوله قد يعاني من تأخر في النمو المعرفي. وبالتالي فان التدخل للحد من التأخر في مظهر

معين من التطور سيساعد في تطور كافة المظاهر المختلفة مما ينعكس إيجابيا على الأداء العام للطفل.

٤- إن التدخل المبكر في كثير من الحالات يمنع أو يقلل من ظهور المشاكل الثانوية. ففي

حالات الإصابة الحركية يعمل التدخل المبكر على الحد من حدوث التشوهات والتصلبات

المفصلية أو التقلصات العضلية، مما يساعد الأطفال على المحافظة على درجة أعلى

من الأداء الوظيفي الحركي. وكذلك الأمر في المشاكل السلوكية الثانوية التي قد تتشا

عند بعض الأطفال، والتي يمكن الحد منها عندما تتعرف الأسر على الطرق المناسبة

للتعامل مع أطفالها.

٥- يلعب التدخل المبكر دورا هاما في مساعدة الأسر على التكيف، فمن خلال أسلوب عمله

المتركز حول الأسر، يهدف التدخل المبكر إلى دعم مصادر الأسر وإشراكهم بشكل

نشط وأساسي في عمل الفريق، مما يخفف من الضغوط النفسية والانفعالية التي قد

يواجهونها ويساعدهم في تطوير أنماط تنشئه فعالة ومناسبة.

٦- للتدخل المبكر فوائد تعود على المجتمع أيضا. فهو يساعد في تحسين استعدادات وقدرات

الأطفال بحيث يؤدي ذلك إلى أداء افضل للأطفال، مما يزيد من إمكانية نجاح دمجهم

في المدارس العادية، ويخفف من أعداد الأطفال الذين قد يحتاجون برامج تربية خاصة

أو برامج علاجية وتصحيحية لاحقة، ويؤدي ذلك إلى خفض التكلفة الاقتصادية على

المجتمع. كما أن لبرامج التدخل المبكر دور توعوي كبير، فهي تعمل على زيادة الوعي

بالإعاقة وتساهم بالحد من انتشارها في المجتمع.

لقد أظهرت التجارب العلمية أن التدخل المبكر الشامل والمكثف يعود بفوائد جمة على كل من الأطفال والأسر والمجتمع. وبناء على التقرير السنوي التربوي المقدم الى الكونجرس الأمريكي لعام ٢٠٠٠/١٩٩٩ (Goldstein, 2003)، يظهر الأطفال الذين يتلقون خدمات تدخل مبكر تطورا ذو دلالة عالية بعد سنة من التدخل. وينعكس هذا التطور في المجالات الحركية والمعرفية والتواصل والعناية الذاتية. كما يبين التقرير أن آراء الآباء تعكس شعورا اقوي وافضل بقدرتهم على مساعدة أطفالهم على التعلم والتكيف. ويربط التقرير فاعلية جهود التدخل المبكر بمعدل ترك الدراسة عند الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بعمر الرابعة عشر وأكبر. فيشير الى انخفاض معدل ترك الدراسة من ٣٤% في عام ١٩٩٥/١٩٩٦ إلى ٢٩% في عام ٢٠٠٠/١٩٩٩.

يقول جورالنك (Guralnik, 1991) ان الاعتقاد السائد حاليا المدعم بأدلة البحوث العديدة هو ان التدخل المبكر يؤثر في حياة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة و أسرهم، وتكون فائدة التدخل اكبر كلما كان التدخل مكثفا اكثر ومبكرا ويهتم بتنفيذ المشاركة الأسرية. ويكمل جورالنك قوله بان اكبر تحدي للبحوث المتعلقة بالفاعلية اصبح كيفية جعلها وثيقة الصلة وذات علاقة مباشرة بالأمر الميدانية والأمر المتعلقة بتعليم وإعداد الكوادر، وذلك من خلال محاولة التعرف على خصائص وميزات وأشكال الخدمة الأكثر فاعليه. وهذا ما يؤكد معظم الباحثون والعاملون في مجال التدخل المبكر، فمع بداية الألفية الجديدة لم تعد الأسئلة المطروحة المتعلقة بفاعلية الخدمة تدور حول فاعليتها ام عدم فاعليتها، بل أصبحت تدور حول أسئلة اكثر تحديدا مثل لمن وتحت أية ظروف ونحو أية نتائج تعمل البرامج المختلفة الخصائص بشكل أفضل (Gargiulo & Kilgo, 2000).

تقدم وزارة التربية الأمريكية (U.S. Department of Education 2004) في تقريرها حول الدراسات التي تظهر اكبر فاعلية لبرامج التدخل المبكر، أهم العوامل التي تواجدت في معظم الدراسات التي أشارت الى أقصى فاعلية، وتتلخص هذه العوامل في أربع خصائص مميزة للبرامج هي:

- ١- كلما كان التدخل مبكرا في حياة الطفل كانت فاعلية التدخل افضل، سواء كان ذلك في التطور الحاصل عند الطفل او في تقليل احتمالية تطور المشاكل اللاحقة.
- ٢- ضرورة اشتراك الأسر في عملية تقديم الخدمة، وذلك لأن إشراك الأسر يؤدي الى تقليل الضغوط وتسهيل تكييف الأسر، كما يؤدي الى زيادة قدرة الأسر على تنفيذ البرنامج مع الطفل في المنزل، وهذان أمران هامان في نجاح برامج التدخل المبكر.
- ٣- هناك ميزات تنظيمية ترتبط بفاعلية خدمات التدخل المبكر، اذ تشير الدراسات الى ان البرامج الناجحة هي التي تخضع لعمليات تنظيم محددة مثل: تحديد الأهداف على شكل سلوكيات محددة للطفل والأسرة وتقويم هذه الاهداف بشكل دوري، تحديد الأنشطة التعليمية التي ستستخدم لتحقيق الأهداف المختلفة، استخدام إجراءات تحليل المهام، واستخدام نتائج تقويم أداء الطفل في التعديل المستمر لعملية التعليم.
- ٤- كثافة العمل وخصوصا مع ذوي الإعاقات الشديدة يؤثر على نتائج التدخل، كما ان تفريد التعليم (Individualized Instruction) لتلبية حاجات كل طفل يزيد من فاعلية الخدمة. لكن هذا لا يعني ضرورة العمل الفردي مع كل طفل لوحده (One to One)، فقد يكون العمل من خلال المجموعات مع تنظيم الأنشطة بأسلوب يلبي الاحتياجات التعليمية لكل طفل.

ثانياً: نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر

ان التباين في خصائص المجتمعات والأفراد أدى الى تطور نماذج عديدة في مجال التدخل المبكر للعمل على تلبية الحاجات الخاصة بالافراد والأسر. كما ان التقدم في مجال الخدمة عبر السنين نتيجة التجارب العملية، ونتائج البحوث المستمرة التي تشير الى افضل الممارسات، وتأثير السياسات والتشريعات المتعلقة بالتدخل المبكر في الدول المختلفة، جميعها كان لها اثر في تطور نماذج عديدة في تقديم الخدمة.

تحدد نماذج تقديم الخدمة في ثلاثة محاور أساسية هي :-

- أ- من حيث توجه الممارسات.
- ب- من حيث مكان تقديم الخدمه.
- ج- من حيث أسلوب عمل الفريق.

أ- نماذج تقديم الخدمه من حيث توجه الممارسات

في بداية تطور التدخل المبكر كانت البرامج تتمركز حول الطفل، بمعنى أن الأهداف الرئيسية آنذاك كانت تتعلق بتحسين تطور الطفل. وفي الثمانينات دار جدل كبير حول الهدف الرئيسي للتدخل المبكر، حتى انه بنهاية الثمانينات من القرن العشرين اصبح دعم الأسر الهدف الرئيسي في فلسفة برامج التدخل المبكر عالمياً (Bailey, Buysee, Edmondson & Smith, 1992). وقد قامت مجموعه من الباحثين بدراسة التطور التاريخي لتوجه تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال والأسر (Dunst, Johanson, Trivette & Hamby, 1991) حيث تم تحديد أربعة نماذج على النحو التالي:

١- التمرکز حول الأخصائيين (Professional – centered): كان الاعتقاد السائد هو عدم قدرة الأسر على حل مشاكلها، وكان ينظر للأخصائي على أنه المصدر الوحيد للمعرفة والخبرة وهو الوحيد القادر على مساعدة الطفل.

٢- التحالف مع الأسر (Family – allied) : أصبح ينظر للأسر على أنها قادرة على أن تعلم وتدريب أطفالها، وبالتالي أصبح الأخصائي يستعين بأفراد الأسر ويقوم بوصف بعض الأنشطة ويدير الأسر على كيفية تطبيقها مع الأطفال.

٣- التركيز على الأسرة (Family – focused) : أصبحت النظرة للأسر أكثر إيجابية، وازداد الأيمان بقدرة الأسر على التعاون بالعمل مع الأخصائيين. إلا أن الاعتقاد ان الأسر ما زالت بحاجة الى مساعدة كبيرة وتوجيه مستمر من الأخصائيين ظل سائدا.

٤- التمرکز حول الأسر (Family – centered): بهذا النموذج أصبحت الأسرة هي النقطة المركزية في نظام تقديم الخدمة، وهي شريكه في التخطيط والتنفيذ وصنع القرارات المتعلقة بالطفل وبطبيعة الدور الذي ستلعبه في تقديم الخدمة.

نجد ان توجه الخدمه في الدول التي أحرزت تقدما في مجال التدخل المبكر قد انتقل عبر الزمان من كونه موجه من قبل الأخصائيين (Expert driven) الى موجه من قبل الأسر المستفيدة من الخدمة (Consumer driven). فقد أصبحت الأسرة هي صاحبة القرار الأساسي، والأخصائيون يقدمون الدعم لمساعدتها في تحقيق أهدافها (Stayton & Bruder, 1999). فنجد اليوم أن الأساس المفاهيمي للتدخل المبكر في هذه الدول ينطلق من مبدأ تمرکز الخدمة حول الأسر، إذ إن اعتماد الطفل الكلي على أسرته في تلبية حاجاته يؤكد ضرورة تقديم الخدمة في سياق الأسرة والبيئة التي يعيشها الطفل وعلاقته بمن يقومون برعايته. فالأسرة تلعب دورا رئيسيا في تطوير قدرة الطفل على التكيف والأداء في بيئته، ولذلك تركز خدمات التدخل المبكر

على دعم الأسر بكافة الوسائل لكي تصبح قادرة على تقديم أفضل عناية وتحفيز لمساعدة أطفالها على تحقيق أقصى قدراتهم.

ويعتبر كارل دنست (Dunst, 2000) من الكتاب والباحثين النشطين في مجال التدخل المبكر، وقد قدم مفهوم الدعم الأسري في التدخل المبكر الذي ارشد العمل الميداني والأبحاث، وأدى إلى تطوير نماذج عمل تركز على الخدمات الداعمة للأسر. اقترح قبل ثمانية عشر عاما تبني مفهوم الدعم النشط من خلال المشاركة (Proactive Empowerment Through Participation)، الذي اعتمد ثلاثة مبادئ أساسية لترشد وتوجه العمل مع الأسر. المبدأ الأول اعتمد التركيز على مواطن القوة والموارد الذاتية بدلا عن مواطن الضعف والقصور، والثاني اعتمد التركيز على تقوية ودعم مصادر الأسرة عوضا عن تقديم الخدمة للأسر بشكل يشجع اعتمادهم على البرامج ولا يطور كفاءاتهم. أما المبدأ الثالث فركز على الشراكة والتعاون فيما بين العاملين بمجال التدخل والأسر عوضا عن استخدام الأساليب المتمركزة حول المهنيين والأخصائيين. يعود دنست إلى ما كتبه سابقا ليضيف معلومات جديدة لمفهومه السابق، وفيما يؤكد على المبادئ السابقة التي يعتقد أنها قد أصبحت واضحة نتيجة العديد من الأبحاث التي أجراها هو وزملائه، فهو يشير إلى أن البحوث قد دلت أيضا على وجود علاقة طردية قوية ما بين تواجد شبكات الدعم غير الرسمية للأسر والنتائج على مستوى كل من الطفل والأسرة. وبالتالي فهو يعزز ويؤكد ضرورة العمل على تطوير كفاءة الأسر في التخطيط والاستفادة من شبكات الدعم غير الرسمية المتمثلة بالأسرة الممتدة والجيران والمجتمع المحلي.

كما تؤيد ماري برودير (Bruder, 2000) في مقالها حول توضيح قيمنا مع بداية الألفية الجديدة، أن ميدان التدخل المبكر بحاجة إلى تبني قيم واضحة ازاء كيفية تطبيق مبدأ تمركز الخدمة حول الأسر، واذ تؤكد على ضرورة تجديد الالتزام بخدمة ومساعدة الأسر تقول: "يجب ان نتذكر دائما ان الأطفال الذين نخدمهم ينتمون لأسرهم، ويشرفنا ان نكون جزءا من حياتهم لفترة قصيرة من الزمن" (Bruder, 2000, p. 110). وتقدم برودير أربعة توقعات من مقدمي خدمات التدخل المبكر لضمان بقاء الخدمة ضمن فلسفة التمركز حول الأسر هي: ضرورة المشاركة بالبحوث الإجرائية، الابتعاد عن نماذج التدريب غير الفعالة واستبدالها بتطوير مجتمعات دائمة السعي وراء التعلم، المطالبة بإدارة البرامج بنظم عقلانية وخلاقه توجهها القيم وتتصف بالقيادة الجيدة، و أخيرا توظيف الممارسات التي تأتي ثلبيية لما تعبر عنه الأسر من مخاوف وآمال.

وتورد كيس سميث (Case-Smith, 1998) مجموعة مبادئ في العمل المتمركز حول الأسر تتلخص في النقاط التالية:-

١- أهمية فهم النظام الأسري الخاص بالأسرة: إن التعرف على طبيعة بناء الأسرة وتحديد الأفراد الذين قد يلعبون دورا فعالا في تخطيط وتنفيذ أنشطة التدخل المبكر أمر بغاية الأهمية. فوجود الوالدان في الأسرة أو غياب أحدهما، ووجود أفراد من الأسرة الممتدة مثل الجد والجدة، وكون الوالدين بمرحلة متقدمة من العمر، ووجود الاخوة والأخوات.. الخ، جميعها أمثله على خصائص في النظام الأسري، على العاملين بمجال التدخل المبكر إدراكها جيدا، لتطوير استراتيجيات مناسبة للتعامل مع احتياجات ومصادر جميع الأفراد الذين يساهمون برعاية الطفل.

٢- العمل على تلبية الحاجات الخاصة بالأسرة: يحدث ذلك نتيجة الاستماع الفعال لما تعبر عنه الأسرة من احتياجات ومخاوف وأولويات في العلاج والتدريب، بحيث يتطور لدى الأخصائي

العامل مع الأسرة بعد نظر ورؤية للأمور من وجهة نظر الأسرة، والتي قد لا تتوافق دائما مع وجهة نظر الأخصائيين.

٣- العمل على تطوير ودعم المصادر الذاتية للأسرة: إن البرامج الفعالة هي التي تشجع الأسرة على تطوير المهارات التي تسهل بشكل مباشر عملية تطور الطفل، وفي الوقت نفسه تساعد الأسر وترشدتهم في عملية تحريك المصادر والخدمات المجتمعية التي قد تفيدهم. إن استخدام شبكات الدعم الطبيعية المتوفرة من خلال العائلة الممتدة والمجتمع تساعد الأسر بشكل فعال في تلبية حاجاتهم وفي عملية تكيفهم مع وجود طفل ذو حاجة خاصة.

٤- احترام الفروقات في الخلفيات الثقافية للأسر: على العاملين ببرامج التدخل المبكر محاولة التعرف على العادات والقيم والممارسات الخاصة بالأسرة ليتمكنوا من تقديم الاقتراحات والتوصيات التي تستطيع الأسرة فهمها وتطبيقها. كما يجدر الحذر من إطلاق التعميمات في التعامل مع الأسر، واحترام قيم وعادات الأسر حتى لو لم تكن متوافقة مع توقعات العاملين.

٥- إعتبار الصفات الشخصية لأفراد الأسرة: إن الصفات الشخصية لأفراد الأسرة تؤثر على أداء الأسرة وتكيفها. هناك صفات قد تنعكس إيجابيا وأخرى قد تنعكس سلبيا على الأداء الوظيفي للأسرة، وعلى العاملين الانتباه لوجودها لتطوير الاستراتيجيات المناسبة للتعامل معها. هناك عوامل شخصية تبدو مرتبطة بالقدرة على التكيف هي: الثقة بالنفس ودرجة شعور الآباء بالسيطرة على الأمور التي تحدث في حياتهم. فكلما ازدادت الثقة بالنفس كلما شعر الآباء بقدرتهم على تقديم العناية بكفاءة، وكلما اعتقدوا أن باستطاعتهم التحكم بالأمور التي تحدث في حياتهم كلما كانت درجة اشتراكهم في البرنامج والمبادرة واخذ القرارات أفضل.

٦- تبادل المعلومات وتشجيع الشراكة والتعاون مع الأسرة: تعتبر عملية تقديم المعلومات

للأسر سواء كانت المتعلقة بالطفل أو بالبرامج والمصادر المجتمعية جزء أساسي من خدمة

برامج التدخل المبكر، لكن لا بد من وجود عملية متوازنة في تبادل المعلومات. فالأسرة هي أكثر معرفة بالطفل وأفضل مصدر للأخصائيين في التعرف على قدرات وحاجات وميول الطفل. وهذه العملية المتوازنة في تبادل المعلومات هي الخطوة الأولى في بناء الشراكة مع الأسرة.

إن الشراكة لا تعني أن الأخصائيين العاملين بالبرنامج والأسر لديهم نفس الأدوار في التقويم والتدخل، إنما تعني أن كل طرف يضيف وجهة نظره ومعرفته إلى التخطيط وتنفيذ خطة التدخل. تبنى هذه الشراكة على أساس الاحترام والتعاون مع التركيز على الأمور المهمة والأهداف الخاصة بالطفل. كما انها عملية تطويرية تنمو مع الوقت، غالباً ما تبدأ بتقديم الأخصائي التوجيه والإرشاد لأفراد الأسرة، ثم تتحول إلى تسهيل لعملية حل المشكلات بشكل ذاتي عند الأفراد.

٧- صياغة خطة فردية أسرية (Individual Family Services Plan): إن الطبيعة المعقدة لنظام الأسرة بما فيها من صفات الأفراد وقيمهم والتفاعل فيما بينهم والتجارب التي مروا بها ومستواهم الثقافي وغيرها.. تؤكد ضرورة تنظيم الخدمة بشكل فردي ومرن. إن الخطة الفردية الأسرية تمهد الأرضية لبناء الخدمة بالشكل الفردي الذي يلائم الحاجات والموارد المتوفرة لكل طفل وأسرته. كما إنها ترجمة فعلية للأساس المفاهيمي المتعارف عليه اليوم للتدخل المبكر، ألا وهو تمركز الخدمة حول الأسر.

وتصاغ الخطة الفردية الأسرية بعد انتهاء عملية التقويم وأثناء اجتماع الأسرة مع الأخصائيين المعنيين بحالة الطفل. ولا تعتبر هذه الخطة خطة علاجية، إنما هي عملية تخطيط موثقة لتحديد النتائج المرجوة للأسرة والطفل والخدمات المطلوبة لعمل ذلك، ويوضح فيها النتائج التي ترغب الأسرة أن تحققها مع طفلها والخدمات المطلوبة لتحقيق هذه النتائج، كما يتحدد في الخطة الفردية

الأسرية من سيقدم الخدمات، وأين ستقدم هذه الخدمات. تراجع هذه الخطة كل ستة شهور باجتماع الأسرة والأخصائيين المعنيين.

ب- نماذج تقديم الخدمة من حيث المكان

إن اختيار مكان تقديم خدمة التدخل المبكر يعتمد على مجموعة من العوامل منها: عمر الطفل، المنطقة الجغرافية التي تسكن فيها الأسرة، خصائص حالة الطفل مثل نوع الإعاقة التي يعاني منها وشدتها، الخدمات المجتمعية المتوفرة والأهداف المتوخاة من التدخل . كما ان فلسفة ومعتقدات المؤسسة او برنامج التدخل المبكر قد تؤثر في عملية اختيار المكان الأنسب للتدريب والتعليم (Gargiulo & Kilgo, 2001) . وتقدم خدمات التدخل المبكر اما من خلال المستشفيات او البرامج المجتمعية او من خلال الاستشارات.

١- التدخل المبكر في المستشفيات (Hospital Programs) :

يستخدم هذا النموذج مع الأطفال الذين يعانون من مشاكل طبية وصعوبات نمائية تتطلب إدخالهم المستشفى، وينظم العمل على أساس تلبية الحاجات الطبية للطفل. تقدم الخدمات من خلال فريق متعدد التخصصات غالبا ما يترأسه الطبيب. ويخدم هذا النموذج أعداد كبيرة من الأسر من مناطق ممتدة ومحيطه بالمستشفى. أما الفترة التي يبقى فيها الطفل بالبرنامج فهي محدودة نسبيا (Case-Smith & Wavrek, 1998).

٢- التدخل المبكر في البرامج المتمركزة في المجتمع (Community Programs):

ينظم هذا البرنامج على أساس تلبية الحاجات الاجتماعية والتربوية والتطويرية للطفل والأسرة. غالبا ما يكون الوضع الصحي للأطفال بهذا النموذج من الخدمه مستقرا، وبالتالي فان الاعتبارات الطبية ثانوية. قد نجد أحيانا أطفالا يعانون من مشاكل طبية مزمنة، فيتلقون خدمة من خلال

المستشفى والمركز المجتمعي معا، وذلك لحاجتهم لرعاية طبية خاصة من وقت لآخر. تقدم المراكز المجتمعية الخدمة لاعداد محدودة من الأسر من منطقة واحدة، بينما تمتد فترة تقديم الخدمة لعدة سنوات (Gargiulo & Kilgo, 2001).

يأخذ هذا النموذج من خدمات التدخل المبكر عدة أشكال هي:-

أ- الخدمة في المنزل:

تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال والأسر في منازلهم، حيث يقوم أخصائي أو مدرب أو معلم اسري بزيارة الأسرة من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعيا، ويقدم التدريب لأفراد الأسرة الذين سيقومون بأداء دور المعلم والمدرّب الرئيسي للطفل. تتدرب الأسر على أنشطة وتدريبات محددة وهادفة تنفذ لمساعدة الطفل في تحقيق أهداف واضحة. من إيجابيات هذا الأسلوب انه اقل تكلفة من التدخل بالمراكز، ويقدم الخدمة في البيئة الطبيعية للطفل. وغالبا ما يكون الاختيار المفضل للأطفال دون عمر السنتين أو للأطفال والأسر في المناطق الريفية والناحية التي تتعذر فيها المواصلات. ومن سلبيات هذا الأسلوب انه يقوم بإلقاء أعباء إضافية على الشخص الذي سيقوم بدور المعلم للطفل والذي في معظم الأحيان يكون والدة الطفل. لذا ينصح بان تصمم الأنشطة بحيث تصبح جزءا من عملية الرعاية الروتينية للطفل. كما ان هناك هدرا لوقت الأخصائي في تنقله من منزل لمنزل (Gargiulo & Kilgo, 2001).

ب- الخدمة في المركز:

يلتحق الطفل بالمركز يوميا أو لعدد معين من الأيام في الأسبوع، ولمدة 3 - 5 ساعات يوميا. يقوم فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ خدمات التدخل المبكر داخل المركز، وهناك تواصل وتنسيق مستمر ما بين المركز والأسرة من خلال الهاتف ودفاتر الملاحظات والاجتماعات الدورية. كما يطلب من الأم أو مقدم الرعاية بالمنزل التواجد لفترات محددة خلال تدريب الطفل أو طيلة

فترة بقاءه بالمركز، وذلك لملاحظة الطفل ومتابعة تنفيذ الأنشطة التدريبية. وبعض المراكز تقدم تدريب إضافي للأسر من خلال اللقاءات الجماعية والدورات المنظمة. من ميزات هذا الأسلوب انه يوفر الخدمات الشاملة من قبل أخصائيين مؤهلين، ويوفر فرص التفاعل الاجتماعي للأطفال وفرص لالتقاء الأسر وتسهيل الدعم فيما بينهم. يعتبر هذا النوع من الخدمة الأسلوب المفضل للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين سنتين أو ثلاث إلى ست سنوات (Briggs, 1997).

ج- الخدمة في المنزل والمركز معا:

تبعاً لهذا النموذج يلتحق الطفل بالمركز لأيام محددة في الأسبوع أو لفترة زمنية معينة، ويقوم أخصائي بزيارة الأسرة والطفل بالمنزل بشكل دوري وحسب الحاجة. أو قد تقدم الخدمة في المنزل للأطفال وهم دون السنتين من العمر، ثم في المركز عندما يصبحون اكبر عمراً (الخطيب والحديدي، ١٩٩٨). إن هذا النموذج يسمح بتلبية حاجات الأطفال والأسر بمرونة وفريده أكثر، وغالباً ما نجده في البرامج التي تنظم على نطاق واسع وشامل (Briggs, 1997).

٣- التدخل المبكر من خلال الاستشارات:

في هذا النموذج من التدخل تحصل الأسرة على التوصيات والإرشادات لكيفية العمل مع أطفالها من قبل الأخصائيين في المراكز المتخصصة. حيث تقوم الأسرة والطفل بزيارات دورية للمراكز لمتابعة أداء الطفل ومناقشة القضايا المهمة المتعلقة بتطوره. وهناك نوع آخر من الاستشارات تتم فيما بين الأخصائيين أنفسهم من داخل البرنامج الواحد أو عبر البرامج المختلفة، وفي معظم الأحيان يتم ذلك بوجود الأسر (Case-Smith & Wavrek, 1998).

إن التعاون والتنسيق فيما بين النماذج المختلفة من خدمات التدخل المبكر في حال تواجد أكثر من نموذج، يساعد في إجراءات التحويل وفي المشاركة بالمعلومات ذات الأهمية، مما يضمن تقديم

خدمة متكاملة وشاملة وفعالة. مع العلم ان هناك إجماعا لدى الباحثين بمجال التدخل المبكر بانه لا يوجد مكان واحد فقط هو الأمثل لخدمة الأطفال والأسر، والقرار حول مكان تلقي الخدمة يجب ان يعود للأسر. وبغض النظر عن مكان تقديم الخدمة يقترح ماكدونل وهاردمان (McDonnel & Hardman, 1998) على ان تحتوي البرامج على مدى واسع من الخيارات مع المرونة في الإجراءات لتلبية الحاجات الفردية، وان تعمل على توفير بيئات طبيعية لضمان التفاعل مع أقران طبيعيين قدر المستطاع.

ج- نماذج تقديم الخدمة من حيث أسلوب عمل الفريق

من أهم ما يميز خدمة التدخل المبكر هو ضرورة العمل كفريق منظم، إذ يعتبر العمل الفريقي من أهم الخصائص التي تحدد أفضل الممارسات في مجال التدخل المبكر (Bailey, Simeonsson, Yoder & Huntington, 1990; Briggs, 1997). ويعرف الفريق على انه مجموعة منظمة من الأشخاص الذين يتشاركون بالأهداف والاهتمامات (Case-Smith & Wavrek, 1998). يقوم أعضاء الفريق في مجال التدخل المبكر بالتواصل من خلال القنوات الرسمية وغير الرسمية لكي يصبح لدى الجميع نفس الفهم والمضمون حول الحاجات ونقاط القوة عند الطفل والأسرة. ويتحدث الأدب عن ثلاث نماذج رئيسيه في طبيعة عمل الفريق هي:

١- النموذج المتعدد التخصصات (Multidisciplinary):

يستخدم هذا النموذج فريق من الأخصائيين من تخصصات مختلفة ويقوم كل عضو من أعضاء الفريق بتقويم ووضع خطته الخاصة بالتدخل ثم يقدم العلاج والتدريب بشكل فردي. تكون علاقة الأسرة مباشرة مع كل أخصائي على حده، وقنوات التواصل فيما بين الأعضاء محدودة ومقتصرة على القنوات غير الرسمية، مثل التواصل من خلال قراءة ما يكتبه أعضاء الفريق في ملف

الطفل. يعتبر هذا النموذج هو الطابع الذي يغلب على عمل المستشفيات ولا يعتبر مسهلاً وداعماً للأسر (Briggs, 1997; Case-Smith & Wavrek, 1998).

٢- نموذج ما بين التخصصات (Interdisciplinary):

أدى هذا النموذج إلى تطوير التواصل بين الأخصائيين والأسرة. إذ يقوم كل أخصائي بتقويم الطفل لوحده ويضع أهدافه الخاصة التي تناقش مع الفريق والأسرة. ثم يحدد التدخل والعمل مع الطفل والأسرة في برنامج واحد شامل. يقدم كل عضو بالفريق الخدمة وحده، لكن تنظم اجتماعات ولقاءات دورية للفريق للتشاور والتعديل المستمر بالخطوة. قد يتشارك اخصائيين بالعمل مع الطفل في آن واحد، إنما يبقى عمل كل أخصائي في إطار تخصصه (Briggs, 1997).

٣- نموذج عبر التخصصات (Transdisciplinary):

ينطلق هذا النموذج من الاعتقاد بأن الخدمة تكون أفضل نوعية وأكثر كفاءة عندما تتفاعل الأسرة مع أخصائي واحد فقط. فذلك سيقفل من التشوش لدى الأسرة والطفل وتتطور العلاقة بين كل من الأخصائي، والطفل والأسرة بشكل أقوى (Case-Smith & Wavrek, 1998).

يتم التقويم بهذا النموذج بشكل جماعي حيث يجتمع جميع أعضاء الفريق للتقويم ولوضع الخطة التي تنفذ من قبل أخصائي واحد أو اثنين، يتم اختيارهما حسب حاجات الحالة. ويتابع الأعضاء الآخرون تطور الطفل والأسرة من خلال الملاحظة أو إجراء تقويمات معينة بين الحين والآخر. إن تطبيق هذا النموذج بالعمل لا يعني غياب الأخصائيين عن التدخل المباشر مع الحالة الواحدة، إنما يعني تطور حساسية عالية لدى الأعضاء لمعرفة متى يحتاجون إلى التشاور أو التدريب من قبل عضو آخر من أعضاء الفريق (Stephens & Tauber, 2001).

إن النموذجين الأول والثاني من عمل الفريق يطبقان في العديد من المؤسسات التي تعنى بتقديم الخدمة للأطفال بكافة الفئات العمريه، إنما النموذج الثالث يعتبر خاصا ببرامج التدخل المبكر. ولكي تتدرج طريقة عمل الفريق تحت نموذج عبر التخصصات يقترح بريجز (Briggs, 1997) ضرورة توافر العناصر التالية:

- ١- تواجد عدة تخصصات تشترك بتقديم الخدمة، مع المرونة في تبادل الأدوار والمسؤوليات فيما بين الأخصائيين. ويتم التعليم وتبادل المعلومات والمعرفة والمهارات بشكل متواصل بين أعضاء الفريق. بحيث يؤدي الى توسيع الادوار (Role extension) او تقليصها (Role release)، حسب حاجة الحالة.
- ٢- الإجماع بأخذ القرارات هو ما يميز العلاقات وطرق حل المشكلات، فعلى الرغم من عدم تقديم الخدمة المباشرة من كافة أعضاء الفريق، إلا أن جميع الأعضاء يتشاركون بالتخطيط ومتابعة جميع نواحي الخدمة المقدمة.
- ٣- اعتبار الأسرة عضوا أساسيا من أعضاء الفريق، حيث يتم إشراكها في التقويم والتخطيط والتنفيذ بالدرجة التي تعبر عن رغبتها بالمشاركة فيها. وقد تختلف درجة اشتراك الأسرة بالعمل عبر الزمان، حسب حاجات أفراد الأسرة وحاجات طفلها. ومع أن جميع الأعضاء في الفريق لهم ذات القدر من المشاركة، إلا أن للأسرة السلطة النهائية في القرارات المتعلقة بأمورها وأمور طفلها.
- ٤- تعيين عضو واحد كمنسق للخدمة لتقليل عدد الأشخاص الذين يتعاملون مع الطفل والأسرة. يكون دور المنسق تطبيق وتنفيذ البرنامج الذي يحقق كافة الأهداف المرجوة عبر التخصصات المختلفة. قد يكون هذا المنسق أحد أفراد الأسرة أو أي عضو من أعضاء الفريق.

هناك اعتقاد سائد لدى الأخصائيين العاملين بمجال التدخل المبكر على ان نموذج ما بين التخصصات افضل فاعلية من نموذج المتعدد التخصصات. ويوجد جدل كبير حول ايجابيات وسلبيات نموذج عبر التخصصات، فعلى الرغم من الصعوبة في تطبيق نموذج عبر التخصصات نظرا لما يتطلبه من تواصل مستمر بين الأعضاء، ومن ضرورة الحذر من عدم تجاوز او تخطي الحدود المهنية، الا ان هذا النموذج آخذ في الشيوع في مجال التدخل المبكر. قد يعود السبب لتركيزه على الأسر بشكل قوي واعتماده الكبير على التعاون بين الأخصائيين، وقد يعود ايضا لأسباب اقتصادية وندرة الأخصائيين في مجال التدخل المبكر (Gargiulo & Kilgo, 2001).

ثالثا: عناصر برامج التدخل المبكر

تستند برامج التدخل المبكر إلى عناصر محددة تتكامل في عملية متواصله في تخطيط البرامج (Gargiulo & Kilgo, 2000) على النحو التالي:

أ- تحديد إجراءات الكشف والتحويل: بما ان التدخل في العمر المبكر اكثر فاعلية من التدخل في وقت متأخر، فان التخطيط لإجراءات محددة للكشف والتحويل منذ 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 ان يكون لأي برنامج فلسفة واضحة ذات مرجعية علمية تدعم وجود البرنامج وتعمل كموجه ومرشد في تخطيط وتنفيذ العمل مع الطفل وأسرته. يتوضح في الفلسفة توجه البرنامج من حيث توجه الممارسات ومكان تقديم خدمه ومن حيث نموذج عمل الفريق. كما يتوضح هنا الإطار المفاهيمي النظري الذي سينطلق منه البرنامج في تقديم العلاج والتدريب، وتبنى على أساسه الأنشطة الخاصة بالبرنامج، مثل الإطار السلوكي

(Behavioral)، الوظيفي (Functional)، المعرفي (Cognitive) التطوري (Developmental)، العلاجي (Remedial) والبيئي (Ecological). وتتبع 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 سواء بالمنزل أو المركز أو الاثنين معا، لا بد من وجود مركز معين ينطلق منه البرنامج، ويتحدد حجم هذا المكان أو المركز حسب استعمالاته. ان تجهيز المكان من حيث توفير البيئة الإيجابية والدافئة والمثيرة أمر ضروري جدا، بقدر أهمية تجهيز المكان بالأدوات العلاجية والتربوية المناسبة. فاختيار المواد والأجهزة والبرامج التربوية والعلاجية يجب أن يكون ملائما للفئة العمرية وفئات الإعاقة التي يتوقع ان يخدمها البرنامج. وكلما توفرت المصادر المرجعية كالبرامج التدريبية والكتب والمجلات العلمية كلما انعكس ذلك إيجابيا على أداء الفريق العامل.

د- إعداد فريق العمل: يبدأ إعداد الفريق باختيار الأعضاء حسب فئات الأطفال المستهدفة وحجم العمل المتوقع. وكلما كان الفريق شاملا، يضم اكبر عدد ممكن من التخصصات التربوية والتأهيلية والنفسية، كلما كانت فاعلية الخدمة أكبر. ويشمل إعداد الفريق عملية تدريب الفريق أثناء الخدمة. وبالإضافة إلى اختيار وتدريب الفريق، لا بد من التخطيط المسبق لعملية التواصل والتعاون فيما بين أعضاء الفريق وذلك حسب فلسفة البرنامج من حيث النموذج المتبنى بأسلوب عمل الفريق.

هـ- تحديد الأنشطة والإجراءات: وهي الطرق التي سيتم من خلالها تحقيق الأهداف العامة للبرنامج والأهداف الخاصة بكل حالة، ويجب ان تكون متماشية مع الفلسفة العامة. تتحدد هنا خطوات عريضة تتعدل حسب الحاجة لكل هدف، مثلا فيما يتعلق بهدف الدعم الأسري، تتحدد

أنشطة معينة مثل الاجتماعات الدورية للفريق والأسرة، صياغة خطة فريديه أسرية، تسهيل تطور مجموعات الدعم فيما بين الأسر داخل البرنامج، تنفيذ دورات تدريبية للأسر... وغيرها. كما تتحدد الممارسات من حيث مدة الخدمة وكثافتها وأسلوب التدريب الفردي او الجمعي، وكذلك الأساليب التدريبية والعلاجية حسب الإطار والفلسفة النظرية للبرنامج.

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

ز- التخطيط لتقويم البرنامج: ان البرامج المعدة بشكل يلبي حاجات المجتمع المحلي تعم نتائجها الايجابية بشكل أفضل وتكون أكثر قدرة على البقاء والاستمرارية لذا لا بد من التخطيط المسبق لعملية تقويم البرامج للوقوف على فاعليتها في تلبية حاجات المجتمع وتحقيق الأهداف واتخاذ التعديلات التي من شأنها ان تحسن أداء البرنامج. فالتخطيط المسبق لهذه العملية يضمن وجود البيانات او المعلومات المطلوبة عند الحاجة إليها لإجراءات التقويم، مما يؤمن استمرارية البرنامج بشكل يخضع للتعديل والتطوير المستمر حسب الحاجة. تعتبر الفترة الزمنية ما بين ثلاث إلى خمس سنوات كافية لإثبات فاعلية البرامج التربوية او العلاجية، والتي يجب ان يحكم على أدائها بطرق موضوعية بعيدة عن الآراء والأحكام الشخصية لبعض الأفراد.

رابعاً: تقويم البرامج

يعرف كل من جارجيلو وكيلجو (Gargiulo & Kilgo, 2000) تقويم البرامج على انه عملية

موضوعية منظمة لجمع المعلومات المتعلقة بالبرنامج وأنشطته المختلفة للأغراض التالية:

- ١- للتأكد من قدرة البرنامج على تحقيق الغايات والأهداف التي أقيم من أجلها.
- ١- لاقتراح التعديلات التي قد تؤدي إلى تحسين نوعية وفاعلية الخدمة في البرنامج.
- ٣- لتقديم معلومات صادقة عن البرنامج وذلك لتسهيل عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بمزايا وقيمة البرنامج ومستوى الدعم الذي يستحقه البرنامج .

يأخذ التقويم البرامجي أسلوبين رئيسيين، يهدف الأول إلى تقويم النواتج أو المخرجات (Outcome

Evaluation) ويهدف الثاني إلى تقويم عمليات و أنشطة البرنامج (Process Evaluation).

يستخدم الأسلوب الأول للتحقق من فاعلية الخدمة، ويعتمد على التصاميم التجريبية التي تسعى

للتعرف على التغييرات في أداء الأطفال والأسر نتيجة مشاركتهم بالبرنامج. غالباً ما يستخدم حجم

اثر التدخل كأسلوب لقياس النواتج في الدراسات الكمية، وبينما قد يناسب هذا الأسلوب اختبارات

الذكاء والاختبارات الشبيهة بها، إلا انه ينتقد لعدم قدرته على إظهار فروقات ذات دلالات

إحصائية في اختبارات أخرى. لذا ينصح بأن يقوم الباحثون بتحديد وتعريف الفروقات ذات الدلالة

المناسبة للمقاييس التي سيستخدمونها وان يقوموا باستشارة الأخصائيين في التقويم والقياس وأساليب

البحث لمعالجة القضايا في قياس وتحليل النتائج (Innocenti,2002).

أما الأسلوب الثاني المتعلق بتقويم العمليات فهو يسعى للتعرف على مدى تحقيق أنشطة البرنامج

للأهداف المعلنة، ويؤدي إلى جمع معلومات غالباً ما تستخدم في تعديل وتطوير البرامج

(National Center for Clinical Infant Programs, 1987).

تقول بيترسون (Peterson, 2002) في مقالها حول التحديات في تقييم البرامج انه لمواجهة التحدي المتعلق بتحسين النتائج التطورية والتحصيل التربوي للأطفال، لابد لعملية تقييم البرامج ان تعمل أكثر من مجرد قياس نتائج التدخل وتتطرق لأمر أخرى مثل: محاولة فهم التفاعل المعقد بين فاعلية الخدمة وخصائص الأطفال والأسر، أهداف عملية التدخل والأنشطة المستخدمة في البرامج. وتقترح بيترسون أن تأخذ الأسئلة التالية انتباها أكبر:

١- ما هي الأهداف على صعيد البرنامج ككل والأهداف المحددة المتعلقة بكل طفل واسره؟

٢- ما هي التدخلات المطلوبة لتحقيق الأهداف؟

٣- كيف يمكن ان تقدم هذه التدخلات بأفضل فاعلية؟

هذا ونجد ان هذه الأصوات التي تنادي بضرورة التركيز على تقييم العمليات تعود الى العقود الماضية. فقد جرى العديد من الدراسات التي تتعلق بفاعلية برامج التدخل المبكر وأدت إلى زيادة الوعي والاهتمام بخدمات التدخل المبكر، لكن لضمان تقديم الخدمة بأفضل صورة، اقترح الباحثون (Bailey & Wolery, 1989; cited in Gargiulo & Kilgo, 2000) أهمية الإجابة عن الأسئلة التالية أثناء تقييم عمليات البرامج:

١- هل للبرنامج فلسفة واضحة إزاء الطفل والأسرة لترشد تطوير وتنفيذ وتقييم الممارسات؟

٢- هل يحدد البرنامج مكونات عملية التدخل بوضوح والطريقة التي يتوقع أن تحدث فيها

الأنشطة المختلفة تغييرا في النواتج المقاسة؟

٣- هل يأخذ البرنامج موقفا إيجابيا نحو الأطفال والأسر ويركز على بناء مواطن القوة بدلا من

تصحيح العجز والضعف؟

٤- هل تنظم أنشطة البرنامج حسب حاجات الطفل وأفراد أسرته أم هناك أنشطة محددة مسبقا

تقوّل لكل الأطفال والأسر؟

- ٥- هل يأخذ البرنامج عوامل التشخيص وشدة الإصابة، العمر عند البدء في تلقي الخدمة، كثافة ومدة العلاج، بعين الاعتبار عند وضع التوقعات لتحديد فاعلية البرنامج؟
- ٦- هل يأخذ البرنامج بعين الاعتبار ظروف أفراد الأسرة والوقت المتوفر لديهم، قبل الطلب منهم ان يتحملوا أعباء ومسؤوليات كجزء من مشاركتهم في البرنامج؟
- ٧- هل تعمل أنشطة البرنامج على دعم وتقوية الأسر أثناء مشاركتهم بالبرنامج؟
- ٨- هل يقيس البرنامج اثر خدمته على الطفل والآباء والأسرة للتحقق من فاعليته على كافة الأصعدة؟
- ٩- هل يستطيع البرنامج ان يظهر ان الأدوات والطرق ونموذج تقديم الخدمة تمثل أفضل الممارسات؟
- ١٠- هل يستطيع البرنامج ان يظهر ان الأهداف والطرق والأدوات ونظام تقديم خدمه مناسب لقيم المجتمع وأفراده؟

خامسا: ممارسات التدخل المبكر حول العالم

تقوم الجمعية العالمية للتدخل المبكر بدور المنتدى للأخصائيين بمجال التدخل المبكر حول العالم، وذلك بهدف التشاور والتواصل والنقاش فيما يتعلق بالتطورات في المجال. وقد قامت بإصدار سلسلة من الكتب التي تخص القضايا العالمية في مجال التدخل المبكر لإظهار الأمور المشتركة والفروقات في تجارب الدول المختلفة. فالمشاكل والتقدم في مجال التدخل المبكر يتجاوز الحدود الجغرافية بين البلدان، والأساليب المتنوعة التي تقبل عليها البلدان المختلفة لتلبية متطلبات التدخل المبكر في السياق البيئي والثقافي لكل بلد تقدم للمجتمع الدولي بصيرة ثمينة. ومن خلال منشورات الجمعية (Early Intervention Practices Around The World, 2003) قامت الباحثة

بمراجعة نماذج للتدخل المبكر في اثنتي عشرة دولة حول العالم هي: الولايات المتحدة الأمريكية، الهند، البرازيل، السويد، أستراليا، جاميكا، البرتغال، مصر، الصين، ألمانيا، كوريا الجنوبية، إثيوبيا، والسويد، وذلك بهدف الاستفادة من تجارب الآخرين والإحاطة علما بالمعلومات المتعلقة بنجاح ومعوقات النماذج في الدول المختلفة قبل اقتراح نموذج لتطوير الخدمات في الأردن. وفيما يلي عرض لأهم المواضيع التي برزت خلال المراجعة والتي قامت الباحثة بتجميعها في سبعة محاور رئيسية هي: تحديد الإطار المفاهيمي، تمركز الخدمة حول الأسر، توفر القوى البشرية العاملة، تدريب الكوادر العاملة، الدمج والبيئات الطبيعية، استغلال الموارد المتوفرة والدعم الوطني من خلال القانون.

١- تحديد الإطار المفاهيمي

ان التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقات يتبلور وينمو عالميا، ففي الدول النامية ذات المصادر المحدودة نجد ان جهود التدخل المبكر ما زالت تعمل ضمن النموذج الطبي حيث الأمور الصحية تأخذ الأولوية، أما في الدول ذات المصادر الوفيرة فان الحاجات الصحية قد تلبت نوعا ما وأصبح التوجه نحو النماذج التربوية والتطويرية والاجتماعية. ففي إثيوبيا التي تعتبر من أفقر دول العالم يعد التدخل المبكر ظاهرة حديثة تتواجد في المدن، وتعتمد على برامج التأهيل المجتمعي المنفذة من قبل منظمات غير حكومية محلية وأجنبية تركز على تثقيف المجتمع فيما يتعلق بالخدمات الصحية الأولية والوقائية (Teferra, 2003). وكذلك الحال في الهند حيث نجد ان النموذج الطبي في خدمات التدخل المبكر ما زال سائدا باستثناء بعض المراكز المتخصصة المتواجدة غالبا في المدن والتابعة للمعهد الهندي للشلل الدماغي (Kaul, Mukherjee, Ghosh, Chattopadhyay & Sil, 2003). أما الصين فهي تشهد حاليا تغييرا في تطور الخدمات من الأسلوب الطبي والعلاجي الى الاسلوب التطوري والوظيفي (Hsia, McCabeli &

(Li, 2003). في حين شهدت الدول المتقدمة مثل السويد والولايات المتحدة الأمريكية تحولا واضحا نحو تدخل اجتماعي وتربوي، ولكن ما زالت الخدمات الصحية تلعب دورا كبيرا وفعالا في برامج التدخل وخصوصا فيما يتعلق بالكشف والتشخيص المبكر. ففي السويد مثلا تعمل فحوصات تطويرية دورية للأطفال من خلال الخدمات الصحية المجانية ويتم حفظ السجلات بأسلوب وطني مقنن يسهل عملية التعرف والكشف (Akesson & Granlund, 2003). بالإضافة إلى التوجه نحو الإطار الفكري التطوري والتربوي والاجتماعي، نجد أن التفكير المعاصر الذي تتخذه الدول المتطورة في تقديم الخدمات هو الذي يراعي البيئة التي يعيشها الطفل وطبيعة تفاعله مع الأفراد المحيطين به. طور هذا الإطار البيئي (Ecological framework) برونفنبرنر (Bronfenrenner) وهو يقترح ان ينظر العاملون للطفل والأسرة في السياق البيئي المحيط، الذي يبدأ بنظام الأسرة ويليه عدة طبقات من الأنظمة تنتهي بالنظام العام للمجتمع (Gargiulo & Kilgo, 2000).

٢- تمركز الخدمة حول الأسر

تماشيا مع نتائج البحوث التي تشير إلى فاعلية أسلوب تمركز الخدمة حول الأسر، نجد معظم الدول تحاول التوجه نحو هذا الأسلوب في فلسفتها وأنشطتها. ففي الدول المتقدمة مثل السويد واستراليا والولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا التحول من تمركز الخدمة حول الطفل إلى أسلوب تمركز الخدمة حول الأسر قد أصبح واقعا عمليا، تدلل عليه الأهداف المعلنة والأنشطة العديدة التي تطبق مبدأ المشاركة التامة مع الأسر. أما الدول النامية فهي تشهد محاولات لتطبيق هذا النموذج من الخدمة من خلال برامج رياضية محددة. في الهند مثلا يحدد المعهد الهندي للشلل الدماغي خمسة أهداف رئيسية للتدخل المبكر. الهدف الأول يتعلق بتحسين تطور الأطفال في المجالات الحركية والمعرفية والتواصل والعناية بالذات من خلال استخدام اللعب وأساليب العلاج

الطبيعي والأنشطة الحياتية اليومية. أما الأهداف الأربعة الباقية فهي تتعلق بالأسر وهي: تزويد الأسر بالمعلومات اللازمة عن طبيعة الشلل الدماغي، تثقيف وتدريب الأسر لمساعدتهم في التعامل مع الأطفال بشكل يدعم تطورهم، تقوية المصادر الذاتية للأسر ليتمكنوا من الدفاع عن حقوق أطفالهم في مجتمعاتهم والمبادرة بتأسيس الخدمات المطلوبة لتلبية حاجات أطفالهم، وأخيرا تشجيع الأسر ومساعدتهم في إنشاء شبكات الدعم فيما بينهم (Kaul, Mukherjee, Ghosh, & Chattopadhyay & Sil, 2003).

أسست جمعية كاريتاس في مصر مركز سيتي في القاهرة، ويعتبر هذا المركز إحدى البرامج القليلة المتوفرة في مجال التدخل المبكر التي تخدم الأطفال دون الأربع سنوات من العمر، ويقوم بتقديم نموذج مثالي للتدخل من خلال الشراكة مع الأسر. ينفذ مركز سيتي برنامج موجه للأسر موازيا لبرنامج التدخل مع الأطفال، يهدف إلى تقديم المعلومات وتثقيف الأسر من خلال وسائل عديدة نظرية وتطبيقية وإرشادية. كما يحدد خطوات واضحة في إشراك الأسر في عملية تقويم أطفالها باستخدام أساليب التقويم المناسبة مثل قوائم التطور، وإشراك الأسر في اختيار أهداف التدخل وفي تطبيق استراتيجيات وأساليب التعليم والتدريب. بالإضافة إلى ما سبق ينسق البرنامج عملية بناء شبكات الدعم بين الأسر ويحاول أن ينشط ويفعل مشاركة الآباء من خلال عمل اجتماعات خاصة لهم وعمل النشاطات الترفيهية يوم الجمعة. (Khouzam, Chenouda & Naguib, 2003)

٣- توفر القوى البشرية العاملة

لعل من أكثر القضايا التي يجد فيها الباحث تفاوتاً عبر الدول هي قضية القوى البشرية العاملة. فالدول الصناعية ذات المصادر الوفيرة يتوفر لديها الأخصائيين الذين يقدمون الخدمات الصحية والتربوية والتأهيلية للأطفال والأسر، بينما الدول ذات المصادر القليلة تواجه تحدي كبير في

تأمين وتدريب العاملين ببرامج التدخل المبكر. ولمواجهة التحدي في نقص الموارد البشرية العاملة تقوم العديد من الدول بتدريب أفراد من المجتمع المحلي كمساعدي مهنيين (Paraprofessionals). في جمايكا مثلا تقدم خدمات التدخل المبكر من خلال أربعة برامج تأهيل مجتمعي تعتمد نموذج الخدمة في المنزل، وتقدم الخدمة المباشرة من خلال عامل التأهيل المجتمعي (Community Rehabilitation Worker). وقد تم تبني النموذج الهرمي للقوى البشرية العاملة في برامج التأهيل المجتمعي والذي يحدد أربعة مستويات للعاملين هي: عمال التأهيل المجتمعي، المشرفون، فريق الأخصائيين، ومدراء البرامج. ومن المزايا التي ساهمت في إنجاح النموذج الجمايكي الذي يدخل عقده الثالث، طريقة اختيار عمال التأهيل المجتمعي من الأسر، وبالأخص من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة اللواتي يملكن تعليم أساسي ويظهرن التزام ومهارة عالية في التعامل مع أطفالهن (Thornburn, 2003).

جمهورية مصر العربية مثال آخر على الدول التي تعاني من النقص في العاملين وعدم إقبال القلة المتوفرة من الأخصائيين على العمل في المراكز أو الوظائف المتعلقة بالأسر والطفولة المبكرة، وخصوصا بالمناطق الأقل حظا. وقد اعتمدت بعض البرامج في مصر على تدريب عاملين من تخصصات قريبة من التربية الخاصة والتأهيل مثل تخصصات علم النفس والخدمة الاجتماعية، أو حتى تدريب أفراد لا يملكون أي تأهيل مهني للعمل مع ذوي الإعاقات إنما يملكون الرغبة والدافعية والاهتمام الكافي للعمل بالمجال. يتم تدريب هؤلاء الأفراد تحت لقب عمال عاميين (Generic Workers)، ويحصلون على التدريب أثناء العمل من قبل أخصائيين بمجالات مختلفة ليتمكنوا من العمل مع الأطفال ذوي الإعاقات لدعم وتسهيل التواصل اللغوي والنمو المعرفي وتطوير الأداء الوظيفي عند الأطفال (Khoussam, Chenouda & Naguib, 2003).

كذلك الحال في الهند، فقد تم تبني مفهوم عمال التأهيل المتعددي الغايات (Multipurpose Rehabilitation Workers) وتم إعدادهم بحيث يتوفر عاملين اثنين لتغطية حاجات كل ٥٠٠٠ نسمة من السكان، وقد لاقى هذا النموذج نجاحا فقط في المناطق التي تواجد فيها الدعم من المؤسسات المحلية غير الحكومية (Kaul, Mukherjee, Ghosh, Chattopadhyay & Sil, 2003)).

أما الدول ذات المصادر الوفيرة فان القوى البشرية العاملة في برامج التدخل المبكر تضم عددا كبيرا من الأخصائيين في مجالات التربية والتأهيل وعلم النفس والخدمة الاجتماعية والإرشاد. ويبقى التحدي في تنسيق آلية العمل الفريقي وفي إعداد وتدريب الأخصائيين للعمل مع مرحلة الطفولة المبكرة والعمل مع الأسر وضمن فريق. تشمل دولة المانيا ست عشرة ولاية فيدرالية، ولكل ولاية نظامها الخاص بها فيما يتعلق بالتدخل المبكر. وتعتبر بافاريا وهي إحدى الولايات الألمانية، ريادية في تنظيمها لخدمات التدخل المبكر، اذ يوجد فيها شبكة عمل متطورة تضم ١٢٣ مركزا إقليميا. يتم تقديم الخدمات لحوالي ٥٠% من متلقي الخدمة في منازلهم من خلال فرق متنقلة (Mobile teams)، والنصف الآخر من متلقي الخدمات تقدم لهم الخدمة في المراكز. وفي دراسة لنموذج الخدمات في ولاية بافاريا اعتبر ٧٠% من العاملين أن أهم عنصر في إنجاح عملهم هو وجود الفرق المتنقلة (Peterander & Speck, 1993; cited in Peterander, 2003). ويعمل في كل فريق متنقل احد عشر فردا من تخصصات متعددة مثل التربية الخاصة، الخدمة الاجتماعية، تربية في مجال الطفولة المبكرة، علم النفس، علاج وظيفي، علاج طبيعي، علاج النطق واللغة، طب الأطفال والإرشاد الأسري. بينما يتفاوت عدد العاملين بالمراكز الإقليمية بين خمسة إلى ثلاثين فردا من عدة تخصصات. يتعاون أعضاء الفريق المتنقل والفريق داخل المركز من خلال نماذج عمل ما بين التخصصات (Interdisciplinary) وعبر

التخصصات (Transdisciplinary) حسب الحاجة وحسب توفر التخصصات المختلفة داخل الفريق الواحد (Peterarder, 2003).

في الولايات المتحدة الأمريكية ينص الجزء الثاني من قانون التربية لذوي الإعاقات (IDEA, 1997; Cited in Hanson, 2003) على ضرورة تقديم الخدمات من خلال عمل فريق من

الأخصائيين لتخطيط وتنفيذ الخدمات. ويعتبر نموذج عمل عبر التخصصات

(Trandisciplinary) هو الامثل في خدمة الأطفال دون الثلاث سنوات، بحيث يكون هناك

أخصائي واحد أو اثنان هما المسؤولان الرئيسيين عن تقديم الخدمة، مع المساعدة والاستشارة

والتدريب المتواصل من أعضاء الفريق الآخرين (Hanson, 2003).

٤- تدريب الكوادر العاملة

إن عملية تدريب الكوادر تبقى التحدي الحقيقي لإنجاح خدمات التدخل المبكر، فبغض النظر عن خلفية العاملين أو مستوى إعدادهم نجد أن قضية إعداد وتدريب الكوادر هي حجر الأساس عند تطوير برامج التدخل المبكر عبر الدول المختلفة.

تشهد دولة البرتغال تقدماً مضطرباً في نوعية الرعاية الصحية منذ ان انضمت عام ١٩٨٦ الى

الاتحاد الأوروبي. في عام ١٩٨٩ ابتدأت مقاطعة كوامبرا التي تقع في وسط البرتغال بتطبيق

نموذج كوامبرا (Boavida & Carvalho, 2003) الذي يعتمد على التعاون عبر المؤسسات

وعبر التخصصات، مما يسمح للأخصائيين من تخصصات ومؤسسات مختلفة للعمل معاً لتقديم

خدمة متكاملة للأطفال والأسر. يعتمد النموذج على توفير سبعة عشر فريق عمل لتغطية كافة

مناطق المقاطعة، ويضم الفريق طبيب رعاية صحية أولية، ممرضة، أخصائي واحد أو أكثر

تربية خاصة، أخصائي الخدمة الاجتماعية، أخصائي علم النفس. اما معالجين النطق والوظيفي

والطبيعي فهم يتوفرون في بعض الفرق، ويقوم البرنامج بتقديم المعالجين على شكل استشاريين

في الفرق الأخرى. لقد كانت قضية تطوير القوى البشرية الكفؤة النقطة التي ارتكز عليها تطوير المشروع، فكان التحدي الأول للمشروع هو إعداد برنامج للتدريب أثناء الخدمة للعاملين من مختلف التخصصات لتحسين وتطوير المعرفة والمهارة في العمل، والتحدي الثاني كان في إعداد فريق من المدربين لضمان الدعم المتواصل والإشراف على العاملين في مشروع كوامبرا.

تم تشكيل فريق من المدربين المحليين بالتعاون مع مؤسسات أجنبية أمريكية وأوروبية، واحتوى برنامج التدريب على أربعة مجالات تتعلق بالأطفال والأسر وعمل الفريق والفلسفة والقيم التي يتبناها المشروع، بحيث تتماشى مع الممارسات الفعالة. كما عمل المشروع على تطبيق برنامج تدريبي يستهدف ممرضين وأطباء في مجال الرعاية الصحية الأولية كونهم الأكثر قدرة على التعرف المبكر على الأطفال الذين يحتاجون خدمات. وجرى التدريب في كل من السبع عشرة منطقة على شكل مساقات نظرية وعملية وورش عمل وتجارب ميدانية.

بالإضافة إلى الإعداد الأولي للعاملين يحصل العاملون في مشروع كوامبرا على ثمانية عشر يوم تدريب إلزامي كل عام، وذلك من خلال المؤتمرات المصغرة والاجتماعات المحددة لمناقشة وعرض الحالات والمؤتمر الوطني الذي يقام لمدة يومين سنويا.

أما فيما يتعلق بفريق الأشراف، فيتم انتقاؤهم من بين العاملين الذين يظهرون معرفة وخبرة جيدة في العمل مع الأطفال والأسر، ويكونوا عادة من عدة مؤسسات. لكل فرد من أعضاء فريق الاشراف مسؤولية متابعة عدد معين من الفرق المحلية، ويلتقي بهم باستمرار ليقدم الدعم والإرشاد خصوصا مع الحالات الجديدة أو المعقدة، كما يساعد الفريق في إرشاد وتدريب العاملين الجدد. بالتالي يكمن عمل المشرفين في إرشاد العاملين للوصول إلى الأهداف وفي تقويم الأداء وضبط

نوعية الخدمة (Boavida & Carvalho, 2003).

وجدت الباحثة ان قضية تدريب وإعداد الكوادر هي مسألة حيوية حتى في الدول التي تطبق أنظمة متطورة في تقديم خدمات التدخل المبكر. ففي السويد مثلا، يعتبر التدريب أثناء الخدمة للعاملين بالمراكز الصحية والتطورية والحضانات طريقة لضمان فاعلية الخدمة، كما تعتبر متابعة دراسات عليا في مجال التدخل المبكر من دعائم تحسين فاعلية الخدمة. ونظرا للتشابه الكبير بين الدول في أهداف ومحتوى برامج الدراسات العليا في مجال التدخل المبكر، قامت السويد بتفعيل تعاون دولي حول إعداد برنامج لدرجة الماجستير في التدخل المبكر شارك فيه خمس جامعات أوروبية وثلاث جامعات أمريكية وانتهى بتقديم منهاج موحد. في العادة معظم المشاركون في برامج الماجستير يعملون في مناصب تنفيذية وقيادية في مؤسساتهم، وبالتالي يلعبون دورا كبيرا في تفعيل ورفع كفاءة البرامج ولكنهم يمثلون نسبة قليلة من عدد العاملين بالبرامج، لذا فإن تطبيق التدريب أثناء الخدمة لكافة أعضاء الفريق العامل بالبرامج يبقى ضروريا لضمان التطور على مستوى المؤسسة أو البرنامج (Akesson & Granlund, 2003).

٥- الدمج والبيئات الطبيعية

لقد تحولت خدمات التدخل المبكر في العديد من الدول من نموذج العيادة التي غالبا ما يركز على الخدمات الصحية الأولية، إلى النموذج المجتمعي الذي يكون فيه الأطفال داخل بيئاتهم الطبيعية كالمنزل والمرافق المجتمعية. ففي كوريا الجنوبية عملت الحكومة منذ عام ١٩٩٠ على تسهيل عملية الدمج بشكل فعال، فقد خصصت دعم مالي لكل حضانة أو روضة تقوم بفتح صف خاص أو تقدم برنامج لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تقوم بتغطية الأقساط لغاية ستة طلاب ذوي احتياجات خاصة وتغطية التعويض المالي لمعلم تربية خاصة، معتمدة نسبة معلم واحد لكل ستة طلاب ذوي احتياجات خاصة. ان تجربة كوريا الجنوبية تقدم دليلا واضحا على إمكانية نجاح عملية الدمج، إنما بمبادرة رسمية لا على صعيد وضع السياسات فقط، بل على

صعيد تفعيل السياسات من خلال إيجاد الدافع والحافز المسهل للدمج. كما تشير تجربة كوريا الجنوبية إلى ضرورة تواجد الدعم الفني من قبل أخصائي التربية الخاصة كمساعد ومدرّب لباقي المعلمين في الحضانة أو الروضة، وتشير إلى ضرورة تطوير منهاج معدل للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال تطوير الخطة الفردية التي يجب أن تغطي كافة مجالات التطور، والتي يجب ان تستند إلى مناهج محددة لمرحلة الطفولة المبكرة (Lee, 2003).

التجربة البرازيلية مثال آخر على التدخل المبكر المرتكز على مفهوم الدمج. سوري برازيل (Sorri Brasil) - هي اتحاد الجمعيات الخيرية البرازيلية، وقد وجهت جهودها إلى مساندة الجهود الحكومية على المستوى الوطني والمحلي وجهود المؤسسات الدولية نحو الدمج. لقد تناول برنامجها القضايا التالية: دعم حقوق الأطفال، دعم وتطوير مصادر الأسر لتسهيل مبدأ الشراكة في العمل، التوعية من خلال نشر المعلومات على نطاق واسع، وتطوير نماذج لدمج الأطفال في الحضانات والروضات والمدارس الابتدائية. وفي مجال التوعية قامت سوري برازيل بالتعاون مع وزارة التعليم واليونيسيف بعدة أعمال مثل إعداد فيلم يعمل على التوعية بحقوق الأطفال المعوقين بأسلوب مبدع اعتمد على استخدام الدمى المتحركة لتمثيل الأدوار المختلفة لأطفال الحي. كما قاموا بتنفيذ حملة وطنية للتوعية بالإعاقة والدمج، ومن مواضيع التي تناولتها حملة التوعية: سبل منع حدوث الإعاقة، تقديم المعلومات التي تؤدي إلى فهم أعمق وأفضل للإعاقة، والتمهيد لخلق بيئة غير عدوانية بل داعمة ومسهلة لذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال جعل الأشخاص العاديين يشعرون بوقع وأثر الإعاقة على الفرد والأسرة، ونفذت الحملة الوطنية من خلال التلفاز والمذياع. من الجدير بالذكر ان عدد الأطفال المدموجين قد ازداد في السنة التالية لهذه الحملة الوطنية بنسبة ٦٧%. (Lumpkin & Aranha, 2003).

ووجدت الباحثة ان الدمج قد أصبح يطبق بشكل واسع في الدول المتقدمة مثل استراليا والسويد والولايات المتحدة. ففي الولايات المتحدة يحدد القانون ضرورة تقديم خدمات التدخل المبكر في اقل البيئات تقييدا، ووضعت أنظمة محددة لضمان تطبيق ذلك. ففي برنامج (Head Start) الوطني الذي يقدم لدعم تطور الأطفال في البيئات الأقل حظا، تم تخصيص ١٠% من الاماكن في البرنامج للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة (Bruder 1997; cited in Hanson, 2003).

أما في ألمانيا فنقوم كل ولاية بتطبيق نظامها الخاص بالتدخل المبكر، إنما تماشيا مع ما يصدره المؤتمر الوطني للست عشرة وزارة تعليم. وقد أوصي المؤتمر بان هدف المدرسة هو الدمج الاجتماعي والدمج لاحقا في العمل، لكن الولايات المختلفة لديها مواقف متباينة إزاء كيفية الوصول إلى هذه الأهداف، فبعضها يحاول الوصول لهذه الأهداف من خلال مدارس التربية الخاصة والبعض الآخر من خلال الدمج في المدارس العادية (Peterander, 2003).

٦- استغلال الموارد المتوفرة

ان مسألة التعاون بين المؤسسات والجهات المختلفة في المجتمع أمر لا مفر منه عند تخطيط نموذج للخدمات. فالدول التي تقدم أنظمة متطورة وفعالة هي التي تعتمد على التعاون والتنسيق ما بين قطاعات الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية. بينما نجد ان مسألة العزلة والازدواجية والصراع فيما بين القطاعات والمؤسسات المجتمعية هي من المعوقات الأساسية التي يتم ذكرها في الدول النامية، ويكون ذلك بين المؤسسات الحكومية أو بين المؤسسات الحكومية وغير الحكومية.

وخير مثال على التعاون عبر المؤسسات والقطاعات الحكومية هي دولة السويد والولايات المتحدة الأمريكية. كذلك الحال في ألمانيا حيث تقوم الأمانات (Municipalities) الخاصة بكل ولاية

بتمويل برامج التدخل المبكر بالتعاون مع قطاع التأمين الصحي والتعليم والخدمة الاجتماعية (Peterander, 2003). وقد طورت دولة البرتغال نظاما للتدخل المبكر يعتمد بالشكل الرئيسي على التعاون عبر القطاعات الصحية والتعليمية والاجتماعية وعلى مستوى الحكومة الفيدرالية والمحلية (Boavida & Carvalho, 2003).

لكن على الرغم من التعاون عبر القطاعات على المستوى الوطني، نجد ان أنظمة خدمات التدخل المبكر قد تختلف عبر البرامج المختلفة في المنطقة الواحدة، ويحدث ذلك حتى في الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية، مما يجعل تنسيق الخدمات عبر المؤسسات والمراكز أمر صعب. ولمواجهة ذلك تقوم المؤسسات والبرامج بعقد اتفاقيات فيما بينها لتطوير أنظمة متعاونة لتحديد الأدوار والمسؤوليات، وللمشاركة في المصادر، وللتعاون في تنفيذ حملات التوعية المجتمعية والأنشطة التدريبية للعاملين (Hanson, 2003).

كما يظهر من خلال المراجعة لنظم الخدمة ان الجمعيات الخيرية غير الربحية وبرامج التأهيل المجتمعي يلعبان أدوارا بارزة في تسهيل خدمات التدخل المبكر وخصوصا في الدول ذات المصادر المحدودة. ففي إثيوبيا تعتمد خدمات التدخل المبكر على برامج التأهيل المجتمعي التي تنفذ من قبل جمعيات خيرية غير ربحية (Teferra, 2003). كذلك الحال في الهند حيث الجمعيات الخيرية هي التي تقدم غالبية الخدمات (Kaul, Mukherjee, Ghosh, Chattopadhyay & Sil, 2003). وكما ذكر سابقا فان جمايكا تقدم خدمات التدخل المبكر من خلال برامج التأهيل المجتمعي (Thornburn, 2003). ويجد الباحث في نظام تقديم الخدمات في الولايات المتحدة الأمريكية انه قبل تطوير القوانين الخاصة بالتدخل المبكر، كانت الجمعيات الخيرية مثل النقابة الوطنية للمعوقين عقليا ونقابة الشلل الدماغي والمارش اوف دايمز

(March of Dimes) وغيرها من الجمعيات الخيرية، هي التي تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال والأسر، وما زال العديد من هذه الجمعيات يقدم خدمات ثمينة جدا (Hanson, 2003). إن مفهوم التعاون والدعم العالمي يبرز أيضا من خلال مراجعة نظم التدخل المبكر عبر الدول، ويكون هذا الدعم من خلال منظمات عالمية او من خلال تعاون مؤسسات معينة عبر الدول. ففي مصر مثلا تقوم جمعية كاريتاس العالمية بدعم برنامج التدخل المبكر (Khouzam, Chenouda, & Naguib, 2003). وفي البرازيل قامت جمعية سوري برازيل بالتعاون مع منظمة اليونيسف لدعم برنامج التدخل المبكر (Lumpkin & Aranha, 2003).

٧- الدعم الوطني من خلال القانون

شهدت العديد من الدول تغييرات وتطورات في القوانين ادت الى تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال والأسر بشكل أفضل. السويد من الدول التي اعتمدت بشكل كبير على القانون والتشريع الذي طور نظاما لخدمات التدخل المبكر مرتكزا على خدمات التأمين الاجتماعي والخدمات الصحية ومراكز التأهيل الموجهة لمرحلة الطفولة المبكرة (Akesson & Grandlund, 2003). بينما يمثل غياب التشريعات الوطنية عائقا في نظام خدمات التدخل المبكر في استراليا، اذ تقوم الحكومة الأسترالية بوضع أسس للممارسات وتفتتح الممارسات الفعالة استنادا الى البحث العلمي، لكن مسألة التطبيق تعتمد على مبادرات المجتمع المحلي لكل منطقة وولاية. فمسؤولية تقديم الخدمات الصحية والتعليمية هي مسؤولية الحكومة المحلية لكل ولاية من الست ولايات، وهناك فروقات في أنظمة تقديم الخدمات نظرا لاختلاف الطبيعة الجغرافية والتوزيع السكاني من ولاية لأخرى. تعتمد استراليا على أسلوب شبكات العمل كإطار عام لأنظمة الخدمة، حيث يوجد برنامج لتنسيق الخدمات في كل ولاية ويدار من قبل مؤسسة قيادية مجتمعية معينة

(Johnston, 2003). وتتكون شبكات العمل في ولاية نيو ساوث ويلز (New South

Wales) الأسترالية من أربع طبقات من اللجان على النحو التالي:

- ١- اللجنة الإدارية : تشمل ممثل من كل دائرة حكومية ومؤسسات مجتمعية غير حكومية معنية بالموضوع، وعملها الأساسي مراقبة تطبيق السياسات ومتابعة القضايا على مستوى الولاية.
- ٢- لجنة ممثلي المناطق: تشمل ممثلين من اللجنة الإدارية وممثلون عن المناطق، وعملها الرئيسي تبادل المعلومات وتقديم التقارير .
- ٣- لجان المناطق: عددهم ست عشرة لجنة وكل لجنة تضم ممثلون عن الجهات المشاركة الحكومية وغير الحكومية وممثلون عن لجان شبكات العمل المحلي وممثلون عن الأسر. ومن أعمالها تنسيق التدريب والتطوير، مراقبة أداء شبكات العمل وتشجيع تطبيق الممارسات الفعالة.
- ٤- لجان شبكات العمل المحلية: عددهم ثلاث وسبعون لجنة وكل لجنة تضم ممثلون من الخدمات والأسر وهدفهم تطوير الاستراتيجيات لدعم تنسيق الخدمات في كل منطقة محلية.

يتضح مما سبق انه من الممكن ان تقوم الدول بعمل إجراءات معينة للتعويض عن غياب القوانين والتشريعات، ولكنها لا تغني عن ضرورة وجود الدعم الوطني من خلال القانون. كما نجد أيضا ان بعض الدول النامية مثل مصر تعاني على الرغم من وجود الإطار القانوني الداعم، ويعزى ذلك لعدم وجود المصادر الكافية، أو لغياب الخطط والبرامج الموازية لتطبيق القانون، أو للإزدواجية وغياب التنسيق بين المؤسسات غير الحكومية والخدمات الصحية الوطنية (Khouzam, Chenouda, & Naguib, 2003). وهذا يؤكد ضرورة تواجد متابعة على المستوى الوطني

لضمان حسن تطبيق القوانين والتشريعات الوطنية.

يتبين من المراجعة السابقة لنظم تقديم خدمات التدخل المبكر ان البرامج تتشارك عبر الدول في هدف تقديم الخدمات للأطفال والأسر، في حين تختلف الطريقة والأسلوب باختلاف خصائص ومصادر الدول. من القضايا المشتركة التي برزت والتي يجب مراعاتها عند اقتراح النموذج لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن ضرورة تحديد الإطار المفاهيمي للتدخل في ضوء ما يقترحه الأدب والبحث التربوي. ومن ابرز القضايا المتعلقة بالإطار المفاهيمي ضرورة تمركز الخدمة حول الأسر وتنفيذ الأنشطة والممارسات التي تدعم ذلك. كما أن قضية تأمين القوى البشرية العاملة وتدريبهم اعتبرت حجر الأساس في معظم نظم الخدمة. بالتالي فان التخطيط لهذا الجانب عملية أساسية عند اقتراح نموذج لتطوير الخدمات.

لقد قدمت العديد من الدول نماذج لتقديم الخدمات في المنزل للأطفال دون الثلاث سنوات، وفي المركز او البيئات الطبيعية المتواجدة في المجتمع للأطفال بين الثلاث والست سنوات. وكان هناك تركيز قوي على دمج الأطفال في الحضانات ورياض الأطفال وتقديم الخدمة لهم في هذه البيئات الطبيعية. كما كانت مسألة التعاون والتنسيق بين القطاعات المختلفة المتواجدة في المجتمع أمر محتتم، سواء كان ذلك عبر الجهات الحكومية المختلفة او ما بين القطاعات الحكومية والجهات غير الحكومية التي تقدم خدمات. فالهدف الأول هو استغلال كافة الموارد والمصادر المتوفرة في المجتمع والهدف الثاني يكمن في ضرورة تنسيق الجهود لمنع الازدواجية والصراع وتسهيل العمل المتكامل والشامل بين المؤسسات والبرامج، وهذه قضية ضرورية عند التفكير بنموذج لتطوير الخدمات في الأردن نظرا لقلة المصادر والموارد المتوفرة. التوجه نحو الحصول على دعم المؤسسات العالمية المعنية بالطفولة المبكرة والتربية والتأهيل هي طريقة أخرى لاستغلال كافة المصادر المتوفرة للمجتمع. أخيرا وليس آخرا برزت من خلال مراجعة نظم الخدمات أهمية

وجود الدعم الوطني للبرامج من خلال القوانين والتشريعات، وضرورة تحديد آلية لمتابعة وضمان تنفيذ هذه القوانين على المستوى المحلي.

الدراسات السابقة

توجهت الدراسات العلمية في مجال التدخل المبكر في السبعينات والثمانينات من القرن المنصرم بشكل رئيسي نحو دراسة فاعلية خدمات التدخل المبكر. وبعد أن أثبتت الدراسات أهمية وفاعلية التدخل المبكر أصبح التوجه أكثر في التسعينات نحو دراسة العناصر التي تؤثر على فاعلية الخدمة والتي من أبرزها الفريق العامل وفلسفة العمل، وبالتالي أجريت العديد من الدراسات التي تتعلق بالفريق العامل واختياره وإعداده وكذلك بفلسفة العمل وتوجه أو تركز الخدمة. وفي الآونة الأخيرة نجد ان التوجه أصبح نحو إجراء الدراسات التي من شأنها التعرف على مؤشرات الخدمة أو الممارسة الفعالة، وذلك لغرض تطوير وتحسين الخدمات. من هذا المنطلق، ارتأت الباحثة أن يكون عرضها للدراسات السابقة بهذا النمط: الدراسات المتعلقة بفاعلية التدخل المبكر، الدراسات المتعلقة بتمركز الخدمة حول الأسر، الدراسات المتعلقة بتدريب الفريق ثم الدراسات المتعلقة بمؤشرات الخدمة الفعالة.

أولاً: الدراسات المتعلقة بفاعلية التدخل المبكر

لقد قام العديد من الباحثين بإجراء مراجعات على شكل دراسات تحليلية (Meta-analysis) للأبحاث التي تناولت دراسة فاعلية برامج التدخل المبكر. من هذه الدراسات دراسة كاستو وماستروبيري (Casto & Masteropieri, 1986) التي حلل فيها الباحثان أربعاً وسبعين دراسة منشورة في الولايات المتحدة، تستخدم تصاميم تجريبية لقياس فاعلية التدخل المبكر. حاول الباحثان التوصل إلى أنماط إحصائية في قياس حجم اثر التدخل المبكر أي التحسن في أداء

الأطفال الناتج عن التدخل ، الذي تم قياسه بالانحراف المعياري، حيث يكون الانحراف (٥ر) دالا إحصائيا.

وجد الباحثان ان اكثر المتغيرات شيوعا في قياس أثر التدخل المبكر هو الاداء المعرفي الذي يعرف بمعامل الذكاء المقاس باستخدام اختبارات الذكاء المقننة. وأظهرت نتائج التحليل ان الأطفال الملتحقين ببرامج التدخل المبكر يحصلون بمعدل ثمان الى اثنتي عشرة درجة أعلى على هذه الاختبارات من الأطفال في المجموعات الضابطة التي لا تتلقى خدمات تدخل مبكر، وبالتالي فقد ظهر حجم اثر مقداره (٨٥ر) انحراف معياري. وعندما استخدمت متغيرات أخرى في قياس الفاعلية مثل الاختبارات اللغوية والحركية انخفض حجم الأثر إلى (٦٨ر) انحراف معياري. كما أشار الباحثان ان تحليلهما قد اظهر انه كلما كانت الفترة الزمنية للتدخل أطول وطبيعة التدخل مكثفه اكثر كلما كانت الفاعلية اكبر.

وعلى الرغم من النتائج التي أظهرت فروقا جوهرية في قياس حجم أثر التدخل، إلا أن هذه الدراسة قد قدمت تحديا لمعتقدين هامين في مجال التدخل المبكر، الأول بعدم توفر ما يدعم الرأي السائد بأنه كلما كان التدخل مبكرا في عمر الطفل كلما كانت الفاعلية اكبر، والرأي الآخر المتعلق بزيادة الفاعلية مع زيادة درجة اشتراك الأسر بالبرامج، مما أثار ضجة كبيرة. فاننقد الكثيرون هذه الدراسة لاحتوائها مجموعة كبيرة من الأطفال المختلفين بالخصائص، والبرامج التي تستخدم طرق وأساليب متنوعة، وبالتالي أوصوا بتوخي الحذر عند استخلاص النتائج.

قام العديد من الباحثين بأجراء دراسات لاحقة لهذه الدراسة باستخدام أجزاء من البيانات الأصلية التي استخدمها كاستو وماستروبييري. ومن ابرز هذه الدراسات دراسة شنكوف وهاوزركرام (Shonkoff & Hauser-Cram, 1987)، حيث قام الباحثان بتحليل واحد وثلاثين دراسة تمثل

أفضل البيانات المتوفرة والمتعلقة بأثر خدمات التدخل المبكر على الأطفال بموضع الخطر البيولوجي الحاصل أو المحتمل، بشرط أن يكون التحاق الأطفال بالبرامج قبل عمر ستة وثلاثين شهرا. أظهرت البيانات وجود واحد وتسعين متغيرا يمكن أن يحلل، وكمجموعة كان لها حجم اثر مقداره (٦٢) انحراف معياري. مما يعني ان افضل الدراسات المتوفرة عن الأطفال ذوي الإعاقات أو التأخر في التطور تظهر إن أداء هؤلاء الأطفال كان افضل بمعدل (٦٢) انحراف معياري من أداء الأطفال بالمجموعات الضابطة.

وقد أظهرت النتائج أيضا أن التحسن في الأداء المعرفي للأطفال ذوي التأخر في التطور افضل من تحسن الأطفال المعاقين عقليا، مما يعكس اثر شدة الصعوبة في الاستفادة من التدخل المبكر. وأظهرت الدراسة أن اقل تحسن في الأداء المعرفي كان للأطفال في البرامج التي تعنى بالإعاقة الحركية. وأشار الباحثان الى أن هذه النتيجة قد تكون بسبب عدم ملاءمة الطرق التقليدية المستخدمة في اختبارات الأداء العقلي (التي تعتمد بشكل كبير على الأداء الحركي) لفئات الإعاقاة الحركية، او ان الخدمات المقدمة في هذه البرامج ليست شاملة كالخدمات المقدمة في البرامج التي تعنى بمدى أوسع من فئات الإعاقاة.

ظهر أكبر حجم للأثر، وبالتالي افضل نتائج للتدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة والذين تم التحاقهم بالبرامج قبل عمر الستة شهور. بينما بقي حجم الأثر ثابتا عند الأطفال ذوي الإعاقات الأشد مهما كان عمر الطفل عند الالتحاق بالبرنامج. أما فيما يتعلق بدرجة إشراك الأسر في أنشطة البرنامج فقد ظهر حجم اثر قدره (٧) انحراف معياري في البرامج التي يكون فيها إشراك الأسر بشكل مخطط ونشط، مقارنة مع حجم اثر قدره (٣) انحراف معياري في البرامج التي لا يوجد فيها تخطيط لعملية إشراك الأسر. مما يدعم وجود علاقة قوية بين درجة إشراك الأسر وفاعلية البرامج المقدمة للأطفال دون الثالثة من العمر.

ثانيا: الدراسات المتعلقة بتمركز الخدمة حول الأسر

أجرى كل من دنست وجوهانسون وتريفيت وهامبي (Dunst, Johanson, Trivette, & Hamby, 1991) دراسة متعددة الطرق وتحليلا لعدة مصادر للبيانات للتوصل لمعرفة لأي مدى تعتبر الممارسات والأنظمة المتعلقة بالتدخل المبكر متمركزة حول الأسر. قام الباحثون بإعداد إطار تقويم ذو ثلاثة أبعاد هي المبادئ والنماذج والممارسات، في ضوء الأدب ونتائج البحوث المتعلقة بموضوع تمركز الخدمة حول الأسر. استخدم الباحثون هذا الإطار للحكم من خلاله على السياسات والممارسات. البعد الأول بهذا الإطار حدد المبادئ الفلسفية التي هي بدورها حددت نموذج العمل المتبنى في الخدمة والذي تم تصنيفه بأربعة نماذج عمل هي: متمركز حول الأسر (Family centered)، حليف للأسر (Family allied)، مهتم بالأسر (Family focused)، متمركز حول المهنيين (Professional centered). ولكل من هذه النماذج ثلاث ممارسات واضحة تعكس الأداء ضمن هذه النماذج وكونت البعد الثالث في الإطار. تم اعداد استبانة بشكل يناسب الاطار ذو الثلاثة أبعاد وطبق كجزء من مسح وطني لخدمات التدخل المبكر في خمس وعشرين ولاية أمريكية.

أشارت النتائج الى أن السياسات والممارسات على الأغلب تتميز بكونها مهتمة بالأسر (Family focused) مع وجود توجه واضح نحو تبني طابع التمركز حول الأسر (Family centered) ، وكان ذلك على كافة مستويات التحليل. جاءت هذه النتيجة متماشية مع ما يناقشه الأدب المتعلق بخصائص وميزات الخدمة الفعالة والتي يعتبر فيها تمركز الخدمة حول الأسر من أهم الخصائص. كما أظهر تحليل الدراسة وجود تباين ما بين آراء صانعي القرار على مستوى الولاية من جهة وآراء مقدمي الخدمة والمستفيدين من جهة أخرى، وذلك فيما يتعلق بتبني السياسات على

مستوى الولاية المبادئ التي تشجع وتدعم تركز الخدمة حول الأسر، إذ قدر صانعو القرار تبنيهم المبادئ بدرجة أعلى مما اعتقد مقدمو الخدمة والمستفيدين انهم فعلا يتبنونها.

في دراسة أخرى (Bailey, Buysse, Edmondson, & Smith, 1992) تم دراسة آراء العاملين في برامج التدخل المبكر حول ما يعتقدونه يمثل ممارستهم الفعلية للأنشطة المتعلقة بتمركز الخدمة حول الأسر، وما يعتقدونه يمثل الممارسات المثالية. شملت عينة الدراسة ١٨٠ فردا يعملون في برامج التدخل المبكر في أربع ولايات أمريكية. ٧٥% كانوا من مقدمي الخدمة المباشرة (معلمات، معالجات، أخصائيات علم النفس وعلم الاجتماع)، و٢٥% كانوا مدراء للبرامج والمؤسسات. استخدمت الدراسة مقياس تقدير لأربعة أبعاد من مشاركة الأسر هي: - مشاركة الوالدين في القرارات المتعلقة بتقويم الطفل، مشاركة الوالدين في عملية التقويم، مشاركة الوالدين في اجتماعات الفريق وفي اخذ القرارات المتعلقة بالخدمة، و أخيرا مشاركتهم في وضع الأهداف وتقديم الخدمة بالمنزل. وقد طلب من الأفراد تحديد الممارسة الفعلية والممارسة المثالية، وفي حالة وجود تباين بين الاثنتين تحديد المعوقات التي يعتقدون انها السبب في عدم تحقيقهم للممارسات المثالية.

أظهرت النتائج تباينا بدلالة إحصائية فيما بين الممارسات الفعلية والممارسات المثالية وكان ذلك على كافة الأبعاد الأربعة. أما بما يتعلق بالعوائق التي تقف حائلا دون تحقيق الوضع المثالي فقد كانت ٣٣% من الأسباب المقدمة تتعلق بالأسر، ٣٥% تعزي لنظام الخدمة و ١٤% تعزي لقلة المهارة والكفاءة عند العاملين أنفسهم فيما يتعلق بتقديم الخدمة بأسلوب يتركز حول الأسر.

أما دراسة منك وسكوت (Minke & Scott, 1995) فقد هدفت إلى وصف عملية تطوير الخطة الأسرية الفردية التي تعتبر حجر الأساس في تخطيط برامج التدخل المبكر بأسلوب يتركز حول الأسر، والتي يتوقع أن تأخذ فيها الأسرة دوراً نشطاً فيما يتعلق بالتحكم بما تحتويه الخطة وكذلك بالتقويم والتخطيط والتنفيذ للخطة. تم اختيار ثلاثة برامج بشكل قصدي ممن اعتبروا بالمرحلة الأولية في عملية تطبيق الخطة الأسرية الفردية، لم يشترك العاملون بهذه البرامج بأي نوع من التدريب المباشر على العمل بأسلوب تركز الخدمة حول الأسر. اشتملت عينة الدراسة على عشرة اشخاص من الآباء والأمهات، وأربعة مدراء وعشرة مقدمي خدمة مباشرة. واستخدمت الدراسة الطرق النوعية لجمع البيانات، واعتمدت بالشكل الرئيسي على التصوير بالفيديو للقائات المتعلقة بتطوير وكتابة الخطة الأسرية الفردية، وعلى المقابلات المعمقة مع أفراد العينة.

أظهرت الدراسة أهمية عاملين رئيسيين في التأثير على كفاءة سير عملية تطوير الخطة الأسرية الفردية. الأول يتعلق بالعلاقة فيما بين الأخصائيين والمشاركين من الأسر، فكلما كانت العلاقة وطيدة أكثر كلما كانت المشاركة أفضل. عبر أفراد الأسر عن هذه العلاقة بالتحدث عن الاهتمام والدعم المعنوي الذي يشعرون به أو يحصلون عليه من العاملين. العامل الثاني الذي ظهرت أهميته في التأثير على سير العملية هو اتجاهات العاملين. فعلى الرغم من العديد من العبارات الإيجابية التي تظهر الدعم لدور الأسر، إلا أن العاملين ابدوا بعض التحفظات على عملية شراكه مع الأسر. بعضهم عزى ذلك إلى رغبة الأسر في المحافظة على الدور الاعتمادي في الخدمة بدلاً من التوجه نحو تطوير المصادر الذاتية، وآخرون شككوا بقدرات بعض الأسر وعدم امتلاكهم المهارة المطلوبة لعملية الشراكة، أما لقلّة المعرفة أو التوقعات غير الواقعية أو لعدم شعورهم بالراحة من عملية الشراكة ذاتها. يخلص الباحثان إلى القول ان هناك شعور عام لدي العاملين بضعف الثقة بقدرة بعض الأسر على اتخاذ القرارات الصائبة المتعلقة بالأطفال، مما انعكس

أحيانا على تصرفات العاملين بشكل لم يشجع الأسر على اخذ القرارات، وبالتالي لم تجر عملية تطوير الخطة الأسرية الفردية بالشكل المطلوب. هذا ويؤكد الباحثان ان ما توصلا إليه يتماشى مع العديد من البحوث المتعلقة بتمركز الخدمة حول الأسر، وذلك لأن الكثير من العاملين في برامج التدخل المبكر لم يطوروا اتجاهات ومعتقدات من شأنها أن تسهل سيطرة الأسر على عملية اتخاذ القرارات، والتي تسهل بدورها عملية تقديم الخدمة بأسلوب يتمركز حول الأسر.

ثالثاً: الدراسات المتعلقة بتدريب الفريق

في دراسة حول إعداد العاملين لخدمة الأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة وأسره (Bailey, Simeonson, Yoder, & Huntington, 1990) ، هدف الباحثون لتحديد مستوى استعداد الطلبة الخريجين من ثمانية تخصصات جامعية (التربية الخاصة، العلاج الوظيفي، العلاج الفيزيائي، علاج النطق واللغة، الخدمة الاجتماعية، التغذية، التمريض، علم النفس) لتقديم خدمات التدخل المبكر، وذلك من خلال التعرف على عدد ساعات التعلم والتدريب التي يتلقاها الطلبة في مجال الطفولة المبكرة والعمل مع الأسر. جمعت البيانات من خلال مسح تم إجراؤه هاتفياً مع منسقي ٤٤٩ برنامج اختيروا عشوائياً من جامعات مختلفة في الولايات المتحدة. وأظهرت نتائج المسح ان نسبة الساعات التي يتلقاها الطلبة في التعلم والتدريب بمجال الطفولة المبكرة والعمل مع الأسر قليلة جداً مقارنة بساعات التعلم والتدريب التي يتلقاها الطلبة في البرامج ككل. كما أظهرت النتائج تبايناً كبيراً فيما بين التخصصات المختلفة في عدد الساعات التي تغطي المواضيع ذات العلاقة بالطفولة المبكرة والعمل مع الأسر. ومن أبرز التوصيات التي خلصت إليها الدراسة ما يلي:

يلي:

١- أن يحصل جميع الطلبة في التخصصات المعنية على مقدمة في التشريعات والقوانين الخاصة بالطفولة المبكرة والعمل مع الأسر، وعلى معرفة بالخدمات والبرامج المتوفرة في مجتمعاتهم.

٢- أن يحصل الطلبة على حد ادني من العمل الميداني في مجال التدخل المبكر. قد يكون ذلك على شكل زيارات ميدانية أو فترات تدريب عملي طويلة أو قصيرة حسب نوع التخصص.

٣- على البرامج الجامعية أن تتوسع في المحتوى الأسري في التدريس والتدريب تماشياً مع ما يتوقع من أفضل الممارسات المعاصرة. إذ ان المهارات والمعرفة في التعامل مع أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ظهرت ضعيفة في كل التخصصات، علماً بأنه يجب أن تكون من أساسيات المناهج في كافة التخصصات. وقد اقترح أن تستعين الهيئات التدريسية المختلفة ببعضها البعض عبر التخصصات أو تستعين بأخصائيين من الميدان لتغطية الجوانب ذات العلاقة بالأسر، نظراً لقلة أساتذة الجامعات الذين يملكون الخدمة العملية في العمل مع الأسر.

٤- على البرامج أن تحرص على تهيئة الطلبة للعمل ضمن فريق، من خلال تدريس وتدريب الطلبة على مهارات معينة مثل إدارة الحالة ومبادئ وخطوات العمل الجماعي. وان تحرص أيضاً على أن يتعرف الطلبة على عمل التخصصات المختلفة من خلال المساقات والتدريب الميداني المشترك.

أما دراسة بايلي وبالش وسايمنسون (Bailey, Palsha, & Simeonsson, 1991) فقد هدفت

الى التعرف على آراء الأخصائيين العاملين ببرامج التدخل المبكر فيما يتعلق بالنواحي التالية:

- ١- مدى شعورهم بالكفاءة في العمل في ميدان التدخل المبكر وبالتحديد في مجال الطفولة المبكرة والعمل مع الأسر والعمل ضمن فريق.
 - ٢- القيمة التي يلقونها على أدوارهم المتعلقة بخدمة الأسر.
 - ٣- القلق الذي يشعرون به من جراء تغيير طبيعة الخدمة لأسلوب يتمركز حول الأسر.
- استخدم الباحثون ثلاثة مقاييس تقدير ذاتية لدراسة النواحي الثلاث على عينة شملت ١٤٢ أخصائياً يعملون في برامج تدخل مبكر في ولايتين أمريكيتين. وأظهرت نتائج الدراسة ان العاملين يشعرون بدرجة متوسطة من الكفاءة الذاتية في العمل في ميدان التدخل المبكر، وكان تقديرهم لكفاءاتهم في العمل مع الأسر اقل بكثير من تقديرهم لكفاءاتهم في العمل مع الأطفال. وكمجموعة واحدة أظهرت النتائج على انهم يجدون الأدوار المتعلقة بالعمل مع الأسر جزءا هاما من عملهم. كما ظهرت اختلافات واضحة عبر التخصصات فيما يتعلق بكفاءاتهم وبأهمية الأدوار المتعلقة بخدمة الأسر. حيث أن أخصائيي الخدمة الاجتماعية والتمريض أيدوا الأدوار المتعلقة بالأسر وقدروا كفاءاتهم بالتعامل مع الأسر أعلى بكثير من العاملين في التخصصات الطبية المساندة والتربويين. أما السؤال المتعلق بالقلق من جراء عملية تغيير أسلوب الخدمة إلى التمرکز نحو الأسر، فقد كان قلق المشاركين ينصب في شعورهم بعدم امتلاك المهارات الكافية للتغيير المطلوب وكيف سيؤثر التغيير عليهم وعلى الأطفال والأسر، وآلية العمل ضمن الفريق لتطبيق التغيير المطلوب.

رابعاً: الدراسات المتعلقة بمؤشرات الخدمة الفعالة

في هذا الجزء من الدراسات ستقوم الباحثة باستعراض بعض الدراسات التي تناولت التعرف على مؤشرات الخدمة الفعالة أو التعرف على الممارسات المحددة التي تؤشر على فاعلية الخدمة. ثم

سيتم تقديم مشروع قسم الطفولة المبكرة التابع لمجلس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأمريكي الذي جرى في نهاية القرن المنصرم وهدف الى التعرف على مؤشرات الخدمة الفعالة.

في دراسة حول آراء الآباء والعاملين المتعلقة بأفضل الممارسات في التدخل المبكر (Beamish & Bryer, 1999)، هدف الباحثان في المرحلة الأولى من دراستهما الى تطوير قائمة من المؤشرات التي تدل على افضل الممارسات في برامج التدخل المبكر في منطقة كوينزلاند الأسترالية، بحيث تكون هذه المؤشرات نابعة من المعتقدات والآراء المحلية. وفي المرحلة الثانية من الدراسة هدف الباحثان الى التأكد من صدق هذه المؤشرات من وجهة نظر الآباء والعاملين. في المرحلة الأولى تم اختيار عشرة أشخاص يمثلون القطاعات المختلفة من سياسيين وعاملين وآباء و إداريين من ذوي الخبرة والمعرفة العالية بالتدخل المبكر على مستوى الولاية للمشاركة في ورشة عمل تهدف إلى تقديم مجموعة من المعلومات الهامة لترشد القائمين على استخلاص المؤشرات. بعدها تم اختيار تسعة عشر معلما مختصا بالتربية الخاصة المبكرة على مستوى الولاية بناء على معايير محددة في التدريب والخبرة والتزكية من الزملاء في العمل. شارك التسعة عشر معلما في دراسة متعددة المراحل تمت على شكل تعبئة الاستبانة وتقديم الرأي في خمس جولات متتالية، للتوصل لاجماع في الرأي حول المؤشرات التي تمثل افضل الممارسات، وجدولتها حسب أهميتها وإمكانية قياسها وتطبيقها. وفي نهاية هذه المرحلة تم التوصل إلى واحد وثلاثين مؤشرا. وفي المرحلة الثانية استخدم استبانة لجمع المعلومات المتعلقة بدرجة قبول الآباء والعاملين في برامج التدخل المبكر عبر الولاية المؤشرات المقترحة، وكذلك لجمع الآراء حول درجة تطبيق هذه المؤشرات والعوائق التي تحول دون تطبيقها. تكونت أفراد العينة في المرحلة الثانية من الدراسة من ٣٧١ فردا، كان ١٣٧ منهم يمثلون الآباء و ٢٣٤ يمثلون العاملين بالبرامج (٨٨ معلم، ٨٧ معالج، ٥٤ مساعد معلم، ٣ ممرضات).

أظهرت النتائج تأييد الآباء والعاملين لجميع المؤشرات بدرجة عالية. وحصل المؤشر المتعلق بسهولة التقرب من العاملين (Approachability) أعلى قبول كمؤشر لأفضل الممارسات، وحصل مؤشر الكفاءة المهنية على أدنى قبول كمؤشر لأفضل الممارسات. وعلى الرغم من ان جميع المؤشرات حظيت على درجات عالية من القبول الا ان تقبل العاملين للمؤشرات بشكل عام كان أقوى من تقبل الآباء، مما يشير الى ان جميع المؤشرات تعتبر عناصر هامة في تحديد نوعية الخدمة في البرامج. أما فيما يتعلق بتطبيق المؤشرات، فقد أظهر التحليل ان جميعها تطبق بشكل جزئي، ومن المؤشرات التي حصلت على أعلى درجات تطبيق: المؤشرات المتعلقة بتطبيق التعليم والعلاج التأهيلي، سهولة التقرب من العاملين، سياسة الباب المفتوح وعملية تمركز الخدمة حول الأسر. ومن المؤشرات التي حصلت على ادنى درجات تطبيق: ادارة الحالة، التواصل حول احتياجات الخدمة، الكفاءة المهنية، تدريب العاملين والتغذية الراجعة.

يرى الباحثان ان ما توصلوا اليه في هذه الدراسة من درجة عالية في قبول للمؤشرات يصاحبها درجة أقل من تطبيق مؤشرات، هو النمط الغالب الذي توصلت اليه العديد من البحوث المتعلقة بأفضل الممارسات. و أشارا إلى أن العوائق التي قدمت تقع ضمن المفاهيم التالية:-
 ٣٧٩% لقلة الوقت، ٢٧٤% ندرة العاملين بالمجال، ١٢٩% للدعم المتوفر للخدمات،
 ١١٨% لتدريب العاملين و ٨٢% يتعلق بالسياسات العامة.

اما دراسة كامبل وهالبرت (Campbell & Halbert, 2002) فقد هدفت إلى التعرف على آراء العاملين ببرامج التدخل المبكر بشأن ما يرغبون به من تغييرات لتحسين نوعية الخدمة المقدمة. تمثلت العينة من ٢٤١ فردا يعملون في سبع وعشرين مؤسسة تمثل نظام التدخل المبكر في مدينة كبيرة من مدن الولايات المتحدة، منهم من كان يعمل كمنسق للخدمة أو مقدم خدمة مباشرة من

عدة تخصصات تربوية وتأهيلية. استخدمت الدراسة استبانةً احتوى عدة أسئلة مفتوحة لإبداء الرأي حول الطرق التي قد تجعل الخدمات ذات نوعية أفضل. تم تحليل الإجابات بطرق نوعية، حيث توصل ثلاثة مقيمين إلى الإجماع على وجود ست عشرة فئة تلخص ٦١٨ تصريحاً أو رأياً أدلى به المشاركون. ثم جمعت الفئات تحت ست أفكار عامة هي: تحسين بيئة العمل، تقديم خدمات بشكل أكثر، زيادة فرص العمل الجماعي والتعاون، تغيير متطلبات التدريب أثناء الخدمة، العودة إلى نموذج تقديم الخدمة بالمراكز، وزيادة مشاركة الآباء.

ومن أبرز الأفكار التي قدمت فيما يتعلق بتحسين بيئة العمل: تقليل كمية العمل الكتابي المطلوب، زيادة استخدام وسائل التكنولوجيا، زيادة التعويض المالي، وتقليل عدد الحالات التي يخدمها الأخصائي الواحد في برامج التدخل المبكر. وقدم كل من التربويين ومنسقي الخدمة ومنسقي الدعم الأسري (الذين يمثلون أهالي الأطفال بالبرامج) الآراء حول زيادة الخدمة المقدمة للأطفال والأسر، بنسبة أكبر بكثير من أخصائي العلاج الوظيفي والطبيعي ومعالجي النطق واللغة. كما قدم الأخصائيون بشكل عام الذين يملكون أكثر من عشر سنوات خبرة بالعمل في مجال التدخل، ضعف الاقتراحات المتعلقة بزيادة الخدمة من أولئك الذين يملكون أقل من خمس سنوات خبرة. وحول زيادة فرص العمل الجماعي والتعاون، كانت أكبر نسبة مقدمة من الأفراد الذي يملكون أقل من خمس سنوات خبرة، وادني نسبة مقدمة من الأفراد ذو الخبرة التي تزيد عن عشر سنوات. وجاءت معظم هذه التعليقات من مجموعة المعالجين، وعبرت عن رغبتهم بزيادة فرص عمل أخصائيين اثنين أو أكثر سوياً مع الطفل والأسرة، وتحسين التواصل بطرق تتعدى الاجتماعات الرسمية.

اختلفت الآراء المتعلقة بتغيير متطلبات التدريب والتعليم المستمر، بعضها عكس رغبة في تقليل المتطلبات الإلزامية لممارسة العمل، ولكن النسبة الأكبر من الآراء كانت تدور حول إفساح المجال

للأفراد لاختيار التدريب، وتفضيل أنواع معينة من أساليب ومحتوى التدريب عن غيرها. غالبية المشاركين كانوا يقدمون الخدمات بالمنزل لأكثر من ٣ سنوات، إلا أن اقتراحاتهم دعمت العودة إلى الخدمة بالمركز وخصوصاً للأطفال أكبر من سنتين ولخصائص معينة في الأسر مثل وجود الأم التي تعمل خارج المنزل. عبر عن هذا الرأي جميع التخصصات إنما كانت غالبية الاقتراحات من فئة الأفراد بأكثر من عشر سنوات خبرة. وأخيراً فيما يتعلق بزيادة مشاركة الآباء في الخدمة، تنوعت الاقتراحات من ضرورة إشراك الآباء في تدريب رسمي حول تطور الطفل وطرق التنشئة، إلى الرغبة في أن يكون الآباء أكثر مشاركة خلال الزيارات المنزلية، وأن يتحملوا مسؤولية أكبر في التدريب، وأن يقوموا بمتابعة أطفالهم بشكل أفضل. ويعتقد الباحثان أن الآراء المتعلقة بزيادة مشاركة الأسر قد تكون نتيجة الفهم والتطبيق المحدود لأساليب التدخل المتركة حول الأسر، ذلك لأن التعليقات قد عكست رغبة في تغيير الآباء، في حين يجد الباحثان أن هناك حاجة لتحسين ممارسات العاملين التي تشجع إشراك الأسر بشكل أفضل، خصوصاً وأن أكبر نسبة من هذه الآراء جاءت من الأفراد بأقل من خمس سنوات خبرة وذو حجم عمل كبير.

بما أن علاقة التشارك والتعاون فيما بين الأسر والعاملين بالبرامج تعتبر من أبرز مؤشرات الخدمة الفعالة، فقد هدفت دراسة دنيل وهال (Dinnebeil & Hale, 1999) إلى التعرف على الممارسات التي تؤثر على عملية الشراكة بين آباء الأطفال ومنسقي خدمات التدخل المبكر من وجهة نظر كل منهما. حيث قامت هيئة من الخبراء باختيار مئة برنامج عبر الولايات المتحدة لإشراكها بالدراسة، وتم الحصول على موافقة خمسة وستين من مدراء هذه البرامج للمشاركة. ثم قام المدراء بتوزيع استبانة الدراسة على ٢٠% من الأسر ومنسقي الخدمة في برامجهم من خلال عملية اختيار عشوائي للمشاركين، حيث أرسل الاستبانة إلى ١١٣٤ فرداً من الآباء و ٣٣٤ فرداً

من منسقي الخدمة، وكانت نسبة الإجابة وإعادة الاستبانة ٣٥%. احتوى الاستبانة على مجموعة أسئلة بعبارات محددة وأربعة أسئلة غير مقيدة (Open-ended) للتعرف على الممارسات التي تؤثر على عملية التشارك. تم إجراء تحليل نوعي لاجابات الاسئلة غير المقيدة، وذلك من خلال عملية تصنيف للأفكار المطروحة في فئات وتعديل مستمر للفئات في ضوء تحليل مجموعات أكبر من البيانات (Constant Comparative Method)، وكان معامل الثبات في التوافق بين المحللين ٨٧%.

برزت خمس فئات أساسية في التحليل تعبر عن الممارسات التي تؤثر على عملية الشراكة بين الآباء ومنسقي خدمات التدخل المبكر هي:

- ١- فلسفة البرنامج: أشارت الآراء الى ان البرامج التي تتبنى فلسفة الشراكة بشكل جيد، ينعكس ذلك على جوها العام الذي يؤثر على كافة الانشطة.
- ٢- أسلوب تقديم الخدمة: احتوت هذه الفئة على أمور متعددة تتعلق بكيفية إدارة تقديم الخدمات مثل المرونة في جدولة المواعيد حول احتياجات الأسرة، المرونة في تحديد موقع تقديم الخدمة سواء بالمنزل أو المركز أو دور الحضانة وثبات الأخصائيين العاملين مع الحالة الواحدة.
- ٣- إتاحة الفرص للخيارات: بالإضافة إلى تقديم عدة بدائل لموقع الخدمة، أشار المشاركون إلى أن الخيار في استخدام المصادر المختلفة مثل تأمين المواصلات للمركز، توفير المصادر والألعاب التعليمية للأسرة بشكل إعاره، كذلك تقديم الخيار فيما بين العلاج الفردي أو الجماعي ... الخ، جميعها أمور تعمل على تفعيل المشاركة والتعاون في الخدمة.

- ٤- أسلوب عمل الفريق: أشار المشاركون إلى أن تحلي البرامج بروح الفريق ينعكس على الأدوار والعلاقات التشاركية بشكل إيجابي. ويظهر ذلك بطبيعة التواصل الرسمي وغير الرسمي بين الأعضاء، والمشاركة في المصادر والمعلومات والاهتمام بأفكار وآراء الآباء.
- ٥- السياسات والممارسات الإدارية: بالإضافة إلى تأثير فلسفة و مبادئ البرامج، كان هناك العديد من الآراء المتعلقة بالسياسات والممارسات تحديداً، مما أدى إلى ضرورة إعطاء هذه المجموعة فئة خاصة بها. من الممارسات التي ذكرت على أنها تعمل على تقوية عملية التشارك، السماح للعاملين بعمل اجتماعات مع الأسر خارج ساعات الدوام الرسمي، توفير الوقت والدعم المالي للعاملين للالتحاق بأنشطة تطوير مهني وتدريب مستمر، وتعامل الإدارة مع العاملين بثقة واحترام تنعكس إيجابياً على تعاملهم مع الأسر. كما ركز المشاركون على أهمية توظيف واختيار العاملين الذين يظهرون مهارات تواصل جيدة، وسلوكيات تتماشى مع أسلوب تركز الخدمة حول الأسر.

دراسة مجلس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأمريكي:

يعتبر قسم الطفولة المبكرة التابع لمجلس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأمريكي ان إحدى مهماته الرئيسية هي تعريف وتسهيل تطبيق الممارسات الفعالة المتعلقة بدعم الأسر وتشجيع تطور الأطفال. قام قسم الطفولة المبكرة بالمجلس بتطبيق مشروع واسع النطاق للتعرف على الممارسات الفعالة (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003)، أدار المشروع أربعة من أشهر الباحثين بالمجال وثلاثة مستشارين في أساليب وطرق البحث. كما ضم فريق العمل ثلاثة عشر باحثاً وواحد وسبعين محللاً وأكثر من مئة مشارك في المجموعات البؤرية. شارك بهذا العمل الهام مجموعة من أكبر الباحثين بميدان التدخل المبكر مثل (Stayton, Miller, Dunst,

(...Bruder, Synder, Odom, Smith, Trivetle, Salisbury) وتم التعرف على الممارسات الفعالة من خلال أربع مجموعات بؤرية شملت: العاملين، الأسر، الإداريين، خبراء علميين (من مدربي كوادر وباحثين بالمجال). كما جرى بحث مطول للدراسات المنشورة في ثمان وأربعين مجلة علمية من تخصصات مختلفة منذ عام ١٩٩٠، وكان عددها (٢٢ ر ١) دراسة. ثم تم الربط بين ما توصلت إليه المجموعات البؤرية من ممارسات فعالة وما توصلت إليه مراجعة الأدب. وقدمت النتائج إلى الخبراء رؤساء البحث للمصادقة، وتوصلوا إلى ٢٤٠ ممارسة فعالة عبر سبعة مجالات. أخيرا جرى التصديق الميداني للممارسات من خلال تقسيم الممارسات على استبانتيين وتطبيقهما على ٨٠٠ شخص اختيروا عشوائيا من ثلاث مجموعات: اسر من قائمة أعضاء قسم الطفولة المبكرة، عاملون بالمجال من قائمة أعضاء قسم الطفولة المبكرة، أفراد في مواقع إدارية في برامج تدخل مبكر أو أعضاء في هيئات تدريس تعليم عال في مجال التربية الخاصة المبكرة. وقد حصلت جميع الممارسات على المعيار المطلوب لإبقائها ضمن لائحة الممارسات الفعالة، وبالتالي تمت مصادقة الممارسات ميدانيا. وستقوم الباحثة بتقديم عرض ملخص للممارسات الفعالة التي خلص إليها هذا المشروع الكبير من خلال المجالات التالية: تقييم الأطفال، التدخل مع الأطفال، التدخل مع الأسر، عمل الفريق، استخدام التكنولوجيا، السياسات والإجراءات، وإعداد فريق العمل.

أ- الممارسات الفعالة في تقييم الأطفال:

- ١- استخدام مقاييس وأساليب متنوعة.
- ٢- استخدام التقييمات المناسبة تطوريا لسلوكيات واهتمامات الأطفال.
- ٣- استخدام التقييمات التي تكون ذات فائدة في تخطيط عملية التدخل.
- ٤- تقييم أداء الأطفال بشكل دوري واستخدام نتائج التقييم لتعديل الخطط الفردية.

ب- الممارسات الفعالة في التدخل مع الأطفال:

- ١- قيام الفريق بصياغة خطة فردية أسرية لكل طفل
- ٢- الاستعانة بجدول أو مناهج نمائية وتربوية أثناء تطوير الخطط الفردية للأطفال.
- ٣- تحديد أهداف التدخل على شكل سلوكيات محددة للطفل.
- ٤- تفريد عملية التعلم لتناسب الاحتياجات التعليمية الخاصة بكل طفل.
- ٥- تعدد الأساليب والطرق التعليمية لتناسب الحاجات المختلفة للأطفال.
- ٦- التدريب والتعليم في المواقف الطبيعية وخلال الأنشطة الحياتية.
- ٧- ترتيب البيئة التعليمية بحيث تضمن أكبر فرص للتعلم.
- ٨- تنظيم البيئة الاجتماعية بشكل يحفز على التفاعل النشط والتعلم.
- ٩- استخدام إجراءات المنهج السلوكي بشكل منظم وثابت.
- ١٠- تخطيط وتنفيذ الأنشطة التعليمية خلال كافة مراحل التعلم.
- ١١- التخطيط والتحضير للمراحل الانتقالية في حياة الأطفال.
- ١٢- تهيئة الأطفال للالتحاق بالمدارس في اقل البيئات تقييدا.

ج- الممارسات الفعالة في التدخل مع الأسر:

- ١- مراعاة الخصائص الثقافية والاجتماعية الخاصة بكل أسرة .
- ٢- إشراك الأسرة كعضو من أعضاء الفريق في كافة مراحل تقديم الخدمة.
- ٣- تطبيق العاملين لسلوكيات تعكس علاقة التشارك مع الأسر.
- ٤- تزويد الأسر بالمعلومات عن حالة أطفالهم والخدمات المتوفرة لخدمتهم.
- ٥- مساعدة الأسر بتحليل وتفسير المعلومات المتعلقة بحالة الطفل وتوفير الخدمات.
- ٦- تنفيذ أنشطة محددة لرفع كفاءة الأسر في التفاعل مع الأطفال بشكل يدعم تطور الأطفال.

٧- تقديم الدعم النفسي للأسر وتسهيل عملية حصولهم على الدعم.

د- الممارسات الفعالة في عمل الفريق:

- ١- وجود فريق متعدد التخصصات يتمتع بمدى واسع من المعرفة والمهارة المهنية.
- ٢- تقديم الخدمات بشكل متكامل بحيث تجمع وتولف أهداف كافة أعضاء الفريق في خطة عمل واحدة.

٣- قيام أعضاء الفريق بتعليم بعضهم البعض بأساليب رسمية وغير رسمية.

٤- استخدام أسلوب عمل عبر التخصصات مع الأطفال دون الثلاث سنوات.

هـ- الممارسات الفعالة في استخدام التكنولوجيا:

١- الاستفادة من تكنولوجيا الأجهزة المساعدة لتحسين أداء الأطفال ذوي الإعاقات.

٢- الاستعانة بالشبكات المعلوماتية للحصول على المعلومات والدراسات الحديثة.

٣- استخدام البرامج التربوية الحاسوبية كأداة مساعدة في تعليم الأطفال.

و- الممارسات الفعالة في السياسات والإجراءات:

١- مشاركة الأسر وأعضاء المجتمع المحلي والعاملين بالبرامج في عملية تطوير السياسات الوطنية والمحلية.

٢- البدء بتقديم الخدمات في أبكر عمر ممكن للأطفال.

٣- تبني النظريات السلوكية والتطورية والوظيفية والبيئية في تحديد ممارسات التدخل.

٤- تبني نموذج تمركز الخدمة حول الأسر كفلسفة وأسلوب عمل.

٥- تقديم الخدمات في البيئات الطبيعية للأطفال قدر المستطاع.

٦- التوجه نحو العمل الجماعي كأسلوب عمل الفريق من خلال نماذج عبر التخصصات وبين التخصصات.

٧- تفعيل التعاون والشراكة بين كافة القطاعات والبرامج المجتمعية المعنية بخدمات التدخل المبكر في المجتمع.

٨- المرونة في اختيار نموذج الخدمة أو اتخاذ القرارات المتعلقة بمتغيرات الخدمة بشكل يناسب حاجات الأسر والأطفال.

٩- اختيار الأفراد في المواقع القيادية بحيث يملكون الخبرة في الطفولة المبكرة والأشراف

١٠- وضع أنظمة تتعلق بتطوير إجراءات البرنامج بحيث تعكس ما يستجد من ممارسات فعالة.

ز- الممارسات الفعالة في إعداد الفريق:

مرحلة قبل الخدمة:

١- التدريب والتعليم الكافي في مجال الطفولة المبكرة.

٢- التدريب والتعليم الكافي في مجال العمل الأسري.

٣- التدريب على أسلوب العمل الفريقي.

٤- تنظيم أنشطة التعليم والتقويم بأسلوب يتيح المجال لتعلم مهارات النقاش والحوار.

٥- المشاركة بتجارب ميدانية بأسلوب منظم وتحت إشراف.

مرحلة الخدمة:

٦- تقديم أنشطة تدريب وتطوير للعاملين بشكل منظم ومتواصل.

٧- تخطيط أنشطة التدريب بمشاركة العاملين لتعمل على تلبية حاجاتهم.

٨- التنوع في أسلوب تقديم الأنشطة التدريبية.

٩- ربط التدريب بأمر تحفز العاملين على المشاركة.

إن المراجعة السابقة للدراسات قد ألفت الضوء على نواحي مختلفة من موضوع الدراسة الحالية، ألا وهو اقتراح نموذج متكامل لخدمات التدخل المبكر في الأردن وخصوصاً فيما يتعلق بعناصر فلسفة البرامج وإعداد الفريق العامل. كما إن مراجعة الدراسات المتعلقة بمؤشرات الخدمة الفعالة بما فيها دراسة مجلس الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة الأمريكي قد ساعد الباحثة في اشتقاق المعايير لتقويم البرامج العاملة وتحديد الممارسات الفعالة في النموذج المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن. كذلك فإن مراجعة نظم تقديم خدمات تدخل المبكر عبر الدول المختلفة قد ألفت الضوء على الأساليب المتنوعة التي تقبل عليها الدول المختلفة لتبئية متطلبات التدخل المبكر في السياق البيئي والثقافي لكل بلد، مما ساهم في الإستفادة من تجارب الدول المختلفة أثناء تطوير النموذج.

تعمل الدراسة الحالية على تقويم البرامج العاملة استناداً للمؤشرات الفعالة التي تقدمها الدراسات السابقة، بينما تختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في كونها تقدم نموذجاً خاصاً لتطوير خدمات التدخل المبكر بما يتماشى مع نتائج التقويم والحاجات والإمكانيات المتوفرة في الأردن. بالتالي، فإن هذه الدراسة تعتمد اعتماداً كلياً على اتباع أدلة الدراسات السابقة في تقويم البرامج والتخطيط للنموذج المقترح، في حين تتميز بأنها تقدم نموذجاً متكاملًا من حيث هيكل التنظيم الإداري وعمليات وعناصر نموذج التدخل المبكر المناسب للسياق الذي يعيشه الأردن.

الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفا لمنهجية الدراسة ومجتمع الدراسة والعينة وأدوات الدراسة، كما يتناول شرح إجراءات الدراسة وطريقة معالجة البيانات الكمية والنوعية المتعلقة بالإجابة عن أسئلة تقويم البرنامجين.

منهجية البحث

تصنف هذه الدراسة من حيث طريقة إجرائها على أنها بحث وصفي يهدف إلى وصف تقويم الأسر والعاملين لبرنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر، ووصف النموذج المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن. ومن حيث الغايات تعتبر هذه الدراسة بحث تقويمي يهدف إلى تقويم العمليات في البرنامجين من وجهة نظر الأسر المستفيدة والعاملين، كما أنها بحث لغايات التطوير، فالهدف الرئيسي للأبحاث التي تجري لغايات التطوير هو الخروج بنواتج فعالة تستخدم لتلبي حاجات محددة ووفق مواصفات مفصلة (عدس، ١٩٩٩)، وهذا ما يهدف اليه الجزء الأخير من الدراسة المتعلق بتقديم نموذج لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن. أما من حيث طريقة جمع وتحليل البيانات المتعلقة بتقويم البرنامجين فان هذه الدراسة تجمع ما بين أسلوبي البحث الكمي والنوعي. فالعديد من الباحثين يعتقدون ان طرق البحث النوعي والكمي يمكن أن يستخدموا معا لزيادة مصداقية النتائج، فيتطرقون إلى جمع البيانات المتعلقة بمشكلة واحدة من خلال عدة طرق، ويطلق على هذه العملية مصطلح التشعب (Triangulation). وأحيانا يلجأ الباحثون الى الجمع بين طرق البحث النوعي والكمي لجمع البيانات المتعلقة بأكثر من مشكلة واحدة في الدراسة، فلا يكون الهدف هنا زيادة المصداقية انما للبحث في عدة نواحٍ من الظاهرة، وتسمى هذه العملية الجمع بين الطرق (Mixing Methods). ويكون ذلك إما بأسلوب متداخل

(Nested) أو متسلسل (Sequential) أو موازٍ (Parallel) . في الأسلوب المتداخل يستخدم الباحث طريقة رئيسية محددة مثل المشاهدة ثم يضيف استراتيجيات أخرى مثل الاستبانة لإلقاء الضوء على قضية معينة ظهرت أثناء جمع أو تحليل البيانات. وفي الأسلوب المتسلسل يستخدم الباحث طريقة معينة كخطوة أولى وعلى أساسها يطور استراتيجيات أخرى لإضفاء معلومات أكثر على حقائق معينة، فقد يبدأ الباحث مثلاً بجمع المعلومات بأسلوب كمي ثم يطور استراتيجيات نوعية لإضفاء المشاعر والآراء التي لم تستكشف بعمق. أما في الأسلوب الموازي فيستخدم الباحث الطريقة الكمية والنوعية في آن واحد، مع إعطاء ذات القدر من الأهمية للجانبين (Holloway & Wheeler, 2002) . وفي هذه الدراسة تم الجمع بين طرق البحث الكمي والنوعي بالأسلوب الموازي وذلك للتعرف على تقويم العاملين والأسر للبرنامج من عدة جوانب.

مجتمع الدراسة والعينة

يشمل مجتمع الدراسة مجتمع الأسر الذي يضم جميع الأسر المستفيدة من خدمات برنامج بورتيج الذي يقدم من خلال اثنتي عشرة جمعية عبر مناطق المملكة، والأسر المستفيدة من برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر، ومجتمع العاملين الذي يضم جميع العاملين في البرنامج من مقدمي خدمة مباشرة وغير مباشرة للأطفال والأسر، سواء كانوا من الجهاز الفني أو الإداري بالبرنامج. وقد تم اختيار عينة قصدية من الأسر وفق المعايير التالية: أن يكون المشارك احد الأفراد الرئيسيين الذين يقومون برعاية الطفل بالمنزل (الأم، الأب، العم، الجدة أو الأخت الكبيرة)، أن يكون عمر الطفل اقل من ست سنوات، وان تكون الأسرة قد بدأت بتلقي الخدمة قبل أربعة شهور على الأقل. وقد وضعت هذه المواصفات لضمان توفر المعلومات المطلوبة لدى الأفراد. طلب من العاملين بالبرامج أن يحاولوا الحصول على موافقة اكبر عدد من الأسر التي تبدي استعدادا للمشاركة بعد أن يشرح لهم أهمية وهدف الدراسة. وبالتالي تمثلت عينة الأسر المتاحة من اثنتين

وعشرين أسرة من برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر، واثنين وعشرين أسرة من برنامج بورتيج ممن يتلقون الخدمة من الجمعيات التالية: جمعية الأهالي وأصدقاء المعوقين، جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية، جمعية البنيات للتربية الخاصة، جمعية مؤتة للتربية الخاصة، جمعية البتراء الخيرية. بما أن الجمعيات الثلاث الأولى تتواجد في عمان، فقد ارتأت الباحثة أن تشمل العينة بعض الأفراد من مناطق خارج عمان، وبالتالي تم اختيار جمعيتي مؤتة والبتراء لتمكن الباحثة من زيارتهما عن طريق معهد الملكة زين التتموي. وكان العدد الإجمالي لعينة الأسر ٤٤ فردا.

لقد كان معدل عمر المشاركين من الأسر ثلاثة وثلاثين عاما، وكانت صلة القرابة للأطفال كالآتي: جدة واحدة، أخت واحدة، أربعة آباء، وثمان وثلاثون أم. تسعة من المشاركين (من بينهم الأربعة آباء) يعملون خارج المنزل، وخمس وثلاثون مشاركة يعملن كربات منزل. أما من حيث التحصيل العلمي لأفراد عينة الأسر، فقد كان هناك ثمانية أفراد (أي بمعدل ١٨% من مجموع العينة) تحصيلهم أعلى من السابع الابتدائي ودون الثانوية العامة، واحد وعشرون فردا (أي بمعدل ٤٨% من مجموع العينة) من الحاصلين على شهادة الثانوية العامة، وتسعة أفراد (أي بمعدل ٢٠% من مجموع العينة) من الحاصلين على شهادات دبلوم من كليات مجتمع، وستة أفراد (أي بمعدل ١٤% من مجموع العينة) من الحاصلين على شهادات جامعية.

أما عينة العاملين فقد تم اختيارهم بشكل قصدي أيضاً بحيث تألفت عينة العاملين المتاحة من كافة أعضاء مجتمع العاملين في برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر وعددهم ستة أفراد (خمسة مقدمي خدمة مباشرة والمديرة التنفيذية لجمعية الحسين لذوي التحديات الحركية)، وعشرين فردا من العاملين ببرامج بورتيج (ثمان عشرة عاملة ومديرتين).

كان معدل عمر المشاركين من العاملين واحد وثلاثين عاما، بينما كان معدل سنوات الخبرة في العمل بالبرنامج، خمس سنوات. أما من حيث التحصيل العلمي لأفراد عينة العاملين، فقد كان هناك تسعة أفراد (أي بمعدل ٣٥% من مجموع العينة) من الحاصلين على شهادة الثانوية العامة بالإضافة إلى تدريب على تطبيق برنامج بورتيج، وسبعة أفراد (أي بمعدل ٢٧% من مجموع العينة) من الحاصلين على شهادات دبلوم من كليات مجتمع، مثل دبلوم خدمة إجتماعية أو تربية طفل أو تربية خاصة بالإضافة إلى تدريب على تطبيق برنامج بورتيج، وعشر أفراد (أي بمعدل ٣٨% من مجموع العينة) من الحاصلين على شهادات جامعية، مثل بكالوريوس تربية خاصة أو علاج طبيعي أو علاج وظيفي. ستة أفراد من مجموعة الجامعيين يمثلون عينة برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر، والباقي يعملون في برنامج بورتيج وقد حصلوا أيضا على التدريب الخاص ببرنامج بورتيج.

ويبين الجدول رقم (١) توزيع أفراد العينة تبعا للبرنامج (بورتيج أو جمعية الحسين للتدخل المبكر) ونوع العينة (أسر أو عاملين) التي ينتسبون إليها.

الجدول (١)

توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا للبرنامج ونوع العينة التي ينتسبون إليها

نوع العينة		نوع البرنامج
أسر	عاملين	
		بورتيج
٥	٣	جمعية أهالي وأصدقاء المعوقين
٦	٢	جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية
٥	٢	جمعية البنات للتربية الخاصة
٣	٦	جمعية مؤتة للتربية الخاصة

٣	٧	جمعية البتراء الخيرية
٢٢	٢٠	مجموع عينة بورتيج
٢٢	٦	مجموع عينة جمعية الحسين للتدخل المبكر
٤٤	٢٦	المجموع الكلي للعينة

أدوات الدراسة

تم إعداد أداتين لأغراض هذه الدراسة هما : استبانة تقويم العاملين للخدمة، واستبانة تقويم الأسر للخدمة.

١- استبانة تقويم العاملين للخدمة

تم تطوير الاستبانة استناداً إلى الأدب التربوي المتصل بالموضوع، وقد استرشدت الباحثة في عملية البناء بشكل رئيسي بدليل تقويم البرامج المقدم من قبل قسم الطفولة المبكرة التابع لمجلس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأمريكي (Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandal, 2001). وقد اعد هذا الدليل بناء على نتائج مشروع قسم الطفولة المبكرة المتعلق بالتعرف على الممارسات الفعالة في مجال التدخل المبكر (Sandall, Mclean, & Smith, 2000)، والذي تطرقت له الباحثة في الفصل الثاني من هذه الدراسة. وقد قسم هذا الدليل مجالات التقويم إلى خمسة مجالات تتعلق بالخدمات المباشرة وهي: نموذج العمل الفريقي، الممارسات المرتكزة حول الأسر، عملية التقويم، الممارسات الموجهة نحو الطفل واستعمال التكنولوجيا، ومجالين غير مباشرين هما: السياسات والإجراءات وإعداد كوادر العمل. كما استرشدت الباحثة في عملية بناء الاستبانة بمقياس لتقويم خدمات التدخل المبكر (Early Intervention Services Assessment Scale (EISAS))، الذي يتكون من أداة تقويم ذاتي معدة للعاملين (Program Quality Self-Assessment Instrument) واستبانة للأسر. ويغطي المقياس المجالات

التالية: التقييم، التخطيط لعملية التدخل، تقديم خدمات التدخل، التخطيط للمراحل الانتقالية، والإدارة (Aytch, Castro, & Selz-Campbell, 2004).

بناء الاستبانة

تم إعداد الاستبانة بحيث تكون من قسمين، الأول اعتمد على فقرات ذات إجابات مغلقة بحيث يختار المشارك الجواب الذي يعتقد مناسباً لتلك الفقرة، والقسم الثاني اعتمد الأسئلة المفتوحة التي تترك للفرد حرية الاستجابة بما يعتقد مناسباً.

وبما أن الغاية من القسم الأول للاستبانة هي تقييم عمليات البرنامج فقد تم اعداده بناء على محاور عناصر البرامج، والتي تمثلت بالعناصر التالية: فلسفة البرنامج، الأهداف، المكان والأدوات، فريق العمل، الأنشطة والإجراءات، التقييم والمتابعة. وأضيف محور أخير يتعلق بقدرة البرامج على تلبية حاجات المجتمع للتعرف على مدى رضا العاملين عن الخدمات التي تقدم.

الصورة الأولى لاستبانة العاملين احتوت على (٦١) فقرة موزعة على السبعة محاور التي تم ذكرها وتعلقت بتقييم عمليات البرنامج. والقسم الثاني من الاستبانة احتوى على ثلاثة أسئلة مفتوحة للتعرف على نقاط القوة والضعف في البرنامج من وجهة نظر العاملين في البرنامجين.

أما بخصوص تعليمات الإجابة على القسم الأول من الاستبانة، فقد طلب من المشاركين إبداء رأيهم حول مدى تطابق كل فقرة من الفقرات الواردة مع الوضع الحالي في برنامجهم، وذلك وفق سلم ليكرت خماسي القيم وعلى النحو التالي:

صفر = لا ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي.

١ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة قليلة.

٢ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة متوسطة.

٣ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة عالية.

٤ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة عالية جدا.

وطلب من المشاركين الإجابة على الأسئلة المفتوحة بالشكل الذي يرونه مناسباً مع محاولة إعطاء أكبر قدر ممكن من التفاصيل.

التأكد من صدق الاستبانة

للتأكد من صلاحية الاستبانة في قياس الغرض الذي أعد من أجله، استخدمت الباحثة أسلوب عرضه على نخبة من المحكمين لإبداء الرأي حول صدق المحتوى. وتم عرض الاستبانة على ثمانية محكمين من الأساتذة الجامعيين في مجال التربية الخاصة وعلم النفس والإرشاد، وطلب منهم إبداء الرأي حول صلاحية وملاءمة الفقرات للمحاور الخاصة بها وحول وضوحها لغويًا وتقديم أية ملاحظات قد يرونها مناسبة. وقد كانت نتيجة التحكيم كالتالي: تم استبعاد خمس فقرات من استبانة العاملين اعتماداً على نسبة إجماع قدرها ٨٧% بين المحكمين (سبعة من ثمانية محكمين) لإبقاء الفقرة، وتم تقسيم خمس فقرات إلى أكثر من فقرة. كما تم إعادة الصياغة اللغوية لبعض الفقرات على الاستبانة. أما القسم المتعلق بالأسئلة المفتوحة فقد كان الإجماع على إبقائها كما هي.

التجريب الأولي للاستبانة

تم إجراء تجريب أولي للاستبانة وذلك للوقوف على نقاط الضعف في محتواها أو في طريقة تنفيذها، علماً بأنه لغرض هذه الدراسة كان موقف تعبئة الاستبانة يشبه إلى حد كبير موقف المقابلة، حيث كانت الباحثة تشرح هدف الدراسة لكل مشارك وتقرأ فقرات الاستبانة معه وذلك لتقديم التوضيح للفقرات التي قد تبدو غامضة لبعض المشاركين. وكانت نتيجة التجريب الأولي تقليل عدد الأسئلة المفتوحة من ثلاثة أسئلة إلى سؤالين. وقد تم عمل ذلك لضمان المحافظة على تركيز وتعاون المشاركين نظراً لطول الفترة الزمنية التي استغرقتها تعبئة الاستبانة وكانت بمعدل خمس وأربعين

دقيقة، علماً بأن السؤال الذي تم حذفه هو السؤال المتعلق بتقديم المقترحات لحل المشاكل، حيث لم تقدم أجوبة المشاركين عليه أية معلومات إضافية لغايات الدراسة عما قدمته إجابات المشاركين عن السؤال الذي تعلق بالصعوبات والمشاكل التي تواجهه. بالتالي، تم حذف السؤال المتعلق بتقديم المقترحات لحل المشاكل، وإبقاء السؤال المتعلق بالصعوبات والمشاكل التي تواجهه والسؤال المتعلق بتحديد نقاط القوة للبرنامج. عدا ذلك لم يكن هناك أية أمور تحتاج تعديلات إضافية.

الصورة النهائية للاستبانة

القسم الأول للصورة النهائية لاستبانة تقييم العاملين للخدمة احتوى على (٦٤) فقرة مقسمة على المحاور كالتالي: فلسفة البرنامج (خمس فقرات)، أهداف البرنامج (عشرة فقرات)، المكان والأدوات (ست فقرات)، إعداد الفريق (ثمان فقرات)، الأنشطة والإجراءات (ست وعشرون فقرة)، التقييم والمتابعة (خمس فقرات)، وقدرة البرنامج على تلبية الحاجات (أربع فقرات). والقسم الثاني احتوى على سؤالين مفتوحين الأول يتعلق بالتعرف على نقاط القوة في البرنامج والثاني يتعلق بالتعرف على نقاط الضعف في البرنامج. ويظهر الاستبانة بالملحق رقم (٢).

من الجدير بالذكر ان الاستبانة أعد لتغطية برامج التدخل المبكر بغض النظر عن نموذج الخدمة المستخدم من حيث مكان تقديم الخدمات (بالمنزل أو المركز). بالتالي فقد كانت هناك بعض الفقرات في القسم الأول تنطبق على برنامج دون الآخر. لذا طلب من المشاركين العاملين في برنامج بورتيج الإجابة على (٦١) فقرة من اصل (٦٤)، والمشاركين العاملين في برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر الإجابة على (٦٣) فقرة من اصل (٦٤). وكان مجموع الفقرات المشتركة التي تم الإجابة عليها بين البرنامجين (٦٠) فقرة من اصل (٦٤) فقرة.

ثبات الاستبانة

تم التحقق من ثبات استبانة تقويم العاملين للخدمة عن طريق حساب معامل الاتساق الداخلي بطريقة التجزئة النصفية، حيث قسمت فقرات الاستبانة إلى قسمين، تمثل الأول والفقرات الزوجية وتمثل الثانية الفقرات الفردية، واحتسب معامل الترابط بين تقويم الأفراد للفقرات الفردية وتقويمهم للفقرات الزوجية. واستخرج معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان براون، وكانت قيمته (٠,٨٦) (ن=٢٦).

٢- استبانة تقويم الأسر للخدمة

تم تطوير الاستبانة استناداً إلى الأدب التربوي المتصل بالموضوع، وقد استرشدت الباحثة في عملية البناء بشكل رئيسي بدليل تقويم البرامج المقدم من قبل قسم الطفولة المبكرة التابع لمجلس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأمريكي (Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandal, 2001)، الذي اعد بناء على نتائج مشروع قسم الطفولة المبكرة المتعلق بالتعرف على الممارسات الفعالة في مجال التدخل المبكر (Sandall, Mclean, & Smith, 2000). كما استرشدت الباحثة بمقياس لتقويم خدمات التدخل المبكر (EISAS) ، (Aytch, Castro, & Selz- , 2004). Campbell, 2004).

بناء الاستبانة

تم إعداد الاستبانة بحيث تكون من قسمين، الأول اعتمد على فقرات ذات إجابات مغلقة بحيث يختار المشارك الجواب الذي يعتقد مناسباً لتلك الفقرة، والقسم الثاني اعتمد بعض الأسئلة المفتوحة التي تترك للفرد حرية الاستجابة بما يعتقد مناسباً. تم إعداد القسم الأول للاستبانة بناء على محاور عناصر البرامج، والتي تمثلت بالعناصر التالية: فلسفة البرنامج، الأهداف، المكان والأدوات، فريق العمل، الأنشطة والإجراءات، التقويم والمتابعة. وأضيف محور أخير يتعلق بقدرة البرامج على تلبية حاجات المجتمع للتعرف على مدى رضا الأسر عن الخدمات التي تقدم. احتوت

الصورة الأولى لاستبانة الأسر على (٤٢) فقرة موزعة على السبعة المحاور وتعلقت بتقويم عمليات البرنامج. والقسم الثاني من الاستبانة احتوى على ثلاثة أسئلة مفتوحة للتعرف على نقاط القوة والضعف في البرنامجين من وجهة نظر الأسر المستفيدة من الخدمة.

أما بخصوص تعليمات الإجابة على القسم الأول من الاستبانة، فقد طلب من المشاركين إبداء رأيهم حول مدى تطابق كل فقرة من الفقرات الواردة مع الوضع الحالي في برنامجهم، وذلك وفق سلم ليكرت خماسي القيم وعلى النحو التالي:

صفر = لا ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي.

١ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة قليلة.

٢ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة متوسطة.

٣ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة عالية.

٤ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة عالية جدا.

وطلب من المشاركين الإجابة على الأسئلة المفتوحة بالشكل الذي يروونه مناسباً مع محاولة إعطاء أكبر قدر ممكن من التفاصيل.

التأكد من صدق الاستبانة

للتأكد من صلاحية الاستبانة في قياس الغرض الذي أعد من أجله، تم عرضه على ثمانية محكمين من الأساتذة الجامعيين في مجال التربية الخاصة وعلم النفس والإرشاد، وطلب من المحكمين إبداء الرأي حول صلاحية وملاءمة الفقرات للمحاور الخاصة بها وحول وضوحها لغويا وتقديم أية ملاحظات قد يرونها مناسبة. وقد كانت نتيجة التحكيم كالتالي: تم استبعاد ثلاث فقرات من الاستبانة اعتماداً على نسبة إجماع قدرها ٨٧% بين المحكمين (سبعة من ثمانية محكمين)

لإبقاء الفقرة، وتم تقسيم خمس فقرات إلى عدة فقرات، وإعادة الصياغة اللغوية لبعض الفقرات. أما القسم المتعلق بالأسئلة المفتوحة فقد كان الإجماع على إبقائها كما هي.

التجريب الأولي للاستبانة

تم إجراء تجريب أولي للاستبانة، وكانت النتيجة تقليل عدد الأسئلة المفتوحة من ثلاثة أسئلة إلى سؤالين، لضمان المحافظة على تركيز وتعاون المشاركين نظرا لطول الفترة الزمنية التي استغرقتها تعبئة الاستبانة. وقد تم حذف السؤال المتعلق بتقديم المقترحات لحل المشاكل، حيث لم تقدم أجوبة المشاركين عليه أية معلومات إضافية لغايات الدراسة عما قدمته إجابات المشاركين عن السؤال الذي تعلق بالصعوبات والمشاكل التي تواجهه. بالتالي حذف السؤال المتعلق بتقديم المقترحات لحل المشاكل، وتم إبقاء السؤال المتعلق بالصعوبات والمشاكل التي تواجه الأسرة والسؤال المتعلق بتحديد نقاط القوة للبرنامج.

الصورة النهائية للاستبانة

القسم الأول للصورة النهائية لاستبانة تقويم الأسر للخدمة احتوى على (٤٦) فقرة مقسمة على المحاور كالتالي: فلسفة البرنامج (أربع فقرات)، أهداف البرنامج (عشرة فقرات)، المكان والأدوات (ثلاث فقرات)، العاملين (خمس فقرات)، الأنشطة والإجراءات (سبع عشرة فقرة)، التقويم والمتابعة (ثلاث فقرات)، والقدرة على تلبية الحاجات (أربع فقرات). والقسم الثاني احتوى على سؤالين مفتوحين الأول يتعلق بالتعرف على نقاط القوة في البرنامج والثاني يتعلق بالتعرف على نقاط الضعف في البرنامج. ويظهر الاستبانة بالملحق رقم (١).

بعض الفقرات في القسم الأول كانت تنطبق على برنامج دون الآخر تبعا لمكان تقديم الخدمة، لذا طلب من المشاركين من الأسر في برنامج بورتيج الإجابة على (٤٢) فقرة، والمشاركين من الأسر في برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر على الإجابة على (٤٥) فقرة. وكان مجموع الفقرات

المشتركة التي تم الإجابة عليها بين البرنامجين (٤٢) فقرة من أصل (٤٦) فقرة. وقد كان هناك تشابه كبير في محتوى الفقرات بين استبانة الأسر واستبانة العاملين على جميع المحاور باستثناء محور العاملين. فقد احتوى استبانة العاملين في هذا المحور فقرات تتعلق بالإعداد المهني قبل الخدمة وأنشطة التطوير أثناء الخدمة، أما استبانة الأسر فقد احتوى محور العاملين فيه على فقرات تتعلق برأي الأسر بكفاءة ومهارة العاملين والتزامهم بالعمل.

ثبات الاستبانة

تم التحقق من ثبات استبانة تقييم الأسر للخدمة عن طريق حساب معامل الاتساق الداخلي بطريقة التجزئة النصفية، حيث قسمت فقرات الاستبانة إلى قسمين، تمثل الأول بالفقرات الزوجية وتمثل الثانية الفقرات الفردية، واحتسب معامل الترابط بين تقييم الأفراد للفقرات الفردية وتقييمهم للفقرات الزوجية. واستخرج معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان براون، وكانت قيمته (٠,٨٧) (ن=٤٤).

إجراءات الدراسة

١- إجراء البحث الأدبي ومراجعة الدراسات والمقاييس المتعلقة بتقويم عمليات برامج التدخل المبكر، وذلك للتعرف على الممارسات الفعالة والتي في ضوءها تم إعداد استبانة تقويم العاملين للخدمة واستبانة تقويم الأسر للخدمة.

٢- المراجعة التحليلية لأنظمة تقديم خدمات التدخل المبكر في برامج مختلفة عبر اثنتي عشرة دولة من خلال منشورات الجمعية العالمية للتدخل المبكر، وذلك لتكوين نظرة أكثر موضوعية ومعرفة قبل اقتراح النموذج لتطوير الخدمات في الأردن.

٣- إعداد الاستبانة: وشملت هذه الخطوة الإعداد الأولى والتحقق من صدق المحتوى وإجراء التجريب الأولي، وأخيرا إعداد الصورة النهائية للاستبانة.

٤- تطبيق الاستبانة: قامت الباحثة شخصيا بإجراء مقابلات فردية مع كل مشارك من الأسر والعاملين لضمان تعاون المشاركين ولتوضيح اي غموض في الأسئلة، وحرصا على الحصول على إجابات صادقة ودقيقة. جرت هذه المقابلات الفردية مع الأسر إما في جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية او من خلال الزيارات المنزلية للأسر المستفيدة من برنامج بورتيج، والتي جرى التنسيق المسبق لها من خلال الزائرات المدربات. وقد استغرقت فترة المقابلة حوالي خمس وأربعين دقيقة. وجرت مقابلات العاملين في مواقع عملهم وبشكل فردي، باستثناء المقابلات التي جرت مع العاملين في جمعية البتراء الخيرية وجمعية مؤته للتربية الخاصة. فنظرا لطول مسافة السفر للالتقاء بأسر وعاملي برنامج بورتيج في كل من الكرك والبتراء اضطرت الباحثة إلى إجراء مقابلات العاملين في كل جمعية بشكل جماعي، بحيث قرأت فقرات الاستبانة وتوضحت لهم بشكل جماعي وطلب من كل مشارك إبداء رأيه الخاص منطلقا من تجربته الشخصية دون التأثير بما قد يجري من نقاشات وتعليقات جانبية أثناء تعبئة الاستبانة.

٥- تحليل نتائج الاستبانة للإجابة عن أسئلة الدراسة المتعلقة بتقويم عمليات البرنامجين من وجهة نظر الأسر والعاملين.

٦- إعداد النموذج المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات الفعالة ونتائج تقويم البرامج العاملة حاليا، واسترشادا بما تلجأ إليه الدول المختلفة من طرق لمواجهة القضايا المشتركة في تقديم الخدمات.

معالجة البيانات المتعلقة بالاستبانة

استخدمت أساليب إحصائية وصفية لتحليل نتائج القسم الأول من الاستبانة المتعلقة بالبيانات الكمية، واستخدمت أساليب التحليل النوعي لتحليل نتائج القسم الثاني المتعلق بالبيانات النوعية. فيما يتعلق بالتحليل الكمي فقد تم إجراء العمليات التالية لاستبانة الأسر والعاملين كل على حده:

أ- احتسب الوسط الحسابي لكل فقرة = مجموع العلامات التي وضعها المشاركون لكل فقرة (من صفر إلى ٤) / عدد الأفراد المشاركين.

ب- باستخدام التحويل الخطي على الوسط الحسابي تم تحويل الوسط الحسابي الى وزن مئوي وذلك بإجراء الآتي:

$$\text{الوزن المئوي للفقرة} = \text{الوسط الحسابي للفقرة} \times \frac{1}{4} \times 100\%$$

حيث تمثل (٤) أعلى علامة ممكن أن يضعها المشاركون على الفقرة وفق سلم ليكرت.

ج- استخلص الوزن المئوي للمحاور لكل برنامج على حده ولل فقرات المشتركة بين البرنامجين.

وفيما يتعلق بالتحليل النوعي فقد جرى وفق أسس تحليل الخطاب (Discourse analysis) الذي يطبق على تحليل الحديث الشفوي او الخطاب الكتابي وذلك من خلال أساليب المقابلة أو الوثائق المكتوبة التي تعبر عن تجارب وآراء المشاركين. وكانت الخطوة الأولى هي عملية الترميز (Coding) التي تم خلالها اقتطاع كلمات من جمل المشاركين بحيث تلخص وتعكس المعنى المطلوب، ثم جمعت هذه الترميزات في فئات أو موضوعات متشابهة (Categorization)، وأخيرا نظمت هذه الموضوعات لتخرج بتصنيفات تعكس الأفكار (Organization into themes) او ترتبط بمفهوم واحد (Major Construct) (Holloway & Wheeler, 2002).

ان المعايير المستخدمة لضمان مصداقية البحث النوعي تختلف عن البحث الكمي. يطلق على الصدق في البحث النوعي مصطلح (Trustworthiness) أي الاعتمادية أو الوثوق، ويعكس مصداقية الوصف الذي يقدمه المشاركون ومصداقية النتائج التي يقدمها الباحث (Holloway & Wheeler, 2002). لقد اختيرت طريقة تعبئة الاستبانة التي كانت تشبه موقف المقابلة على هذا الشكل لضمان الحصول على معلومات صادقة ودقيقة من المشاركين. اما من حيث مصداقية

النتائج فقد لجأت الباحثة الى اسلوب مراجعة المسار (Audit trail)، الذي يكون بمثابة الملف المفصل لعملية البحث وأسلوب التحليل بحيث يوضح كيف ولماذا تم التوصل للنتائج (Holloway & Wheeler, 2002).

كما استخدمت الباحثة أسلوب (Peer review) المراجعة من قبل الزملاء. اذ استعانت بزميلة أثناء عملية تحليل المعلومات بحيث تم التوصل إلى الفئات (Categorization) والمفاهيم (Major themes & Construct) باتفاق المحللين سويا. وأخيرا دقت ونوقشت عملية التحليل مع الأستاذ المشرف من خلال مراجعة المسار.

محددات الدراسة

١- استراتيجية التقييم الذاتي: لقد اعتمدت عملية تقييم البرامج على استراتيجية التقييم الذاتي من خلال الاستبانات، وهذه استراتيجية لها محددتها، ذلك ان الآراء غالبا ما تكون معتمدة على الأدوار والمسؤوليات والتجارب الشخصية للأفراد.

٢- شمولية أداة التقييم: في محاولة أن يكون التقييم شاملا قدر المستطاع وان يغطي كافة المجالات التي تعكس عمليات البرنامج، كان لا بد من إعداد استبانات تقييم طويلة. فمن الممكن ان طول الاستبانات وكثافة المعلومات الواردة فيها قد حددت من دافعية وتركيز المشاركين أثناء الاستجابة.

٣- قدرة المستجيبين على إدراك المفاهيم: تبين اثناء عملية الاستجابة على الاستبانات ان هناك مفاهيم مدرجة في فقرات الاستبانات تعكس ممارسات فعالة في الميدان، الا ان بعض المشاركين من أسر أو عاملين غير مدركين لأهميتها، ومن الممكن ان تكون قد أثرت على صدق استجاباتهم. ومثل الأمثلة على هذه المفاهيم أهمية مشاركة الأسر في عملية تقييم الأطفال، أهمية مشاركة الأسر في وضع الخطط الفردية الأسرية وعملية التوثيق ... الخ.

٤- ترابط عملية التدخل مع عمليتي الكشف والتشخيص: لقد كان موضوع الدراسة عملية التدخل المبكر تحديداً، وهذا ما ركزت عليه الباحثة في مراجعة الأدب وتقويم البرامج التي تعمل على تقديم خدمات التدخل المبكر. إلا أن ترابط هذه العملية مع عمليتي الكشف والتشخيص المبكر، وحرص الباحثة على تقديم نموذج متكامل وشامل، أدى إلى ضرورة ظهور عمليتي الكشف والتشخيص في النموذج المقترح لتطوير الخدمات، على الرغم من أنه لم يتم التطرق لهما بشكل مفصل في الأجزاء السابقة من الدراسة.

الفصل الرابع : نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الى بناء نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن في ضوء

الممارسات العالمية ونتائج تقييم البرامج العاملة حالياً. وتمثلت أسئلة الدراسة بالآتي:

- ١ - ما تقييم الأسر لبرنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر في عناصرهما المختلفة؟
- ٢ - ما تقييم العاملين لبرنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر في عناصرهما المختلفة؟
- ٣- ما نقاط القوة في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر العاملين والأسر المستفيدة؟

- ٤- ما نقاط الضعف في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر العاملين والأسر المستفيدة؟

٥- ما هي مواصفات النموذج المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول وهو: ما تقييم الأسر لبرنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر في عناصرهما المختلفة؟ تم اجراء الآتي:

أجاب المشاركون من برنامج بورتيج عن اثنتين وأربعين فقرة تنطبق على نموذج الخدمة في المنزل، وأجاب المشاركون من برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر عن خمس وأربعين فقرة تنطبق على نموذج الخدمة داخل المركز، وكان مجموع الفقرات المشتركة التي أجاب عليها المشاركون بالبرنامجين إحدى وأربعين فقرة. وقد تم التوصل الى الوزن المئوي لمحاو الاستبانة كالآتي:

أ- احتسب الوسط الحسابي لكل فقرة = مجموع العلامات التي وضعها المشاركون لكل فقرة (من صفر إلى ٤) / عدد الأفراد المشاركين.

ب- باستخدام التحويل الخطي على الوسط الحسابي تم تحويل الوسط الحسابي الى وزن مؤوي وذلك بإجراء الآتي:

$$\text{الوزن المؤوي للفقرة} = \text{الوسط الحسابي للفقرة} \times \frac{1}{4} \times 100\%$$

حيث تمثل (٤) أعلى علامة ممكن أن يضعها المشاركون على الفقرة وفق سلم ليكرت.

ج- استخلص الوزن المؤوي للمحور لكل برنامج على حده ولل فقرات المشتركة بين البرنامجين وذلك بإجراء الآتي:

الوزن المؤوي للمحور = مجموع الوزن المؤوي للفقرات في المحور الواحد ÷ عدد الفقرات في المحور .

فعلى سبيل المثال، احتوى المحور الأول على استبانة تقييم الأسر للخدمة المتعلق بفلسفة البرنامج على أربع فقرات تنطبق جميعها على الخدمة داخل المركز (برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر)، بينما تنطبق ثلاث منها على الخدمة داخل المنزل (برنامج بورتيج)، وتم إجراء الآتي:

أ) تم جمع العلامات التي وضعها المشاركون لكل فقرة. وقد كان مجموع العلامات كما هو موضح بالجدول رقم (٢):

الجدول (٢)

مجموع علامات الفقرات على محور الفلسفة لاستبانة تقييم الأسر للخدمة

البرنامج	الفقرة
جمعية الحسين للتدخل المبكر	بورتيج
٦٠	٦٥
٥٩	---
	١:١
	٢:١

٢١	١٩	٣:١
٦٢	٦٠	٤:١

(ب) احتسب الوسط الحسابي لكل فقرة = مجموع العلامات / عدد الأفراد المشاركين.

$$\text{الوسط الحسابي لفقرة ١:١ لبرنامج بورتيج} = 22 / 60 = 2,95$$

$$\text{الوسط الحسابي لفقرة ١:١ لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر} = 22 / 60 = 2,7$$

(ج) احتسب الوزن المئوي للفقرة = الوسط الحسابي للفقرة $\times \frac{4}{1} \times 100\%$

$$\text{الوزن المئوي لفقرة ١:١ لبرنامج بورتيج} = 2,95 \times \frac{4}{1} \times 100\% = 73,9\%$$

$$\text{الوزن المئوي لفقرة ١:١ لبرنامج جمعية الحسين} = 2,7 \times \frac{4}{1} \times 100\% = 67,5\%$$

$$\text{الوزن المئوي لفقرة ١:١ للبرنامجين} = 2 \div (73,9\% + 67,5\%) = 71\%$$

(د) ثم احتسبت معدلات الوزن المئوي للمحاور =

مجموع الوزن المئوي لل فقرات في المحور الواحد \div عدد فقرات المحور

$$\text{فكان معدل محور الفلسفة لبرنامج بورتيج} = 3 \div (73,9\% + 22\% + 74\%) = 55\%$$

ومعدل محور الفلسفة لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر =

$$68\% + 67\% + 24\% + 70\% = 57\%$$

$$\text{ومعدل المحور لل فقرات المشتركة بين البرنامجين} = 3 \div (69\% + 23\% + 71\%) = 54\%$$

ويوضح الجدول رقم (٣) الوزن المئوي لل فقرات على استبانة تقويم الأسر للخدمة لكل من برنامج

بورتيج وبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر وكذلك لل فقرات المشتركة بين البرنامجين.

جدول (٣)

الوزن المنوي لفقرات استبانة تقويم الأسر للخدمة

البرنامج			الفقرة
الفقرات المشتركة بين البرنامجين	جمعية الحسين للتدخل المبكر	بورتيج	
%٧١	%٦٨	%٧٤	١:١
—	%٦٧	—	٢:١
%٢٣	%٢٤	%٢٢	٣:١
%٦٩	%٧٠	%٦٨	٤:١
%٥٤	%٥٧	%٥٥	معدل محور الفلسفة
%٦١	%٦٦	%٥٦	١:٢
%٤٩	%٥٥	%٤٤	٢:٢
%٥٩	%٦٤	%٥٥	٣:٢
%٧٦	%٧٤	%٧٨	٤:٢
%٧٠	%٦٧	%٧٣	٥:٢
%٦٠	%٦٦	%٥٣	٦:٢
%٧٠	%٦١	%٧٨	٧:٢
%٦٣	%٥٨	%٦٨	٨:٢
%٢٥	%٢٨	%٢٢	٩:٢
%٢٥	%٢٥	%٢٥	١٠:٢
%٥٦	%٥٦	%٥٥	معدل محور الأهداف
—	%٧٥	—	١:٣
%٦٩	%٨٤	%٥٥	٢:٣
%٥٦	%٧٦	%٣٦	٣:٣
%٦٣	%٧٨	%٤٥	معدل محور المكان والأدوات
%٧٦	%٧٦	%٧٦	١:٤
%٧٥	%٧٤	%٧٦	٢:٤
%٧٢	%٦٧	%٧٦	٣:٤
%٧٦	%٧٧	%٧٥	٤:٤
—	%٨٠	—	٥:٤
%٧٥	%٧٥	%٧٦	معدل محور العاملين
%٥٥	%٤٤	%٦٦	١:٥
—	—	%٨٣	٢:٥
%٣٨	%٤٧	%٢٨	٣:٥
%٦٧	%٦٧	%٦٧	٤:٥

—	%٣٥	%٦١	٥:٥
—	%٦٩	—	٦:٥
%٤٧	%٤٨	%٤٦	٧:٥
%٢٥	%٢٣	%٢٧	٨:٥
%٤٤	%٤١	%٤٧	٩:٥
%٦٥	%٦٤	%٦٦	١٠:٥
%٥٧	%٥٨	%٥٧	١١:٥
%٥٢	%٥٠	%٥٣	١٢:٥
%٢٤	%٣٠	%١٨	١٣:٥
%١٣	%١٣	%١٣	١٤:٥
%٣٢	%٤٧	%١٧	١٥:٥
%١٠	%١٣	%٧	١٦:٥
%٤٦	%٤٧	%٤٥	١٧:٥
%٤١	%٤٣	%٤٤	معدل محور الأنشطة والاجراءات
%٦٣	%٥٥	%٧٠	١:٦
%٦٢	%٥٥	%٦٩	٢:٦
%٣١	%٢٦	%٣٦	٣:٦
%٥٢	%٤٥	%٥٩	معدل محور التقويم والمتابعة
%١٤	%١١	%١٧	١:٧
%٣٨	%٢٨	%٤٨	٢:٧
%٦١	%٦٤	%٥٩	٣:٧
%٤٣	%٤٥	%٤١	٤:٧
%٣٩	%٣٧	%٤١	معدل محور تلبية الحاجات

بينما يوضح الجدول رقم (٤) الوزن المئوي للمحاور السبعة لاستبانة تقويم الأسر للخدمة لكل

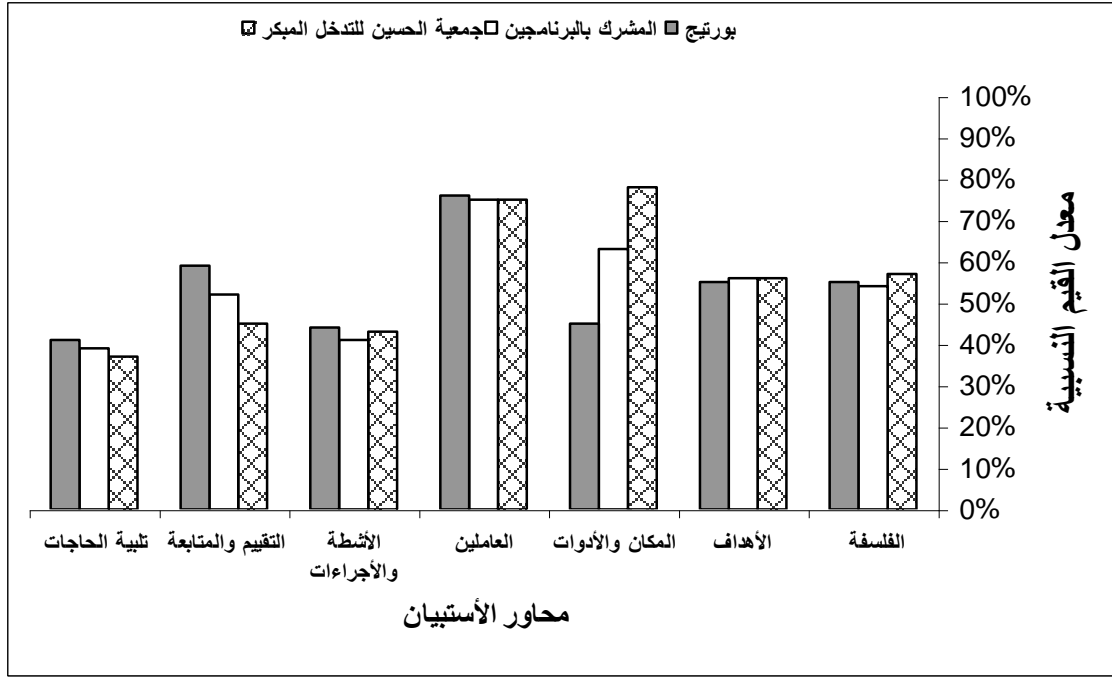
من برنامج بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر والفقرات المشتركة بين البرنامجين.

الجدول (٤)

الوزن المئوي لمحاور استبانة تقييم الأسر للخدمة

البرنامج			محاور الاستبانة
الفقرات المشتركة بين البرنامجين	جمعية الحسين للتدخل المبكر	بورتيج	
%٥٤	%٥٧	%٥٥	الفلسفة
%٥٦	%٥٦	%٥٥	الأهداف
%٦٣	%٧٨	%٤٥	المكان والأدوات
%٧٥	%٧٥	%٧٦	العاملين
%٤١	%٤٣	%٤٤	الأنشطة والإجراءات
%٥٢	%٤٥	%٥٩	التقويم والمتابعة
%٣٩	%٣٧	%٤١	تلبية الحاجات

في حين يبين الشكل رقم (١) الوزن المئوي للمحاور السبعة التي تمثل عناصر البرنامج لكل من برنامج بورتيج وبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر وللقرات المشتركة.



الشكل (1): الوزن المئوي لمحاور الجزء الأول من استبانة تقويم الأسر للخدمة

لقد طلب من المشاركين الاستجابة عن فقرات الاستبانة مستخدمين مقياس ليكرت خماسي القيم بحيث أعطيت الأرقام الدلالات التالية: (صفر) - لا ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي أبدا. (1) - ينطبق الوصف على الوضع الحالي بدرجة قليلة. (2) - ينطبق الوصف على الوضع الحالي بدرجة متوسطة. (3) - ينطبق الوصف على الوضع الحالي بدرجة عالية. (4) - ينطبق الوصف على الوضع الحالي بدرجة عالية جدا. بالتالي يكون للوزن المئوي الدلالات التالية:

$$\text{صفر} \times \frac{1}{4} \times 100\% = \text{صفر} - \text{لا ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي أبدا.}$$

$$1 \times \frac{1}{4} \times 100\% = 25\% - \text{ينطبق الوصف على الوضع الحالي بدرجة قليلة.}$$

$$2 \times \frac{1}{4} \times 100\% = 50\% - \text{ينطبق الوصف على الوضع الحالي بدرجة متوسطة.}$$

٣ × ٤/١ × ١٠٠% = ٧٥% - ينطبق الوصف على الوضع الحالي بدرجة عالية.

٤ × ٤/١ × ١٠٠% = ١٠٠% - ينطبق الوصف على الوضع الحالي بدرجة عالية جدا.

اعتبر التقويم ٥٠% هو المتوسط الافتراضي، واحتسب الحد الأدنى والحد الأعلى للتقويم بدرجة متوسطة وذلك بإجراء الآتي للمحاور، لكل من برنامج بورتيج وبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر وللفقرات المشتركة بين البرنامجين:

الحد الأدنى للتقويم المتوسط = المتوسط الافتراضي - (معامل الاعتمادية × الخطأ المعياري للمحور)

الحد الأعلى للتقويم المتوسط = المتوسط الافتراضي + (معامل الاعتمادية × الخطأ المعياري للمحور)

وذلك باعتبار معامل الاعتمادية هو قيمة ت الجدولية عند درجة ثقة ٩٥%.

بالتالي فإن التقويم الأعلى من المتوسط يعتبر مؤشرا جيدا وتطبيقا متماشيا مع الممارسات الفعالة بالميدان، في حين التقويم المتوسط وما دون يعتبر مؤشرا على حاجة البرامج الى تحسين الأداء فيما يتعلق بالممارسات المعنية بالتقويم. ويبين الجدول رقم (٥) الحد الأدنى والأعلى للتقويم بدرجة متوسطة لمحاور استبانة الأسر.

الجدول (٥)

الحد الأدنى والأعلى للتقويم بدرجة متوسطة لمحاور استبانة الأسر

البرنامج	محاور
----------	-------

الفقرات المشتركة بين البرنامجين			جمعية الحسين للتدخل المبكر			بورتيج			الاستبانة
نتيجة التقييم	الوزن المئوي	فترة التقييم المتوسط	نتيجة التقييم	الوزن المئوي	فترة التقييم المتوسط	نتيجة التقييم	الوزن المئوي	فترة التقييم المتوسط	
أعلى من المتوسط	٥٤%	٤٧%- ٥٣%	أعلى من المتوسط	٥٧%	٤٥%- ٥٥%	متوسط	٥٥%	٤٥%- ٥٥%	الفلسفة
أعلى من المتوسط	٥٦%	٤٧%- ٥٣%	أعلى من المتوسط	٥٦%	٤٥%- ٥٥%	متوسط	٥٥%	٤٥%- ٥٥%	الأهداف
أعلى من المتوسط	٦٣%	٤٤%- ٥٦%	أعلى من المتوسط	٧٨%	٤٤%- ٥٦%	متوسط	٤٥%	٤٤%- ٥٦%	المكان والأدوات
أعلى من المتوسط	٧٥%	٤٧%- ٥٣%	أعلى من المتوسط	٧٥%	٤٥%- ٥٥%	أعلى من المتوسط	٧٦%	٤٥%- ٥٥%	العاملين
أدنى من المتوسط	٤١%	٤٧%- ٥٣%	أدنى من المتوسط	٤٣%	٤٥%- ٥٥%	أدنى من المتوسط	٤٤%	٤٥%- ٥٥%	الأنشطة والإجراءات
متوسط	٥٢%	٤٥%- ٥٥%	متوسط	٤٥%	٤٢%- ٥٨%	أعلى من المتوسط	٥٩%	٤٣%- ٥٧%	التقويم والمتابعة
أدنى من المتوسط	٣٩%	٤٧%- ٥٣%	أدنى من المتوسط	٣٧%	٤٦%- ٥٤%	أدنى من المتوسط	٤١%	٤٤%- ٥٦%	تلبية الحاجات

تظهر النتائج ان الوزن المئوي لمحور الفلسفة لبرنامج بورتيج كان ٥٥% وفي حدود فترة التقييم المتوسط، أما لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر فكان ٥٧% وللقرات المشتركة بالبرنامجين

كان ٥٤%، مما عكس تطبيقاً أعلى من المتوسط فيما يتعلق بالفلسفة التي تتماشى مع الممارسات الفعالة في الميدان.

أما بالنسبة لأهداف البرنامج فقد كان الوزن المئوي كآلاتي: بورتيج ٥٥%، جمعية الحسين للتدخل المبكر ٥٦%، والمشارك ٥٦%. وهذه النتائج تعكس تطبيقاً في حدود المتوسط لبرنامج بورتيج وتطبيقاً أعلى من المتوسط فيما يتعلق بالأهداف التي تتماشى مع الممارسات الفعالة في الميدان لجمعية الحسين للتدخل المبكر والفرقات المشتركة بين البرنامجين.

ظهر تباين كبير بين البرنامجين فيما يتعلق بمحور المكان والأدوات. فكان الوزن المئوي لبرنامج بورتيج ٤٥% ولبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر ٧٨%، مما عكس تطبيقاً بدرجة متوسطة لبرنامج بورتيج وتطبيقاً أعلى من المتوسط لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر. وهذا يشير إلى رضا الأسر عن توفر الأدوات والشروط الملائمة للمكان في برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر، يقابله رضا أقل عن الأدوات المتوفرة عند أسر برنامج بورتيج.

وفيما يتعلق بمحور العاملين، كان الوزن المئوي لبرنامج بورتيج ٧٦% ولبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر ٧٥%، والفرقات المشتركة ٧٥%. وعكس ذلك تطبيقاً أعلى من المتوسط وبدل على رضا الأسر عن كفاءة ومعرفة والتزام العاملين في البرنامجين.

كانت نتائج البرنامجين على محور الأنشطة والإجراءات مقاربة، حيث كان الوزن المئوي لبورتيج ٤٤% ولجمعية الحسين للتدخل المبكر ٤٣%، والفرقات المشتركة ٤١%، وعكس ذلك تطبيقاً أدنى من المتوسط للممارسات الفعالة بهذا المجال. وقد جاء الوزن المئوي للفرقات المشتركة التي تمثل الأنشطة المتعلقة بتمركز الخدمة حول الأسر وهي الففرات (من ٧ إلى ١٦) بمقدار ٣٦ر٩% وتراوحت فترة التقويم المتوسط لهذه الففرات بين (٤٦%-٥٤%)، بينما الوزن المئوي للفرقات المشتركة التي تمثل الأنشطة المتعلقة بخدمة الأطفال وهي الففرات (١٧، ١٥، ١٤، ١٣) كانت ٥١%

وتراوحت فترة التقييم المتوسط لهذه الفقرات بين (٤٥%-٥٤%). وعكس ذلك تطبيقاً بدرجة أدنى من المتوسط للممارسات المتعلقة بخدمة الأسر، وتطبيقاً متوسطاً للممارسات المتعلقة بخدمة الأطفال.

حصل محور التقييم والمتابعة لبرنامج بورتيج على وزن مؤوي قدره ٥٩% وحصل برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر على وزن مؤوي قدره ٤٥%، وكانت جميع الفقرات مشتركة بين البرنامجين ومعدلها ٥٢%. ان تطبيق هذا الجانب من قبل برنامج بورتيج كان أعلى من المتوسط، في حين تطبيقه من قبل برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر كان بدرجة متوسطة.

أما بخصوص المحور الأخير المتعلق بتلبية الحاجات ورضا الأسر عن الخدمة المقدمة، فقد حصل برنامج بورتيج على وزن مؤوي قدره ٤١% وبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر على ٣٧% وكانت جميع الفقرات مشتركة ومعدلها ٣٩%، مما يدل على تطبيق أدنى من المتوسط لهذا المحور. وقد ظهر ان رضا الأسر عن الخدمات المقدمة للأطفال في البرنامجين أعلى من رضاهم عن الخدمات المقدمة للأسر، فقد حصلت الفقرة (٣:٧) المتعلقة برضا الأسر عن الخدمات المقدمة للأطفال على وزن مؤوي قدره ٦١% وتراوحت فترة التقييم المتوسط لهذه الفقرة بين (٤٣%-٥٧%) مما عكس تقويماً أعلى من المتوسط، بينما حصلت الفقرة (٤:٧) المتعلقة برضاهم عن الخدمات المقدمة للأسر على وزن مؤوي قدره ٤٣% وتراوحت فترة التقييم المتوسط لهذه الفقرة بين (٤٤%-٥٦%) مما عكس تقويماً أدنى من المتوسط.

للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني وهو: ما تقويم العاملين لبرنامج بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر في عناصرهما المختلفة؟ تم اجراء الآتي:

أجاب المشاركون من برنامج بورتيج عن إحدى وستين فقرة تنطبق على نموذج الخدمة في المنزل، والمشاركون من برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر عن ثلاث وستين فقرة تنطبق على نموذج الخدمة في المركز، وكان مجموع الفقرات المشتركة التي اجاب عليها المشاركون بالبرنامجين ستين فقرة.

احتسب الوزن المئوي للفقرات على الجزء الأول من استبانة تقويم العاملين للخدمة لكل من برنامج بورتيج وبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر تماما كما تم اجراؤه على استبانة تقويم الأسر للخدمة. اختلفت فقط طريقة احتساب الوزن المئوي للفقرات المشتركة بين البرنامجين، كون عدد أفراد عينة العاملين لبرنامج بورتيج كان عشرون فردا وعدد أفراد عينة العاملين لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر كان كافة أفراد المجتمع المتوفر، وعددهم ستة أفراد فقط. بالتالي استخراج الوسط الحسابي الموزون لكل فقرة مشتركة بإجراء الآتي:

$$\frac{\text{الوزن المئوي للفقرة المشتركة} = ((\text{الوزن المئوي للفقرة لبرنامج بورتيج} \times \text{عدد افراد عينة بورتيج}) + (\text{الوزن المئوي للفقرة لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر} \times \text{عدد افراد عينة جمعية الحسين}))}{(\text{عدد افراد عينة بورتيج} + \text{عدد افراد عينة جمعية الحسين})}$$

ويبين الجدول رقم (٦) النتائج المفصلة على شكل أوزان مئوية لفقرات استبانة تقويم العاملين للخدمة لكل من برنامج بورتيج وبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر وللفقرات المشتركة بين البرنامجين.

الجدول (٦)

الوزن المثوي لفقرات استبانة تقويم العاملين للخدمة

البرنامج			الفقرة
الفقرات المشتركة بين البرنامجين	جمعية الحسين للتدخل المبكر	بورتيج	
%٨٢	%٩٢	%٧٩	١:١
%٧٣	%٧٩	%٧١	٢:١
%٣٢	%٣٣	%٣١	٣:١
%٧٠	%٧٥	%٦٩	٤:١
%٨٤	%٧١	%٨٨	٥:١
%٦٨	%٧٠	%٦٨	معدل محور الفلسفة
%٦٧	%٧٩	%٦٤	١:٢
%٤٠	%٢٥	%٤٥	٢:٢
%٦٨	%٧٩	%٦٥	٣:٢
%٧٠	%٧٩	%٦٨	٤:٢
%٧٩	%٧٥	%٨٠	٥:٢
%٦١	%٧٥	%٥٦	٦:٢
%٧٧	%٨٨	%٧٤	٧:٢
%٨٠	%٨٣	%٧٩	٨:٢
%٤٨	%٤٢	%٥٠	٩:٢
%٥٧	%٥٠	%٥٩	١٠:٢
%٦٥	%٦٨	%٦٤	معدل محور الأهداف
—	%٩٢	—	١:٣
%٥٥	%٩٢	%٤٤	٢:٣
%٢٧	%٧٥	%١٣	٣:٣
%٦٧	%٣٣	%٧٨	٤:٣
%٥٩	%٢٩	%٦٨	٥:٣
%٢٥	%٥٤	%١٦	٦:٣
%٤٧	%٦٣	%٤٤	معدل محور المكان والأدوات
%٥٤	%٥٤	%٥٤	١:٤
%٥١	%٤٢	%٥٤	٢:٤
%١٦	%٣٣	%١١	٣:٤
%٣٢	%٢٩	%٣٣	٤:٤
%٢٠	%٢٥	%١٩	٥:٤
%٢١	%٣٨	%١٦	٦:٤
%٢١	%٤٦	%١٤	٧:٤

%٩	%١٧	%٦	٨:٤
%٢٨	%٣٥	%٢٦	معدل محور اعداد الفريق
—	%٧٩	—	١:٥
%٤٢	%٥٤	%٣٩	٢:٥
—	—	%٨٦	٣:٥
%٥٦	%٦٧	%٥٣	٤:٥
%٦١	%٤٦	%٦٥	٥:٥
%٤٣	%٦٣	%٣٨	٦:٥
%٣٨	%٥٤	%٣٤	٧:٥
%٧٣	%٧٥	%٧٣	٨:٥
%٥٨	%٤٦	%٦١	٩:٥
%٦٨	%٦٧	%٦٩	١٠:٥
%٥٨	%٦٣	%٥٦	١١:٥
—	%٧١	—	١٢:٥
%٩	%٢٥	%٤	١٣:٥
%٦٤	%٥٠	%٦٩	١٤:٥
%٢٣	%٢٥	%٢٣	١٥:٥
%٥٦	%٥٨	%٥٥	١٦:٥
%٧٣	%٦٧	%٧٥	١٧:٥
%٧٦	%٧٥	%٧٦	١٨:٥
%٦٥	%٨٣	%٦٠	١٩:٥
%٣٢	%٤٦	%٢٨	٢٠:٥
%٢٦	%٣٣	%٢٤	٢١:٥
%٣٥	%٦٧	%٢٥	٢٢:٥
%٢٠	%٢٥	%١٩	٢٣:٥
%٦٣	%٦٣	%٦٣	٢٤:٥
%٥٧	%٧١	%٥٣	٢٥:٥
%١٨	%٢٩	%١٥	٢٦:٥
%٤٨	%٥٦	%٤٨	معدل محور الأنشطة والإجراءات
%٦٢	%٥٤	%٦٤	١:٦
<%٦٨	%٦٧	%٦٩	٢:٦
%٧٠	%٧١	%٧٠	٣:٦
%٧٣	%٥٨	%٧٨	٤:٦
%٢٤	%٣٣	%٢١	٥:٦
%٥٩	%٥٧	%٦٠	معدل محور التقويم والمتابعة
%١٧	%٢١	%١٦	١:٧
%٣٨	%٤٢	%٣٨	٢:٧
%٥٥	%٥٤	%٥٥	٣:٧
%٥٠	%٤٦	%٥١	٤:٧
%٤٠	%٤١	%٤٠	معدل محور تلبية الحاجات

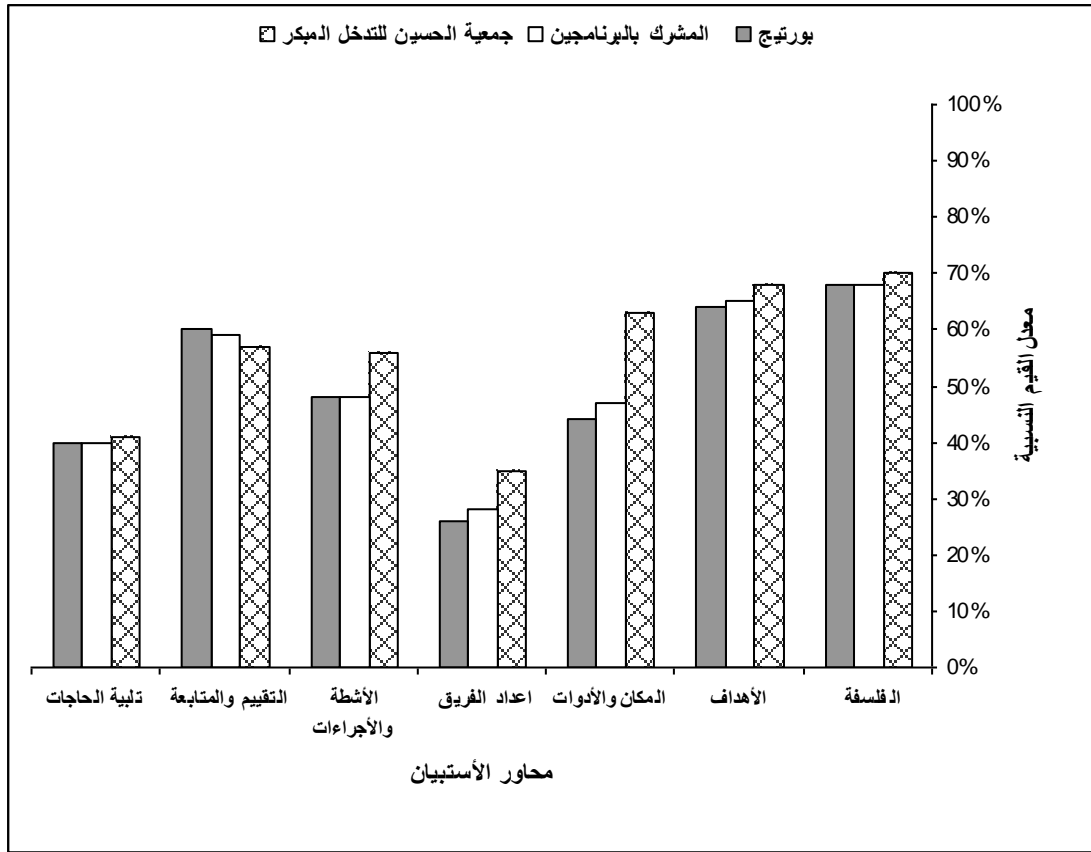
ويوضح الجدول رقم (٧) الوزن المئوي لمحاور استبانة تقويم العاملين للخدمة لكل من برنامج بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر والفقرات المشتركة بين البرنامجين.

الجدول (٧)

الوزن المئوي لمحاور استبانة تقويم العاملين للخدمة

البرنامج			محاور الاستبانة
الفقرات المشتركة بين البرنامجين	جمعية الحسين للتدخل المبكر	بورتيج	
%٦٨	%٧٠	%٦٨	الفلسفة
%٦٥	%٦٨	%٦٤	الأهداف
%٤٧	%٦٣	%٤٤	المكان والأدوات
%٢٨	%٣٥	%٢٦	إعداد الفريق
%٤٨	%٥٦	%٤٨	الأنشطة والإجراءات
%٥٩	%٥٧	%٦٠	التقويم والمتابعة
%٤٠	%٤١	%٤٠	تلبية الحاجات

يبين الشكل رقم (٢) الوزن المئوي للمحاور السبعة التي تمثل عناصر البرنامج لكل من برنامج بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر والفقرات المشتركة بالبرنامجين.



الشكل (٢): الوزن المئوي لمحاور الجزء الأول من استبانة تقويم العاملين للخدمة

كما احتسب الحد الأدنى والحد الأعلى للتقويم بدرجة متوسطة تماما كما تم إجراؤه لمحاور استبانة الأسر، وباعتبار التقويم ٥٠% هو المتوسط الإفتراضي، ومعامل الإعتمادية هو قيمة ت الجدولية عند درجة ثقة ٩٥%. ويبين الجدول رقم (٨) الحد الأدنى والحد الأعلى للتقويم بدرجة متوسطة لمحاور استبانة تقويم العاملين للخدمة.

الجدول (٨)

الحد الأدنى والأعلى للتقويم بدرجة متوسطة لمحاور استبانة تقويم العاملين للخدمة

البرنامج									محاور الاستبانة
الفقرات المشتركة بين البرنامجين			جمعية الحسين للتدخل المبكر			بورتيج			
نتيجة التقويم	فترة التقويم المتوسط	الوزن المئوي	نتيجة التقويم	فترة التقويم المتوسط	الوزن المئوي	نتيجة التقويم	فترة التقويم المتوسط	الوزن المئوي	
أعلى من المتوسط	-%٤٥ %٥٥	%٦٨	أعلى من المتوسط	-%٤٠ %٦٠	%٧٠	أعلى من المتوسط	-%٤٤ %٥٦	%٦٨	الفلسفة
أعلى من المتوسط	-%٤٦ %٥٤	%٦٥	أعلى من المتوسط	-%٣٨ %٦٢	%٦٨	أعلى من المتوسط	-%٤٦ %٥٤	%٦٤	الأهداف
متوسط	-%٤٥ %٥٥	%٤٧	متوسط	-%٣٧ %٦٣	%٦٣	أدنى من المتوسط	-%٤٥ %٥٥	%٤٤	المكان والأدوات
أدنى من المتوسط	-%٤٥ %٥٥	%٢٨	أدنى من المتوسط	-%٤١ %٥٩	%٣٥	أدنى من المتوسط	-%٤٥ %٥٥	%٢٦	العاملين
متوسط	-%٤٦ %٥٤	%٤٨	متوسط	-%٤٣ %٦٦	%٥٦	متوسط	-%٤٧ %٥٣	%٤٨	الأنشطة والإجراءات
أعلى من المتوسط	-%٤٥ %٥٥	%٥٩	متوسط	-%٣٣ %٦٧	%٥٧	أعلى من المتوسط	-%٤٥ %٥٥	%٦٠	التقويم والمتابعة
أدنى من المتوسط	-%٤٥ %٥٥	%٤٠	متوسط	-%٣٨ %٦٢	%٤١	أدنى من المتوسط	-%٤٤ %٥٦	%٤٠	تلبية الحاجات

تظهر النتائج ان محور الفلسفة قد حصل على الأوزان المئوية التالية: بورتيج ٦٨%، جمعية

الحسين للتدخل المبكر ٧٠%، والفقرات المشتركة ٦٨%، مما عكس تطبيقا اعلى من المتوسط

للفلسفة التي تتماشى مع الممارسات الفعالة. اما محور الأهداف فقد حصل على النتائج التالية :
 بورتيج ٦٤%، جمعية الحسين للتدخل المبكر ٦٨%، والفقرات المشتركة ٦٥%، وعكس أيضا
 تطبيقا أعلى من المتوسط للأهداف التي تتماشى مع الممارسات الفعالة في الميدان.

أظهرت النتائج تباينا بين البرنامجين على محور المكان والأدوات، مثلما ظهر في نتائج الأسر.
 فقد كان الوزن المئوي لهذا المحور لبرنامج بورتيج ٤٤% ولبرنامج جمعية الحسين كان ٦٣%،
 وهذا يدل على تطبيق أدنى من المتوسط لهذا المحور في برنامج بورتيج وتطبيق بدرجة متوسطة
 لهذا المحور في برنامج جمعية الحسين.

أما فيما يتعلق بمحور إعداد العاملين، فقد حصل هذا المحور على أدنى معدل بين المحاور،
 فكان الوزن المئوي لبرنامج بورتيج ٢٦% ولبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر ٣٥% مما
 عكس تطبيقا أدنى من المتوسط للبرنامجين. احتوى هذا المحور على أربع فقرات تتعلق بالإعداد
 قبل الخدمة وأربع فقرات تتعلق بالتدريب أثناء الخدمة، وكانت جميع الفقرات مشتركة بين
 البرنامجين. حصلت الفقرات المتعلقة بالإعداد قبل الخدمة على وزن مئوي قدره ٣٨% وتراوحت
 فترة التقييم المتوسط لهذه الفقرات بين (٤٥% - ٥٥%) مما عكس تقويما أدنى من المتوسط، في
 حين حصلت الفقرات المتعلقة بالتدريب والتطوير أثناء الخدمة على وزن قدره ١٨% وتراوحت فترة
 التقييم المتوسط لهذه الفقرات بين (٤٣% - ٥٧%) مما عكس تقويما أدنى بكثير من المتوسط.

محور الأنشطة والإجراءات كانت نتائجه كالتالي: بورتيج ٤٨%، جمعية الحسين للتدخل المبكر
 ٥٦% وللفقرات المشتركة ٤٨%. وعكس ذلك تطبيقا بدرجة متوسطة لمحور الأنشطة التي
 تتماشى مع الممارسات الفعالة. وكان الوزن المئوي للفقرات المشتركة التي تمثل الأنشطة المتعلقة
 بتمركز الخدمة حول الأسر وهي الفقرات من (١٤ إلى ٢٤) ٤٨% وتراوحت فترة التقييم
 المتوسط لهذه الفقرات بين (٤٦% - ٥٤%) مما عكس تقويما أدنى من المتوسط، بينما كان الوزن

المئوي للفقرات المشتركة التي تمثل الأنشطة المتعلقة بخدمة الأطفال وهي الفقرات (٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ٢٥) ٥٧% وتراوحت فترة التقييم المتوسط لهذه الفقرات بين (٤٥% - ٥٥%) مما عكس تقويماً أعلى من المتوسط.

حصلت الفقرة المتعلقة بتنفيذ أنشطة توعوية على سعيد المجتمع على وزن مئوي قدره ١٨% علماً بأن الفقرات (رقم ٩ و ١٠) المتعلقة بالتوعية المجتمعية على محور الأهداف حصلت على وزن مئوي قدره ٥٢%، وكان معدل الفقرات (١، ٢، ٣، ٤) التي تمثل الممارسات المتعلقة بأسلوب عمل الفريق على محور الأنشطة والإجراءات لبرنامج بورتيج ٥٩% ولبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر ٦٦%.

جاء الوزن المئوي لمحور التقييم والمتابعة لبرنامج بورتيج ٦٠%، وعكس تطبيقاً أعلى من المتوسط لبرنامج بورتيج، والوزن المئوي لمحور التقييم والمتابعة لجمعية الحسين للتدخل المبكر ٥٧% مما عكس تطبيقاً متوسطاً لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر فيما يتعلق بعمليات التقييم والمتابعة التي تشير إليها الممارسات الفعالة. وقد حصلت الفقرة المتعلقة بالتحقق من فاعلية الخدمة بطرق موضوعية على أدنى معدل على هذا المحور وقدره ٢٤%، وتراوحت فترة التقييم المتوسط لهذه الفقرة بين (٤١% - ٥٩%) مما عكس تقويماً أدنى بكثير من المتوسط.

أما بالنسبة لمحور تلبية الحاجات الأخير فقد كان الوزن المئوي كالاتي: برنامج بورتيج ٤٠%، برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر ٤١% والمشارك ٤٠%، وعكست تطبيقاً متوسطاً لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر وأدنى من المتوسط لبرنامج بورتيج وللفقرات المشتركة بين البرنامجين.

للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث وهو: ما نقاط القوة في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل

المبكر من وجهة نظر الأسر والعاملين؟

تم إجراء تحليل نوعي لنتائج السؤال الأول من الجزء الثاني من استبانة تقييم الأسر للخدمة وتقييم العاملين للخدمة. استخدم أسلوب تحليل الخطاب الذي يطبق على تحليل الحديث الشفوي أو الخطاب الكتابي، حيث ابتدأت بعملية الترميز (Coding) التي لخصت كل تصريح أو رأي أدلى به المشاركون بعبارات أو كلمات محددة من الحديث تعكس المعنى المطلوب، ويظهر في الملحق رقم (٣) أمثله على هذه العملية. ثم جمعت هذه الترميزات في فئات أو موضوعات متشابهة (Categorization)، وأخيرا نظمت الموضوعات للخروج بتصنيفات وربط الأفكار بمفاهيم محددة.

أجري هذا التحليل للسؤال الأول المتعلق بنقاط القوة في برنامج بورتيج من وجهة نظر الأسر، ثم نقاط القوة في برنامج بورتيج من وجهة نظر العاملين. وقد قدم المشاركون من أسر بورتيج وعددهم اثنان وعشرون مشاركا (١٠٤) تصريحات، بينما قدم العاملون وعددهم عشرون مشاركا (١١٧) تصريحا. تم تجميع هذه التعليقات ضمن ست وعشرين فئة وتحت سبعة مفاهيم رئيسية. ثم قامت الباحثة بتحليل السؤال الأول المتعلق بنقاط القوة في برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر، حيث قدم المشاركون من الأسر وعددهم اثنان وعشرون مشاركا (١١٨) تصريحا وقدم المشاركون من العاملين وعددهم ستة مشاركين (٣٣) تصريحا، وتم تجميع التصريحات ضمن ثلاث وعشرين فئة وتحت ستة مفاهيم رئيسية. وبعد ذلك جرت عملية التجميع بين نتائج البرنامجين التي شملت (٣٧٢) تصريح أو رأي ايجابي أظهر نقاط القوة في البرنامجين من وجهة نظر الأسر والعاملين في خمسة مفاهيم رئيسية تضم عشرون فئة كما هو موضح بالجدول التكراري رقم (٩). كما يبين الجدول التكراري نسبة تكرار الفئات التي تم احتسابها كالاتي:

$$\text{نسبة التكرار} = (\text{مجموع التكرارات للفئة الواحدة} \div \text{مجموع العام للتكرارات (٣٧٢)}) \times ١٠٠\%$$

جدول (٩)

الجدول التكراري لنقاط القوة في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر الأسر والعاملين

المفاهيم والفئات	اسر بورتيج	عاملين بورتيج	أسر جمعية الحسين للتدخل المبكر	عاملين جمعية الحسين للتدخل المبكر	نسبة التكرار
١ خصائص العاملين					
١:١ مهارة العاملين في التعامل مع الأطفال	٨	٢	١٥	١	٧%
٢:١ مهارة العاملين في التعامل مع الأسر	٨	—	٦	٢	٤,٣%
٣:١ المعرفة والكفاءة العلمية للعاملين	٢	٢	٤	٢	٢,٧%
٢ قدرة البرنامج على تطوير قدرات الأطفال					
١٤	٨	—	٣٢	—	١٤,٥%
٣ قدرة البرنامج على تطوير مصادر الأسر					
١:٣ رفع قدرات الأسر في رعاية الأطفال	١١	١٣	٣	٦	٨,٩%
٢:٣ تقديم الدعم المعنوي للأسر	٤	١٠	١	١	٤,٣%
٣:٣ توفير المعلومات للأسر	٢	٢	١	—	١,٣%
٤ خصائص مشتركة في عمل البرنامجين					
١:٤ تخفيف العبء المادي	١١	١٢	٨	—	٨,٣%
٢:٤ تأمين المواصلات	٧	١	٤	٢	٣,٨%
٣:٤ تقديم الخدمة لمرحلة الطفولة المبكرة	٨	١٥	١	٣	٧,٣%
٤:٤ الاستمرارية في الخدمة	٥	٥	٥	٢	٤,٦%
٥:٤ التركيز على الدمج	٢	١٠	٤	٤	٥,٤%
٥ ميزات خاصة بال نماذج المستخدمة					
١:٥ نموذج الزيارة المنزلية					
١:١:٥ استغلال البيئة الطبيعية للطفل	٤	٧	—	—	٣%
٢:١:٥ توفير الوقت والجهد	١٠	—	—	—	٢,٧%
٣:١:٥ الوصول للمناطق النائية	٤	٧	—	—	٣%
٢:٥ نموذج العمل داخل المركز					
١:٢:٥ تقديم خدمات شاملة	—	—	١٥	٥	٥,٤%
٢:٢:٥ توفير مكان وأجهزة وأدوات مناسبة	—	—	١٩	٥	٦,٥%

					٣:٥ استخدام أسلوب بورتيج التطوري
٨,٤%	_____	_____	٣	_____	١:٣:٥ احتوائه على التقويمات
٥,٤%	_____	_____	١٢	٨	٢:٣:٥ تقديم خطط تعليمية منظمة وأهداف متدرجة
١,١%	_____	_____	٤	_____	٣:٣:٥ تغطية عدة مجالات للتطور
١٠٠%	٣٣	١١٨	١١٣	١٠٨	المجموع الكلي للتكرارات

وفيما يلي عرضا مفصلا للنتائج النوعية بشكل يظهر أقوال المشاركين وآرائهم حول نقاط القوة للبرامج وحسب المفاهيم والفئات كما وردت بالجدول رقم (٩).

١ - خصائص العاملين

عزى المشاركون ١٤% من نقاط القوة التي أدلوا بها إلى خصائص في الأفراد العاملين، وفق ثلاث فئات هي:

١:١ - مهارة العاملين في التعامل مع الأطفال:

جاءت معظم هذه التعليقات من الأسر كنقاط ايجابية في البرامج. وقالت إحدى الأمهات: "الزائرات يمكن طول البال والصبر في العمل مع الأطفال ويستطعن جذب انتباه الأطفال". وقالت أخرى: "يعملون بهدوء ويحبون الطفلة بالعلاج فهي تأتي مبسوطة ومتحمسة".

٢:١ - مهارة العاملين في التعامل مع الأسر:

جاءت معظم هذه التعليقات من الأسر وعبرت عن رضاهم بأسلوب تعامل العاملين. قالت إحدى الأمهات: "الزائرات متعاونات مع الأهل ومريحات ويصبحن جزء من الأسرة". وقالت أخرى: "العاملون متعاونون معنا ويملكون لباقة في التعامل مع الأسر".

٣:١ - المعرفة والكفاءة العلمية للعاملين:

جاءت تصريحات ايجابية تتعلق بهذه الفكرة وكانت نسبتها ٢٧% من نقاط القوة المذكورة قال، احد الآباء: "كوار العمل جيدة جدا وعالية المستوى من حيث الأعداد". وقالت إحدى الأمهات: "العاملون يملكون خبرات وكفاءة جيدة".

٢- تطوير قدرات الأطفال

حوالي ١٤% من نقاط القوة التي ذكرت كانت تتعلق بقدرة البرامج على إحداث تغير وتطور في حالة الأطفال. ومعظمها جاءت من مجموعة الأسر، فغالبا ما كان أول ما تذكره الأسر التطور في حالة الأطفال، فقالت إحدى الأمهات: "تطور ابني في عدة مجالات فأصبح يستطيع ان يشرب لوحده ويجلس لوحده وينقل الأغراض والألعاب من يد ليد". وقالت أخرى: "لو لم اعرف عن هذا البرنامج لما كان طفلي قد تطور فهو الآن يلبس ويأكل لوحده كما يميز بين الحامض والحلو، والبارد والسخن...". وقالت أخرى: "استفاد طفلي كثيرا من النواحي المعرفية والاجتماعية فقد أصبحت تصرفاته تشبه الأطفال العاديين".

٣- تطوير مصادر الأسر

جاءت حوال ١٤% من نقاط القوة التي ذكرت إلى أمور تتعلق بقدرة البرامج على تطوير مصادر الأسر.

١:٣ - رفع قدرات الأسر في رعاية الأطفال:

عزي حوالي ٨٩% من نقاط القوة لهذه الفكرة وقدمت التعليقات من مجموعتي الأسر والعاملين. قالت إحدى العاملات: "وجود الأمهات بشكل أساسي في البرنامج يؤدي إلى مواءمة البيئة المنزلية للطفل بناء على قدراته، وتدريب الأمهات وتأهيلهم بشكل كبير". وقالت أخرى: "مشاركة الأم في إعداد الخطة وتدريب الطفل جيدة فهي توعي الأم بأهمية تحفيز نمو طفلها وتصبح الأم مدركة

لقدرات طفلها وإمكانياته وتتعامل معه بشكل أفضل". وقالت إحدى الأمهات: "لقد علموني كيف أتعامل مع طفلي وكيف ممكن أن أدربه وماذا سيفيده".

٢:٣ - تقديم الدعم المعنوي للأسر:

عزي حوالي ٤% من نقاط القوة لهذه الفكرة، وجاءت ٧٥% من التصريحات المتعلقة بهذه الفكرة من العاملين ببرنامج بورتيج. قالت إحدى العاملات: "من نقاط القوة في البرنامج إعطاء الأهل الفرصة الكافية لسماعهم والتعبير عن آرائهم ومشاكلهم والتعاون معهم لحل المشاكل". وقالت أخرى: "إن البرنامج جيد للأم لأنها تفضل للزائرة عما في بالها فتريحها الزائرة وتهون مشاكلها، كما تساعدنا في تقبل طفلها وفي رؤية مستقبل قد لا يكون مظلم كما هي تعتقد".

٣:٣ - توفير المعلومات للأسر:

عزي حوالي ٣١% من نقاط القوة في البرامج إلى قيامها بتزويد الأسر بالمعلومات عن الخدمات المتوفرة، فقالت إحدى الأمهات: "ان البرنامج يعمل على إمدادي بالمعلومات المتعلقة بالمراكز أو المدارس والخدمات المتوفرة في المجتمع لطفلي". كما قالت إحدى العاملات: "إن البرنامج يقوم بتعريف الأسر على المراكز المشخصة والمختصة بالإعاقة في المجتمع".

٤ - خصائص مشتركة في عمل البرنامجين

برزت بعض الأمور المتعلقة بعمل البرنامجين كأمر ايجابية عزى لها حوالي ٢٩% من نقاط القوة.

١:٤ - تخفيف العبء المادي:

مجانية الخدمة وإعارة الوسائل التعليمية للأسر كانت من الأمور الايجابية في تخفيف العبء المادي على اسر برنامج بورتيج. كما أن دراسة الوضع المادي للأسرة قبل تعيين المبلغ المطلوب

لقاء الخدمة في برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر كان أيضا من النقاط الايجابية. قالت إحدى الأمهات: " لا نستطيع أن نضعه في أي مركز نظرا للظروف المادية". وقال احد الآباء: " من الناحية الاقتصادية قبل الالتحاق بالبرنامج يقوموا بزيارة منزلية وبناءا على راتب رب الأسرة يقرروا مبلغ الاشتراك حسب الحالة المادية".

٢:٤ - المواصلات:

جاءت بعض التعليقات المتعلقة بفكرة المواصلات كنقاط ايجابية وكانت نسبتها ٣٨% من نقاط القوة وكانت تتعلق بتخفيف عبء المواصلات على الأسر بحضور المدربة إلى المنزل في حالة برنامج بورتيج، وبتأمين مواصلات من المجمعات الرئيسية في حالة برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر. قالت إحدى الأمهات: " الزيارة المنزلية توفر من مصاريف التنقل بين البيت والمركز". وقالت إحدى العاملات: "يوفر البرنامج على الأهل عناء المواصلات".

٣:٤ - خدمة مرحلة الطفولة المبكرة:

حوالي ٧% من نقاط القوة التي ذكرت عزيت إلى تقديم الخدمة لمرحلة الطفولة المبكرة. البعض ركز على أهمية استغلال السنوات الأولى للتعليم والتدريب والبعض ركز على أهمية الكشف المبكر والحد من مشاكل الإعاقة. قالت إحدى العاملات: " البرنامج مفيد في كشف الإعاقات وتدريبها في سن مبكر والحد ما أمكن من اثر الإعاقة". وقالت إحدى الأمهات: " ان البرنامج يقدم العلاج والتدريب في سن صغير". وقالت أخرى: " هذا هو البرنامج الوحيد المقدم لنا ولأطفالنا من عمر يوم لغاية تسع سنوات".

٤:٤ - الاستمرارية في الخدمة:

عزي حوالي ٦٤% من نقاط القوة إلى هذه الفكرة وعبر عنها المشاركون من برنامج بورتيج بالتعليق على التواصل المستمر والانتظام في متابعة الأطفال في منازلهم، بينما عبر عنها

المشاركون من برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر بالمتابعة المستمرة حتى في فترة انقطاع الأطفال عن الدورات من خلال الاتصال الهاتفي والزيارات المنزلية. قالت إحدى الأمهات: "التواصل المستمر مع الطفلة يجعلها تتقبل المدربة أكثر". وقالت أخرى: "ان الحرص مستمر من أفراد الفريق على معالجة الطفل، ويتعاونوا من حيث متابعة الأهل في بعض الأحيان من خلال الاتصال الهاتفي".

٥:٤ - التركيز على الدمج:

حصلت هذه الفكرة على ٤٥% من نقاط القوة في البرامج. وذكرت من المشاركين بالبرنامجين وكانت تتعلق اما بالدمج في المدارس العادية أو الدمج المجتمعي. قالت إحدى العاملات: " من نقاط قوة البرنامج، التركيز بشكل كبير على دمج الطفل في المجتمع المحلي وتشجيع الأسر على الانخراط بشكل سهل وسلس في المجتمع وخاصة دمج الأطفال في عمر مبكر في المدارس النظامية. وقالت أخرى: " تقوم المدربة بزيارة المدرسة أو الروضة، وتعمل على تهيئة المعلمات وطلاب صفه لتسهيل عملية دمج الطفل، وأحيانا تنظم رحلات ترفيهية لطلاب صف الطفل لزيادة وعي الأطفال الطبيعيين بالطفل المعوق وحاجاته وطريقة التعامل معه". وقالت إحدى الأمهات: " ساعدني البرنامج في دمج طفلي في مركز للإعاقات وطفلي الآخر في روضة عادية".

٥ - ميزات خاصة بالنماذج المستخدمة

وردت تصريحات تتعلق بميزات خاصة بنموذج الزيارة المنزلية وجميعها جاءت من المشاركين ببرنامج بورتيج حيث يطبق هذا النموذج، كما وردت تصريحات تتعلق بميزات نموذج الخدمة داخل المركز وجميعها جاءت من المشاركين من برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر حيث يطبق هذا النموذج.

١:٥ - نموذج الزيارة المنزلية:

حصلت على ٨٧% من نقاط القوة المذكورة للبرنامجين، ووردت فيها الأفكار التالية:

١:١:٥ - استغلال البيئة الطبيعية للطفل:

حصلت هذه الفكرة على ٣% من نقاط القوة، فقالت إحدى العاملات: "الزيارات المنزلية تعطي الطفل راحة نفسية حيث يقوم بالتمارين في المنزل، مكان معيشته". وقالت أخرى: " من الأفضل تقديم الخدمة داخل بيئة الطفل المألوفة (منزله)". وقالت إحدى الأمهات: " من الأفضل أن يأتوا للمنزل فالطفل يكون في البيت يلعب على راحته ومطمئن". وقالت أخرى: " الزيارة المنزلية توفر الجو المناسب فلا ينتقل الطفل من مكان لآخر خصوصا في فصل الشتاء وكون المشاكل التنفسية التي يعاني منها كثيرة".

٢:١:٥ - توفير الوقت والجهد:

ربطت هذه الفكرة بفائدة الزيارة المنزلية على الوالدة بشكل رئيسي وحصلت على ٢٧% من نقاط القوة، فقالت إحدى الأمهات: " الأمور الايجابية أنهم يريحونا بمجيئهم إلى البيت عن حمل الطفلة إلى مركز". وقالت أخرى: " حضورهم إلى المنزل يساعد الأم على البقاء في البيت والقيام بمسؤولياتها اتجاه أسرتها". وقالت جدة: " ممكن لو ما بيجوا على البيت لما استطعنا أن نأخذها لمكان".

٣:١:٥ - الوصول للمناطق النائية:

جاءت جميع التصريحات المتعلقة بهذه الفكرة من العاملين ببرنامج بورتيج وحصلت على حوالي ٣% من نقاط القوة المذكورة للبرنامجين. قالت إحدى العاملات في تعليقها على نقاط القوة: "يعمل البرنامج على تقديم الخدمة لأكثر عدد من غير المخدمين الذين لا يصلهم أي نوع من الخدمات بسبب تواجدهم في المناطق النائية". وقالت أخرى: "يعمل البرنامج على توصيل الخدمة للأطفال والأسر في مختلف أماكن تواجدهم".

٢:٥ - نموذج الخدمة داخل المركز:

حصلت ميزات خاصة ايجابية تتعلق بنموذج الخدمة داخل المركز على ١١٩% من النقاط الايجابية وهي:

١:٢:٥ - تقديم خدمات شاملة:

حصلت هذه الفكرة على ٤٥ من نقاط القوة المتعلقة بالبرنامجين، قالت إحدى العاملات: "من ابرز نقاط القوة للبرنامج تقديم الخدمات الشاملة من قبل فريق متعدد التخصصات في مجال التأهيل والتربية، وكذلك تقديم خدمات العيادات الطبية التخصصية والأجهزة والأطراف". وقالت أخرى: " من نقاط القوة بالبرنامج متابعة الطفلة من النواحي الطبية من خلال العيادات ومن النواحي التأهيلية من خلال الأخصائيين وكذلك متابعة تعلم الطفل واكتسابه المهارات المختلفة".

٢:٢:٥ - توفر المكان والأدوات والأجهزة المناسبة:

وردت حوالي ٥٦% من نقاط القوة للبرنامجين حول هذه الفكرة والتي تتعلق ببرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر. فقالت إحدى الأمهات: " الألعاب والأدوات المتوفرة تناسب أعمار وقدرات الأطفال وتتميزها ". وقالت أخرى: "مستوى التجهيزات الموجودة في المركز عالية والنظافة أفضل من أي مركز آخر". وقال احد العاملين معلقا على نقاط القوة للبرنامج: " وجود الوسائل المناسبة لأعمار الأطفال، وكذلك الأجهزة المعدلة للإعاقات الحركية والصفوف الواسعة والملائمة تعتبر من نقاط القوة".

٣:٥ - استخدام مقياس ومنهاج بورتيج التطوري

عزي حوالي ٦% من نقاط القوة للبرنامجين لأمر تتعلق باستخدام برنامج بورتيج التطوري، وبالطبع جاءت جميعها من المشاركين ببرنامج بورتيج. ووردت ثلاث أفكار تتعلق بميزات استخدام برنامج بورتيج هي:

١:٣:٥ - احتوائه على التقويمات:

قالت إحدى العاملات : " البرنامج منظم باستخدام الاختبارات التي تفيد في معرفة قدرات الطفل الحالية ونقاط القوة والضعف عند الطفل، مما يساعد في وضع الخطط المناسبة لتدريبه".

٢:٣:٥ - تقديم خطط تعليمية منظمة وأهداف متدرجة:

قالت إحدى العاملات: " يوفر البرنامج خطة تعليمية للاستفادة منها في تدعيم قدرات الطفل لأقصى حد وبشكل تراكمي وحسب طاقات وقدرات الطفل بالتالي تكون المادة التدريبية بسيطة وسلسلة مما يسهل على الأم تطبيقها". وقالت إحدى الأمهات: " تحديد أهداف معينة للتدريب مناسب جدا ويسهل علينا عملية تدريب الطفل فالأهداف ايجابية وملائمة لعمر الطفل".

٣:٣:٥ - تغطية عدة مجالات للتطور:

قالت إحدى العاملات: "البرنامج يشمل جميع مجالات تطور الطفل من ناحية حركية واجتماعية واتصالية وعناية ذاتية وإدراكية، ويعمل على تنمية قدرات الطفل في جميع هذه المجالات".

للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع وهو: ما نقاط الضعف في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر الأسر والعاملين؟

اتبعت نفس خطوات تحليل الخطاب التي استخدمت في التوصل إلى نقاط القوة في البرنامجين، حيث تم تحليل السؤال الثاني المتعلق بنقاط الضعف على استبانة تقييم الأسر والعاملين ببرنامج بورتيج، ثم الأسر والعاملين ببرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر، وبعدها جرت عملية التجميع بين نتائج البرنامجين بحيث ظهرت نقاط الضعف في البرنامجين من وجهة نظر الأسر والعاملين ضمن ستة مفاهيم رئيسية تشمل ست عشرة فئات كما يظهر بالجدول التكراري رقم (١٠) . وقدم المشاركون من أسر برنامج بورتيج ثلاثة وسبعين تصريحاً والعاملين ببرنامج بورتيج خمسة وثمانين تصريحاً، بينما قدم المشاركون من أسر جمعية الحسين للتدخل المبكر سبعين تصريحاً والعاملون

ثلاثين تصريحاً، بالتالي كان مجموع التصريحات أو الآراء المقدمة (٢٥٨) تصريحاً. ويبين الجدول

التكراري نسبة تكرر الفئات التي تم احتسابها كآتي:

نسبة التكرار = (مجموع التكرارات للفئة الواحدة ÷ مجموع العام للتكرارات (٢٥٨)) × ١٠٠%.

جدول (١٠)

الجدول التكراري لنقاط الضعف في برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر من وجهة نظر

الأسر والعاملين

المفاهيم والفئات	اسر بورتيج	عاملين بورتيج	أسر جمعية الحسين للتدخل المبكر	عاملين جمعية الحسين للتدخل المبكر	نسبة التكرار
١ مشاكل تتعلق بالعاملين					
١:١ قلة التدريب أثناء الخدمة	___	١٧	___	٤	٨,١%
٢:١ ضعف أداء العمل الفرقي	___	___	٢	٣	١,٩%
٣:١ قلة الحوافز	___	١٠	-	٤	٥,٤%
٢ مشاكل تتعلق بعدم كفاية الخدمة					
١:٢ الحاجة الى خدمات أكثر	١٥	١	٢٩	-	١٧,٤%
٢:٢ قلة العاملين	٦	٣	٨	٥	٨,٥%
٣:٢ عدم توفر مراكز مجتمعية كافية	٥	___	٥	-	٣,٩%
٣ مشاكل تتعلق بالأسر					
١:٣ قلة الأنشطة الموجهة للأسر	٥	٥	٥	٣	٧%
٢:٣ ضعف الوعي المجتمعي	٢	١٢	٥	٣	٨,٥%
٤ قضايا مشتركة في عمل البرنامجين					
١:٤ معيار القبول يستثني فئات بحاجة للخدمة	___	٢	٤	-	٢,٣%
٢:٤ ضعف الأشراف والمتابعة الإدارية والفنية	___	٦	___	٣	٣,٥%
٣:٤ مشكلة المواصلات	٢	١٣	١٠	١	١٠,١%
٥ قضايا تتعلق بأسلوب الزيارة المنزلية					
١:٥ عدم توفر المرونة في تحديد وقت الزيارة	٥	___	___	-	١,٩%
٢:٥ عدم توفر الأجهزة والوسائل	١١	١٠	___	-	٨,١%
٣:٥ عدم شمولية الخدمة	١٧	٣	___	-	٧,٨%
٦ مشاكل تتعلق بالمقاييس والبرامج المحددة					

٣,١%	-	-	٣	٥	١:٦ عدم ملائمة برنامج بورتيج التطوري لجميع الحالات
٢,٣%	٤	٢	-	-	٢:٦ عدم توفر المقاييس والبرامج للاستعانة بها
١٠٠%	٣٠	٧٠	٨٥	٧٣	المجموع الكلي للتكرارات

وفيما يلي عرضا مفصلا للنتائج النوعية بشكل يظهر أقوال المشاركين وآرائهم حول نقاط الضعف للبرامج وحسب المفاهيم والفئات التي وردت في الجدول رقم (١٠).

١- خصائص العاملين

عزى المشاركون ٥١% من المشاكل إلى أمور تتعلق بالعاملين.

١:١ - قلة التدريب أثناء الخدمة:

ظهر أن نسبة ٨١% من المشاكل التي قدمت تعزى إلى قلة التدريب الذي يقدم للعاملين وعدم رضا العاملين عن مستوى أدائهم. قالت إحدى العاملات: "فرص تدريب العاملين قليلة، وهناك حاجة لتفعيل التدريب أثناء العمل بوجود أخصائيين بالمجال". وقالت أخرى: "لا تتوفر دورات منتظمة لتطوير الزائرة حتى يتحسن أداءها مع الأسر". وقالت عاملة أخرى: "نعاني من قلة الدورات التدريبية لتطوير أساليبنا في التعامل مع الأطفال والأسر".

٢:١ - ضعف أداء العمل الفرقي:

جاءت هذه التصريحات كنقاط ضعف من المشاركين من برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر حيث تقدم الخدمة في هذا البرنامج من خلال فريق عمل، وعبر عن ذلك ٥٠% من العاملين وحوالي ٩% من الأسر. قالت إحدى العاملات: "نعاني من ضعف التواصل بين العاملين حتى ولو كان الإطار الخارجي يوحي بعكس ذلك". وقالت أخرى: "إننا بحاجة لتحسين أداء العمل الفرقي فأحيانا يتعامل الموظفون مع بعضهم البعض بأساليب غير مريحة".

٣:١ - قلة الحوافز المتوفرة للعاملين:

عبر عن ذلك ٥٠% من العاملين ببرنامج بورتيج وحوالي ٦٧% من العاملين ببرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر. قال احد العاملين: "لا يتمسك الموظف الجيد بمكان العمل بسبب الراتب القليل، وعدم وجود العامل المحفز على الاستمرار بتقديم الخدمة الجيدة". وقالت إحدى المشاركات من البتراء: "الأجرة المادية غير كافية وهي قيمة خمسة وثلاثون ديناراً تدفع لنا كمكافأة للتطوع، ونقوم نحن بدفع تكاليف مواصلات الزيارات المنزلية".

٢- مشاكل تتعلق بعدم كفاية الخدمات

على الرغم من الشعور بتطور واستفادة الأطفال من البرامج الا أن ٢٩% من المشاكل التي قدمت كانت تتعلق بعدم كفاية الخدمات التي تقدم للأطفال وبالتالي عدم قدرتها على تطوير الأطفال بشكل أفضل، وقد قدمت ضمن ثلاث أفكار هي:-

١:٢ - الحاجة إلى خدمات أكثر:

حوالي ١٧% من المشاكل عزيت إلى حاجة الأطفال إلى زيارات أكثر من مرة أسبوعياً ولمدة أطول من الفترة المحددة للزيارة، فقد قالت إحدى أمهات أسر بورتيج: "إن عدد الحصص قليل، فمرة واحدة أسبوعياً لا تكفي". وقالت أخرى: "بعض الأسابيع يعتذر المدرب أو الأسرة فتكون فترة الانتظار للزيارة المقبلة طويلة جداً".

وعبرت أسر برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر عن حاجة أطفالهم إلى جلسات علاجية وتعليم ترويي ودورات أكثر، بحيث لا تكون فترة الانتظار بين الدورات طويلة. فقالت إحدى الأمهات: "الوقت غير كافي لتعليم الطفل فمرتين في الأسبوع غير كافي". وقالت أخرى: "عدد الجلسات التي تعطى للطفل قليلة والفترة ما بين الدورتين للتدخل المبكر بعيدة جداً، كما أن الفترة الخالية ما بين الدورتين لا يقدم للطفل علاج وظيفي أو طبيعي".

٢:٢ - قلة عدد العاملين:

عزى البعض عدم كفاية الخدمات للنقص في عدد العاملين المتوفرين من زائرات أو معالجين ومدرسات. فقد كانت هذه القضية تمثل ٨% من المشاكل وذكرت من قبل ٣٠% من عينة الأسر وحوالي ٣٠% من عينة العاملين. قالت إحدى العاملات: " ان الموارد المالية قليلة وبالتالي نعاني من نقص في عدد العاملين فلا تستغل الطاقة الاستيعابية للبرنامج كما يجب". وقالت أخرى: " نعاني من عدم توفر عدد مناسب من الزائرات المنزليات لخدمة أكبر قدر ممكن من المناطق وتقليل الأعداد على قائمة الانتظار".

٣:٢ - قلة توفر المراكز المجتمعية:

جاءت جميع هذه التصريحات من مجموعة الأسر وقد عزي ٨٣% من المشاكل لهذه القضية. قالت إحدى المشاركات: "لا يوجد مركز يومي أو مدرسة تهتم بالأطفال خصوصا إذا كبروا وعندما ينتهوا من برنامج بورتيج". وقالت أخرى: " أول مشكلة نعاني منها هي عدم توفر مراكز او جمعيات مشابهة لجمعية الحسين في جميع المناطق وتكون ذات نوعية جيدة وملمة بجميع احتياجات الطفل وذات كفاءة عالية وأسعار مناسبة".

٣- مشاكل تتعلق بالأسر

عزي ١٨% من المشاكل إلى قضايا تتعلق إما بضعف البرامج في عملية تطوير مصادر الأسر، أو بضعف الوعي عند الأسر.

١:٣ - قلة الأنشطة الموجهة للأسر:

عزي ٦٩% من المشاكل إلى قلة الأنشطة التي تقدمها البرامج للأسر، البعض علق على الأنشطة التدريبية الهادفة، فقالت إحدى الأمهات: " لا يوجد أنشطة تستهدف تدريب الأسر". وقالت أخرى: " نعاني من قلة الدورات للأمهات لمساعدتهم على الاهتمام والعناية بالأطفال". والبعض

علق على الأنشطة التي تشجع وتسهل بناء شبكات الدعم بين الأسر، فقالت إحدى الأمهات: " لا يوجد اجتماعات بين الأهالي لتبادل المعلومات والتواصل وبالذات مع الأهالي ذوو الخبرة". وقالت إحدى العاملات: " إن تبني فكرة عمل برامج ترفيهية للأهالي والأطفال بشكل مستمر ودائم يزيد عن فاعلية الأم والأسرة والطفل، ولكن للأسف هذا الموضوع غير مخطط له".

٢:٣ - ضعف الوعي المجتمعي:

عزي حوالي ٨٥% من المشاكل التي قدمت إلى أمور تتعلق بضعف الوعي المجتمعي، جاءت ٥٤% من هذه التعليقات من العاملين ببرامج بورتيج ومعظمهم من العاملين في منطقة البتراء والكرك وكانت تتعلق بعدم تقبل الأسر للبرنامج أو عدم تعاونهم، فقالت إحدى العاملات: "تعاني من عدم تعاون الأهل في إبراز الأطفال المعاقين". وقالت أخرى: "بعض الأسر لا تتعاون معنا لدرجة تهريبهم من الزيارة المنزلية". ومن جهة أخرى كانت تعليقات الأسر بهذه الفكرة ترتبط بشعورهم بعدم تقبل المجتمع لطفلم المعاق. فقالت إحدى الأمهات: "تعاني من عدم وجود برامج توعية شاملة على مستوى المجتمع لتعمل على تقبل أطفالنا المعوقين".

٤ - قضايا مشتركة في عمل البرنامجين

برزت بعض الأمور المتعلقة بعمل البرنامجين كأمر ايجابية عزيت لها حوالي ٢٩% من نقاط القوة، بينما برزت أمور أخرى مشتركة عزيت لها حوالي ١٦% من نقاط الضعف وهي:

١:٤ - معيار القبول في البرنامجين:

قدمت بعض التعليقات وكانت نسبتها ٣٣% من نقاط الضعف على معيار القبول، بعضها من عاملين بورتيج، فقالت إحدى العاملات: "البرنامج غير مجهز لخدمة شديدي الإعاقة مما يحرم أطفال كثيرين من الخدمة". والبعض الآخر من التعليقات عبرت عنها أسر برنامج جمعية الحسين فقالت إحدى الأمهات: " هناك تحديد لمعيار الدخول في البرنامج بحيث أنهم لا يقبلوا جميع

الحالات، بالرغم من ان الجمعية ممتازة جدا، لكن تقديم الخبرات والعناية لعائلات دون أخرى بحاجة لإعادة نظر". وقالت أخرى معلقة على نقاط الضعف: "عدم تقبل الأطفال قليلي الاستيعاب، مع العلم بأنه يمكن لهؤلاء الأطفال أن يتلقوا العلاج والتدريب هنا لكن بجهد اكبر قليلا".

٢:٤ - ضعف الأشراف والمتابعة الإدارية والفنية:

عزي حوالي ٣٥% من المشاكل لأموور تتعلق بضعف الأشراف وقدمت من عينة العاملين بالبرنامجين. قالت إحدى العاملات: "عدم وجود إدارة متخصصة بالتأهيل أو حتى بالإدارة في الجمعية ينعكس سلبيا على أقسام الجمعية كافة وخاصة التدخل المبكر". وقالت أخرى: " لا يوجد متابعة مستمرة للمشروع ولا من أي جهة، والمشرفة المباشرة لا تهتم بالمشاكل التي تواجهها الزائرة بشكل جيد". وقالت أخرى معلقة على نقاط ضعف البرنامج: "نعاني من عدم وجود متابعة لمشروع بورتيج وعدم تعاون رئيس الجمعية والهيئة الإدارية للجمعية مع هذا البرنامج".

٣،٤ - المواصلات:

جاءت بعض التعليقات المتعلقة بفكرة المواصلات كنقاط ايجابية وكانت نسبتها ٣٨% من نقاط القوة، بينما جاءت نسبة اكبر من التعليقات المتعلقة بفكرة المواصلات كنقاط سلبية وحصلت على حوالي ١٠% من نقاط الضعف. التعليقات الايجابية كانت تتعلق بتخفيف عبء المواصلات عن الأسر بحضور المدربة إلى المنزل في حالة برنامج بورتيج، وبتأمين مواصلات من المجمعات الرئيسية في حالة برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر. أما فيما يتعلق بالتعليقات السلبية فقد جاء ٥٠% منها من العاملين ببرنامج بورتيج، اما لوصف ما تعاني منه الزائرات من عدم توفر الباص أو المواصلات، أو من عدم وجود باص أو سيارة خاصة ببرنامج بورتيج مما يؤثر على ساعات عمل الزائرات لارتباط الباص بمواعيد أخرى. قالت إحدى العاملات من جمعية البتراء: "نعاني من

عدم توفر المواصلات للزائرات، للأسف يوجد باص لدى الجمعية لكن لا تتوفر الإمكانيات المادية لتوظيف سائق". وقالت أخرى: "من مشاكلنا عدم وجود باص خاص بالبرنامج لتقديم الخدمة لأكبر عدد ممكن، اذ يجب ان يعود الباص للمركز قبل مغادرة الأطفال من مدرسة المركز وهذا يقلل من عدد الزيارات التي تستطيع الزائرة عملها ويقلل من وقت الزيارة". أما بخصوص برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر فقد كانت معظم التعليقات من الأسر، فقالت احد الأمهات: "أول مشكلة نعاني منها هي عدم توفر المواصلات من بيت الطفل مباشرة خاصة في ايام البرد والشتاء". وقالت أخرى: "المسافة طويلة فالمواصلات تتحمل ساعتين للوصول للمركز وساعتين للعودة".

٥- قضايا تتعلق بأسلوب الزيارة المنزلية

وردت تصريحات ايجابية تتعلق بأسلوب الزيارة المنزلية وحصلت على ٨٧% من نقاط القوة المذكورة للبرنامجين، وبينما وردت ايضا تصريحات سلبية حصلت على ١٧% من المشاكل أو نقاط الضعف المذكورة وهي:

١:٥ - عدم توفر المرونة في تحديد وقت الزيارة:

وردت معظم هذه التعليقات من الأمهات العاملات اللواتي يتلقين خدمة من برنامج بورتيج وحصلت على نسبة ١٩% من نقاط الضعف. فقالت إحداهن: "من المشاكل التي أواجهها عدم توفر المرونة في تقديم الخدمة بالأوقات المناسبة كوني امرأة عاملة". وقالت أخرى: " الأم العاملة لا يناسبها الفترة الصباحية وتواجه مشاكل في كثرة المغادرات (مثلي)". والبعض علق على مناسبة وقت الزيارة للطفل فقالت إحداهن: " أوقات الزيارة تتحدد بين العاشرة والواحدة وهذا غالبا ما يكون وقت نوم الأطفال بعد الاستيقاظ مبكرا".

٢:٥ - عدم توفر الأجهزة والوسائل:

وردت هذه التعليقات من مجموعة الأسر والعاملين ببرنامج بورتيج وحصلت على حوالي ٨% من نقاط الضعف المذكورة. عكست التعليقات ضعف الرضا بالوسائل وعدم قيام الإدارة في معظم البرامج بتجديد الوسائل بالشكل المطلوب، كما عكست النقص في الوسائل والأجهزة كون البرنامج يقدم في المنزل. قالت إحدى العاملات: "لا تتوفر الأدوات المناسبة بشكل جيد". وقالت إحدى الأمهات: "هناك نقص في توفر الألعاب والأدوات اللازمة لتدريب الأطفال بشكل يحبب الطفل بالهدف ويساعده على إنجازه". وقالت أخرى: "لا يوجد مواد وألعاب تناسب المراحل المختلفة التي يمر بها الطفل". وقالت أخرى: "الأجهزة والألعاب ليست حديثة خصوصا فيما يتعلق بتطوير النطق".

٣:٥ - عدم شمولية الخدمة:

حصلت هذه الفكرة على ٧٨% من نقاط الضعف في البرنامجين وقد وردت من أسر وعاملين برنامج بورتيج وعبرت عن شعورهم بعدم كفاية الخدمة من حيث ضرورة تنوع مهارات وخبرات واختصاصات القائمين على تقديم الخدمات. علق ٧٧% من الأسر على هذا الموضوع بينما علق عليها فقط ١٥% من العاملين وكان غالبيتهم من البرامج المقدمة في منطقة عمان، فقالت إحدى العاملات: "عدم توفر كادر فني متكامل يساند الزائرة المنزلية مثل العلاج الطبيعي والنطقي والوظيفي والمستشارة النفسية يحول دون تقديم الخدمة على أحسن وجه". وقالت أخرى: "ينقص البرنامج فريق متكامل من علاج نطق وطبيعي ووظيفي...". وقالت إحدى الأمهات: "نحن بحاجة إلى معالج للنطق وآخر طبيعي للمساعدة في تقدم طفلي". وقالت أخرى: "لا يوجد مدرسين لتغطية كافة احتياجات الطفل" وقالت أخرى: "ممكن أن يتطور طفلي في قدراته اللغوية أكثر لو توفر أخصائيين في مجال النطق واللغة".

٦- توفر المقاييس والمناهج المحددة

عزي حوالي ٦% من نقاط القوة للبرنامجين لأمر تتعلق باستخدام برنامج بورتيج التطوري وبالطبع جاءت جميعها من المشاركين ببرنامج بورتيج، بينما عزيت حوالي ٣% من نقاط ضعف البرنامجين إلى عدم ملاءمة برنامج بورتيج لجميع الحالات المستفيدة من برنامج بورتيج. كما عزيت حوالي ٣٢% من المشاكل إلى عدم توفر المقاييس والبرامج للاستعانة بها أثناء تطوير الخطط الفردية للأطفال في برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر

١:٦ - عدم ملاءمة برنامج بورتيج لجميع الحالات:

وردت هذه الفكرة من الأسر والعاملين ببرنامج بورتيج وعكست شعورهم بعدم ملاءمة الأسلوب التطوري لجميع الحالات. قالت إحدى العاملات: " الأسلوب التطوري لا يناسب جميع الحالات بل قد يحد من تطور بعض الأطفال أحيانا، فالاستمرار بتكرير وإعادة مهارة معينة قد لا يحصل الطفل عليها أبدا غير مناسب، فلا بد من التفكير ببدائل تعكس صلاحية ورفاهية (Well being) الطفل وليس فقط الأهداف أو المهارات". وقالت إحدى الأمهات: " الأهداف الحركية لا تكفي لابنتي وخصوصا فيما يتعلق بالأرجل". وقالت أخرى: " أهداف البرنامج في فترة لم تراعي التطور البطيء عند طفلي ولم توضع أهداف بديلة في خطته في ذلك الحين".

٢:٦ - عدم توفر المقاييس والبرامج للاستعانة بها:

وردت هذه التعليقات من المشاركين ببرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر ومع انها حصلت على ٣٢% فقط من نقاط ضعف البرنامجين، الا انه تم ذكرها من قبل ٦٧% من العاملين بالبرنامج، قالت إحدى العاملات: " من نقاط ضعف البرنامج عدم وجود منهجية في وضع الخطط العلاجية". وقالت أخرى: " لا يوجد منهاج معين يحتوي على النشاطات أو الأهداف التعليمية التي لا بد من توفيرها للأطفال والتي تسهل عمل قائد المجموعة عند اتخاذها كدليل أثناء عملية التدريب". وقالت

أخرى: "ينقصنا وجود التقييمات المرتكزة على المناهج (Curriculum based assessment) لتساعدنا في وضع خطط الأطفال".

للإجابة عن سؤال الدراسة الخامس وهو: ما مواصفات النموذج المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن؟

تم اقتراح النموذج لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن استنادا إلى السياق الوطني الذي يعيشه الأردن، بالإضافة إلى نتائج الدراسة الحالية المتعلقة بتقييم البرامج العاملة حاليا في الأردن. كما استندت الاجراءات المقترحة في عناصر البرنامج إلى الممارسات العالمية الفعالة التي يشير اليها قسم الطفولة المبكرة التابع لمجلس الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة الأمريكي (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003). فمع بداية الألفية الثالثة أصبح لابد لنا من التوجه نحو اتباع المنهج العلمي والتخطيط المبني على أدلة البحوث كأساس للتخطيط المتكامل الذي يؤمن الإستمرارية والنجاح. وسيتم عرض النموذج مفصلا في نهاية الفصل الخامس المتعلق بالمناقشة والتوصيات.

الفصل الخامس : مناقشة النتائج والتوصيات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي تم الحصول عليها من خلال ربط النتائج النوعية والكمية للبيانات المتعلقة بتقويم برنامجي بورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر لاستبانة العاملين والأسر مع بعضها البعض، والتي تم عرضها بالتفصيل في الفصل الرابع. تنتهي المناقشة بتقديم ملخص لأبرز النتائج، ثم تقديم بعض التوصيات الخاصة بإجراء مزيد من الدراسات والبحوث. ويلى ذلك، عرضاً مفصلاً للنموذج المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات الفعالة ونتائج تقويم البرامج العاملة في الأردن.

مناقشة نتائج تقويم البرامج

لقد حصل محور العاملين على أعلى معدل في استبانة الأسر، بينما حصل على أدنى معدل على استبانة العاملين، وهذا المحور هو الوحيد الذي اختلفت طبيعة فقراته ما بين استبانة الأسر والعاملين. فبينما سئلت الأسر عن رأيهم بمعرفة ومهارة العاملين في التعامل والتفاعل مع الأطفال والأسر، كذلك في التزامهم بالعمل والتعاون والاحترام المتبادل فيما بين العاملين، سئل العاملون عن أمور محددة تتعلق بإعدادهم في مرحلة الإعداد المهني قبل الخدمة وكذلك بالأنشطة المتاحة لهم والمتعلقة بالتطوير والتدريب أثناء الخدمة. كان تقويم الأسر لهذا المحور يشير إلى تطبيق في الحدود الدنيا من الدرجة العالية جداً، مما عكس رضا الأسر عن العاملين. وقد حصل مفهوم خصائص العاملين في الجزء المتعلق بالتحليل النوعي للاستبانة على نسبة ١٤% من نقاط القوة المذكورة، وقدمت ٨٨% من هذه النسبة من مجموعة الأسر. جاءت هذه النسبة ثالث أعلى نسبة في نقاط القوة. هذا التوافق بين النتائج الكمية والنوعية يعزز من مصداقية النتائج ويؤكد على رضا الأسر عن العاملين.

أما فيما يتعلق بحصول محور اعداد وتطوير العاملين على أدنى معدل على استبانة تقييم العاملين فقد عكس عدم رضا العاملين عن عملية اعدادهم المهني، فالفقرات المتعلقة بعملية الإعداد قبل الخدمة حصلت على معدل ٣٨%، وجاءت ادني وزن مئوي فيها وقدره ١٦% على الفقرة المتعلقة بالعمل ضمن فريق، علما بان العمل الفريقي يعتبر من أهم الخصائص التي تحدد أفضل الممارسات في مجال التدخل المبكر (Bailey, Simeonsson, Yoder, & Huntington, 1990; Briggs, 1997). بينما حصلت الفقرات المتعلقة بالتطوير والتدريب أثناء الخدمة على معدل قدره ١٨% مما عكس تطبيقا أدنى بكثير من المتوسط وأشار الى ضعف البرامج بهذه الناحية، مع العلم بان مسألة التدريب أثناء الخدمة يعول عليها كثيرا في الدول العربية نظرا لغياب أو قلة برامج الإعداد قبل الخدمة (الخطيب والحديدي، ١٩٩٨). وقد توافقت نتائج محور إعداد العاملين مع نتائج التحليل النوعي، الذي أظهر تكرار فكرة قلة التدريب أثناء الخدمة بنسبة ٨١% من مجموع نقاط الضعف المذكورة للبرنامجين، وجاءت جميعها من عينة العاملين.

محور تلبية الحاجات حصل على أدنى معدل في استبانة تقييم الأسر للخدمة وثاني أدنى معدل في استبانة تقييم العاملين للخدمة وعكس تطبيقا أدنى من المتوسط. وحصلت الفقرة المتعلقة بتوفر الخدمات في المنطقة الجغرافية التي يعيش أو يعمل بها المشاركون على أدنى وزن مئوي لهذا المحور وقدره ١٤% للأسر و١٧% للعاملين. إن النتائج المتدنية على هذه الفقرة جاءت متوافقة مع التحليل النوعي للبيانات الذي أشار إلى عدم كفاية الخدمات. إذ حصلت الفقرة المتعلقة بعدم كفاية الخدمات على أعلى نسبة تكرار لنقاط الضعف وقدرها ٢٩%، وشملت ثلاث أفكار هي: الحاجة إلى خدمات أكثر بنسبة تكرار قدرها ١٧%، قلة عدد العاملين بنسبة تكرار قدرها ٥٨%، والنقص في المراكز المتوفرة بنسبة قدرها ٣٩%. وهذا يؤكد واقع الحال في الأردن،

حيث أشار تقرير الدراسة الوطنية للأطفال الأقل حظا في الأردن ان نسبة ٧٩٤% فقط من مجموع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يصلهم نوع من الخدمة (اليونيسف، ٢٠٠٣). إنما حصول فكرة عدم كفاية الخدمات على اعلى نسبة تكرار في نقاط الضعف كانت متوقعة نوعا ما، فبالإضافة الى النقص الواضح في توفر الخدمات في الأردن، الا ان العديد من الدراسات تشير ايضا الى ميل الأسر دائما الى طلب المزيد من التدخل لأطفالهم. ففي دراسة حول وضع خدمات العلاج التأهيلي في برامج التدخل المبكر كان الاعتقاد السائد لدى الأسر ان الأكثر هو دائما الأفضل (McWilliam & Young, 1996).

حصلت الفقرة المتعلقة بالرضا عن الخدمات المقدمة للأسر على محور تلبية الحاجات على معدل أدنى من المتوسط على استبانة الأسر بينما حصلت الفقرة المتعلقة بالرضا عن الخدمات المقدمة للأطفال على معدل أعلى من المتوسط، مما يشير الى ان درجة رضا الأسر عما يقدم للأطفال أعلى من درجة رضاهم عما يقدم للأسر. وقد توافق ذلك مع إجاباتهم على محور الأنشطة والاجراءات حيث حصلت الفقرات التي تمثل الأنشطة المتعلقة بتمركز الخدمة حول الأسر على تقويم أدنى من المتوسط، والفقرات المتعلقة بخدمة الأطفال على تقويم متوسط. أما على استبانة العاملين فقد حصلت الفقرة المتعلقة بالرضا عن الخدمات المقدمة لتطوير الأطفال والفقرة المتعلقة بالرضا عن الخدمات المقدمة للأسر على معدل متوسط. بينما حصلت الفقرات المتعلقة بخدمة الأطفال على محور الأنشطة والاجراءات على تقويم أعلى من المتوسط، وحصلت الفقرات المتعلقة بتمركز الخدمة حول الأسر على تقويم متوسط. وهذا مؤشر على ان الخدمة في هذه البرامج لم تصل بعد إلى نموذج التمركز حول الأسر، بل ما زالت تعمل ضمن نماذج التحالف مع الأسر أو

الاهتمام بالأسر وهي مراحل متوسطة في الانتقال من نموذج تركز الخدمة حول الإخصائيين إلى تركز الخدمة حول الأسر.

تجدر الإشارة هنا الى ان نتائج التحليل النوعي قد أظهرت أن من أعلى التكرارات في النقاط الايجابية للبرامج كان لمفهوم تطوير مصادر الأسر، الذي حصل على نسبة تكرر قدرها ١٤%. والنظرة المعمقة في النتائج تبين ظهور ثلاثة أفكار رئيسية في مفهوم تطوير قدرات الأسر هي: ١- رفع قدرات الأسر في رعاية الأطفال ٢- تقديم الدعم المعنوي للأسر ٣- تقديم المعلومات عن الخدمات المتوفرة. جاءت ٤٠% من تكرارات هذه الأفكار من عينة الأسر و ٦٠% من عينة العاملين، علما بان عدد افراد عينة الأسر كان اربعة واربعون فردا والعاملين ستة وعشرون فردا، وهذا يشير إلى احتمالية تقويم العاملين لأدوارهم في رفع قدرات الأسر بشكل أعلى من تقويم الأسر لهذه الأدوار. مما قد يفسر حصول معدل الأنشطة والاجراءات المتعلقة بالأسر على استبانة الأسر على تقويم أدنى من المتوسط، بينما حصولها على استبانة العاملين على تقويم متوسط.

كما تجدر الإشارة أيضا على انه بالرغم من حصول مفهوم تطوير مصادر الأسر على نسبة تكرر عالية في نقاط القوة، إلا أن النقص في الأنشطة الموجهة للأسر ظهر في نقاط ضعف البرامج بنسبة تكرر قدرها ٧%، وهي مؤشر قوي على حاجة البرامج إلى التنبه والتركيز على تفعيل وتطوير الأنشطة التي تتوجه نحو دعم الأسر ورفع كفاءاتهم وتطوير مصادرهم.

الأنشطة والاجراءات التي تمثل اسلوب عمل الفريق ظهرت على استبانة العاملين بصورة رئيسية، وكان أضعف تقويم للفقرات المتعلقة بأسلوب عمل الفريق هو للفقرة المتعلقة بالنقاء كافة اعضاء الفريق باجتماعات دورية لاعداد وتعديل الخطط بشكل يناسب حاجات العمل، اذ حصلت على

معدل قدره ٣٩% لبرنامج بورتيج و ٥٤% لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر. فيما حصلت الفقرة المتعلقة بمساعدة اعضاء الفريق بعضهم البعض في تعلم المهارات على محور الأنشطة والاجراءات على معدل مشترك قدره ٥٦%. وهذه النتائج لا تتماشى مع نتائج محور الفلسفة الذي حصلت فيه الفقرة المتعلقة بتشجيع البرنامج للمشاركة ما بين العاملين بالمصادر والمعرفة على معدل مشترك للبرنامجين قدره ٧٣%، فالفلسفة المتعلقة بالمشاركة ما بين العاملين لم يقابلها تقويم بدرجة متقاربة على محور الأنشطة التي تترجم هذه الفلسفة.

ظهر تباين واضح في تقويم الأسر والعاملين لمحور المكان والأدوات ما بين برنامج بورتيج وبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر، حيث كان التقويم لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر أفضل. وبينما عكس ذلك تطبيقا بدرجة أفضل لهذا المحور في برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر عنه في برنامج بورتيج، إلا أن نظرة تفصيلية على النتائج ضرورية. فالفقرة المتعلقة بتوفير الألعاب والمواد التعليمية، والفقرة المتعلقة بتوفر الأدوات والأجهزة لتدريب وعلاج الأطفال، كانتا مشتركتان للبرنامجين. كان معدلها على استبانة الأسر ٤٥% والعاملين ٢٨% لبرنامج بورتيج، بينما لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر كان معدلها للأسر ٨٠% وللعاملين ٨٣%. توافقت هذه النتيجة مع التحليل النوعي الذي أظهر انه من ابرز نقاط الضعف في أسلوب الزيارة المنزلية المطبق ببرنامج بورتيج هي فكرة قلة توفر الأدوات والأجهزة والتي حصلت على نسبة تكرار قدرها ٨١%. كما توافقت درجة التقويم العالية لهاتين الفقرتين لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر مع نتائج التحليل النوعي الذي أظهر انه من ابرز نقاط القوة في أسلوب الخدمة داخل المركز هي فكرة توفر المكان والأجهزة والأدوات المناسبة والتي حصلت على نسبة تكرار قدرها ٦٥%. لكن سئل العاملون عن ثلاث فقرات إضافية على محور المكان والأدوات،

اثان منهم تتعلقان بتوفر المقاييس والاختبارات المحكية المرجع لدى البرامج وتوفر البرامج أو الجداول النمائية والتربوية للاستعانة بها أثناء تطوير خطط الأطفال الفردية. ومع ان معدل محور المكان والأدوات أظهر تطبيقا أفضل لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر، الا ان في هاتين الفقرتين بالتحديد كان معدل بورتيج ٧٣% ومعدل جمعية الحسين للتدخل المبكر ٣١%. مما يدل على تطبيق أفضل بكثير بهذه الناحية لبرنامج بورتيج. وقد ظهر هذا الأمر في التحليل النوعي أيضا، إذ حصلت فكرة استخدام أسلوب بورتيج التطوري على ثامن أعلى تكرار في نقاط القوة وقدره ٧٢%، وكانت فكريتي تقديمه الخطط التعليمية المنظمة واحتوائه على التقويمات من ابرز النقاط التي جعلت استخدام منهاج بورتيج ايجابيا للبرنامج. بالمقابل حصلت فكرة عدم توفر المقاييس والبرامج للاستعانة بها على ٢٣% من نقاط الضعف الكلية المذكورة، ووردت من قبل ٦٧% من العاملين ببرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر وتؤكد على الضعف الذي ظهر في النتائج الكمية المتعلقة بتوفر المقاييس والبرامج في برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر.

ذكر في الادب المتصل بموضوع نماذج تقديم الخدمة من حيث المكان، أن من أبرز ايجابيات الخدمة في المنزل أنها تؤمن الخدمة في الاماكن الريفية والنائية حيث تشكل عملية نقل الأطفال بين المنزل والمركز مشكلة كبيرة، وتوفر خدمات للأطفال في بيئاتهم الطبيعية (الخطيب والحديدي، ١٩٩٨ ; Briggs, ١٩٩٧). وقد حصلت فكرة ميزة الخدمة في المنزل على خامس أعلى تكرار من نقاط القوة، ووردت فيها فكرة استغلال بيئة الطفل بتكرار قدرة ٣%، وفكرة توفير الوقت والجهد ٢٧% وفكرة الوصول للمناطق النائية ٣%، وبالتالي جاءت متوافقة مع ما يذكر في الادب. كما ان فكرة خدمة المواصلات وتخفيف العبء المادي التي ذكرتا ضمن الأمور الايجابية المشتركة بين البرنامجين تنطبقان على ايجابيات الخدمة في المنزل أيضا. كما يذكر الأدب ان من سلبيات

نموذج العمل في المنزل انه قد لا يؤمن الأجهزة والأدوات والفرص للعمل الفرقي، كما يمكن أن يحدث داخل المركز (Gargiulo & Kilgo, 2001)، وهذا ما ظهر في التحليل النوعي. إذ كان من ابرز الأفكار في ضعف أسلوب الزيارة المنزلية التي جاءت ثاني أعلى تكرار في نقاط الضعف، قلة توفر الأجهزة والأدوات التي حصلت على نسبة تكرار قدرها ٨١%، وعدم شمولية الخدمة نظرا لغياب العمل الفرقي والتي حصلت على نسبة تكرار قدرها ٨٧%. وقد كانت مؤشرا قويا الى الحاجة الى تنوع مهارات وخبرات القائمين على تقديم الخدمات داخل المنزل.

كما يذكر الادب المتصل بموضوع نماذج الخدمة من حيث المكان، انه من ابرز الايجابيات للخدمة في المركز، توفير الخدمات الشاملة من قبل أخصائيين مؤهلين حيث تتوفر الأدوات والأجهزة بشكل مناسب (الخطيب والحديدي، ١٩٩٨؛ Briggs, ١٩٩٧)، وهذا ما ظهر بنتائج هذه الدراسة. فقد تبين ان من ابرز الأفكار المتعلقة بالميزات الايجابية لنموذج العمل داخل المركز (والذي حصل على نسبة تكرار قدرها ٩١%) كانت توفير المكان والأجهزة والأدوات المناسبة التي تم ذكرها، بالإضافة إلى تقديم خدمات شاملة طبية وتربوية وتأهيلية واجتماعية والتي حصلت على تكرار قدره ٤٥% من نقاط القوة. كما تبين ان من ابرز المشاكل أو نقاط الضعف في نموذج العمل داخل المركز هي مسألة المواصلات والصعوبات المرتبطة بالتنقل ذوي الاحتياجات الخاصة وبعد المسافات بين المركز ومكان السكن. وقد علق عليها حوالي ٥٠% من أسر برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر، وجاءت تعليقاتهم متوافقة مع ما يشير إليه الأدب المتصل بموضوع نماذج الخدمة من حيث سلبيات الخدمة داخل المركز.

لقد حصل محور الفلسفة على أعلى وزن مئوي على استبانة العاملين وقدره ٦٨%، بينما حصل على رابع أعلى وزن مئوي على استبانة الأسر وقدره ٥٤%. في حين حصلت الفقرة المتعلقة بالتعاون عبر المؤسسات والبرامج المجتمعية على هذا المحور على أدنى وزن مئوي وقدره ٢٣% على استبانة الأسر، و٣٢% على استبانة العاملين. وهذه النتيجة متوقعة، حيث تبين من مراجعة نظم خدمات التدخل المبكر عبر الدول انه غالباً ما تعاني الدول النامية من الصراع والازدواجية وعدم التنسيق بين القطاعات المعنية والبرامج والمؤسسات المجتمعية (Khouzam, Chenouda, & Naguib, 2003; Lumpkin & Aranha, 2003). وجدت الباحثة ان استراتيجية تفعيل الشركاء والتعاون بين كافة القطاعات والبرامج المجتمعية المعنية بخدمات التدخل المبكر في المجتمع هي من ابرز مقومات الخدمة الفعالة (Sandall, Mclean, & Smith, 2000). بالتالي تصبح هذه قضية بحاجة إلى عناية جيدة في عملية التخطيط لتطوير الخدمات.

حصلت الفقرة المتعلقة باشتراط فلسفة البرنامج على مشاركة الأسر في كافة مراحل تقديم الخدمة على وزن مئوي قدره ٨٢% على استبانة تقويم العاملين للخدمة، ووزن مئوي قدره ٧١% على استبانة تقويم الأسر للخدمة. بالمقابل جاءت الفقرات المتعلقة بمشاركة الأسر في تقويم وتخطيط وتنفيذ البرنامج وفي بناء علاقة التشارك مع الأسر، التي ظهرت على محور الأنشطة والإجراءات بمعدل ٥٤% للعاملين و ٤٥% للأسر. بالتالي نستطيع القول ان التقويم المرتفع لفقرة الفلسفة المتعلقة بمشاركة الأسر لم يقابلها تقويم بدرجة مشابهة أو قريبة على محور الأنشطة والإجراءات المتعلقة بتنفيذ هذه الفلسفة.

حصلت الفقرتان المتعلقتان باهداف دعم الأسر ورفع كفاءاتهم في رعاية أطفالهم على محور الأهداف على معدل ٥٦% على استبانة الأسر و ٧٨% على استبانة العاملين. ومرة أخرى تظهر احتمالية ان العاملين قد يقيمون أدوارهم مع الأسر أعلى من تقويم الأسر لها. كما يظهر عدم توافق في تقويم الأهداف المتعلقة بالأسر مع الأنشطة والإجراءات المتعلقة بالأسر والتي كان معدلها ٣٦% للأسر و ٤٨% للعاملين. وهذا يؤكد على ضرورة ترجمة الفلسفة والأهداف بخطوات عمل وإجراءات واضحة تعكس الفلسفة والأهداف عند اقتراح نموذج لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن.

كما حصل الهدفان الأخيران على محور الأهداف المتعلقة بزيادة وعي المجتمع بسبل الوقاية من الإعاقة وبأهمية التشخيص والتدخل المبكر، على معدل ٢٥% على استبانة الأسر ومعدل ٥٢% على استبانة العاملين. بينما حصلت الفقرة المتعلقة بتنفيذ الأنشطة التوعوية على محور الأنشطة والإجراءات في استبانة العاملين على معدل قدره ١٨%، مما يدل على تقويم بعيد جدا عن تقويمهم لفقرات الأهداف المتعلقة بالتوعية. قد يكون السبب اعتقاد العاملين بأنهم يقومون بدور توعوي مع الأسر بأساليب غير مباشرة لم يتم التنويه لها على الفقرة التي تعلقت بالأنشطة التوعوية المنظمة، مثل إعداد المنشورات والمشاركة بالندوات... الخ. لكن حتى لو كان ذلك صحيحا، لا بد من التركيز على تحديد خطوات عمل وإجراءات واضحة في عملية التوعية عند اقتراح النموذج لتطوير الخدمات، خصوصا وان تقويم الأسر لدرجة تطبيق هذا الهدف كان أقل بكثير عن تقويم العاملين له، كما ان ضعف الوعي المجتمعي حصل على رابع أعلى معدل تكرار وقدره ٨% في نقاط ضعف البرامج.

حصلت الفقرة المتعلقة باستخدام الطرق الموضوعية للتحقق من فاعلية الخدمة المقدمة على محور التقييم والمتابعة، على أدنى وزن مئوي لفرقات هذه المحور، فكانت للأسر ٣١% وللعاملين ٢٤%. ومن الممكن ربط نتيجة تقييم هذه الفقرة مع فكرة ضعف الإشراف والمتابعة الإدارية والفنية التي وردت في التحليل النوعي للبيانات وحصلت على نسبة تكرار قدرها ٣٥% من نقاط ضعف البرامج. ان قضية الإشراف والمتابعة للبرامج وما يتبعها من ضرورة التحقق من فاعلية البرامج بطرق منظمة وموضوعية أمر لا بد من التخطيط له مع بداية التخطيط لإعداد البرامج (Lumpkin & Aranha, 2003).

هناك فقرتان على محور التقييم والمتابعة وردتا فقط على استبانة العاملين، الأولى تعلقت باستخدام البرنامج أساليب عديدة ومتنوعة في عملية تقييم الأطفال وحصلت على وزن مئوي قدره ٦٢%، والثانية تعلقت بعملية التوثيق الدوري والمنظم وحصلت على وزن مئوي قدره ٧٣%. لقد كان شعور الباحثة بان الإجابات على هاتين الفقرتين لم تعكس الصورة الحقيقية للوضع، لكن هذه إحدى محددات إستراتيجية التقييم الذاتي الذي استخدم في هذه الدراسة، فقد تكون استجابة المشاركين نابعة من معرفتهم وتجربتهم الخاصة بأساليب التقييم أو بعملية التوثيق والتي قد لا تمثل الصورة الحقيقية والمثالية لهذه العمليات.

أبرز نتائج تقييم البرامج

١- حصل محور العاملين على أعلى معدل على استبانة تقييم الأسر للخدمة وعكس رضا الأسر عن معرفة ومهارة العاملين والتزامهم بالعمل، وقد حصل مفهوم خصائص العاملين على نسبة ١٤% من نقاط القوة المذكورة، وقدمت ٨٨% من هذه النسبة من مجموعة الأسر.

٢- حصل محور إعداد وتطوير العاملين على أدنى معدل على استبانة تقويم العاملين للخدمة وعكس ضعف رضا العاملين عن عملية إعدادهم المهني قبل الخدمة، وجاء ادني وزن مئوي على الفقرات المتعلقة بالاعداد قبل الخدمة على الفقرة المتعلقة بالعمل ضمن فريق وكانت قيمتها ١٦% . كما حصلت الفقرات المتعلقة بالتطوير والتدريب أثناء الخدمة على معدل قدره ١٨% مما عكس ضعف البرامج بهذه الناحية، وظهرت فكرة قلة التدريب أثناء الخدمة بنسبة ٨١% من مجموع نقاط الضعف المذكورة للبرنامجين، وجاءت جميعها من عينة العاملين.

٣- حصل محور تلبية الحاجات على أدنى معدل على استبانة تقويم الأسر للخدمة وثاني أدنى معدل على استبانة تقويم العاملين للخدمة. وحصلت الفقرة المتعلقة بتوفر الخدمات في المنطقة الجغرافية التي يعيش أو يعمل بها المشارك على أدنى وزن مئوي لهذا المحور وقدره ١٤% للأسر و١٧% للعاملين. بينما حصلت الفكرة المتعلقة بعدم كفاية الخدمات على أعلى نسبة تكرار لنقاط الضعف في البرامج وقدرها ٢٩%.

٤- تكررت فكرة تخفيف العبء المادي على الأسر بنسبة ٨,٣% من نقاط قوة البرامج، وكانت ثالث أعلى تكرار كفاءة.

٥- ظهرت مؤشرات على ان الخدمة في البرامج لم تصل بعد إلى نموذج التمركز حول الأسر، بل ما زالت تعمل بمراحل متوسطة في الانتقال من نموذج تمركز الخدمة حول الإخصائيين إلى تمركز الخدمة حول الأسر. فقد كان الرضا عما يقدم للأطفال أعلى من الرضا عما يقدم للأسر. كما ان الفقرات المتعلقة بخدمة الأطفال على محور الأنشطة والاجراءات حصلت على تقويم أعلى من الفقرات المتعلقة بتمركز الخدمة حول الأسر. وظهرت فكرة النقص في الأنشطة الموجهة للأسر في نقاط ضعف البرامج بنسبة تكرار قدرها ٧%.

٦- ظهر اكبر تباين بين نتائج البرنامجين على محور المكان والأدوات. فقد كان معدل الفقرتين المتعلقةتين بتوفر الألعاب والمواد التعليمية، وبتوفر الأدوات والأجهزة لتدريب وعلاج الأطفال على استبانة الأسر ٤٥% والعاملين ٢٨% لبرنامج بورتيج، بينما كان معدلها لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر على استبانة الأسر ٨٠% والعاملين ٨٣%. وظهر انه من ابرز نقاط الضعف في أسلوب الزيارة المنزلية المطبق ببرنامج بورتيج هي فكرة قلة توفر الأدوات والأجهزة التي حصلت على نسبة تكرار قدرها ٨١%، ومن ابرز نقاط القوة في أسلوب الخدمة داخل المركز هي فكرة توفر المكان والأجهزة والأدوات المناسبة التي حصلت على نسبة تكرار قدرها ٦٠%.

٧- كان معدل الفقرات التي تعلقت بتوفر المقاييس والاختبارات، وتوفر البرامج أو الجداول النمائية والتربوية للاستعانة بها أثناء تطوير خطط الأطفال الفردية على محور المكان والأدوات في استبانة العاملين لبرنامج بورتيج ٧٣%، ولجمعية الحسين للتدخل المبكر ٣١%. مما يدل على تطبيق أفضل بكثير بهذه الناحية لبرنامج بورتيج. كما حصلت فكرة استخدام أسلوب بورتيج التطوري على ثامن أعلى تكرار في نقاط القوة وقدره ٧٢%، بينما حصلت فكرة عدم توفر المقاييس والبرامج للاستعانة بها على ٢٣% من نقاط الضعف الكلية المذكورة، ووردت من قبل ٦٧% من العاملين ببرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر.

٨- ظهر توافق كبير بين ما يذكره الأدب من إيجابيات وسلبيات في نموذج تقديم الخدمة داخل المنزل وما توصلت إليه الدراسة من نتائج. فقد حصلت فكرة ميزة الخدمة في المنزل على خامس أعلى تكرار في نقاط القوة، ووردت فيها فكرة استغلال بيئة الطفل بتكرار قدره ٣%، وفكرة توفير الوقت والجهد ٧٢% وفكرة الوصول للمناطق النائية ٣%. وكان من ابرز الأفكار في ضعف

أسلوب الزيارة المنزلية قلة توفر الأجهزة والأدوات التي حصلت على نسبة تكرار قدرها ٨١% ،
وعدم شمولية الخدمة التي حصلت على نسبة تكرار قدرها ٧٨%.

٩- ظهر توافق كبير بين ما يذكره الأدب من ايجابيات وسلبيات في نموذج تقديم الخدمة داخل المركز وما توصلت إليه الدراسة من نتائج. فقد تبين ان من ابرز الأفكار المتعلقة بالميزات الايجابية لنموذج العمل داخل المركز كانت توفير المكان والأجهزة والأدوات المناسبة التي حصلت على تكرار قدره ٦,٥%، وتقديم خدمات طبية وتربوية وتأهيلية واجتماعية شاملة والتي حصلت على تكرار قدره ٥٤% من نقاط القوة. كما تبين ان من ابرز المشاكل أو نقاط الضعف في نموذج العمل داخل المركز هي مسألة المواصلات والصعوبات المرتبطة بالتنقل ذوي الاحتياجات الخاصة وبعد المسافات بين المركز ومكان السكن، وقد علق عليها ٥٠% من أسر برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر.

١٠- لقد حصل محور الفلسفة على أعلى معدل على استبانة العاملين ورابع أعلى معدل على استبانة الأسر. الا ان الفلسفة المتعلقة بالتعاون عبر المؤسسات والبرامج المجتمعية حصلت على أدنى وزن مؤوي وقدرها ٢٣% على استبانة الأسر، و ٣٢% على استبانة العاملين.

١١- ان التقييم المرتفع لبعض فقرات الفلسفة والأهداف قابلها تقويم أضعف بكثير على محور الأنشطة والإجراءات التي تترجم هذه الفلسفات أو الأهداف. ومن الأمثلة على هذه الفقرات: فلسفة المشاركة بين العاملين وفلسفة مشاركة الأسر والأهداف المتعلقة بتطوير مصادر الأسر والأهداف المتعلقة بالتوعية المجتمعية.

١٢- حصل محور التقييم والمتابعة على معدل قدره ٥٩% على استبانة العاملين، و ٥٢% على استبانة الأسر، بينما حصلت الفقرة المتعلقة باستخدام الطرق الموضوعية للتحقق من فاعلية الخدمة المقدمة على أدنى وزن مؤوي لفقرات هذه المحور، فكانت للأسر ٣١% وللعاملين ٢٤% .

ووردت فكرة ضعف الأشراف والمتابعة الإدارية والفنية بنسبة تكرر قدرها ٣٥% من نقاط ضعف البرامج.

١٣- تكررت فكرة الدمج المدرسي والدمج المجتمعي بنسبة ٥,٤% من نقاط القوة، بينما تكررت فكرة ضعف الوعي المجتمعي بنسبة ٨,٥% من نقاط الضعف.

التوصيات المتعلقة بإجراء المزيد من الدراسات

- ١- إجراء الدراسات المتعلقة بتقويم عمليات البرامج بمشاركة الإداريين والعاملين والأسر، بحيث تقوم كل مجموعة من المشاركين بتقويم الجوانب التي تكون أكثر علما ودراية فيها. بهذا الأسلوب من الممكن أن يركز الباحث على جانب معين من العمليات بتفصيل أكبر مع المجموعة التي لديها المعلومات الأدق حول هذا الجانب.
- ٢- إجراء الدراسات المتعلقة بدرجة استعداد الخريجين من الكليات التربوية والتأهيلية عند البدء بالعمل في مجال التدخل المبكر، والدراسات المتعلقة بحاجات العاملين للتدريب أثناء الخدمة وبتطوير هذه العملية داخل البرامج.
- ٣- إجراء دراسات تتعلق بإدراك العاملين لمفهوم تركز الخدمة حول الأسر، ودرجة تطبيقهم لهذا الأسلوب في تقديم الخدمة، وما هي المعوقات التي تحول دون التطبيق الأمثل لتركز الخدمة حول الأسر. وفي ضوء نتائج مثل هذه الدراسات، إعداد برامج التدريب المناسبة لتطوير توجه العاملين نحو تقديم الخدمات المتمركزة حول الأسر.
- ٤- إجراء الدراسات المتعلقة بالتحقق من فاعلية الخدمة المقدمة من خلال قياس نواتج الخدمة على صعيد الأطفال والأسر، وذلك بالعودة إلى ملفات البرامج التي تطبق أساليب توثيق منظمة.

- ٥- دراسة الإجراءات التي تتبعها البرامج في عملية التوثيق في التقويم وإعداد الخطط وكتابة التقارير الدورية، وفي الأساليب المتبعة في عملية تقويم تطور الأطفال والأسر، ومن ثم تقديم التوصيات للبرامج لتطوير هذه العملية، وذلك لأهميتها في تنظيم الخدمة بكفاءة ولضرورة تواجدها عند إجراء عمليات تقويم البرامج.
- ٦- إجراء الدراسات المتعلقة بتعريب الاختبارات المحكية المرجع والاختبارات المعتمدة على المناهج وكذلك البرامج التي تغطي كافة مجالات التطور لمرحلة الطفولة المبكرة المعروفة عالمياً، وتعديلها لملائمة البيئة الأردنية، ومن ثم ضمان توفرها لدى برامج التدخل المبكر.
- ٧- إجراء دراسات تتعلق بعمليتي الكشف والتشخيص المبكر وتوفير الاختبارات المناسبة لهذه العمليات وذلك لترابطهما الوثيق بعملية تقديم خدمات التدخل المبكر.

النموذج المقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر

سعت الدراسة الحالية إلى اقتراح نموذج لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات العالمية الفعالة ونتائج تقويم البرامج العاملة حالياً في الأردن، وسيعرض النموذج على النحو التالي:

- ١- تحديد الوضع الحالي للسياق الذي يعيشه الأردن خصوصاً فيما يتعلق بالخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية.
- ٢- تحديد المبادئ العامة للنموذج المقترح استناداً إلى الممارسات الفعالة في الميدان.
- ٣- انعكاس نتائج تقويم البرامج على عملية بناء النموذج المقترح.
- ٤- الهيكل التنظيمي للنموذج المقترح.
- ٥- وصف عمليات النموذج: عملية التوعية، عملية الكشف المبكر، عملية التشخيص، عملية التدخل، عملية التقويم والمتابعة.

٦- وصف عناصر التدخل المبكر: الفلسفة والأهداف العامة، المكان، الأدوات، إعداد وتدريب الفريق، أسلوب عمل الفريق، الأنشطة والإجراءات المتعلقة بخدمة الأطفال، والأنشطة والإجراءات المتعلقة بخدمة الأسر.

وتجدر الإشارة إلى انه في اقتراح النموذج لتطوير خدمات التدخل المبكر، برزت ضرورة التطرق إلى عمليات التوعية والكشف والتشخيص. فمع ان النموذج قد ركز على خدمات التدخل المبكر تحديدا والتي هي موضع اهتمام الدراسة الحالية، إلا انه لتلبية أهم عناصر الفاعلية في خدمات التدخل المبكر، ألا وهي البدء بتقديم الخدمات بعمر مبكر، كان لا بد من التخطيط لعملية كشف وتحويل مترابطة ووثيقة الصلة بعملية التدخل.

أولاً: السياق الوطني الحالي

تعتبر المملكة الأردنية الهاشمية من الدول النامية في الشرق الأوسط وتبلغ مساحتها حوالي تسعة وثمانون ألف كم مربع، ويقدر عدد سكانها بحوالي ٤ر٥ مليون نسمة، يعيش ٧٨% منهم في المناطق الحضرية، بينما يتركز اكثر من ثلثي السكان في ثلاث محافظات هي: العاصمة، الزرقاء، واريب (دائرة الإحصاءات العامة، ٢٠٠٤).

تشرف وزارة التربية والتعليم على ٧٠% من التعليم العام في المملكة، بينما تتولى جهات حكومية أخرى ووكالة الغوث والتعليم الخاص الإشراف على ٣٠% من التعليم العام. يبدأ السلم التعليمي بمرحلة رياض الأطفال وهي مرحلة غير إلزامية مدتها سنتان، ومعظمها يتبع للتعليم الخاص. بلغ عدد غرف الروضة في المدارس الحكومية في العام الدراسي ٢٠٠٣/٢٠٠٤ حوالي (٢٠٣) غرفة بينما بلغ عدد رياض الأطفال التابعة للقطاع الخاص للعام الدراسي ٢٠٠٣/٢٠٠٤ حوالي (١٢٠٥) روضة أطفال في كافة محافظات المملكة. ومن أهداف وزارة التربية والتعليم إنشاء

(١٤٠) غرفة رياض أطفال إضافية في المدارس الحكومية خلال الأعوام ٢٠٠٤ - ٢٠٠٨ (وزارة التخطيط والتعاون الدولي، ٢٠٠٤).

لقد أصبح التوجه العالمي نحو دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم النظامي، إلا ان مهمة تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة تلقى على عاتق جهات وسلطات وطنية غير تربوية في معظم الدول العربية مثل وزارة التنمية او الشؤون الاجتماعية وغيرها، وليس على عاتق وزارات التربية. وهذا الأمر يوحي وكأن مسألة تعليم هؤلاء الطلبة مرتبطة بالعمل الاجتماعي الخيري والتطوعي فقط، فهم لا يتمتعون بالحق في الحصول على تعليم مناسب (الخطيب، ٢٠٠٢). إلا ان وزارة التربية والتعليم في الأردن قد بادرت بايلاء عناية بتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، فاستحدثت (٣٠٠) غرفة مصادر لصعوبات التعلم في المدارس في مختلف أنحاء المملكة، وقامت برفع الكفاءة المهنية للعاملين مع الأطفال في هذه الفئة (وزارة التخطيط والتعاون الدولي، ٢٠٠٤). أما فيما يتعلق بالدمج في رياض الأطفال فهو إن وجد يطبق على نطاق ضيق جدا وفي مجال الروضات التابعة للقطاع الخاص.

تقدم المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة خدمات رعاية صحية أولية وتنقسم الى خمسة أنواع: المراكز الصحية الشاملة، المراكز الصحية الأولية، المراكز الصحية الفرعية، عيادات طب الأسنان ومراكز الأمومة والطفولة. وحسب التقرير الإحصائي السنوي لعام ٢٠٠٣ لوزارة الصحة يوجد في الأردن ٣٥٣ مركز أمومة وطفولة موزعة على كافة مناطق المملكة. وقد بلغ عدد الأطفال المراجعين الجدد والذين تقل أعمارهم عن السنة عام ٢٠٠٣ حوالي (٥٧٦٦٩) طفل. يقدر عدد سكان الأردن بحوالي (٥٠٠٠٠٠٠) نسمة بينما يقدر معدل النمو السكاني بحوالي ٢٨% (وزارة الصحة، ٢٠٠٣). مما يعني انه من المتوقع وجود حوالي (١٥٣٤٤٠) مولودا جديدا

سنويا، وحوالي ٣/١ هذا العدد يراجع مراكز الأمومة والطفولة. ويتوقع أن يتابع القسم الباقي من خلال مراكز العناية بالأم والطفل التابعة للمستشفيات في القطاع العام أو الخاص وكذلك من خلال عيادات الأطباء الخاصة والمراكز التابعة للقطاع الخيري.

يعتبر قسم التشخيص المبكر للإعاقات احد أقسام مديرية الأمومة والطفولة في وزارة الصحة وقد تأسس هذا القسم عام ١٩٩٠. بلغ عدد الأطفال الذين راجعوا مركز التشخيص المبكر منذ تأسيسه لغاية ٢٠٠٤ حوالي ٥٣٥٣٥ طفل، ٥٤% منهم دون الست سنوات وحوالي ٥٠% منهم من محافظة العاصمة (مركز التشخيص المبكر، ٢٠٠٤). علما بأنه يوجد في الأردن مركز آخر للتشخيص المبكر هو مركز الأمير الحسن للتشخيص المبكر للإعاقات. ويقدم المركز الخدمات التشخيصية لأبناء محافظات الجنوب ويعمل تحت مظلة برنامج التأهيل المجتمعي لمحافظة الجنوب، ويمول من قبل لجنة تنسيق صناعة الأسمدة الأردنية.

تعمل مديرية شؤون المعوقين في وزارة التنمية الاجتماعية على تقديم كافة الخدمات التدريبية والتعليمية والبرامج الإرشادية والتأهيلية الخاصة بالمعوقين من مختلف الفئات، وذلك بالتنسيق والتعاون مع الجهات المعنية والتي لها علاقة بالخدمات المقدمة لكافة فئات المعوقين في الأردن (وزارة التنمية الاجتماعية، ٢٠٠٥). وفي دراسة وضع مراكز رعاية المعوقين في الأردن (اليونيسيف، ٢٠٠١) تم التعرف على الوضع الحالي للخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات في الأردن، وأشارت الدراسة إلى وجود نحو مئة مركز يتبعون الجهات التالية: ثلاثون مركزا يعملون من خلال وزارة الصحة ووزارة التنمية الاجتماعية، تسعة مراكز تأهيل مجتمعي داخل المخيمات وتتبع وكالة الغوث الدولية، خمسة عشر مركزا يعملون في القطاع الخاص، مركزان يعملان من خلال مؤسسات أجنبية غير حكومية، وأربعة وأربعون مركزا يعملون من خلال مؤسسات محلية

غير حكومية (سبعة وعشرون منهم تحت مظلة الاتحاد العام للجمعيات الخيرية، ومركزين مستقلين، وخمسة عشر مركزاً تدار من قبل جمعيات قروية أو مجموعات الأسر الممتدة للعناية بأطفالهم المعوقين).

وفي تقرير الدراسة الوطنية للأطفال الأقل حظاً في الأردن المقدمة للبنك الدولي بالتعاون مع المجلس الوطني لشؤون الأسرة (اليونيسيف، ٢٠٠٣)، أظهرت البيانات التي قدمتها وزارة التنمية الاجتماعية وتقارير اليونيسيف وتقرير وزارة التربية والتعليم المتعلق بخدمة الأطفال الذين يعانون من إعاقة بسيطة أو متوسطة من خلال غرف المصادر، بأن إجمالي الأطفال الذين يصلهم نوع من الخدمة هو حوالي (١٨٧١٩) طفلاً، أي بنسبة تغطية قدرها ٧٩٤% من مجموع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، باعتماد نسبة حدوث الإعاقة (١٠%) التي حددتها منظمة الصحة العالمية. وأشارت الدراسة إلى عدم توفر أية معلومات عن أعداد الأطفال ذوي الحاجات الخاصة دون الست سنوات الذين يتلقون خدمة، أو معلومات عن نوعية الخدمات التي تقدم لهم. وفي المراحل الأولية من أجزاء هذه الدراسة قامت الباحثة بزيارات ميدانية للجهات الرئيسية (مؤسسة العناية بالشلل الدماغي، معهد العناية بصحة الأسرة، برامج التأهيل المجتمعي، مستشفى البشير، برنامج بورتيج، برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر) التي تقدم أي نوع من خدمات تدخل مبكر للأطفال دون السادسة من العمر. ومن خلال مراجعة السجلات المتوفرة لدى هذه الجهات والتي تظهر أعداد المراجعين تبين أن نسبة ٣% ممن يتوقع أن يكونوا بحاجة لخدمات قد وصلهم نوع من الخدمة. وإذا افترضنا أن هناك نسبة أخرى تتلقى خدمات من خلال القطاع الخاص أو غيرها من الجهات فيتوقع أن تكون النسبة أعلى، إنما بأفضل الأحوال لا يتوقع أن تزيد نسبة التغطية عن ٥% إذا اعتمدنا نسبة العجز والإعاقة ١٠%.

ثانياً: المبادئ العامة

تم اقتراح النموذج لتطوير خدمات التدخل المبكر انطلاقاً من جملة من المبادئ المستخلصة من مراجعة أنظمة خدمات التدخل المبكر عبر الدول المختلفة (Odom, Hanson, Blackman, & Kaul, 2003) ومن نتائج البحوث المتعلقة بمؤشرات الخدمة الفعالة (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003) وهي:

- ١- تفعيل التعاون والشراكة بين كافة القطاعات والبرامج المجتمعية المعنية بخدمات الكشف والتدخل المبكر في المجتمع الأردني.
- ٢- البدء بتقديم الخدمات في أبكر عمر ممكن للأطفال.
- ٣- المرونة في اختيار نموذج الخدمة أو اتخاذ القرارات المتعلقة بمتغيرات الخدمة بشكل يناسب حاجات الأسر والأطفال.
- ٤- استغلال البيئات الطبيعية للأطفال مع التركيز على دمج الأطفال قدر المستطاع.
- ٥- استخدام التقويمات المناسبة تطورياً لسلوكيات واهتمامات الأطفال والتي تكون ذات فائدة في تخطيط عملية التدخل مع الأطفال.
- ٦- الاستعانة بمناهج وجداول نمائية وتربوية أثناء تطوير الخطط الفردية للأطفال.
- ٧- تعدد الأساليب والطرق التعليمية لتناسب الحاجات المختلفة للأطفال.
- ٨- التوجه نحو العمل الجماعي كأسلوب عمل الفريق من خلال نماذج بين التخصصات، وعبر التخصصات (للأطفال دون ثلاث سنوات).
- ٩- تبني نموذج تركز الخدمة حول الأسر وتحديد الممارسات والإجراءات التي تعكس ذلك.
- ١٠- التركيز على الأنشطة التي تساهم في زيادة وعي المجتمع فيما يتعلق بالإعاقة.

ثالثاً: انعكاس نتائج تقويم البرامج على عملية بناء النموذج المقترح:

- ١- ضرورة توفير خدمات التدخل المبكر بشكل يغطي معظم مناطق المملكة ويلبي الحاجات بأقل تكلفة ممكنة على الأسر.
- ٢- ضرورة تفعيل الشركاء والتعاون بين كافة القطاعات والبرامج المجتمعية المعنية بخدمات التدخل المبكر.
- ٣- المحافظة على المزايا الإيجابية في البرامج وأهمها خصائص العاملين وقدرة البرامج على تحسين قدرات الأطفال وتطوير مصادر الأسر والتركيز على الدمج.
- ٤- أهمية إيلاء موضوع إعداد العاملين وتطويرهم أثناء الخدمة عناية خاصة في النموذج.
- ٥- الحاجة إلى تفعيل وتطوير الأنشطة التي تتوجه نحو دعم الأسر ورفع كفاءاتهم بأسلوب تركز الخدمة حول الأسر.
- ٦- المرونة في استخدام نموذجي الخدمة داخل المنزل وداخل المركز، فكلاهما يملكان نقاط قوة وضعف تستدعي المحافظة على النموذجين معاً.
- ٧- الإهتمام بموضوع توفر المقاييس والبرامج وتنوعها، وذلك لمساعدة العاملين في تطوير وتطبيق الخطط الفردية للأطفال.
- ٨- ضرورة ترجمة الفلسفة والأهداف في النموذج بخطوات عمل وإجراءات واضحة تترجم الفلسفة والأهداف.
- ٩- تحديد آلية للمتابعة والإشراف تضمن تنفيذ القوانين على المستوى المحلي وتحافظ على تقديم الخدمات بمستوى جيد.
- ١٠- الإهتمام بزيادة الوعي المجتمعي فيما يتعلق بأهمية الكشف والتدخل المبكر.

رابعاً: الهيكل التنظيمي

انطلاقاً من مبدأ تفعيل التعاون والشراكة بين القطاعات الرسمية والأهلية، يقترح أن يتم تنظيم خدمات التدخل المبكر من خلال جهد جماعي متكامل يشمل الوزارات والجهات المعنية الحكومية والأهلية. وذلك بهدف استغلال كافة الموارد والمصادر المادية والبشرية المتوفرة في المجتمع المحلي، وتنسيق الجهود لتسهيل العمل المتكامل بين كافة القطاعات والمؤسسات والبرامج لمنع الصراع والازدواجية اللذان غالباً ما تعاني منهما الدول النامية. وتتمثل الجهات المعنية بتخطيط وتنفيذ ومتابعة برامج التدخل المبكر بما يلي:

١- القطاع العام: وزارة الصحة، وزارة التنمية الاجتماعية، وزارة التربية والتعليم، وزارة التخطيط، الخدمات الطبية الملكية والجامعات الحكومية، والمجالس الوطنية ذات العلاقة مثل المجلس الوطني لشؤون الأسرة والمجلس الوطني للمعوقين.

٢- القطاع الخيري الدولي: منظمات الأمم المتحدة ذات العلاقة مثل مؤسسة وكالة الغوث واليونيسف، وبرامج إقليمية مثل برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية.

٣- القطاع الأهلي التطوعي: مثل اتحاد الجمعيات الخيرية، معهد الملكة زين الشرف التنموي، الصندوق الهاشمي، والمراكز والجمعيات مثل جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية، مركز البنيات للتربية الخاصة، برامج بورتيج، مؤسسة الشلل الدماغي، برامج التأهيل المجتمعي... الخ.

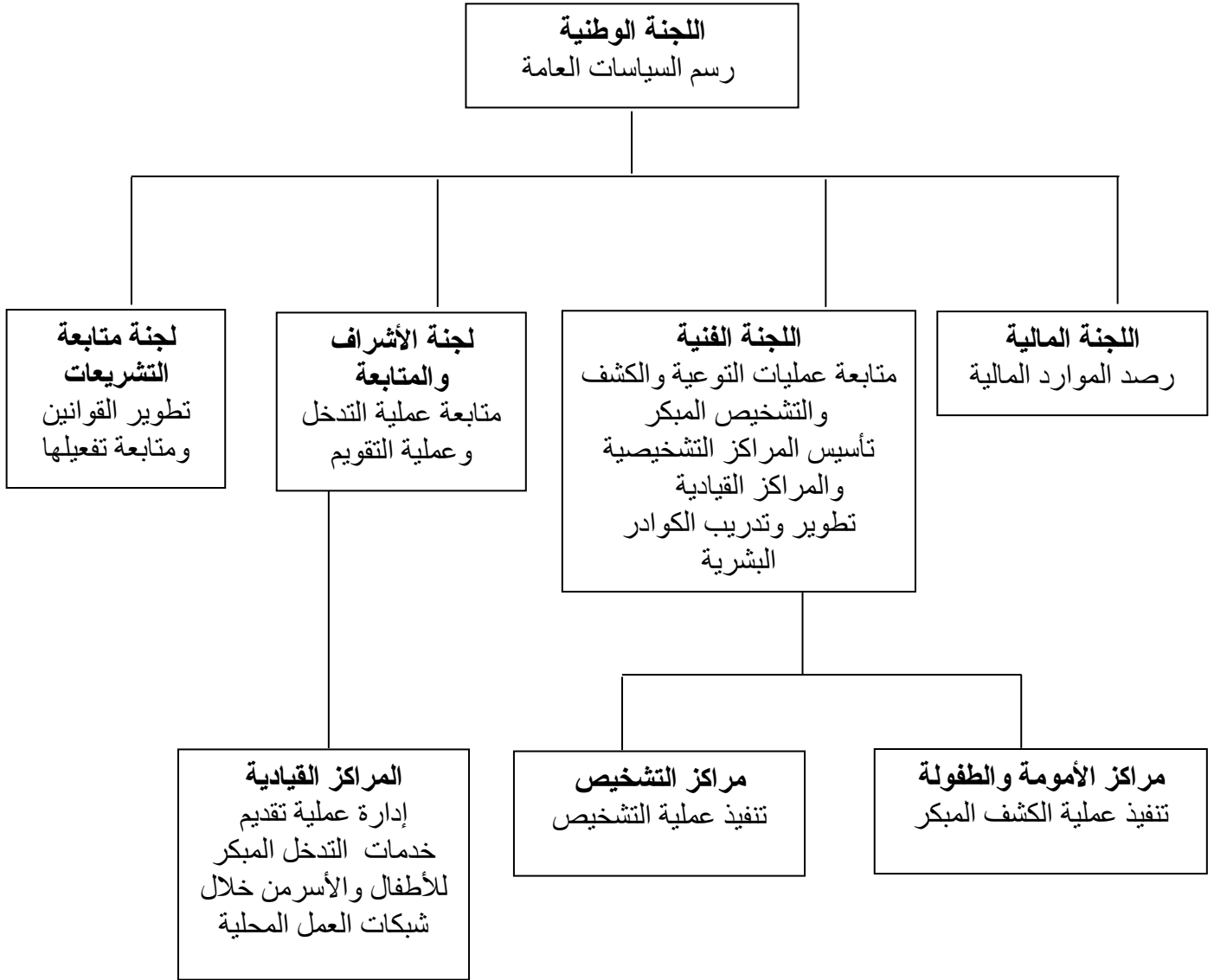
٤- القطاع الخاص: أطباء وأخصائيو مهن طبية وعلاجية وتربوية واجتماعية مساندة في مجال التدخل المبكر.

لتقسيم الأدوار والمسؤوليات بين كافة الجهات المعنية التي تم ذكرها لا بد من تنظيم هيكل من اللجان الوطنية لتخطيط عمليات النموذج والإشراف على المراكز المعنية بتقديم الخدمات على المستوى المحلي. ان محاولة توفير الخدمات في معظم مناطق المملكة وفي أبكر عمر ممكن

للأطفال، كانا عنصران رئيسيان في بناء النموذج. بالتالي فقد اعتبرت مراكز الأمومة والطفولة الموزعة على أنحاء المملكة البوابة الرئيسية في نظام التدخل المبكر للتعرف والكشف المبكر عن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أو الأطفال بموقع الخطر من حصول التأخر أو الإعاقة، كما هو الحال في معظم أنظمة خدمات التدخل حول العالم (Odom, Hanson, Blackman, & Kaul, 2003). استرشدت الباحثة بأفكار تطبيق في أنظمة تدخل مبكر في دول مختلفة، وأهمها فكرة تأسيس مراكز قيادية لتدبير عملية التدخل المبكر في كل منطقة جغرافية من خلال شبكات عمل محلية، كما هو الحال في استراليا (Johnston, 2003). وفكرة توفير فريق تدخل مبكر لكل منطقة جغرافية محددة، وفريق إشراف يعمل على متابعة فرق التدخل المحلية كما هو الحال في دولة البرتغال (Boavida, & Carvalho, 2003). وفكرة تعيين منسق خدمة لكل حالة بحيث يكون منسق الحالة هو احد أعضاء الفريق الذي له دور رئيسي في العمل مع الطفل، كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية (Hanson, 2003).

كما استعانت الباحثة في إعداد النموذج بالوثيقة الوطنية للتأهيل المجتمعي (اللجنة الوطنية للتأهيل المجتمعي، ١٩٩٨)، وبورقة عمل بعنوان نحو استراتيجية وطنية لمواجهة مشكلة الإعاقة ودور التربية الخاصة في وزارة التنمية في تحقيق أبعادها وأهدافها (مسعود، ١٩٩٧)، خصوصا فيما يتعلق بتنظيم وعمل اللجان الوطنية وبأسلوب عرض عمليات النموذج (الجهة المنفذة، الجهة المشرفة، الأهداف، والإجراءات).

ويبين الشكل رقم (٣) الهيكل المقترح والأدوار الرئيسية للجهات المختلفة. يبدأ الهيكل باللجان على مستوى الدعم الوطني، ثم الجهات المعنية بتقديم خدمات الكشف والتشخيص والتدخل، والتي تمثل مستوى تقديم الخدمات.



الشكل (٣): الهيكل التنظيمي والأدوار الرئيسية

كما يبين الشكل رقم (٤) تسلسل الخدمات بين المراكز والمؤسسات المعنية بتقديم الخدمات، ويتضمن الإشارة لأبرز الخصائص المتعلقة بالجهة المعنية.



الشكل (٤): تسلسل الخدمات بين المراكز والمؤسسات المعنية بتقديم الخدمات

وفيما يلي وصف تفصيلي للهيكل التنظيمي للنموذج المقترح.

أ- مستوى الدعم الوطني

اللجنة الوطنية العليا: تضم ممثلين عن الأربعة وزارات المعنية (الصحة، التنمية الاجتماعية، التربية والتعليم، التخطيط) والخدمات الطبية الملكية والجامعات، وكذلك المجالس الوطنية والمؤسسات الدولية والمحلية التي من الممكن أن يكون لها دور فعال في تنفيذ مهام هذه اللجنة، كما تضم رؤساء اللجان الفرعية المنبثقة عن هذه اللجنة. يوكل إليها الأدوار المتعلقة برسم السياسات العامة المتعلقة بخدمات الكشف والتدخل المبكر في الأردن، وتقوم بالمهام التالية تحديداً:

- ١- وضع الخطط ومتابعة القضايا على المستوى الوطني.

- ٢- التواصل مع الجهات العاملة في ميدان التدخل المبكر على المستويات الإقليمية والعالمية لتبادل الخبرات.

- ٣- تفعيل دور الدراسات والأبحاث العلمية لاستغلالها في رسم السياسات ووضع الخطط وتوجيه البرامج.

وينبثق عن هذه اللجنة أربع لجان فرعية هي:

* **لجنة متابعة التشريع:** ودورها الرئيسي هو تطوير القوانين ومتابعة تفعيلها وتطبيقها على المستوى المحلي.

* **اللجنة المالية:** ودورها الرئيسي هو رصد الموارد المالية المطلوبة لتخطيط وتنفيذ ومتابعة كافة أنشطة الخدمة.

* **اللجنة الفنية:** وتوكل إليها الأدوار المتعلقة بالتوعية والكشف المبكر والتشخيص وتأسيس المراكز القيادية وتطوير وتدريب الكوادر البشرية. وتقوم بالمهام التالية تحديداً:

- ١- تفعيل دور مراكز الأمومة والطفولة للقيام بعملية متابعة نمو وتطور الأطفال.
- ٢- تطوير مراكز للتشخيص على غرار مركزي التشخيص المبكر للإعاقات التابع لمديرية الأمومة والطفولة ومركز الأمير الحسن للتشخيص المبكر للإعاقات.
- ٣- إنشاء مراكز قيادية لتدير عملية تنفيذ التدخل في المناطق المحلية بحيث تكون هذه المراكز ضمن مراكز الأمومة والطفولة أو المراكز الصحية القائمة.
- ٤- تأمين الموارد البشرية المطلوبة في مراكز الأمومة والطفولة والمراكز التشخيصية والمراكز القيادية والإشراف على عملية التدريب والتطوير المستمر لهم.
- ٥- تنفيذ حملات التوعية الجماهيرية التي تهدف إلى تعديل الاتجاهات نحو الإعاقة والتعريف بأهمية الوقاية والكشف والتدخل المبكر.

*** لجنة الإشراف والمتابعة :** وتوكل إليها الأدوار المتعلقة بالمتابعة الفنية والإدارية للمراكز القيادية وشبكات العمل. وتقوم بالمهام التالية تحديداً :

- ١- الإشراف المستمر والمباشر على أداء المراكز القيادية وشبكات العمل.
 - ٢- التنسيق والتعاون مع اللجنة الفنية حول حاجات التدريب والتطوير للعاملين.
 - ٣- التنسيق مع اللجنة المالية حول تأمين المتطلبات المادية لتطوير وتفعيل البرامج المجتمعية.
- تجتمع هذه اللجان في اجتماعات دورية حسب حاجات العمل كما يجتمع رؤساء هذه اللجان لتنسيق الجهود عبر اللجان، ويقوموا برفع التقارير السنوية إلى اللجنة الوطنية العليا.

ب- مستوى تقديم الخدمات

مراكز الأمومة والطفولة:

بناء على التقرير الإحصائي السنوي لعام ٢٠٠٣ لوزارة الصحة يوجد في الأردن ٣٥٣ مركز أمومة وطفولة موزعة على مناطق المملكة حسب التوزيع السكاني، فالمناطق المكتظة بالسكان تتوفر فيها

مراكز أكثر من غيرها، فيوجد في اريد مثلا ثمانية وثلاثون مركزا بينما يوجد ثمانية مراكز في العقبة. ويتوقع أن حوالي ٣/١ المواليد الجديدة سنويا تراجع مراكز الأمومة والطفولة التابعة للوزارة (وزارة الصحة، ٢٠٠٣). ويتوقع أن يتابع القسم الباقي من خلال مراكز العناية بالأم والطفل التابعة للمستشفيات في القطاع العام أو الخاص وكذلك من خلال عيادات الأطباء الخاصة والمراكز التابعة للقطاع الخيري. ويقترح أن تتم عملية الكشف المبكر في هذه المراكز.

مراكز التشخيص الوطنية:

يوجد حاليا مركزي تشخيص، الأول هو مركز التشخيص المبكر للإعاقات التابع لمديرية الأمومة والطفولة في وزارة الصحة، والثاني هو مركز الأمير الحسن للتشخيص المبكر للإعاقات التابع لبرنامج التأهيل المجتمعي لمحافظة الجنوب. ويقترح ان يتم استحداث مركزين آخرين للتشخيص، بحيث تغطي كافة مناطق المملكة بشكل يجنب المواطنين مشقة السفر الطويل للحصول على التشخيص. ويقترح ان يتم استحداث المركزين ضمن مركزين قائمين للصحة الأولية.

المراكز القيادية:

يقترح النموذج ان يتم توفير مركز قيادي واحد لكل عشرين مركز أمومة وطفولة تابعة لوزارة الصحة، ويتم اختيار مواقع هذه المراكز آخذين بعين الاعتبار الاكتظاظ السكاني للمنطقة والبعد الجغرافي بين المركز والسكان الذين سيخدموا من قبل المركز. بالتالي يتوقع أن تكون هناك حاجة إلى حوالي ثمانية عشر مركزا، يتم إعدادها كوحدات تابعة لمراكز الأمومة والطفولة أو المراكز الصحية. ويؤمن في كل مركز فريق تدخل مبكر يضم أكبر عدد ممكن من التخصصات التربوية والعلاجية والاجتماعية والنفسية. يعمل الفريق في المركز القيادي من خلال شبكة عمل محلية تضم ممثلون عن كافة المراكز والبرامج والمؤسسات المحلية التي ستنفذ برامج العمل مع الأطفال

والأسر، بالإضافة إلى ضرورة وجود ممثلون عن أسر الأطفال. وتقوم كل شبكة عمل بإعداد خطط التدخل التي تتلاءم مع المنطقة، وتنفذ عملية التدخل مع الأطفال والأسر. إن مشاركة الأسر وأعضاء المجتمع المحلي والعاملين بالبرامج في إعداد الخطط المحلية تلبي ما تشير إليه الممارسات الفعالة من ضرورة مشاركة كافة المعنيين في عملية تطوير السياسات الوطنية والمحلية (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001).

يقوم كل مركز قيادي بإدارة عملية تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال والأسر في المنطقة المحلية التي يخدمها، وتوكل إليه المهام التالية تحديداً:

- ١- تطوير وإدارة شبكة عمل داخل المنطقة بحيث يتم استغلال كافة الموارد المتاحة في المجتمع.
- ٢- الإشراف على عملية التدخل مع الأطفال والأسر إما من خلال البرامج المنزلية أو المراكز المجتمعية القائمة أو الحضانات والروضات المتوفرة.
- ٣- تنفيذ عملية التدخل المبكر مع بعض الأطفال والأسر داخل المراكز القيادية.
- ٤- العمل كوحدة داعمة للبرامج والمراكز المجتمعية من خلال تقديم الاستشارات والمصادر.
- ٥- رفع التقارير للجنة الإشراف والمتابعة حول سير العمل واحتياجات المنطقة.

خامساً: عمليات النموذج المقترح

أ- عملية التوعية

تشرف على هذه العملية اللجنة الفنية المنبثقة عن اللجنة الوطنية العليا. ويقترح تكوين لجان عمل لتنفيذ إجراءات هذه العملية تضم الأفراد ذوي الخلفية المناسبة من كافة قطاعات المجتمع وبحسب حاجات العمل. وتتمثل أهداف هذه العملية بالآتي:

أ- التخفيف ما أمكن من حجم مشكلة الإعاقة.

ب- التخفيف من النتائج السلبية المترتبة على الإعاقة من خلال إبراز أهمية الكشف والتدخل المبكر.

ج- التوعية الجماهيرية لمشكلة الإعاقة وسبل الوقاية منها.

د- تعديل الاتجاهات المجتمعية نحو الأفراد المعوقين.

الإجراءات:

١- تشكيل لجنة للوقاية من الإعاقة تقوم بوضع السياسات والخطط والبرامج المناسبة للوقاية من الإعاقة.

٢- استخدام وسائل الإعلام وفق خطة مدروسة لإثارة الوعي الجماهيري حول مشكلة الإعاقة.

٣- تنفيذ برامج توعية وتنقيف صحي من خلال المنشورات والندوات والمحاضرات التثقيفية التي تستهدف كافة فئات المجتمع بما فيها طلاب المدارس.

يقترح أن تقوم لجنة الوقاية بالتنسيق مع الوزارات والهيئات ذات العلاقة لتنفيذ إجراءات محددة مثل إنشاء مركز وطني للفحص والإرشاد الجيني وتفعيل قانون الفحص الطبي قبل الزواج، وغيرها من الإجراءات التي تعمل على التخفيف من حجم مشكلة الإعاقة.

كما يقترح أن تنصب أهداف حملات التوعية الجماهيرية والتنقيف الصحي لمواجهة الأسباب المؤدية للإعاقة، ولتطوير اتجاهات ايجابية نحو الأفراد المعوقين، بحيث تمهد لحو من التقبل

يساعد في عملية الدمج في التعليم وفي كافة أنشطة المجتمع، والتوعية بالمشكلات النمائية غير المطمئنة في مرحلة الطفولة المبكرة مع التعريف بأهمية الكشف والتدخل المبكر.

ب- عملية الكشف المبكر

يقوم بتنفيذ هذه العملية أطباء وممرضون في مراكز الأمومة والطفولة التابعة لوزارة الصحة، وفي أقسام الأمومة والطفولة في مستشفيات الخدمات الطبية الملكية والجامعات، وفي المراكز التابعة للجمعيات الخيرية الأهلية والأجنبية وفي القطاع الخاص. ويشرف على هذه العملية اللجنة الفنية المنبثقة عن اللجنة الوطنية العليا. وتتمثل أهداف هذه العملية بالآتي:

أ- متابعة عملية نمو وتطور الأطفال.

ب- الكشف المبكر عن حالات الإعاقة الظاهرة أو حالات التأخر في التطور.

ج- الكشف المبكر عن الحالات المعرضة للتأخر أو الإعاقة.

د- تحويل الحالات التي يتم الكشف عنها إلى الجهات المشخصة.

الإجراءات:

١- تفويض لجنة لتقويم سجل متابعة نمو وتطور الطفلة المستخدم حالياً في مراكز الأمومة

والطفولة التابعة لوزارة الصحة، وإجراء أية تعديلات أو تطويرات قد تظهر أهميتها.

٢- تنفيذ برنامج تدريب يستهدف الممرضين والأطباء العاملين في مراكز وأقسام الأمومة والطفولة

أو في مجال الرعاية الصحية الأولية عبر مناطق المملكة.

٣- إقامة شبكة إحالة وطنية، بحيث يتم تحويل الأطفال الذين يشتبه بان يكون لديهم إعاقة أو

تأخر نمائي أو يكونوا معرضين للتأخر أو الإعاقة إلى إحدى المراكز الوطنية الأربعة

للتشخيص وبحسب منطقة سكن الأسرة.

٤- إنشاء وحدات تسجيل في المستشفيات ليتم من خلالها تسجيل الحالات التي تكتشف عند الولادة وإحالتها إلى المراكز المشخصة.

ج- عملية التشخيص

يقوم بتنفيذ هذه العملية فريق متخصص في كل من المراكز التشخيصية الأربعة. يضم الفريق اختصاصي طب الأطفال (طب الأطفال التطوري إن وجد)، وطب أعصاب أطفال، وطب عظام أطفال، كما يضم اختصاصي القياس السمعي والبصري وعلم النفس والإرشاد والخدمة الاجتماعية، ومعالجين اضطرابات الكلام واللغة والعلاج الوظيفي والطبيعي ومعلمي التربية الخاصة والطفولة المبكرة. في حال تعذر تواجد جميع هذه التخصصات بشكل دائم في هذه المراكز، من الممكن ان تنظم عيادات بأيام محددة على شكل استشارات للأخصائيين المختلفين. لكن بشكل عام، يتوقع ان يكون هناك ما لا يقل عن أربعة أشخاص دائمين ليقوموا بعملية تشخيص الأطفال، من بينهم أخصائي علم نفس تطور الأطفال (Clinical Child Psychologist) وأحد اختصاصيي العلاج التأهيلي ذو خبرة بعملية تقويم التطور في مرحلة الطفولة المبكرة. ويشرف على هذه العملية (من تأسيس المراكز، وإعداد وتدريب كوادرها ومتابعة عملها) اللجنة الفنية المنبثقة عن اللجنة الوطنية العليا.

وتتمثل أهداف هذه العملية بالآتي:

- أ- إصدار وثيقة التشخيص التي توضح نوع الإعاقة أو التأخر.
- ب- تحديد طبيعة البرامج التأهيلية المناسبة للحالة.
- ج- تحديد الاحتياجات التربوية الخاصة للحالة.
- د- تقديم التوجيه والإرشاد الأسري.
- هـ- تحويل الحالات إلى الجهات المعنية بتقديم الخدمات للطفل وأسرته.

و- توفير المعلومات الدقيقة عن حجم مشكلة الإعاقة.

الإجراءات:

- ١- تفعيل واستحداث مراكز تشخيص وطنية.
- ٢- تزويد المراكز بالكوادر المتخصصة.
- ٣- تزويد المراكز بالمقاييس والاختبارات الضرورية والمناسبة لأهداف هذه المرحلة وللبيئة الأردنية.
- ٤- تقديم تقرير عن حالة الطفل يوضح مواطن القوة والضعف، ويحدد طبيعة البرامج والخدمات التأهيلية والتربوية التي يحتاجها.
- ٥- إصدار وثيقة تشخيص واعتمادها كشهادة أهلية للحصول على كافة الخدمات التي يحتاجها الطفل وأسرته، بما فيها التأمين الصحي.
- ٦- تقديم الإرشاد والتوجيه للأسر، وخصوصا فيما يتعلق بتزويدهم بالمعلومات عن حالة أطفالهم والمعلومات المتعلقة بالخدمات المتوفرة لهم ولأطفالهم.
- ٧- إحالة الأسرة إلى المركز القيادي الذي يتبع منطقة سكن الأسرة للحصول على خدمات التدخل المبكر.
- ٨- متابعة تطور الأطفال بشكل دوري (على الأقل مرة سنويا)، والتواصل مع المراكز القيادية حول تطور واحتياجات الأطفال وأسرهم.
- ٩- اعتماد نموذج عملي للتوثيق بحيث تصبح مراكز التشخيص جهات يعتمد عليها في تقديم الإحصاءات الدقيقة المتعلقة بنسب انتشار الإعاقة.

د- عملية التدخل المبكر

يقوم بتنفيذ هذه العملية فرق التدخل المبكر العاملة في المراكز القيادية ، والعاملون في المراكز والبرامج والمؤسسات المجتمعية من خلال شبكات العمل التي تدار من قبل المراكز القيادية. وتشرف لجنة الإشراف والمتابعة على عملية تقديم الخدمات من النواحي الفنية والإدارية، في حين تتواصل بشكل مباشر ومستمر مع اللجنة الفنية حول حاجات العاملين للتدريب والتطوير.

تحدد اهداف عملية التدخل المبكر بما يلي:

- ١- تقديم الخدمات التي تعمل على تطوير قدرات الأطفال في مجالات التطور المختلفة (المجال الحركي واللغوي والمعرفي والاجتماعي الانفعالي والعناية بالذات).
- ٢- مساعدة الأطفال والأسر في عملية الانتقال إلى مرحلة الروضة أو المدرسة.
- ٣- تقديم الدعم المعنوي لتشجيع الأسر في رعاية أطفالهم.
- ٤- رفع كفاءات الأسر في رعاية أطفالهم.

الإجراءات:

- ١- يقوم المركز القيادي داخل كل منطقة بإدارة شبكة العمل، وينظم وينسق خدمة الأطفال والأسر في المنطقة بعد أن يتم تحويلهم إلى المركز القيادي من قبل مركز التشخيص.
- ٢- يتم تعيين منسق خدمة لكل حالة وذلك حسب احتياجات الأطفال، بحيث يكون منسق الحالة هو احد أعضاء الفريق الذي له دور رئيسي في العمل مع الطفل.
- ٣- تنفذ عملية التدخل مع الأطفال والأسر، إما في المنزل أو في رياض الأطفال العادية أو في المراكز المجتمعية أو داخل المركز القيادي، حسب الحاجة وحسب الأسس التي سيتم مناقشتها في عنصر مكان تقديم الخدمة.
- ٤- يتواصل أعضاء الفريق العامل والأسر بأساليب رسمية وغير رسمية حول عملية التدخل وتعديل خطة التدخل بإشراف منسق الخدمة الخاص بكل حالة.

٥- يعمل المركز القيادي كوحدة داعمه للمراكز والبرامج المجتمعية من خلال تقديم الاستشارات والمصادر.

٦- يقوم المركز القيادي برفع التقارير السنوية للجنة الإشراف والمتابعة حول سير العمل واحتياجات المنطقة.

هـ - عملية التقييم والمتابعة

أظهرت نتائج تقييم البرامج في الدراسة الحالية حصول محور التقييم والمتابعة على وزن مؤوي قدره ٥٩% على استبانة العاملين، و ٥٢% على استبانة الأسر، بينما حصلت الفقرة المتعلقة باستخدام الطرق الموضوعية للتحقق من فاعلية الخدمة المقدمة على أدنى وزن مؤوي لفقرات هذه المحور، فكانت للأسر ٣١% وللعاملين ٢٤%. ووردت فكرة ضعف الإشراف والمتابعة الإدارية والفنية بنسبة تكرار قدرها ٣% من نقاط ضعف البرامج. وكانت هذه النتائج مؤشرا على ضرورة تحديد آلية للمتابعة والإشراف تحافظ على تقديم الخدمات بمستوى جيد وتضمن تنفيذ الإجراءات والقوانين على المستوى المحلي.

ويقترح النموذج أن تشرف على هذه العملية لجنة الأشراف والمتابعة المنبثقة عن اللجنة الوطنية العليا، بحيث تتكون من فريق لا يقل عن خمسة عشر فردا من الأخصائيين ذوي المعرفة والخبرة العملية بالمجال. يتوقع أن يحصل أعضاء هذا الفريق على تدريب خاص كما ستتم الإشارة له في جزء إعداد العاملين.

أهداف هذه العملية:

١- المحافظة على أعلى مستوى ممكن من الكفاءة والفاعلية في أداء عمل المراكز القيادية وشبكات العمل.

٢- متابعة احتياجات العاملين في المراكز القيادية والمراكز المجتمعية فيما يتعلق بالتدريب والتطوير.

٣- تأمين الدعم المادي للمراكز القيادية والبرامج المجتمعية لضمان الاستمرارية والتطور.

٤- تقييم فاعلية البرامج بطرق موضوعية لإجراء التعديل والتطوير حسب الحاجة.

الإجراءات:

١- توكل لكل عضو من أعضاء الفريق مهمة الإشراف على مركز قيادي وشبكة عمل لمنطقة واحدة أو أكثر، حيث يقوم بزيارات ميدانية للمركز القيادي والمراكز المجتمعية بشكل متواصل ومستمر. ويقوم بالمهام التالية تحديداً: تقديم الاستشارة والدعم الفني للعاملين أثناء خدمة الحالات التي تحتاج الاستشارة، متابعة سير عملية تقديم الخدمات من النواحي الإدارية والمالية والفنية ورفع التقارير بهذا الخصوص إلى اللجنة الوطنية العليا، والتنسيق مع اللجنة الفنية حول حاجات التدريب ومع اللجنة المالية حول المتطلبات المادية لتطوير وتفعيل البرامج المجتمعية.

٢- تقوم لجنة الإشراف والمتابعة ممثلة بأعضاء فريقها بإجراء عمليات تقييم للبرامج، بحيث يتم التخطيط لاستخدام طرق موضوعية للتحقق من فاعلية الخدمة المقدمة بشكل يضمن وجود البيانات او المعلومات المطلوبة عند الحاجة إليها لإجراءات التقييم. ومن أهم الخطوات الواجب اتخاذها بهذا الخصوص التأكد من الاستخدام الدوري للمقاييس والأساليب المناسبة في عملية تقييم تطور الأطفال، واستخدام أسلوب منظم في عملية التوثيق يسهل متابعة نتائج تطور الأطفال. كما ينصح بان يتم ربط كافة العمليات المتعلقة بخدمة الأطفال وأسرههم بنواتج معينة تحدد إجراءات قياسها مسبقاً بحيث تسهل عملية التحقق من فاعليتها فيما بعد (Dunst & Bruder, 2002).

وتجدر الإشارة إلى أن مفهوم تحسين نوعية الحياة أصبح شائعاً مؤخراً في تخطيط وتقييم الخدمات المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة. فعلى الرغم من انه مفهوم ذاتي قد يختلف بتجارب الشخص

الفردية وإدراكه وثقافته، إلا ان الأخصائيين العاملين بمجال التدخل المبكر يشجعون اعتبار القضايا المتعلقة بتحسين نوعية الحياة كسياق في تخطيط وتقييم فاعلية ونوعية الخدمات (Dennis, Williams, Giangreco, & Cloninger, 1993).

سادسا: عناصر عملية التدخل المبكر

سيتم وصف مفصلا لعناصر التدخل وعلى النحو التالي: الفلسفة والأهداف العامة، المكان، الأدوات، إعداد وتدريب فريق العمل، أسلوب عمل الفريق، الأنشطة والإجراءات المتعلقة بخدمة الأطفال، ثم الأنشطة والإجراءات المتعلقة بخدمة الأسر. هذا وسيتم تقديم ملخصا لأبرز نتائج تقييم البرامج المتعلقة بكل عنصر، ثم الإشارة الى الممارسات العالمية الفعالة التي يقترح النموذج تبنيها، مع تقديم الإقتراحات الخاصة بتنفيذ هذه الممارسات.

أ- الفلسفة والأهداف العامة

أظهرت نتائج تقييم البرامج ان الوزن المئوي لمحور الفلسفة للفقرات المشتركة بالبرنامجين كان ٥٤% للأسر و ٦٨% للعاملين، أما الوزن المئوي للفقرات المشتركة على محور الأهداف فقد كان ٥٦% للأسر و ٦٥% للعاملين، وتشير النتائج الى أن تقييم الأسر والعاملين للفلسفة والأهداف كان أعلى من المتوسط. إلا ان التقييم المرتفع لبعض فقرات الفلسفة والأهداف قابلها تقييم أضعف بكثير على محور الأنشطة والإجراءات للفقرات التي تترجم هذه الفلسفات أو الأهداف. ومن الأمثلة على هذه الفقرات: فلسفة المشاركة بين العاملين وفلسفة مشاركة الأسر والأهداف المتعلقة بتطوير مصادر الأسر والأهداف المتعلقة بالتوعية المجتمعية. وهذا مؤشر على ضرورة ترجمة الفلسفة والأهداف في البرامج بخطوات عمل وإجراءات واضحة تترجم الفلسفة والأهداف.

تتعلق فلسفة التدخل المبكر من الأدلة القوية التي قدمتها البحوث العلمية التي أشارت إلى أهمية السنوات الأولى من العمر في عملية نمو وتطور الأطفال، وأهمية بيئة الطفل في تطور عمل الدماغ في السنين الأولى من العمر. بالتالي أصبح الاعتقاد السائد هو أن التجارب والخبرات المبكرة للأطفال تمثل فرص ذهبية لإحداث فوائد طويلة الأمد على تطور الأطفال (الخطيب والحديدي، ١٩٩٨؛ Guralnick, 2000; lerner, 1997). كما تتعلق فلسفة التدخل المبكر بشكل قوي من الفلسفة الوقائية، فقد اثبتت البحوث العلمية دور التدخل المبكر في التخفيف من تأثيرات الإعاقة ومنع حدوث المشاكل الثانوية للإعاقة ودوره في الحد أو المنع من حدوث التأخر في التطور مع الأطفال المعرضين للخطر من جراء عوامل بيولوجية أو بيئية. هذا بالإضافة إلى الدور الوقائي الذي يلعبه الكشف المبكر عن الاضطرابات المرضية ومعالجتها قبل حدوث تلف في الجهاز العصبي أو غيره من أجهزة الجسم مما قد يؤدي إلى حدوث الإعاقة (الخطيب والحديدي، ١٩٩٨).

هناك إدراك واتفاق على ان توفير خدمات التدخل المبكر للأطفال الذين يحتاجون الخدمات هي مسؤولية المجتمع، وبالتالي تحظى أنظمة التدخل المبكر باهتمام المسؤولين على مستوى التخطيط والتنفيذ الوطني في معظم دول العالم، على اعتبار ان الحصول على الخدمات والدعم هو حق من حقوق المواطنين من أطفال وأسر (Guralnick, 2000).

ان الأساس المفاهيمي للتدخل المبكر قد تطور من اعتبار الخدمة مسيرة من قبل الأخصائيين إلى كونها مسيرة من قبل الأسر المستفيدة، فالاتفاق واضح على أن الأسر هي صاحبة القرار الأساسي والأخصائيون يقدمون الدعم لمساعدتهم في تحقيق أهدافهم (Stayton & Bruder, 1999) ومن هنا نجد ان فلسفة التدخل المبكر أصبحت تتطرق من مبادئ تمركز الخدمة حول الأسر. وبما ان حاجات وخصائص الأطفال والأسر المستهدفة في برامج التدخل المبكر متباينة ومتعددة

فان العمل من خلال فريق متعدد التخصصات تعتبر فلسفة ونهج عمل أساسي لتلبية الحاجات. ولتقديم الخدمة بشكل فعال ومتكامل تتبنى البرامج نماذج عمل ما بين التخصصات وعبر التخصصات كأساليب للعمل الجماعي (Guralnick, 2000). أما فيما يتعلق بمكان تقديم الخدمات فان هناك عوامل عديدة تؤثر على هذا القرار، لكن التوجه العام أصبح نحو المرونة في تقديم الخيارات التي تلبى الحاجات الفردية للأطفال والأسر، مع فلسفة واضحة تسعى نحو تقديم الخدمات في البيئات الطبيعية للأطفال قدر المستطاع (McDonnel & Hardman, 1998).

لقد تأثر ميدان التدخل المبكر بنظريات وممارسات من العديد من التخصصات والميادين. فقد تأثر بشكل كبير بنظريات علم نفس التعليم مثل النظريات التطورية والسلوكية والمعرفية. وساهم ميدان الصحة العامة وبالتحديد برامج الأمومة والطفولة بالتأكيد على دور الحكومات في تخطيط وتنفيذ البرامج التي تدعم صحة ورفاهية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. كما ساهم ميدان تربية الطفولة المبكرة بشكل كبير في تبلور نماذج خدمات التدخل المبكر. وكان لميدان التربية الخاصة والميادين العلاجية والتأهيلية أدوارا بارزة في التركيز على الخدمات التي تعتمد النظريات العلاجية والتعويضية والوظيفية، وكذلك في تطوير أساليب التعليم والتدريب. وأخيرا ساهمت النظريات الحديثة مثل النظرية البيئية (Ecological) والتفاعلية (Interactive) في تبلور الإطار المفاهيمي لميدان التدخل المبكر، الذي أصبح يعي أن التفاعل بين الطفل والبيئة التي يعيشها هي عملية مستمرة بحيث لا يمكن التعامل مع حالة الطفل والتأثيرات البيئية عليه بشكل منفصل.

(Bruder, 2005; Bronfenbrenner, 1979; Guralnick, 2000)

بالتالي فإن النموذج يقترح تبني الفلسفات التالية التي تشير إليها دراسة قسم الطفولة المبكرة

(Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003)

١- التعاون والشراكة بين كافة القطاعات والبرامج المجتمعية المعنية بخدمات التدخل المبكر في المجتمع.

٢- تبني فلسفة تمركز الخدمة حول الأسر.

٣- تبني فلسفة العمل الجماعي من خلال نماذج عبر التخصصات وبين التخصصات.

٤- المرونة في اختيار نموذج الخدمة أو اتخاذ القرارات المتعلقة بمتغيرات الخدمة بشكل يناسب حاجات الأسر والأطفال.

٥- تبني النظريات السلوكية والتطورية والوظيفية والبيئية في تحديد ممارسات التدخل.

٦- تقديم الخدمات في البيئات الطبيعية للأطفال قدر المستطاع.

ويقترح أن يتم تبني الأهداف العامة التالية التي تشير إليها دراسة قسم الطفولة المبكرة (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003) :

١- المساهمة بتنفيذ حملات التوعية والتثقيف المجتمعي.

٢- المساهمة بالتعرف المبكر على الأطفال الذين يحتاجون خدمات التدخل المبكر.

٣- الحد أو المنع من تأثيرات عوامل الخطر أو الإعاقة على عملية نمو وتطور الأطفال.

٤- تقديم الخدمات التي تعمل على تطوير قدرات الأطفال في مجالات التطور المختلفة (المجال

الحركي واللغوي والمعرفي والاجتماعي / الانفعالي والعناية بالذات).

٥- مساعدة الأطفال والأسر في عملية الانتقال إلى مرحلة الروضة أو المدرسة.

٦- تقديم الدعم المعنوي لتشجيع الأسر في رعاية أطفالها.

٧- رفع كفاءات الأسر في رعاية أطفالها.

ب- مكان تقديم الخدمة

لقد ظهر توافق كبير بين ما يذكره الأدب من إيجابيات وسلبيات في نموذج تقديم الخدمة داخل المنزل وما توصلت إليه دراسة تقويم البرامج من نتائج. فقد حصل مفهوم الخدمة في المنزل على خامس أعلى تكرار في نقاط القوة، ووردت فيه فكرة استغلال بيئة الطفل بتكرار قدره ٣%، وفكرة توفير الوقت والجهد ٢٧% وفكرة الوصول للمناطق النائية ٣%. وكان من أبرز الأفكار في ضعف أسلوب الزيارة المنزلية قلة توفر الأجهزة والأدوات التي حصلت على نسبة تكرار قدرها ٨١%، وعدم شمولية الخدمة التي حصلت على نسبة تكرار قدرها ٧٨%.

كما ظهر توافق كبير بين ما يذكره الأدب من إيجابيات وسلبيات في نموذج تقديم الخدمة داخل المركز وما توصلت إليه الدراسة من نتائج. فقد تبين ان من ابرز الأفكار المتعلقة بالمميزات الايجابية لنموذج العمل داخل المركز كانت توفير المكان والأجهزة والأدوات المناسبة التي حصلت على تكرار قدره ٦٠,٥%، وتقديم خدمات طبية وتربوية وتأهيلية واجتماعية شاملة والتي حصلت على تكرار قدره ٥٤% من نقاط القوة. كما تبين ان من ابرز المشاكل أو نقاط الضعف في نموذج العمل داخل المركز هي مسألة المواصلات والصعوبات المرتبطة بالتنقل ذوي الاحتياجات الخاصة وبعد المسافات بين المركز ومكان السكن، وقد علق عليها ٥٠% من أسر برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر. بالتالي فإن نتائج تقويم البرامج تشير الى ضرورة اتباع المرونة في استخدام نموذجي الخدمة داخل المنزل وداخل المركز، فكلاهما يملكان نقاط قوة وضعف تستدعي المحافظة على النموذجين معا. خصوصا وأن الممارسات العالمية الفعالة تشير إلى المرونة في اختيار نموذج الخدمة من حيث المكان بشكل يناسب حاجات الأسر والأطفال.

كما تكررت فكرة الدمج المدرسي والدمج المجتمعي بنسبة ٥٤% من نقاط القوة للبرامج، ومن الضروري المحافظة إستراتيجية الدمج وتعزيزها، تماشياً مع الممارسات العالمية الفعالة تشير إلى

استغلال البيئات الطبيعية للأطفال قدر المستطاع (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001).

ويقترح النموذج أن يتم اختيار مكان تقديم الخدمة اعتماداً على عمر الطفل واحتياجاته التربوية والعلاجية وكذلك الخدمات المتوفرة في المجتمع المحلي، وبناءً على الأسس التالي:

- ١- خدمة الأطفال دون الثلاث سنوات في المنزل.
 - ٢- خدمة الأطفال ما بين الثلاث والست سنوات في رياض الأطفال العادية.
 - ٣- خدمة الأطفال ما بين الثلاث والست سنوات الذين تستدعي حالاتهم التواجد في مراكز متخصصة داخل المراكز المجتمعية المتوفرة أو داخل المراكز القيادية.
- ١- الخدمة داخل المنزل:

يعتبر نموذج الخدمة في المنزل هو الأمثل لخدمة الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من العمر، حيث تعتبر البيئة الطبيعية للأطفال هي البيئة المناسبة لتقديم الخدمات. يقترح بأن يتم إعداد فريق من العاملين لتقديم الخدمة في المنزل للأطفال دون الثلاث سنوات، من خلال المركز القيادي وبالتعاون مع برنامجي بورتيج والتأهيل المجتمعي إذا تواجدا في المجتمع المحلي، كونهما يعملان من خلال أسلوب الزيارة المنزلية وقد تتوفر لديهما الموارد البشرية والمادية لتسهيل مهمة المركز القيادي بتنفيذ هذا الجانب من الخدمة.

٢- الخدمة في رياض الأطفال العادية:

أما فيما يتعلق باستراتيجية الخدمة في رياض الأطفال فإنها تأتي انطلاقاً من الإيمان بقدرة الدمج المبكر على النجاح، ذلك لأن برامج الروضة تعتبر ذات طبيعة مرنة تسمح بإجراء التعديلات وإطالة المدة المخصصة لأجزاء المناهج بما يناسب ظروف واحتياجات الأطفال (الناشف، ٢٠٠٥). هذا بالإضافة إلى أن الأطفال الصغار في السن يتقبلون الفروق الفردية دون

إصدار الأحكام وإجراء المقارنات ولا يواجهون صعوبة في قبول الأطفال الذين يتخلفون عنهم (الخطيب، ٢٠٠٤).

ويقترح النموذج ضرورة التأكيد على تحمل النظام التربوي العام المسؤولية الرئيسية في تعليم وتربية جميع أطفال المجتمع بغض النظر عن الصعوبات التعليمية والفروقات الفردية. فعلى الرغم من التحديات التي تواجه عملية الدمج، إلا أنه يتوقع أن يكون هناك فرص لاستيعاب الغالبية القصوى من ذوي الاحتياجات الخاصة (٦٠% - ٧٠%) في المؤسسات التربوية القائمة المعدة لسائر الأطفال، وتبقى النسبة الأقل من ذوي الاحتياجات الخاصة تستدعي حالاتهم الالتحاق بمؤسسات تربوية وعلاجية متخصصة مزودة بموارد فنية وبشرية على مستوى عال من التقنية تفتقر لها رياض الأطفال والمؤسسات التربوية العادية (شرف الدين، ٢٠٠٢).

لتحقيق هدف خدمة الأطفال ذوي الاحتياجات في الرياض العادية، لا بد من تنشيط دور المراكز القيادية وشبكات العمل في تشجيع رياض الأطفال المحلية على قبول الأطفال ذوي الاحتياجات، ومن الضروري أيضا تأمين الدعم الفني للرياض التي تبدي استعدادا لقبول الأطفال. وتجدر الإشارة هنا إلى أن للجنة متابعة التشريع واللجنة المالية أدورا بارزة بهذا الصدد، علما بأن بعض الدول مثل البرازيل قد لجأت إلى توفير حوافز مادية وفنية لتشجيع رياض الأطفال على تقبل ذوي الاحتياجات الخاصة، ولاقت نجاحا كبيرا في زيادة أعداد الأطفال المدمجين في رياض الأطفال العادية (Lumpkin & Aranha, 2003).

تبعاً لاستراتيجية تقديم الخدمة في رياض الأطفال، يقوم أعضاء من فريق التدخل المبكر في المركز القيادي أو في البرامج المجتمعية المتوفرة بتقديم الخدمة المباشرة للأطفال أثناء تواجدهم داخل الروضة، أو تقديم خدمة الاستشارة للمعلمين داخل الروضة الذين سيقومون هم بدورهم بتقديم الخدمة للأطفال. وقد تفرض حالة الطفل حاجات علاجية محددة، في هذه الحالة يمكن تلبيتها من

خلال الجلسات العلاجية في المركز القيادي او في البرامج المجتمعية المتوفرة مثل مراكز الشلل الدماغي او غيرها من المراكز المجتمعية المتخصصة.

ان حوالي ٥٠% من الأطفال ذوي الإعاقات في الولايات المتحدة الذين يتلقون خدمات تربية بمرحلة ما قبل المدرسة يتواجدون في نوع من بيئات الدمج (U.S. department of education, 1998; Cited in Sandall & Ostrosky, 2000) وعلى الرغم من البحوث المؤيدة والداعمة لعملية الدمج، الا ان الواقع العملي يواجه العديد من القضايا والأمور التي تؤثر على فاعلية الدمج واستمرارها. وهذه القضايا تتخطى الحدود الجغرافية بين الدول، لذا ينصح بالعودة الى سلسلة من الأبحاث والمقالات التي تناقش وتعالج هذه القضايا في مجلة (Young Exceptional Children Monograph Series No. 2) التابعة لقسم الطفولة المبكرة (Sandall & Ostrosky, 2000).

٣- الخدمة داخل المراكز المتخصصة:

يقترح النموذج تقديم الخدمة في المراكز المتخصصة للأطفال الذين تتعذر عملية دمجهم في الرياض العادية، نظرا لحاجتهم إلى برامج تربية وعلاجية متخصصة. وقد أظهرت نتائج تقييم البرامج أن فكرة النقص في المراكز المجتمعية المتوفرة حصلت على حوالي ١٤% من نقاط الضعف في البرامج. بينما أظهرت دراسة وضع مراكز المعوقين في الأردن (اليونيسيف، ٢٠٠١)، وجود نحو مئة مركز لذوي الاحتياجات الخاصة في الأردن، لكن من المعروف ان هذه المراكز القائمة تقدم الخدمات للأطفال ما بعد السادسة من العمر وتتردد كثيرا في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن الست سنوات. بالتالي، لا بد من تشجيع هذه المراكز المتوفرة على فتح أبوابها لمرحلة الطفولة المبكرة. وهناك إجراءات عديدة من الممكن اتخاذها تبعا للظروف والإمكانيات المجتمعية لتسهيل حدوث ذلك، مثل قيام شبكات الدعم باختيار أفراد يعملون في

المؤسسات والبرامج المجتمعية لإحاقهم بدورات تدريبية في مجال التدخل المبكر تشرف عليها اللجنة الفنية المنبثقة عن اللجنة الوطنية العليا. كما يمكن ان تقوم شبكات العمل بتحديد الاحتياجات المادية المطلوبة لاستحداث أقسام داخل البرامج والمؤسسات القائمة، وتقديمها إلى لجنة الإشراف والمتابعة، التي بدورها تتسق مع اللجنة المالية لإيجاد السبل لدعم هذه البرامج القائمة التي ستكون بحاجة لمصادر اقل بكثير من استحداث برامج ومؤسسات جديدة.

ويقترح النموذج ان يكون المركز القيادي بمثابة مركز نموذجي لخدمات التدخل المبكر، يتوفر فيه فريق تدخل مبكر يقدم ثلاثة مستويات من الخدمة للأطفال: الخدمة في المنزل للأطفال دون الثلاث سنوات، الجلسات العلاجية والاستشارات لبعض الأطفال الملتحقين برياض الأطفال العادية والمراكز المجتمعية، والخدمة داخل المركز ضمن مجموعات صفية. لا يتوقع وجود اكثر من صفيين داخل كل مركز قيادي، بحيث تضم كل مجموعة صفية حوالي ثمانية أطفال تشرف عليهم معلمتان. بالإضافة إلى تقديم الخدمات التربوية للأطفال الملتحقين تهدف المجموعات الصفية إلى تقديم نموذج حي وواقعي للمجتمع المحلي عما يجب ان تكون عليه مجموعات رياض الأطفال.

* مواصفات البيئة التعليمية:

يقترح النموذج تبني ما تشير إليه الممارسات الفعالة فيما يتعلق بمواصفات البيئة التعليمية، ومن أهم ما تشير إليه: ضرورة تمتع البيئة التعليمية بالمواصفات الملائمة من حيث التهوية والإضاءة والمساحة، توفر الأدوات والألعاب الآمنة التي تثير فضول الأطفال وبشكل يسهل الوصول إليها من قبل الأطفال، استخدام محطات تعليمية متنوعة داخل غرفة الصف بشكل منظم يراعي سهولة تنقل الأطفال عبر هذه المحطات، ضرورة تنظيم وتعديل الجانب الاجتماعي في البيئة بشكل يشجع التواصل بين الأطفال، مع توفير المكان والألعاب المناسبة لتنظيم الأنشطة الجماعية التي تشجع

التفاعل وبناء العلاقات (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003).

ويقدم الأدب المتصل بالموضوع الإرشادات العديدة حول تنظيم البيئة التعليمية وأهمها: ١- وجود الاركان الهادئة بعيدة عن أماكن الضجيج ٢- توفير المساحة الملائمة لتسهيل حركة الأطفال، مع الانتباه إلى أن المساحات الضيقة تؤدي إلى زيادة حدوث السلوكيات السلبية والمساحات الكبيرة تقلل من فرص التفاعل الاجتماعي بين الأطفال ٣- تنظيم بيئة الصف بحيث يسهل على المعلمة مراقبة كافة ما يجري داخل الصف (Sainato & Carta, 1992; Gargiulo & Kilgo, 2002).

ج- الأدوات

لقد أظهرت نتائج تقييم البرامج العاملة ضرورة الإهتمام بموضوع توفر المقاييس والبرامج وتنوعها، وذلك لمساعدة العاملين في تطوير وتطبيق الخطط الفردية للأطفال. فقد حصل برنامج بورتيج الذي يستخدم مقياس ومنهاج بورتيج التطوري على تقييم أفضل من برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر في هذا الموضوع. إذ حصلت الفقرتان المتعلقةتان بتوفر المقاييس والمناهج النمائية والتربوية على محور الأدوات في استبانة العاملين على وزن مؤوي قدره ٧٣% لبرنامج بورتيج و ٣١% لبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر. وأكدت ذلك البيانات النوعية التي أظهرت نسبة تكرار قدرها ٧٢% من نقاط القوة لفكرة استخدام منهاج بورتيج التطوري، في حين وردت فكرة عدم توفر المقاييس والمناهج للاستعانة بها في تطوير خطط الأطفال من ٦٧% من العاملين ببرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر وكانت نسبتها ٢٣% من نقاط ضعف البرامج.

ويقترح النموذج تبني ما أشارت إليه الممارسات العالمية الفعالة، (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001; Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003) في مجال أدوات التقييم والمناهج في مرحلة تقديم الخدمة:

- ١- استخدام مقاييس وأساليب متنوعة في عملية التقييم.
 - ٢- استخدام التقييمات المناسبة تطوريا لسلوكيات واهتمامات الأطفال.
 - ٣- استخدام التقييمات التي تكون ذات فائدة في تخطيط عملية التدخل المبكر.
 - ٤- الاستعانة بجداول ومناهج نمائية وتربوية أثناء تطوير خطط التدخل مع الأطفال.
- تتمثل الأدوات المطلوبة لتنفيذ عمليات النموذج المقترح في أدوات التقييم بأنواعها المختلفة، والبرامج والمناهج التي ترشد عملية تطوير خطط الأطفال.

* أدوات التقييم:

فيما يتعلق بتوفير أدوات التقييم، لا بد من اعتبار الغاية من التقييم في كل مرحلة لاختيار الأدوات المناسبة لها. فالغاية من متابعة نمو وتطور الأطفال بمرحلة الكشف هي التعرف على الذين يحتاجون إلى تقييم إضافي معمق لإحالتهم إلى مراكز التشخيص. بالتالي فإن أداة التقييم بهذه المرحلة تأخذ طابع كسفي سريع عن مظاهر النمو: الحسية، الحركية، اللغوية، المعرفية، والنضج الاجتماعي والانفعالي. تكون هذه الأدوات غير مكلفة، سريعة وسهلة التطبيق وتسمح لإجرائها في مراحل محددة متتالية من عمر الأطفال. ويمثل سجل متابعة نمو وتطور الطفلة المستخدم حاليا في مراكز الأمومة والطفولة نموذجا جيدا، قد يحتاج بعض التطويرات في ضوء عملية تقييم السجل التي اقترح إجراؤها سابقا.

أما عملية التشخيص فإن الغاية منها تحديد ما إذا كان لدى الطفل حاجات خاصة ام لا، وفي حالة وجودها تحديد طبيعتها وشدتها، وفي ضوء ذلك تقديم التوصية بطبيعة البرامج التأهيلية

والتربوية المناسبة للطفل. ففي هذه المرحلة لا بد من مقارنة أداء الطفل بأداء أقرانه من خلال المجموعات المعيارية، كما تقتضي هذه المرحلة قيام أكثر من شخص بتنفيذ مجموعة من التقييمات من خلال عمل فريقي منظم. أما التقييم في مرحلة تقديم الخدمة فهو يهدف إلى جمع المعلومات التي تحدد مستوى التطور عند الطفل في مجالات النمو الحركي واللغوي والمعرفي والاجتماعي/الانفعالي والعناية بالذات، والتي بناء عليها يتم اختيار الأهداف التي تتوخى عملية التدخل تحقيقها.

لابد أن توكل عملية توفير الأدوات المناسبة إلى لجنة فرعية منبثقة عن اللجنة الفنية منذ بدايات التخطيط، ويتوقع أن يكون للجامعات والمؤسسات العاملة في مجال البحث والتطوير مثل كلية الأميرة ثروت والمجلس الوطني لشؤون الأسرة، أدوارا بارزة في هذه العملية. لقد أصبحت مؤخرا مسألة توفير الأدوات والمقاييس موضع اهتمام الباحثين في الجامعات الأردنية في مجال تقنين وتعريب وتطوير الأدوات المعروفة عالميا. كما أن العديد من الهيئات والجمعيات والمجالس أصبحت تولي عناية لهذا الموضوع. فعلى سبيل المثال قام المجلس الوطني لشؤون الأسرة بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة - اليونيسيف بتنفيذ مشروع لوضع معايير وطنية لتنمية الطفولة المبكرة في الأردن. تركز هذه المعايير على الإنجازات السلوكية للأطفال، فيما يتعلق بمعارفهم وقدراتهم في جوانب تطور اللغة والنماء الاجتماعي والعاطفي وتطور الحركات الكلية والدقيقة والمنطق والتفكير، والأساليب المنتهجة في التعلم وكذلك في الصحة والنماء الجسدي (المجلس الوطني لشؤون الأسرة، ٢٠٠٤).

إن التقييمات المناسبة تطوريا للأطفال بمرحلة تقديم الخدمة هي التي تبتعد عن التقييمات المقننة غير الملائمة من حيث المواد والمتطلبات والإجراءات لفئة ذوي الحاجات الخاصة ومرحلة الطفولة المبكرة، وتعتمد على التقييم المرتكز على اللعب مع الطفل. بالتالي، ينصح بان يعتمد النموذج

المقترح على إسناد التقويم بهذه المرحلة الى الاختبارات المحكية المرجع (Criterion Referenced Tests) التي تركز على إتقان الطفل لمهارة معينة أو سلوك محدد، وليس على مقارنة أداءه بأداء مجموعات معيارية، كما يقترح استخدام قوائم التقدير لتنظيم عملية مشاركة الأسر في تقويم الأطفال، والتي يشار إليها في الممارسات الفعالة، بحيث تعبأ هذه القوائم أثناء المقابلة مع أولياء الأمور، هذا وتعتبر الملاحظة الإكلينيكية المباشرة أثناء اللعب مع الطفل أساسية في عملية التقويم وذلك لمراقبة أداء وسلوك الطفل ونوعية التفاعل ما بين الطفل وأفراد أسرته والبيئة المحيطة.

* المناهج والبرامج:

ترتكز النظرة الحديثة للمناهج على انها ليست مجموعة الأنشطة أو الإجراءات، أو أساليب التعليم، بل هي بالشكل الأساسي ما هو المطلوب تعلمه (Gargiulo & Kilgo, 2000). أشارت الممارسات الفعالة إلى استخدام العديد من النماذج في تطوير محتوى المناهج لمرحلة الطفولة المبكرة، من أهمها النموذج التطوري والنموذج المعرفي والنموذج الوظيفي، والنموذج السلوكي، وكذلك النموذج البيئي والنموذج التفاعلي اللذان يعتبران حديثان نسبيا. ومن المتعارف عليه في مجال مناهج ذوي الاحتياجات الخاصة، ان واقع العمل يتطلب الاعتماد على مجموعة من هذه النماذج، بحيث تجمع مكونات مختلفة من أكثر من منهاج لتلبية الاحتياجات الخاصة بكل طفل أو بكل مجموعة من الأطفال (Hanson & Lynch, 1995). وقد أشارت نتائج تقويم البرامج العاملة ان ٣% من نقاط ضعف البرامج وردت من الأسر والعاملين في برنامج بورتيج وعكست شعورهم بعدم ملائمة أسلوب بورتيج التطوري لجميع الحالات، فهناك حالات مثل الشلل الدماغي

والتوحد التي قد تلائمها اساليب اخرى من المناهج التي تعتمد على النظريات الوظيفية أو التفاعلية اوغيرها، مما يؤكد ضرورة توفر أكثر من منهاج أو برنامج لدى العاملين .

ان التقويمات المرتكزة على المناهج (Curriculum-based assessments) آخذة في الشيعوع في مجال العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، لأنها تشمل مقياس تقويم مصاحب لمنهاج مرشد في عملية وضع خطط الأطفال، بحيث يتم الربط جيدا بين القدرات التطورية التي يتم تقويمها وأهداف عملية التدخل مع الأطفال. ومن أشهر هذه المناهج التي تستخدم مع مرحلة الطفولة المبكرة كما ورد ذكرها في جارجيلو وكيلجو (Gargiulo & Kilgo, 2000):

Hawaii Early Learning Profile Inside Help, Help for Special Preschoolers, The Carolina Curriculum for Preschoolers with Special Needs, The Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs, and The Assessment, Evaluation and Programming System for Infants and Children.

لقد تم تأليف منهاج خاص بمرحلة الروضة بالتعاون مع المجلس الوطني الشؤون الأسرة وبدعم من برنامج الخليج العربي لدعم المنظمات الأمم المتحدة الإنمائية. وهذا المنهاج الوطني التفاعلي بجزئية النظري والعملي يشكل مرجعا متكاملًا بإطار تربوي يشبع حاجة معلمة رياض الأطفال إلى المعرفة كما يعمل على رفع كفاءتها وتنمية ذاتها. يركز المنهاج على فلسفة تفاعل الطفل الهادف مع البيئة وتوظيفها من خلال الأركان التعليمية (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٤). وهذا مثال عن بعض الجهود الوطنية التي يجب الاستفادة منها وتوظيفها بطريقة أو بأخرى في إعداد الأدوات المناسبة لخدمات التدخل المبكر.

ان عملية تطوير المنهاج للأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة في امريكا قد تأثر بالممارسات المقترحة من قبل مجال تربية الطفولة المبكرة والتربية الخاصة المبكرة، ويقترح ان يتم الاستفادة من

تجربة قسم الطفولة المبكرة التابعة لمجلس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأمريكي عند تحديد المناهج في النموذج المقترح. لقد قدم القسم ستة مبادئ رئيسية في محتوى المنهاج والتجارب المتاحة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة وسيلي عرضا ملخصا لهذه المبادئ (DEC Task Force on Recommended Practice, 1993):

- ١- يجب أن تتمركز التجارب التعليمية حول الأسر بحيث تتجاوب مع الأهداف والأولويات التي تضعها كل أسرة لطفلها.
- ٢- يجب أن تكون التجارب التعليمية مدعومة بالبحث العلمي او موجهة بالقيم المعاصرة للأخصائيين بالمجال والأسر.
- ٣- ينبغي أن تتوافق التجارب التعليمية مع الخلفيات الثقافية والقيم والتجارب المختلفة للأسر والأطفال الذين يخدمهم البرنامج.
- ٤- ينبغي أن يتاح المجال لمشاركة جميع أعضاء الفريق المتعدد التخصصات الذي يعمل مع الأطفال في عملية اختيار التجارب التعليمية.
- ٥- يجب أن تفرد التجارب التعليمية بحيث تناسب العمر الزمني والعمر التطوري للطفل.
- ٦- ينبغي أن تتطبع التجارب التعليمية (Normalization) بحيث تتماشى مع الظروف الطبيعية للحياة في المجتمع قدر المستطاع.

د-إعداد وتدريب فريق العمل

سيتم الحديث عن توفير أعضاء الفريق العامل، وتدريبهم قبل وأثناء الخدمة.

* توفر أعضاء الفريق

تشير الممارسات العالمية الفعالة إلى ضرورة وجود فريق متعدد التخصصات ليعمل على تقديم خدمات التدخل المبكر ضمن نماذج عمل بين التخصصات وعبر التخصصات

(Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003) . وقد تبين من خلال مراجعة نظم تقديم الخدمات عبر الدول، أن الدول المحدودة الموارد غالباً ما تواجه نقص في الموارد البشرية العاملة مما يضطرها إلى اللجوء إلى أساليب خلاقه ومرنة لسد الحاجات، مثل تدريب أفراد من المجتمع المحلي كمساعدي مهنيين (Thorburn,2003)، أو تدريب أفراد تحت لقب عمال عاميين (Khouzam, Chenouda, & Naguib, 2003)، أو تدريب عمال تأهيل متعددي الغايات (Kaul, Mukherjee, Ghosh, Chattopadhyay, & Sil, 2003) وذلك لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال والأسر.

يعتبر الأردن من الدول ذات المصادر المحدودة، إلا انه شهد خلال العقدين الأخيرين تطوراً ملحوظاً في مجال توفير القوى البشرية العاملة. فقد أولت الكليات والجامعات الأردنية عناية خاصة باستحداث أقسام لتخريج الأخصائيين في مجالات علم النفس والإرشاد والخدمة الاجتماعية والتربية الخاصة والعلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي مما سيسهل عملية توفير فرق التدخل المبكر في المراكز القيادية. ويقترح النموذج أن يتكون كل فريق من ثمان إلى خمسة عشر عضواً من التخصصات التالية: التربية الخاصة، تربية طفولة مبكرة، الخدمة الاجتماعية، علم النفس، العلاج الطبيعي، الإرشاد والتدريب الأسري، العلاج الوظيفي، علاج النطق واللغة، طب الأطفال، الأجهزة الطبية والأطراف الإصطناعية. وفي حال مواجهة صعوبات في تأمين كافة أعضاء الفريق في المراكز البعيدة عن المدن الكبرى، لا بد من توفيرهم على شكل إستشاريين وبحسب حاجات العمل.

* إعداد العاملين

لقد أشارت نتائج تقويم البرامج العاملة حالياً إلى ضعف في مجال إعداد وتطوير العاملين. فقد حصل هذا المحور على أدنى معدل على استبانة تقويم العاملين للخدمة، إذ حصلت الفقرات الأربعة المتعلقة بالإعداد قبل الخدمة على وزن مؤوي قدره ٣٨%، وكان أدنى وزن مؤوي فيها للفقرة

المتعلقة بالعمل الفرقي التي حصلت على معدل ١٦%. أما الفقرات المتعلقة بالتطوير والتدريب أثناء الخدمة فقد حصلت على وزن مئوي قدره ١٨%. لم تكن هناك فروقات كبيرة على هذا المحور ما بين برنامج بورتيج (الذي يعتمد على تدريب الزائرات من المجتمع المحلي) وبرنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر (الذي يعتمد على فريق من المتخصصين خريجي الكليات والجامعات). وظهر التحليل النوعي للبيانات تكرار فكرة قلة التدريب أثناء الخدمة بنسبة (٨١%) من مجموع نقاط ضعف البرامج. وهذه مؤشرات قوية على ضرورة إيلاء موضوع إعداد وتطوير العاملين عناية خاصة بهذا النموذج، علما بان مسألة إعداد وتطوير العاملين قد ظهرت كحجر أساسي في جميع أنظمة التدخل المبكر التي تمت مراجعتها خلال الدراسة.

الإعداد قبل الخدمة:

أشارت الممارسات الفعالة في إعداد وتطوير العاملين في مجال التربية الخاصة المبكرة إلى مؤشرات محددة في عملية التدريب والتطوير قبل الخدمة (Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003)، ومن ابرز هذه المؤشرات التي يقترح النموذج تبنيها:

- ١- أن يتلقى الطالب تعليما وتدريباً في مجال العمل الأسري، وان تحرص البرامج على مشاركة الأسر في التجارب التعليمية المقدمة.
- ٢- أن يتلقى الطالب أنشطة تعليمية منظمة ومرتجة لاكتساب المعرفة والمهارة في العمل مع الأطفال ذوي الإعاقات بمرحلة الطفولة المبكرة. وان تتسلسل الأنشطة بحيث تبدأ بتزويد الطالب بالمعرفة الأولية ثم التطبيق تحت إشراف وتنتهي بالتطبيق دون إشراف.
- ٣- ان تنظم أنشطة التعليم والتقويم بشكل يلبي حاجات الطلبة ويتيح المجال لإبداء الرأي حول كيف وماذا يريدون أن يتعلموا.

- ٤- ان تتوفر الفرص للتدريب على مهارات العمل الجماعي مثل التدريب على استراتيجيات إدارة الحالة وخطوات العمل الجماعي. وتؤيد فكرة قيام أعضاء هيئات التدريس عبر التخصصات المختلفة بإعطاء مساقات مشتركة للطلبة من عدة تخصصات، مما يدعم العمل الجماعي ويعرف الطلاب على عمل التخصصات المختلفة.
- ٥- أن تنظم أنشطة التعليم والتقويم بأسلوب يتيح المجال لتعلم مهارات النقاش والحوار.
- ٦- أن تستخدم الدراسات والبحوث الأدبية الحديثة للتعلم من خلال القراءة والمناقشة.
- ٧- ان يتم تعديل البرامج باستمرار تماشياً مع الطبيعة الديناميكية للمجال وان يكون التعديل بالاستعانة بنتائج تقويم البرامج التدريبية على مستوى المدرسين والطلاب والأسر.
- ٨- أن تبدأ عملية التدريب الميداني في مراحل مبكرة من الإعداد، وان يتسلسل التدريب بالتنظيم والإشراف بحيث يعكس متطلبات متزايدة من الطلبة تشمل معايير من السلوك المهني والأخلاقي.

برامج التدريب قبل الخدمة:

ينصح بالاستعانة أثناء تخطيط و إعداد برامج تدريب وتطوير العاملين بمعايير محتوى برامج إعداد معلمي التربية الخاصة المبكرة، المقدم من قبل قسم الطفولة المبكرة - مجلس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والنقابة الوطنية لتعليم الأطفال الصغار ونقابة تدريب المعلمين الأمريكية (DEC, NAEYA, & ATE, 1995). وهناك تركيز قوي في الأدب المتصل بموضوع التدريب قبل الخدمة للعاملين بمجال التدخل المبكر، على استخدام أسلوب ما بين التخصصات أثناء التعليم والتدريب الذي يهيء الطالب المتدرب على تحمل أدوار ومسؤوليات أخصائي التدخل المبكر (Roberts-Degennaro, 1996).

توكل مهمة تدريب وتطوير العاملين بهذا النموذج إلى اللجنة الفنية المنبثقة عن اللجنة الوطنية العليا. ويتوقع أن يتم تشكيل فريق من المدربين المحليين من ذوي المعرفة والخبرة العملية في مجال التدخل المبكر وعبر تخصصات تربوية وتأهيلية ونفسية مختلفة، كما يتوقع ان يضم الفريق مدربين أجانب من ذوي الخبرة بالمجال (خصوصا في المراحل الأولية من المشروع). وسيكون للجنة الوطنية العليا دورا مهما في محاولة الحصول على الدعم الفني للتدريب من برامج ومؤسسات إقليمية وعالمية تعنى بموضوع التدخل المبكر مثل مجلس الطفولة العربي، برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة، اليونيسيف... وغيرها.

ان فئات العاملين المستهدفة في برنامج التدريب هي: ١- الأطباء والممرضون العاملون في مراكز وأقسام الأمومة والطفولة ٢- فرق التشخيص العاملة في مراكز التشخيص الوطنية وفرق التدخل المبكر العاملة في المراكز القيادية والعاملون بالمراكز والجمعيات والمؤسسات المجتمعية ٣- فريق الإشراف الذي سيشكل لجنة الإشراف والمتابعة.

- برنامج تدريب الأطباء والممرضين

يقترح أن يشمل برنامج التدريب الذي يستهدف الأطباء والممرضين القضايا التالية:

- ١- التعرف على عناصر الخطر البيولوجية والبيئية التي تؤثر على الإعاقات التطورية.
- ٢- التدريب على استخدام أساليب الكشف التطورية (سجل متابعة نمو وتطور الطفلة) بشكل منتظم أثناء المراجعات المتكررة للأطفال.
- ٣- التعرف بأهمية الكشف والتدخل المبكر مع الأسر والأطفال الذين يحتاجون الخدمة.
- ٤- الحاجة إلى تعديل الاتجاهات الطبية التقليدية نحو المشاكل التطورية والتدخل المبكر.
- ٥- التعرف بأدوار التخصصات المختلفة العاملة في ميدان التدخل المبكر.

- برنامج تدريب فرق التشخيص والتدخل والعاملين في المراكز المجتمعية

أما فيما يتعلق بتدريب فرق التشخيص والتدخل والعاملين في المراكز والجمعيات والمؤسسات المجتمعية، فيقترح أن يكون هناك تدريب أولي مشترك للفئات الثلاث من العاملين يشمل المواضيع التالية:

- ١- الإطار الفلسفي والمفاهيمي للتدخل المبكر.
- ٢- مظاهر التطور والسلوك الطبيعي وغير الطبيعي.
- ٣- الكشف والتشخيص والتقويم التطوري للأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة.
- ٥- الإعاقات والمشاكل التطورية الشائعة مثل: العجز البصري والسمعي، التوحد، متلازمة داون الشلل الدماغي... الخ.
- ٦- مبادئ وأهداف وإجراءات العمل مع الأسر وتمركز الخدمة حول الأسر.
- ٧- أساليب العمل الجماعي (عبر التخصصات وبين التخصصات).
- ٨- تطوير وتطبيق الخطة الفردية الأسرية.
- ٩- أسلوب الخدمة من خلال الزيارة المنزلية.
- ١٠- أسلوب الخدمة داخل المركز.

قد يقدم التدريب بشكل مكثف في دورة واحدة أو يقسم على أكثر من دورة، لكن يتوقع ألا تقل مدة التدريب عن ثمانية أسابيع، وإن يقدم بعدة أساليب تجمع ما بين المعلومات النظرية وورش العمل والتدريب العملي واستخدام الفيديو لعرض الحالات. وقد تكون هناك ضرورة لتقديم تدريب إضافي لكل فئة من العاملين حسب حاجات العمل الخاص بهم، كأن يعطى تدريباً إضافياً على استخدام أدوات التقويم لفرق التشخيص، وتدريب إضافي لأساليب العمل الفريقي لفرق التدخل والعاملين في المراكز المجتمعية.

- برنامج تدريب فريق الإشراف

أما فريق الإشراف، فيفترض أن يضم نخبة من ذوي المعرفة والخبرة العملية بالمجال ويتوقع أن يتكون من عشر إلى خمسة عشر فرداً، ومن الممكن أن يكون جزء منهم ممن يساهمون بتدريب الفئات الأخرى من العاملين. بالإضافة إلى المشاركة بالتدريب الأولي، يتوقع ان يحصل أعضاء فريق الأشراف على التدريب الكافي الذي يؤهلهم للقيام بمهام الإشراف والمتابعة الموكلة للجنة الإشراف المتابعة. لذا لا بد أن يتلقوا تدريباً في أساليب دعم وتحفيز العاملين، وأساليب الإشراف وتقييم الأداء وتقديم التغذية الراجعة. وينصح بالتدريب على استخدام أسلوب التقييم الذاتي الذي يشجع العاملين على مساءلة أنفسهم عن الأدوار والممارسات والقيم التي يطبقونها في العمل مع الأسر والأطفال والتعامل مع أعضاء الفريق العامل.

التدريب أثناء الخدمة:

أما فيما يتعلق بالتطوير والتدريب أثناء الخدمة فإن معظم الممارسات التي وردت للتدريب قبل الخدمة تنطبق على التدريب أثناء الخدمة مع الممارسات الإضافية التالية (Stayton, Miller, & Dinnebeil, 2003):

- ١- أن تقدم أنشطة التدريب والتطوير بشكل منظم ومتواصل.
- ٢- أن يتم تخطيط أنشطة التدريب بمشاركة العاملين لتعمل على تلبية حاجاتهم، وذلك من خلال إجراء تقييم دوري لاحتياجات ورغبات العاملين المتعلقة بالتدريب.
- ٣- أن تتنوع أساليب تقديم الأنشطة التدريبية مثل المحاضرات وورش العمل والاستشارة أثناء العمل ومراجعة القراءات ... الخ.
- ٤- أن تدعم الإدارة التطور المهني وان تؤمن حصول العاملين على فرص التدريب من خلال تسهيل النواحي الإدارية والمالية.
- ٥- أن يتم ربط التدريب بأمور تحفز العاملين على المشاركة مثل الترقية في العمل.

يهدف النموذج المقترح الى بناء مجتمعات تعليمية (Learning Communities) تماشيا مع ما يقترحه الأدب المتصل بموضوع التدريب أثناء الخدمة (Bruder, 2000)، فيما تهدف المجتمعات التعليمية إلى خلق جو من التعلم المستمر الذي تصبح فيه الاجتماعات الدورية لأعضاء الفرق المختلفة نوعا من أنواع التدريب المتواصل من خلال العاملين لبعضهم البعض، إذ يملك كل عامل في إعدادهِ وتخصيصه نقاط القوة التي قد يفيد زملائه فيها. بالتالي، يؤمل ان يتخطى النموذج استخدام التدريب ذات الطابع الموسمي وان يستعاض عنه بالتعليم المتواصل والمستمر. وبالإضافة الى التعلم المستمر داخل فرق العمل المختلفة، لا بد من تخطيط إطار عام للتدريب الرسمي أثناء الخدمة، بحيث يؤمن حصول العاملين على ما لا يقل عن عشر أيام تدريب كل عام وعلى النحو التالي:

- ١- الاجتماع العلمي: تعقد أربعة اجتماعات سنوية داخل كل مركز او برنامج مجتمعي لمناقشة وعرض الحالات.
- ٢- اليوم العلمي: تتعد أربع مرات سنويا على مستوى شبكات العمل. فتعقد كل شبكة عمل مؤتمرات مصغرة تتناول القضايا والأمور التي يعبر العاملون عن حاجتهم لها.
- ٣- المؤتمر الوطني: يقام مرة واحدة سنويا لمدة يومين، يتم خلاله تبادل الخبرات عبر الشبكات واستضافة المشاركين من دول خارج الأردن.

هـ - أسلوب عمل الفريق

أظهرت نتائج تقويم البرامج العاملة ان برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر يعمل من خلال فريق متعدد التخصصات. وظهر في استبانة تقويم العاملين ان الوزن المنوي للفقرة المتعلقة بمساعدة أعضاء الفريق لبعضهم البعض في تعلم المهارات عبر التخصصات على محور الأنشطة والإجراءات كان ٦٧%، بينما كان تقويم العاملين لالتقائهم باجتماعات دورية لإعداد وتعديل

الخطط الفردية الأسرية ٥٤%، وتقويمهم لعملية صياغة خطة فردية أسرية لكل طفل ٤٦%. مما عكس بعض الضعف في عملية المشاركة بصياغة خطة عمل واحدة تجمع وتولف أهداف كافة الأعضاء، وهو ما يجسد أسلوب عمل بين التخصصات. وفي حين ظهر أن برنامج بورتيج يقدم الخدمة من خلال منسق واحد لكل أسرة، إلا أن أسلوب عبر التخصصات الذي ينطوي على وجود عدة تخصصات ضمن الفريق مع تقديم الخدمة من قبل عضو واحد من أعضاء الفريق لم ينطبق تماما هنا، ذلك لأن جميع القائمين على تقديم الخدمة في برنامج بورتيج يتشابهن من حيث الإعداد المهني، إلا وهو المشاركة بدورة بورتيج لتدريب الزائرات. وقد عزيت ٧,٨% من نقاط الضعف في البرامج الى فكرة عدم شمولية الخدمة، وقد وردت جميع التعليقات المرتبطة بهذه الفكرة من أسر وعاملين برنامج بورتيج وعكست عدم توفر التنوع في خبرات ومهارات العاملين.

يعتبر العمل الفريقي من أهم مقومات الخدمة الفعالة، ويقترح النموذج تبني الممارسات الفعالة التي يشار إليها في دراسة قسم الطفولة المبكرة (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001, 2001) فيما يتعلق بأسلوب عمل

الفريق:

- ١- ضرورة وجود فريق متعدد التخصصات يتمتع بمدى واسع من المعرفة والمهارة المهنية.
 - ٢- تقديم الخدمات بشكل متكامل بحيث تجمع أهداف كافة أعضاء الفريق في خطة عمل واحدة.
 - ٤- قيام أعضاء الفريق بتعليم بعضهم البعض بأساليب رسمية وغير رسمية.
 - ٥- استخدام أسلوب عمل عبر التخصصات مع الأطفال دون الثلاث سنوات.
- يقترح النموذج أن يكون أسلوب عمل الفريق الذي يخدم الأطفال دون الثلاث سنوات هو أسلوب عبر التخصصات، الذي توصي الممارسات الفعالة استخدامه مع هذه الفئة العمرية لتسهيل التواصل والتعاون بين أعضاء الفريق والأسرة ولتفادي تجزئة الخدمة المقدمة للأطفال والأسر.

ويكون المركز القيادي هو المسؤول عن تنسيق هذه الخدمة بالاستعانة بالبرامج المجتمعية التي تعمل من خلال أسلوب الزيارة المنزلية مثل التأهيل المجتمعي وبورتيج ان وجدا في المجتمع المحلي، شريطة أن يتوفر الدعم للعاملين من خلال فريق التدخل المتواجد في المركز القيادي. فيعمل أعضاء فريق التدخل على مرافقة القائمين على تقديم الخدمة بشكل استشاري حسب حاجات الأطفال والأسر، وبهذا الأسلوب تقدم المشورة للعاملين من قبل مدى من التخصصات، فيتعلم العاملون من بعضهم البعض وتكون الخدمة المقدمة للأطفال والأسر أكثر كفاءة وفاعلية.

أما الفريق العامل داخل المركز القيادي فان النموذج يقترح بأن يكون أسلوب ما بين التخصصات هو أسلوب عملهم. وينطوي هذه الأسلوب على ضرورة تجميع آراء كافة أعضاء الفريق (بما فيهم الأسرة) في خطة عمل واحدة. فيلتقي الفريق باستمرار في جو من الثقة والتعاون والتواصل الصريح لتخطيط وتنفيذ وتقويم الخدمة، ويكون التركيز على الأداء الوظيفي للطفل أكثر من نوع الخدمة، بحيث يدرك أعضاء الفريق بان تحقيق أهداف خطة التدخل هي مسؤولية مشتركة بين كافة الأعضاء. وهذا هو الأسلوب الذي سيتم تشجيع الفرق العاملة في المراكز المجتمعية على تبنيه.

و- الأنشطة والإجراءات المتعلقة بخدمة الأطفال

حصلت الفقرة المتعلقة بالرضا عن الخدمات المقدمة للأطفال على محور تلبية الحاجات على معدل أعلى من المتوسط على استبانة الأسر وعلى معدل متوسط على استبانة العاملين. بينما حصلت الفقرات المتعلقة بخدمة الأطفال على محور الأنشطة والاجراءات على تقويم متوسط على استبانة الأسر وتقويم أعلى من المتوسط على استبانة العاملين. كما أظهرت نتائج تقويم البرامج أن أعلى تكرار في النقاط القوة للبرامج كان لمفهوم تطوير قدرات الأطفال. وبينما يؤكد النموذج على ضرورة المحافظة على هذه النتائج وتعزيزها، فإنه يقترح أن يتم تبني الممارسات التي أشارت

إليها دراسة قسم الطفولة المبكرة المتعلقة بمؤشرات الخدمة الفعالة (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001) وهي:

- ١- قيام الفريق بصياغة خطة فردية أسرية لكل طفل.
- ٢- تحديد أهداف التدخل على شكل سلوكيات محددة للطفل.
- ٣- تفريد عملية التعلم لتناسب الاحتياجات التعليمية الخاصة بكل طفل.
- ٤- تعدد الأساليب والطرق التعليمية لتناسب الحاجات المختلفة للأطفال.
- ٥- التدريب والتعليم في المواقف الطبيعية وخلال الأنشطة الحياتية.
- ٦- استخدام إجراءات المنهج السلوكي بشكل منظم وثابت.
- ٧- تخطيط وتنفيذ الأنشطة التعليمية خلال كافة مراحل التعلم.
- ٨- التخطيط والتحضير للمراحل الانتقالية في حياة الأطفال.
- ٩- تهيئة الأطفال للالتحاق بالمدارس في اقل البيئات تقييدا.
- ١٠- تقويم أداء الأطفال بشكل دوري واستخدام نتائج التقويم لتعديل الخطط الفردية.

* الخطة الفردية الأسرية

يقترح النموذج ضرورة تحديد أسس للخطة الفردية الأسرية ليتم تبنيها عبر كافة المراكز أو البرامج التي تقدم خدمة تدخل مبكر للأطفال وأسرهم. تصاغ الخطة الفردية الأسرية بعد الانتهاء من عملية التقويم وتكتب أثناء اجتماع الأسرة مع الأخصائيين المعنيين بتقديم الخدمة للطفل والأسرة. تركز الخطة الفردية الأسرية على الدور الرئيسي للأسر، وعلى تحديد منسق للخدمة، وعلى التخطيط المبكر للمراحل الانتقالية في حياة الأطفال. وتتبنى دول العالم خصائص متشابهة فيما يتعلق بما يجب أن تحتويه الخطة الفردية الأسرية (PL 105-17,1998; Cited in Gargiulo

(Kilgo, 2000; Rosenkoetter & Squires, 2004)، وفيما يلي أهم العناصر الذي يقترح

النموذج وجودها في الخطط الفردية الأسرية:-

- ١- وصف موجز لوضع الطفل الحالي في مجالات التطور (الحركي، المعرفي، اللغة والتواصل، الانفعالي والاجتماعي، والسلوك التكيفي).
- ٢- وصف نقاط القوة ومصادر الأسرة، والأمور التي تعبر الأسرة عن قلق اتجاهها، وكذلك الأولويات في أهداف عملية التدخل من وجهة نظر الأسرة.
- ٣- الأهداف المرجو تحقيقها مع الطفل والأسرة، ويشمل ذلك تحديد الأنشطة والاستراتيجيات والمعايير المستخدم لتقويم التقدم نحو الهدف.
- ٤- تحديد الخدمات المطلوب توفرها لتلبية الحاجات وتحقيق الأهداف.
- ٥- تحديد تاريخ ابتداء تقديم الخدمة المعينة والتاريخ المتوقع للانتهاء من تقديم الخدمة.
- ٦- تحديد منسق الخدمة.
- ٧- تحديد مكان تقديم الخدمة.
- ٨- التخطيط لإجراءات تدعم انتقال الطفل لمرحلة الروضة أو المدرسة.
- ٩- تحديد موعد مراجعة الخطة والذي غالبا ما يكون بعد ستة شهور، وباجتماع الأسرة والأخصائيين المعنيين.

ان صياغة الخطة الفردية الأسرية هي وسيلة لتسهيل عملية الشراكة مع الأسر، التي تعتمد على تقوية مصادر الأسرة وتعتبر أن الأسرة قادرة على مساعدة نفسها مع المساعدة من الأخصائيين بين الحين والآخر. ويعتقد البعض أن العملية في صياغة الخطة الفردية الأسرية قد تكون أهم بكثير من الخطة ذاتها (DeGangi, Royeen, & Wietlisback, 1992). تحدد الخطة الفردية الأسرية الأهداف طويلة الأمد التي تكون ذات معنى للأسرة والإطار العام لتحقيق الأهداف،

ولكنها ليست خطة التدخل. فهناك ضرورة بعد ذلك إلى تطوير خطة تدخل مماثلة للخطة الفردية التعليمية التي تصاغ للأطفال بمرحلة المدرسة، وتشمل تحديد الأهداف قصيرة الأمد على شكل سلوكيات محددة والطرق التي ستستخدم للوصول للهدف وطريقة القياس وأسلوب جمع المعلومات (Jung, Gomez, & Baird, 2004). ويوصي النموذج المقترح بهذا الصدد باستخدام أداة Choosing Outcomes and Accomodations for Children :COACH (Giangreco, Cloninger, & Iverson, 1993). ان هذه الأداة هي برنامج لتخطيط خطة التدخل الفردية، وهي بمثابة خارطة الطريق التي تساعد الفريق في الاتفاق على مجموعة من الأهداف المشتركة عبر التخصصات وعلى تحديد الاستراتيجيات والعمليات لتنفيذ الخطة. تتدرج الأداة بكافة الأنشطة المطلوبة لتحقيق ذلك بأسلوب منظم يشجع أعضاء الفريق على تخطيط التعليم بعدة طرق تحقق النتائج المثمرة لكل طالب على حدا، وبشكل يضيف وضوح ومعنى للخطة ويقص من حجم الكتابة والتوثيق.

* الأساليب والطرق التعليمية

يكن المفتاح في خلق التجارب التعليمية المناسبة للأطفال في مطابقة الحاجات الفردية الخاصة بكل طفل مع البيئة والمواد وأساليب التعليم، مما يؤدي إلى استخدام المعلمة لمجموعة من الاستراتيجيات المختلفة في العمل مع الأطفال. وهذا ما بينته مؤشرات الخدمة الفعالة حين أشارت إلى ضرورة تفريد عملية التعلم وتعدد الأساليب والطرق التعليمية. بالتالي فان النموذج يؤكد على ضرورة تدريب المعلمات على استراتيجيات وأساليب التعليم المتعارف عليها في مجالي تربية الطفولة المبكرة، والتربية الخاصة المبكرة. وسيلي عرضاً لأبرز هذه الاستراتيجيات ضمن أربع فئات رئيسية هي: الاستراتيجيات المعتمدة على وساطة المعلمة، الاستراتيجيات المعتمدة على وساطة الأقران، الاستراتيجيات المعتمدة على الروتين والإستراتيجيات المعتمدة على البيئة.

الاستراتيجيات المعتمدة على وساطة المعلمة تصف العديد من الأساليب التي تستخدمها المعلمة قبل وأثناء النشاط لتشجيع ارتباط الطفل مع الأشخاص والمواد والنشاطات، مثل تنظيم البيئة الفيزيائية واختيار واستعمال المواد المعينة واختيار درجة التنظيم المقدمة للنشاط، وكذلك تقديم الحث أو المساعدة (Prompts) والتعزيز، وتقبل مستويات مختلفة ومعدلة من المشاركة في الأنشطة (Gargiulo & Kilgo 2000; Wolery, 1991).

أما الاستراتيجيات المعتمدة على وساطة الأقران فهي تعتمد على تفعيل دور الأقران لتسهيل تعلم ومشاركة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. ومنها الأساليب التي تنشط مبادرة الأقران على التواصل مع ذوي الاحتياجات الخاصة أو تشجيع التعلم الجماعي. ومع أن هذه الاستراتيجية تنطبق أكثر مع الأطفال الأكبر عمرا، إلا أنه من الممكن أن يلعب الأقران في مرحلة الروضة أدوار النماذج، والمرشدين، والشركاء في التعلم مع ذوي الحاجات الخاصة (Mastropieri & Scruggs, 2000).

الاستراتيجيات المعتمدة على الروتين تستخدم الأنشطة الروتينية مثل اللعب، وقت الطعام، دائرة الصباح، وقت التوضيب ... الخ، لتشجيع اكتساب المهارات. فهناك أدلة في الأدب تدعم أنه عندما تقوم المعلمة باستخدام مهاراتها في تنظيم وتوفير الفرص بشكل طبيعي وبأسلوب يحقق الأهداف التعليمية المرجوة لكل طفل من خلال الأنشطة الروتينية، فإن ذلك يؤدي إلى التقدم في تطور المهارات (Bricker & Pretti-Frontezak, 1998; Fox & Hanline, 1993; cited in Horn, 2000; Horn et al, 2001).

أما الاستراتيجيات المعتمدة على البيئة فهي تعمل على استغلال ما يثير فضول الطفل في البيئة مثل استخدام التعليم العرضي (Incidental). ومن هذه الاستراتيجيات نموذج الطلب (Mand-Model) الذي يستغل ما يحدث في البيئة ويطلب من الطفل أمرا أو سؤالاً أو يقدم تعليمات

مرتبطة تماما بموضع اهتمام الطفل مثلا، عندما ينتهي الطفل من شرب عصيره ويبدو انه بحاجة للمزيد، تقول المعلمة " قل ماذا تريد؟"، وعندما يقول الطفل "عصير" تقول المعلمة: "تريد المزيد من العصير" ، فتؤكد على طلبه باستخدام النمذجة وتتوسع في تقديم المعلومات عندما تقول المزيد، مستخدمة أسلوب (Model with expansion). وهناك استراتيجية تأخير وقت الاستجابة (Time delay)، والتعمد بإحداث خلل في الروتين (Interrupted routine) اللذان يحثان الطفل على المبادرة والتواصل أو التفكير بحل المشكلات (Wolery, 2001; Kaiser & Delaney, 2001).

* التهيئة للإلتحاق بالمدارس

فيما يتعلق بتهيئة الأطفال للإلتحاق بالمدرسة في اقل البيئات تقييدا، يقترح النموذج ضرورة توجه المعلمات نحو تقديم الفرص الكافية للأطفال للتعلم والتدريب على مهارات وسلوكيات معينة من أبرزها: مهارات العمل المستقل، مهارات العمل ضمن فريق، واللعب والعمل دون إشراف مستمر من المعلمة (Fowler, Schwartz, & Atwater 1991). أما بالنسبة للتحضير للمراحل الانتقالية فان النموذج يقترح التخطيط لإجراءات محددة بهدف زيادة احتمالية نجاح الطفل في البيئة التي سينتقل إليها (Hadden, 2004; Noonan & McCormick, 1993; Fowler et al, 1991) وتمثل الإجراءات بالتالي:

١- عملية التخطيط : وتشمل اجتماع الأسرة ومقدمي الخدمة المعنيين بمرحلة الانتقال مع أفراد في البرامج المحتمل الانتقال إليها. بعد تحديد البرنامج أو المركز يتم الاجتماع ثانية لمناقشة الإجراءات الواجب عملها قبل الانتقال، مثل عمل أية تعديلات في البيئة، تبادل المعلومات المتعلقة بوضع الطفل، تحديد الحاجات العلاجية للطفل ومن سيقدمها وأين، تحديد الاحتياجات الاستشارية التي ستحتاجها الروضة أو المدرسة...الخ.

٢- عملية التنفيذ: تنفيذ إجراءات ما قبل الانتقال وإجراءات الانتقال بعد الاتفاق على الأدوار والمسؤوليات والمهام المنوطة بكل فرد معني بالعملية.

٣- عملية المتابعة: وتشمل تقديم الاستشارة وخدمات العلاج والتقييم المستمر لوضع الطفل في البيئة الجديدة وإجراء التعديلات كما يلزم.

ز- الأنشطة والإجراءات المتعلقة بخدمة الأسر

لقد أظهرت نتائج تقييم البرامج على أن تقويم الأسر والعاملين للفلسفة والأهداف المتعلقة بالأسر كان أعلى بكثير من تقويمهم للأنشطة والإجراءات التي تترجم هذه الفلسفة والأهداف. وقد عكس الوزن المئوي لفقرات الإجراءات والأنشطة المتعلقة بخدمة الأسر على استبانة العاملين تطبيقاً بدرجة متوسطة، وعكس تطبيقاً أدنى من المتوسط على استبانة الأسر. كما أشارت النتائج إلى تكرار فكرة قلة الأنشطة الموجهة للأسر بنسبة ٧% من نقاط ضعف البرامج. بالتالي، فقد ظهرت مؤشرات على أن الخدمة لم تصل بعد الى نموذج تركز الخدمة حول الأسر وهناك حاجة إلى تفعيل وتطوير الأنشطة التي تتوجه نحو دعم الأسر ورفع كفاءاتهم.

يقترح النموذج تبني البرامج الممارسات الفعالة في عملية التدخل مع الأسر التي يشار إليها في دراسة قسم الطفولة المبكرة (Sandall, Mclean, & Smith, 2000; Hemmeter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001) وهي:

- ١- مراعاة الخصائص الثقافية والاجتماعية الخاصة لكل أسرة.
- ٢- إشراك الأسرة كعضو من أعضاء الفريق في كافة مراحل تقديم الخدمة.
- ٣- تطبيق العاملين لسلوكيات تعكس علاقة التشارك مع الأسر.
- ٤- تزويد الأسر بالمعلومات عن حالة أطفالهم والخدمات المتوفرة لخدمتهم.
- ٥- مساعدة الأسر بتحليل وتفسير المعلومات المتعلقة بحالة الطفل وتوفير الخدمات.

٦- تنفيذ أنشطة محددة لرفع كفاءة الأسر في التفاعل مع الأطفال بشكل يدعم تطور الأطفال.

٧- تقديم الدعم النفسي للأسر وتسهيل عملية حصولهم على الدعم.

تعكس هذه الممارسات مبادئ تركز الخدمة حول الأسر الذي أصبح الأساس المفاهيمي للتدخل المبكر اليوم، والذي يتطلب ضرورة فهم العاملين للنظام الأسري الخاص بكل أسرة واعتبار الصفات الشخصية لأفراد الأسرة، واحترام الفروقات في الخلفيات الثقافية للأسر (Barrera,2004). كما يؤكد ضرورة توجه العاملين نحو الاستماع الفعال لما تعبر عنه الأسرة من احتياجات ومخاوف وأوليات بحيث يتطور لديهم بعد نظر ورؤية للأمور من وجهة نظر الأسرة. بذلك تتعدى أهداف العمل مع الأسر النظرة التقليدية المرتبطة بتتقيف الأسر، وتمتد لتشمل أهداف إضافية تتعلق بتشجيع الأسر وتطوير قدراتهم في العمل مع الأخصائيين ومساعدتهم في تطوير شبكات الدعم الرسمية وغير الرسمية ومساعدتهم في المحافظة على التفاعل الذي يؤثر على نوعية حياة الأسرة. وبمثل هذه الإجراءات تصبح عملية الشراكة مع الأسر عوضاً عن تتقيف الأسر هي موضع اهتمام البرامج (Case-Smith, 1998; Turnbull & Blue, 1999; Banning, 1999; Flynn-Wilson & Wilson, 2004).

وفي ضوء هذه الممارسات والمبادئ تحدد البرامج المختلفة إجراءاتها المتعلقة بمشاركة الأسر في كافة مراحل الخدمة كما تمت الإشارة إليها في التقويم وصياغة الخطة الفردية الأسرية والتحضير للمراحل الانتقالية وتقديم التدخل... الخ. كما تحدد إجراءاتها الواضحة فيما يتعلق بتوفير وتنفيذ الأنشطة الخاصة بتقديم المعلومات، وتطوير مصادر الأسر، وتقديم الدعم النفسي أو تسهيل عملية الحصول على الدعم النفسي للأسر.

المراجع

المراجع العربية

الخطيب، جمال والحديدي، منى (١٩٩٨). التدخل المبكر - مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر.

الخطيب، جمال (٢٠٠٢). محور التعليم. " ورقة مقدمة في مؤتمر الإعاقة في الوطن العربي: الواقع والمأمول، بيروت ٢ - ٥ تشرين أول ٢٠٠٢. "

الخطيب، جمال (٢٠٠٣). الشلل الدماغي والإعاقة الحركية. عمان: دار الفكر.

الخطيب جمال (٢٠٠٤) تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.

دائرة الإحصاءات العامة (٢٠٠٤). تقارير وزارة التخطيط. عمان: وزارة التخطيط.

شرف الدين، موسى (٢٠٠٢). محور الطفل المعاق. "بحث مقدم في مؤتمر الإعاقة في الوطن العربي: الواقع والمأمول، بيروت ٢ - ٥ تشرين أول ٢٠٠٢. "

عدس، عبد الرحمن (١٩٩٩). أساسيات البحث التربوي. عمان: دار الفرقان.

اللجنة الوطنية للتأهيل المجتمعي (١٩٩٨). نحو وثيقة وطنية للتأهيل المجتمعي. "مقدم إلى المجلس الوطني لرعاية المعوقين، عمان ٢٣ آذار ١٩٩٨. "

مجلس شؤون الأسرة (٢٠٠٣). المعايير الوطنية لتنمية الطفولة المبكرة في الأردن. "ورقة عمل مقدمة في ورشة عمل المعايير الوطنية. "

مسعود، وائل (١٩٩٧). نحو استراتيجية وطنية لمواجهة مشكلة الإعاقة ودور التربية الخاصة في وزارة التنمية الاجتماعية في تحقيق أبعادها وأهدافها. "ورقة عمل مقدمة في ورشة عمل المنظمات غير الحكومية وذوي الاحتياجات الخاصة".

مديرية المعلومات والدراسات والبحوث (٢٠٠٣). الكتاب الإحصائي السنوي. عمان: وزارة الصحة.

مديرية الأمومة والطفولة، قسم التشخيص المبكر (٢٠٠٤). إحصائيات مركز التشخيص المبكر من (١٩٩٠ - ٢٠٠٤). عمان: وزارة الصحة.

الناشف، هدى (٢٠٠٥). قضايا معاصرة في تربية الطفولة المبكرة. القاهرة: دار الفكر العربي.

وزارة التربية والتعليم (٢٠٠٤). المنهاج الوطني التفاعلي. عمان: مطابع الرأي التجارية.

وزارة التخطيط والمجلس الوطني لشؤون الأسرة واليونيسيف (٢٠٠٤). الخطة الوطنية الأردنية للطفولة للأعوام ٢٠٠٤ - ٢٠١٣. الأردن: وزارة التخطيط.

وزارة التنمية الاجتماعية (٢٠٠٥). دليل مدارس ومراكز شؤون المعوقين العاملة في الأردن. عمان: وزارة التنمية الاجتماعية.

اليونيسيف (٢٠٠١). دراسة وضع مراكز المعوقين في الأردن. اليونيسيف: مكتب الأردن.

اليونيسيف (٢٠٠٣). الدراسة الوطنية للأطفال الأقل حظا في الأردن. اليونيسيف: مكتب الأردن.

المراجع الأجنبية

- Aytch, L.S., Castro, D.C., & Selz – Campbell, L. (2004). Early Intervention Services Assessment Scale – Conceptualization and Development of a Program Quality Self-Assessment Instrument. *Infants and Young Children*, 17 (3), 236 – 246.
- Bailey, D.B., Buysee, V., Edmondson, R., & Smith, T.M. (1992). Creating family-centered services in early intervention: Perceptions of professionals in four states. *Exceptional Children*, 58 (4), 298-309.
- Bailey, D.B., Simeonsson, R.J., Yoder, D.E., & Huntington, G.S. (1990). Preparing professionals to serve infants and toddlers with handicaps and their families: An integrative analysis across eight disciplines. *Exceptional Children*, 58(1), 26-34.
- Bailey, D.B., Palsha, S.A., & Simeonsson, R.J. (1991). Professional skills, concerns, and perceived importance of work with families in early intervention. *Exceptional Children*, 57 (1), 156 – 164.
- Barrera, I. (2004). Honoring Differences: Essential Features of Appropriate ECSE Services for Young Children From Diverse Sociocultural Equipments. *Young Exceptional Children Monograph Series No. 5*. Longmont, CO: Sopris West.
- Beamish, W., & Bryer, F. (1999). Practitioners and parents have their say about best practice: Early intervention in Queensland. *International Journal of Disability, Development and Education*. 46(2).
- Bjorck - Akesson, E., & Granlund, M. (2003). Creating a Team Around the Child Through Professionals, Continuing Education: Sweden. In S.L. In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman, & S. Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp. 171 – 190). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Boavida, J., & Carvalho, L. (2003). A Comprehensive Early Intervention Training Approach: Portugal. In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman, & S. Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp. 213– 252). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

Briggs, M.H. (1997). *Building Early Intervention Teams*. Maryland: Aspen Publishers Inc.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bruder, M.B. (2000). Family-centered early interventions: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*. Retrieved January 6th, 2004, from <http://www.findarticles.com>.

Bruder, M.B. (2005). Early Intervention for Children with Disabilities. Retrieved June 1st, 2005, from <http://www.bridges4kids.org>.

Campbell, P.H., & Halbert, J. (2002). Between research and practice: provider perspectives on early intervention. *Topics in Early Childhood Special education*, Retrieved August 12, 2004, from <http://www.findarticles.com>.

Case-Smith, J. (1998). Foundations and principles. In J. Case-Smith (Ed), *Pediatric Occupational Therapy and Early Intervention* (pp.3-25). Boston: Butterworth-Heinemann.

Case-Smith, J. (1998). Defining the Early Intervention process. In J. Case-Smith (Ed.), *Pediatric occupational Therapy and Early Intervention* (pp. 27-82). Boston: Butterworth – Heinemann.

Case-Smith, J., & Wavrek, B.B. (1998). Models of services delivery and team interaction. In J. Case-Smith (Ed), *Pediatric Occupational Therapy and Early Intervention* (pp.83-109). Boston: Butterworth-Heinemann.

Case-Smith, J. (2001). Teaming. In J. Case-Smith (Ed), *Occupational Therapy for Children* (pp. 21-37). St. Louis: Mosby.

Casto, G., & Mastropier, M. (1986). The efficacy of early intervention programs: A meta-analysis. *Exceptional Children*, 52 (5), 417-424.

DEC Task Force on recommended Practices. (1993). *DEC recommended practices: Indicators of quality in programs for infants and young children with special needs and families*. Reston, VA: Council for Exceptional Children.

- DEC, NAEYC, & ATE (1995). Personnel Standards for Early Education and Early Intervention: Guidelines for Licensure in Early Childhood Special Education. In S.Sandall, M.E. Mclean, & B.J. Smith (Eds.), *DEC Recommended Practices in early Intervention / Early Childhood Special Education* (pp.89 – 105). Longmont, CO: Sopris west.
- DeGangi. C., Royeen, C., & Wietlisback , S. (1992). How to examin the individualized family services planning process: preliminary findings and a procedural guide. *Infants and Young Children*, 5 (2), 42 - 56.
- Dennis, R.E. , Williams, E. Giangreco, M.F., & Cloninger, C.J. (1993). Quality of Life as Context for Planning and Evaluation of Services for People with Disabilities. *Exceptional Children*, 59 (6), pp. 499-512.
- Dinnebeil, L.A., & Hale, L. (1999). Early intervention program practices that support collaboration. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(4), 225-236.
- Dunst, C.J. (2000). Revisiting “rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2), pp. 95 – 104.
- Dunst, C.J. & Bruder, M.B. (2002). Valued Outcomes of Services Coordination, Early Intervention and Natural Environments. *Exceptional Children*, 68 (3), pp.361 – 375.
- Dunst, C.J., Johanson, C., Trivette, C.M., & Hamby, B. (1991). Family – oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not. *Exceptional Children*, 58 (2), 115-125.
- Fowler, S.A., Schwartz, I., & Atwater, J. (1991). Perspectives on the Transition from Preschool to Kindergarten for Children with Disabilities and Their Families; *Exceptional Children*, 58 (2), pp. 136 – 145.
- Flynn–Wilson, L.L., & Wilson, P.G. (2004). Partnerships with Family Members: What about Fathers? *Young Exceptional Children Monograph Series No. 5*. Longmont, Co.: Sopris West.
- Gargiulo, R., & Kilgo, J. (2000). *Young Children with Special Needs: An Introduction to Early Childhood Special Education*. Africa: Delmar Publishers.

- Giangreco, M.F., Cloninger, C.J., & Iverson, V.S. (2000). *Choosing Outcomes and Accommodations for Children: A Guide to Educational Planning for Students with Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Goldstein, L. (2003). Early intervention helps special education students. *Education Week*, 23 (4). Retrieved September 24, 2003, EBSCO Host.
- Gribich, C. (1999). *Qualitative Research in Health: an Introduction*. London: SAGE Publications:
- Guralnick, M.J (1991). The next decade of research on the effectiveness of early intervention. *Exceptional Children*, 58 (1), 174-183.
- Guralnick, M.J. (ed.) (2000). *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Hadden, S. (2004). Entering Preschool: Supporting family Involvement in the Age Three Transition. *Young Exceptional Children Monograph Series No. 5*. Longmont, CO: Sopris West.
- Hanson, M. J., & Lynch, E. (1995). *Early Intervention: Implementing child and family services for infants and toddlers who are at risk or disabled*. Austin, TX: Pro-ed.
- Hanson, M.J. (2003). National Legislation for Early Intervention: United States of America . In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman, & S. Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp. 253 – 280). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Hart, V. (1990). Handicapped Infants. In M. Wang (Ed), *Special education research and practice* (pp. 171-197). New York: Pergamon Press.
- Hemmeter, M.L., Joseph, G.E., Smith, B.J., & Sandall, S. (2001). *DEC Recommended Practices: Program Assessment*. Longmont, CO: Sporis West.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative Research in Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing Company.
- Horn, E. (2000). Supporting Young Children's IEP Goals in Inclusive Settings Through Embedded Learning Opportunities. *Topics in Early*

Childhood Special Education. Retrieved May 5, 2004 , from <http://www.findarticles.com>.

Horn, E., Lieber, J., Sandall, S., & Shwartz, I. (2001). Embedded Learning Opportunities as an Inclusive Strategy for Supporting Children's Learning in Inclusive Programs. *Young Exceptional Children Monograph Series No.3*. Longmont, CO: Sopris West.

Hsia, S.T., McCabe, H., & Li, B. (2003). Cultural Issues and Service Provision in Rural Areas: People's Republic of China I. In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman, & S. Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp. 27 – 48). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

Individuals with Disabilities Educational Act of 1990 (P.L. 102-119), USC Secs. 1400 – 1485.

Johnston, C.F. (2003). Formal and Informal Networks: Australia. In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman, & S. Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp. 281 - 300). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

Jung, L.A., Gomez, C., & Baird, S. (2004). Family Centered Intervention: Bridging the Gap Between IFSPs and Implementation. *Young Exceptional Children Monograph Series No. 5*. Longmont, CO: Sopris West.

Kaiser, A.P., & Delaney, E.M. (2001). Responsive Conversations: Creating Opportunities for Naturalistic Language Teaching. *Young Exceptional Children Monograph Series No.3*. Longmont, CO: Sopris West.

Kaul, S., Mukherjee, S., Ghosh, A.K., Chattopadhyay, M., & Sil, U. (2003). Working with Families to Implement Home Interventions: India. In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman, & S. Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp. 111 – 128). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

Khousam, N., Chenouda, E., & Naguib, G. (2003). A Family Partnership Model of Early Intervention: Egypt. In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman, & S. Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp. 151 – 170). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

- Lee, S. (2003). Community – Based Inclusion: South Korea . In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman, & S.Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp. 49 – 68). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Lerner, J. (1997). Young children with disabilities. In J. Lerner (Ed), *Learning Disabilities* (pp. 251-279). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Lumpkin, H.G., & Aranha, M.S. (2003). The Right to a Good and Supportive Start in Life: Brazil. In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman, & S.Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp.129 – 150). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Mastropieri, M.A., & Scruggs, T.E. (2000). *The Inclusive Classroom: Strategies for Effective Instruction*. NJ: Prentic-Hall, Inc.
- McDonnell, A., & Hardman, M. (1998). A synthesis of “best practices” guidelines for early childhood services. *Journal of the Division for Early Childhood*, 12, 328-341.
- McWilliam, R.A., & Young, H.J. (1996). Therapy services in early intervention: Current status, barriers, and recommendations. *Topics of Early Childhood Special Education*, 16(3), 348 – 375.
- Minke, K.M., & Scott, M.M. (1995). Parent-professional relationships in early intervention: A qualitative investigation. *Topics in Early Childhood Special Education*, 15 (3), 335-344.
- National Center for Clinical Infant Programs, (1987). *A guide to program evaluation for administrators and practitioners*. Washington, D.C.
- Noonan. M., & McCormick, L. (1993). *Early intervention in natural environment: Methods and procedures*. Belmont, CA: Wadsworth, Inc.
- Odom, S.L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., & Kaul, S. (Eds.), (2003) *Early Intervention Practices Around the World*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Peterander, F. (2003). Supporting the Early Intervention Team: Germany. In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman & S.Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp.301 – 332). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

- Peterson, C.A. (2002). Reflections on the challenges of program evaluation. *Topics in Early Childhood Special Education*. Retrieved March 14, 2004, from <http://www.findarticles.com>.
- Roberts – DeGennaro, M. (1996). An Interdisciplinary training model in the field of early intervention. *Social Work in Education*, 18 (1),. 20 – 30.
- Rosenkoetter, S.E., & Squires, S. (2004), Writing Outcomes that make a Difference for Children and Families. *Young Exceptional Children Monograph series No.5*. Longmont, CO: Sopris west.
- Sainato, D., & Carta, J. (1992). Classroom influences on the development of Social Competence in Young Children with Disabilities. In S. Odom, S. McConnell. & McEvoy M. (Eds.), *Social Competence of Young Children with Disabilities: Issues and strategies for Intervention* (pp. 93 – 109). Baltimore, MD: Paul H. Brooks.
- Sandall, S., Mclean, M.E., & Smith, B.J. (2000). *DEC Recommended Practices in Early Intervention / Early Childhood Special Education*. Longmont, CO: Sopris West.
- Sandall, S. & Ostrosky, M. (2000). Natural Environment and Inclusion. *Young Exceptional Children Monograph Series No. 2*. Longmont, CO: Sopris West.
- Shonkoff, J., & Hauser-Cram, P. (1987). Early intervention for disabled infants and their families: A quantitative analysis. *Pediatrics*, 80, 650-558.
- Smith, T.E.C., & Polloway, E.A., Patton, J.R., & Dowdy, C.A. (2001). *Teaching Students with Special Needs in Inclusive Settings*. Boston: Allyn and Bacon.
- Stayton, V.D., & Bruder, M.B. (1999). Early Intervention personnel preparation for the millennium: Early Childhood Special Education. *Infants and Young Children*, 12(1), 59-69.
- Stayton, V.D., Miller, P.S., & Dinnebeil, L.A. (2003). *DEC Personnel Preparation in Early Childhood Special Education*. Longmont, CO: Sopris West.

Stephnes, L.C., & Tauber, S.K. (2001). Early Intervention. In J. Case-Smith (Ed), *Occupational Therapy for Children* (pp.708-729). St Louis: Mosby.

Teferra, T. (2003) Early Intervention Practices: Ethiopia. In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman & S.Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp.91 – 110). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

Thorburn, M.J. (2003). Paraprofessionals in low-cost early Intervention programs: Jamaica. In S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman & S.Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices Around the World* (pp.191 – 212). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

Turnbull, A.P., & Blue–Banning, M. (1999). From Parent Education To Partnership Education: A Call for A Transformed focus. *Topics in early Childhood Special Education*, 19 (3).

U.S. Department of Education. (2004). *What Are the Critical Features of Successful Early, Intervention Programs?* Retrieved January 13,2004, [http:// www.atsweb.new.edu](http://www.atsweb.new.edu).

UNESCO (1995). *UNESCO sponsored report for the world summit on social development*. Retrieved February 20, 2004, <http://www.worldvision.co.uk/worldissues/disability>.

Wolery M.(1991). Instruction in Early Childhood Special Education: “Seeing Through a Glass Darkly...Knowing in Part”. *Exceptional Children*, 58 (2). 115 – 126.

Wolery, M.(2001). Embedding Time Delay procedures in Classroom Activities. *Young Exceptional Children Monograph Series No. 3*. Longmont, CO: Sopris West.

الملاحق ملحق رقم (١)

الأخت الكريمة الأخ الكريم

تحية طيبة وبعد،

بداية أشكركم على الوقت الذي ستخصصونه لقراءة هذه الاستبانة والإجابة عن الأسئلة الواردة فيها. ان الهدف من هذه الاستبانة هو استكمال متطلبات أطروحة دكتوراة في التربية الخاصة بعنوان: "نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقويم البرامج العاملة حالياً في الأردن".

ان إجاباتكم عن أسئلة الاستبانة ستسهم بشكل هام وحيوي في الخروج بنموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في الأردن. لذا، أرجو أن تكون إجاباتكم مبنية على أساس ما هو موجود في البرنامج لا على أساس " ما يجب ان يكون ".

تم تقسيم الاستبانة إلى جزئين، الجزء الأول مكون من فقرات محددة تدور حول عناصر البرنامج، لغرض تقويم عمليات وأنشطة البرنامج من وجهة نظركم. وقد تم اختيار مقياس ليكرت خماسي القيم (صفر - ٤) للإجابة عليها وعلى النحو التالي:

صفر = لا ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي.

١ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة قليلة.

٢ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة متوسطة.

٣ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة عالية.

٤ = ينطبق وصف الفقرة على الوضع الحالي بدرجة عالية جداً.

أما الجزء الثاني فهو مكون من سؤالين مفتوحين ليعطياك حرية الاستجابة بما تعتقده مناسباً.

باننتظار إجاباتكم الكريمة، وأرجو أن تتقبلوا صادق مودتي واحترامي.

وداد عقروق
جامعة عمان العربية

استبانة تقييم الأسر للخدمة

إسم البرنامج الذي تتلقى خدمة من خلاله:

عمر الطفل عندما ابتداءً بتلقي الخدمات:

عمر الطفل الآن:

صلة القرابة بالطفل:

عمر المشارك بالإجابة على الاستبانة:

المؤهل العلمي:

طبيعة العمل:

الجزء الأول

١ - الفلسفة

الرقم	الفكرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	تشتترط فلسفة البرنامج مشاركتي في كافة مراحل تقديم الخدمة.					
٢-	يشجع البرنامج المشاركة ما بين العاملين بالمصادر والمعرفة.					
٣-	يؤكد البرنامج على التعاون عبر المؤسسات والبرامج المجتمعية المختلفة وينعكس ذلك بممارسات محددة (مثل توفير المصادر والوقت لقيام العاملين بذلك، أو عقد اتفاقيات للإحالة والتعاون مع برامج أخرى...)					
٤-	يركز البرنامج على تقديم خدمات التعليم والتدريب بناءً على الحاجات التطورية (النمائية) لطفلي أكثر من التركيز على تشخيصه الطبي.					

٢ - الأهداف

الرقم	الفكرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	يقدم البرنامج خدمات تعمل على تطوير قدرات طفلي في مجال النمو الحركي.					
٢-	يقدم البرنامج خدمات تعمل على تطوير قدرات طفلي في مجال النمو اللغوي.					
٣-	يقدم البرنامج خدمات تعمل على تطوير قدرات طفلي في مجال النمو الاجتماعي - الانفعالي.					
٤-	يقدم البرنامج خدمات تعمل على تطوير قدرات طفلي في مجال النمو المعرفي.					
٥-	يقدم البرنامج خدمات تعمل على تطوير قدرات طفلي في مجال العناية بالذات.					
٦-	يعمل البرنامج على تهيئة طفلي للالتحاق بالمدرسة في أقل البيئات تقييدا (أي مع الأطفال العاديين قدر المستطاع).					
٧-	يعمل البرنامج على دعم وتشجيع الأسر في رعاية أطفالنا					
٨-	يعمل البرنامج على رفع كفاءتنا في					

					رعاية أطفالنا.
					٩- يعمل البرنامج على زيادة وعي المجتمع فيما يتعلق بسبل الوقاية من الإعاقة.
					١٠- يعمل البرنامج على زيادة وعي المجتمع فيما يتعلق بأهمية التشخيص والتدخل المبكر.

٣- المكان والأدوات

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	تتمتع البيئة التعليمية بالشروط والمواصفات الملائمة من حيث التهوية والإضاءة والمساحة.					
٢-	تتوفر الألعاب والمواد التي تحفز الأطفال على التعلم.					
٣-	تتوفر الأدوات والأجهزة المناسبة لتدريب وعلاج الأطفال.					

٤- الفريق العامل

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	يملك العاملون معرفة جيدة تمكنهم من التعامل مع احتياجات طفلي.					
٢-	يمتاز العاملون بدرجة عالية من المهارة في التجاوب والتفاعل مع طفلي.					
٣-	يملك العاملون كفاءة ومهارة عالية في التعامل معي ومع أفراد أسرتي.					
٤-	يمتاز العاملون بالتزامهم بالعمل بدرجة عالية.					
٥-	يسود جو من التعاون والاحترام المتبادل بين أعضاء الفريق العامل.					

٥- الأنشطة والإجراءات

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	يقوم فريق العمل بصياغة خطة فردية					

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
	أسرية لطفلي.					
٢-	يعين منسق واحد لأسرتي لتسهيل التواصل والتعاون بين أعضاء الفريق وأسرتي.					
٣-	يتلقى طفلي عن طريق البرنامج التدريب العلاجي (من علاج طبيعي ووظيفي ونطق) بالقدر المناسب لاحتياجاته.					
٤-	يتم تعليم طفلي المهارات والسلوكيات الوظيفية التي تؤدي إلى زيادة مشاركته وأدائه المستقل.					
٥-	تستخدم الأنشطة الحياتية اليومية لترسيخ التعليم والتدريب في المواقف الطبيعية.					
٦-	تنظم الأنشطة الجماعية للأطفال بحيث تشجع التواصل وبناء العلاقات بين الأطفال.					
٧-	أشارك في عملية تقويم طفلي.					
٨-	أشارك المعلمة الزائرة او فريق العمل بعملية صياغة خطة التدخل الفردية لطفلي ومتابعة تطوره.					
٩-	اشترك مع العاملين بمسؤولية تنفيذ أنشطة تدريب وتعليم طفلي حسب الدرجة التي أعبّر عن رغبتني بالمشاركة فيها.					
١٠-	يحرص العاملون على بناء علاقة تشاركية معي ومع أفراد أسرتي من خلال ممارسات محددة مثل (الاستماع لاهتماماتنا واحتياجاتنا، احترام آراءنا والأيمان بقدراتنا والمشاركة الوجدانية معنا...)					
١١-	يزودني البرنامج بالمعلومات اللازمة عن حالة طفلي والخدمات والمصادر المجتمعية المتوفرة لطفلي ولأسرتي.					
١٢-	احصل على مساعدة في تحليل وتفسير المعلومات عن وضع طفلي والمصادر المجتمعية بشكل يمكنني من اخذ القرارات الصائبة المتعلقة بطفلي وبأسرتي.					
١٣-	يقدم لي البرنامج أنشطة تثقيفية وتدريبية تساعدني في التعامل مع طفلي بشكل يدعم تطوره (مثل التدريب في أساليب التنشئة الفعالة، أساليب تطوير اللعب عند الأطفال، أساليب تعديل السلوك.....).					
١٤-	يقدم البرنامج أنشطة تدريبية للعمل على					

					- تقوية مصادري ومصادر أسرتي الذاتية (مثل التدريب في أساليب التواصل والدفاع عن حقوق أطفالنا في المجتمع....).
				١٥	- يتيح لي البرنامج فرص عديدة للالتقاء بأفراد أسر أطفال ذوي احتياجات خاصة وذلك من خلال أنشطة منظمة (مثل الرحلات واللقاءات الترفيهية أو الزيارات للمرافق والبرامج المجتمعية....).
				١٦	- يسهل البرنامج عملية بناء شبكات الدعم بين أفراد الأسر المختلفة من خلال ممارسات محدد (مثل توفير مكان لاجتماع الأسر وتوفير أخصائيين في الاجتماعات لتسهيل تكون مجموعات الدعم....).
				١٧	- احصل على مساعدة من خلال البرنامج في عملية التخطيط والتحضير للمراحل الانتقالية في حياة طفلي (مثل دخول الروضة أو المدرسة، الانتقال لتلقي الخدمة من خلال برنامج آخر....).

٦ - التقييم والمتابعة

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	يقوم البرنامج بتقويم طفلي بشكل دوري ومتواصل.					
٢-	يستخدم العاملون نتائج التقييم كوسيلة لمتابعة تطور طفلي وتعديل برنامجه كلما لزم الأمر ذلك.					
٣-	يتحقق العاملون من فاعلية الخدمة من خلال السؤال عن رضا الأسر عن الخدمة المقدمة.					

٧ - قدرة البرنامج على تلبية حاجات المجتمع

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	اعتقد أن خدمات التدخل المبكر متوفرة في المنطقة الجغرافية التي أعيش فيها					

					بشكل كاف لتلبية حاجات المجتمع.
					٢- حصلت على خدمات لطفلي خلال فترة أسابيع من تقديمي للبرنامج لطلب الخدمة.
					٣- أشعر بالرضا عن الخدمات التي يقدمها البرنامج لتطوير قدرات طفلي.
					٤- أشعر بالرضا عن الخدمات التي يقدمها البرنامج لدعم الأسر في رعاية الأطفال.

الجزء الثاني

السؤال (١)

- ما مواطن القوة (الأمور الإيجابية) في البرنامج والتي تجعل الخدمة المقدمة ذات نوعية جيدة؟

السؤال (٢)

- ما المشاكل التي تواجهها أثناء تلقي الخدمة من خلال البرنامج؟

الملحق رقم (٢)

استبانة تقويم العاملين للخدمة

إسم البرنامج الذي تعمل به:

العمر:

المؤهل العلمي:

طبيعة العمل:

عدد سنوات الخبرة في العمل:

عدد سنوات الخبرة في العمل بمجال التدخل المبكر:

الدورات التي شاركت بها أثناء العمل:

الجزء الأول

١- الفلسفة

الرقم	الفكرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	يشترط البرنامج مشاركة الأسر في كافة مراحل تقديم الخدمة.					
٢-	يشجع البرنامج المشاركة ما بين العاملين بالمصادر والمعرفة.					
٣-	يؤكد البرنامج على التعاون عبر المؤسسات والبرامج المجتمعية المختلفة وينعكس ذلك بممارسات محددة (مثل توفير المصادر والوقت لقيام العاملين بذلك، أو عقد اتفاقيات للإحالة والتعاون مع برامج أخرى....).					
٤-	تجمع فلسفة البرنامج ما بين تبني النظريات التطورية (النمائية) والنظريات السلوكية في تحديد ممارسات التدخل مع الأطفال.					
٥-	يركز البرنامج على تقديم خدمات التعليم والتدريب بناءً على حاجات الطفل التطورية (النمائية) أكثر من تركيزه على التشخيص الطبي للطفل.					

٢- الأهداف

الرقم	الفكرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	يهدف البرنامج إلى تقديم الخدمات التي تعمل على تطوير قدرات الأطفال في مجال النمو الحركي.					
٢-	يهدف البرنامج إلى تقديم الخدمات التي تعمل على تطوير قدرات الأطفال في مجال النمو اللغوي.					
٣-	يهدف البرنامج إلى تقديم الخدمات التي تعمل على تطوير قدرات الأطفال في مجال النمو الاجتماعي - الانفعالي.					
٤-	يهدف البرنامج إلى تقديم الخدمات التي تعمل على تطوير قدرات الأطفال في مجال النمو المعرفي.					
٥-	يهدف البرنامج إلى تقديم الخدمات التي تعمل على تطوير قدرات الأطفال في مجال العناية بالذات.					

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
-٦	يهدف البرنامج إلى تهيئة الأطفال للالتحاق بالمدارس في أقل البيئات تقييداً (أي مع الأطفال العاديين قدر المستطاع).					
-٧	يهدف البرنامج إلى دعم وتشجيع الأسر في رعاية أطفالهم.					
-٨	يهدف البرنامج إلى رفع كفاءات الأسر في رعاية أطفالهم.					
-٩	يهدف البرنامج إلى زيادة وعي المجتمع فيما يتعلق بسبل الوقاية من الإعاقة.					
-١٠	يهدف البرنامج إلى زيادة وعي المجتمع فيما يتعلق بأهمية التشخيص والتدخل المبكر.					

٣- المكان والأدوات

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
-١	تتمتع البيئة التعليمية بالشروط والمواصفات الملائمة من حيث التهوية والإضاءة والمساحة.					
-٢	تتوفر الألعاب والمواد التي تحفز الأطفال على التعلم.					
-٣	تتوفر الأدوات والأجهزة المناسبة لتدريب وعلاج الأطفال.					
-٤	يتوفر لدى البرنامج مقاييس تطويره واختبارات محكية المرجع تستخدم في عملية تقويم الأطفال.					
-٥	يتوفر لدى البرنامج جداول أو مناهج نمائية وتربوية يتم الاستعانة بها أثناء تطوير الخطط الفردية للأطفال.					
-٦	تتوفر السبل للعاملين لاستخدام شبكات الإنترنت للحصول على المعلومات الحديثة المتعلقة بمجال التدخل المبكر.					

٤- إعداد الفريق

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا

					الفقرات التالية تتعلق بمرحلة الدراسة الجامعية أو الإعداد المهني قبل الخدمة.	أ-١
					تلقيت تدريباً وتعليماً في مجال الطفولة المبكرة يكفي لاكتسابي المهارات الأساسية في العمل مع هذه الفئة العمرية.	١-
					تلقيت تدريباً وتعليماً في مجال العمل الأسري يكفي لاكتسابي المهارات اللازمة في التعامل مع الأسر وفق أسلوب تركز الخدمة حول الأسر.	٢-
					تلقيت تدريباً كافياً فيما يتعلق بالعمل ضمن فريق متعدد التخصصات (مثل التدريب على استراتيجيات إدارة الحالة، ومبادئ العمل الجماعي، والتعرف على عمل التخصصات المختلفة من خلال المساقات المشتركة والتدريب الميداني المشترك....).	٣-
					شاركت بتجارب ميدانية كافية في مجال الطفولة المبكرة بأسلوب منظم وتحت إشراف.	٤-
					الفقرات التالية تتعلق بأنشطة التطوير والتدريب أثناء الخدمة.	ب-
					يقدم البرنامج أنشطة تدريب وتطوير للعاملين بشكل منظم ومتواصل.	٥-
					يتم تخطيط أنشطة التدريب بمشاركة العاملين لتعمل على تلبية حاجاتهم بشكل أفضل.	٦-
					تقدم الأنشطة التدريبية بعدة طرق (مثل المحاضرات وورش العمل واستخدام الفيديو والتدريب العملي ومراجعة القراءات وتقديم الاستشارة أثناء العمل....).	٧-
					يتم ربط التدريب بأمور تحفز على المشاركة (مثل اعتماد ساعات التدريب لغايات التعليم المستمر أو الترقيع المهني، أو الترقيع في العمل....).	٨-

٥ - الأنشطة والإجراءات

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جداً
-------	--------	--------------	---------------------	----------------------	---------------------	--------------------------

					يعمل في البرنامج فريق مكون من ثلاثة تخصصات مهنية على الأقل.	١-
					يلتقي كافة أعضاء الفريق باجتماعات دورية لأعداد وتعديل الخطط الفردية الأسرية بشكل يناسب حاجات العمل.	٢-
					يتم تعيين منسق واحد لكل أسره لتسهيل التواصل والتعاون بين أعضاء الفريق والأسرة.	٣-
					يساعد أعضاء الفريق بعضهم البعض في تعلم مهارات مختلفة عبر التخصصات.	٤-
					يقوم فريق العمل بصياغة خطة فردية أسرية لكل طفل يتلقى خدمات.	٥-
					يتم اختيار الأساليب المناسبة لتدريب وعلاج الأطفال بحيث تنطلق من مناهج علمية أثبتت فاعليتها في التعامل مع فئات الإعاقة المختلفة (مثل البوياب، التكامل الحسي...).	٦-
٤	٣	٢	١	صفر لا ينطبق	الرقم	الفقرة
ينطبق بدرجة عالية جدا	ينطبق بدرجة عالية	ينطبق بدرجة متوسطة	ينطبق بدرجة قليلة			
					يتلقى الأطفال عن طريق البرنامج التدريب العلاجي (من علاج نطق ووظيفي وطبيعي) بالقدر المناسب لاحتياجاتهم.	٧-
					يقوم فريق العمل بتعليم الأطفال المهارات والسلوكيات الوظيفية التي تؤدي إلى زيادة مشاركتهم وأدائهم المستقل.	٨-
					تستخدم إجراءات المنهج السلوكي بشكل منظم وثابت في تدريب الأطفال على المهارات والسلوكيات (مثل النمذجة والتلقين والتسلسل والإخفاء والتغذية الراجعة وتأخير وقت الاستجابة...).	٩-
					يتم تخطيط وتنفيذ الأنشطة لتدريب الأطفال خلال كافة مراحل التعلم (ابتداءً من مرحلة اكتساب المهارة ثم الإقناع ثم المحافظة وأخيراً التعميم).	١٠-
					تستخدم الأنشطة الحياتية اليومية لترسيخ التعلم والتدريب في المواقف الطبيعية.	١١-
					تنظم الأنشطة الجماعية للأطفال بحيث تشجع التواصل وبناء العلاقات بين الأطفال.	١٢-
					يستخدم الكمبيوتر كأداة مساعدة في تعليم الأطفال وذلك من خلال البرامج التربوية المعدة خصيصاً لمرحلة	١٣-

					الطفولة المبكرة.
					١٤- تشارك الأسر في عملية تقويم الأطفال
					١٥- تشارك الأسر بعملية صياغة الخطط الفردية الأسرية ومتابعة تطور الأطفال.
					١٦- تشارك الأسر في تنفيذ أنشطة لتدريب وتعليم أطفالهم حسب الدرجة التي يعبرون عن رغبتهم بالمشاركة فيها.
					١٧- تطبيق الممارسات التي تساعد في بناء علاقة التشارك مع الأسر (مثل الاستماع النشط للأسر والمشاركة الوجدانية معهم، احترام آراءهم ودعم قراراتهم والإيمان بقدراتهم..).
					١٨- تزود الأسر بالمعلومات اللازمة عن حالة أطفالها والخدمات والمصادر المجتمعية المتوفرة لخدمتهم.
					١٩- يتم مساعدة الأسر في تحليل وتفسير المعلومات عن وضع أطفالهم والمصادر المجتمعية بشكل يمكنهم من اخذ القرارات الصائبة المتعلقة بأطفالهم وأسرتهم.
					٢٠- تقدم للأسر أنشطة تدريبية وتتقنية لرفع كفاءاتهم في التفاعل مع أطفالهم بشكل يدعم تطور الأطفال (مثل التدريب في أساليب التنشئة الفعالة وأساليب تطوير اللعب عند الأطفال، وأساليب تعديل السلوك...).
					٢١- تقدم للأسر أنشطة تدريبية للعمل على تطوير قدراتهم ومصادرهم الذاتية (مثل التدريب في أساليب التواصل والمدافعة عن حقوق أطفالهم في المجتمع ...)
					٢٢- يتيح البرنامج الفرص لالتقاء الأسر ببعضها البعض من خلال أنشطة منظمة (مثل الرحلات واللقاءات الترفيهية أو الزيارات للمرافق أو البرامج المجتمعية...).
					٢٣- يسهل البرنامج عملية بناء شبكات الدعم بين الأسر من خلال ممارسات محددة (مثل توفير مكان لاجتماع الأسر وتوفير أخصائيين في الاجتماعات لتسهيل تكون مجموعات الدعم..).
					٢٤- تفرد الممارسات لكل أسره بحيث تناسب احتياجاتها وتراعي خصائصها الثقافية والاجتماعية (مثل تقديم المعلومات بعدة طرق، تعدد أساليب

					التواصل مع الأسر، مراعاة قيم ومعتقدات الأسر....).
				٢٥-	يتم مساعدة الأسر في التخطيط والتحضير للمراحل الانتقالية المختلفة في حياة الأطفال (مثل دخول الروضة أو المدرسة، الانتقال لتلقي الخدمة من خلال برنامج آخر...).
				٢٦-	يقدم البرنامج أنشطة توعوية على صعيد المجتمع المحلي (مثل المشاركة بالندوات والمحاضرات، إعداد المنشورات..).

٦- التقييم والمتابعة

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	تستخدم مقاييس وأساليب متنوعة في عملية تقويم الأطفال (مثل الملاحظة الإكلينيكية المباشرة، المقابلة مع الأسر، الاختبارات المحكيه المرجع والمقاييس التطوريه....).					
٢-	الأطفال بشكل دوري ومتواصل.					
٣-	تستخدم نتائج تقويم الأطفال كوسيلة لمتابعة تطور الأطفال وتعديل برامجهم كلما لزم الأمر ذلك.					
٤-	يتم توثيق عملية التقويم والتطور في حالة الطفل والأسرة بشكل دوري ومنظم.					
٥-	تستخدم طرق موضوعية للتحقق من فاعلية الخدمة المقدمة (مثل استخدام الاستبانة التي تعكس رضا الأسر عن الخدمة، متابعة نتائج تقويم تطور الأطفال....).					

٧- قدرة البرنامج على تلبية حاجات المجتمع

الرقم	الفقرة	صفر لا ينطبق	١ ينطبق بدرجة قليلة	٢ ينطبق بدرجة متوسطة	٣ ينطبق بدرجة عالية	٤ ينطبق بدرجة عالية جدا
١-	اعتقد أن خدمات التدخل المبكر متوفرة في المنطقة الجغرافية التي اعمل فيها بشكل كاف لتلبية حاجات المجتمع.					
٢-	يقوم البرنامج بتقديم الخدمات للأسر والأطفال خلال فترة أسبوع من تقدمهم لطلب الخدمة.					
٣-	أشعر بالرضا عن الخدمات التي يقدمها البرنامج لتطوير قدرات الأطفال.					
٤-	أشعر بالرضا عن الخدمات التي يقدمها البرنامج لدعم الأسر في رعاية أطفالهم.					

الجزء الثاني

السؤال (١)

ما مواطن القوة (الأمور الايجابية) في البرنامج والتي تجعل الخدمة المقدمة ذات نوعية جيدة؟

السؤال (٢)

ما المشاكل التي يواجهها البرنامج والتي تحول دون تقديم الخدمة بأفضل فاعلية؟

ملحق رقم (٣)

أمثلة على عملية الترميز لاستجابات المشاركين

مثال (١) على عملية الترميز لإحدى الاستجابات عن السؤال الأول:

الزيارة توفر وقت وجهد.	- الزيارات المنزلية في البيت توفر علي الوقت والجهد.
الزيارة تؤمن الاستمرار في فصل الشتاء.	- عدم الانقطاع عن البرنامج في فترات الشتاء، حيث أنني لا أستطيع أن أخرج بطلافي في الشتاء لان منااعته خفيفة.
مساعدة الأم في تعديل سلوك طفلها والتعامل معه.	- تعليم الأمهات المهارات الصحيحة في التعامل مع الأبناء ومساعدتي في تعديل السلوك (العند والدلال).
الأهداف المحددة تحفزني لأداء واجبي تجاه ابني.	- تحفيزي لأداء واجبي تجاه ابني من خلال الأهداف المحددة التي يعطوني إياها، وعدم نسيانه في مشاغل الحياة.
إمدادي بالمعلومات عن الخدمات المتوفرة.	- إمداد الأسر بالمعلومات المتعلقة بالمدارس أو المراكز المتوفرة في المجتمع.
مجانية الخدمة.	- مجانية الخدمة وعدم التكاليف

مثال (٢) على عملية الترميز لإحدى الاستجابات عن السؤال الثاني:

عدم وجود جهة حكومية مسؤولة عن البرنامج.	- كون البرنامج مجاني فهذا يجعل بعض المراكز مترددة في أن تتبناه، لذلك لو قامت وزارة أو جهة حكومية كبيرة بتبنيه وتغطية نفقاته فهذا مدعاة للاستمرار والانتشار بشكل اكبر.
عدم توفر كادر فني مساند للزائرة.	- عدم توفر كادر فني متكامل يساند الزائرة المنزلية مثل العلاج الطبيعي، النطقي والوظيفي والمستشارة النفسية واستشارية تعديل

<p>عدم التخطيط لبرامج ترفيهية.</p> <p>الحوافز والرواتب قليلة.</p> <p>لا تتوفر دورات منتظمة للزائرات.</p>	<p>السلوك... يحيل دون تقديم الخدمة على أحسن وجه.</p> <p>- إن تبني فكرة عمل برامج ترفيهية للأهالي والأطفال بشكل مستمر ودائم يزيد من فاعلية الأم والأسرة وكذلك الطفل لكن للأسف هذا الموضوع غير مخطط له.</p> <p>- توفير مبدأ التكريم والتعزيز بالنسبة للزائرة كونها تعمل ميدانيا والرواتب قليلة وغير مشجعة لاستمراريتها.</p> <p>- لا تتوفر دورات منتظمة لتثقيف الزائرة حتى يتحسن أدائها مع الأسرة، وليس هناك تبادل خبرات بين الزائرات عبر المراكز.</p>
--	---

Proposed Model for Developing Early Intervention Services in Light of International Practices and Evaluation Results of Existing Programs in Jordan

Prepared by

Widad Elias Akrouk

Supervised by

Professor Sulieman Rihani

Abstract

The study aimed at proposing a model for developing early intervention services in light of international practices and evaluation results of existing programs in Jordan, through answering the following questions:

- 1- How do families evaluate the various components of Portage Program and Al- Hussein Society for Early Intervention Program?
- 2- How do workers evaluate the various components of Portage Program and Al- Hussein Society for Early Intervention Program?
- 3- What are the weaknesses of Portage Program and Al- Hussein Society for Early Intervention Program from the perspectives of families and workers?
- 4- What are the strengths of Portage Program and Al- Hussein Society for Early Intervention Program from the perspectives of families and workers?

5- What are the characteristics of the proposed model for developing early intervention services?

The purposeful sample of the study was composed of (70) participants distributed amongst workers and family members served by Portage Program, and Al-Hussein Society for Early Intervention Program. Two questionnaires were developed, one for families' evaluation of services, and one for the workers' evaluation of services. The development of questionnaires was guided by the Program Assessment developed by the American Council for Exceptional Children. They consisted of two parts, the first contained closed ended statements covering the components of philosophy, objectives, place and material, personnel, procedures and activities, follow up and evaluation, and meeting the needs. While the second part contained two open ended questions.

The first two study questions were answered by conducting a quantitative analysis on the first part of the questionnaires, while the third and fourth questions were answered by conducting a qualitative analysis on the second part of the questionnaires. The following are some of the main results revealed by the study:

- Meeting the needs component received the lowest evaluation average on the families' questionnaire, and the second lowest on the workers' questionnaire.

- Personnel preparation and development component received the lowest average on the workers' questionnaire.
- Results indicated that services are not yet working within a family centered approach.

The model was proposed to answer the fifth study question, in light of program evaluation results, the review of early intervention systems around the world, and the recommended practices in the field. The model adopts an interagency approach amongst the various sectors and programs involved in the early detection and intervention. It depends on developing eighteen early intervention lead centers within the government maternity and child centers or health centers distributed throughout the kingdom. It also relies on providing an early intervention team within each center to manage the intervention process through a local network that involves all centers or programs within the community. The model proposes flexibility in choosing the place of service delivery, according to child's age and the individual needs of child and family.

The model describes the objectives and procedures of the various processes involved; starting from awareness then screening then diagnosis then intervention, and finally evaluation and follow up process. It also describes the components of the early intervention process, summarizing the main program evaluation results within each component and proposing the adoption of the DEC recommended practices.

