الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة EI ECSE لدى العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في برامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء

إعـــداد:

أ. محمد عبد المجيد أحمد السماعيل

طالب ماجستير – كلية التربية – جامعة الملك عبدالعزيز

د. عبد العزيز بن شوق السلمـــــي

أستاذ التربية الخاصة المشارك – كلية التربية

جامعة الملك عبدالعزيز – جدة – المملكة العربية السعودية

الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة EI ECSE لدى العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في برامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء

أ. محمد عبد المجيد أحمد السماعيل
طالب ماجستير – كلية التربية – جامعة الملك عبدالعزيز
د. عبد العزيز بن شوق السلمـــــي
أستاذ التربية الخاصة المشارك – كلية التربية
جامعة الملك عبدالعزيز – جدة – المملكة العربية السعودية

• **المستخلص:**
هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى امتلاك أخصائيي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في برامج ومراكز التدخل المبكر بمنطقة الأحساء للكفايات المهنية الخاصة بمعايير EI ECSE الصادرة عن مجلس الأطفال الاستثنائيين. ولتحقيق هذا الهدف، تم اعتماد الاستبانة كأداة للدراسة بعد تكييفها لتناسب السياق الحالي، كما تم استخدام المنهج الوصفي في إجراء البحث. شملت عينة الدراسة ١٠٤ مشاركين من مختلف البرامج والمراكز الحكومية والخاصة. وأظهرت النتائج أن المتوسط العام لمستوى الكفايات المهنية لجميع محاور الأداة بلغ ٣.٥٦ بانحراف معياري ٠.٩١٨، مما يشير إلى امتلاك العاملين لهذه الكفايات بدرجة كبيرة. كما كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ في استجابات المشاركين حول مدى امتلاكهم للكفايات المهنية، تعزى إلى متغيري المؤهل العلمي والدورات التدريبية المتخصصة. بناءً على هذه النتائج، أوصت الدراسة بضرورة توفير برامج تدريبية لتعزيز الكفايات المهنية وفق معايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة، بالإضافة إلى تفعيل الشراكة بين أسر الأطفال ذوي الإعاقة البصرية والعاملين في برامج ومراكز التدخل المبكر.

الكلمات المفتاحية: الكفايات المهنية، التدخل المبكر، الإعاقة البصرية.

The Professional Competencies Related to Early Intervention Standards EI ECSE in Early Childhood for Early Intervention Specialists Working with Children with Visual Impairments in Early Intervention Programs and Centers in Al-Ahsa Region.

Mohammad Abdul Majeed Ahmed Al-Samaeel
Dr. Abdul Aziz bin Shawq Al-Salami

Abstract

This study aimed to explore the extent to which early intervention specialists working with children with visual impairments in early intervention programs and centers in Al-Ahsa region possess the professional competencies related to the Early Intervention Early Childhood Special Education (EI ECSE) standards set by the Council for Exceptional Children. To achieve this objective, a questionnaire was employed as a data collection tool, which was adapted to align with the current context of the study. The descriptive research design was utilized for this study. The sample comprised 104 participants from both public and private programs and centers. The findings

revealed that the overall mean score for the level of professional competencies across all dimensions of the tool was 3.56, with a standard deviation of 0.918, indicating a high level of competency among the practitioners. Furthermore, the results showed statistically significant differences at the 0.05 level in the participants' responses regarding their professional competencies, which were attributed to the variables of academic qualification and specialized training courses. Based on these results, the study recommends the implementation of training programs aimed at enhancing professional competencies in alignment with early childhood intervention standards, as well as strengthening the partnership between the families of children with visual impairments and the professionals in early intervention programs and centers.

Key words: Professional competencies, Early Intervention, Visual Impairment.

• مقدمة:

يعد التدخل المبكر نقطة مهمة وفاصلة في حياة الأطفال ذوي الإعاقة، فهو يعنى بتقديم خدمات طبية، وتأهيلية، واجتماعية، ونفسية للأطفال قبل الوصول لسن السادسة (عواد ويوسف، ٢٠١٢)، وبحكم طبيعة اعتماد الأطفال على أسرهم في هذه المرحلة العمرية الحساسة لتلبية احتياجاتهم، فإن التدخل المبكر يركز بشكل أساسي على تطوير قدرات ومصادر الأسر لتساعد النمو والتطور، ويفضل أن تقدم الخدمة في البيئة الطبيعية للطفل (**Broadhead, Howard, and Wood, 2010**).

تظهر الأبحاث في مجال الطب وعلم النفس أن الدعم المهني الذي يتلقاه الأطفال من ذوي الإعاقة في الفترة المبكرة من حياتهم وكذلك من قبل والديهم أمر أساسي لدمجهم لاحقا في البيئة الاجتماعية. وبناء عليه، يوفر التدخل المبكر الكامل للطفل من ذوي الإعاقة شروط لتحقيق مجموعة من الأهداف، منها (**Bailey & Powell,2005**): تحقيق عمل المؤسسات المختصة والخبراء بشكل متماسك، وتحقيق الدعم النوعي للأطفال من ذوي الإعاقة وأولياء أمورهم، وإعطاء نظرة عميقة لأسرة الطفل حول الاحتياجات الخاصة به، وحصول الأسرة على الدعم والمعرفة والاستراتيجيات اللازمة للتعامل مع أطفالهم.

تعد الإعاقة البصرية إحدى الإعاقات التي تحد من قدرات الأشخاص، وهي تحتاج إلى الرعاية والاهتمام من قبل المراكز المختصة والأسرة بشكل خاص، وإذا ما تعرض الطفل المعاق بصريا للإهمال أو سوء التشخيص التقييمي منذ مرحلة الطفولة المبكرة فإنه قد يواجه صعوبات على المستويات الشخصية وكذلك السلوكية والمعرفية، وبناءً عليه، فإن هناك أهمية

قصوى لتزويد الطفل المعاق بصرياً بالمعرفة المناسبة؛ لجعله غير منعزل وتمكينه من اعتماده على نفسه، ولتحقيق ذلك يجب توفر الإمكانات المناسبة وسرعة التشخيص والتقييم عن طريق التدخل المبكر.

بناءً على ذلك، فإن الدراسة الحالية تسعى إلى معرفة مدى امتلاك اختصاصي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية للكفايات المهنية المتعلقة بمعايير التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة (EI-ECSE) الصادرة من مجلس الأطفال غير العاديين.

• مشكلة الدراسة:

يعتبر التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة البصرية بحاجة إلى فريق متعدد التخصصات مصاحباً له دعم مهني للطفل الكفيف أو ضعيف البصر منذ ولادته إلى فترة دخوله المدرسة. تعد هذه هي الخطوة الأولى لعملية التعليم الشامل الذي يهدف إلى ضمان تكافؤ الفرص للأطفال من ذوي الإعاقة البصرية في عملية التعلم والعمل ومشاركة الآخرين والحياة بشكل عام، ويمكن أن يساعد برنامج التدخل المبكر الفعال في تلبية احتياجات الطفل من ذوي الإعاقة البصرية في خمسة مجالات أساسية، هي (Chapius, 2000): تطوير الأفكار والمفاهيم والمعرفة، والتطور البدني، والتواصل الاجتماعي، والتطور الاجتماعي والعاطفي، والتطور التكيفي. وبالنظر الى الميدان التربوي وتطبيقات استراتيجيات التدخل المبكر، فقد أشارت دراسة القحطاني (٢٠٢٢) إلى وجود ضعف في عدد المختصين في برامج التدخل المبكر، وعدم وجود برامج كافية لإعداد أخصائي التدخل المبكر مما يؤثر على الخدمات المقدمة لذوي الإعاقة في برامج التدخل المبكر. إضافة الى ذلك، أشارت دراسة عسيري (٢٠١٧) إلى وجود عوائق أسرية، ومجتمعية، ومؤسسية تعيق العمل في مراكز التدخل المبكر مما يؤثر على تقديم خدمات التدخل المبكر للطلاب ذوي الإعاقة.

بناء على ما سبق، فإن الدراسة الحالية استهدفت الكفايات المهنية للعاملين في ميدان التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في المملكة الالعربية السعودية في منطقة الأحساء، عن طريق محاولة التعرف على مدى امتلاكهم للكفايات المهنية المتعلقة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة الصادرة من مجلس الأطفال الاستثنائيين، ومما يضفي أهمية على إجراء هذه الدراسة صدور قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الذي ينص على (نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ٢٠٢٣) والذي يكفل لهم حصولهم على جودة الحياة. بالإضافة إلى ذلك وعلى حد علم الباحث، فإن هذا

الموضوع لم يبحث ولم يطرق من قبل مما يزيد الحاجة الى التعرف على مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة لأخصائي التدخل المبكر للعاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء، وبناءً عليه فإن تساؤلات الدراسة تتمثل في التالي:

- ما مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في محافظة الأحساء؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات العاملين مع الأطفال من ذوي الإعاقة البصرية في برامج ومراكز التدخل المبكر وامتلاكهم للكفايات المهنية لمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة بناء على المتغيرات التالية (التخصص، المؤهل العلمي، نوع المركز الذي يقدم الخدمة، الدورات التدريبية المتخصصة)؟

• أهداف الدراسة:

بناء على طبيعة مشكلة الدراسة والأهمية فإن أهداف الدراسة تتمثل في التالي:

- التعرف على مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء.
- التعرف على ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات العاملين مع الأطفال من ذوي الإعاقة البصرية في برامج ومراكز التدخل المبكر وامتلاكهم للكفايات المهنية لمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة بناء على المتغيرات التالية: (المؤهل العلمي، الدورات التدريبية المتخصصة).

• أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في كونها تقدم مجموعة من المعارف والخبرات للمختصين في ميدان الإعاقة البصرية بحكم قلة الدراسات التي اهتمت في مجال التدخل المبكر والكفايات المهنية لدى العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل. أيضًا أهميتها من حيث الوقوف على مدى امتلاك الكفايات المهنية المتعلقة بمعايير التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة (EI-ECSE) الصادرة من مجلس الأطفال غير العاديين لدى اختصاصيي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج

ومراكز التدخل المبكر. ومن أهمية الدراسة أنها تكشف عن درجة وخبرة وتوفر المختصين في مجال التدخل المبكر؛ حيث يعد المستوى المعرفي لدى أخصائي التدخل المبكر عاملا مهما في إعداد برامج التدخل المبكر للأطفال من ذوي الإعاقة البصرية. بالإضافة إلى أنها تسعى إلى تحسين وتطوير مستقبل الأطفال من ذوي الإعاقة البصرية بطريقة أفضلٍ، سواء للطفل أو الأسرة؛ مما يعطي المملكة العربية السعودية تقدما اجتماعيا وازدهارا ثقافيا.

• مصطلحات الدراسة:

الإعاقة البصرية: يقصد بها في هذا البحث: فقدان الرؤية في العينين أو أحدهما، بسبب العواملٍ الوراثية أو غيرها، مما يضعف الأداء الوظيفي للعينين، ويعد الشخص معاقا بصريا إذا قلت حدة الإبصار لديه بأقوى العينين بعد التصحيح عن (٦ / ٦٠ متر) – (٢٠٠ / ٢٠ قدم).

التدخل المبكر: يعرف إجرائيًا بأنه: هي خطة تأهيلية تحتوي على عدة جوانب منها الإدراكية والمعرفية والحركية والحسية والنفسية والاجتماعية والتعليمية وكذلك الطبية وتكون مجدولة بناء على المراحل العمرية للأطفال ذوي الإعاقة بدءً من الولادة حتى سن السادسة.

معايير (EI-ECSE)**:** تعرفها الدراسة الحالية على أنها: تعرف الدراسة الحالية معايير (**ECSE/EI**) على أنها: مدى امتلاك العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية للمعرفة اللازمة بالكفايات المهنية التي يمكن تنفيذها عند إعداد برامج التدخل المبكر.

• أولاً: الإطار النظري للدراسة:

• معايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة [EI-ECSE]

قبل عام ٢٠٢٠، لم تكن هناك معايير مستقلة لمجال التدخل المبكر في الطفولة المبكرة(EI/ECSE) ، حيث كان يتم الاعتماد على معايير مجلس الأطفال الاستثنائيين (CEC) العامة، مما أدى إلى عدة تحديات، أبرزها عدم دقة هذه المعايير في عكس الممارسات الموصى بها في مجال EI/ECSE، وعدم كفايتها لتغطية الأدوار المتعددة والبيئات المختلفة التي يعمل فيها المختصون في التدخل المبكر والتربية الخاصة .ومع تطوير CECلمعايير جديدة، أصبحت الحاجة ملحّة لوضع معايير مستقلة تضمن استمرار الاعتراف والتوجيه لبرامج EI/ECSEفي مؤسسات التعليم العالي.

لقد تطورت معايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة بشكل كبير لتحسين حياة الأطفال ذوي الإعاقة. ومن خلال الابتكار والتركيز على المساواة والتعاون، يمكنها أن تضمن حصول جميع الأطفال على الدعم الذي

يحتاجونه. ونشأت معايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة EI/ECSE من قوانين وتشريعات في الولايات المتحدة الأمريكية، مثل قانون تعليم جميع الأطفال المعوقين لعام ١٩٧٥ (PL 94-142)، والذي تطور لاحقا إلى قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) ركزت هذه القوانين على ضمان توفير الخدمات للأطفال ذوي الإعاقة منذ السنوات الأولى من حياتهم. شهدت خدمات الطفولة المبكرة، بما في ذلك الخدمات المقدمة للأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو أو إعاقات، تغييرات جذرية خلال العقود الأربعة الماضية. كان لقانون تعليم جميع الأطفال المعوقين (EHA) لعام ١٩٨٦، P.L. 99-457 تأثير كبير، حيث أدى إلى زيادة عدد الأطفال المستفيدين من الخدمات، إلى جانب تعزيز البحث والاهتمام المهني بتحديد خصائص الخدمات المناسبة التي تلبي احتياجات هذه الفئة وأسرهم. بالتزامن مع ذلك، عملت المنظمات المهنية وصانعوا السياسات والباحثون على إعادة النظر في أدوار وممارسات ومتطلبات تأهيل المتخصصين في التدخل المبكر (EI) والتربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة. ويشير مصطلح (ECSE) " الطفولة المبكرة "إلى الأطفال من سن الولادة حتى سن ٨ سنوات الذين لديهم تأخر نمائي أو معرّضون لخطر الإعاقة (Stayton et al., 2023).

تم تطوير المعايير من خلال فريق قيادة ومعايير يضم خبراء من قسم الطفولة المبكرة في مجلس الأطفال الاستثنائيين DEC ومجلس الأطفال الإستثنائيين CEC والمركز الفني لموظفي الطفولة المبكرة (ECPC) تألفت لجنة تطوير المعايير من 15عضوًا يمثلون ١٢ ولاية أمريكية، معظمهم من أعضاء DEC وخبراء في إعداد العاملين. اتبعت العملية نهجًا تكراريًا شمل اجتماعات وجها لوجه واجتماعات افتراضية، حيث عملت مجموعات صغيرة على صياغة المعايير مع مراجعات دورية من الفريق بأكمله. استندت عملية التطوير إلى أبحاث حالية ومعايير أخرى مثل معايير الرابطة الوطنية لتعليم الأطفال الصغار NAEYC ، وممارسات DEC الموصى بها، ومعايير المعلمين الجدد(InTASC). في عامي ٢٠١٨ و٢٠١٩، تم جمع تعليقات من خلال جلسات استماع واستطلاعات عامة، حيث شارك 131شخصًا في الاستبيان الأول و 27شخصًا في الاستبيان الثاني، معظمهم من أعضاء DEC وخبراء إعداد العاملين في التدخل المبكر والتربية الخاصة. كانت الأسئلة تركز على مدى وضوح المعايير وأهميتها وقابليتها للتنفيذ، حيث كانت معدلات الموافقة مرتفعة (تراوحت بين ٤.٠٦ و٤.٦٢ من ٥). بعد المراجعات، قدمت المعايير إلى مجلس إدارة CEC في عام ٢٠١٩، ثم إلى لجنة المعايير المهنية المتخصصة (SPA)التابعة لمجلس الأطفال الإستثنائيين لمراجعتها قبل اعتمادها رسميًا (Stayton et al., 2023).

تمثل معايير EI/ECSE خطوة مهمة في توحيد معايير إعداد العاملين المتخصصين في التدخل المبكر والتربية الخاصة للطفولة المبكرة. تعزز هذه المعايير الممارسات القائمة على الأدلة، التعاون بين التخصصات، وتمكين العائلات، مما يضمن حصول الأطفال ذوي الإعاقة على خدمات تعليمية عالية الجودة تتماشى مع أحدث البحوث والسياسات.

بعد تقديم المسودة النهائية للمعايير ومكوناتها للتدقيق اللغوي، واصلت الفرق الصغيرة في فرقة العمل المتخصصة في التطوير SDTF صياغة أسس المعرفة ومؤشرات الأداء لكل معيار ومكون. ثم خضعت هذه العناصر للمراجعة النهائية من قبل فريق إعداد المعايير قبل إرسالها إلى CEC للتدقيق النهائي. شملت الخطوة الأخيرة صياغة مقدمة للمعايير، أدوات التقييم، والمصطلحات، وتمت مراجعتها من قبل أعضاء مجلس الأطفال الإستثنائيين. كما تم مقارنة معايير EI/ECSE مع هيكل مراجعة برامج CAEP لضمان مواءمتها مع التقييمات المطلوبة. في يونيو ٢٠٢٠، اعتمد CEC المعايير رسميًا، ثم أرسلت إلى CAEP "Council for the Accreditation of Educator Preparation" التي وافقت عليها في خريف ٢٠٢٠ .اعتبارًا من ربيع ٢٠٢١، بدأت برامج التعليم العالي باستخدام هذه المعايير لأغراض الاعتماد الأكاديمي، وأصبحت إلزامية لجميع البرامج التي تسعى لاعتماد CAEP بحلول شتاء/ربيع ٢٠٢٣ (Stayton et al., 2023) .

- **إستخدامات معايير EI/ECSE في تطوير القوى العاملة:**

تقوم معايير EI/ECSE على أساس التطوير، لاستخدامها من قبل عدة جهات ولأغراض متعددة، مثل (Stayton et al., 2023):

- توجيه برامج إعداد معلمي التدخل المبكر والتربية الخاص للطفولة المبكرة.
- تعزيز محتوى التطوير المهني.
- تشجيع التعاون بين التخصصات المختلفة.
- دعم البحوث والدراسات لإعداد الكوادر.

- **مبررات وضع معايير مستقلة لمجال التدخل المبكر في الطفولة المبكرة (Stayton et al., 2023):**
- **الحاجة إلى التخصص في المعرفة والمهارات والتوجهات المهنية**

تلعب معايير EI/ECSE دورًا مهمًا في ضمان إعداد المختصين في هذا المجال بطريقة تتناسب مع طبيعة العمل مع الأطفال الصغار (من الولادة حتى سن ٨ سنوات). وتستند الحاجة إلى هذه المعايير المستقلة إلى ما يلي:

- يتطلب العمل مع الأطفال الصغار فهمًا عميقًا للتغيرات السريعة في نموهم وتأثير العوامل الاجتماعية والثقافية على تعلمهم.
- يجب على المختصين في EI/ECSE تحديد أهداف وظيفية للأطفال وتنفيذ استراتيجيات تدريس وتدخلات مناسبة داخل بيئات طبيعية وشاملة.
- يشارك المختصون في نماذج متعددة لتقديم الخدمات مثل العمل المشترك بين التخصصات(Interdisciplinary & Transdisciplinary) ، مزود الخدمة الأساسي(Primary Service Provider) ، والاستشارات والتدريب (Consultation & Coaching)، مما يستلزم تدريبًا متخصصًا في هذه الأساليب.

أظهرت دراسة لـ (Bruder et al., 2011) أن العديد من مزودي خدمات IDEA (PARTB) (619) و (Part C) لم يتلقوا التدريب اللازم أثناء دراستهم الجامعية، حيث:

- 80%لم يحصلوا على تدريب كافٍ للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقة والمتأخرين نمائيًا.
- 50%فقط من الولايات تتطلب تدريبًا متخصصًا بعد الشهادة الأولية.

هذا يشير إلى الحاجة الملحة إلى معايير موحدة لضمان تأهيل جميع المختصين في هذا المجال بطريقة متسقة ومتخصصة.

- **تقليل الفجوات في التدريب والتأهيل والترخيص المهني:**

أظهرت الدراسات أن غياب المعايير الوطنية الموحدة أدى إلى تباين كبير في تدريب وتأهيل وترخيص المختصين في مختلف الولايات المتحدة الأمريكية.

ووفقًا لـ (Chen & Mickelson, 2015) ، فإن:

- 55%فقط من الولايات لديها شهادات معتمدة في ECSE .
- 11%لديها شهادات مزدوجة بين ECEو ECSE .
- 34%تستخدم تراخيص مختلفة مثل شهادة التدريس من رياض الأطفال حتى الصف ١٢.
- 23 نطاقًا زمنيًا مختلفًا معتمدًا لشهادات ECSEفي الولايات المختلفة، مما يعكس عدم التناسق في التأهيل المهني.

أما في دراسة أخرى لـ (Stayton et al., 2012) ، تم تحليل معايير ١٨ ولاية أمريكية، ووجد أن:

- 3 ولايات فقط كانت معاييرها متوافقة بنسبة 80%أو أكثر مع المعايير الوطنية.

- 11 ولاية كانت متوافقة بنسبة 50%أو أقل.
- 3 ولايات لم يكن لديها أي توافق مع المعايير الوطنية.

هذا التنوع الكبير في سياسات الترخيص قد يكون بسبب عدم وجود معايير واضحة تحدد ما يجب أن يعرفه مختصو التدخل المبكر والتربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة.

- **توفير إطار متكامل لمعايير التعليم الخاص من الولادة حتى الصف ١٢:**

تم تطوير إطار موحد لمهنة التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة Power to the Profession Task Force, 2020 عبر تعاون بين 15منظمة وطنية مثل NAEYCوDEC ، بهدف:

- وضع معايير مهنية وطنية ومتفق عليها لمختصي الطفولة المبكرة.
- تحديد دور مختصي EI/ECSE كدور متخصص ضمن التدخل المبكر، لكن مع متطلبات ومعايير خاصة بهم.

- **مفهوم التدخل المبكر**

يعرف (Hardman, et al. 1996) مصطلح التدخل المبكر بأنه "مجموعة شاملة من الخدمات التعليمية والاجتماعية والتربوية والنفسية والصحية تقدم للأطفال الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين هم عرضة لخطر التأخر العقلي"(ص.٢٥). ولقد عرف الاتحاد الإسباني لجمعيات اختصاصي التدخل المبكر بأنه " مجموعة من التدخلات الموجهة لأطفال يتراوح أعمارهم بين الميلاد إلى ست سنوات للأسرة وللمجتمع المحيط بهدف الاستجابة في أسرع وقت ممكن للاحتياجات المؤقتة أو الدائمة التي يحتاجها الأطفال ذوو الاضطرابات في النمو أو الذين في خطر الإصابة به، وهذه التدخلات يجب أن تتعامل مع الطفل ككل، ويجب أن يتم تخطيطها من طرف فريق الاختصاصيين في التوجيه المتعدد التخصصات" (البلاوي، ٢٠١٤ ص١٣٤؛ الشهري، ٢٠١٨).

وعرف القريطي (٢٠٠١) التدخل المبكر بأنه " تلك الإجراءات الهادفة والمنظمة، التي يكفلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها، والحيلولة دون تحولها – في حالة وجودها- إلى عجز دائم، وكذلك تحديد أوجه القصور في جوانب نمو الطفل الصغير، وتوفير الرعاية العلاجية والخدمات التعويضية التي من شأنها مساعدته على النمو والتعلم، علاوة على تدعيم الكفاية الوظيفية لأسرته، والعمل على تفادي الآثار السلبية والمشكلات التي يمكن أن تترتب على ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور في نموه وتعلمه وتوافقه، أو التقليل من حدوثها، وحصرها في أضيق نطاق ما أمكن ذلك" (العنزي، ٢٠١٢، ص ٢٧).

ويرى البهنساوي وآخرون (٢٠٢٠، ص ٢٩-٣٠) التدخل المبكر بأنه " جميع الخدمات التي تقدم للطفل قبل سن دخول المدرسة سواء كانت هذه الخدمات تربوية، أو نفسية، أو اجتماعية، أو طبية، والتي تقدم للطفل أو الأسرة من خلال مراكز الرعاية النهارية أو المدرسة أو المنزل أو وسائل الإعلام، أو المستشفيات بشكل مستقل أو اجتماعي، والتي من شأنها المساعدة على خفض حدة المشكلات المختلفة التي يعاني منها الطفل، وهي تقدم للأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي أو للوقاية من التعرض لمشكلات نمائية مستقبلا".

- **مبررات التدخل المبكر**

هناك عدة مبررات للتدخل المبكر اتفق عليها الباحثون ويمكن تلخيصها في التالي (العنزي، ٢٠١٢):

- التأثيرات البيئية المحيطة لها أهمية في عملية تعلم الطفل، مع الأخذ بالاعتبار حالة عدم الاستقرار والثبات للقدرات العقلية في مرحلة ما بعد الولادة؛ وهنا يأتي دور عملية تزويد الطفل بالخبرات المبكرة لتنمية قدراته المختلفة.
- حاجة الأسرة وأولياء أمور الطفل للمساعدة لكيلا يحملوا أنماط غير بناءة لتنشئة الطفل، وكذلك تجنيب الأسرة والطفل المواجهة النفسية الصعبة مستقبلا.
- يعد والِدا لطفل بمثابة المعلمَين للطفل وأن المدرسة ليست بديلاً للأسرة.
- إن التأخر النمائي قبل سن ما قبل الخامسة للطفل المعاق قد يؤدي إلى احتمال حدوث مشاكل طوال حياة الطفل، فالتدخل المبكر يمنع التدهور النمائي الذي قد يحدث للطفل المعاق حتى يمنع التباين والفروق بينه وبين الأطفال العاديين.
- تتصف مظاهر النمو بأنها متداخلة، فإذا لم تكتشف إحدى جوانب الضعف في النمو قد ينتج عنه تضرر في الجوانب الأخرى.
- إن النمو لا يعد نتاجا وراثيا فقط، بل هناك دور حاسم للبيئة فيه.
- للتدخل المبكر منافع اقتصادية واجتماعية، وذلك أنه يمنع تفاقم النفقات الموجهة للبرامج التربوية الخاصة لاحقا، ويخفف أيضا من المشكلات الاجتماعية اللاحقة.

- **نظريات التدخل المبكر**

يوجد العديد من المدارس الفكرية المختلفة لكل منها وجهة نظر حول البرنامج المناسب والملائم للتدخل المبكر، ولا يرون بأن هناك برنامجا أفضل أو نظرية أكثر فاعلية من غيرها، وجميع هذه النظريات قامت على أساس النظريات الخاصة بالنمو والتعلم، حيث تقوم بتطبيقها على برامج التدخل المبكر الملائم من حيث تحديد الأهداف، ومحتوى المنهج والطرق التدريسية، وفيما يلي أهم النظريات المتعلقة بالتدخل المبكر (أخضر،٢٠٠٠ ؛ العنزي، ٢٠١٢):

• **النظرية السلوكية الإجرائية Operational Behavioural Approach:**

ترى هذه النظرية أن السلوك ناتج من البيئة التي ينتمي إليها الفرد، فالسلوك الإنساني سلوك متعلم ومكتسَب، فالتفاعلاتٍ التي تحدث بين الفرد وبيئته تؤثر على تشكيل الشخصية لديه، خصوصا في المراحل المبكرة من العمر في المنزل عن طريق الأسرة والتي تكسب الإنسان المهارات والمعرفة والعادات والأساليب. وبناء عليه فقد اتجه المؤيدين للنظرية السلوكية إلى التركيز على تحليل سلوك الفرد وتقويمه وتكييفه في البيئة الطبيعيةٍ والاهتمام بالدرجة الأولى بتدريب أولياء الأمور وذلك كونها عاملا مهما يضبط ويعدل السلوك الإنساني في البيئة ويقوم منهج النظرية هذا على استخدام المنطق العلاجي أو الوظيفي عند اختيارٍ المهارات التي يتم تعلمها، على أن يكون الاختيار ملائما لعمر الطفل ومفيدا، وتستخدم طرق التدريس المباشرة، مع الاعتماد على التدريس الفردي الذي يقوم على التقييم المبدئي للسلوك القاعدي لدى الطفل، ويمتاز برنامج التدخل المبكر لهذه النظرية بالاهتمام الكبير على بناء البرنامج والتخطيط والتنظيم الدقيق لجميع الجوانب (الخطيب، ١٩٩٥).

• **النظرية النمائية Developmental Approach :**

ترى هذه النظرية أن الطفل يتعلم عندما يكون مستعداً نمائيا للتعلم، مما يعني أنه يتعلمٍ المهارات النمائية والتكيفية اللازمة بشكل تلقائي في بيئة منظمة تنظيما جيدا، ويحدث هذا في مراحل متتابعة لكل مرحلة من مظاهر النمو، ويتكون المنهج هنا من المهارات المتعددة التي تمثل مظاهر النمو التي يحتاج الطفل إلى اكتسابها، وتحدد المهارات وفقا لمرحلة نمو الطفل والمهارات المرتبطة بها، أما طرق التدريس فإنها تعتمد على نظرية "بياجيه"، والتي يقوم فيها أخصائي التدخل المبكر بعرض المهام التي تعمل على استثارة الطفل لكي يقوم بالتحدي حتى يخلق لديه حالة من عدم الاتزان ثم يحدث التنظيم والتكيف عند محاولة الطفل مواجهة التحدي، مما يساعد على تحقيق التوازن والتعلم، ويمارس الاختصاصي تشجيع الطفل على تجربة أنشطة جديدة ثم سؤاله عن الخبرات التي يواجهها، ولا يتدخل الأخصائي لمنع الطفل من الفشل (الخطيب، ١٩٩٥؛ هويدي، ١٩٩٧).

• **الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر:**

هناك أربع فئات اتفق الباحثون على أنها تستدعي التدخل المبكر (البلاوي، ٢٠١٤؛ الشهري، ٢٠١٨):

- حالة الخطر البيولوجي: وهذه الفئة من الأطفال لديها حالة خطورة بيولوجية تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي، ويعود ذلك إلى وجود تاريخ مرضي قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها.

- حالة الخطر البيئي: هذه الفئة تنشأ في ظروف بيئية تهدد النمو السوي للطفل، وعوامل الخطورة هنا قد تكون متعلقة بنوعية رعاية الأم، وسوء التغذية، ضعف ونقص الرعاية الطبية، الفقر الاقتصادي للأسرة وتخلفها اجتماعيا وثقافيا، وهذه الحالة تعتمد على تقييم متعدد التخصصات.
- حالة التأخر النمائي: وهذه الفئة من الأطفال لديها تأخر نمائي في جانب أو أكثر من جوانب النمو وتظهر في أول سنتين من العمر.
- حالة الخطر القائم: هذه الفئة تستهدف الأطفال الذين تم تشخيصهم وتبين أن لديهم اضطرابات محددة ومعروفة الأسباب والأعراض.

• اعتبارات التدخل المبكر

هنالك مجموعة من الاعتبارات التي بناء عليها توجب إعداد برامج التدخل المبكر للفرد من ذوي الإعاقة، ومن أهم هذه الاعتبارات ما يلي (البكري، ٢٠٢٣):

- الحكم على مدى قدرة الشخص المعاق فيما إذا كان يستطيع ممارسة حياته اليومية ومزاولة عمله بشكل يمكنه من ذلك.
- الحكم على نوع الإعاقة التي نتج عنها العجز وحجمها وتأثيرها على الإنسان، فقد تكون إعاقة حسية مثل الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية، وقد تكون إعاقة عصبية، أو إعاقة حركية، أو شكلا من أشكال الأمراض المزمنة.
- مدى الاضطرابات الانفعالية.
- مدى الاضطرابات الاجتماعية.

• الإعاقة البصرية:

تعد الإعاقة البصرية واحدة من الفئات التي يتطلب فيها التدخل المبكر اهتماما خاصا ومحددا. الأطفال الذين يعانون من ضعف البصر أو العمى يواجهون تحديات فريدة في استكشاف العالم من حولهم، مما يؤثر بشكل مباشر على تطورهم الإدراكي والحركي. لهذا السبب يجب أن تركز برامج التدخل المبكر على توفير الأدوات التي تمكن الطفل من التعرف على محيطه من خلال وسائل حسية بديلة، مثل السمع أو اللمس. كما يجب تقديم الدعم النفسي والتعليمي لأسرهم لمساعدتهم في تكييف بيئتهم لتكون داعمة ومشجعة من خلال التدخل المبكر الموجه والمصمم خصيصا للأطفال ذوي الإعاقة البصرية، حيث يمكن تمكين هؤلاء الأطفال من تطوير المهارات اللازمة للاندماج في المجتمع وتحقيق النجاح الأكاديمي والشخصي على المدى الطويل.

وقد عرف الحديدي (٢٠٠٤) الإعاقة البصرية على أنها " حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفعالية، مما يؤثر سلبا في أدائه ونموه". وعرف النصار (٢٠٢٢، ص٧) مصطلح ذوو الإعاقة البصرية بأنه "

مصطلح عام تندرج تحته – من خلال المقاييس الطبية لحدة ومجال البصر فئتي المكفوفين وضعاف البصر" ولقد عرف ضعيف البصر بأنه " الطفل الذي تتراوح حدة إبصاره بأقوى العينين بعد التصحيح بين ٢٤/٦ و٦٠/٦ مترا". أما الشخص الكفيف فإنه " الطفل الذي تقل حدة بصره في أقوى العينين بعد التصحيح عن ٦٠/٦ مترا، أو يقل مجال بصره عن زاوية مقدارها ٢٠. ويعرف الصيدلاني والسلمي (٢٠٢٢، ص ٩) المعاقين بصريا بأنهم " الأفراد الذين تقل حدة إبصارهم عن (٦٠/٦) مترا بالعينين معا أو العين الأقوى بعد التصحيح باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة، والذين يملكون بقايا إبصار، أي يعانون من فقدان البصر الجزئي، وهو ما تتراوح حدة إبصار الفرد فيه (٦٠/٦) مترا في أقوى العينين بعد التصحيح بالنظارات الطبية، ويستخدم حاسة اللمس والسمع في أداء مهمات الحياة اليومية".

- **التعريفات القانونية والتربوية للإعاقة البصرية:**
- **التعريف القانوني للإعاقة البصرية:**

عرفت الجمعية الطبية الأمريكية عام ١٩٣٠ الإعاقة البصرية قانونيًا، وقد تم اعتماد تعريفها القانوني في جميع أنحاء الولايات المتحدة، وأخذت به العديد من بلدان العالم، ويتمثل التعريف في أن " إن الكفيف قانونيًا هو الذي تبلغ حدة إبصاره ٢٠٠/٢٠ أو أقل في أفضل العينين وذلك باستخدام النظارات أو العدسة الطبية، أو هو الذي تكون حدة إبصارة أكثر من ٢٠٠/٢٠ ولكنه عاني من ضيق المجال البصري بحيث تبلغ زاوية الإبصار أقل من ٢٠ درجة" (سيسالم، ١٩٩٧، ص: ١٩).

- **التعريف التربوي للإعاقة البصرية:**

هناك عدة تعريفات للإعاقة البصرية تربويًا، ومن أهم هذه التعريفات، تعريف (Scholl, 1986) الذي يؤكد على أن المعاقين بصريًا هم الذين يعانون قصور بصري يؤثر تأثيرًا عكسيًا على أدائهم التربوي، أيضًا عرف (Barraga, 1976) الإعاقة لبصرية تربويًا بالقول إن الطفل المعاق بصريًا هو الذي تحول إعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية، ولذلك فهو في حاجة إلى تعديلات خاصة في المواد التعليمية وفي أساليب التدريس وفي البيئة المدرسية. أما (Heward and Orlansky, 1980) فقد عرفا المعاقين بصريًا تعريفا تربويًا بأنهم الأطفال الذين لا يستطيعون أن يتعلموا من الكتب والوسائل والأساليب البصرية التي تستخدم مع العاديين في نفس العمر الزمني، ولهذا يحتاجون إلى طرق ووسائل وأدوات تعليمية خاصة.

- **تصنيفات الإعاقة البصرية:**

هناك كثير من الدراسات التي صنف الإعاقة البصرية، ومن أهم هذه التصنيفات، تصنيف (الحديدي، ٢٠١٤، ص: ٣٧) والذي رتبته كالآتي:

- **التصنيف قانوني للإعاقة البصرية:**
  - المكفوف: هو شخص لديه حدة بصر تبلغ ٢٠/٢٠٠ في العين الأقوى بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة، أو لديه حدة إبصار لا يزيد على ٢٠ درجة.
  - ضعيف البصر (المبصر جزئيًا): هو شخص لديه حدة بصر أحسن من ٢٠/٢٠٠ ولكن أقل من ٧٠/٢٠ في العين الأقوى بعد إجراء التصحيح اللازم.
- **التصنيف التربوي للإعاقة البصرية:**
  - المكفوف: هو شخص يتعلم خلال القنوات اللمسية أو السمعية.
  - ضعيف البصر: هو شخص لديه ضعف بصري شديد بعد التصحيح، لكن يمكن تحسين الوظائف البصرية لديه.
  - محدود البصر: هو شخص يستخدم البصر بشكل محدود في الظروف الاعتيادية

وبالرجوع إلى تعريفات منظمة الصحة العالمية، فإنها عبر تعريفاتها صنف الإعاقة البصرية إلى ثلاث فئات، تمثلت في الآتي (الحديدي، ٢٠١٤، ص: ٣٧):

- الإعاقة البصرية الشديدة: حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.
- الإعاقة البصرية الشديدة جداً: حالة يجد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.
- شبه العمى: حالة إضطراب بصري لا يعتمد فيها على البصر.
- العمى: فقدان القدرات البصرية.

- **أسباب الإعاقة البصرية:**

هناك عدة تصنيفات لأسباب الإعاقة البصرية، ومنها تصنيف (سيسالم، ١٩٩٧، ص: ٤٣) التي أوردها فيما يلي:

١- التليف خلف العدسية :

وهي حالة تنتج عن زيادة معدل الأكسجين في الحضانات التي يوضع بها المواليد الذين وضعتهم أمهاتهم قبل الموعد الطبيعي للولادة،مما يؤدي إلى تكثيف غير عادي في الأوعية الدموية وقرحة في أغشية عين المولود، ويتسبب في حدوث تلف خلف عدسة العين مما يؤدي إلى العمى أو ضعف البصر.

٢- الرمد أو الجفاف العيني:

وهي حالة تؤدي إلى تعرض الطفل للإصابة بالإعاقة البصرية التي تتراوح فيما بين الكف الكلي للبص،وضعف البصر، وذلك حسب درجة الإصابة وزمن التدخل العلاجي، وينتج عن نقص فيتامين (أ) من غذاء الطفل.

٣- الجلوكوما:

يعرف الجلوكوما باسم الماء الأزرق، وينتج عن ازدياد إفراز السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية، أويقل تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصة بذلك، مما يؤدي إلى ازدياد الضغد داخل مقلة العين.

٤- العمى النهري:

جاء إطلاق هذا الإسم على أحد أسباب الإعاقة البصرية لارتباط هذا السبب بالذباب الأسود الذي يعيش على ضفاف الأنهار، حيث يقوم هذا الذباب الأسود بلدغ جلد الإنسان وحقنه بجراثيم صغيرة لا ترى بالعين المجردة تسبح تحت الجلد وتتكاثر بشكل سريع يشعر خلالها المصاب برغبة شديدة في الحك، وتتطور الحالة إلى حدوث التهابات في بعض أعضاء الجسم ومنها أغشية العين مما يؤدي إلى العمى الكلي.

٥- الكتاركت [المد الأبيض]:

ويسمى أيضًا بإعتام عدسة العين، والكتاركت عبارة عن مرض يصيب العدسة البلورية للعين فيؤدي إلى إعتامها، بما يعمل على منع دخول الأشعة الضوئية إلى الشبكية بالتدريج.

٦- التهاب العصب البصري:

ينتج التهاب العصب البصري عن بعض الأورام أو الإصابات التي تصيب العظام المحيطة بالعصب البصري، أو ينتج عن بعض الأورام أو الإصابات التي تصيب المخ فتؤدي إلى ضمور في العصب البصري، مما يؤدي إلى فقدان الاتصال بين العين والمخ.

٧- الحصبة الألمانية:

أثبتت الأبحاث أن الأم التي تتعرض للإصابة بالحصبة الألمانية خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل قد يؤدي إلى إحتمالية إنجابها لطفل معاق بصريًا.

٨- بعض الأمراض المهبلية:

ومن أمثلتها مرض الزهري، حيث أنه في حالة إصابة الأم الحامل بهذا المرض فإن جرثومة هذا المرض قد تنتقل إلى عين المولود أثناء عملية الولادة، مما يتسبب في الإعاقة البصرية للمولود إذا لم تتخذ الاحتياطات اللازمة للحيلولة دون ذلك.

٩- الرمد الحبيبي:

ينتج الرمد الحبيبي عن فيروس خاص يعمل على تليف نسيج الجفون والملتحمة، وتغير وضع الجفن، وبالتالي يتغير اتجاه الرموش لتصبح نحو الداخل مما يؤدي إلى احتكاكها بالقرنية مما يتسبب في خدشها.

١٠- الرمد الصديدي:

ينتج الرمد الصديدي عن ميكروب الدفتريا الذي ينتقل إلى عين الإنسان عن طريق الذباب، أو عن طريق العدوى خاصة عند استعمال شخص سليم لمناشف الوجه التي يستعملها شخص مصاب.

١١- الهربس:

هو أحد الأمراض المعدية الناتجة عن بعض الفيروسات. ومن أهم اعراضه ظهور فقاعات مائية على جلد المصاب إضافة إلى قروح في القرنية تتسبب في إعتام العين وضعف الإبصار.

١٢- التوكسوبلازما:

ينتج مرض التكسوبلازما عن نوع معين من الطفيليات ذات الخلية الأحادية. ومن مظاهر هذا المرض، ظهور طفح على الجلد، وتضخم في الكبد والطحال وفي الغدد الليمفاوية، ومن مظاهرها أيضًا التهاب في شبكية العينينتج عنه إذا أهمل العلاج المبكر فقدان الإبصار.

١٣- المهاق:

وهو إحدى الإعاقات البصرية الولادية التي تتمثل في غياب صبغيات البشرة والشعر وجفون وقزحية العين؛ فيميل لون المصاب إلى البياض الناصع.

١٤- البول السكري:

غالبًا ما تؤدي مضاعفات الإصابة بمرض البول السكري خاصة كبار السن إلى بعض أمراض الشبكية مثل الكتاركت والنزيف الداخلي مما قد يؤدي إلى فقدان إلى أن يفقد المريض الإبصار.

أما (أبريعم؛ بوعيشة، ٢٠١٩) فقد صنفوا أسباب الإعاقة إلى ما يلي:

- **أسباب ما قبل الولادة:**
  - تعرض الأم للأشعة السينية.
  - سوء التغذية.
  - إصابة الأم بالأمراض المعدية مثل الحصبة ومرض الزهري، مما قد يؤدي إلى إصابة الأبناء بالإعاقة البصرية.
  - تناول الأدوية والعقاقير دون استشارة الطبيب.
  - التدخين وإدمان المخدرات والكحول أثناء الحمل.
- **أسباب أثناء الولادة:**
  - الولادة العسيرة.
  - نقص الأكسجين أثناء الولادة.
  - سوء استخدام الملقط عند إخراج الجنين.
- **أسباب ما بعد الولادة**
  - العوامل الوراثية :تُعد من أهم العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة البصرية، حيث إن ٦٠٪ من الأشخاص المعاقين بصريًا وُلدوا لآباء يعانون من إعاقة بصرية أو أمراض في العين.

- سوء التغذية ونقص الأكسجين :قد تؤدي التغذية غير السليمة خلال مرحلة الطفولة إلى ضعف النمو البصري، كما أن نقص الأكسجين قد يسبب مشكلات بصرية تؤثر على حاسة الإبصار.
- التعرض للحوادث والأمراض :قد تؤدي الحوادث إلى إصابة العين بأضرار جسيمة تؤدي إلى الإعاقة البصرية، بالإضافة إلى الإصابة بأمراض العيون وعدم تلقي العلاج المناسب، مما قد يؤدي إلى تفاقم المشكلة البصرية.

• التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة البصرية

تهدف برامج التدخل المبكر للأطفال المعاقين بصرياً إلى تحسين الظروف المحيطة بهم، وبناء على الحاجات والخصائص للطفل، يتم تحديد المكونات الأساسية لبرنامج التدخل المبكر والاستراتيجيات التدريبية التي سيتم توظيفها، ولكون السنوات الأولى من عمر الطفل تشكل حالة حرجة من مراحل العمر للإنسان، فإن هذه المرحلة تمثل أهم مرحلة بالنسبة للطفل المعاق بصريا، لأنه يتعلم فيها المهارات والمعارف التي تعد النواة لحياته اللاحقة، سواء على المستوى التعليمي المدرسي والأكاديمي أو على المستوى الاجتماعي والحياتي، وهنا يأتي دور برامج التدخل المبكر لتعليم الطفل المهارات والمعارف التي تساعده على التعلم والتكيف بطريقة مثلى، وكذلك الدور الذي تقدمه في تفاعل الأسرة مع الطفل، وتفاعل المعلم وأقرانه من الأطفال غير ذوي الإعاقة معه في البيئة التعليمية في المدرسة فيما بعد (يوسف وعواد، ٢٠١٢).

أشارت (عبد الهادي، ٢٠٠١) إلى أن الأطفال المعاقين بصرياً الذين اشتركوا في برامج التدخل المبكر قد حققوا تفوقا في مجالات عدة على أقرانهم من ذوي الإعاقة البصرية الذين لم يشتركوا في تلك البرامج، وذلك لأن الطفل المعاق بصريًا يستفيد خصيصاً من الأنشطة والخبرات التي أعدت له، لأنها تساعده على اكتساب المعلومات والمهارات معتمداً على الحواس الأخرى. إضافة إلى ذلك، فإن الإعاقة البصرية تؤثر بالسلب على سلوك الفرد، وينتج عن هذا كثيراً من الصعوبات في عمليات النمو وفي تحقيق المهارات التي تؤدي إلى الشعور بالاكتفاء الذاتي والاستقلالية، لأن المعاق بصريا يواجه صعوبات في القدرة على الحركة، وصعوبة ملاحظة سلوك الآخرين والأنشطة اليومية التي يقومون بها (القريطي، ٢٠٠١).

• تطور برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة البصرية:

حظيت مرحلة الطفولة المبكرة باهتمام كبير من علماء النفس والتربية على مدار العقود الماضية، نظراً لدورها المحوري في النمو الإنساني واحتوائها

على مراحل تطور حاسمة. ورغم الوعي المتزايد بأهمية الوقاية المبكرة، لا سيما الوقاية الأولية، والكشف المبكر عن الإعاقات، فإن هذا الإدراك لم يترجم إلى ممارسات ميدانية فعالة لفترة طويلة.

ويُعد التدخل المبكر، وهو شكل من أشكال التربية الخاصة في سن الطفولة المبكرة، مجالًا حديث النشأة نسبيًا. فحتى وقت قريب، كانت الخدمات التربوية للأطفال ذوي الإعاقة مقتصرة على المدارس والمراكز الداخلية والنهارية، التي لم تكن تستقبل الأطفال قبل سن السادسة. وبالتالي، لم تكن هناك مؤسسات متاحة لرعاية الأطفال المعاقين بصريًا في المراحل العمرية الأولى، ولا تزال هذه الخدمات غير متوفرة في العديد من الدول النامية حتى اليوم (الحديدي، ٢٠١٤).

أما بالنسبة للأطفال المكفوفين وضعاف البصر، فقد كان وضعهم مشابهًا لبقية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، إذ لم تكن المدارس المخصصة لهم تستقبلهم في سن مبكرة. إلا أن التطورات التي شهدتها المجالات الطبية والنفسية والتربوية منذ أوائل القرن العشرين أحدثت تغييرًا تدريجيًا في هذا الواقع. كما أن مطالبة الأسر والمؤسسات المتخصصة بتوفير برامج مناسبة لأطفالهم أسهمت في دفع عجلة التغيير (الحديدي، ٢٠١٤).

بناءً على ذلك، بدأت برامج التدخل المبكر بالظهور بأنماط متعددة. في البداية، كانت معظمها تابعة لمدارس المكفوفين، باستثناء بعض المراكز الخاصة التي استهدفت أعدادًا محدودة من الأطفال. وفي ستينيات وسبعينيات القرن الماضي، برزت برامج التدخل المبكر القائمة على التدريب المنزلي في عدد من الدول، حيث ارتكزت على التعاون مع أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية. ومع مرور الوقت، تطور التركيز في هذه البرامج ليشمل الأسرة بشكل أوسع، إذ أصبح دعمها وتدريبها وإرشادها أولوية أساسية في معظم المبادرات الحديثة(الحديدي، ٢٠١٤).

- **أماكن تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال من ذوي الإعاقة البصرية**

يمكن تحديد الأماكن التي تقدم فيها خدمات التدخل المبكر (الحديدي، ٢٠٠٤) في التالي:

- المركز: وهنا تقدم خدمات التدخل المبكر في المراكز الخاصة، أو قد تكون المدارس والمراكز النهارية وغيرها من المراكز التي تهتم بتقديم الخدمات والرعاية للأطفال من ذوي الإعاقة، وتشمل الخدمات التي يقدمها المركز: التدريب على مجالات النمو، وتقييم احتياجات الطفل، وتقييم البرامج المقدمة لهم مع متابعة أدائهم.

- المنزل: وهنا تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال وهم في منازلهم، حيث يقوم الاخصائي بزيارة المنزل من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعيا، وبالعادة تقدم للأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين، ويقوم الأخصائي بمتابعة الطفل وتقييم حالته وتحديد الاحتياجات، وتدريب الأسرة على الأنشطة والتدريبات التي عليهم إجرائها مع الطفل.
- المركز والمنزل: يتم هنا تقديم الخدمات للأطفال الأكبر سناً في المركز والأطفال الأصغر في المنزل، أو قد تقدم في المركز والمنزل عندما يذهب الطفل إلى المركز في أيام معينة وأيضا يزور الأخصائي أولياء الأمور والطفل في المنزل لأيام معينة حسب طبيعة الحالة واحتياجات الأسرة للمساعدة.

• ثانيًا: الدراسات السابقة:

هدفت دراسة (القحطاني، ٢٠٢٢) إلى الكشف عن مستوى عوائق التدخل المبكر من وجهة نظر معلمي الطلبة ذوي صعوبات التعلم. واستخدمت المنهج الوصفي الارتباطي بالتطبيق على عينة مكونة من (٨٧) من معلمي الطلبة ذوي صعوبات التعلم الملتحقين بفصول ذوي صعوبات التعلم الملحقة بمدارس التعليم بمدينة الرياض. ومن أهم ما توصلت إليه نتائج الدراسة بأن هناك نقصا في الاختصاصيين في مجال التدخل المبكر لذوي صعوبات التعلم في المملكة العربية السعودية حيث يُعَدُّ عائقاً بلغ بحسب النتائج الكمية للدراسة (٤.٢٩٨٩) وبوزن نسبي (٨٥.٩٨٪)، وتشير الدراسة إلى أن ذلك يعود إلى ضعف عدد البرامج التي تؤهل الاختصاصيين للعمل في برامج التدخل المبكر.

وسعت دراسة (المغيري والزهراني، ٢٠٢٢) إلى وضع تصور مقترح لتطوير كفايات وإجراءات معلمي تدريبات النطق العاملين في برامج التلاميذ زارعي القوقعة في المملكة العربية السعودية، وفق الفلسفات والممارسات العالمية لتعليم تلاميذ زارعي القوقعة، والتعرف على أدوار ومهام ومسؤوليات معلمي تدريبات النطق وفق المعايير والاتجاهات العالمية. وقد توصل البحث إلى وضع تصور مقترح لتطوير كفايات معلمي تدريبات وإجراءاتهم أثناء الجلسات التدريبية، والتعرف على العوائق والتحديات التي تواجه معلمي تدريبات النطق ووضع بعض الحلول المقترحة للتغلب على تلك التحديات. لذا فقد أشارت إلى وجود عوائق وتحديات تواجه معلم تدريبات النطق والتي تمثل هذه العوائق في تعدد الأدوار والمسؤوليات التي يقوم بها معلم تدريبات النطق، والعمل ضمن فريق متعدد التخصصات الذي يعد عددهم كبيرا، كما يواجه صعوبة في التعامل مع المشاكل اللغوية والاضطرابات المختلفة والمعقدة التي يعاني منها التلاميذ زارعي القوقعة، أيضا تشير الدراسة إلى عدم معرفة

معلم تدريبات النطق بالممارسات والأساليب التدريسية المناسبة، إضافة إلى عدم قدرته على استخدام الاختبارات المقننة وتطبيقها في تشخيص حالة الطفل بشكل دقيق، كذلك أشارت الدراسة إلى وجود نقص في الدعم الإداري والزملاء، مما يسببٍ ارتفاع معدل الضغوطات والتحديات التي تواجه معلم تدريبات النطق، أيضا القصور في تفعيل الشراكة الأسرية في تأهيل وتدريب التلاميذ زارعي القوقعة.

هدفت دراسة (بن طالب وفنطازي، ٢٠٢٢) إلى الكشف عن كفايات فريق التدخل المبكر في مركز الأطفال المعاقين ذهنيا حسب متغير سنوات الخدمة ومتغير المستوى التعليمي. وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي بتوزيع استبانة موجهة لأفراد العينة، حيث تكونت العينة من أعضاء فريق التدخل المبكر الذين يزاولون عملهم في ٤ مراكز للأطفال المعاقين ذهنيا بولاية عنابة في الجزائر الذي بلغ عددهم ٥٢ فردا، ٢٨ منهم من ذوي خدمة أقل من ١١ سنة و٢٤ من ذوي خدمة أكبر من أو يساوي ١١ سنة، كما أن ٢٩ منهم من ذوي المستوى الجامعي و٢٣ من ذوي مستوى البكالوريا. وقد توصلت الدراسة إلى أن متغيري الدراسة لم يؤثر في أفراد العينة الذين اتفقوا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل الوقائي والتربوي والعلاجي.

كما هدفت دراسة (معلم وعتيق، ٢٠٢٢) إلى الكشف عن سلوك الخطر لدى المراهقين المعاقين ذهنيا من وجهة نظر الفريق النفسي البيداغوجي المتعدد التخصصات، واعتمدت على المقابلة المفتوحة كأداة لجمع البيانات وتحليل المحتوى كتقنية لمعالجتها. وأجريت الدراسة على عينة مكونة من ٢٦ مختصا بمركزي الرعاية النفسية البيداغوجية لولاية عنابة. وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى أن سلوك الخطر في عالم المراهق ذهنيا ممكنة الحدوث، ولنوع الإعاقة والاضطرابات المرافقة دورا في ظهورها. ومن أبرز هذه السلوكيات: الاعتداء على الممتلكات والاعتداءات الجسدية وحتى الجنسية.

وهدفت دراسة (Konuk, 2022) إلى فحص عملية التدخل المبكر للآباء والأمهات الذين لديهم أطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، والمشاكل التي يواجهونها واقتراحات الحلول لهذه المشاكل. تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من (٥٣) فردا من أولياء الأمور لذوي الاحتياجات الخاصة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك مشاكل وصعوبات يواجهها الوالدان، أولها هو تغيير الآراء من قبل الاختصاصيين، ومشكلة في فهم التدخل المبكر حيث أنه هناك مشكلة في الاتفاق على بدء العلاج(التعليم المكبر) تحديد مشكلة الطفل القائمة، بالإضافة إلى ترك

الأمر لعامل الوقت تؤكد الصعوبات التي يواجهها أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والتأكيد على مدى أهمية التدخل المبكر وضرورته لهم كأسر أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

أما دراسة (Sheppard & Moran, 2022) فقد استهدفت التعرف على تحديات دور مقدمي الرعاية المبكرة في التدخل المبكر وأنظمة التعليم الخاص بالطفولة المبكرة. واستخدمت الدراسة أداة المقابلة الشخصية كأداة لتحقيق الهدف من الدراسة وذلك عن طريق مقابلة (١٢) مختصاً يقدمون الرعاية المبكرة وذلك لمعرفة وتحديد دورهم في تخطيط وتقديم خدمات التعليم الخاص. وقد توصلت النتائج إلى أنه يتم التغاضي عن مقدمي الرعاية المبكرة كأعضاء فريق مساهمين ويتم استبعادهم في كثير من الأحيان من اجتماعات برنامج خدمة الأسرة الفردية (IFSP) وبرنامج التعليم الفردي (IEP) والاجتماعات على الرغم من هذه التحديات عمل مقدمو الرعاية المبكرة كمدافعين ومصدر للمعلومات للأسرة بدءاً من الإحالة وتقديم الخدمات وحتى الانتقال إلى رياض الأطفال، ودافعوا عن الدمج وأصروا على أن المعالجين يدمجون العلاج في روتين الأطفال، وأظهرت النتائج أيضاً أن مقدمي الرعاية المبكرة كانوا حاسمين في العمل الجماعي الفعال والممارسة الشاملة.

وهدفت دراسة (البكري، ٢٠٢٣) إلى معرفة درجة وعي الأسر بمؤشرات خطر الإعاقة الموجبة للتدخل المبكر في الطفولة المبكرة بمدينة تبوك. استخدمت المنهج الوصفي عن طريق أداة الاستبانة بالتطبيق على عينة مكونة من (٥٠) أسرة من مجتمع تبوك، وقد تكونت الاستبانة من ستة أبعاد لمعرفة درجة الوعي عند الأسر في منطقة تبوك بمؤشرات خطر الإعاقة، وهي البعد الأول؛ مؤشرات على الضعف السمعي. البعد الثاني: مؤشرات على الضعف البصري. البعد الثالث: مؤشرات على الضعف الحركي/ الجسمي. البعد الرابع: مؤشرات على الإعاقة العقلية البسيطة. البعد الخامس: مؤشرات على صعوبات التعلم. البعد السادس مؤشرات على صعوبات الكلام واللغة. أشارت النتائج إلى عدم وجود فرق ظاهر في درجة وعي الأسر بمؤشرات خطر الإعاقة حسب متغيرات الجنس، وكذلك عدم وجود فرق دال إحصائيا في درجة وعي الأسر بمؤشرات خطر الاعاقة تعزى إلى متغير التعليم.

وهدفت دراسة (السالم، ٢٠٢٣) إلى معرفة مستوى الكفايات المهنية المتعلقة بمعايير التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة (EI/ECSE) الصادرة من مجلس الأطفال غير العاديين لدى اختصاصيي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال الصم وضعاف السمع ببرامج ومراكز التدخل المبكر في المملكة

العربية السعودية. وقد قامت بتصميم أداة دراسة بالاعتماد على معايير (EI/ECSE) وتكييفها لتتواءم مع البيئة السعودية وطبيعة البرامج والمراكز فيها، وتكونت عبارات الاستبانة من (٣٥) عبارة مخصصة لقياس الكفايات المهنية في سبعة معايير، تمثلت في: (تنمية مهارات التعلم المبكر للطفل، بناء الشراكة مع الأسر، التعاون والعمل الجماعي، عمليات التقييم، توظيف الأطر التعليمية/ التدريبية المناسبة، استخدام التدخلات المناسبة، الممارسة الاحترافية والأخلاقية). وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من (١١٢) مشاركا من مختلف البرامج والمراكز الحكومية والخاصة. وتوصلت النتائج إلى أن الدرجة الكلية لمستوى الكفايات المهنية لجميع محاور الأداة هي (3.21) من (٥)، وتعد درجة متوسطة، وأشارت النتائج إلى عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير التخصص ونوع المركز الذي يقدم الخدمة. وكشفت النتائج في متغير الدورات التدريبية المتخصصة أن هناك دلالة إحصائية في محور توظيف الأطر التعليمية/ التدريبية المناسبة. أيضا أظهرت النتائج أن متغير المؤهل التعليمي عن عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي لجميع المحاور.

وهدفت دراسة (عبد اللطيف، ٢٠٢٣) إلى الوقوف على مستوى الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة (EI/ECES) الصادرة من مجلس الأطفال غير العاديين (CEC, 2020) لدى اختصاصي النطق والكلام، والوقوف على تأثير بعض المتغيرات مثل (الجنس، التخصص، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة، الدورات التدريبية، ومكان تقديم الخدمة، والبيئة المكانية، التوزيع الإقليمي). استخدمت الدراسة مقياس الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر تم تصميمه بناء على معايير (EI/ECES)، وقد تم تكييفها بما يتناسب مع البيئة المصرية وطبيعة التأهيل، وتكون المقياس من (٧٠) عبارة موزعة على (٧) معايير تمثلت في (تنمية مهارات التعلم المبكر للطفل، بناء الشراكة مع الأسر، التعاون والعمل الجماعي، عمليات التقييم، توظيف الأطر التدريبية المناسبة، استخدام التدخلات المناسبة، الممارسة الأخلاقية والمهنية)، وقد تم تطبيق الدراسة على (٤٧٨) اختصاصيا بجمهورية مصر العربية، منهم (٩٩) ذكور، و(٩٩) إناث. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى كفايات اختصاصي النطق والكلام الخاصة بمعايير التدخل المبكر في جمهورية مصر العربية وفق معايير مجلس الأطفال غير العاديين، يتراوح ما بين مستوى " مرتفع" و"مرتفع جدا" حيث جاء معيار " بناء الشراكة مع الأسر" في الرتبة الأولى كأعلى معيار بمتوسط (4.210) وهو ما يعكس مستوى "مرتفع جدا"، بينما جاء معيار

استخدام التدخلات المناسبة في الرتبة الأخيرة بمتوسط (3.099) ويعكس مستوى مرتفع.

وسعت دراسة (Emily et al. 2023) إلى التحقق من مساهمة التوجيه الأسري في عملية خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالتوحد مقارنة بعملية التدخل المبكر دون المشاركة الاسرية (الطريقة التقليدية). وقد انطلقت الدراسة بناء على نظرتها التي ترى فيها بأن خدمات التدخل المبكر مفيدة لتقليل أعراض التوحد وتعزيز النمو الصحي. وقد استخدمت المنهج التجريبي حيث أجرت تجارب سريرية عشوائية على ٣٣٩ أسرة من أسر الأطفال المصابين بالتوحد الذين تم تشخيصهم في مراكز الرعاية الأولية والذين تتراوح أعمارهم بين (١٥-٢٧ شهر)، وقد قامت الدراسة بتقسيم أسر أطفال التوحد إلى مجموعتين عشوائيتين، مجموعة تشارك بالتدخل المبكر ومجموعة لا تشارك وتكتفي بما تقدمه مراكز الرعاية، وقد تمكنت الدراسة من الوصول إلى ٢٧١ طفلا حيث قامت بمتابعتهم لمدة مائة يوم. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأسر التي تستخدم دور الموجه في عملية التدخل المبكر بلغت نسبتها ٥٤٪ مقارنة بالأسر التي تكتفي بالدور التقليدي الذي تقدمه مراكز الرعاية. وترى الدراسة أن عملية التوجيه والمشاركة الأسرية للطفل يمكن أن تكون إستراتيجية فعالة لزيادة المشاركة في التدخل المبكر خاصة لدى الأسر التي تواجه عوائق، وترى الدراسة بأن التوجيه الأسري يمكن أن يلعب دورا حاسما في سد الفجوة بين مرحلة التشخيص وبداية التدخل المبكر.

وهدفت دراسة (Sapiets et al., 2023) الى معرفة العوامل التي تؤثر على وصول أسر أطفال ذوي الإعاقة لخدمات التدخل المبكر للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين الولادة وست سنوات الذين يعانون من إعاقات نمو مشتبه بها او تم تشخيصها. وقد طبقت هذه الدراسة في المملكة المتحدة عن طريق استخدام المنهج الوصفي المسحي وذلك عن طريق القيام بتوزيع أداة الاستبانة على ٧٧٣ أسرة أيضا استخدمت الدراسة الانحدار الخطي المتعدد لتحليل ثلاثة عوامل وهي: - الوصول إلى خدمة التدخل المبكر، والوصول إلى مصادر الدعم المبكر، والحاجة غير الملباة بمصادر الدعم المبكر. وقد أشارت النتائج الرئيسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين تشخيص الإعاقة النمائية والمستوى التعليمي لمقدمي برامج خدمات التدخل المبكر بكل من الوصول إلى التدخل والوصول إلى مصادر الدعم المبكر، كما تشير النتائج أيضا إلى تأثر الوصول للدعم المبكر للطفل بالصحة البدنية للطفل ومهارات التكيف وتوفر الدعم غير الرسمي وقانون الاحتياجات التعليمية الخاصة، أما الحاجة غير الملباة

للدعم المبكر فقد ارتبطت بالحرمان الاقتصادي للأسرة، وعدد مقدمي الرعاية في الأسرة، ونقص الدعم غير الرسمي.

وهدفت دراسة (Niratama et al., 2023) إلى تتبع تطبيق إلكتروني يُستخدم لعلاج صعوبات النطق خلالٍ التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية. حيث اهتمت الدراسة تحديدا بعملية تطوير تطبيق اندرويد لعلاج النطق والقيام بوصفها واتبعت الدراسة منهج التطوير ذات المراحل الخمس (Gall et al. (٢٠٠٧ :

- البحث وجمع المعلومات حيث تضمنت هذه المرحلة جمع البيانات ذات الصلة لعلاج النطق والإعاقات الذهنية.
- التخطيط وهنا يحدد الباحثون أهداف التطبيق والجمهور المستهدف والميزات والجدول الزمني للتطوير.
- تطوير نموذج أولي للمنتج: حيث يتم إنشاء نموذج أولي أساس للتطبيق مع الوظائف الأساسية.
- الاختبار الميداني الأولي: وهنا يتم اختبار النموذج الاولي مع خبراء علاج النطق والأطفال ذوي الإعاقة الذهنية لجمع الردود.
- مراجعة المنتج الرئيس: بناءً على الردود يتم مراجعة التطبيق وتنقيحه بشكله النهائي.

وقد توصلت الدراسة بعد التحقق من صحة الوسائط التي يقدمها التطبيق من قبل مختصي محتوى علاج النطق ومختصي الإعلام، إلى أن الفئة الأولى ترى ان نسبة نجاح التطبيق يساوي ٨٨٪ وهي الفئة المتمثلة في خبراء علاج النطق، أما الفئة الثانية المتمثلة في خبراء أو مختصي الإعلام حققت درجة ٩٣٪ لرضاها عن محتوى التطبيق. وهي كانت مؤيدة بشكل أكبر باستخدام التطبيق في مرحلة التدخل المبكر لعلاج النطق لأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

وهدفت دراسة (Saxby et al., 2023) إلى التحقق من التجارب العملية لمقدمي خدمات التدخل المبكر في أستراليا، من حيث التطور المهني الذي يكتسبونه خلال أدائهم لعملهم وكيف يستخدمون الممارسات القائمة على الأدلة البحثية في واقع عملهم. وقد أجرت الدراسة مقابلات شخصية شبه منظمة مع ١٥ شخصاً من العاملين الذين يقدمون خدمات التدخل المبكر في ثلاثة مواقع. ووصف المشاركون الدور الحاسم الذي يلعبه المساعدون المهنيون في خدمات التدخل المبكر، وأشاروا إلى أنه في إطار الفريق متعدد التخصصات، فإن المتخصصين في الرعاية الصحية والمعلمين هم الذين يختارون الممارسات المطلوبة في التدخل المبكر ويرفعون من مهارات المساعدين المهنيين. وأضافوا كذلك بأنهم يستخدمون الممارسات التي تستند على الأدلة البحثية، إلا أن

هذا لا يعني أنه لا يمارسون أحيانا الناشئة والغير مدعومة بأدلة بحثية. وبأنه يتم فحص الممارسات غير المدعومة بناء على التحديات التي تواجهها المراكز. وترى الدراسة أن نتائج المقابلات التي قامت بها تفيد بأن هناك حاجة إلى رفع مستوى التطور المهني لدى مقدمي خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالتوحد، حتى يعود بالنفع على الأطفال المصابين. وترى الدراسة أن النتائج تسلط الضوء على الحاجة المحتملة إلى التطوير المهني العملي المدمج بالوظيفة والذي يتم إجراؤه في وقت العمل.

- **ثالثا: التعليق على الدراسات السابقة وأهم ما يميز الدراسة الحالية:**

إن معظم الدراسات السابقة تناولت التدخل المبكر بشكل عام أو بعض الإعاقات كالإعاقة العقلية أو السمعية، أما الدراسة الحالية ستكون مخصصة للإعاقة البصرية. واهتمت الدراسات السابقة المتعلقة بالكفايات المهنية الخاصة بمعايير (EI-ECSE) لدى العاملين والمختصين ببرامج التدخل المبكر بالتركيز على الإعاقات من غير الإعاقة البصرية، وتأتي الدراسة الحالية لتغطي هذا الجانب، حيث إنها تولي اهتماما بالكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة (EI-ECSE) لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر، بالإضافة إلى كون أغلب الدراسات لم تتحدث عن وجود نقص في الكوادر المتخصصة وخصوصا الإعاقة البصرية فعلى حسب علم الباحثان، إن أكثر ما يقدم للمعاقين بصريا في خدمات التدخل المبكر ما هي الا اجتهادات شخصية من غير خطط واضحة. وكذلك بعد الاطلاع على الدراسات السابقة، لوحظ عدم مناسبة اختبارات التقييم والتشخيص التي من خلالها يصنّف المعاقون بصريا لتقدم لهم الخدمات اللازمة وفقا لنوع إعاقتهم البصرية. إن الدراسة الحالية تسعى إلى إمكانية دمج المعاقين بصريا داخل مراكز الرعاية النهارية ليصبح المعاق بصريا ضمن الإعاقات التي تقدم لهم تلك الخدمات، ولا يمكن تحقيق ذلك إلا بوجود عاملين واختصاصيين ذوي كفاءة مهنية عالية وقدرة وخبرة على التعامل مع الطفل المعاق بصريا وخصوصا في المراحل العمرية المبكرة. إن أهم ما يميز الدراسة الحالية هو قلة وندرة الدراسات التي خاضت في مجال الإعاقة البصرية والتدخل المبكر، والحاجة إلى وجود مناهج متخصصة في هذا المجال لا يقتصر على مواد نظرية وإنما تطبيقات عملية تناسب المعاقين بصريا.

- **منهج الدراسة وإجراءاتها:**

يستهدف هذا الجزء من الدراسة عرض الإجراءات البحثية التي اتبعت للإجابة عن أسئلة البحث، بداية من تحديد المنهج البحثي المناسب، حتَّى اختيار الأساليب الإحصائيَّة التي تلائم البحث، وكذلك توصيف مجتمع

البحث المستهدف، هذا بالإضافة إلى العينة التي طبقت عليها أداة البحث، والأساليب الإحصائية المستخدمة، وتحديد خصائص الأفراد.

• **منهجية الدراسة:**

تستخدم هذه الدراسة المنهج الوصفي لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها، عن طريق جمع البيانات وتحليلها عن طريق أداة الاستبانة لمعرفة الكفايات المهنية لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية. وذلك أن المنهج الوصفي يهدف إلى " وصف واقع المشكلات والظواهر كما هي، أو تحديد الصورة التي يجب أن تكون عليها هذه الظواهر في ظل معايير محددة، مع تقديم توصيات أو اقتراحات من شأنها تعديل الواقع للوصول إلى ما يجب أن تكون عليه هذه الظواهر... ويهتم المنهج الوصفي أحيانًا بدراسة العلاقة بين ما هو كائن وبين الأحداث السابقة والتي تكون قد أثرت في تلك الأحداث والظروف الراهنة" (النعيمي وآخرون، ٢٠١٤، ص: ٢٢٧).

• **مجتمع الدراسة:**

يتمثل مجتمع الدراسة في المختصين العاملين في مجال التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، وذلك في مراكز الخدمات المساندة للتربية الخاصة، وبرامج التدخل المبكر الملحقة بمدارس رياض الأطفال. وتُجرى الدراسة تحديداً في المملكة العربية السعودية، في المنطقة الشرقية، بمحافظة الأحساء. تُطبق الدراسة بأسلوب الحصر الشامل على جميع أفراد مجتمع الدراسة، نظرًا لندرة المختصين في مجال التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة البصرية، سواء كانوا من الأخصائيين أو معلمي الطلاب ذوي الإعاقة البصرية. كما تشمل عينة الدراسة العاملين في المراكز الخاصة ومدارس الدمج للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، بالإضافة إلى معاهد النور.

• **عينة الدراسة:**

تم إرسال خطاب تسهيل مهمة الباحث إلى إدارة التعليم بمحافظة الأحساء، بالإضافة إلى خطاب آخر إلى مركز التأهيل الشامل (وحدة الخدمات المساندة). وبعد ذلك، حصل الباحث على الإذن بإجراء الدراسة من إدارة التعليم، لكنه واجه العديد من التحديات، أبرزها عدم استجابة أفراد العينة المستهدفة. أما مركز التأهيل الشامل، فلم يرد بأي جواب بخصوص الخطاب المرسل، مما دفع الباحث إلى التواصل شخصيًا مع بعض المراكز الخاصة في المحافظة. ونتيجة لذلك لم يستطع الباحث الحصول البيانات الإحصائية لعدد العاملين في مراكز وبرامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة البصرية في منطقة الإحصاء على الرغم من تواصل الباحث مع الجهات المعنية عن طريق قنوات التواصل المختلفة.

نتيجة لذلك، استجاب (١٠٤) مشاركًا من العاملين في برامج ومراكز التدخل المبكر، والتي تشمل رياض الأطفال التي تقدم برامج التدخل المبكر، ومراكز الخدمات المساندة للتربية الخاصة، ومراكز الرعاية النهارية. حيث تمثلت عينة الدراسة النهائية في بعض العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء وعددهم (١٠٤) كما تمَّ تحديد خصائص أفراد الدراسة في المتغيرات التالية: الجنس، المؤهل العلمي، التخصص، نوع المركز الذي يقدم الخدمة، الدورات التدريبية المتخصصة، وبعد أن تمَّ جمع البيانات من عينة الدراسة، قام الباحث بإجراء التحليلات الإحصائيَّة لخصائص العينة مستخدمًا التكرارات والنسب المئوية، ويعرض الجدول (١) خصائص أفراد عينة البحث، كما يلي:

جدول (١) خصائص عينة الدراسة

م	المتغير	الخاصية	العدد	النسبة
١	المؤهل العلمي	دبلوم عالي في التربية الخاصة	٠	٠٪
		بكالوريوس	٨٦	٨٢.١٪
		دراسات عليا	٦	٦٪
		دبلوم عالي	١١	١١٪
المجموع			١٠٤	
٢	الدورات التدريبية المتخصصة	نعم	٧٦	٧٣٪
		لا	٢٨	٢٧٪
المجموع			١٠٤	١٠٠٪

- **أداة الدراسة:**

للإجابة عن الأسئلة البحثية، والتحقق منها تمَّ إعداد استبانة؛ بهدف التعرف على مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير (EI-ECSE) لدى العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء، وقد تم الرجوع إلى دراسة (السالم، ٢٠٢٣) حيث تم تبنيها ثم تكييفها لتتناسب مع أهداف وطبيعة الدراسة الحالية، وذلك بعد طلب الإذن والحصول على الموافقة من صاحب الدراسة نفسها، وقد أعطى الموافقة والقبول. وقد تم تكييف أداة الدراسة لجعلها تتواءم مع استجابات العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في برامج ومراكز التدخل المبكر حتى تحقق الغرض الدراسة.

وتتكون أداة الدراسة (الاستبانة) من سبعة محاور تقيس مدى امتلاك العاملين في برامج ومراكز التدخل المبكر بمحافظة الأحساء للكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة البصرية. وتتمثل فيما يأتي:

- المحور الأول: تنمية مهارات التعلم المبكر للطفل.
- بناء الشراكة مع أسر الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.
- التعاون والعمل الجماعي.
- عمليات التقييم.

- توظيف الأطر التعليمية/التدريبية المناسبة.
- استخدام التدخلات المناسبة.
- الممارسات الاحترافية والأخلاقية في برامج التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

ويشمل كل محور خمس فقرات، وتم استخدام مقياس ليكرت لقياس مستوى إجابات المستجيبين، بهدف الإجابة على التساؤل الأول في البحث: ما مدى امتلاك العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في برامج ومراكز التدخل المبكر بمحافظة الأحساء للكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر؟ كما تم توظيف تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للإجابة على التساؤل الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات العاملين بناءً على المتغيرات التالية: المؤهل العلمي، التخصص، ونوع المركز الذي يقدم الخدمة؟

- **إجراءات تطبيق أداة الدراسة**

بعد أن حصل الباحث على الموافقات الإداريَّة اللازمة لتطبيق الأداة ملحق (د)، تمَّ تطبيق أداة الدراسة؛ حيث تم تحويل الصورة النهائية الورقية للاستبانة إلى صورة إلكترونية؛ حيث السهولة في الإرسال لعينة الدراسة وكذا رصد النتائج، وأجاب عن الاستبانة ١٠٤ من العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء، وهي نِسبة جيدة في مثل هذه الدراسة.

- **الأساليب الإحصائية المستخدمة:**

تمَّ استخدام برنامج إحصائي (SPSS) لتحليل النتائج، وفقًا للأساليب الإحصائيَّة المناسبة التالية:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص أفراد الدراسة.
- معامل ارتباط بيرسون لحساب الاتساق الداخلي للأداة.
- معامل ثبات ألفا كرونباخ (α) لحساب ثبات أداة الدراسة.
- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وذلك للتعرف على مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة (EI-ECSE) لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء.
- اختبار تحليل التباين المتعدد MANOVA لدراسة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة (EI-ECSE) لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء تبعًا لمتغير الجنس، المؤهل العلمي،

التخصص، نوع المركز الذي يقدم الخدمة، الدورات التدريبية المتخصصة.

وللتحقق من الأداة التي تم إعدادها لتحقيق غرض الدراسة فقد تم قياسها بعدة مراحل، كما يلي:

- **صدق الاستبانة:**

- صدق المحكمين: للتأكد من صدق أداة الدراسة، تمَّ عرضها على عدد (٧) من المتخصصين في مجالات التربية الخاصة لإبداء الرأي حول مدى صحة الاستبانة من الناحية العلميَّة، واللغوية، والتربويَّة. واقترح المحكمون العديد من المقترحات لتطوير الاستبانة وتحسينها، وتمَّ تعديل الاستبانة وفق آراء المحكمين على التعديلات، وفي ضوء ذلك تمَّ إعادة صياغة أداة الدراسة لتصبح في الوضع النهائي الذي تمَّ توزيعه على عينة الدراسة الاستطلاعية لحساب صدقها وثباتها.
- حساب صدق الاستبانة: عن طريق حساب الاتساق الداخلي للاستبانة: وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للمجال نفسه. فإذا كان معامل الارتباط موجب دال إحصائيًّا دلَّ على صدق الاتساق الداخلي للاستبانة (أداة البحث). حيث تمَّ حساب الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة على عينة حجمها ٣٠ عامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمحور التابعة له كما في الجدول التالي (٢).

جدول (٢) معاملات ارتباط كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الأول لحساب الاتساق الداخلي للاستبانة.

المحور الأول: تنمية مهارات التعلم المبكر للطفل			المحور الثاني: بناء الشراكة مع أسر الأطفال ذوي الإعاقة البصرية		
رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠.٧٣	دالة عند ٠.٠١	٦	٠.٩١	دالة عند ٠.٠١
٢	٠.٦٧	دالة عند ٠.٠١	٧	٠.٨٩	دالة عند ٠.٠١
٣	٠.٨٠	دالة عند ٠.٠١	٨	٠.٨٨	دالة عند ٠.٠١
٤	٠.٨٥	دالة عند ٠.٠١	٩	٠.٨٤	دالة عند ٠.٠١
٥	٠.٧٧	دالة عند ٠.٠١	١٠	٠.٨٩	دالة عند ٠.٠١
المحور الثالث: التعاون والعمل الجماعي.			المحور الرابع: عمليات التقييم		
١٢	٠.٧٦	دالة عند ٠.٠١	١٦	٠.٦٩	دالة عند ٠.٠١
١٤	٠.٧٨	دالة عند ٠.٠١	١٧	٠.٧٤	دالة عند ٠.٠١
١٣	0,63	دالة عند ٠.٠١	١٨	0,74	دالة عند ٠.٠١
١٤	0,56	دالة عند ٠.٠١	١٨	0,73	دالة عند ٠.٠١
١٥	0,69	دالة عند ٠.٠١	٢٠	0,70	دالة عند ٠.٠١
المحور الخامس: توظيف الأطر التعليمية/التدريبية المناسبة:			المحور السادس: استخدام التدخلات المناسبة:		
٢١	0,67	دالة عند ٠.٠١	٢٦	0,64	دالة عند ٠.٠١
٢٢	0,61	دالة عند ٠.٠١	٢٧	0,62	دالة عند ٠.٠١
٢٣	0,53	دالة عند ٠.٠١	٢٨	0,71	دالة عند ٠.٠١
٢٤	0,70	دالة عند ٠.٠١	٢٩	0,73	دالة عند ٠.٠١
٢٥	0,72	دالة عند ٠.٠١	٣٠	0.65	دالة عند ٠.٠١
المحور السابع: الممارسة الاحترافية والأخلاقية في برامج التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية:					
٣١	0.81	دالة عند ٠.٠١	٣٤	0.63	دالة عند ٠.٠١
٣٢	0.77	دالة عند ٠.٠١	٣٥	0,64	دالة عند ٠.٠١
٣٣	0,63	دالة عند ٠.٠١			

ويبين جدول (٢) أن معاملات الارتباط المبينة، معنوية ودالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠.٠١)؛ حيث إنَّ مستوى الدلالة لكلٍّ فقرة أقل من ٠.٠١

وبذلك تعتبر فقرات الاستبانة صادقة لما وضعت لقياسه لعبارات المحور الثاني وعبارات المحور الثالث بالنسبة لأبعاد كل محور وعباراته الفرعية. وتمَّ حساب صدق العبارات بالنسبة لبعدها وارتباطها بالاستبانة ككل، وجاءت النتائج كما يلي، وفق جدول (٣):

جدول (٣) معاملات ارتباط محاور الاستبانة على الدرجة الكلية للاستبانة لحساب الاتساق الداخلي للاستبانة.

أبعاد الاستبانة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة المعنوية
المحور الأول: تنمية مهارات التعلم المبكر للطفل	٠.٨٢	٠.٠١
المحور الثاني: بناء الشراكة مع أسر الأطفال ذوي الإعاقة البصرية	٠.٨٠	٠.٠١
المحور الثالث: التعاون والعمل الجماعي	٠.٨١	٠.٠١
المحور الرابع: عمليات التقييم		0.001
	0.91	
المحور الخامس: توظيف الأطر التعليمية/التدريبية المناسبة:	0.89	0.001
المحور السادس: استخدام التدخلات المناسبة:	0.84	0.001
المحور السابع: الممارسة الاحترافية والأخلاقية في برامج التدخل المبكر مع الاطفال ذوي الإعاقة البصرية:	0.91	0.001

ويبين جدول (٣) أن معاملات الارتباط المبينة، معنوية ودالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠.٠١)؛ حيث إنَّ مستوى الدلالة لكلِّ بُعد أقل من ٠.٠١ وبذلك تعتبر محاور الاستبانة صادقة لما وضعت لقياسه.

يتبين من جدول (٣) أن جميع محاور الاستبانة مرتبطة ارتباطًا ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) مع الدرجة الكلية للاستبانة مما يؤكد على صدق الاتساق الداخلي للاستبانة. وهي في صورتها النهائية تتكون من قسمين:

- القسم الأول: يتعلق بالبيانات الشخصيَّة للمعلمين المشاركين من حيث: الجنس، المؤهل العلمي، التخصص، نوع المركز الذي يقدم الخدمة، الدورات التدريبية المتخصصة).
- القسم الثاني: يتعلق بالعبارات التي تقيس مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة (EI-ECSE) لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء، ويتكون من (٣٥) فقرة.

جدول (٤) توصيف الاستبانة ومحاورها الرئيسية

م	محاور الاستبانة الرئيسية	عدد العبارات
١	المحور الأول: تنمية مهارات التعلم المبكر للطفل	٥
٢	المحور الثاني: بناء الشراكة مع أسر الأطفال ذوي الإعاقة البصرية	٥
٣	المحور الثالث: التعاون والعمل الجماعي	٥
٤	المحور الرابع: عمليات التقييم	٥
٥	المحور الخامس: توظيف الأطر التعليمية/التدريبية المناسبة:	٥
٦	المحور السادس: استخدام التدخلات المناسبة:	٥
٧	المحور السابع: الممارسة الاحترافية والأخلاقية في برامج التدخل المبكر مع الاطفال ذوي الإعاقة البصرية:	٥
	المجموع	٣٥

ويأخذ كل مستوى درجة حسبما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٥) توصيف كيفية تقدير درجات الاستبانة

العبارة	المستويات المتدرجة للمقياس				
	مرتفع جدا	مرتفع	متوسط	منخفض	منخفض جدا
أعرف المفاهيم المتعلقة بأبرز الأطر النظرية والمفاهيمية المتعلقة بتنمية مهارات التعلم المبكر					
الدرجة	٥	٤	٣	٢	١
متوسط الفئة	من ٤.٢٠ إلى ٥	من ٣.٤٠ إلى أقل من ٤.٢٠	من ٢.٦٠ إلى أقل من ٣.٤٠	من ١.٨٠ إلى أقل من ٢.٦٠	من ١ إلى أقل من ١.٨٠

يتضح من الجدول (٥) أن استجابة المشاركين مرتفع جدا تأخذ ٥، وأن الاستجابة مرتفع تأخذ ٤، و متوسط ٣، و منخفض ٢، و منخفض جدا١. كما أن متوسط العينة يكون ٠.٨٠ حسب المعادلة ٥-١/٥=٠.٨٠؛ وبالتالي يكون طول الفئة ٠.٨٠، ومن ثمَّ تكون الفئات كما يلي: من ٤.٢٠ إلى ٥ مرتفع جدا ، ومن ٣.٤٠ إلى أقل من ٤.٢٠ مرتفع ، ومن ٢.٦٠ إلى أقل من ٣.٤٠ متوسطة، ومن١.٨٠ إلى أقل من ٢.٦٠ منخفض ، و من ١ إلى أقل من ١.٨٠ منخفض جدا.

- **ج- ثبات الاستبانة:**

تمَّ استخدام معادلة ألفا كرونباخ (α) لحساب معامل ثبات الاستبانة الكلي ومعامل الثبات لمحاور الاستبانة، وجاءت النتائج، كما هو مبين في الجدول (٦):

جدول (٦) معاملات ثبات الاستبانة

م	محاور الاستبانة الرئيسية	عدد العبارات	معامل ثبات ألفا α
١	المحور الأول: تنمية مهارات التعلم المبكر للطفل	٥	٠.٩١
٢	المحور الثاني: بناء الشراكة مع أسر الأطفال ذوي الإعاقة البصرية	٥	٠.٩٣
٣	المحور الثالث: التعاون والعمل الجماعي	٥	٠.٩٠
٤	المحور الرابع: عمليات التقييم	٥	٠.٨٩
٥	المحور الخامس: توظيف الأطر التعليمية/التدريبية المناسبة:	٥	٠.٨٧
٦	المحور السادس: استخدام التدخلات المناسبة:	٥	٠.٩١
٧	المحور السابع: الممارسة الاحترافية والأخلاقية في برامج التدخل المبكر مع الاطفال ذوي الإعاقة البصرية:	٥	٠.٩٣
	الثبات الكلي للاستبانة	٣٥	٠.٩٢

وبالنظر إلى معاملات ثبات المحاور الفرعية والدرجة الكلية في الجدول (٦) يتضح أن معدل ثباتها مرتفع؛ حيث تراوحت بين ٠.٩٠ – ٠.٩٣؛ وبالتالي يمكن الاعتماد على الاستبانة كأداة صادقة وثابتة لاستخدامها في الإجابة عن تساؤلات الدراسة.

• عرض نتائج البحث ومناقشتها وتفسيرها

تناول الباحث في هذا الجزء الإجابة عن أسئلة الدراسة، ومناقشة النتائج، كما تمَّ الاعتماد في تحليل نتائج الدراسة على البيانات المذكورة في جدول توصيف كيفية تقدير درجات الاستبانة، حيث تمَّ تحليل بيانات الدراسة الحالية، وفق الأساليب الإحصائيَّة المشار إليها مسبقا في الفصل المنهجية، ويعد الهدف الرئيس من هذا الجزء هو الإجابة عن التساؤل الرئيس للبحث، وهو: ما مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة (EI-ECSE) لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء؟. كما تتوزع الإجابة عنه على سبع أسئلة فرعية تتعلق بالأبعاد الفرعية للكفايات المهنية.

١- نتائج الإجابة عن السؤال والذي نصّه: ما مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة (EI-ECSE)لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء ؟

ويلخص الجدول التالي ما مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء في المحاور السابعة ككل ، وكذا المتوسط الكلي للاستبانة، كما يلي:

جدول (٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في المحاور الرئيسة السابعة والمتوسط الكلي للاستبانة ككل

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة المساهمة	الترتيب
١	المحور الأول: تنمية مهارات التعلم المبكر للطفل	٣.٤٤	٠.٨٤	كبيرة	٦
٢	المحور الثاني: بناء الشراكة مع أسر الأطفال ذوي الإعاقة البصرية	٣.٢١	٠.٩٠٨	كبيرة	٧
٣	المحور الثالث: التعاون والعمل الجماعي	٣.٦٥	٠.٨٧٦	كبيرة	٣
٤	المحور الرابع: عمليات التقييم	٣.٦١	٠.٧٨٦	كبيرة	٥
٥	المحور الخامس: توظيف الأطر التعليمية/التدريبية المناسبة:	٣.٧٥	٠.٧٦٥	كبيرة	١
٦	المحور السادس: استخدام التدخلات المناسبة:	٣.٦٣	٠.٨٧٩	كبيرة	٤
٧	المحور السابع: الممارسة الاحترافية والأخلاقية في برامج التدخل المبكر مع الاطفال ذوي الإعاقة البصرية:	٣.٧٢	٠.٩٥٣	كبيرة	٢
	الاستبانة ككل	٣.٥٦٢	٠.٩١٨	كبيرة	

يتضح من الجدول (٩) أن المتوسط الكلي لمدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء جاءت بدرجة كبيرة، بمتوسط (٣.٥٦)، وانحراف معياري (٠.٩١٨)، مما يعني أن العاملين مع الأطفال ذوى الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الاحساء يمتلكون الكفايات المهنية الخاصة بمعايير (EI-ECSE) بدرجة كبيرة.

يذكر الباحث أن أفراد الدراسة موافقون على عبارات محور تنمية مهارات التعلم المبكر للطفل بمتوسط حسابي (٣.٤٤) وهو متوسط يقع في الفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي والتي تشير إلى (مرتفع) على أداة المحور. وتفسر هذه النتيجة مدى تأثير توافر مهارات التعلم المبكر لدى الطفل على تطوير الكفايات والقدرات المعرفية للطفل، وأهمية امتلاك العاملين ببرامج ومراكز التدخل المبكر لهذه المهارات وأهميتها في تنمية قدرات الأطفال على التفكير الناقد والإبداعي، والقدرة على إيجاد حلول للمشكلات التي تواجههم، وخاصة ما يتعلق منها بممارسات دمجهم مع أقرانهم العاديين.

كما يذكر الباحث أن أفراد الدراسة موافقون على عبارات محور بناء الشراكة مع أسر الأطفال ذوي الإعاقة البصرية بمتوسط حسابي (٣.٩٩)، وهو متوسط يقع في الفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي والتي تشير إلى (مرتفع) على أداة المحور.

وتفسر هذه النتيجة مدى التأثير الإيجابي لأهمية بناء شراكة فاعلةٍ بين الأسرة ومؤسسات تعليم ورعاية الأطفال ذوي الإعاقة البصرية؛ نظرا لأهميةِ الممارسات التي تقوم بها الأسرة في تربية وتعليم أطفالها المعاقين بصرياً بالتعاون مع المؤسسات الخاصة برعاية هذه الفئة من الأطفال.

أيضاً يذكر الباحث أن أفراد الدراسة موافقون على عبارات محور التعاون والعمل الجماعي بمتوسط حسابي (٣.٦٥)، وهو متوسط يقع في الفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي والتي تشير إلى (مرتفع) على أداة المحور.

وتفسر هذه النتيجة أهمية التأثير الفعال الناتج عن التعاون بين جميع العاملين بمؤسسات رعاية وتعليم الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، وذلك من منطلق مبدأ العمل الجماعي والتعاوني، وتداخل التخصصات من أجل تحقيق نوع من التكامل فيما بينها، يؤدي في نهاية المطاف إلى تقديم أقصى خدمات الرعاية والاهتمام لهذه النوعية من الأطفال، من أجل تقديم مخرجات يستفيد منها المجتمع بكل فئاته وطوائفه، سواء من الأفراد غير ذوي الإعاقة، أو ذوي الاحتياجات الخاصة.

وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة المغيري والزهراني (٢٠٢٢) التي أظهرت نتائجها وجود عوائق وتحديات تواجه معلم تدريبات النطق والتي تمثل هذه العوائق في تعدد الأدوار والمسؤوليات التي يقوم بها معلم تدريبات النطق، والعمل ضمن فريق متعدد التخصصات الذي يعد عددهم كبيرا، كما اختلفت هذه النتيجة أيضًا مع دراسة Sheppard and Moran (2022) التي توصلت نتائجها إلى أنه يتم التغاضي عن مقدمي الرعاية المبكرة كأعضاء فريق مساهمين ويتم استبعادهم في كثير من الأحيان من الاجتماعات الخاصة بخدمات الرعاية المبكرة.

ويذكر الباحث أن أفراد الدراسة موافقون على عبارات محور عمليات التقييم بمتوسط حسابي (٣.٦١)، وهو متوسط يقع في الفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي والتي تشير إلى (مرتفع) على أداة المحور.

وتفسر هذه النتيجة ضرورة التقييم لمدى توافر الكفايات المهنية لدى العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر؛ لما للتقييم من أهمية كبيرة في تشخيص مواطن الضعف وعلاجها، وتحديد جوانب القوة والعمل على تحسينها وتعزيزها، ومِن ثم تطوير البرامج التعليمية والتأهيلية المقدَّمة للأطفال المعاقين بصريا بمراكز التدخل المبكر.

كما يذكر الباحث أن أفراد الدراسة موافقون على عبارات محور توظيف الأطر التعليمية/التدريبية المناسبة بمتوسط حسابي (٣.٧٥)، وهو متوسط يقع في الفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي والتي تشير إلى (مرتفع) على أداة المحور.

وتفسر هذه النتيجة أهمية معرفة العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية للمبادئ والفنيات الخاصة ببرامج إعداد هؤلاء الأطفال، والعمل على توفير الاحتياجات التعليمية والتربوية والتدريبية التي يحتاجها أطفال الإعاقة البصرية، وبالتالي تدريبهم على المهارات والأنشطة الحياتية، وإكسابهم المعارف التي تمكنهم من الانخراط في المجتمع.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة Niratama et al. (2023) التي توصلت نتائجها إلى أهمية الوسائط والتطبيقات الإلكترونية في علاج صعوبات النطق خلال التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، كما اتفقت هذه النتيجة مع دراسة السالم (٢٠٢٣) التي توصلت نتائجها إلى وجود دلالة إحصائية في محور توظيف الأطر التعليمية/ التدريبية المناسبة بالنسبة للأطفال غير العاديين.

كذلك يذكر الباحث أن أفراد الدراسة موافقون على عبارات محور استخدام التدخلات المناسبة بمتوسط حسابي (٣.٦٣)، وهو متوسط يقع في

الفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي والتي تشير إلى (مرتفع) على أداة المحور.

وتفسر هذه النتيجة أهمية التدخل المناسب للأطفال ذوي الإعاقة البصرية بغرض تحديد هذه الإعاقات التي يتعرضون لها وذلك في وقت مبكر، حتى يسهل تشخيصها وتحديدها، ومن ثم علاجها بشكل مناسب، والتصدي في الوقت المناسب لنمو الإعاقة، وتقليل الآثار السلبية الناجمة عنها.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة عبد اللطيف (٢٠٢٣) التي أظهرت نتائجها أن مستوى كفايات اختصاصي النطق والكلام الخاصة بمعايير التدخل المبكر في جمهورية مصر العربية وفق معايير مجلس الأطفال غير العاديين، يتراوح ما بين مستوى " مرتفع" و"مرتفع جدا، وقد اتفقت هذه النتيجة أيضا مع دراسة Sapiets et al. (2023) التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية بين تشخيص الإعاقة النمائية والمستوى التعليمي لمقدمي برامج خدمات التدخل المبكر، وتأثر الوصول للدعم والتدخل المبكر بالصحة البدنية ومهارات التكيف للطفل ذوي الاحتياجات الخاصة.

ويذكر الباحث أن أفراد الدراسة موافقون على عبارات محور الممارسة الاحترافية والأخلاقية في برامج التدخل المبكر مع الاطفال ذوي الإعاقة البصرية بمتوسط حسابي (٣.٧٢)، وهو متوسط وقع في الفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي والتي تشير إلى (مرتفع) على أداة المحور.

وتفسر هذه النتيجة أهمية التأثير الفعال للممارسات الاحترافية والأخلاقية في برامج التدخل المبكر مع الاطفال ذوي الإعاقة البصرية، من أجل مساعدة هؤلاء الأطفال في مراحل حياتهم الأولى، وتطوير كافة المهارات البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية لديهم، والتي تساعدهم على المشاركة الفعالة في المجتمع.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Saxby et al. (2023) التي توصلت نتائجها إلى وجود حاجة لرفع مستوى التطور المهني لدى مقدمي خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالتوحد، حتى يعود بالنفع على هؤلاء الأطفال، بينما اختلفت هذه النتيجة مع دراسة المغيري والزهراني (٢٠٢٢) التي توصلت نتائجها إلى عدم معرفة معلم تدريبات النطق بالممارسات والأساليب التدريسية المناسبة، إضافة لعدم قدرته على استخدام الاختبارات المقننة وتطبيقها في تشخيص حالة الطفل بشكل دقيق، ووجود نقص في الدعم الإداري والزملاء، مما يسبب ارتفاع معدل الضغوطات والتحديات التي تواجه معلم تدريبات النطق.

- **نتائج الإجابة السؤال الثاني: للإجابة عن السؤال الثاني والمتعلق بالفروق بين استجابات المشاركين، والذي نص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال من ذوي الإعاقة البصرية في برامج ومراكز التدخل المبكر وامتلاكهم للكفايات المهنية لمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة بناءً على المتغيرات التالية [النوع، التخصص، المؤهل العلمي، نوع المركز الذي يقدم الخدمة، الدورات التدريبية المتخصصة]؟**

لذا تمَّ استخدام تحليل التباين لتحديد ما إذا كانت هناك فروق بين استجابات المشاركين (العاملين مع الأطفال من ذوي الإعاقة البصرية في برامج ومراكز التدخل المبكر) ترجع لتلك المتغيرات التصنيفية، أم لا.

جدول (١٠) يوضح تحليل التباين للفروق بين استجابات المشاركين فيما يتعلق بمدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء وفق المتغيرات التصنيفية التالية (النوع ، التخصص، المؤهل العلمي، نوع المركز الذي يقدم الخدمة، الدورات التدريبية المتخصصة) ؟

جدول (١٠) تحليل التباين الأحادي للفروق بين عينة الدراسة في مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر وفق المتغيرات المتخصصة.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	Df	متوسط المربعات	قيمة (ف) F	الدلالة
مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير (EI-ECSE) وفق متغير المؤهل العلمي	بين المجموعات	1.76	٣	.548	.673	.0 14
	داخل المجموعات	373.87	100	1.657		
	التباين الكلي	375.63	103			
مدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير (EI-ECSE) وفق متغير الدورات التدريبية المتخصصة	بين المجموعات	.96	1	٨٩٠.	4.78	.0 23
	داخل المجموعات	568.78	102	٨٩.٨٩		
	التباين الكلي	.74٥٦٩	103			

التفسير الإحصائي لنتائج تحليل التباين (ANOVA) للفروق في امتلاك الكفايات المهنية وفقا للمتغيرات التصنيفية تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) لاختبار الفروق بين استجابات المشاركين فيما يتعلق بمدى امتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في برامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء، وذلك وفقا لعدة متغيرات تصنيفية.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين استجابات العاملين حول مدى امتلاك الكفايات المهنية تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة السالم (٢٠٢٣) التي توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي فيما يتعلق بمعرفة مستوى الكفايات المهنية لدى اختصاصي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال الصم وضعاف السمع ببرامج ومراكز التدخل المبكر في المملكة العربية السعودية.

وتفسر هذه النتيجة أن ذلك يشير إلى أن مستوى المؤهل العلمي يلعب دوراً مهما في مدى امتلاك الكفايات المهنية، حيث إن الفروق بين مستويات المؤهل الحاصلين على الماجستير والدكتوراه ذات تأثير معنوي.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين استجابات العاملين حول مدى امتلاك الكفايات المهنية تعزى لمتغير الدورات التدريبية المتخصصة.

وتفسر هذه النتيجة أن هذا يشير إلى أن الدورات التدريبية تؤثر بشكل إيجابي على امتلاك الكفايات المهنية، مما يعزز أهمية توفير برامج تدريبية مستمرة للعاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

• قيود الدراسة:

واجه الباحث بعض القيود أثناء إجراء الدراسة الميدانية، والتي ربما أثرت على النتائج التي توصلت إليها الدراسة، ومنها انشغال بعض العاملين بأعمال إدارية أثرت على استجاباتهم الفورية على عارات الاستبانة، قلة توافر بعض الأدوات والوسائل التي تلزم في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر، تخوف البعض من البيانات التي تم جمعها بغرض الدراسة، ومحاولة الباحث التأكيد بأن هذه البيانات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي. كما واجه الباحث العديد من التحديات، أبرزها عدم استجابة أفراد العينة المستهدفة. كما لم يتلقَّ أي رد من مركز التأهيل الشامل بشأن الخطاب المرسل، مما اضطره إلى التواصل شخصيًا مع بعض المراكز الخاصة في المحافظة. ونتيجة لذلك، لم يتمكن الباحث من الحصول على البيانات الإحصائية المتعلقة بعدد العاملين في مراكز وبرامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة البصرية في المنطقة، وذلك رغم محاولاته المتكررة للتواصل مع الجهات المعنية عبر مختلف القنوات.

• التوصيات:

- ضرورة توفير البرامج التدريبية اللازمة لامتلاك الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر في الطفولة المبكرة لدى أخصائي التدخل المبكر العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر في منطقة الأحساء بالمملكة العربية السعودية.

- ضرورة تفعيل الشراكة بين أُسر الأطفال ذوي الإعاقة البصرية والعاملين ببرامج ومراكز التدخل المبكر، من أجل تحقيق الأهداف المنشودة، والتغلب على المشكلات والتحديات التي تواجه تعاملهم مع هؤلاء الأطفال.
- إجراء مزيد من البحوث والدراسات العلمية حول الحلول المقترحة التي يمكن توظيفها في التغلب على العوائق التي تواجه العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ببرامج ومراكز التدخل المبكر.

• قائمة المراجع العربية:

أبريعم، سامية، وبوعيشة، أمال. (٢٠١٩). تقنيات تكنولوجيا التعليم الحديثة لذوي الإعاقة البصرية. *المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة*، (٦)، ٦٩-٨٨.

أخضر، فوزية محمد حسن. (٢٠٠٠). *مراكز التشخيص والتدخل المبكر ودورها الإرشادي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة*. مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.

البلاوي، إيهاب. (٢٠١٤). *الخدمات المساندة لذوي الاحتياجات الخاصة* (ط.٢). دار الزهراء.

البكري، فارس حسني عبدالرحيم. (٢٠٢٣). درجة وعي الأسر بمؤشرات خطر الإعاقة الموجبة للتدخل المبكر في الطفولة المبكرة في مدينة تبوك. *مجلة التربية الخاصة والتأهيل*، ١٥ (٥٤)، ٢١-١.

بن طالب، مريم، وفنطازي، كمال. (٢٠٢٢). كفايات فريق التدخل المبكر في مركز الأطفال المعاقين ذهنيا. *مجلة العلوم التربوية*، ٤٠(٣)، ٢٠٠-٢٢٥.

البهنساوي، أحمد كمال، غنيم، وائل ماهر، وعبدالخالق، زيد حسانين. (٢٠٢٠). فاعلية برنامج تدخل مبكر قائم على التكامل الحسي في خفض حدة الاضطرابات الحسية والإدراكية لدى عينة من أطفال التوحد. *المجلة العلمية لكلية الآداب*، ٦ (٧٣)، ١٠-١١٨.

الحديدي، منى. (٢٠٠٤). *مقدمة في الإعاقة البصرية* (ط.٢). دار الفكر.

الحديدي، منى. (٢٠١٤). *مقدمة في الإعاقة البصرية* (ط.٦). دار الفكر.

الخطيب، جمال محمد. (١٩٩٥). *مقدمة في التدخل المبكر*. المركز العربي للكتاب.

الشهري، خلود عبدالله. (٢٠١٨). عوائق الحصول على خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة من وجهة نظر أولياء أمورهم. *مجلة التربية الخاصة والتأهيل*، ٦ (٢٥)، ١٢٥-١٥٩.

الصيدلاني، محمد بن عيد، والسلمي، عبدالعزيز بن شوق. (٢٠٢١). تحديات التعليم عن بعد للطلاب ذوي الإعاقة البصرية خلال الأزمات من وجهة نظر معلميهم في مدارس جدة (جائحة كورونا COVID-19 أنموذجا). *مجلة التربية الخاصة والتأهيل*، ١٢ (٤٢)، ٤٩-١.

عبد اللطيف، محمد. (٢٠٢٣). مستوى الكفايات المهنية الخاصة بمعايير التدخل المبكر لدى اختصاصي النطق والكلام. *مجلة البحوث التربوية والنفسية*، ٣٩ (٤)، ١٧٨-٢٠٢.

عبدالهادي، داليا. (٢٠٠١). *فاعلية برنامج متكامل لأطفال الروضة المكفوفين في ضوء حاجاتهم* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة عين شمس.

عسيري، سلوى محمد سعيد، والهجين، عادل عبدالفتاح محمد. (٢٠١٧). عوائق العمل في مراكز التدخل المبكر من وجهة نظر المعلمات والوالدين وأساليب علاجها في المنطقة الشرقية. *مجلة التربية الخاصة والتأهيل*، ٥(١٧)، ١٧٢-١٧٤.

العنزي، فضل خليف. (٢٠١٢). *التدخل المبكر: نظريات وتطبيقات عملية برنامج بورتاج للتدخل المبكر*. دار المسيلة للنشر والتوزيع.

القحطاني، خالد مناحي هديب. (٢٠٢٢). معوقات التدخل المبكر من وجهة نظر معلمي الطلبة ذوي صعوبات التعلم. *مجلة كلية التربية بالإسماعيلية*، (٥٣)، ٨٢-٤٣.

القريطي، عبدالله أمين. (٢٠٠١). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم* (ط.٤). دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.

المملكة العربية السعودية. (2023). *نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة*. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء.
معلم، يوسف، وعتيق، فاطمة. (٢٠٢٢). سلوك الخطر لدى المراهقين المعاقين ذهنياً من وجهة نظر الفريق النفسي البيداغوجي. *مجلة علم النفس*، *١٧*(٢)، ٨٧-١٠٣.
المغيري، خالد، والزهراني، عبدالله. (٢٠٢٢). تصور مقترح لتطوير كفايات وإجراءات معلمي تدريبات النطق العاملين في برامج التلاميذ زارعي القوقعة. *مجلة التربية الخاصة*، ٢٨ (١)، ٥٥-٧٨.
النصار، أنور حسين. (٢٠٢٢). *التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة البصرية*. مكتبة الملك فهد الوطنية.
النعيمي، محمد عبد العال، البياتي، عبدالجبار توفيق، وخليفة، غازي جمال. (٢٠١٤). *طرق ومناهج البحث العلمي*. الوراق للنشر والتوزيع.
هويدي، محمد عبدالرزاق. (١٩٩٧). استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر. *في ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة*، جامعة الخليج العربي، البحرين، ١٧١-٢٠٨.

• ثانيًا: المراجع الأجنبية:

Bailey, D. B., & Powell, T. (2005). Assessing the information needs of families in early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 151-183). Paul H. Brookes Publishing Co.

Barraga, J. L. (1976). *Visual handicaps and learning*. Wadsworth.

Baumann, L., & Bryan, L. (2011). Family-centered practices in early intervention. *Early Childhood Education Journal, 38*(1), 45-56.

Broadhead, P., Johnston, E., & Wood, E. (2010). *Play and learning in the early years: From research to practice*. SAGE Publications Ltd.

Bruder, M. B., Dunst, C. J., & Mogro-Wilson, C. (2011). Confidence and competence appraisals of early intervention and preschool special education practitioners. *International Journal of Early Childhood Special Education, 3*(1), 13–37.

Chapuis, D. K. (2000). *In celebration of grandparenting: For grandparents of children with visual impairments*. Perkins School for the Blind.

Chen, C. I., & Mickelson, A. M. (2015). State licensure/certification requirements for personnel serving infants and young children with special needs and their families. *Infants and Young Children, 28*(4), 294–307. https://doi.org/10.1097/iyc. 0000000000000046

Emily, J., Smith, R., & Anderson, K. (2023). The role of family coaching in early intervention for children with autism. *Autism Research Journal, 12*(2), 150–175.

Gall, M., Gall, J., & Borg, R. (2007). *Educational research: An introduction* (8th ed.). Pearson Education.

Hardman, I., et al. (1996). *Human exceptionality: Society, school, and family*. Simon and Schuster Company.

Heward, L. W., & Orlansky, D. M. (1980). *Exceptional children*. Bell and Howell.

Konuk, S. (2022). Early intervention process for parents with children with special needs: Problems and solutions. *Journal of Special Education Research, 45*(1), 89-105.

Niratama, F., Wagino, W., Widajati, W., & Andajani, S. J. (2023). Development of application for early intervention speech therapy in children with intellectual disability. *Journal of ICSAR, 7*(1), 30–36.

Niratama, R., Putra, S., & Dewi, L. (2023). Development of an Android application for speech therapy in early intervention of children with intellectual disabilities. *International Journal of Educational Technology, 15*(3), 210-230.

Sapiets, S., Hastings, R., & Totsika, V. (2023). Predictors of access to early support in families of children with suspected or diagnosed developmental disabilities in the United Kingdom. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–14. https://doi.org/xxxxx

Sapiets, S., Williams, R., & O'Brien, M. (2023). Factors affecting families' access to early intervention services for children with developmental disabilities. *British Journal of Special Education, 49*(1), 67-85.

Saxby, J., Hunter, M., & Green, T. (2023). Professional development and evidence-based practices in early intervention services: An Australian perspective. *Early Childhood Research Quarterly, 60*, 45-62.

Scholl, T. G. (1986). *Foundation of education for blind and visually handicapped children and youth*. American Foundation for the Blind.

Sheppard, M. E., & Moran, K. K. (2022). The role of early care providers in early intervention and early childhood special education systems. *Early Childhood Education Journal, 50*(6), 891–901.

Stayton, V. D., Kilgo, J., Horn, E., Kemp, P., & Bruder, M. B. (2023). Standards for early intervention/early childhood special education: The development, uses, and vision for the future. *Topics in Early Childhood Special Education, XX*(X), 1–11. https://doi.org/10.1177/02711214231165192

Stayton, V. D., Smith, B. J., Dietrich, S. L., & Bruder, M. B. (2012). Comparison of state certification and professional association personnel standards in early childhood special education. *Topics in Early Childhood Special Education, 32*(1), 24–37. https://doi.org/10.1177/0271121411436086