مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية المجلد(07)، العدد (01)، (جوان -2022)، ص 711-736
ISSN: 2602-5566 EISSN:2716-8999

كفايات فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حسب بعض المتغيرات -دراسة ميدانية بمدينة عنابة-

The competencies of the early intervention team in centers for mentally disabled children according to some variables - A field study in the city of Annaba -

غنية بن طالب[1]*، كريمة فنطازي[2]

[1] مخبر التحليل و الدراسات الأرغونومية، جامعة باجي مختار عنابة (الجزائر)، ghaniaejs@gmail.com

[2] جامعة باجي مختار عنابة (الجزائر)، fantazikarima@gmail.com

تاريخ الإرسال: 2022/01/25 **تاريخ القبول:.2022/05/11**

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن كفايات فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حسب متغير سنوات الخدمة ومتغير المستوى التعليمي. أجريت الدراسة على عينة من أعضاء فريق التدخل المبكر الذين يزاولون عملهم في 4 مراكز للأطفال المعاقين ذهنيا بولاية عنابة حيث بلغ عددهم 52 فردا، منهم 28 من ذوي خدمة أقل من 11 سنة و24 من ذوي خدمة أكبر من أو يساوي 11 سنة، كما أن 29 منهم هم من ذوي المستوى الجامعي و23 من ذوي مستوى البكالوريا. وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي بتوزيع استبيان موجه لأفراد العينة، حيث أظهرت النتائج أن متغيري الدراسة لم يؤثرا في أفراد العينة الذين اتفقوا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل الوقائي والتربوي والعلاجي. هذا ما يؤكد أهمية تدريب وتأهيل فريق التدخل المبكر.

كلمات مفتاحية: كفايات؛ فريق التدخل المبكر؛ مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا.

Abstract

The current study aimed to reveal the competencies of the early intervention team in centers for mentally disabled children, according to the variable years of service and the variable of educational level. The study was conducted on a sample of early intervention team members who work in 4 centers for mentally handicapped children in the state of Annaba.Their number reached 52 members, including 28 with less than 11 years of service, 24 with service greater or equal to 11 years, 29 of them with university level and 23 with baccalaureate level. The researcher used the descriptive approach by distributing a questionnaire to the sample members. The results showed that the two variables of the study did not affect the sample members who agreed that they did not have the competencies of preventive, educational and curative intervention. This confirms the importance of training and qualifying the early intervention team.

Keywords: Competencies; Early intervention team; Centers for mentally disabled children.

* المؤلف المرسل.

1-مقدمة

لقد حظيت العقود الثلاثة الأخيرة بتزايد الوعي والخدمات الدينية وحركات الإصلاح والعلماء التربويون والفلاسفة، مما ساعد على تشكيل تفكير معاصر حول ضرورة الاهتمام بالتربية الخاصة المبكرة. وسارعت دول العالم المختلفة إلى سن التشريعات والقوانين التي تضمن حقوق الأطفال المعوقين في الحصول على تربية فعالة ومناسبة. ففي عام 1986 صدر قانون 99-457 في الولايات المتحدة الأمريكية الذي يدعو إلى ضرورة إتاحة الخدمات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة منذ الميلاد وحتى سن المدرسة، وعلى تدريب العاملين وتقديم خدمات التدخل المبكر ودعم الأسر.

إن التدخل المبكر يعتبر حديث العهد في الدول العربية حيث توجهت كثير من الجهود الحكومية والتطوعية والأكاديمية والتشريعية للاهتمام بهذه الفئة، واهتمت العديد من الجامعات العربية وكليات التربية بشكل خاص بإنشاء برامج خاصة لإعداد وتأهيل مختصين في مجال تربية ذوي الاحتياجات الخاصة. وكما شرعت في إنشاء مؤسسات ومراكز متخصصة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات وأهمها مركز التدخل المبكر في مدينة الشارقة الذي أنشأ عام 1992 نتيجة لاتفاقية وقعتها حكومة الشارقة مع كل من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي واليونيسف، وتشتمل الأهداف الرئيسية لهذا المركز على تنفيذ وتقديم خدمات التدخل الوقائي للحد من الإعاقة، التدخل العلاجي والتربوي للأطفال المعوقين، وتدريب الكوادر بتنظيم دورات وورشات عمل.

ولقد استجاب التكفل المبكر بالطفل المعاق ذهنيا في الجزائر منذ سنة 1976 لانشغال أساسي المتمثل في التكفل بالطفل في الوسط المؤسساتي والعمل على إعادة تأهيله على الرغم من اختلافه. وظل التكفل بهذه الفئة مرتبطا بالظرف الاقتصادي والواقع المؤسساتي في الجزائر، وبالمجهودات المبذولة من طرف رواد في مجال الإعاقة الذهنية التي سمحت بالتكفل بهم حسب أنماط متباينة من مؤسسة إلى أخرى رغم أن مختلف هذه الأنماط تعتبر ثراء يجب تنميته. وفي إطار التدعيم لتعليم الأطفال والمراهقين المعوقين صدر قانون رقم 02 – 09 المؤرخ في 25 صفر 1423 الموافق ل 8 مايو 2002 الذي نص على ضمان تعليم إجباري للأطفال والمراهقين المعوقين، وتقديم خدمات التربية الخاصة المبكرة للأطفال المعاقين ذهنيا من خلال المراكز النفسية البيداغوجية الموزعة عبر مختلف ولايات الوطن.

إن الأطفال المعوقون ذهنيا لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة وحاجات متعددة ومختلفة حسب مجالات النمو اللغوي والحركي والاجتماعي والمعرفي، فهي تساهم في تحديد طبيعة التخصصات التي يجب أن تتوفر في فريق التدخل المبكر الذي يعتمد بدوره على الخدمات والإسهامات التي يقدمها كل عضو، فرعاية الطفل المعاق ذهنيا تتطلب عملية مستمرة من

التواصل والتعاون المشترك بين كل من له علاقة بذلك. وقد أشارت دراسة Kannai الطولية من 1952إلى 2000 التي اهتمت بمتابعة مجموعة من الأطفال المعاقين ذهنيا في هذه الفترة الزمنية إلى أنهم حققوا ما حققه غيرهم من الأطفال نتيجة للمعاملة الإيجابية والمشجعة للنمو من طرف المهنيين (الزريقات، 2016، صفحة 51).

وتؤكد مختلف البحوث على أن التطور المنسجم للطفل لا يمكن تحقيقه إلا بالتنسيق مع أعضاء الفريق باتباع البرنامج المحدد مسبقا، وكل عضو عليه أن ينظر إلى الآخرين على أنهم مشاركون متساوون، وأن هدفهم المشترك هو إيجاد أفضل الطرق لتلبية احتياجات الطفل المعاق ذهنيا أين يتم استثمار قدراته الظاهرة منها والخفية قصد مساعدته طيلة مراحله الإنمائية. وتشتمل نماذج تقديم الخدمة على دمج أو توحيد لفلسفات واستراتيجيات فريق العمل وتحسين أوضاع تقديم خدمات التدخل المبكر في مستوى البرنامج التأهيلي لذوي الإعاقة الذهنية.

وبناءا على ما سبق جاءت هده الدراسة بطرح التساؤل التالي:

هل يتفق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم للكفايات الوقائية والعلاجية والتربوية اللازمة رغم اختلاف سنوات الخدمة والمستوى التعليمي؟

1-1-فرضيات الدراسة

وتتمثل فرضيات الدراسة في:

الفرضية الأولى: يتفق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم للكفايات اللازمة رغم اختلاف سنوات الخدمة.

الفرضية الثانية: يتفق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم للكفايات اللازمة رغم اختلاف المستوى التعليمي.

2-1-أهمية الدراسة

تظهر أهمية الدراسة في:

- تتناول فئة هامة من فئات المجتمع وهم فريق العمل في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا.

-الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية وهي التعرف على أهم الكفايات اللازمة لفريق التدخل المبكر، للتكفل بفئة الأطفال المعاقين ذهنيا في مرحلة الطفولة المبكرة.

3-1-أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى:

الكشف على مدى امتلاك فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا للكفايات الوقائية والعلاجية والتربوية اللازمة حسب متغير سنوات الخدمة، ومتغير المستوى التعليمي.

4-1-حدود الدراسة

وتتمثل حدود الدراسة في:

المجال المكاني: مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا بولاية عنابة وهي:

-مركز الأطفال المعاقين ذهنيا 8 ماي 1945.

-مركز الأطفال المعاقين ذهنيا عنابة وسط.

-مركز الأطفال المعاقين ذهنيا البوني.

-مركز الأطفال المعاقين ذهنيا الحجار.

المجال الزمني: أجريت الدراسة في شهري نوفمبر وديسمبر 2020.

المجال البشري: عينة من أعضاء فريق التدخل المبكر والذين يعملون في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا (الطبيب والممرض، والمختصين النفسانيين والاجتماعيين، المعلمين والمربين المختصين في الإعاقة الذهنية).

1-5-التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة

1-5-1-الكفايات

وتعني مختلف أشكال الأداء التي تمثل الحد الأدنى الذي يلزم لتحقيق هدف ما، ونقصد به في دراستنا المهارات والمعلومات والقدرات التي يمتلكها أعضاء فريق التدخل المبكر. وتقاس إجرائيا في الدراسة الحالية باستجابات أفراد العينة على أبعاد الاستبيان والمتمثلة في:

-كفاية التدخل الوقائي والذي يهدف إلى امتلاك أعضاء فريق التدخل المبكر للمعارف والمعلومات والمهارات التخصصية التي تسمح له بالتدخل لخفض الآثار غير المناسبة للإعاقة على الجوانب النمائية ومساعدة الطفل المعاق ذهنيا على تجاوزها.

كفاية التدخل التربوي والذي يهدف إلى امتلاك أعضاء فريق التدخل المبكر للمعارف والمعلومات والمهارات التي تسمح له بالتدخل لمساعدة وتدريب الطفل المعاق ذهنيا على اكتساب المهارات الجسمية والحركية واللغوية والاجتماعية والمعرفية.

-كفاية التدخل العلاجي والذي يهدف إلى امتلاك أعضاء فريق التدخل المبكر للمعارف والمعلومات والمهارات التي تسمح له بالتدخل لمساندة الطفل المعاق ذهنيا وتحسين وضعه في البناء الاجتماعي.

1-5-2-فريق التدخل المبكر:

وهو متمثل في عينة الدراسة ونقصد به المستخدمين الذين يطبقون برنامج التدخل المبكر في المراكز النفسية البيداغوجية على الأطفال الذين يعانون من إعاقة ذهنية (الطبيب والممرض، والمختصين النفسانيين والاجتماعيين، المعلمين والمربين المختصين في الإعاقة الذهنية).

1-5-3-مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا:

وهي المؤسسات التي تستقبل الأطفال الذين لديهم إعاقة ذهنية ونخص الفئة العمرية دون 6 سنوات، ويحتاجون إلى التدخل المبكر الذي يقدم لهم الخدمات الضرورية لإعادة إدماجهم في

الوسط الاجتماعي. وتتمثل في كل من: مركز الأطفال المعاقين ذهنيا عنابة وسط وعنابة 8 ماي 1945و عنابة البوني وعنابة الحجار.

1-6-الدراسات السابقة

سنقوم بتقديم بعض الدراسات القريبة من الدراسة الحالية وهي:

1-6-1-دراسة Pang and Richery (2005)

وهدفت إلى دراسة السياسات التي تدعم برامج التدخل المبكر والعوائق الأساسية التي تواجه الدول الخمسة (زمبابوي، بولندا، الصين، الهند، الولايات المتحدة). وتمثلت عينة الدراسة في العاملين في مراكز التدخل المبكر في الدول الخمسة. أداة الدراسة تمثلت في مراجعة الوثائق الرسمية لبرامج التدخل المبكر لكل دولة، وإجراء مقابلات شخصية لخبراء في الميدان. وقد أظهرت النتائج أن قلة التمويل تقف حائلا دون تقديم خدمات التدخل المبكر. وكما يعتبر نقص العاملين المؤهلين أحد أهم العوائق الأساسية التي تواجه تلك الدول. أوصت الدراسة بأهمية تحسين خدمات التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، وذلك بإعداد العاملين المؤهلين وتحسين البرامج المرتكزة على الأسرة.

1-6-2-دراسة طارق حسن (2011)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع البيئة المادية، والبيئة البشرية المتبعة، ومجالات التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر، وصياغة تصور مقترح للارتقاء بدور مراكز التدخل المبكر في التربية الخاصة للأطفال المعاقين، واستخدمت منهج دراسة الحالة لكونها دراسة نوعية اثنوجرافية. وعينة الدراسة شملت أعضاء فريق العمل بالمركز وعددهم 13. وأشارت النتائج إلى الحاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات، حيث يتولى أعضاءه الدراسة الدقيقة لمظاهر النمو المختلفة لدى الطفل، والتقييم لمظاهر النمو المختلفة لدى الطفل والتقييم التشخيصي الشامل لحالته، متضمنا تقدير احتياجاته الصحية والنفسية والاجتماعية والمعرفية، وتحديدها ثم تخطيط البرنامج العلاجي او التعليمي أو التدريبي أو التأهيلي المناسب لإشباع هذه الاحتياجات وتنفيذه وتقييمه ومتابعته، وذلك بحسب اختصاصات كل عضو داخل الفريق.

1-6-3-دراسة أحمد الفواعير(2016)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى امتلاك العاملين في برامج التدخل المبكر في سلطنة عمان لمهارات ومعارف القرن الواحد والعشرين وفقا لمتغيرات المؤهل العلمي والتخصص الدراسي والخبرة.

وتكونت عينة الدراسة من 64 فردا. وأداة الدراسة تمثلت في الاستبيان والمقابلة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر من 90% من العاملين في برامج التدخل المبكر في سلطنة عمان كان مستوى

امتلاكهم لمهارات القرن الواحد والعشرين قليلا وكانت مهارات التعلم والابتكار أقل مهارات القرن الواحد والعشرون امتلاكا لدى أفراد العينة. لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى امتلاك العاملين في برامج التدخل المبكر لمهارات ومعارف القرن الواحد والعشرون تعزى لمتغيري التخصص الدراسي والخبرة، في حين هناك فروق ذات دلالة إحصائية وفقا للمؤهل العلمي، لصالح الماجستير والدكتوراه.

1-6-4-دراسة يمينة فاتح (2017)

وتهدف إلى دراسة خدمات التدخل المبكر الوقائية كما يدركها طلبة علم النفس وعلوم التربية بجامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي. وتم استخدام المنهج الوصفي بتصميم استبيان. وكان عدد أفراد العينة 103 موزعون في شكل طبقات. وتوصلت النتائج إلى وجود مستويين مختلفين (جيد ومتوسط) و(متوسط وضعيف) لإدراك طلبة علم النفس وعلوم التربية لخدمات التدخل المبكر الوقائية الأولية والثانوية. وأهمية الاهتمام بخدمات التدخل المبكر الوقائية والطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية، وذلك بفتح مراكز خاصة وعمومية تهتم بتوفير هذه الخدمات، ويشرف عليها فريق التدخل المبكر، وضرورة تزويد طلبة علم النفس وعلوم التربية والاختصاصات ذات العلاقة بالتدخل المبكر بالمعارف الكافية، واكسابهم التقنيات والمهارات اللازمة لقيام بخدمات وأنشطة وبرامج التدخل المبكر الوقائية.

-التعقيب على الدراسات السابقة:

بالرجوع إلى الدراسات السابقة لاحظت الباحثتان أن دراسة أحمد الفواعير تتفق مع الدراسة الحالية من حيث الهدف وهو تحديد مدى امتلاك العاملين في برامج التدخل المبكر، ومن حيث المتغيرات وهي: المؤهل العلمي والتخصص الدراسي والخبرة. وتشابهت دراسات كل من Pang and Richery وطارق حسن وأحمد الفواعير في العينات والمتمثلة في فئة العاملين والخبراء في الميدان وهي نفسها عينة الدراسة الحالية. واعتمدت معظم الدراسات على المنهج الوصفي التحليلي للكشف على خدمات التدخل المبكر من حيث البرامج، ومن حيث امتلاك العاملين للمعارف اللازمة، وهو نفس المنهج الذي سنتناوله في بحثنا.

واستفدنا من هذه الدراسات من عدة جوانب ومن أهمها النتائج التي أسفرت عنها، حيث تأكد جلها على الحاجة لعمل فريق التدخل المبكر داخل المراكز وأهمية امتلاكهم المهارات والمعارف الضرورية لتأهيل الأطفال المعاقين بصفة عامة، ونحن سنتناول في دراستنا فئة الأطفال المعاقين ذهنيا.

2-الإطار النظري للدراسة

2-1التدخل المبكر

يعتبر موضوع التدخل المبكر من الموضوعات الرئيسية في ميدان التربية الخاصة بشكل عام، والإعاقة العقلية بشكل خاص، ويرجع ذلك إلى أهمية هذا الموضوع وقيمته في منع حدوث حالات الإعاقة العقلية قبل وقوعها أو اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع تفاقمها عند ظهور تلك الحالات في وقت مبكر (الروسان، 2017، صفحة 264)، واستنادا للمعجم فهو يضم مجموعة من القياسات الوقائية ضد بعض المخاطر وتتضمن عنصرين مهمين: فهم الخطر الذي يخص الحالة والقلق للتدخل (Martinez, & al. , 2008, p. 16) ، وعلى ذلك يعتبر موضوع التدخل المبكر وبرامجه شكلا من أشكال الوقاية من الإعاقة، فهو نظام خدمات تربوي وعلاجي ووقائي يقدم للأطفال الصغار من عمر صفر وحتى ست سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة.

وكما يعتبر التدخل المبكر من أهم أنظمة دعم الأسر ومرتبط ارتباطا وثيقا باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها، ويعتمد على الكشف النمائي والاختبارات النمائية والصحية والوراثية وعوامل تتعلق بالأم الحامل وبالجنين وبفترة الحمل وما بعدها .فبرامج التدخل المبكر الناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد منعزلين، ولكنها تؤكد على أن الطفل لا يمكن فهمه جيدا بمعزل عن الظروف الأسرية والظروف الاجتماعية التي يعيش فيها (العدل، 2013، صفحة309). وترغب الأسر بمرافقتها من طرف مهنيين أو توجيهها إلى المؤسسات الخاصة لتزويدها بالمعلومات الضرورية للتعامل مع معاناتها منذ البداية وان تكون شريكة في أخذ القرارات التي تخص مستقبل أو مشروع حياتها، وكذلك التأكد من المتابعة المستمرة بدون عراقيل وحواجز تعطل عملية التكفل بها (Marzaux, , & al. , 2011, p. 16)

وتهدف برامج التدخل المبكر للمعاقين عقليا إلى:

- التدريب على المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب مع الاهتمام بالمسائل العملية مثل عدد الأشياء واستخدام النقود وشراء بعض اللوازم وغيرها.

-التدريب على إتقان استخدام اللغة وزيادة الرصيد اللغوي لدى الطفل المعوق عقليا وفهم الكلام المقروء والمسموع.

-التدريب على السلوك الحسي الحركي بحيث يستطيع الطفل المعوق عقليا إتقان عملية التوافق بين أجهزة الحس والجهاز العضلي (حركة اليدين وباقي أعضاء الجسم).

-التدريب على السلوك الاجتماعي وكيفية التصرف في المواقف الاجتماعية اليومية.

-التدريب على العناية بالنفس في الملبس والمأكل والاهتمام بالنظافة الشخصية (السيد عبيد، 2007، صفحة302).

2-2-خدمات التدخل المبكر

لقد شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين الصغار في السن والأطفال الذين لديهم قابلية للإعاقة، ولكل من هذه النماذج إيجابيات وسلبيات، وبعض هذه النماذج أكثر ملائمة وفائدة للعمل مع بعض الأطفال أو في بعض المجتمعات من النماذج الأخرى (العدل، 2013، صفحة 325). وبوجه عام فإنه يمكن أن يتم التدخل المبكر من خلال محور اهتمام البرنامج (برامج تتمركز حول الطفل، وبرامج تتمركز حول الأسرة)، أو من حيث مكان تقديم الرعاية والتي تتمثل في:

2-2-1-التدخل المبكر في المراكز

يستفيد من خدمات هذه المراكز الأطفال من سن(2-6) حيث يقضي الأطفال في هذه المراكز(3-5) ساعات يوميا، وفيه يتم نشر الوعي الاجتماعي بضرورة التدخل المبكر وإتاحة الفرصة للتفاعل مع المجتمع (خولة، 2006، صفحة379)، ووفقا لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر في المركز أوفي المدرسة، وليس بالضرورة أن يتم تنفيذ برامج التدخل المبكر في مراكز متخصصة بخدمة الأطفال المعوقين إذ قد تنفذ هذه البرامج في الحضانات ورياض الأطفال العادية تحقيقا لمبدأ الدمج ومن حسنات هذا النموذج قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات وإتاحة الفرص للطفل للتفاعل مع الأطفال الآخرين ومن سيئاته مشكلات توفير المواصلات والصعوبات المرتبطة بها والكلفة المادية العالية.

2-2-2-التدخل المبكر في المنزل

في العادة تقوم مدربة أو معلمة أسرية مدربة جيدا بزيارة المنزل من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعيا، وخلافا للتدخل المبكر في المراكز والذي يستخدم عادة في المدن فإن التدخل المبكر في المنزل يستخدم عادة في الأماكن الريفية والنائية حيث لا يوجد إلا أعداد قليلة من الأطفال المعوقين.

2-2-3-التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل

يلتحق الأطفال في المراكز لأيام محدودة ويقوم الاختصاصيون بزيارات منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين في الأسبوع حسب طبيعة حالة الطفل وحاجات الأسرة.

2-2-4-التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات

يقوم أولياء الأمور بزيارة دورية إلى المركز حيث يتم تقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء أمورهم ومناقشة القضايا المهمة معهم(الزريقات،2003) (القمش والجوالدة،2014، صفحة120). وتقديم معلومات عن الإعاقة وأسبابها وتأثيرها على الطفل وفرص التأهيل المتاحة للطفل ومراكز الخدمات التي تحتاج الأسرة للاتصال بها. ويمكن تزويد الأسر بالمعلومات إما عن طريق كتيبات وإما منشورات وإما حقائب إرشادية.

2-2-5-التدخل المبكر في المستشفيات

ويستخدم هذا النموذج للأطفال صغار السن الذين يعانون من مشكلات وصعوبات نمائية شديدة والذين يحتاجون إلى مساعدات طبية وعلاجية مستمرة ومتكررة (عبد العزيز، 2015، صفحة33)

2-2-6-التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام

ويتم من خلال استخدام وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة لتدريب أولياء الأمور على كيفية التعامل مع أطفالهم الصغار (السيد عبيد ، 2013، صفحة129).

2-3-أهمية خدمات التدخل المبكر بالأطفال المعاقين ذهنيا في الجزائر

برز أهمية التدخل المبكر بالأطفال المعاقين ذهنيا في الجزائر من خلال الخدمات النفسية التي تهتم بتكييف الشخص المعاق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى، وللوصول بالفرد إلى أقصى درجة ممكنة من درجات النمو. وأما الخدمات الطبية فتبدأ بتقييم حاجات المعاق الصحية ثم تقوم بتحويله إلى الأفراد المختصين لاستعادة أقصى ما يمكن من قدراته، كما تهدف الخدمات الاجتماعية إلى إعادة المعاق للمجتمع، والحد من أثر الإعاقة عليه واندماجه مع المجتمع وتكيفه مع بيئته، وتقوم بها مؤسسات خاصة معدة لممارسة الأنشطة والبرامج الفنية المطلوبة.

وإن المهارات الاجتماعية اللازمة للتوافق الاجتماعي في الرشد يكتسبها الفرد العادي بنفسه ولا يحتاج إلى تعلم الكثير منها في المدرسة حيث يتعلمها عن طريق الملاحظة والتقليد، أما الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة فهو بحاجة لاكتسابها عن طريق من يدربه عليها ويعلمه فنون الحياة الاجتماعية ويساعده على مواجهة المواقف الجديدة. ويتم ذلك بتعاون الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمعلمين والوالدين والفرد المعوق نفسه لوضع خطة إعداد للحياة العادية، وتحديد الخدمات التي يحتاجها في تنفيذ هذه الخطة ومتابعتها (القمش، 2011، صفحة 234).

ويتم التدخل المبكر في مؤسسات مختصة في التكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا بثلاثة طرق وهي:
-التكفل الخارجي بالأطفال الموجهين من قطاع التربية بمعدل حصة أو حصتين في الأسبوع من طرف بعض أعضاء الفريق المتعدد التخصصات.
-التكفل الجزئي بحيث يتابعون الأطفال المعاقين ذهنيا والذين يبلغ سنهم من 3 سنوات وما فوق برنامج خاص، ويستفيد الأولياء في نفس الوقت من التكفل النفسي الذي يرمي إلى المساعدة والمساندة والإصغاء لتقبل الطفل المعوق ذهنيا ولتحقيق التكفل الأفضل مع المؤسسة.

-التكفل اليومي بحيث يتابع الأطفال المعاقين ذهنيا الذين يبلغ سنهم 3 سنوات وما فوق برنامج مكيف حسب إمكانياتهم واحتياجاتهم، ويتم توزيعهم على أفواج، وكما يشارك الأولياء في تطبيق ومتابعة التكفل الفردي مع الفريق المتعدد التخصصات.

وتعتمد المؤسسات المختصة في عملية التدخل المبكر على طريقة المشروع، وهو نموذج تعليمي يساعد الطفل على اكتساب المعارف وبنائها وتطوير كفاءاته من خلال تفاعله مع التلاميذ والبيئة، وتكون فردية أو ثنائية مع تسطير الهدف وتحديد المدة الزمنية المطلوبة، والمعلم هو الملاحظ والمرافق والمشرف على نشاط التلاميذ.

ويهدف البرنامج إلى تحقيق مقاربة الطفل المعاق ذهنيا من 03 إلى 05 سنوات للتوازن والتوافق النفسي والاجتماعي وتجاوز الصعوبات التي تعترضه، باستعمال تقنيات وفنيات علاجية تساهم في تحقيق الاتزان الانفعالي من خلال الاتصال بالبيئة، وبتدريبه على توظيف العمليات العقلية، بالإضافة إلى تدريبه على مجموعة من المهارات، يشارك في تحضيره أعضاء الفرقة البيداغوجية المتعددة التخصصات، مع وضع برنامج خاص بالمرافقة العائلية طيلة مدة التكفل. ويتم الكشف عن المكتسبات والنقائص والاضطرابات الخاصة بالطفل المعاق عقليا عن طريق التقييم التشخيصي والذي يساعد في تخطيط وتنفيذ مشروع التكفل العلاجي والتربوي والبيداغوجي.

ويعتبر التقييم جزء من برنامج التكفل المبكر، فهو يوجه عملية تطوير البرنامج وتحقيق معلومات تغذية راجعة عن فاعلية البرنامج، وغايته تقدير مدى فعالية هذا التدخل، ويتم في ثلاثة أشكال: التقييم المبدئي(التشخيصي) والذي يساعد على كشف المكتسبات والنقائص والاضطرابات الخاصة بالطفل المعوق ذهنيا مع إشراك الأولياء، وكما يساهم في إعداد مشروع التكفل العلاجي والتربوي والبيداغوجي، والتقييم المستمر و الذي يحدد تطور المكتسبات والصعوبات التي قد تواجه الطفل المعوق ذهنيا، والتقييم التحصيلي(النهائي) والذي يعتمد على دراسة مدى تحقيق الأهداف المسطرة في برنامج التكفل المبكر، وتقدير أثر التدخل المبكر على العائلة والطفل المعوق ذهنيي (مديرية تصور أنشطة التكفل المؤسساتي في الجزائر، 2015).

2-4-كفايات فريق التدخل المبكر

الكفايات هي عبارة عن قدرات يعبر عنها بعبارات سلوكية، تشمل مجموعة مهام (معرفية-مهارية-وجدانية)، ويكون الأداء النهائي المتوقع إنجازه بمستوى معين مرضي من ناحية الفاعلية والتي يمكن ملاحظتها وتقويمها بوسائل الملاحظة المختلفة (العنلاوي، 2003، صفحة27). وتشمل الكفايات اللازمة للعاملين في فريق التدخل المبكر على النواحي التالية:

-معرفة مراحل النمو الطبيعي وغير الطبيعي في الطفولة.

-القدرة على معرفة أعراض الإعاقات المختلفة وتطبيق أدوات التقويم الرسمية وتفسير نتائجها.
-القدرة على ملاحظة سلوك الأطفال.
-القدرة على توظيف الأساليب الغير الرسمية في تشخيص مشكلة النمو.
-القدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في مجالات النمو والتعليم القبل المدرسي.
-القدرة على تصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية للأطفال صغار السن.
-القدرة على تفهم مبدأ الفروق الفردية بين الأطفال وتلبية احتياجات كل طفل وفقا لذلك.
-القدرة على إرشاد الأسر وتدريبها للعمل على مشاركتها في برامج التدخل المبكر.
-فهم الفلسفة الكامنة وراء المناهج المستخدمة (القمش و الجوالدة، 2014، صفحة124).
-القدرة على تجنيد وتدريب مساعدي المعلمين والمتطوعين والمتدربين وغيرهم لدعم برامج التدخل المبكر.
-القدرة على تنظيم البيئة التعليمية للأطفال على نحو يشجعهم على التواصل والاستكشاف.
-القدرة على الاستماع النشط والإيجابي وتطوير برنامج عملي لمشاركة الأسرة.
-القدرة على العمل بفعالية كعضو في الفريق متعدد التخصصات وطلب المساعدة عندما تقتضي الحاجة إلى ذلك. (الخطيب و الحديدي، 2018، الصفحات 34-35).

2-5-وظائف فرق التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة

تقوم فرق التدخل المبكر خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة بالوظائف الأساسية التالية:

2-5-1-عملية التشخيص

وهي مجموعة الإجراءات التي يقوم بها الفريق بالمركز، وتهدف إلى تأكيد وجود حالة إعاقة لدى الطفل الذي تم التعرف عليه في عملية الكشف المبكر، ويعتمد التشخيص السليم للإعاقة على أمور ثلاثة:

-مراجعة التشخيص تمكن من تقديم خدمات صحية مناسبة.
-التشخيص الدقيق يعطي معلومات أوضح لحالة المعوق ويوضح الصورة لأسرته، والتوقعات المحتملة للحالة وتطورها.
-التشخيص الدقيق أمر جوهري يمكن من خلاله التعرف على الأسباب الوراثية المتعلقة بالحالة ومن ثم يمكن مناقشتها مع كل من الوالدين (العدل، 2013، صفحة 319).

2-5-2-عمليات التقويم للطفل وأسرته

يتم تحديد الحاجات الخاصة بكل طفل وكل أسرة عن طريق التقويم الذي يستخدمه فريق التدخل المبكر، ويتنوع عدد أعضاء هذا الفريق وفقا لمتطلبات كل موقف فعلى سبيل المثال قد يتطلب تقويم التشخيص تدخلا أكثر عمقا لعدد معين من المهنيين ذوي تخصصات علمية مختلفة،

بينما قد لا يطلب التقويم عند إجراء المراجعة ربع السنوية لمتابعة تقدم الطفل سوى المهنيين الذي يقدمون الخدمة اليومية للطفل. ويتفق فريق التقويم الفعال مع بناء فريق حل المشكلة والذي يتطلب مستوى عاليا من الثقة بين أعضائه وبيان عمل يركز على القضايا لا الحلول المقررة سلفا ويتفق مع التفريد الذي يتميز به بروتوكول التقويم (القمش، 2013، صفحة 65). وتتلخص أشكال التقييم فيما يلي:

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

-المقابلة: للتعرف على الطفل وأسرته ومشاعر الوالدين.

-دراسة الحالة: بعد إجراء المقابلات السابقة وتحليل الملفات والتقارير.

-الاختبارات: تضم اختبارات رسمية (معيارية المرجع) تطبق في ظروف معينة وتستخدم لمقارنة أداء الطفل بأقرانه من نفس العمر الزمني، واختبارات محكية المرجع تهدف إلى تحديد مدى اتقان الطفل لمهارات معينة (العدل، 2013، صفحة 320).

2-5-3-تخطيط التدخل

تخطيط التدخل عادة ما يتم في سياق تخطيط برنامج التعليم الفردي أو الخطة الفردية لخدمة الأسرة، ويتنوع أيضا عدد المشاركين في فريق التخطيط تبعا لرغبة الأسرة في أن يقتصر على من يقدمون الخدمات فقط أو رغبتها في إضافة مهنيين آخرين للاستعانة بهم في تقديم استشارة لعملية تخطيط الخدمة لضمان شموليتها، ويتطابق بناء الفريق الإبداعي مع وظيفة تخطيط التدخل التي يقوم بها فريق التدخل المبكر والتي تركز على اكتشاف الإمكانيات والبدائل الجديدة، ويتميز فيها الفريق بالاستقلالية في التفكير بما ييسر تحديد نتائج فريدة ومرنة ومجموعة واضحة من مستويات الأداء المعيارية، ويجب أن يكون لدى فريق تقديم الخدمة المبكرة القدرة على الاستجابة لمجموعة من الأبعاد المتعلقة باحتياجات الطفل والأسرة مثل ثقافة الأسرة وأساليب التدخل الطبيعية والنتائج الوظيفية (القمش و الجوالدة، 2014، صفحة43).

2-5-4-تقديم الخدمة للطفل والأسرة

يتنوع اعضاء فريق التدخل المبكر ومقدمو الخدمة باستمرار تبعا لتغير احتياجات الطفل واسرته، فقد يضم الفريق أعضاء أساسيين مسؤولين عن تقديم الخدمة وأعضاء استشاريين يقدمون خدمات مباشرة او غير مباشرة للطفل او لأي شخص اخر مرافق له عند الطلب. ويتحمل فريق تقديم الخدمة مسؤولية تنفيذ خطة محددة جيدا كما هو الحال بالنسبة للفريق التكتيكي ولديه مجموعة من مستويات الأداء المعيارية ومهام وأدوار محددة بوضوح ويؤمن بناء الفريق فعالية كل عضو فيه وفعالية الفريق ككل (المعايطة والقمش، 2012) (القمش، 2013، صفحة65).

5-5-2 -تنفيذ الإجراءات التعليمية

بعد إعداد البرنامج التربوي الفردي يعمل الأخصائيون على تقسيم الأطفال إلى مجموعات تعليمية صغيرة سبيا وذلك حسب عمرهم الزمني وحاجاتهم الخاصة وقدراتهم التعليمية ويتم تدريب وتعليم كل مجموعة في غرفة صف تديرها مربية تحمل شهادة علمية في تخصص التربية الخاصة، وهناك جدول زمني للنشاطات اليومية في غرفة الصف يحدد مواعيد تدريب الأطفال على المهارات المعرفية، واللغوية، والعناية الذاتية، والحركية، والاجتماعية، ومواعيد الاستراحة، وتناول وجبة طعام خفيف...إلخ. وبناء على حاجات الطفل الخاصة يكون الأخصائيون قد اعتمدوا خطة محددة لتقديم الخدمات للطفل خارج غرفة الصف أيضا، فهو قد يذهب إلى غرفة العلاج الطبيعي على فترات محددة وكذلك الأمر بالنسبة للعلاج النطقي والعلاج الوظيفي وما إلى ذلك من خدمات (العدل، 2013، صفحة 322).

3-الإطار الميداني للدراسة

3-1منهج الدراسة

إن طبيعة الدراسة تحدد طبيعة المنهج المستخدم، وكذا الأدوات التي يعتمد عليها الباحث في إنجازه لدراسته. وبما أن دراستنا هدفت للكشف عن الكفايات اللازمة للتدخل المبكر، وذلك من خلال دراسة آراء فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا، استخدمنا المنهج الوصفي . ويعرف صلاح الدين شروخ المنهج الوصفي بأنه: طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتصويرها كميا عن طريق جمع معلومات مقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (شروخ، 2003، صفحة 47).

3-2-وصف مجتمع الدراسة واختيار العينة

وبما أن المجتمع صغير فإن عينة البحث هي نفسها عينة الدراسة حيث يمثل المجتمع الأصلي للدراسة فريق التدخل المبكر والذين يزاولون عملهم بمراكز الأطفال المعاقين ذهنيا-عنابة- والذين بلغ عددهم 52 فردا.

جدول (1): العينة حسب متغير سنوات الخدمة.

سنوات الخدمة	التكرار	النسبة%
خدمة < 11 سنة	28	53.85
خدمة ≤ 11 سنة	24	46.15
الكل	52	100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلب أفراد العينة الذين أجابوا على الاستبيان وعددهم 52 هم من ذوي خدمة أقل من 11 سنة، حيث قدرت نسبتهم 53,85%، في حين الأعضاء ذوي خدمة أكبر من 11 سنة قدرت نسبتهم بـ 46,15%.

جدول (2): العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة%
المستوى الجامعي	29	55.77
مستوى البكالوريا	23	44.23
الكل	52	100

ونلاحظ من خلال هذا الجدول أن أغلب أفراد العينة الذين أجابوا على الاستبيان وعددهم 52 هم من ذوي المستوى الجامعي، حيث قدرت نسبتهم 55,77%، في حين الأعضاء ذوي مستوى البكالوريا قدرت نسبتهم بـ 44,23%.

3-3 -أدوات وتقنيات الدراسة

لقد تم الاعتماد على الأدوات والتقنيات التالية لإنجاز هذه الدراسة وذلك حسب التسلسل الزمني لمسارها:

3-2-1-الوثائق

تعتبر الوثائق مصدر أساسي لجلب المعلومات اللازمة وجمع البيانات حيث تم الاعتماد على الوثائق الإدارية والمصادر الرسمية كالبطاقة الفنية للمؤسسات والجريدة الرسمية والبرامج التعليمية.

3-2-2-المقابلة

وهي أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية. وتتكون في أبسط صورها من مجموعة من الأسئلة أو البنود التي يقوم الباحث بإعداده وطرحها على الشخص موضوع البحث، ثم يقوم الباحث بعد ذلك بتسجيل البيانات. فقد اعتمدنا عليها أثناء الدراسة الاستطلاعية وذلك من خلال إجراء عدة مقابلات مع أعضاء فريق التدخل المبكر للإلمام بموضوع الدراسة على اعتبار أنهم يعملون في الميدان، وللتزويد بالوثائق والنصوص الرسمية لإنجاز الدراسة. كما تم الاعتماد على هذا الأسلوب لملأ استبيان الدراسة الاستطلاعية الموجهة لعدد من أفراد العينة بهدف إثراء الاستبيان الأولي الخاص بفريق التدخل المبكر، وكذا لضبط فرضيات الدراسة.

3-2-3-تحليل المحتوى

ويعرفه برلسون بأنه أسلوب للبحث يهدف إلى الوصف الكمي الموضوعي المنظم للمحتوى الظاهري للاتصال (حامد، 2008، صفحة62). وتم الاعتماد على هذه التقنية لمعالجة الاستبيان

المفتوح للدراسة الاستطلاعية من خلال تبويب البيانات وتصنيفها ضمن أفكار رئيسية تمثل محاور الاستبيان الأولي الموجه لفريق التدخل المبكر.

3-2-4-الاستبيان

يعتبر الاستبيان وسيلة جمع المعلومات المتعلقة بموضوع بحث معين عن طريق إعداد استمارة وهي عبارة عن نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى المبحوثين من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف يتم ملؤها مباشرة (حامد، 2008، صفحة 131).

جدول(3): توزيع الاستبيان الموجه لأعضاء فريق التدخل المبكر حسب محاور الدراسة والعبارات.

الرقم	المحاور	عدد العبارات	أرقام العبارات
01	كفاية التدخل الوقائي.	10	1،2،3،4،5،6،7،8،9،10
02	كفاية التدخل التربوي	13	11،12،13،14،15،16،17،18،19،20،21،22،23
03	كفاية التدخل العلاجي.	11	24،25،26،27،28،29،30،31،32،33،34

4-الطريقة

فيما يخص فحص فرضيات الدراسة والمعالجة الإحصائية فتم الاعتماد على حساب النسب المئوية للتكرارات وعلى الاختبار الاستدلالي ك^2 لحساب دلالات الفروق بين التكرارات، وذلك من خلال قياس مدى اختلاف التكرارات الواقعية والمتوقعة.

1-4عرض النتائج وتفسيرها

عرض النتائج حسب متغيري سنوات الخدمة والمستوى التعليمي:

جدول (4): استجابات أفراد العينة حسب متغير سنوات الخدمة.

المحاور	خدمة < 11 سنة				الكل	خدمة ≥ 11 سنة				الكل
	نعم		لا			نعم		لا		
	ت	النسبة %	ت	النسبة %		ت	النسبة %	ت	النسبة %	
كفايات التدخل الوقائي	185	66.07	95	33.93	280	162	67.50	78	32.50	240
كفايات التدخل التربوي	285	78.30	79	21.70	364	259	83.01	53	16.99	312
كفايات التدخل العلاجي	239	77.60	69	22.4	308	207	87.4	57	21.5	264

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة على اختلاف سنوات الخدمة استجابوا بنعم لعبارات المحور الذي يقيس مدى اتفاق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا على عدم امتلاكهم لكفايات التدخل الوقائي، وبنسب متقاربة جدا ألا وهي على التوالي:66.07% بالنسبة للفريق ذوي خدمة أقل من 11سنة و67.50%بالنسبة للفريق ذوي خدمة أكبر أو تساوي 11 سنة.

وكما استجابوا بنعم لعبارات المحور الذي يقيس مدى اتفاق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا لعدم امتلاكهم كفايات التدخل التربوي وبنسب متقاربة ألا وهي على التوالي: 78.30% بالنسبة للفريق ذوي خدمة أقل من 11سنة و83.01%بالنسبة للفريق ذوي خدمة أكبر أو يساوي 11سنة. واستجابوا بنعم لعبارات المحور الذي يقيس مدى اتفاق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا لعدم امتلاكهم كفايات التدخل العلاجي، حيث استجابوا بنسب مختلفة ألا وهي على التوالي: 77.60 %بالنسبة للفريق ذوي خدمة أقل من11 سنة 87.41%بالنسبة للفريق ذوي خدمة أكبر أو تساوي 11 سنة.

جدول (5): يمثل استجابات أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

المحاور	المستوى الجامعي				الكل	مستوى البكالوريا				الكل
	نعم		لا			نعم		لا		
	ت	النسبة %	ت	النسبة %		ت	النسبة %	ت	النسبة %	
كفايات التدخل الوقائي	225	80.36	55	19.64	280	203	84.58	37	15.42	240
كفايات التدخل التربوي	256	70.33	108	29.67	364	254	81.41	58	18.59	312
كفايات التدخل العلاجي	220	78.75	88	31.10	308	193	71.30	71	28.70	264

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة على اختلاف المستوى التعليمي استجابوا بنعم لعبارات المحور الذي يقيس مدى اتفاق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا لعدم امتلاكهم كفايات التدخل الوقائي، حيث استجابوا بنسب متقاربة، فنسبة الموافقة عند الأفراد ذوي المستوى الجامعي تقدر ب 80.36% ونسبة الموافقة عند الأفراد ذوي مستوى البكالوريا تقدر ب 84.58%. وكما استجابوا بنعم لعبارات المحور الذي يقيس مدى اتفاق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا لعدم امتلاكهم كفايات التدخل التربوي، بنسب مختلفة وتقدر ب: 70.33 %بالنسبة للأفراد ذوي المستوى الجامعي وهي أقل بالنسبة للأفراد ذوي مستوى البكالوريا حيث وصلت إلى 81.41%. واستجابوا بنعم لعبارات المحور الذي يقيس مدى اتفاق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا لعدم امتلاكهم كفايات التدخل العلاجي، حيث استجابوا بنسب متقاربة وبلغت: 78.75% و71.30%.

4-2-مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

4-2-1-مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى

يتفق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل الوقائي لهذه الفئة رغم اختلاف سنوات الخدمة.

وينتج عن هذه الفرضية ثلاثة فرضيات إجرائية تتم معالجتها عند مستوى الدلالة 0,05 ودرجة الحرية(1)

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل الوقائي لهذه الفئة رغم اختلاف سنوات الخدمة.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات آراء فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل التربوي لهذه الفئة رغم اختلاف سنوات الخدمة.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل العلاجي لهذه الفئة رغم اختلاف سنوات الخدمة.

جدول (6): التكرارات الواقعية والمتوقعة لاستجابات فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا وفق متغير سنوات الخدمة.

المحاور	التكرار	التكرارات الواقعية		التكرارات المتوقعة		$ك^2$الجدولية	$ك^2$التجريبية
	الفئات	نعم	لا	نعم	لا		
التدخل الوقائي	خدمة<11سنة	185	95	186.84	93.15	3.84	0.10
	خدمة≥11	162	78	160.15	79.84		
التدخل التربوي	خدمة<11سنة	285	79	292.92	71.07	3.84	2.38
	خدمة≥11	259	53	251.07	60.92		
التدخل العلاجي	خدمة<11سنة	239	69	240.05	67.84	3.84	0.05
	خدمة≥11	207	57	205.84	58.15		

بعد حساب قيم $ك^2$التجريبية وتحديد $ك^2$عند مستوى الدلالة 0,05 ودرجة الحرية(1) كما هو موضح في الجدول أعلاه نلاحظ أن قيم $ك^2$التجريبية لعبارات المحور الأول والثاني والثالث الذي يقيس مدى اتفاق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل المبكر لهذه الفئة رغم اختلاف سنوات الخدمة، جاءت أقل من قيم $ك^2$الجدولية، مما يعني قبول الفرضية الإجرائية الأولى التي تقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل المبكر لهذه الفئة رغم اختلاف سنوات الخدمة. سواء من ناحية البرامج الوقائية من الحوادث أو من ناحية تحسين الأوضاع الغذائية، بالإضافة إلى برامج رعاية الأمومة والطفولة، وبرامج التوعية بالعوامل المسببة للإعاقة الذهنية، وتوعية المجتمع وأولياء الأمور بالمؤشرات

النمائية الغير مطمئنة، وبرامج توعية حول أهمية برامج التدخل المبكر عن طريق وسائل الإعلام المختلفة، والشبكات العنكبوتية. وتتوافق هذه النتائج في محور التدخل التربوي مع دراسة ولاء زين العابدين (2008) والتي أكدت على أن معظم الدورات التدريبية التي يتم تقديمها للمعلمين مدتها غير كافية وتقليدية وغير مطورة، وفي دراسة عبد العليم محمد شرف (2008) أوضحت النتائج وجود تدني في المستوى العام والخاص في الثقافة العلمية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة أثناء الخدمة في مصر. وبالنسبة لمحور التدخل العلاجي فيؤكد ذلك كل من Pang and (Richery, 2005) عند دراستهما للسياسات التي تدعم برامج التدخل المبكر والعوائق الأساسية التي تواجه الدول الخمسة (زمبابوي، بولندا، الصين، الهند، الولايات المتحدة)، حيث توصلا إلى أن نقص العاملين المؤهلين أحد أهم العوائق الأساسية التي تواجه تلك الدول، وأوصت الدراسة بأهمية تحسين خدمات التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، وذلك بإعداد العاملين المؤهلين وتحسين البرامج المرتكزة على الأسرة.

4-2-2-مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية:

يتفق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل المبكر لهذه الفئة رغم اختلاف سنوات الخدمة.

وينتج عن هذه الفرضية ثلاثة فرضيات إجرائية تتم معالجتها عند مستوى الدلالة 0,05 ودرجة الحرية(1).

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل الوقائي لهذه الفئة رغم اختلاف المستوى التعليمي.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات آراء فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل التربوي لهذه الفئة رغم اختلاف المستوى التعليمي.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل العلاجي لهذه الفئة رغم اختلاف المستوى التعليمي.

جدول (7): التكرارات الواقعية والمتوقعة لاستجابات فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا وفق متغير المستوى التعليمي.

المحاور	التكرار / الفئات	التكرارات الواقعية		التكرارات المتوقعة		ك²الجدولية	ك²التجريبية
		نعم	لا	نعم	لا		
التدخل الوقائي	المستوى الجامعي	225	55	230.46	49.54	3.84	1.58
	مستوى بكالوريا	203	37	197.53	42.46		
التدخل التربوي	المستوى الجامعي	256	108	274.61	89.38	3.84	11.13
	مستوى بكالوريا	254	58	235.38	76.61		
التدخل العلاجي	المستوى الجامعي	220	88	222.38	88	3.84	0.20
	مستوى بكالوريا	193	71	61*.190	71		

المصدر: من إعداد المؤلف.

بعد حساب قيم ك²التجريبية وتحديد ك²عند مستوى الدلالة 0,05 ودرجة الحرية(1) كما هو موضح في الجدول أعلاه نلاحظ أن قيم ك²التجريبية لعبارات المحور الأول والثاني والثالث الذي يقيس مدى اتفاق فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل المبكر لهذه الفئة رغم اختلاف المستوى التعليمي، جاءت أقل من قيم ك²الجدولية، مما يعني قبول الفرضية الإجرائية الثانية التي تقول أنّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات فريق التدخل المبكر في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل المبكر لهذه الفئة رغم اختلاف المستوى التعليمي. فتتفق هذه النتائج في محور التدخل الوقائي مع ما جاء في دراسة يمينة فاتح (2017) بعدم وعي العديد من الطلبة بأهمية وطبيعة الخدمات الوقائية، وتصوراتهم الخاطئة، وعدم معرفتهم بالإرشاد الجيني والوراثي، وعلاقة عوامل ما قبل وبعد الزواج، وما قبل وأثناء الحمل، بظهور الإعاقة عند الطفل. وبالنسبة لمحور التدخل التربوي بفئة الأطفال المعاقين ذهنيا، والذي اتفق الفريق حول عدم امتلاكهم لها سواء من ناحية

البرامج التربوية أو القدرة على تعديل الأنشطة الفردية لتناسب احتياجات الطفل المعاق ذهنيا في مرحلة الطفولة المبكرة، وكذلك حركة الاهتمام بدمج الأطفال المعوقين ذهنيا في المدارس العادية، والتغيرات المستمرة التي تطرأ على تكنولوجيا التعليم والتي خلقت تفاوتا كبيرا بين الأدوار التي كانت ملقاة على عاتق المعلمين في الماضي والأدوار التي أصبحت ملقاة عليهم الآن، إضافة إلى المشكلات التي تحدث في العمل من خلال فريق من ذوي التخصصات المختلفة التربوية والنفسية والطبية والاجتماعية، مما يتطلب الاهتمام بالتدريب أثناء الخدمة. وأكد ذلك (Harris, 1990) على أن الكفاءة الشخصية لذوي المؤهلات العالية تتضاءل بمرور الزمن مالم يتعلم صاحبها المزيد من المستحدثات في مجال عمله، ولأن الظروف تتغير وقد يأتي على هذه الكفاءة وقت وتصبح قليلة الجدوى. وللتغلب على أوجه القصور أوصت منى محمد السيد (2006) في دراستها أن التعيين للعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة في رياض الأطفال يتم وفق شروط محددة، ولا يتم ذلك إلا بعد عام على الأقل لاكتساب الخبرة من المعلمة الأساسية التي تم إعدادها وتأهيلها بدرجة عالية والتي قد تم إرسالها لبعثات التربية الخاصة للخارج للدراسة على مستوى الماجستير والدكتوراه لرفع مستواهن العلمي. وبالنسبة لمحور التدخل العلاجي الذي يتطلب توفير أدوات واختبارات مناسبة للكشف والتشخيص المبكر والقدرة على معرفة مراحل وخصائص النمو الطبيعي والغير الطبيعي للطفل والقدرة على معرفة أعراض الإعاقة الذهنية من طرف فريق التدخل المتنوع ،نجد أنها تتوافق مع نتائج الدراسة التي قام بها عثمان لبيب فراج (1998) حول إعداد وتدريب الكوادر العاملة في مجال الإعاقة في الوطن العربي للقرن الواحد والعشرين، والتي أكدت على أن هناك حاجة لاتخاذ قرار سياسي لإحداث التغيرات المطلوبة لتطوير وتحديث برامج إعداد وتدريب العاملين من كافة التخصصات في مجال التدخل العلاجي التأهيلي للمعوقين.

6-خاتمة:

إن التكفل بالطفل المعاق ذهنيا في الجزائر يتطلب المعرفة بخصوصية الإعاقة الذهنية وحاجاتها لتلبيتها على أسس وقواعد تسهم في تحقيق متطلباته من خلال التدخل المبكر الذي يهدف إلى مساعدة الطفل على التغلب على الآثار السلبية للإعاقة، وعلى التعايش والتوافق مع إعاقته، وبدعم الأسر التي يولد لها طفل معاق، فلا نستطيع أن نتجاهل أهمية توفر كفايات فريق التدخل المبكر في المراكز المتخصصة عند تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية والتربوية. وقد توصلنا في دراستنا هذه من خلال توزيع استبيان موجه لأعضاء فريق التدخل المبكر الذين يزاولون عملهم في مراكز الأطفال المعاقين ذهنيا، إلى أن أغلب أفراد العينة الذين أجابوا على الاستبيان وعددهم 52 هم من ذوي خدمة أقل من 11 سنة، حيث قدرت نسبتهم 53,85%، في حين الأعضاء ذوي خدمة أكبر من 11 سنة قدرت نسبتهم بـ 46,15%، وإن أغلبهم هم من ذوي المستوى الجامعي وقدرت نسبتهم 55,77%، في حين الأعضاء ذوي مستوى البكالوريا قدرت نسبتهم بـ 44,23%.

وتحقق الباحث من فرضيات الدراسة باستخدام الأسلوب الإحصائي المناسب (ك²)، وأظهرت النتائج أن متغير سنوات الخبرة ومتغير المستوى التعليمي لم يؤثرا في آراء أفراد العينة الذين اتفقوا حول عدم امتلاكهم كفايات التدخل الوقائي وكفايات التدخل التربوي وكفايات التدخل العلاجي.

وفي إطار مجال البحث وحدوده تتقدم الباحثات بهذه التوصيات:

-ضرورة الاهتمام بالأطفال المعاقين ذهنيا في مرحلة الطفولة المبكرة بفتح مراكز متخصصة في التدخل المبكر على مستوى ولايات الوطن.

-تدريب وتأهيل فريق العمل لتحقيق متطلبات ذوي الاحتياجات الخاصة بجميع فئاتها، وتوحيد الجهود بين فريق عمل المتخصصين في التدخل المبكر وتوضيح كيفية اسهامهم بعقد ورش ودورات تدريبية بشكل دوري. -برمجة بعثات إلى الدول المتقدمة للتكوين، ولمعرفة المستجدات في مجال التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة ونقل خبرتهم. -ضرورة توفير جميع التخصصات في فريق التدخل المبكر لأهمية دورها في مرافقة ومساعدة أسر ذوي الاحتياجات الخاصة.

قائمة المراجع

اولا المراجع باللغة العربية

الخطيب، جمال و الحديدي، منى. (2018). *التدخل المبكر* (ط10). دار المسيرة.

الروسان، فاروق. (2017). *مقدمة في الإعاقة العقلية*. دار الفكر.

الزريقات، إبراهيم. (2016). *التدخل المبكر النماذج والإجراءات* (ط5). دار المسيرة.

السيد عبيد، ماجدة. (2007). *الإعاقة العقلية* (ط2). دار صفاء.

السيد عبيد، ماجدة. (2013). *الخدمات المساندة في التربية الخاصة*. دار الصفاء.

العدل، عادل محمد. (2013). *صعوبات التعلم وأثر التدخل والدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة*. دار الكتاب الحديث.

العنلاوي، سهيلة. (2003). *كفايات التدريس*. دار الشروق.

القمش، مصطفى. (2011). *الإعاقة العقلية النظرية و الممارسة*. دار المسيرة.

القمش، مصطفى. (2013). *الإعاقات المتعددة*. دار المسيرة.

القمش، مصطفى و الجوالدة، فؤاد عيد. (2014). *التدخل المبكر*. دار الثقافة.

حامد، خالد. (2008). *منهجية البحث في العلوم الاجتماعية و الإنسانية*. جسور النشر و التوزيع.

خولة، أحمد يحي. (2006). *البرامج التربوية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة*. دار المسيرة.

شروخ، صلاح الدين. (2003). *منهجية البحث العلمي*. دار العلوم للنشر و التوزيع.

عبد العزيز، مريم. (2015). *كيف تتعامل مع طفلك المعاق*. مؤسسة بوسحابة.

مديرية تصور أنشطة التكفل المؤسساتي في الجزائر. (2015). *دليل التكفل المبكر بالأطفال المعاقين ذهنيا من 03 إلى 05 سنوات في المؤسسات المتخصصة*.

ثانيا المراجع باللغة الاجنبية

Martinez, P. J., Boutin, G., Bessette, L., & Montoya, Y. (2008). *La prévention de l'échec scolaire.* presses de l'université du Québec.

Marzaux, J., Destaillas, M., Belio, C., & Pelissier, J. (2011). *Handicap et famille.* Elsevier Masson.

الملاحق:

الاستبيان الموجه لفريق التدخل المبكر

البيانات الأولية:

اسم المؤسسة: .....

سنوات الخدمة: .....

المستوى التعليم: .....

الرقم	العبارات	نعم	لا
01	يصعب على بعض أعضاء الفريق الكشف والتعرف على حالات الإعاقة الذهنية في سن مبكر.		
02	لا يهتم بعض أعضاء الفريق بتقليل من الآثار السلبية لإعاقة الأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر.		
03	لا يسعى بعض أعضاء الفريق لتوفير الأجهزة التعويضية والخدمات المساندة الخاصة بالأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر.		
04	لا يهتم بعض أعضاء الفريق بوقاية الأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر من الإصابات والتشوهات الناتجة عن ممارسة عادات حركية غير سليمة.		
05	لا يهتم بعض أعضاء الفريق بالاطلاع على المشاكل الخاصة بالأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر.		
06	يكتفي بعض أعضاء الفريق بتقديم برامج توعوية حول أهمية التدخل المبكر داخل المركز فقط.		

07	لا يساهم بعض أعضاء الفريق بنشر معلومات وقائية عبر وسائل الإعلام المختلفة.		
08	لا يملك بعض أعضاء الفريق القدرة على التواصل مع الأولياء.		
09	لا يؤمن بعض أعضاء الفريق بضرورة مشاركة جميع التخصصات للتكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر.		
10	لا يؤمن بعض أعضاء الفريق بضرورة توفير الاحتياجات الأولية والرعاية الصحية اللازمة للطفل المعاق ذهنيا في سن مبكر.		
11	لا يتوصل بعض أعضاء الفريق إلى تصنيف الأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر حسب إعاقتهم.		
12	لا يتوصل بعض أعضاء الفريق إلى التدريب والتوجيه المستمر لأسر الأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر.		
13	لا يساهم بعض أعضاء الفريق في استغلال قدرات وامكانيات الأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر.		
14	يرى بعض أعضاء الفريق أن النشاطات الرياضية والثقافية في سن مبكر لا تساهم فعلا في ضبط سلوك الطفل المعاق ذهنيا.		
15	يرى بعض أعضاء الفريق أن الخرجات التعليمية ليست ضرورية بالنسبة للأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر		
16	يرى بعض أعضاء الفريق أن استعمال الوسائل التكنولوجية الحديثة مع الأطفال المعاقين ذهنيا ليس ضروري.		
17	لا يهتم بعض أعضاء الفريق بتطوير مهارات الأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر إلى حدودها القصوى.		
18	يرى بعض أعضاء الفريق أن طرق التعلم وأساليب التقويم لا يراعي خصوصية هؤلاء الأطفال.		
19	يرى بعض أعضاء الفريق أن أغلب الأولياء غير متعاونين معهم.		
20	عدم إحراز تقدم في تحصيل الأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر يشعر بعض أعضاء الفريق بالإحباط.		
21	يرى بعض أعضاء الفريق أن ما يقدمونه لا يؤهل حقا الأطفال المعاقين ذهنيا للاندماج في مدرسة عادية.		
22	يرى بعض أعضاء الفريق أن ما يقدمونه لا يؤهل حقا الأطفال المعاقين ذهنيا للاندماج المهني.		

23	لا يتوصل بعض أعضاء الفريق إلى التشخيص الصحيح والدقيق لإعاقة الطفل في سن مبكر.		
24	يرى بعض أعضاء الفريق أن ما يقدمونه لا يؤهل حقا الأطفال المعاقين ذهنيا للاندماج الاجتماعي.		
25	يرى بعض أعضاء الفريق أن تكوينهم النظري لم يؤهلهم للتعامل مع هذه الفئة.		
26	يرى بعض أعضاء الفريق أن التربص الميداني أثناء التكوين لم يؤهلهم للتعامل مع هذه الفئة.		
27	يرى بعض أعضاء الفريق أن التكوين أثناء الخدمة غير فعال.		
28	يرى بعض أعضاء الفريق أن التكوين لم يؤهلهم لتخطيط ولتسطير البرنامج الفردي الذي يلائم قدرات وامكانيات هذه الفئة.		
29	يرى بعض أعضاء الفريق أن نزعة أسر للانتظار أو توقع حلول عاجلة لأبنائهم تعيق عملهم.		
30	لا يساهم بعض أعضاء الفريق في تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية الشاملة والمتكاملة للأطفال المعاقين ذهنيا في سن مبكر.		
31	يرى بعض أعضاء الفريق أن البرامج العلاجية لا تمكن الأطفال للوصول إلى الاستقلال الذاتي.		
32	يرى بعض الأعضاء أن أولياء الأمور لا يلتزمون بالحضور والمشاركة في تنفيذ الخطة العلاجية الفردية الخاصة بالطفل المعاق ذهنيا.		
33	يرى بعض الأعضاء أن عدم توفر مراكز تدخل مبكر لا يؤثر فعلا في الخطة العلاجية الخاصة بالطفل المعاق ذهنيا.		
34	يرى بعض الأعضاء أن عدم توفر جميع التخصصات داخل الفريق لا يؤثر على عملهم.		