

التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

Early intervention for children with special needs

لالوش صليحة¹، عيب غنية²Lallouche Saliha¹, Abib Ghania²¹ جامعة الجزائر 2 (الجزائر)، saliha.lallouche@univ-alger2.dz² جامعة الجزائر 2 (الجزائر)، ghania.abib@univ-alger2.dz

تاريخ الاستلام: 2021/08/01 تاريخ القبول: 2021/09/16 تاريخ النشر: 2021/10/27

ملخص:

أبدى الممارسون، والباحثون الاهتمام المتزايد لموضوع التدخل المبكر لهذا جاءت هذه الورقة البحثية من أجل البحث، والتقصي في مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة، وتصنيفه، ومفهوم التدخل المبكر، أهدافه، ومبرراته، والفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر، وفريقه. كلمات مفتاحية: التدخل المبكر، الاحتياجات الخاصة.

Abstract:

Practitioners and researchers have shown an increasing interest in the subject of early intervention. This is why this research paper came in order to research and investigate the concept of people with special needs, its classification, the concept of early intervention, its objectives, justifications, the target groups in early intervention programs, and its team.

Keywords : early intervention., special needs

المؤلف المرسل: صليحة لالوش، الإيميل: saliha.lallouche@univ-alger2.dz

1. مقدمة:

لقد حظي مجال تربية ذوي الاحتياجات الخاصة باهتمام بالغ في السنوات الأخيرة، ويرجع هذا الاهتمام إلى الاقتناع المتزايد في المجتمعات المختلفة بأن ذوي الاحتياجات الخاصة لهم الحق في الحياة، وفي النمو إلى أقصى ما تمكنهم منه قدراتهم، وإمكانياتهم هذا، ويقاس تقدم الأمم اليوم بما تقدمه لذوي الاحتياجات الخاصة من برامج، وخدمات تساعد في تحقيق ذواتهم، وتتنافس الدول فيما بينها بما تهيئه من فرص مختلفة تقدمها لذوي الاحتياجات الخاصة للوصول بهم إلى استعداداتهم الحقيقية، وتنميتها وفق ما يستطيعون (يحي، 2006، ص 11).

مما لا شك فيه أن زيادة الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة جاء نتيجة للكثافة الهائلة المنتشرة عبر كافة أنحاء العالم إذ أشارت إحصائيات منظمة الأمم المتحدة للأطفال "اليونيسف" إلى وجود ما يقرب من (500) مليون معاق في العالم من بينهم (140) مليون من الأطفال...، وتكشف بعض الإحصائيات العالمية مدى زيادة حجم المشكلة عالميا، وأبعادها المستقبلية حيث أن إجمالي نسبة المعاقين في الدول المتقدمة وصلت عام 2000 إلى 136 مليون من بينهم (81,6) مليون شديدي الإعاقة، أما في الدول النامية فوصل عدد المعاقين (609,7) مليون معاق من بينهم (425,8) مليون شديدي الإعاقة (قحطان، 2005، ص 22).

ويشكل ذوي الاحتياجات الخاصة نسبة معتبرة في المجتمع الجزائري، إذ بلغ حجمهم حسب نتائج الإحصاء الوطني الخامس للسكان، والسكن لسنة (1891665) 2008 معاق منهم (921722) إناث و(969944) ذكور، في حين أن (12) مليون من الجزائريين معنيين بإعاقة أفراد عائلاتهم (الديوان الوطني للإحصاء، 2008).

وانطلاقا من هذه الحقيقة أصبح ميدان التدخل المبكر من أكثر ميادين التربية الخاصة حيوية يعمل على تقديم مجموعة من الخدمات الضرورية الطبية، الوقائية العلاجية التأهيلية، والتربوية، والنفسية، والاجتماعية قصد تنمية قدراتهم في جميع النواحي، تشترك فيها جهات متعددة تبدأ من الأسرة، ثم تأتي المؤسسات الصحية، ومراكز العلاج الصحي، والمؤسسات التعليمية، والإعلامية، والاجتماعية، علما أن كل هذه المؤسسات، وكذلك الحكومات أدركت من أي وقت مضى دور، وأهمية التدخل المبكر لأنه يمثل جهدا موجه، ومنظم تقدم خدمات تعويضية أو وقائية للأطفال المعرضين إلى خطر مشكلات التعلم، والمشكلات السلوكية في حياتهم خصوصا خلال سنوات المدرسة الأساسية، وخدمات علاجية للمشكلات، والعيوب النمائية القائمة أو الحاضرة، وهذا ما جاء في المادتين 1 و3 من قانون حماية

الأشخاص المعوقين، وترقيتهم الصادر سنة 2002، في الجانب التشريعي بالجزائر الذي يهدف إلى تعريف الأشخاص المعوقين وتحديد المبادئ، والقواعد المتعلقة بحمايتهم، وترقيتهم، وإلى الكشف المبكر للإعاقة، والوقاية منها ومن مضاعفاتها، وضمان العلاجات المتخصصة، وإعادة التدريب الوظيفي، وإعادة التكيف. (الجريدة الرسمية، 2002، ص 7-8).

بالرغم من أهمية السنوات الأولى من العمر بالنسبة للنمو المستقبلي، وهو أمر أدركه التربويون، وعلماء النفس، وغيرهم منذ فترة طويلة، إلا أن إيلاء هذه السنوات الاهتمام الذي تستحقه على المستوى العملي جاء متأخرا نسبيا، وإذا كانت الطفولة المبكرة مرحلة حاسمة لنمو الأطفال العاديين، فهي أكثر أهمية للأطفال المعوقين. فسنوات العمر الأولى بالنسبة لأعداد كبيرة من الأطفال المعوقين سنوات يصارعون فيها من أجل البقاء، وفترات تدهور نمائي، وضياح فرص يتعذر تعويضها في المراحل العمرية اللاحقة، وبدلا من أن تكون مرحلة الطفولة مرحلة تطور، ولعب واستكشاف، واستمتاع كما هو الحال للأطفال العاديين فإنها غالبا ما تكون مرحلة معاناة، وحرمان للأطفال المعوقين (الخطيب، الحديدي، 1998، ص 80)، لذلك الكشف والتدخل المبكر يضمن لهم كافة الجهود، والاجراءات المنظمة التي يقوم بها أفراد المجتمع لمنع حدوث الإعاقة أو الحد منها، أو منع تطورها إلى عجز دائم، بما في ذلك توفير الرعاية الضرورية لنمو الطفل، ومساعدته على تفادي الآثار السلبية للقصور الذي يواجهه في أي جانب من جوانب نموه. (الظفري، 2013، ص 4).

وفي هذا السياق دلت العديد من الدراسات، والأبحاث منها دراسة بيلي - وولوري Bailey (1984) Wolery، أنه في الآونة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية، وأوسع نطاقا، بحيث لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة، ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية، لذلك التعريف المتداول حاليا للتدخل المبكر هو توفير الخدمات التربوية، والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرهم أيضا.

وعليه التدخل المبكر يشير إلى جملة من العمليات، والنشاطات المعقدة، والدينامية متعددة الأوجه، وتبعا لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه ميدانا متعدد التخصصات، كذلك هو ميدان يتمركز حول الأسرة، حيث أنه يزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دورا رئيسيا في تنفيذ الإجراءات العلاجية، وبرامج التدخل الناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين، ولكنها تؤكد على أن الطفل لا يمكن فهمه

جيدا بمعزل عن الظروف الأسرية، والاجتماعية التي يعيش فيها (الخطيب، الحديدي، 2005، ص 30)، كما يعمل على تقديم خدمات متنوعة طبية، وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم، والذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي، أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة، كما لا يقتصر على خدمات التربية الخاصة إنما يشمل خدمات الكشف والتشخيص المبكر والخدمات المساندة والإرشاد والدعم الأسري والخدمات الوقائية (بطاينة و الغامدي، 2011، ص 143).

ومما يجدر الإشارة إليه أن المشاركون في المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة في مصر سنة 1971 اتفق على استخدام مصطلح الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة للدلالة على كل المصطلحات التي سبق استخدامها في برامج وخدمات التربية الخاصة والتأهيل (سليمان، 1999، ص. 24-25)، إلا أن بعد ذلك حلت تسمية الطفل المعوق، وذلك كما ذكرته منظمة الصحة العالمية في موقعها أن الإعاقة يعد مصطلح جامع يضم تحت مظلته الأشكال المختلفة للاعتلال أو الاختلافات العضوية، ومحدودية النشاط، والقيود التي تحد من المشاركة الفاعلة (كامل، 2011، ص 70)، وهو الذي ينحرف عن الطفل العادي أو المتوسط في الخصائص العقلية، القدرات الحسية، قدرات التواصل، نمو السلوك الاجتماعي، والانفعالي، والخصائص الجسمية، علما أن هذا الانحراف يجب أن يكون بدرجة يحتاج معها الطفل إلى مواد ووسائل، واستراتيجيات تعليمية خاصة لكل فئة بالإضافة إلى كوادر مؤهلة للتعامل مع كل فئة، (كامل، 2011، ص 23)، والعمل من خلال فريق متعدد التخصصات رغم أن هذا الأخير تصادفه عدة معوقات تتمثل في النقص الواضح في الكوادر المؤهلة، والمدرية، وندرة الأدوات اللازم للكشف والتشخيص والتقييم المناسبة، وعدم التنسيق والمتابع للجهود المبذولة، والمشاركة المحدودة للأسر في دعم، وتأهيل أفرادها المعوقين، إلى جانب زيادة المتطلبات المادية لبرامج التأهيل والتدريب، وعدم التنسيق، والتكامل بين الجهود الشعبية والحكومية لتحقيق أقصى كفاءة ممكنة، وقلة عدد المراكز المتخصصة، ومحدودية المناهج، والمواد اللازمة للتدريب والتأهيل (القريطي، 2001).

على الرغم من كل هذه المعوقات إلا أنه ورد في التراث المنشور، ودراسة (Hanson, Lynch, Peterson, 1986 ; 1995 عن أهمية، وضرورة التدخل المبكر، وعلى الفوائد المؤكدة لبرامج التدخل المبكر بالنسبة للأطفال المعوقين أو في خطر نمائي، و يوجد العديد من المبررات التي تدعو إلى ضرورة تقديم برامج التدخل المبكر لمساعدة الأطفال المعوقين ، وهي ليست نابعة من مصادر عاطفية تجاه هؤلاء الأطفال كالعطف أو الشفقة أو حتى الحب، ولكنها تعتمد على نظريات النمو الإنسانية التي تحدد، و التي

تيسر أو تعوق نمو الأطفال، إضافة إلى اعتمادها على البحوث الميدانية في مجالات مختلفة، كلها تؤكد أهمية سنوات الأولى من العمر (الصباطي وآخرون، ب.ت، ص. 11-12).

وفي هذا السياق أشارت دراسات بحثية كدراسة الزريقات (2009) إلى أن الأطفال ذوي الإعاقات العقلية البسيطة، وبسبب تلقيهم لخدمات التدخل المبكر فإنه يمكن أن يتحسنوا ويدخلوا برامج التعليم العام، وكذلك أشارت الدراسات أن البرامج المبكرة المقدمة لاضطرابات التواصل تساعد على إزالتها أو التخلص منها، كما أن الأطفال الصم الذين تلقون خدمات التواصل الكلي في سنوات عمرهم المبكر كان أدؤهم أفضل في مرحلة الرشد مقارنة بغيرهم الذين لم يتلقوا خدمات مبكرة (الزريقات، 2009، ص 51)، كما أكدت دراسة (القريوتي، الصمادي، السرطاوي، 1998) أن التدخل المبكر بالنسبة للصم يعمل على إرساء الأساس لتحقيق مستوى أعلى للتعليم الأول، وجميع مراحل التعليم اللاحقة، فضلا عن بلوغ مستويات أعلى في التعليم العام، والمهني، ومن ثم يمهّد السبيل إلى الاندماج بالمجتمع اندماجا كاملا، والمساهمة في تكيف الأسرة، وتخفيف الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود طفل ذا إعاقة (القريوتي، الصمادي، السرطاوي، 1998).

ومن الملاحظات المرصودة أنه ثبت في الولايات المتحدة الأمريكية عند تطور الأطفال الصم ممن تم اكتشاف حالاتهم، وتقديم خدمات التدخل، والدعم المبكر لهم خلال الستة شهور الأولى من العمر تتبعا ممتدا في مقابل تطور غيرهم من الأطفال ممن تم اكتشاف حالاتهم في فترات لاحقة من العمر، كانت النتائج غاية في الإيجابية وحازت على اهتمام علمي كبير (Rind, 2003)، كما دلت الدراسات المتعلقة ببرامج التدخل المبكر منها دراسة (السرطاوي، 1997)، وأن تكلفة رعاية الطفل منذ سن الولادة، وحتى سن الثامنة عشر تقل بنسبة 40% تقريبا في حالة وجود تدخل مبكر (السرطاوي، 1997)، و صرحت الدراسة التي قام بها كاستو، وماسي وبييري Casto, Masteropero (1986) الذي استنتج بعد تحليل النتائج التي توصلت إليه أربعة وسبعون دراسة علمية أن الفائدة تكون أكبر كلما كان التدخل العلاجي مبكرا أكثر، مكثفا أكثر، أكثر اهتماما بتفعيل المشاركة الأسرية (فضل مُجّد، 2009)، كما بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال، فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة (Hoyden, Rioux, 1997, p 160) ، وأشارت دراسة (القريطي، 2010) أن التدخل المبكر يساهم في حماية الطفل من التعرض للإعاقة، كما يؤدي إلى تحسن حالات كثيرة منها، وتحد من مشكلاتها ومضاعفاتها التي يمكن أن تتراكم آثارها مع زيادة العمر الزمني للطفل في حالة غياب الرعاية المبكرة (القريطي، 2010، ص 266).

من هنا تبرز أهمية التدخل المبكر مع ذوي الاحتياجات الخاصة، وأهمية تزويدهم بمهارات تمكنهم من التعامل مع مواقف كثيرة ومتنوعة، وعلى نحو عام فإن برامج التدخل المبكر تساعد في تنمية المهارات التواصلية الاجتماعية، الحركية، الانفعالية، رعاية الذات (الزريقات، 2009، ص. 51-52) إلا أن التدخل المبكر في الدول العربية لا يرقى إلى مستوى التطلعات سواء من حيث الوقاية من الإعاقة أو الكشف المبكر عنها أو الخدمات التربوية الخاصة، والخدمات المساندة للأطفال الصغار في السن وأسرهم. فثمة خدمات غير متكاملة تقدمها بعض الجهات، ولكن تلك الخدمات لا تصل إلا لنسبة ضئيلة جدًا من الأطفال الذين يحتاجون إليها (الخطيب، الحديدي، 2005، ص 84).

على الرغم من تكاتف الجهود وتعدد الدراسات، والأبحاث في هذا الميدان المتمثل فيالتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلا أن الواقع الطبي، والنفسي، والتربوي، والاجتماعي، وعلى رأسهم الباحثين المهتمين، وحتى أسر ذوي الاحتياجات الخاصة ما زال يطرح عدة تساؤلات بهدف إزالة الضبابية عنها المتمثلة في:

- ما المقصود بذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفها؟

- ما المقصود بالتدخل المبكر؟

- ما أهداف التدخل المبكر ومبرراته؟

- ما هي الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر، وفريقه؟

علما أنه من البديهي أن يتبنى أي بحث أساسا نظريا معتمدا في مثل هذه الدراسات على طريقة قراءة الأدبيات التربوية وما كتب حول الظاهرة المدروسة مستعملا التحليل والتفسير، والمناقشة ثم الاستنتاج.

2. مفهوم الاحتياجات الخاصة: قبل التطرق إلى المفهوم لا بأس أن ننوه أن مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة يشمل بصفة عامة قسمين القسم الأول يتمثل في فئة الموهوبين، والقسم الثاني هم ذوي الإعاقات المختلفة (إبراهيم، الطنباري، 2006، ص 265).

1.2 لغويا: ذوو بمعنى أصحاب، مفردا ذو بمعنى صاحب (الجوهري، 1987، ص 2551)، والاحتياجات جمع احتياج وهو ما يفتقر إليه الإنسان ويطلبه" (ابن فارس، ج1، ص 577)، و كلمة الخاصة هم خلاف العامة أي ما يختص به دون غيره، ويقال اختص أي افتقر إلى شيء (إبراهيم، ج1، ب.ت، ص 204).

2.2 اصطلاحًا: تعددت المفاهيم حول فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، منهم من عرفه أنه الانحراف عن المتوسط العام (والمقصود بالعام هنا المجتمع) الانحراف في القدرات الذهنية، والقدرات الجسمية، والحركية، والقدرات الحسية، وقدرات الاتصال والتواصل، الأمر الذي يجعل الفرد غير قادر على التكيف مع المتطلبات المدرسية، والحياتية وحده، ويحتاج إلى دعم، وإلى خدمات تربوية خاصة لتطوير قدراته (النوايسة، 2013، ص 31) ، كما أنهم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات خاصة، يمكن تشخيصها بأساليب علمية، في مرحلة المهد والطفولة والمراهقة (عزيز، 2003، ص 63-64).

وهناك من الباحثين من أشاروا إلى أنها الفئات غير السوية جسمياً أو حسياً أو فكرياً أو حركياً أو اجتماعياً أو عقلياً يصفهم المجتمع بالشذوذ وغير الأسوياء لمعتقدات مختلفة، يحتاجون إلى رعاية خاصة وبيئات علاجية مناسبة (زيدان، 2009، ص 11)، كما تعرف بأنها أولئك الأفراد الذين يقعون في طريقي التوزيع الطبيعي بناء على السمة النفسية أو البدنية أو الطبية التي تميزها، وقد أطلق عليهم ذوي الاحتياجات الخاصة نظرًا لأن حاجاتهم النفسية، والذهنية، والتربوية تختلف عن حاجات الأفراد العاديين (قمر، 2008، ص 53).

حذت حذو هذه المفاهيم هيئة الأمم المتحدة فعرفت ذوي الاحتياجات الخاصة بأنهم الأشخاص الذين يعانون حالة دائمة من الاعتلال الفيزيائي أو العقلي في التعامل مع مختلف المعوقات، والحواجر، والبيئات، مما يمنعهم من المشاركة الكاملة والفعالة في المجتمع بالشكل الذي يضعهم على قدم المساواة مع الآخرين، كما ذكرت منظمة الصحة العالمية في موقعها أن الإعاقة من مصطلح جامع يضم تحت مظلته الأشكال المختلفة للاعتلال أو الاختلافات العضوية، ومحدودية النشاط، والقيود التي تحد من المشاركة الفاعلة (كامل، 2011، ص 70).

3. تصنيف ذوي الاحتياجات الخاصة: صنف الباحثان الخطيب والحديدي (2005) فئات ذوي الاحتياجات الخاصة إلى الفئات التالية:

– **الإعاقة العقلية:** من انخفاض ملحوظ في الذكاء والسلوك التكيفي، واعتمادًا على مستوى تحسين الذكاء عن المتوسط تصنف الإعاقة العقلية إلى أربعة مستويات هي: بسيطة (70 – 55)، متوسطة (55 – 40)، شديدة (40 – 25)، شديدة جدًا (دون 25).

- **صعوبات التعلم:** اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات السيكلولوجية الأساسية اللازمة لفهم اللغة واستخدامها، أو القراءة، أو الكتابة أو التهجئة، أو الحساب.
- **اضطرابات السلوك:** اختلاف السلوك الانفعالي أو الاجتماعي اختلافا جوهريا كما يعتبر سلوكا طبيعيا مثل: الانسحاب والعدوان وعدم التكيف، والافتقار إلى النضج، والجنوح، واضطرابات الشخصية.
- **الإعاقة الجسمية:** من أنواع مختلفة من العجز أو الاضطراب الجسدي أو الحسي أو الصحي مما يحدّ من قدرة الفرد على استخدام جسمه بشكل طبيعي، أو التحمل الجسدي، أو القدرة على التنقل بشكل مستقل.
- **الإعاقة البصرية:** فقدان البصر الكلي (العمى) أو الجزئي (الضعف البصري)، مما يحدّ من قدرة الفرد على استخدام حاسة البصر بشكل وظيفي في التعلم والأداء في الحياة اليومية.
- **الإعاقة السمعية:** فقدان السمع الكلي (الصمم) أو الجزئي (الضعف السمعي)، مما يحدّ من قدرة الفرد على استخدام حاسة السمع في تعلم اللغة والتواصل مع الآخرين.
- **الاضطرابات الكلامية واللغوية:** أخطاء أو عجز في الكلام أو اللغة مما يحدّ من قدرة الفرد على التواصل مع الآخرين بشكل طبيعي.
- **الموهبة والتفوق:** قدرات متميزة في الأداء العقلي أو التحصيل أو القيادة الاجتماعية أو الإبداع والتميز في الفنون الادائية والبصرية، وغيرها مما يتطلب توفير برامج وخدمات لا توفرها المدارس التقليدية (الخطيب، الحديدي، 2005، ص 174).

4. تعريف التدخل المبكر:

1.4 لغة: التدخل: هو من المصدر دخل، والدّخل خلال الخروج، وتداخل الأمور، تشابهما والتباسها ودخول بعضها في بعض والمداخلة دخول الأشياء بعضها في بعض (ابن منظور، 1997، ص 239)، **المبكر:** هو من المصدر بكر، وابتكر بمعنى إدراك الشيء من أوله، وهو من الباكورة، وأول كل شيء، وكل

من أسرع إلى شيء، فقد بكر إليه، والباكور من كل شيء، هو المبكر أي السريع الإدراك (ابن منظور، 1997، ص 243).

2.4 اصطلاحاً: التدخل المبكر هو الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية كذلك التأهيلية، والتربوية والنفسية اللاحقة، ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين أنفسهم، وإنما يشمل أيضاً أسرهم، والتدخل على مستوى البيئة، والمجتمع المحلي (شقيير، 2001، ص 12).

كما أنه نظام خدمات متنوعة تربوية، وعلاجية، ووقائية، واستجابات مدروسة تقدم للأطفال الصغار من الميلاد وحتى 6 سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية، وتربوية ومعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة، بغرض تنمية، وتعزيز قدرات الطفل، وتنمية مهارات المحيطين به، لمساعدته بما يتناسب مع احتياجاته، ولا يركز التدخل المبكر على الطفل فقط ولكنه يولي اهتماماً كبيراً بالأسرة أيضاً، فالتدخل المبكر امتداد للبرامج التربوي في سن ما قبل المدرسة (البار، 2016، ص 10).

بنظرة فاحصة تحليلية نستنتج أن التدخل المبكر هي تلك الخدمات الشاملة الضرورية الطبية الوقائية العلاجية التأهيلية، والتربوية، والنفسية، والاجتماعية دون عمر السادسة من مرحلة الطفولة لذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي، في ظل برامج تعتمد عليها الحكومات وتوليها اهتماماً كبيراً وهي برامج التدخل المبكر.

5. أهداف برامج التدخل المبكر: تمثل الأهداف في عملية التدخل المبكر النتائج المرجوة للطفل والبرامج ذاته، وبالنسبة للطفل يتم تحديد الأهداف وفقاً لقواعد فردية، وعادة ما ترتبط بنتائج معينة لقياس:

- حاجات الطفل وجوانب قوته، ويعد العمل انطلاقاً من الأهداف الفردية من أهم اتجاهات التربية الخاصة، وتوجد بعض الأهداف طويلة المدى والمتصلة بالعمومية، والتي يجب أخذها بعين الاعتبار عند معاملة كل طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة وتشمل هذه الأهداف ما يلي:
- إعداد الأطفال للمشاركة في حياة المجتمع.

تنمية الخبرة الاجتماعية واستراتيجيات التعلم الفعالة...، ومن الأهداف الأخرى للبرامج:

- تقليل الأثر السلبي لجانب الصعوبة على مجال النمو الكلي للأطفال.
- تقليل الحاجة الدائمة لخدمات التربية الخاصة المقدمة لهم.

- تنمية خبراتهم، وثقتهم في دفع تعلم، ونمو أطفالهم (الصباطي وآخرون، د.ت، ص 38)
- تمكين أكبر عدد ممكن من الأطفال من دخول مرحلة التأسيس بلغة تتناسب مع أعمارهم وباستراتيجيات تواصل من أجل بلوغ أعلى مستويات التحصيل في السنوات الأولى، ومن أجل تقديم أساس للدعم المتواصل فيما بعد.
- تمكين الأسر على التصرف السليم لصالح أطفالهم، وذلك للعمل على تأكيد إدراكهم لآثار الإعاقة، وإتاحة المعلومات المتميزة بالموضوعية، وبالحيادية وبدقة المرجعية وبالتطوير (الوهيب، 1430).

يقدم التدخل المبكر خدمات التقييم، والخدمات المخصصة لخفض أو إزالة آثار الإعاقات المفترضة أو لوقاية النمو من المشكلات الأخرى، وهكذا تنخفض الحاجة إلى الخدمات الخاصة الأساسية (الزريقات، 2009، ص 21).

بنظرة تحليلية وفاحصة نستنتج أن الهدف النهائي للتدخل المبكر يعتمد على تطبيق سياسات وقائية، بهدف تقليل نسب حدوث درجة شدة مسببات الإعاقة أو العجز، وهذه السياسات قد تكون أولية أو ثانوية. (مُجد عبد الرزاق هويدي، 1997، ص 175)، ووفق برامج واضحة المعالم، تهتم بدعم تربيتهم، وتعليمهم، وتأهيلهم بهدف الرعاية الطبية، والنفسية، والاجتماعية، والتربوية، والتعليمية المتكاملة لهم خلال مراحل نموهم المختلفة. (المهدي وآخرون، 2019، ص 22).

6. الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر:

"إن مهمة تحديد الفئات المستهدفة لبرامج التدخل المبكر أمر ليس من السهل تحديده، لما يحيط ذلك من جوانب قد تحتاج إلى إيضاح ضمنها:

- طبيعة النمو المختلفة، والمعقدة للأطفال.
- عدم توافر أدوات مناسبة للتقييم.
- عدم توفر بيانات دقيقة عن نسبة الانتشار.
- عدم توفر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الاجتماعية، والبيولوجية من جهة والإعاقة من جهة أخرى (Shonkoff, Meisels, 1991).

ولكن بالرغم من كل ذلك فإنه توجد معايير معتمدة تساعد على تحديد التأخر أو الانحراف النمائي التي تهتم بنسبة التأخر، والانحرافات المعيارية عن المتوسط، وعلى كل حال فقد أشار فوستر وفوستر (Foster & Foster 1983)، إلى أنه توجد ثلاث فئات من الأطفال الذين يجب حصولهم على خدمات التدخل المبكر وهم:

- الأطفال الذين يوجد لديهم بالفعل مشكلة أو عجز محدد.

- الأطفال الذين هم في حالة خطر بيولوجي.

- الأطفال الذين هم في حالة خطر بيئي.

ويصنف بن (Benn 1993)، فئة أخرى رابعة، وهم الأطفال المتأخرين نمائياً، ويلاحظ بأن كل هؤلاء الأطفال هم في خطر سواء كان الخطر محددًا، ومعروفًا حاليًا، أو يتوقع حدوثه في المستقبل (الصباطي وآخرون، د.ت، ص 8).

في حين صنفها الباحث (يحي، 2005) إلى الحالات التالية:

-الأطفال المتأخرون نمائياً: وهم الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو في واحد أو أكثر من المجالات التالية:

-المجال المعرفي -المجال الحركي -المجال الاجتماعي - الانفعالي -مجال العناية بالذات.

ويكون هذا التأخر بواقع انحرافين معيارين دون المتوسط في اثنين أو أكثر من المجالات المذكورة أعلاه، أو بنسبة مقدارها 52% مقاسة بالقوائم النمائية التي تستخدم الدرجات من هذا النوع، أو بملاحظة مظاهر نمائية غير عادية أو أنماط سلوكية شاذة.

-الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة جسمية او عقلية: وهم الأطفال الذين يعانون من:

1. اضطرابات جينية
2. اضطرابات في عملية الأيض
3. اضطرابات عصبية
4. أمراض معدية
5. تشوهات خلقية
6. اضطرابات حسية
7. الارتباط الزائد بالأم
8. حالات التسمم

- الأطفال الذين هم في حالة خطر: وهم الأطفال الذين تعرضوا لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية أو بيولوجية مثل:

1. عمر الأم عند الولادة
 2. تدني مستوى الدخل
 3. عدم استقرار الوضع الأسري
 4. وجود إعاقة لدى الوالدين
 5. استخدام العقاقير الخطرة
 6. الخداج
 7. الاختناق
 8. النزيف الدماغي
7. فريق التدخل المبكر: إن أهم عناصر نجاح برامج التدخل المبكر هو العمل الفريقي حيث يشمل فريق التدخل المبكر:
- 1- اختصاصي النسائية والتوليد
 - 2- اختصاصي طب الأطفال
 - 3- الممرضات
 - 4- طبيب العيون
 - 5- اختصاصي القياس السمعي
 - 6- اختصاصي علم النفس
 - 7- الاختصاص الاجتماعي
 - 8- اختصاصي العلاج الطبيعي
 - 9- اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة
 - 10- اختصاصي العلاج الوظيفي
 - 11- معلمات ومعلمو التربية العادية
 - 12- معلمات ومعلمو التربية الخاصة
 - 13- المرشدين
 - 14- أولياء الأمور (يحي 2005 ص376)

8. مبررات التدخل المبكر:

انطلاقاً مما سبق فإن التدخل المبكر له ما يبرره، وبشكل فعلي، وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر والتي أشار إليها (Fewell, 1982)، (القارسي، 2003)، (الريماوي، 2004) وغيرهم، :

-تعتبر السنوات الأولى في حياة الأطفال المعاقين أو المتأخرين الذين لا يقدم لهم فيها خدمات وبرامج تدخل مبكر سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي.

-منذ الميلاد تبدأ مرحلة جديدة في تطور الدماغ تتمثل في إنشاء الشبكات والوصلات والناقلات العصبية، وتظهر محاور الخلايا الناقلة للإشارات (Anox) والشجيرات (Dendrite) التي تستلم الإشارات، ولذلك فإن الاستشارة، وتكرار التجارب، وتنوعها أهم عاملين في عملية تطور الوصلات العصبية، وتزايد عدد الشبكات، وأن وظائف الدماغ تتطور نتيجة استجاباتها للمدخلات البيئية.

-النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط بل أن البيئة تلعب دوراً حاسماً في جوانب النمو.

-تعرض الطفل في فترات النمو الحرجة لخبرات سلبية أو مثيرات بيئية فقيرة كما ونوعاً، تؤثر بقوة على تطور وظائف الدماغ، ومنها اللغة، ودماغ الطفل في الشهور السنة الأولى يبدأ بتعلم حركات الشفاه

الملائمة للأصوات التي يسمعها، وفي العام الثاني ينظم الدماغ الوصلات الخاصة باللغة ليصبح قادراً بعدها (35 شهر) في تكوين رموز عقلية للأشياء والأحداث والناس. ففرصة تعلم التركيب اللغوي تظل مفتوحة في هذه المرحلة وتعلق في عمر 5 أو 6 سنوات وتبقى بعد ذلك فرصة تطور اللغة، وإضافة كلمات أخرى وتعلم النحو المتطور.

-التعلم الإنساني أسهل، وأسرع في السنوات المبكرة من العمر عنه في المراحل اللاحقة.
-التأخر النمائي قبل سن الخامسة مؤشر خطر، ويقدم نذر مبكرة باحتمالية معاناة الطفل من مشكلات أو اضطرابات في الأعمار اللاحقة.

-الوالدين معلمين لأطفالهم وهم في أمس الحاجة إلى الإعداد، والتدريب للتعامل مع أطفالهم في هذه المرحلة.

-معظم مراحل النمو الحرجة، والتي تكون فيها القابلية، والنمو في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر وكذلك مظاهر النمو متداخلة في التأثير والتأثير.

-التدخل المبكر جدواه مثمرة، ومتعددة على جميع الجوانب (الاقتصادية، الاجتماعية، التربوية...) (يحيى، 2005، ص. 370-371).

-سهولة وسرعة التعلم في السنوات الأولى مقارنة بالسنوات المتقدمة.
-حاجة والدي الطفل إلى المساعدة في السنوات الأولى حتى لا ترسخ لديهم أنماط تنشئة غير بناءة.
-أن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد الجوانب يقود إلى تدهور في الجوانب الأخرى (الخطيب، الحديدي، 2005).

- تأثير البيئة والخبرات الأولية على النمو حيث أن نوعية بيئة التكفل وخبراته الأولية لهما تأثير على النمو والتعلم وعلى قدرة الطفل على تحقيق واستغلال كل إمكانياته وقدراته (هويدي، 1997).

9. خاتمة:

تعد مرحلة الطفولة من المراحل المهمة في نمو الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة الذي يتطلب التدخل المبكر، وهو يعمل على تقديم مجموعة شاملة من الخدمات الضرورية الطبية الوقائية العلاجية التأهيلية، والتربوية، والنفسية، والاجتماعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي، كما أنه من الأمور الحيوية، والممارسات الواعدة التي تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من مرحلة الطفولة لذوي الاحتياجات الخاصة بهدف زيادة قدراته، وكفاءاته، والتقليل

من نتائج الإعاقة، بهدف تحديد بشكل دقيق المشكلات النمائية، والمساعدة على تحقيق النمو السوي، والحد من الآثار السلبية للإعاقة بعد ظهورها، وتبرز أهمية، ومبررات التدخل المبكر في الوقاية، وتحسين نوعية الرعاية الانفعالية، والصحية، والنفسية، والتربوية، والاجتماعية قصد تنمية قدراتهم في جميع النواحي علما أن التأخر النمائي قبل سن الخامسة مؤشر خطر، ويقدم إنذار باحتمالية معاناة الطفل من مشكلات أو اضطرابات في الأعمار اللاحقة، وهذا ما حاولنا إظهاره من خلال هذه الدراسة حيث تم إبراز مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة، وتصنيفه ثم بينا مفهوم التدخل المبكر، أهدافه، والفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر، فريقه، ومبرراته.

10. قائمة المراجع:

1. الظفري ، سعيد بن سليمان، (2013)،**التدخل المبكر ذوي اضطراب الانتباه وفرط الحركة بسلطنة عمان**، دراسة مقدمة إلى الملتقى الثالث عشر- الجمعية الخليجية للإعاقة، تحت شعار) التدخل المبكر- استثمار للمستقبل (خلال الفترة من 2 - 4 إبريل 2013 المنامة مملكة البحرين.
2. القريطي، عبد المطلب أمين (2010). التعرف والتدخل المبكران في مجال الإعاقة، العدد 17، المجلد 5، ص 259-336.
3. المهدي مُجَّد الحسيني، مُجَّد أحمد صلاح، (2019)،**تصورات أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة نحو التدخل المتمركز حول الفريق متعدد التخصصات في التأهيل التعليمي والسلوكي لأبنائهم في منطقة القصيم** ، مجلة العلوم التربوية والدارسات الإنسانية، العدد (5)، ص ص 19 - 49.
4. بطاينة أسامة مُجَّد، الغامدي علي صالح، (2011)، **فاعلية خدمات التدخل المبكر للأطفال التوحديين**، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد8، العدد2 ، ص ص 141-178.
5. ابراهيم سالم الصباطي، مجدي مُجَّد أحمد الشحات، أحمد عبد الرحيم العمري، (ب ت)، **التدخل المبكر**، مكتبة الراشد، القاهرة.
6. ابراهيم عبد الله فرج الزريقات (2009)، **التدخل المبكر النماذج والإجراءات**، ط1، دار المسيرة، عمان.
7. ابن فارس أبو الحسين أحمد بن زكرياء القرويبي الرازي، **معجم مقاييس اللغة**، تحقيق عبد السلام مُجَّد هارون، دار الفكر، ج1.

8. ابن منظور (1997)، لسان العرب، المجلد 11، دار الفكر، بيروت.
9. الجوهري أبو نصر إسماعيل بن حماد الجوهري (1987)، الصحاح تاج اللغة وصحاح العربية، تحقيق أحمد عبد الغفور عطار، بيروت، دار العلم للملايين، ج6، ط4.
10. أنيس إبراهيم (ب. ت)، المعجم الوسيط، دار إحياء التراث العربي، بيروت، ج1، ط2.
11. الجريدة الرسمية، قانون رقم 02 – 09 المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، العدد 34، المؤرخ في 25 صفر عام 1423 الموافق ل 8 مايو 2002.
12. جمال الخطيب، منى الحديدي (1998)، التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
13. جمال الخطيب، منى الحديدي (2005)، التدخل المبكر في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، ط2، دار الفكر، عمان، الأردن.
14. الخطيب جمال، الحديدي منى (2005)، المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح، عمان.
15. خولة أحمد يحي (2005)، البرامج التربوية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار المسيرة، عمان.
16. الديوان الوطني للإحصائيات، توزيع المعاقين في الجزائر - www.ons.dz/demogr/pop-handic.htm
17. روان عبد الله البار، (2016)، فعالية برنامج تدريبي في الدخل المبكر قائم على السلوك اللفظي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال من ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية، أطروحة ماجستير في التربية الخاصة، جامع الإمارات المتحدة.
18. زكي زكي حسين زيدان (2009)، الحماية الشرعية والقانونية لذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة مقارنة بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي، دار الكتاب القانوني، جامعة طنطا.
19. زياد كامل (2011)، أساسيات التربية الخاصة، ط1، دار المسيرة، الأردن.
20. زينب محمود شقير (2001)، الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملية لغير العاديين، ط1، مكتبة النهضة المصرية، عمان.

21. زينب محمود فضل مُجَّد، (2009)، أثر التدخل المبكر على النمو اللغوي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بالمملكة العربية السعودية بالمنطقة الشرقية (الدمام)، إشراف رقية السيد الطيب العياش، بحث مقدم إلى جامعة الخرطوم لنيل درجة ماجستير الآداب في علم النفس.
22. عادل بن سليمان الوهيب، (1430/1429هـ)، خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع أهميتها ومدى توفرها من وجهة نظر الأخصائيين بمدينة الرياض، إشراف علي بن حسن الزهراني، رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الآداب تخصص تربية خاصة، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
23. عبد الرحمن سيد سليمان سليمان، (1999)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، ج1، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
24. عصام توفيق قمر، (2008)، رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، دار العلم والإيمان، عمان.
25. فاطمة عبد الرحيم النوايسة، (2013)، ذوو الاحتياجات الخاصة التعريف بهم وإرشادهم، دار المناهج، عمان، ط1.
26. قحطان أحمد الظاهر، (2005)، مدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار وائل، عمان، الأردن.
27. مجدي إبراهيم عزيز (2003)، مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
28. مُجَّد عبد الرزاق هويدي، (1997)، استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر، ندوة استراتيجية وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، تنظيم جامعة الخليج العربي بالتعاون مع مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية، أبو ظبي.
29. مُجَّد معوض إبراهيم، فاتن عبد الرحمن الطنباري (2006)، الاتجاهات الحديثة في إعلام الطفل وذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
30. مُجَّد معوض إبراهيم، فاتن عبد الرحمن الطنباري، (2006)، الاتجاهات الحديثة في إعلام الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
31. Hayden A, Pious C, (1997), The case for early intervention, in R York, E, Edgar (eds) tracing the severely handicapped, seattle: American Association for the severely, profoundly handicapped.