

## مؤشرات التحليل البعدي لنتائج بعض البحوث العربية في مجال برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

د. خالد سعد سيد محمد على القاضي

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية، جامعة جنوب الوادي

مؤشرات التحليل البعدي لنتائج بعض البحوث العربية في مجال برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي  
الاحتياجات الخاصة  
د. خالد سعد سيد محمد القاضي

---

## مؤشرات التحليل البعدي لنتائج بعض البحوث العربية في مجال برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

### ملخص البحث

يهدف البحث إلى: وصف خصائص البحوث العربية في مجال برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الفترة ما بين 2000-2014م، وتحديد حجم التأثير لتلك البرامج، تم استخدام التحليل البعدي *Meta-Analysis* وبلغت عينة دراسات برامج التدخل المبكر التي تم إجراء التحليل البعدي لها 152 دراسة علمية محكمة سواء رسالة ماجستير أو دكتوراه أو بحث منشور في مجلة علمية أو مؤتمر علمي محكم موزعة على ثماني فئات من فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة شملت: (الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية والصحية، الأطفال ذوي اضطراب التوحد، الأطفال ذوي صعوبات التعلم، الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية، الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الأطفال ذوي الموهبة العقلية، الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة )، وأشارت نتائج التحليل إلى أن: أكثر برامج التدخل المبكر قدمت لفئة الاطفال ذوي اضطراب التوحد بنسبة 21.71%، يليها فئة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة 20.05% ثم فئة الأطفال ذوي صعوبات التعلم بنسبة 16.45%، وتعاني فئة الأطفال ذوي الموهبة العقلية (1.32%)، وفئة الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة (0.66%) قسوراً واضحاً في الدراسات التي قدمت برامجاً للتدخل المبكر، في حين لم توجد دراسة واحدة قدمت برامج للتدخل المبكر لفئة الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية والصحية، كما أن أكثر أنواع الدراسات التي قدمت برامج للتدخل المبكر كانت فئة دراسات الماجستير بنسبة 49.34% يليها بحوث ما بعد الدكتوراه بنسبة 27.63%، وأخيراً رسائل الدكتوراه بنسبة 23.03%، وبالنسبة للمنح المستخدم، فقد كان المنهج التجريبي نظام المجموعتين التجريبية والضابطة هو أكثر المناهج استخداماً مقارنة بالمناهج الأخرى بنسبة 69.08%، وأكثر استراتيجيات التدخل المستخدمة في برامج التدخل المبكر كانت استراتيجيات تعديل السلوك بنسبة 32.24%، يضاف إلى ذلك أن 51.97% من الدراسات التي قدمت برامج للتدخل المبكر بلغت عدد جلسات برامجها ما بين 20 - 39 جلسة، بينما كانت نسبة الدراسات التي

قدمت برامج عدد جلساتها ما بين 40 - 59 جلسة 25.66%، إضافة إلى أن 13.82% من تلك الدراسات قامت بإجراء دراسة استطلاعية للبرنامج المستخدم (حساب ثباته) وحساب صدقه بعرضه على مجموعة من المحكمين، وكانت المهارات الحياتية والتكيفية والاجتماعية هي أكثر المتغيرات التابعة التي استهدفتها تلك البرامج بنسبة (27.63%) يليها المهارات اللغوية بنسبة (25%)، المهارات المعرفية وقبل الأكاديمية بنسبة (15.13%)، ثم أعرض المشكلات السلوكية والانفعالية بنسبة (11.84%)، كما أشارت نتائج البحث إلى أن مؤشرات الجودة في إعداد تلك البرامج تعاني قصوراً واضحاً فيما يتعلق بتقديم مبررات علمية لاستخدام استراتيجية التدخل، وإعداد دليل للوالدين والمعلمين، وتحديد العناصر البشرية المشاركة في البرنامج وبخاصة الوالدين والمعلمين، وبرامج التدخل المبكر التي قُدمت للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م كان لها حجم تأثير متوسط في تحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ويمكننا تصنيف أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى أحجام تأثير متوسطة وكبيرة؛ حيث كانت أحجام تأثير برامج التدخل المبكر لذوي (الإعاقة الفكرية، الإعاقة البصرية) كبيرة، بينما كانت أحجام تأثير برامج التدخل المبكر لذوي (الإعاقة السمعية، اضطراب التوحد، الاضطرابات السلوكية، صعوبات التعلم، الموهبة العقلية، الإعاقات المتعددة) متوسطة، يضاف إلى ذلك أن متوسط أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف نوع الدراسة، وحجم العينة، واستراتيجية التدخل، الخصائص السيكومترية للبرنامج، وعدد جلسات البرنامج، بينما لا تختلف أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف جنس الطفل، والأساليب الإحصائية، في ضوء هذه النتائج قدم الباحث نموذجاً لمعايير إعداد برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تضمن 12 محوراً.

**الكلمات المفتاحية:** برامج التدخل المبكر، ذوي الاحتياجات الخاصة، تحليل بعدي.

Meta-analysis indicators of Arab research in the field of Early intervention Programs for children with special needs

*The study aims at describe Arab research in the field of early intervention programs for children with special needs in the period (2000-2014), and determine the size effect of those programs, by using of meta-analysis, a sample of early intervention studies consist of 152 scientific study either Master or PhD or research published in the scientific journals or scientific conference divided into eight categories of children with special needs included: (children with mental disabilities, children with visual impairment, children with hearing disabilities, children with autism disorder, children with learning disabilities, children with language disorders, children with behavioral and emotional disorders, children with mental talent), results of meta-analysis analysis indicated that: many of early intervention programs provided to the category of children with autism with the ratio 21.88%, followed by children with intellectual disability with the ratio 19.53%, the children with the category of learning disabilities with the ratio 16.97%, and children with mental talent in studies presented early intervention program. More types of studies presented programs for early intervention was the category of master's studies with the ratio 46.88%, followed by post-doctoral research with the ratio 29.68%, and finally doctoral dissertations with the ratio 23.44%, and the experimental method with experimental and control groups system is more used compared to other approaches, and more intervention strategies to be used in early intervention programs were behavior modification strategies, 48.44% of the studies that provided programs for early intervention present programs between 30-39 session, while the studies presented programs consist of 40 -59 with the ratio 25.78%, 10.94% of those studies conducted a pilot study of the program (reliability) and make the validity by submitting it to a group of arbitrators, Life skills and adaptive skills are more dependent variables targeted by these programs and behavioral problems, and communication skills, quality indicators in the preparation of these programs have a clear deficit with regard to provide a scientific justification for the use of the intervention strategy, and to prepare a guide for parents and teachers, and to identify the human elements participating in the program specially parents, teachers, and early intervention programs provided to children with special needs in the Arab world in the period between 2000-2014 had an average effect size in improving behavior of children with special needs, we can classified effect sizes of early intervention programs used with children with special needs to medium and large; where was effect size of early intervention programs for people with (intellectual disability, visual impairment large), While the effect size of early intervention programs for people with (hearing impairments, autism, behavioral disorders, learning difficulties, and mental talent) medium, and that the average effect size of early intervention programs used with children with special needs vary depending on the type of study, the size of the sample, and a strategy of intervention, psychometric characteristics of the program, and the number of program sessions, while effect size of early intervention of children with special needs programs do not vary depending on the sex of the child, and statistical methods.*

**Key words:** Meta-analysis; Arab research; Early intervention; children with special needs.

## مقدمه:

يعاني الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من العديد من جوانب القصور في استخدام قدراتهم الكاملة إلى الدرجة التي تحتم احتياجهم إلى خدمات تعليمية وتربوية وإرشادية لإشباع هذه الاحتياجات، فسلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يتسم بوجود قصور في العديد من المهارات الأمر الذي يدفعنا إلى تقديم برامج تدخل ملائمة، وبخاصة في مرحلة مبكرة، تساعد على نمو بعض جوانب هذا السلوك حتى نستطيع أن نستغل القدرات والإمكانات الناتجة من ذلك التحسن في مساعدتهم على الانخراط في المجتمع.

ويلعب التدخل المبكر *Early Intervention* دوراً هاماً في مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على التغلب على مشكلاتهم أو التقليل من آثارها السلبية، وتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل والمحيط الذي يعيش فيه (عبد المطب أمين القريطي، 1999).

ويشمل التدخل المبكر كافة الجهود والبرامج التي تُنفذ في سبيل الحيلولة دون حدوث نتائج ضارة، أو التقليل من شدتها أو زيادة فعالية هذه الجهود والإجراءات أو البرامج عن طريق التدخل في وقت سابق بدرجة كافية عن الوقت الذي اعتاد معظم الناس أن يبحثوا فيه عن مساعدة (جميل محمود الصمادي، وهشام عبدالفتاح المكانين، 2008).

وقد شهدت المكتبة العربية في الفترة الأخيرة ظهور العديد من رسائل الماجستير وأطروحات الدكتوراه وبحوث ما بعد الدكتوراه، تناولت تقديم برامج لتدخل المبكر لتحسين جوانب سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مما ولد كماً معرفياً هائلاً في هذا الميدان، ويحتاج هذا الوعاء الذي يتضمن هذا الكم إلى إجراء عمليات فحص ومراجعة له من حين لآخر للتقويم مسيرته وتوجيهه لتحقيق أفضل عائد منه، لهذا فإن الأمر يتطلب إلقاء نظرة فاحصة وتحليل ومراجعة على ذلك الجهد العلمي لإجراء عمليات فحص وتحليل ومراجعة له بين حين وآخر، للتعرف على جوانبه وتوجهاته وجودته وخصائصه وذلك تقويماً لمساره، وزيادة لكفاءته ليحقق غاياته ومقاصد (Therrien, Taylor, Hosp, Kaldenberg, & Gorsh, 2011)، فهذه الدراسات والبحوث لم تقدم دلائل كافية تشير إلى أفضلية استراتيجية على أخرى أو برنامج على آخر أو نجاح تدخلاً بصورة يمكن تعميمها على العينات الأخرى.

ومن أجل تقديم خدمات تدخل مبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على نحو أفضل يجب أن تكون تلك البرامج مخططة ومنظمة على أسس علمية (أسامة البطاينة، ومحمد المومني، وعادل العوفي، 2011)، كما يجب أن يتم متابعة تنفيذ هذه البرامج، والعمل على تطويرها باستمرار من خلال إجراء عملية مراجعة وتقويم مستمر لنتائج تلك البرامج للوقوف على أهم العوامل التي تحد من فعاليتها أو تحقق وتزيد من تلك الفعالية.

وبذلك تتضح الحاجة إلى ضرورة إجراء تحليلات علمية منظمة لنتائج تلك الرسائل والأطروحات والبحوث التي تناولت تقديم برامج للتدخل المبكر بهدف التعرف على أثرها في تحسين جوانب سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

والتحليل البعدي منهج لتوحيد، أو دمج النتائج من الدراسات المختلفة، يستخدم في تقدير تأثير التدخلات العلاجية والإرشادية؛ حيث يمدنا بتخمين دقيق لتأثير المعالجة، ويعطي وزناً مستحقاً لحجم الدراسات المختلفة المتضمنة في التحليل (Heyvaert, & Onghena, 2010).

فالتحليل البعدي منهج وصفي تحليلي يهدف إلى استخلاص النتائج الكامنة وراء عدة نتائج مستمدة من دراسات فردية ذات خصائص محددة، فهو لم يعد مجرد تطبيق لمجموعة من الإجراءات الإحصائية، وإنما يتخطى ذلك بكثير؛ حيث يتم عمل مسح للدراسات المعنية بالظاهرة محل الدراسة، وتفحص الإطار النظري لتلك الدراسات، وكذلك مشكلة البحث والفروض وإجراءات الدراسة والنتائج، ثم وضع المعايير والضوابط لاستخلاص الدراسات التي تخضع نتائجها لإعادة التحليل واتخاذ القرارات المناسبة (السيد عبد الدايم عبد السلام سكران، 2006).

والبحث الحالي محاولة لتحليل البحوث العربية في مجال برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في البيئة العربية، وذلك من خلال استخدام إجراءات التحليل البعدي.

### مبررات البحث:

هناك حاجة ملحة لعمل تحليلات منظمة وأكثر تفصيلاً لنتائج الرسائل والأطروحات والبحوث التي تناولت تقديم برامج للتدخل المبكر بهدف التعرف على أثرها في تحسين جوانب

سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (Bellini, Peters, Benner, & Hopf, 2007)، فعلى الرغم من أن معظم تلك الرسائل والبحوث التي أجريت في المنطقة العربية إن لم يكن كلها تحمل في طيات نتائجها تأكيد على وجود دلالة إحصائية لما تم التوصل إليه، إلا أنه بنظرة دقيقة تحليلية في معظم هذه الأعمال البحثية يمكن ملاحظة اعتمادها على أساليب إحصائية شائعة منها اختبار "ت" أو تحليل التباين أو اختبار ويلكوكسون، ومعروف أن نتائج هذه الأعمال قد تكون عرضة للخطأ الناتج عن القرارات الإحصائية والمعروف بخطأ النوع الأول، وهو خطأ يمكن التحكم فيه إلا أن هناك خطأ يسمى خطأ النوع الثاني وهو خطأ يصعب حسابه وهو ظاهرة شائعة تتعرض لها في البحوث التربوية مما يوجد تضارباً في نتائج هذه البحوث، بل إنه مع زيادة تلك الدراسات حول موضوع ما تزيد احتمالات الوصول إلى نتائج متضاربة. (Eldevik, Hastings, Jahr, & Hughes, 2012)

وقد استشر الباحث الحاجة إلى تحليل نتائج بعض الرسائل والأطروحات والبحوث التي تناولت تقديم برامج للتدخل المبكر بهدف التعرف على أثرها في تحسين جوانب سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لأسباب متعددة منها ندرة دراسات التحليل البعدي في مجال برامج التدخل المبكر، علاوة على أن إجراء هذه النوعية من البحوث يساعد على التعرف على أثر استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر بوجه عام، كما يساعد القائمين على رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على اتخاذ القرار التربوي المناسب لهذه الفئة من الأطفال. كما تبرز مبررات البحث من خلال القصور الواضح فيما يتعلق بالمعايير التي يجب مراعاتها عند إعداد برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد ظهر هذا القصور واضحاً في العديد من الدراسات التي قيمت برامج التدخل المبكر المقدمة لهؤلاء الأطفال، فقد أظهرت نتائج دراسة صافيناز أحمد كمال إبراهيم (2009) أن غالبية البرامج الإرشادية والعلاجية المستخدمة في خفض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تفتقد إلى عناصر الصدق؛ حيث اكتفت فقط بصدق المحكمين إضافة إلى عدم التحقق من ثبات عناصر وبنود البرنامج، كما أشارت نتائج دراسة أسامة البطاينة، ومحمد المومني، وعادل العوفي (2011) إلى انخفاض مستوى المعرفة لدى العاملين في مجال اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط حول طرق معالجته، حيث إن معظمهم من غير المتخصصين في هذا المجال، كما أكدت نتائج المراجعة التي قام بها سيمبسون، وبيترسون، وسميث Simpson, Peterson, &



Smith, (2011) أن العديد من برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لديها جوانب عجز في العديد من العناصر التي تحقق لها الفعالية في نتائجها.

إن هذا القصور يستدعي النظر في برامج التدخل المبكر المقدمة في مجال العناية بهؤلاء الأطفال لتحقيق أفضل النتائج من هذه البرامج، وهذا لن يتأتى إلا من خلال إلقاء نظرة فاحصة على تلك الجهود العلمية، وإجراء عمليات فحص ومراجعة له بين الحين والآخر للتعرف على جوانبه وتوجهاته وجودته وخصائصه (صافيناز أحمد كمال إبراهيم، 2009؛ محمد كمال أبو الفتوح، 2013)، وذلك تقويماً لمساره وزيادة لكفاءته ليحقق غاياته ومقاصده، والبحث الحالي محاولة في هذا الطريق، ولهذا يمكن تحديد مشكلة البحث الحالي في الإجابة عن الأسئلة التالية:

١. ما واقع البحوث العربية في مجال برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الفترة ما بين 2000-2014م في تحسين حالات هؤلاء الأطفال؟

٢. ما متوسط حجم تأثير برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بوجه عام في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م في تحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟

ويقصد بتحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة هنا التحسن في المتغيرات التابعة التي تم دراستها في برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الخاضعة للتحليل في البحث الحالي.

3. ما متوسط حجم تأثير برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة من 2000-2014م في تحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عند اعتبار نوع الإعاقة، نوع الدراسة، واستراتيجية التدخل المستخدمة، وعدد جلسات برنامج التدخل، والخصائص السيكومترية للبرنامج، ونوع التصميم التجريبي للدراسة، والأسلوب الإحصائي المستخدم، جنس الطفل، حجم العينة؟

٣. ما مدى تحقق مؤشرات الجودة في برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟

ويقصد بمؤشرات الجودة توافر العناصر التالية: صياغة أهداف البرنامج ، وتحديد الفئة المستهدفة من البرنامج، وتحديد الأساس النظري للبرنامج، وتحديد الأسلوب الإرشادي المستخدم ، تقديم مبررات علمية لاستخدام استراتيجية التدخل، و تحديد العناصر البشرية المشاركة في البرنامج، وتحديد المصادر الأساسية لمحتوى البرنامج ، وتحديد أساليب تقويم البرنامج، وإعداد الصورة الأولية والنهائية للبرنامج ، وتحديد المحتوى الأساسي للبرنامج ، وبناء جلسات البرنامج، وبناء دليل البرنامج، وتحديد البيئة الخاصة بتطبيق البرنامج.

### أهداف البحث:

يهدف البحث إلى:

1. وصف خصائص البحوث العربية في مجال برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الفترة ما بين 2000-2014م.
2. التعرف على مدى تحقق مؤشرات الجودة في برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
3. التعرف على مدى الاختلاف في أحجام التأثير لبرامج التدخل المبكر المقدم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الفترة ما بين 2000 - 2014م نوع الإعاقة، نوع الدراسة ، واستراتيجية التدخل المستخدمة ، وعدد جلسات برنامج التدخل ، والخصائص السيكمترية للبرنامج، ونوع التصميم التجريبي للدراسة ، والأسلوب الإحصائي المستخدم ، جنس الطفل، حجم العينة؟
4. تحديد حجم التأثير لبرامج التدخل المبكر المستخدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في البحوث العربية.

### أهمية البحث:

1. يتناول البحث تقييم فعالية برامج التدخل المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وبالتالي فإن مناقشة وتحليل خطوات تصميم وتنفيذ هذه البرامج قد يثمر في تحسين جودة النتائج التي تسفر عنها تلك الدراسات، وتحسين مستوى أدائها من خلال قياس درجة فعاليتها.

٢. ندرة الدراسات التي تناولت استخدام اسلوب التحليل البعدي في تقييم برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يُعدّ البحث أول محاولة لتقييم تلك البرامج، ومن ثمّ تشخيص مواطن القوة وجوانب العجز في تلك البرامج، رغم العديد من الدراسات الأجنبية التي أوصت في نتائجها بضرورة تقييم مثل تلك البرامج والتعرف على طرق تفعيلها وتلافي جوانب القصور فيها.
٣. إن التخطيط لإعداد برامج التدخل المبكر ينبغي أن يكون وفق رؤية علمية سليمة، ومن ثمّ يجب تزويد القائمين على إعداد وتنفيذ تلك البرامج بمعلومات صادقة تسهم في تحديد مواطن القوة في تلك البرامج والعمل على تنميتها وتشخيص مواطن الضعف والعمل على علاجها.
٤. يهتم البحث أهميته من أهمية برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة؛ ففي ضوء نتائج ذلك البحث يمكن تحديد مدى التوافق والاختلاف بين مكونات تلك البرامج، وحاجات ومتطلبات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن ثمّ التخطيط للمستقبل بآليات وأساليب علمية مناسبة.
٥. يمكن في ضوء نتائج البحث توفير معلومات موثقة عن أفضل الخصائص التي يجب أن تتوفر في برامج التدخل المبكر، مما يتيح الفرصة لاتخاذ قرارات موضوعية تتعلق بتحسين وتطوير برامج التدخل المبكر، وتحول دون تراكم الأخطاء وتسهم في رفع كفاءة تلك البرامج.
٦. يمكن في ضوء نتائج هذا البحث استحداث برامج تدخل مبكر فعالة نستطيع من خلالها تحقيق الأهداف المنشودة نحو تحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
٧. يُقدّم البحث دليلاً مختصراً لواقع دراسات التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المنطقة العربية.

## مصطلحات البحث:

### التحليل البعدي: *Meta-analysis*

يرى السيد عبد الدايم عبد السلام سكران ( 2006 ) أن التحليل البعدي هو منهج وصفي تحليلي يهدف إلى استخلاص النتائج الكامنة وراء عدة نتائج مستمدة من دراسات فردية ذات خصائص محددة.  
فالتحليل البعدي أسلوب تحليل احصائي لنتائج مجموعة من البحوث في مجال ما بهدف استقراء تعميمات مفيدة من البيانات والنتائج التي توصلت إليها هذه البحوث (DuPaul, Eckert, & Vilardo, 2012).

### حجم التأثير: *Effect Size*

ويشير رشدي فام منصور ( 1997 ) إلى أن مفهوم حجم التأثير يُقصد به الأساليب التي يتم من خلالها معرفة حجم الفرق أو حجم العلاقة بين متغيرين أو أكثر، ويُطلق عليه عدد من المسميات مها: الدلالة العملية *Practical Significant*، وقوة الترابط *Strength of Association*، ومقاييس قوة التأثير *Strength of Effect Measures*.  
يُعرف هوجات وأكسيو (2004) *Hojat & Xu* الدرجة التي تكون فيها النتائج لها دلالة عملية في مجتمع الدراسة، فهو مؤشر يحدد درجة أهمية أو عدم أهمية نتائج الدراسة بغض النظر عن حجم عينة الدراسة (في عزت محمد عبد الحميد، 2010).  
وعلى ذلك فأحجام التأثير تُقيم مقدار *magnitude* أو قوة *Strength* النتائج التي تحدث في البحث، وهذه المعلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق التركيز فقط على مستوى الدلالة الاحصائية (Eldevik, Hastings, Hughes, Jahr, Eikeseth, & Cross, 2009; Lloyd, Forness, & Kavale, 1998).

### البحوث العربية: *Arabic researches*

أي نشاط بحثي كُتب باللغة العربية يقوم به شخص ما أو مجموعة من الأشخاص للحصول على درجة علمية (ماجستير، دكتوراه، استاذ مساعد، استاذ) بهدف تقديم برنامج تدخل مبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي.

### الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: *Children with special needs*

هو أي طفل يعاني من حالة ضعف أو عجز تحد من قدرته على التعلم بالبيئة التربوية العادية، أو تمنعه من القيام بالوظائف والادوار المتوقعة ممن هم في مثل عمرة باستقلالية، وبذلك فهو طفل لدية انحراف أو تأخر ملحوظ في النمو جسميا، أو عقليا أو سلوكيا، أو لغويا(عبد المطلب أمين القريطي، 2001، ص 13-14).

الطفل ذو الاحتياج الخاص هو ذلك الطفل الذي يحتاج طوال حياته أو خلال فترة معينة من حياته مساعدات خاصة من أجل نموه، أو تعلمه، أو تدريبه أو توافقه مع متطلبات الحياة اليومية، أو الأسرية، أو الاجتماعية، أو الوظيفية، أو المهنية، ويشمل ذوي الاحتياجات الخاصة عدة فئات هي: ذوي الإعاقة البصرية، ذوي الإعاقة السمعية، ذوي الإعاقة الفكرية، ذوي الإعاقة الجسمية، ذوي صعوبات التعلم، ذوي الاضطرابات اللغوية، ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ذوي اضطراب التوحد، ذوي الموهبة أو التفوق العقلي، ذوي الإعاقة الجسمية والصحية، ذوي الإعاقة المزدوجة.

### التدخل المبكر: *Early Intervention*

التدخل المبكر يتمثل في كافة الإجراءات المنظمة التي تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الحاجات الخاصة، وتدعيم الكفاية الوظيفية *Functional* لهم ولأسرهم لذلك فإن الهدف النهائي للتدخل المبكر، يعتمد على تطبيق سياسات وقائية *Prevention Strategies*، بهدف تقليل نسب حدوث أو درجة شدة مسببات العوق أو العجز، وهذه السياسات قد تكون أولية أو ثانوية (جميل محمود الصمادي، وهشام عبدالفتاح المكانين، 2008).

فالتدخل المبكر هو تلك العملية المتصلة من الإجراءات التي تعمل على الوقاية من الإعاقة أو تأهيلها أو التخفيف من آثارها، وتصميم وتنفيذ برامج إرشادية وتدريبية وتربوية خاصة لمرحلة الطفولة المبكرة وكذلك برامج إرشادية وتدريبية لأسر هؤلاء الأطفال وتقرير أشكال الخدمات المساندة التي يحتاجها الطفل(علاج لفظي، أجهزة وسائل مساعدة، علاج طبيعي، تدريب سمعي وغيرها) (محمد متولي قنديل، 2003).

فهو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن 6 سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة المبكرة لأسباب متعددة (جمال محمد سعيد الخطيب، 2005، ص 12)، ويشمل التدخل المبكر الأطفال منذ الولادة حتى سن المدرسة، لأن الأطفال يعتمدون على والديهم لتلبية حاجاتهم، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور على مساعدة الأطفال على النمو والتعلم. (Magiati, Tay, & Howlin, 2012; McNaughton, 1994)

### مؤشرات: Indicators

هي مقاييس كمية أو نوعية تلخص العديد من المعلومات عن الظواهر التي تقع في المجتمع، وقد تظهر في شكل أرقام خام أو نسب أو معدلات أو جمل قياسية، ويرى سعيد محمود مرسي، ومحمد عبد الله محمد (2012) أن المؤشرات تصف كيف ينجز البرنامج أهدافه، بينما يحدد بيان النتائج ما الذي نتمنى إنجازه، وتختبرنا المؤشرات بشكل محدد ما نقيس من أجل تحديد ما إذا كانت الأهداف قد انجزت.

إحصاءات كمية أو كيفية تستخدم لتتبع الأداء بمرور الوقت للاستدلال على تحقيق الأداء المتفق عليه، أي أنها بمثابة نقاط للفحص ترافق التقدم نحو تحقيق المعايير (محمد منصور محمد الشافعي، 2012)، فالمؤشرات أدوات تفيد في الحصول على بيانات ومعلومات عن الأوضاع ومدى التقدم باتجاه الأهداف المحددة في فترة زمنية محددة (عناد فاروق محمد صالح، 2011).

وتتطلب المؤشرات جمع بيانات عن مظاهر وعمليات متعددة تتصل بنظام معين، وفي ضوء هذه المؤشرات يمكن الحكم على مدى نجاح أو إخفاق ذلك النظام في بلوغ غاياته النهائية (خالد حنتوش ساجت، 2013).

ويعرفها الباحث على أنها أي بيانات إحصائية كمية أو معلومات كيفية شاملة ودقيقة تحدد الواقع الفعلي لبرامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تسمح بالمقارنة ورصد التقدم نحو تحقيق أهداف برامج التدخل لأهدافها بما يساهم في وضع الخطط واتخاذ الإجراءات لتحسين تلك البرامج.

## محددات البحث:

يقتصر البحث الحالي على بعض الدراسات والبحوث العربية التي تناولت إعداد وتنفيذ برامج للتدخل المبكر لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، سواء كانت هذه الدراسات رسائل للماجستير أو رسائل للدكتوراه أو بحوثاً لما بعد الدكتوراه، بشرط أن تحتوى تلك الدراسات التي شملها التحليل على البيانات الأساسية لحساب حجم التأثير، وتشمل حدود هذا البحث:

أولاً: الحدود الموضوعية: تتضمن حدود البحث الموضوعية برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في رسائل الماجستير أو الدكتوراه أو البحوث المحكمة المنشورة في مجلات علمية أو مؤتمرات.

ثانياً: الحدود الزمانية: فتمثلت في الفترة الزمنية التي اجريت خلالها الدراسات التي شملها التحليل؛ حيث امتدت تلك الفترة ما بين 2000-2014م؛ ويمكن تلخيص المعايير التي تم اتباعها في اختيار الرسائل والبحوث التي خضعت للتحليل في البحث في:

١. الرسائل والبحوث التي قدمت برامج للتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، أي كانت عيناتها أطفال من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وتشمل تلك الفئات: الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، الأطفال ذوي اضطراب التوحد، الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية، الأطفال ذوي صعوبات التعلم، و الأطفال ذوي الموهبة العقلية، الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية والصحية، والأطفال ذوي الإعاقة المزدوجة.

٢. الدراسات والبحوث ذات الصبغة التجريبية أي التي استخدمت المنهج شبه التجريبي دون غيرها من الدراسات والبحوث غير التجريبية.

٣. الرسائل والبحوث التي تم الإشارة في عنوانها أو أهدافها أو في محدداتها إلى استخدام برنامج إرشادي أو تدريبي أو فنية محددة أو علاج محدد أو أي أسلوب أو طريقة بهدف تحسين جوانب سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (ذوي الإعاقة العقلية، ذوي الإعاقة البصرية، ذوي الإعاقة السمعية، ذوي الإعاقة الجسمية والصحية، ذوي اضطراب التوحد، ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ذوي الاضطرابات اللغوية، ذوي صعوبات التعلم، ذوي الإعاقات المزدوجة، و ذوي الموهبة العقلية).

٤. الرسائل والبحوث التي قدمت برامج للتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والتي طبقت في البلدان العربية فقط وأجيزت سواء بالمناقشة أو النشر العلمي.

٥. الرسائل والبحوث التي قدمت برامج للتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تضمنت بيانات كافية يمكن استخدامها لحساب حجم التأثير والمنجزة في الفترة ما بين 2000-2014م واستطاع الباحث الحصول عليها بشكل كامل سواء ورقياً أو إلكترونياً.

### إطار نظري ودراسات سابقة

#### الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: *Children with special needs*

هو طفل يعاني من حالة ضعف أو عجز تحد من قدرته على التعلم بالبيئة التربوية العادية، أو تمنعه من القيام بالوظائف والأدوار المتوقعة ممن هم في مثل عمره باستقلالية وبذلك فهو طفل لديه انحراف أو تأخر ملحوظ في النمو جسمياً، أو عقلياً أو سلوكياً، أو لغوياً (عبد المطب أمين القريطي، 2001، ص 12).

فالطفل ذو الاحتياجات الخاص هو ذلك الطفل الذي يحتاج طوال حياته أو خلال فترة معينة من حياته مساعدات خاصة من أجل نموه، أو تعلمه، أو تدريبه أو توافقه مع متطلبات الحياة اليومية، أو الأسرية، أو الاجتماعية، أو الوظيفية، أو المهنية، ويشمل ذوي الاحتياجات الخاصة عدة فئات هي: ذوي الإعاقة البصرية، ذوي الإعاقة السمعية، ذوي الإعاقة الفكرية، ذوي الإعاقة الجسمية والصحية، ذوي صعوبات التعلم، ذوي الاضطرابات اللغوية، ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ذوي اضطراب التوحد، ذوي الموهبة أو التفوق العقلي، ذوي الإعاقة المزدوجة.

١. ذوي الإعاقة العقلية: انخفاض ملحوظ دون المستوى العادي في الوظائف العقلية العامة يكون مصحوباً بانحسار ملحوظ في الوظائف التكيفية وعدم القدرة على الأداء المستقل أو تحمل المسؤولية المتوقعة ممن هم في نفس العمر والمجموعة الثقافية.

٢. ذوي الإعاقة البصرية: ضعف بصري شديد حتى بعد تصحيح الوضع جراحياً أو بالعدسات مما يحد من قدرة الفرد على التعلم عبر حاسة البصر بالأساليب التعليمية الاعتيادية



٣. ذوي الإعاقة السمعية: فقدان سمعي يؤثر بشكل ملحوظ على قدرة الفرد على استخدام حاسة السمع للتواصل مع الآخرين وللتعلم من خلال الأساليب التربوية العادية
٤. ذوي اضطراب التوحد: إعاقة نمائية تُصيب الطفل خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، وذات تأثير شامل على كافة جوانب نمو الطفل؛ حيث تؤدي إلى قصور في مهارات التفاعل الاجتماعي، فتجعل الأطفال غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طيبة، كما تؤدي إلى قصور في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، فيصبح الطفل نتيجة لذلك منعزلاً عن محيطه الاجتماعي، بالإضافة إلى محدودية شديدة في النشاطات والاهتمامات يصاحب ذلك كله عدد من السلوكيات المضطربة مثل: السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات.
٥. ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية: انحراف السلوك من حيث تكراره أو مدته أو شدته أو شكله عما يعتبر سلوكاً عادياً مما يجعل الطفل بحاجة إلى أساليب تربوية خاصة.
٦. ذوي الاضطرابات اللغوية: اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة أو التأخر اللغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الإستقبالية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية وتربوية خاصة.
٧. ذوي صعوبات التعلم: اضطراب في العمليات النفسية الأساسية (الانتباه، التذكر، التفكير، الإدراك) اللازمة لاستخدام اللغة أو فهمها أو تعلم القراءة والكتابة والحساب ويستثنى منهم ذوي الاعاقات ولا يستطيعون التعلم من خلال الأساليب التربوية العادية.
٨. ذوي الإعاقة الجسمية والصحية: اضطرابات شديدة عصبية أو عضلية أو عظمية أو أمراض مزمنة تفرض قيوداً على إمكانية تعلم الطفل.
٩. ذوي الموهبة والتفوق: الطفل الموهوب هو الطفل الذي لديه قدرات متقدمة أو غير عادية، ويحتاج إلي رعاية خاصة لإشباع حاجاته المختلفة، كما يتمتع هذا الطفل بدرجة أداء عالية ويظهر مستوي أداء غير عادي في مجال أو أكثر من المجالات.
١٠. ذوي الاعاقات المزدوجة: مثل التخلف العقلي مع كف البصر أو التخلف العقلي مع الصمم والبكم أو الشلل مع كف البصر وغيرها من الإعاقات المزدوجة.

## التدخل المبكر: *Early Intervention*

التدخل المبكر يتمثل في كافة الإجراءات المنظمة التي تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الحاجات الخاصة، وتدعيم الكفاية الوظيفية *Functional* لهم ولأسرهم لذلك فإن الهدف النهائي للتدخل المبكر، يعتمد على تطبيق سياسات وقائية *Prevention Strategies*، بهدف تقليل نسب حدوث أو درجة شدة مسببات العوق أو العجز، وهذه السياسات قد تكون أولية أو ثانوية (جميل محمود الصمادي، وهشام عبدالفتاح المكنين، 2008).

فللتدخل المبكر هو تلك العملية المتصلة من الإجراءات التي تعمل على الوقاية من الإعاقة أو تأهيلها أو التخفيف من آثارها، وتصميم وتنفيذ برامج إرشادية وتدريبية وتربوية خاصة لمرحلة الطفولة المبكر وكذلك برامج إرشادية وتدريبية لأسر الأطفال وتقرير أشكال الخدمات المساندة التي يحتاجها الطفل (علاج نطقي، أجهزة وسائل مساعدة، علاج طبيعي، تدريب سمعي وغيرها) (محمد متولي قنديل، 2003).

هو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن 6 سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة المبكر لأسباب متعددة (جمال محمد سعيد الخطيب، ومنى الحديدي ، 2005، 26)، ويشمل التدخل المبكر الأطفال منذ الولادة حتى سن المدرسة، لأن الأطفال يعتمدون على والديهم لتلبية حاجاتهم، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور على مساعدة الأطفال على النمو والتعلم (Magiati, Tay, & Howlin, 2012; McNaughton, 1994).

شهد العقدين الحالي والسابق توسعاً سريعاً في كثير من دول العالم لخدمات وبرامج التدخل العلاجي المبكر للأطفال دون السادسة من العمر، نتج هذا التطور من تفاعل مجموعة من العوامل يأتي في مقدمتها :

أولاً : تزايد الوعي بأهمية الخبرات المبكرة في المراحل الأولى من العمر في نمو وارتقاء الإنسان، وتتضاعف هذه الأهمية لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.

ثانياً : التحول الذي حدث في فلسفة الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة ؛ حيث أصبح من الضروري حصولهم على الخدمات الخاصة في المواقع الطبيعية التي يستخدمها الأطفال العاديين، مثل المنزل ودار الحضانة ومدرسة الروضة. ثالثاً: الاعتراف المتزايد بأن الرضع وأطفال الحضانة ذوو الاحتياجات الخاصة لهم حقوق في الحصول على فرص متساوية مع أقرانهم العاديين من أجل تنمية وتطوير إمكانياتهم وقدراتهم (محمد عبدالرزاق هويدي، 1997).

إن ميدان التدخل المبكر ميدان متفرد يتطلب توجهات جديدة ومبتكرة، لا تكون مجرد امتداد تنازلي لخدمات التربية للأطفال في سن المدرسة، أو مجرد نقل وتكرار للبرامج والأساليب المستخدمة في رياض الأطفال، فلأهداف العامة للتربية الخاصة للأطفال من سن الميلاد حتى دخول المدرسة الابتدائية تختلف عن أهدافها في المراحل العمرية التالية، فالهدف هنا تسهيل أو تدعيم نمو الأطفال الصغار عن طريق التدخل في الوقت المناسب قبل أن تؤدي الإعاقة أو ظروف الخطر النمائي إلى تغيير أو ربما هدم نموهم وإمكانياتهم في المستقبل، وأيضاً منع أو الوقاية من ظهور الإعاقات الثانوية، وأخيراً تدعيم الأسرة لكي تقدم أفضل رعاية لأطفالها المعاقين أو من هم في خطر بيولوجي أو بيئي بسبب العجز أو ظروف الخطر، ثم على المجتمع بأفراده ومؤسساته أن يتحمل مسؤولياته لجعل الخدمات الخاصة متوفرة لهؤلاء الأطفال الصغار (آمال عبد السميع باظه، 2007؛ منال يحي إبراهيم باعمر، 2013).

ويتفق الباحثون على وجود ثلاث فئات من الأطفال الذين يجب حصولهم على خدمات التدخل المبكر، وهم : الأطفال الذين يوجد لديهم بالفعل مشكلة أو عجز محدد، والأطفال في حالة خطر بيولوجي، والأطفال في حالة خطر بيئي ، والأطفال المتأخرين نمائياً (Fiedler, Simpson, & Clark, 2007, p.23) ويلاحظ أن كل هؤلاء الأطفال هم في خطر، سواء كان الخطر محددًا ومعروفًا حالياً، أو يتوقع حدوثه في المستقبل.

وشهدت أعوام السبعينات تكاثراً في برامج التدخل المبكر، والتي اعتمد معظمها على نموذج القصور *Deficit model* الذي افترض أن الضعف موجود داخل الطفل وأن العوامل البيئية غير المناسبة هي مجرد عوامل مساهمة، كما افترض أن هذا الضعف هو مسئولية الآباء بالدرجة الأولى ؛ لذلك كانت البرامج تركز على التعليم التعويضي، وإلى إرجاع النجاح

لجهود المعلم والفشل إلى خلل في الأسرة ، ثم حدث تحول تدريجي بين الباحثين في الثمانينات نحو رفض النموذج السابق نتيجة لظهور ما يسمى الآن بعلم اجتماع التربية الخاصة وظهور الاتجاه المعرفي الاجتماعي *Social Cognition* الذي ينظر إلى النمو كعملية تفاعلية *Transactional process*، وكان ظهوره نهاية للفصل التقليدي بين النمو المعرفي والنمو الاجتماعي ، والاعتراف بالسياق المتغير لخبرات الطفل (*Magiati, Tay & Howlin, 2012*).

### التحليل البعدي: *Meta - analysis*

"هو تطبيق لإجراءات إحصائية لتجميع النتائج الامبريقية من الدراسات الفردية، بهدف تكامل تلك النتائج وتوليفها وفهمها ، ويمكن تطبيق ذلك في مجالات عديدة داخل العلوم الاجتماعية والسلوكية والطبية الحيوية (السيد عبد الدايم، 2006)، كما يشير جاجي وأقرانه (*Gage,, Lewis, & Stichter, (2012)* إلى التحليل البعدي "على أنه مجموعة من

الإجراءات الإحصائية تم تصميمها لتجميع النتائج التجريبية والارتباطية خلال الدراسات المستقلة والتي لها نفس التساؤلات تقريباً، وليست كطرق البحث التقليدية؛ حيث يستخدم "التحليل البعدي" ملخص الإحصائيات من الدراسات الفردية كمنطلق للبيانات، فالافتراض الأساسي لهذا التحليل هو أن كل دراسة تمدنا بتقدير مختلف للعلاقة التحتية داخل العينة، وبجميع النتائج عبر الدراسات، يمكن تمثيل العلاقات بصورة أكثر وضوحاً من التي نحصل عليها من تقديرات الدراسة الفردية (*Gage, Lewis, & Stichter, 2012*).

وقد نظر جريستين، وفاجن (*Gerstein, & Vaughn, 2001*) إلى التحليل البعدي على أنه طريقة بحث وقالوا: إنه عبارة عن تقنيات منظمة لحل التناقضات الظاهرة في نتائج البحوث، كما يحول النتائج من دراسات مختلفة إلى مقياس مشترك، وإحصائياً توضيح العلاقات بين خصائص الدراسة ونتائجها (*Gerstein, & Vaughn, 2001*).

وقد نظرت إليه نادية محمود شريف (1993) على أنه منهج بعدي للتحليل، وذلك في دراستها التي كان موضوعها: "المنهج البعدي للتحليل كأسلوب لمتابعة نتائج البحوث والدراسات النفسية والتربوية" (نادية محمود شريف، 1993).

بينما يقول عنه دورلاك، وليبسي (*Durlak, & Lipsey, 1991*) أنه تقنية إحصائية لتوحيد، أو دمج النتائج من دراسات مستقلة، ويستخدم في تقدير التأثير السريري لتدخلات

الرعاية الصحية، كما يمدنا بتخمين دقيق لتأثير المعالجة، ويعطي وزناً مستحقاً لحجم الدراسات المختلفة المتضمنة في التحليل (Durlak, & Lipsey, 1991). ويرى السيد عبد الدايم عبد السلام سكران (2006) أن التحليل البعدي هو منهج وصفي تحليلي يهدف إلى استخلاص النتائج الكامنة وراء عدة نتائج مستمدة من دراسات فردية ذات خصائص محددة؛ حيث لم يعد التحليل البعدي مجرد تطبيق لمجموعة من الإجراءات الإحصائية، وإنما يتخطى ذلك بكثير؛ حيث يتم عمل مسح للدراسات المعنية بالظاهرة محل الدراسة، وتفحص الإطار النظري لتلك الدراسات، وكذلك مشكلة البحث والفروض وإجراءات الدراسة والنتائج ثم وضع المعايير والضوابط لاستخلاص الدراسات التي تخضع نتائجها لإعادة التحليل واتخاذ القرارات المناسبة.

وضع جاجي وأقرانه (Gage, Lewis, & Stichter, 2012) خطوات التحليل البعدي على النحو التالي:

1. تعريف مجال البحث: من خلال تحديد المتغيرات المستقلة - بواسطة المتغيرات البحثية عموماً - بواسطة أسباب ونتائج المتغيرات المهمة.
2. وضع المعايير لاختيار الدراسات للمراجعة: من خلال تحديد نوع الدراسة إذا كانت منشورة أو غير منشورة، وتحديد الوقت المستغرق للدراسة، وتعريف المتغيرات، وتحديد جودة الدراسة.
3. البحث عن الدراسات ذات العلاقة: من خلال استخدام محركات البحث على المواقع البحثية، والبحث اليدوي.
4. اختيار المجموعة النهائية من الدراسات.
5. تحديد البيانات المستخرجة من المتغيرات ذات الاهتمام، حجوم العينات، حجوم التأثير، ثبات المقاييس والخصائص الأخرى لكل دراسة.
6. ترميز الدراسات وحساب حجم التأثير.
7. فحص توزيع حجوم التأثير، وتحليل تأثير المتغيرات الوسيطة.
8. تفسير وكتابة تقرير النتائج.
9. تقرير ما إذا كان سيتم بحث المتغيرات الوسيطة أم لا.

١٠. اختيار المتغيرات الوسيطة الممكنة في ضوء الاعتبارات النظرية واعتبارات القياس الحالي.

١١. تحديد متوسط وتباين حجم التأثير داخل المجموعات الفرعية للمتغيرات الوسيطة، مماثل للخطوة السابقة (Gage, Lewis, & Stichter, 2012).

والملاحظ من الخطوات السابقة أن ما وراء التحليل ليس مجرد إجراء بعض الخطوات الإحصائية - كما كان يظن البعض - ولكنه منهج وصفي تحليلي يقوم على أساس استقصاء واقع الدراسات المعنية، واختيار المناسب منها، وتحليل نتائجها للمساهمة في اتخاذ قرارات حاسمة بخصوص القضية محل البحث.

وهناك نمطان لإجراءات المراجعة الكمية *Quantitative Review Procedures* الأولى: ويتضمن اشتراك أو اتحاد القيم الاحتمالية المسماه درجات "ذ" *Z scores*، وهذه الإجراءات دعت إليها الحاجة في البحوث الزراعية لتجميع نتائج عدد من الاختبارات المستقلة والتي لها فرضيات مشتركة، والثاني: يتضمن اتحاد حجوم التأثير مثل معاملات الارتباط، ومعامل "d" لكوهن *Cohen's d*، وقد طور فيشر طريقة لتحويل معامل الارتباط "ر" إلى الدرجة "ذ".

### حجم التأثير *Effect Size* :

مسمى يطلق على مجموعة المؤشرات التي تقيس مقدار تأثير المعالجات، والتي تختلف عن اختبارات الدلالة في أنها مستقلة عن حجم العينة، وتعتبر مقاييس حجم التأثير العملة المشتركة لدراسات "التحليل البعدي" *Meta-Analysis*، والتي تلخص النتائج التي نحصل عليها في مجال نوعي من البحث، ومثال على ذلك ما قام به *Lipsey & Wilson (1993)* من دراسة فاعلية المعالجات السلوكية والتربوية والنفسية عن طريق استخدام ما وراء التحليل، ويختلف حجم التأثير باختلاف نوع الدراسات ما بين دراسات تجريبية (مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية)، ودراسات ارتباطية، وتوجد مجموعة من الصيغ لقياس حجم التأثير، وبصورة عامة، يمكن قياس حجم التأثير بطريقتين: كفرق معياري بين متوسطين، أو كارتباط بين المتغيرات المستقلة والدرجات الفردية على المتغيرات المرتبطة، هذا الارتباط يسمى "حجم التأثير للارتباط *effect size correlation*" (Rosnow, & Rosenthal, 1996).

## دراسات سابقة

قيمت دراسة شونكوف، وهاوسر - كرام (Shonkoff & Hauser-Cram, 1987)

فعالية برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال المعاقين دون الثالثة من عمرهم على سلوك هؤلاء الأطفال وعلى أسرهم، من أجل ذلك تم اختيار 31 دراسة وتم ترميز هذه الدراسات اعتماداً على 87 متغيراً تشمل هذه المتغيرات: خصائص الأطفال المشاركين، نوع التدخل، نوع وكفاءة التصميم التجريبي المستخدم، نوع المخرجات، السياق الذي يُقدم فيه البرنامج، وعدد جلسات البرنامج، اشارت نتائج الدراسة إلى أن برامج التدخل المبكر فعالة في تعزيز جوانب النمو للأطفال المعاقين؛ حيث بلغ متوسط حجم التأثير 0.62 وهو فعالية متوسطة إيجابية، وفيما يتعلق نوع التصميم التجريبي فقد استخدمت بعض الدراسات التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة والقياس القبلي والبعدي، في حين استخدمت بعض الدراسات التصميم التجريبي ذو المجموعة التجريبية والضابطة، ولم توجد فروق دالة احصائياً بين التصميمين في حجم التأثير، أما فيما يتعلق بمخرجات هذه البرامج فقد ركزت معظم الدراسات على المخرجات الخاصة بالطفل، في حين ركز عدد قليل من هذه الدراسات على المخرجات الخاصة بالأسرة، وشملت مخرجات الطفل (نسبة الذكاء، المحصلة النمائية، النمو اللغوي)، ووجدت نتائج التحليل أن هناك فروقاً دالة بين مخرجات البرنامج الخاصة بالطفل والمخرجات الخاصة بالأسرة، وكانت أكبر قيمة لحجم التأثير تتعلق بالنمو اللغوي، وأقل قيمة تتعلق بالمهارات الحركية، وفيما يتعلق بالسياق الذي يُقدم فيه برنامج التدخل، فبعض هذه الدراسات قدمت في سياق الأسرة والبعض الآخر قُدم في العيادات الخارجية ومراكز الرعاية، ولم توجد فروق دالة في حجم التأثير تعود إلى السياق الذي يُقدم فيه البرنامج، وفيما يتعلق بنوع التدخل فقد وجدت نتائج التحليل أن البرامج التي تتبنى اتجاهاً منهجياً علاجياً محدداً (متوسط حجم التأثير 0.92) ترتبط بصورة دالة بتحسين سلوك الطفل أكثر من البرامج التي لم تكن تتبنى منهجاً علاجياً محدداً (متوسط حجم التأثير 0.59)، وفيما يتعلق بالمدى الزمني للبرنامج، فقد تراوحت ما بين 12-18 أسبوعاً، ولم توجد فروق دالة احصائياً في حجم التأثير تعود إلى المدى الزمني لتطبيق البرنامج، وأخيراً أشارت نتائج التحليل البعدي أن البرامج التي تستعين بالوالدين أثناء التطبيق (متوسط حجم التأثير 0.70)، تُحدث تحسناً في سلوك الطفل يختلف بصورة دالة عن البرامج التي لا تستعين بالوالدين في التطبيق (متوسط حجم التأثير 0.30).

وهدفت دراسة أشبي (1995) *Ashby* إلى التعرف على أهم آثار برامج التدخل المبكر في منطقة أتلانتا، تناولت الدراسة تحديد أهم جوانب النمو اللغوي والإدراكي لدى الأطفال الصم وضعاف السمع الذين اشتركوا في برامج تدخل مبكر، سواء في المنزل أو في مراكز التدخل، ومن أجل ذلك تم فحص السجلات الخاصة بأطفال ما قبل المدرسة الذين تلقوا برامج تدخل مبكر، أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك تأثير دال للعامل الاقتصادي والاجتماعي على فعالية برامج التدخل المبكر المقدمة لأطفال ما قبل المدرسة، فأطفال الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتدني كانت مشاركتهم في برامج التدخل المبكر أقل مقارنة بأطفال الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتوسط وفوق المتوسط، كما أن أطفال الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتدني اشتركوا في برامج تدخل لفترات قصيرة، وأخيراً فإن كثافة خدمات برامج التدخل المبكر لها آثار دالة ايجابية على النمو اللغوي والإدراكي.

واستخدام نيلسون، وبيير، وجونزليز (2003) *Nelson, Benner, & Gozalez* اجراءات التحليل البعدي لتحديد أهم خصائص المتعلمين التي تؤثر على فعالية برامج التدخل المبكر المقدمة لعلاج الأمية المبكرة *Early Literacy* لدى الأطفال؛ حيث تم إجراء تحليل منظم لعدد من الدراسات بلغت 30 دراسة، في ضوء متغيرات: تسمية الأشياء، تعلم مبادئ الحروف، المشكلات السلوكية، الذاكرة، نسبة الذكاء، الخصائص الديموجرافية، أشارت نتائج التحليل البعدي إلى أن أهم الخصائص الديموجرافية التي تؤثر على فعالية برامج التدخل المبكر المقدمة لعلاج الأمية المبكرة: نوع الإعاقة، الصف الدراسي، نسبة الذكاء، المشكلات السلوكية؛ حيث حازت هذه المتغيرات على حجم تأثير كبير.

وقام لو، وجاريت، ونبي (2004) *Low, Garrett, & Nye* بإجراء تحليل بعدي للدراسات التي تناولت تقديم برامج للتدخل المبكر للأطفال ذوي اضطرابات اللغة والكلام، تم الحصول على 36 دراسة؛ حيث تم تحليل هذه الدراسات في ضوء: الهدف من الدراسة، مستوى النمو لدى الطفل، نوع التدخل، الفترة الزمنية للعلاج، التصميم التجريبي للدراسة، عدد الأطفال المشاركين، النتائج، في ضوء المتغيرات تم المقارنة بين 13 دراسة من الدراسات التي تم تحليلها، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن برامج التدخل المبكر المستخدمة في الدراسات التي تم تحليلها فعالة فيما يتعلق بتحسين الصعوبات الصوتية والتعبيرية، وهناك أدلة مختلطة



على فعالية تلك البرامج في تحسين صعوبات استخدام المصطلحات، كما أن هناك أدلة ضعيفة على فعالية تلك البرامج في تحسين صعوبات اللغة الاستقبالية، كما أشارت نتائج التحليل البعدي إلى عدم وجود فروق دالة احصائياً بين التدخلات التي تم تقديمها من قبل الوالدين وتلك التي تم تقديمها من قبل المتخصصين فيما يتعلق بتحسين تلك الصعوبات، إضافة إلى أن التدخلات التي استمرت أك ثو من 8 أسابيع كانت أكثر فعالية في تحسين الصعوبات اللغوية.

### وراجـع بلوك، وفوكينك، وجيبهارت، وليزمان Blok, Fukkink, Gebhardt, &

(2005) *Leseman* 19 دراسة تناولت برامج التدخل المبكر التي ثبتت فعاليتها، والتي تم إجراؤها في الفترة ما بين 1985-2005؛ حيث تم إجراء تحليل بعدي لهذه الدراسات وذلك في ضوء 85 مخرجا (71 تتعلق بجوانب معرفية، 14 تتعلق بجوانب وجدانية اجتماعية)، أشارت نتائج الدراسة إلى أن متوسط حجم التأثير للمجال المعرفي بلغ 0.32، وللمجال الاجتماعي الإنفعالي 0.05، كما أشارت نتائج التحليل البعدي إلى أن حجم التأثير يعتمد على أسلوب تقديم البرنامج، فالبرامج التي تُقدم في مراكز العلاج والبرامج التي تُقدم في مراكز العلاج والم نزل معاً تُعطي أحجام تأثير أكبر بصورة دالة من البرامج التي تُقدم في الم نزل فقط، وذلك فيما يتعلق بالمجال المعرفي فقط، إضافة إلى أن متغيرات: العمر الذي يُقدم فيه برنامج التدخل، كثافة البرنامج ودوامه، استمرار البرنامج فترة بعد الانتهاء من مرحلة الروضة، مدى تلقى البرنامج للدعم المادي والاجتماعي تتدخل في تحديد فعالية برامج التدخل.

وهدفت دراسة على كامل العنوان (2006) إلى تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في الأردن من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، تكونت عينة الدراسة من 120 فرداً منهم 60 فرداً يمثلون أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد، 60 معلماً من العاملين في مراكز التربية الخاصة، ولجمع البيانات طور الباحث أداة تكونت من 70 فقرة اشتملت على أربعة مجالات: المجال الاجتماعي، ومجال تعديل السلوك، والمجال التربوي، والمجال الترفيهي، أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرامج الاجتماعية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين،

وعدم فعالية البرامج السلوكية والترقيعية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين.

**وقارن كوشري، بيترسون، وإدواردز، وجوو Konche, Peterson, Edwards, &**

**Joo, (2006)** بين جودة خدمات برامج رياض أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين، تمت هذه المقارنة في ضوء ثلاثة أبعاد: البعد الأول يشمل خصائص المعلمين ببرامج رياض الأطفال، والبعد الثاني: يتعلق بجودة الرعاية المقدمة للأطفال داخل هذه البرامج، والبعد الثالث: يتعلق بانطباعات أسر الأطفال عن البرامج المقدمة لأطفالهم ورضاهم عنها، لتحقيق ذلك تم تطبيق استمارة تليفونية على 2022 من معلمي فصول رياض الأطفال بطريقة عشوائية، كما تم استخدام الملاحظة لتقييم جودة الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الملتحقين ببرامج الدمج في رياض الأطفال وعددهم 132 طفلاً، والأطفال ذوي الاحتياجات الملتحقين ببرامج رياض الأطفال غير المدمجين وعددهم 112 طفلاً، كما تم تطبيق استمارة تقييم خاصة بالجودة على 1325 أسرة من أسر الأطفال، أشارت نتائج الدراسة إلى أن 82% من المعلمين يقيمون جودة الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمستويات مرتفعة، وأن 6% من الأسر يشعرون برضى عن جودة ما يُقدم لأطفالهم في رياض الأطفال، وأن برامج الدمج تكون أكثر جودة إذا تم دعمها من قبل أسر ومعلمي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

**وهدفت دراسة محمد بن خلف الحسيني الشمري (2007) إلى تقويم البرامج المقدمة**

للأطفال ذوي اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية من قبل الكادر العامل في تلك البرامج، ولتحقيق أهداف الدراسة فقد أعد الباحث أداة لمسح آراء العاملين حول البرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد تكونت من ستة أبعاد تشمل: الخطة التربوية الفردية، الخطة التعليمية الفردية، الخدمات المساندة، دور الأسرة، أساليب تعديل السلوك، أساليب التقييم، تم اختيار عينة تكونت من 164 فرداً من العاملين في برامج التوحد موزعين على ست مناطق تعليمية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن تقويم أفراد عينة الدراسة للبرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد كان إيجابياً؛ حيث بلغ متوسط التقديرات لجوانب وخصائص البرامج المقدمة للأطفال التوحديين على أداة المسح 49.32 من درجة إجمالية 60 درجة، كما وجدت الدراسة أن هناك تأثير دال إحصائياً بين تقديرات العاملين في المراكز

الحكومية والعاملين في المركز الخاصة لبرامج التوحد في جوانب البرامج التالية: أساليب التقويم، والخطة التعليمية الفردية، ودور الأسرة والدرجة الكلية، في حين أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود اختلاف في آراء التقويم للبرامج الخاصة بذوي اضطراب التوحد في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك.

وراجع جيوف (2007) *Jeoff*, 137 دراسة تم نشرها ما بين عامي 2001-2005

في ثماني مجلات بريطانية، وذلك للتعرف على فعالية برامج الدمج في رياض الأطفال، وذلك من أجل تحديد أهم الإجراءات التي تحقق الفعالية في تلك البرامج؛ حيث تم تحليل هذه الدراسات لاستخلاص مؤشرات فعالية تلك البرامج، أشارت نتائج الدراسة أن ما تم إعداده في تلك الدراسات من برامج لا يُعطي مؤشرات واضحة عن مدى فعالية تلك البرامج من حيث مخرجاتها على الأطفال ومن حيث مدى كفاءة المعلمين الذين يعتمد عليهم تطبيق تلك البرامج.

أما دراسة كوب وأويل (2009) *Cobb and Alwell* فقد هدفت إلى التعرف على

دور برامج التدخل الاجتماعية والتواصلية في تسهيل انتقال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى مرحلة ما بعد التعليم الثانوي، استخدم الباحثان منهج التحليل البعدي؛ حيث تم استعراض 30 دراسة تمت في مجال متغيرات البحث، تم تصنيفها اعتماداً على عدد من المتغيرات، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن برامج التدخل التي تهتم بالتدريب على المهارات الاجتماعية فعالة في اكتساب العديد من المهارات الاجتماعية الإيجابية، والحد من السلوكيات الاجتماعية غير المقبولة للطلاب ذوي الإعاقات المختلفة، كما أشارت النتائج إلى انخفاض مستوى فعالية برامج التدخل البديلة في تحسين مهارات المحادثة أو في الحد من السلوكيات الشاذة.

كما هدفت دراسة عادل بن سليمان الوهيب (2010) إلى التعرف على مدى أهمية

خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع ومدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض في كل من مركز السمع والكلام ومركز التشخيص والتدخل المبكر وروضات الأطفال المدمج بها صم أو ضعاف سمع، ووحدات التخاطب والسمع في كل من المستشفى العسكري والتخصصي والملك عبد العزيز الجامعي والحرس الوطني ومدينة الملك فهد الطبية، تم تصميم أداة للدراسة تكونت من 43 عبارة موزعة على محورين؛ المحور الأول: أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع، والمحور الثاني: مدى

توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع، وتكونت عينة الدراسة من 111 اختصاصي واختصاصية ممن يقدمون خدمات تدخل مبكر للأطفال الصم وضعاف السمع بمدينة الرياض، وأوضحت نتائج الدراسة أنه فما يتعلق بالمحور الأول: والذي يتعلق بأهمية خدمات التدخل المبكر، فإلى الاختصاصيين موافقين على أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع؛ حيث كانت أهميتها من وجهة نظرهم مرتبة تنازلياً على النحو التالي: خدمة الفحص والتعرف المبكر، خدمة تدريب الأسرة المبكر، خدمة الإرشاد الأسري المبكر، خدمة علاج اللغة والكلام، الخدمة الطبية المبكرة، خدمة تقديم المعينات السمعية المبكرة، الخدمة النفسية المبكرة، الخدمة الاجتماعية المبكرة، خدمة الزيارات المنزلية، خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة، وفيما يتعلق بالمحور الثاني: وهو مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع، فقد أشارت النتائج أن الاختصاصيين: موافقين على توفر خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة فقط، وغير موافقين على توفر ثلاث خدمات مرتبة تنازلياً على النحو التالي: خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة للأطفال الصم فوق ثلاث سنوات، خدمة تعليم لغة الإشارة للأطفال الصم من الميلاد وحتى ثلاث سنوات، وخدمة الزيارات المنزلية، إضافة إلى أنهم موافقين إلى حد ما على توفر خدمات الفحص والتعرف المبكر والتدريب الأسري المبكر والإرشاد الأسري المبكر والخدمة النفسية المبكرة والخدمة الاجتماعية المبكرة والخدمة الطبية المبكرة وخدمة تقديم المعينات السمعية المبكرة.

وللإجابة على سؤال أيهما أفضل؟ استخدام الكلمات المختصرة (التلغرافية) أم الاعتماد على الجمل ذات القواعد في تعليم الأطفال اللغة في المراحل المبكرة من النمو، قام كليك، سيشوارز، وفيي، وكازير، ميلير، ويتزمان، *Kleek, Schwarz, Fey, Kaiser, Miller, Weitzman, (2010)* بتحليل بعدي لعدد 21 دراسة تناولت برامج التدخل المبكر التي تعتمد على استخدام الكلمات المختصرة (التلغرافية)، وتلك التي تعتمد على استخدام الجمل ذات القواعد في تعليم الأطفال اللغة في المراحل المبكرة من النمو، كما تم الاستعانة بأربعة من المتخصصين في مجال الاضطرابات اللغوية، أشارت نتائج التحليل البعدي إلى أن الأطفال في غالبية الدراسات التدخلية لم تظهر عليهم أي صعوبات في استخدام كل من التدخلين، وهناك دراسة واحدة عدد عينتها قليل فضل أطفال العينة استخدام الكلمات

المختصرة في إنتاج اللغة، أما عن آراء الخبراء فقد اقترح 50% منهم أن استخدام الكلمات المختصرة (التلغرافية) يبداً أمراً مقلقاً على النمو اللغوي للطفل فيما بعد.

وحاول باول، وروث *Paul & Roth, (2011)* تحديد أهم المبادئ التي يجب أن توجه خدمات التدخل المبكر، وكيف يمكن لأخصائي أمراض اللغة والكلام تطبيق هذه المبادئ لتحقيق الجودة في الخدمات المقدمة للأطفال ذوي اضطرابات التواصل وأسره، حدد الباحثان اعتماداً على استقراء عدد من الدراسات السابقة أربعة أبعاد أساسية تحكم المبادئ التي توجه خدمات التدخل المبكر تشمل: الفحص، والتقييم، والتقييم: فيجب أن يتم التقييم المستمر لبرامج التدخل المبكر حتى تحقق نتائج فعالة لكل من الطفل والأسرة، مع ضرورة أن تشترك الأسرة في عمليات الفحص والتقييم والتقييم، المبدأ الثاني: يجب أن يركز إعداد وتطبيق برامج التدخل المبكر على المبادئ الأساسية التي تحكم نمو الطفل؛ وبالتالي فعلى مصممي هذه البرامج مراعاة الخصائص النمائية للأطفال المستفيدين من خدمات التدخل المبكر، المبدأ الثالث: يجب أن تكون خدمات التدخل المبكر شاملة، متكاملة، متعددة التخصصات: ومعنى أن تكون شاملة أي يجب أن تستهدف تنمية أو علاج جوانب متعددة من سلوك الطفل ونموه، ولا تقتصر على جانب دون جانب آخر، ومتكاملة بمعنى أن تلك الخدمات تستلزم أن تنتظم الأبعاد المختلفة في كل موحد أو اتجاه واحد فلا يطغى جانب على آخر أو يتعارض معه، أما كون هذه الخدمات متعددة التخصصات، أي يجب أن تقوم على عمل الفريق الذي يجمع العديد من التخصصات في مختلف المجالات، المبدأ الرابع والأخير: يجب أن تركز خدمات التدخل المبكر على أفضل الممارسات التي تتعلق بتحقيق الجودة في تلك الخدمات، وهذا يتحقق من خلال الاهتمام في بناء تلك البرامج بنتائج البحوث العلمية عالية الجودة، والاهتمام بخبرات وتجارب المتخصصين في مجال تلك البرامج، والاهتمام باستطلاع آراء الأسر ومقدمي الرعاية، كما أكد الباحثان على ضرورة الاهتمام عند اتخاذ أي قرارات تتعلق بتقديم خدمات التدخل المبكر أن تستند هذه القرارات على أدلة خارجية وداخلية، الأدلة الخارجية تشمل نتائج البحوث التي تتعلق بجودة خدمات التدخل المبكر، والأدلة الداخلية: تشمل الاهتمام بآراء المتخصصين والأسرة ومقدمي الرعاية.

وأجرى روبرتس، وكايزر *Roberts, & Kaiser, (2011)* تحليلاً بعيداً لعدد من الدراسات بلغ 18 دراسة قامت بإعداد برامج للتدخل المبكر بهدف تقييم فعالية تلك البرامج

في تحسين المهارات اللغوية لدى الأطفال فيما بين 18-60 شهراً من ذوي الاضطرابات اللغوية الأولية والثانوية، وتم حساب حجم التأثير لسبعة متغيرات تمثل مخرجات برامج التدخل التي تم تطبيقها، أشارت نتائج الدراسة إلى أن استخدام برامج التدخل المبكر من قبل الوالدين له تأثير ايجابي دال على مهارات اللغة التعبيرية والتفسيرية لدى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية؛ حيث تراوحت قيم أحجام التأثير للمتغيرات التي تم تقييمها ما بين 0.15-0.82. ولتحديد أهم العناصر الفعالة لبرامج التدخل التي تقدم للأطفال ذوي الاضطرابات

السلوكية، قام سيمبسون، وبيترسون، وسميث *Simpson, Perterson, Smith* (2011) بتقديم نموذج يتكون من سبعة عناصر تمثل الأبعاد الأساسية لتحقيق الفعالية في برامج التدخل للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، وتشمل هذه الأبعاد، البُعد الأول: الاعتماد في إعداد وتطبيق تلك البرامج على المتخصصين المؤهلين الذين يجيدون إعداد واستخدام استراتيجيات التدخل؛ فهناك علاقة قوية بين مخرجات أي برنامج تدخل وجوده الأفراد القائمين على إعداده وتنفيذه، والبُعد الثاني: يتعلق بإعداد البيئة الملائمة لتطبيق البرنامج، فالبيئة الإيجابية لا تخفض السلوك غير المناسب فقط بل تتعداه إلى تنمية السلوك الإيجابي والملائم، والبعد الثالث: الاعتماد على طرق إدارة وضبط السلوك، فتوفير نظام للدعم السلوكي الفعال يُعد مكوناً أساسياً لبرامج التدخل؛ لهذا يجب الابتعاد عن طرق العقاب لأنها ترتبط بتأثيرات سلبية على شخصية الطفل وسلوكه، البُعد الرابع: ضرورة أن يتضمن برنامج التدخل تدريباً على المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، فهذا التدريب يحدث تأثيرات إيجابية في سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والبُعد الخامس: ضرورة أن يتضمن برنامج التدخل اهتماماً بالتحصيل الدراسي والتعلم، فالأداء الأكاديمي متغير لا يحظى باهتمام العديد من برامج التدخل، رغم القصور الواضح في المهارات الأكاديمية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والبُعد السادس: يشمل ضرورة الاعتماد في إعداد وتطبيق تلك البرامج على مشاركة الوالدين؛ فالوالدان لديهم تأثير كبير على نمو أطفالهم، ومن ثم يجب الاهتمام بأرائهم في عملية تقييم البرنامج قبل تطبيقه، كما يجب أن يكون لهم دور واضح في عملية تنفيذه، والبُعد السابع: ضرورة الاهتمام بالحصول على دعم مؤسسات المجتمع؛ فيجب أن تركز برامج التدخل على الاستفادة من الخدمات التي تقدمها مؤسسات المجتمع والتي تشمل

مصادر المعلومات للوالدين، وتقديم المشورة وخدمات الحماية والترفيه كالمكتبات والمتاحف والدورات التدريبية.

وهدفت دراسة سُلَيْمان عبد الواحد يوسف ( 2012 ) إلى التعرف على أهم محكات التعرف والتشخيص وبرامج التدخل السلوكي لذوي صعوبات التعلم المستخدمة في البحوث النفسية العربية، وذلك من خلال تطبيق اجراءات التحليل البعدي على 86 دراسة تشخيصية، 27 دراسة برامجية في الفترة من 1988-2012م، توصلت الدراسة إلى أن أكثر المحكات استخداماً في تشخيص صعوبات التعلم محك التباعد والاستبعاد، وأن أكثر الاستراتيجيات الإرشادية استخداماً هي العلاج التربوي، يليه العلاج السلوكي المعرفي، وأكثر التصميمات التجريبية هو تصميم المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، كذلك تبين من النتائج وجود حجم تأثير متوسط للبرامج التدريبية المستخدمة في علاج صعوبات التعلم، إضافة إلى أن حجم التأثير لا يختلف باختلاف نوع الصعوبة، وجنس المفحوص، والمدة الزمنية للبرنامج، بينما يختلف باختلاف حجم العينة.

وقدم كوبيجو، وموريان، وميرسير (2012) *Cobigo, Morin, & Mercier*

نموذجاً لتقييم فعالية برامج التدخل المقدمة للأفراد ذوي الصعوبات النمائية والعقلية وذوي الاضطرابات السلوكية، اعتمد النموذج في إعداده على أمرين، الأمر الأول: خبرات المتخصصين والقائمين على إعداد برامج التدخل؛ حيث تم سؤال عدد من المتخصصين في إعداد برامج التدخل عن أهم العناصر التي تُعد ضرورية لتحقيق الفعالية في برامج التدخل، ولماذا تُعد عنصراً أكثر فعالية عن العناصر الأخرى، والأمر الثاني: مراجعة الدراسات والأدبيات التي تناولت إعداد برامج للتدخل للأطفال ذوي الصعوبات النمائية والاضطرابات السلوكية، وفي ضوء ذلك تم تقديم نموذج ثلاثي الأبعاد، البُعد الأول: يتعلق بالأهداف: فيجب وضع مجموعة من الأهداف التي يُشترط فيها أن تكون سلوكية قابلة للقياس والتقييم، كما يجب أن تعتمد في صياغتها على سلوك الأفراد المستهدفين من تقديم برنامج التدخل، إضافة إلى شمولها لجوانب متعددة من نمو الأفراد المستهدفين من البرنامج ومهاراتهم الحياتية، الُ بعد الثاني: الأنشطة، ويتضمن هذا البُعد المحتوى الأساسي لبرنامج التدخل، ويتكون من مجالين، المجال الأول: يتعلق ببناء المحتوى، والمجال الثاني: يتعلق بعمليات تحسين سلوك الأفراد المستهدفين، وفيما يتعلق بالمجال الأول فيجب أن يتم بناء محتوى البرنامج من قبل فريق

متعدد التخصصات، كما يجب أن يتم تنفيذه تحت إشراف من ذلك الفريق، مع ضرورة مراعاة عدم إغفال دور النشاط الجسمي، وأما ما يتعلق بعمليات تحسين سلوك الأفراد، فيفضل استخدام المداخل الوظيفية المتعددة التي تقوم على أكثر من منحى علاجي، كما يجب أن تكون عملية المتابعة والتقييم مستمرة، إضافة إلى ضرورة أن تكون خطة هذه العمليات مرنة وقابلة للتعديل والتغيير، وتعتمد في صياغتها على معايير موضوعية، كما تتضمن أنشطة تتعلق بمهارات التوصل مع الآخرين، ويشمل ال بُعد الثالث والأخير: المخرجات والتي تم تصنيفها في مستويين، مخرجات على المستوى القريب، ومخرجات على المستوى البعيد، وتتضمن هذه المخرجات: انخفاض الاضطرابات السلوكية، وانخفاض إيذاء الذات، وزيادة رضا الوالدين عن سلوك الطفل وانخفاض ضغوطهم النفسية.

وقام ريشو (Reichow, 2012) بمراجعة لخمس دراسات في مجال برامج التدخل المبكر والمكثف المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام إجراءات التحليل البعدي في الفترة ما بين 2009-2010م، أشارت نتائج الدراسة إلى أن أربع دراسات من الدراسات التي تم تحليلها ثبت أنها غير فعالة كاستراتيجية تدخل مبكر مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، إضافة إلى أن أكثر المتغيرات شيوعاً في قياس فعالية التدخل المبكر كان معامل الذكاء، والسلوك التكيفي.

كما قام محمد كمال ابو الفتوح أحمد (2013) بدراسة بهدف إجراء تحليل بعدي لنتائج 101 دراسة برامجية في مجال اضطراب التوحد في الوطن العربي في الفترة 1989-2013م باستخدام إجراءات التحليل البعدي، بينت نتائجها أن عدد الرسائل يقل عن عدد البحوث المنشورة في المجلات والمؤتمرات العلمية، كذلك فإن التصميم التجريبي ذو المجموعتين هو المنهج الأكثر استخداماً، وأن استراتيجيات تعديل السلوك هي أكثر الاستراتيجيات استخداماً في البرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، كذلك فإن مهارات التفاعل الاجتماعي والمهارات الحياتية هي أكثر المتغيرات التي استهدفها الباحثون في دراستهم بنسبة بلغت 55%، كما أفادت النتائج إلى أن تلك الدراسات كان لها أثر في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد في جوانب (التفاعل الاجتماعي والمهارات الحياتية، مهارات الانتباه، تنمية اللغة، مهارات اللعب، الاضطرابات الجنسية، مهارات العمل) بينما لم يكن لها ذات التأثير في نواحي (المشكلات السلوكية، المهارات الحركية، والمهارات الحس حركية، والمهارات المعرفية).



## منهجية البحث

### أولاً: منهج البحث:

تم استخدام التحليل البعدي *Meta- Analysis* من خلال تحليل مجموعة كبيرة من نتائج البحوث التي قدمت برامج للتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الفترة ما بين 2000 – 2014م.

### ثانياً: عينة البحث:

بلغت عينة دراسات التدخل المبكر التي تم إجراء التحليل البعدي لها 152 دراسة علمية محكمة سواء رسالة ماجستير أو دكتوراه أو بحث منشور في مجلة علمية أو مؤتمر علمي محكم موزعة على عشر فئات من فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة شملت: (الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية والصحية، الأطفال ذوي اضطراب التوحد، الأطفال ذوي صعوبات التعلم، الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية، الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الأطفال ذوي الموهبة العقلية، الأطفال ذوي الإعاقة المتعددة )، استطاع الباحث الحصول عليها بشكل كامل وجميع هذه الدراسات تنطبق عليها محددات الدراسة السابقة.

### ثالثاً: اجراءات البحث:

اتبع الباحث الخطوات التالية:

1. وضع معايير لانتقاء الدراسات التي تخضع للتحليل مثل:
  - أ. عينة الدراسة لا بد أن تكون من مرحلة رياض الأطفال.
  - ب. أن تكون الدراسة قدمت برنامجاً للتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
  - ج. أن تكون الدراسة تجريبية.
  - د. أن تتضمن نتائج الدراسة بيانات كافية لحساب قيم حجم التأثير.
2. اختيار عينة الدراسات والبحوث: حيث تم تجميع الدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة، وقد ركز الباحث على الدراسات العربية والتي يتاح الحصول على النص الكامل للدراسة، من خلال البحث الإلكتروني في محركات البحث الخاصة بدار المنظومة، والمكتبة الرقمية الخاصة باتحاد مكنتات الجامعات المصرية، مكتبة الجامعة الأردنية، المجلات العلمية

- الأكاديمية العراقية، ومن خلال الكلمات المفتاحية الآتية: برنامج تدخل مبكر، الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بفئاتهم السابقة تم الحصول على 152 دراسة.
٣. **تصنيف الدراسات والبحوث** : بعد استقرار الباحث على الدراسات والبحوث التي تحققت فيها المعايير السابقة والتي بلغ عددها 152 دراسة، تم تصنيفها طبقاً لعدد من الأبعاد شملت: اسم المؤلف، سنة النشر، نوع الدراسة، فئة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المقدم لها برنامج التدخل، عدد أفراد العينة، نوع التصميم التجريبي المستخدم، استراتيجية برنامج التدخل، عدد جلسات البرنامج والفترة الزمنية لتطبيقه، الكفاءة السيكومترية لبرنامج التدخل، عدد أفراد العينة، جنس الطفل، الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحقق من فعالية برنامج التدخل، نوع المتغيرات التابعة المستهدفة، وبيانات حساب حجم التأثير.
٤. **جدولة البيانات**: فتم جدولة البيانات الخاصة بالدراسات التي تحققت فيها المعايير السابقة؛ حيث تم تعيين قيمة المتوسط وقيمة الانحراف المعياري للمجموعة التجريبية والضابطة أو التجريبية فقط حسب ما توفر من بيانات في الدراسة أو أي قيم يمكن الاعتماد عليها في حساب معامل التأثير وفق المعادلات المختلفة التي يمكن استخدامها، كما تم استخدام نظام جدولة للتصنيفات التي تم اعدادها ليسهل استنباط المعلومات منها.
٥. **حساب حجم التأثير** : حيث تم حساب حجم التأثير لهذه الدراسات باستخدام المعادلات والطرق المختلفة لحساب حجم التأثير الناتج من البيانات التي تم جدولتها في الخطوة السابقة، وذلك اعتماداً على المعادلات التي قدمها عزت عبد الحميد محمد حسن (2010).

## نتائج البحث

### نتائج السؤال الأول:

ينص السؤال الأول على: ما واقع البحوث العربية في مجال برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الفترة ما بين 2000-2014م؟ وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث بتصنيف الدراسات والبحوث التي خضعت للتحليل البعدي (برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة) وفقاً لـ:

1. **نوع الإعاقة:** تم تصنيف تلك الدراسات وفقاً لنوع الإعاقة إلى ثمانية فئات تشمل: (ذوي الإعاقة العقلية، ذوي الإعاقة البصرية، ذوي الإعاقة السمعية، ذوي الإعاقة الجسمية والصحية، ذوي اضطراب التوحد، ذوي الاضطرابات السلوكية، ذوي الاضطرابات اللغوية، ذوي صعوبات التعلم، ذوي الموهبة العقلية، ذوي الإعاقة المتعددة).
2. **نوع الدراسة:** تم تصنيف تلك الدراسات وفقاً لنوع الدراسة إلى: (رسالة ماجستير، رسالة دكتوراه، أبحاث ما بعد الدكتوراه وتشمل البحوث التي نشرها في مجلات علمية محكمة، والبحوث التي تم نشرها في مؤتمرات علمية محكمة).
3. **نوع استراتيجية التدخل المستخدمة:** تم تصنيف تلك الدراسات وفقاً لنوع استراتيجية التدخل المبكر إلى: (دراسات استخدمت استراتيجية تدخل سلوكية أو سلوكية معرفية، دراسات استخدمت استراتيجية تدخل تربوي، دراسات استخدمت استراتيجية تدخل أسري، دراسات استخدمت استراتيجية تدخل باللعب، دراسات استخدمت استراتيجية تدخل بالفن، دراسات استخدمت استراتيجية تدخل تعتمد على المدخل متعدد الأبعاد، دراسات استخدمت استراتيجيات أخرى للتدخل).
4. **عدد جلسات برنامج التدخل:** تم تصنيف تلك الدراسات وفقاً لعدد جلسات البرنامج إلى (برنامج تراوحت عدد جلساته ما بين 10-19 جلسة، برنامج تراوحت عدد جلساته ما بين 20-39 جلسة، برنامج تراوحت عدد جلساته ما بين 40 - 59 جلسة، برنامج بلغت عدد جلساته أكثر من 60 جلسة).
5. **الخصائص السيكومترية للبرنامج:** تم تصنيف تلك الدراسات وفقاً للخصائص السيكومترية للبرنامج إلى (دراسات تم فيها الاعتماد على حساب صدق البرنامج فقط، دراسات تم فيها الاعتماد على حساب صدق وثبات البرنامج).
6. **نوع التصميم التجريبي للدراسة:** تم تصنيف تلك الدراسات وفقاً لنوع التصميم التجريبي المستخدم إلى: (دراسات استخدمت تصميم تجريبي يعتمد على المجموعة الواحدة، دراسات استخدمت تصميم تجريبي يعتمد على مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، دراسات استخدمت تصميم تجريبي يعتمد على أكثر من مجموعة تجريبية وضابطة).

7. الأسلوب الإحصائي المستخدم : تم تصنيف تلك الدراسات وفقاً للأسلوب الإحصائي المستخدم إلى (دراسات استخدمت أساليب إحصائية بارامترية، دراسات استخدمت أساليب إحصائية لبارامترية).
  8. جنس الطفل: تم تصنيف تلك الدراسات وفقاً لجنس الطفل إلى : (دراسات كانت عينتها من الذكور فقط، دراسات كانت عينتها من الإناث فقط، ودراسات كانت عينتها من الذكور والإناث).
  9. حجم العينة : تم تصنيف تلك الدراسات وفقاً لحجم العينة إلى (دراسات استخدمت عينة أقل ما بين 10 أطفال، دراسات استخدمت عينة ما بين 10 - 29 طفل، دراسات استخدمت عينة أكثر من 30 طفل).
- ويوضح جدول (1)، (2)، (3)، (4)، (5) تصنيف البحوث العربية في مجال برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الفترة ما بين 2000 - 2014م.

فيما يتعلق بتصنيف البحوث العربية في مجال برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وفقاً لنوع الإعاقة فقد قام الباحث بتصنيف الدراسات والبحوث التي خضعت للتحليل البعدي وفقاً لنوع الدراسة إلى عشرة أقسام: ذوي الإعاقة الفكرية، وذوي الإعاقة البصرية، وذوي الإعاقة السمعية، وذوي الإعاقة الجسمية والصحية، وذوي اضطراب التوحد، وذوي الاضطرابات السلوكية، وذوي الاضطرابات اللغوية، وذوي صعوبات التعلم، وذوي الموهبة العقلية، وذوي الإعاقة المزدوجة، ويتضح من خلال جدول (1) أن أكثر دراسات التدخل المبكر كانت بالنسبة لذوي اضطراب التوحد بنسبة 21.71%، ثم ذوي الإعاقة العقلية بنسبة 20.39%، ثم لذوي صعوبات التعلم بنسبة 17.11%، ثم لذوي الإعاقة السمعية بنسبة 16.45%، ثم لذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية وذوي الإعاقة البصرية بنسبة 8.55%، ثم ذوي الاضطرابات اللغوية بنسبة 5.26%، ثم ذوي الموهبة العقلية بنسبة 1.32%، وفي المرتبة الأخيرة ذوي الإعاقة المتعددة بنسبة 0.66%، في حين لم توجد دراسة واحدة قدمت برامج تدخل مبكر للأطفال ذوي الإعاقة الجسمية والصحية.

أما فيما يخص نوع الدراسة فقد قام الباحث بتصنيف الدراسات والبحوث التي خضعت للتحليل البعدي وفقاً لنوع الدراسة إلى رسائل ماجستير، أطروحات دكتوراه، بحوث ما بعد الدكتوراه، كما يتضح من خلال جدول (1) أن أكثر دراسات التدخل المبكر كانت لرسائل الماجستير؛ حيث بلغ عدد رسائل الماجستير الخاصة ببرامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة 75 دراسة بنسبة 49.34%، ثم تلتها أبحاث ما بعد الدكتوراه بإجمالي 42 بنسبة 27.63% (28 دراسة تم نشرها بالمجلات العلمية بنسبة 18.42%، 14 دراسة تم نشرها بالمؤتمرات العلمية بنسبة 9.21%)، أما رسائل الدكتوراه فبلغت 35 دراسة بنسبة 23.03%.

كما يُلاحظ أيضاً أنه بالنسبة لرسائل الماجستير كانت أكثر دراسات التدخل المبكر كانت في فئة ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة 15.13%، يليها فئة ذوي صعوبات التعلم بنسبة 9.87%، ثم ذوي اضطراب التوحد بنسبة 9.21%، ثم ذوي الإعاقة السمعية بنسبة 7.24%، ثم ذوي الاضطرابات السلوكية 3.28%، ثم ذوي الإعاقة البصرية بنسبة 1.97%، ثم ذوي الاضطرابات اللغوية وذوي الموهبة العقلية بنسبة 1.32%، ثم أخيراً ذوي الإعاقة المتعددة بنسبة 0.66%.

أما بالنسبة لأطروحات الدكتوراه، فكانت أكثر دراسات التدخل المبكر في فئة ذوي اضطراب التوحد ، وذوي الإعاقة السمعية بنسبة 4.61%، ثم ذوي صعوبات التعلم ، وذوي الإعاقة البصرية بنسبة 3.28%، ثم احتلت فئة ذوي الإعاقة الفكرية، وذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية المرتبة الرابعة بنسبة 2.63%، ثم ذوي الاضطرابات اللغوية بنسبة 1.32%، وأخيراً ذوي الموهبة العقلية بنسبة 0.66%.

أما بالنسبة لأبحاث ما بعد الدكتوراه، فكانت أكثر دراسات التدخل المبكر في فئة ذوي اضطراب التوحد بنسبة 7.89%، ثم ذوي الإعاقة السمعية 4.61%، ثم ذوي صعوبات التعلم بنسبة 3.94%، ثم ذوي الإعاقة البصرية بنسبة 3.28%، ثم ذوي الإعاقة الفكرية وذوي الاضطرابات اللغوية وذوي الاضطرابات السلوكية بنسبة 2.63%.

أما فيما يخص نوع التصميم التجريبي للدراسة فقد قام الباحث بتصنيف الدراسات والبحوث التي خضعت للتحليل البعدي وفقاً لنوع التصميم التجريبي للدراسة إلى دراسات استخدمت تصميم تجريبي يعتمد على المجموعة الواحدة، دراسات استخدمت تصميم تجريبي يعتمد على مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، ودراسات استخدمت تصميم تجريبي يعتمد على أكثر من مجموعة تجريبية وضابطة، ويتضح من خلال جدول (1) اختلاف التصميمات التجريبية المستخدمة في تنفيذ برامج التدخل المبكر؛ حيث كان أكثر التصميمات التجريبية استخداماً في هذه البرامج هو تصميم المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بنسبة 69.08%، ثم يليه تصميم المجموعة التجريبية فقط بنسبة 26.97%، وأخيراً تصميم المجموعة الضابطة وأكثر من مجموعة تجريبية بنسبة 3.95%، وفي تصميم المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة يتم تدريب المجموعة التجريبية على أنشطة وتدرجات برامج التدخل المبكر في حين لا تخضع المجموعة الضابطة لهذا البرنامج، واكتفى بعض الباحثين في هذا التصميم بالقياس القبلي ثم تنفيذ برنامج التدخل المبكر ثم القياس البعدي، في حين بحث البعض الآخر من هذه الدراسات أثر هذه البرامج من خلال فترة المتابعة، ثم جاء في الترتيب الثاني تصميم المجموعة التجريبية الواحدة بنسبة 26.97%، واكتفى الباحثين في هذا التصميم بالقياس القبلي ثم تنفيذ برنامج التدخل المبكر ثم القياس البعدي، وأخيراً جاء في الترتيب الأخير تصميم أكثر من مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة؛ حيث اهتم الباحثون في هذا التصميم بمعرفة أثر استراتيجية أو أكثر من خلال تدريب كل مجموعة تجريبية

على استراتيجية من استراتيجيات التدخل المبكر، بينما لا تخضع المجموعة الضابطة لأي برنامج تدخل مبكر، واهتم الباحثين في هذه التصميمات بالقياس القبلي ثم تنفيذ برنامج التدخل المبكر وفقاً للاستراتيجية المستخدمة ثم القياس البعدي، وبحث أثر هذه البرامج من خلال فترة المتابعة، وهذه التصميمات تقاسمت الترتيب الأخير بنسبة 3.95%، وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من اختلاف التصميمات التجريبية المستخدمة في تنفيذ برامج التدخل المبكر إلا أن هذه التصميمات تم توزيع أفراد عيناتها توزيعاً عشوائياً على مجموعات الدراسة قبل أن يُحدد نوع المعالجة لكل مجموعة الأمر الذي يشير إلى تحقيق قدر كبير من التكافؤ بين مجموعات الدراسة بالإضافة إلى أن جميع هذه التصميمات التجريبية تم فيها التحقق من التكافؤ بين المجموعات في المتغير أو المتغيرات التابعة موضع البحث والمتغيرات الوسيطة أو الدخيلة.

أما فيما يخص استراتيجية التدخل فقد قام الباحث بتصنيف الدراسات والبحوث التي خضعت للتحليل البعدي وفقاً لنوع استراتيجية التدخل المستخدمة ( دراسات استخدمت استراتيجية تدخل سلوكية وسلوكية معرفية، دراسات استخدمت استراتيجية تدخل تربوية، دراسات استخدمت استراتيجية تدخل أسري، دراسات استخدمت استراتيجية تدخل باللعب، دراسات استخدمت استراتيجية تدخل بالفن، دراسات استخدمت استراتيجية تدخل تعتمد على المدخل متعدد الأبعاد، دراسات استخدمت استراتيجيات أخرى للتدخل)، ويتضح من جدول ( 2 ) أن استراتيجيات التدخل السلوكية والسلوكية المعرفية هي أكثر الاستراتيجيات استخداماً في برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بنسبة 32.24%، تليها في المرتبة الثانية الاستراتيجيات التربوية بنسبة 20.39%، ثم الاستراتيجيات التي تعتمد على اللعب بنسبة 11.84%، ويأتي في المرتبة الرابعة استراتيجيات التدخل الأخرى بنسبة 11.84%، وتشمل هذه الاستراتيجيات تدريبات الفريتو نال، وبرنامج البو رتيج، وبرنامج الفلورتايم، وتدريبات البيكس، وتدريبات التخاطب، وفي المرتبة الخامسة تأتي استراتيجيات التدخل الأسرية بنسبة 9.87%، ثم استراتيجيات التدخل ذات المداخل المتعددة بنسب بلغت 8.55%، ثم في المرتبة السادسة استراتيجية العلاج بالفن بنسبة 5.92%.

وبهذا يُلاحظ أن أكثر طرق العلاج استخداماً هو العلاج السلوكي والسلوكي المعرفي، كما يُلاحظ وجود تداخل كبير بين الفنيات المستخدمة فمثلاً فنيات لعب الدور والتعزيز والنمذجة استخدمت مع استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي، والسلوكي، والأسري، أما استراتيجية التدخل

التربوي فقد جاءت في المرتبة الثانية بنسبة 20.39% وهذا انعكاس حقيقي لأهمية دور المعلمين في برامج التدخل المبكر وفي التغلب على مشكلات الطفل، ولا يمكن تجاهل دور المدرسة في حل مشكلات الطفل، بالإضافة إلى أن معرفة المعلمين بطرق وأساليب التعلم المناسبة لهذه الفئة من الأطفال، وقدرتهم على إقامة جسر من التواصل القائم على الود والعطف والحنان معهم يساعدهم كثيراً في التغلب على مشكلاتهم، ولذلك لا بد من التركيز على استخدام فنيات علاجية يشارك فيها المعلمين.

يضاف إلى ذلك أن أقل طرق العلاج استخداماً هي استراتيجية التدخل باستخدام التدريبات الفنية بنسبة 5.92% وهذا أمر يعكس محدودية الاهتمام بذلك النوع من برامج التدخل مع أطفال ما قبل المدرسة، أما استراتيجية التدخل الأسرى فبالرغم من أن أهمية دور الوالدين في برامج التدخل إلا أن هذه الاستراتيجية لم تحظ بالاهتمام الذي يكافئ دورها فقد جاء ترتيبها في المرتبة الخامسة بنسبة 9.87%، بالرغم من أهمية الأسرة في برامج التدخل المبكر، إذا تعتبر الأسرة أحد أهم العناصر المشاركة في العلاج، والتي إذا ما تم تجاهلها وعدم تدريبها فإنها قد تشكل عبئاً واضحاً يحول دون التوصل إلى حلول مناسبة لمشاكل الطفل نتيجة عدم الخبرة في التعامل معه، مما قد يؤخر مدة العلاج ويستدعي الكثير من الجهد.

أما فيما يخص عدد جلسات برنامج التدخل، فقد قام الباحث بتصنيف الدراسات والبحوث التي خضعت للتحليل البعدي وفقاً لعدد جلسات برنامج التدخل إلى برامج تدخل تضمنت ما بين 10 - 19 جلسة، برامج تدخل تضمنت ما بين 20 - 39 جلسة، برامج تدخل تضمنت ما بين 40 - 59 جلسة، برامج تدخل تضمنت أكثر من 60 جلسة، ويتضح من جدول (3) أن أكثر فئات الجلسات التي تم تقديمها في برامج التدخل المبكر كانت للجلسات ما بين 20-39 جلسة بنسبة 51.97%، ثم فئة الجلسات ما بين 40-59 جلسة بنسبة 25.66% ثم في المرتبة الثالثة فئة الجلسات ما بين 10 - 19 جلسة بنسبة 12.50%، ثم في المرتبة الأخيرة الجلسات الأكثر من 60 جلسة بنسبة 9.87%، وكانت فئة برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي صعوبات التعلم، وذوي اضطراب التوحد أكثر الفئات في عدد الجلسات المقدمة بنسبة (10.53%)، 9.87% على الترتيب في فئة الجلسات ما بين 20 - 39 جلسة.



أما فيما يخص الخصائص السيكومترية للبرنامج فقد قام الباحث بتصنيف الدراسات والبحوث التي خضعت للتحليل البعدي وفقاً للخصائص السيكومترية للبرنامج إلى : دراسات تم حساب صدق البرنامج فقط، دراسات تم حساب صدق وثبات البرنامج، ويتضح من خلال جدول ( 3 ) أن عدد دراسات التدخل المبكر التي قامت بحساب صدق وثبات البرنامج (اجراء دراسة استطلاعية للبرنامج) بلغت 13.82% كانت النسبة الأكبر منها لذوي الإعاقة السمعية بنسبة 3.95%، ثم ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة 3.82%، ثم ذوي اضطراب التوحد ، وذوي صعوبات التعلم بنسبة 2.63%، وأخيراً ذوي الاضطرابات السلوكية وذوي الاضطرابات اللغوية بنسبة 0.66%، وبالنسبة للدراسات التي قامت بحساب الصدق فقط دون الثبات فبلغت نسبتها 86.18%، كانت النسبة الأكبر منها لبرامج ذوي اضطراب التوحد بنسبة 19.08%، ثم لبرامج ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة 17.76%، ثم لبرامج ذوي صعوبات التعلم بنسبة 13.82%، ثم لبرامج ذوي الإعاقة السمعية بنسبة 12.50%، ثم لبرامج ذوي الإعاقة البصرية بنسبة 8.55%، ثم برامج ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية بنسبة 7.89%، ثم لبرامج ذوي الاضطرابات اللغوية بنسبة 4.61%، وأخيراً لبرامج ذوي الموهبة العقلية بنسبة 1.32%،.

أما فيما يخص الأسلوب الإحصائي المستخدم فقد قام الباحث بتصنيف الدراسات والبحوث التي خضعت للتحليل البعدي وفقاً للأسلوب الإحصائي المستخدم إلى (دراسات استخدمت أساليب إحصائية بارامترية، دراسات استخدمت أساليب إحصائية لابارامترية)، ويتضح من جدول ( 3 ) أنه بالنسبة لنوع الإحصاء المستخدم : كان للإحصاء اللابارامتري النسبة الأكبر ( 75.00% ) ثم الإحصاء البارامتري بنسبة 25.00%، فبالنسبة للإحصاء اللابارامتري احتلت برامج التدخل المبكر لذوي اضطراب التوحد المرتبة الأولى بنسبة 19.08%، ثم دراسات التدخل المبكر الخاصة بذوي الإعاقة الفكرية بنسبة 14.47%، ثم برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة السمعية وذوي صعوبات التعلم بنسبة 12.50%، ثم برامج التدخل المبكر لذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية وذوي الإعاقة البصرية بنسبة 6.58%، ثم ذوي الاضطرابات اللغوية بنسبة 1.97% ثم ذوي الموهبة العقلية بنسبة 1.32%، وأخيراً ذوي الإعاقة المتعددة بنسبة 0.66%، وبالنسبة لاستخدام الدراسات لأساليب الإحصاء البارامتري، فقد كانت دراسات التدخل المبكر الخاصة بذوي الإعاقة الفكرية في المرتبة الأولى بنسبة 6.58%، ثم برامج التدخل المبكر الخاصة بذوي

صعوبات التعلم بنسبة 4.61%، ثم برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة السمعية بنسبة 3.95%،  
ثم برامج التدخل المبكر لذوي الاضطرابات اللغوية بنسبة 3.28%، ثم برامج التدخل المبكر  
لذوي اضطراب التوحد بنسبة 2.63%، ثم برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة البصرية وذوي  
الاضطرابات السلوكية بنسبة 1.97%.

وبالنسبة لجنس **الطفل** الذي يُطبق عليه برنامج التدخل المبكر فيلاحظ من خلال بيانات  
جدول (4) أن 82.89% من الأطفال المشاركين في برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي  
الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م كانوا من الجنسين  
(ذكوراً وإناثاً) بينما كان 11.18% من هؤلاء الأطفال ذكوراً فقط، وأخيراً فإن 5.92% من هؤلاء  
الأطفال كانوا إناثاً فقط، ويلاحظ أن الدراسات التي أجريت على عينات شملت إحدى الجنسين  
فقط (ذكوراً فقط أو إناثاً فقط) تعود إما لصعوبة توافر الجنسين في المجتمع موضع الدراسة أو  
لخصائص ترتبط بالمجتمع الذي تجرى فيه الدراسة، فبعض المجتمعات الخليجية لا تسمح بأن  
تقوم باحثة بدراسة على ذكور أو العكس.

كذلك فيما **يتعلق بحجم العينة** فيلاحظ من خلال بيانات جدول (4) أن 55.92% من  
العينات التي طبقت عليها برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في  
الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م كانت عينات يتراوح عدد أفرادها من 10 - 29  
طفل بينما يأتي في المرتبة الثانية العينات التي يكون عدد أطفالها أقل من 10 أطفال بنسبة  
33.55%، وفي المرتبة الأخيرة العينات الأكثر من 30 طفلاً بنسبة 10.53%، وهذا أمر  
منطقي؛ حيث إن نسب انتشار الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع الأساسي الذي  
سُحبت منه تلك العينات منخفضة مقارنة بالأطفال العاديين.

أما فيما يخص **المتغيرات التابعة المستهدفة** من برنامج التدخل فقد قام الباحث بتصنيف  
الدراسات والبحوث التي خضعت للتحليل البعدي وفقاً للمتغيرات التابعة المستهدفة من برنامج  
التدخل ويتضح من جدول (5) أن أكثر المتغيرات التابعة استهدفاً كانت المهارات الحياتية  
والتكيفية والاجتماعية بنسبة 27.63%، تليها المهارات اللغوية بنسبة 25%، ثم المهارات  
المعرفية وقبل الأكاديمية بنسبة 15.13%، ثم مهارات التواصل وأعراض صعوبات التعلم بنسبة  
متساوية بلغت 9.21%، ثم الخصائص الشخصية بنسبة 8.88%، ثم المهارات الحسية والحركية  
بنسبة 4.61%، وأخيراً مهارات اللعب بنسبة 0.66%.

## نتائج السؤال الثاني:

ما حجم أثر برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة من 2000-2014م في تحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟ ويقصد بتحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة هنا التحسن في المتغيرات التابعة التي تم دراستها في برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، وللإجابة على هذا السؤال تم فحص الدراسات والبحوث التي تناولت تقديم برامج تدخل مبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومن خلال البيانات الإحصائية تم حساب متوسط حجم التأثير لهذه البرامج وكانت النتائج على النحو المبين بجدول (6).

### جدول (6)

#### حجم التأثير لبرامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

عدد الدراسات	متوسط حجم التأثير	التصنيف
152	0.743	متوسط

يتضح من الجدول السابق أن متوسط حجم تأثير برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بلغت 0.743، وبالرجوع إلى تصنيف كوهين *Cohen* يمكننا تصنيف حجم تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى حجم تأثير متوسط.

## نتائج السؤال الثالث:

ينص هذا السؤال على: هل يختلف حجم تأثير برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة من 2000-2014م في تحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف: نوع الإعاقة، نوع الدراسة، واستراتيجية التدخل المستخدمة، وعدد جلسات برنامج التدخل، والخصائص السيكومترية للبرنامج، ونوع التصميم التجريبي للدراسة، والأسلوب الإحصائي المستخدم، جنس الطفل، حجم العينة؟

للإجابة على هذا السؤال تم تصنيف أحجام التأثير لبرامج التدخل المبكر وفقاً لنوع كل متغير: فبالنسبة نوع الإعاقة، تم تصنيف أحجام التأثير وفقاً لنوع الإعاقة إلى أحجام تأثير خاصة ببرامج ذوي الإعاقة الفكرية، وأحجام تأثير خاصة ببرامج ذوي الإعاقة البصرية، وأحجام تأثير خاصة ببرامج ذوي الإعاقة السمعية، وأحجام تأثير خاصة ببرامج ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وأحجام تأثير خاصة ببرامج ذوي الاضطرابات اللغوية، وأحجام تأثير خاصة ببرامج ذوي صعوبات التعلم، وأحجام تأثير خاصة ببرامج ذوي الموهبة العقلية، وتم حساب متوسط حجم تأثير لكل فئة من هذه الفئات، ويوضح جدول (7) متوسطات أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفها تبعاً لنوع الإعاقة.

#### جدول (7)

##### حجم التأثير لبرامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وفقاً لنوع الإعاقة

نوع الفئة	عدد الدراسات	القيم الصغرى لحجم التأثير	القيم العليا لحجم التأثير	متوسط حجم التأثير	التصنيف
ذوي الإعاقة الفكرية	31	0.431	1.28	0.882	كبير
ذوي الإعاقة البصرية	13	0.140	1.80	0.966	كبير
ذوي الإعاقة السمعية	25	0.330	1.00	0.701	متوسط
ذوي اضطراب التوحد	33	0.280	1.30	0.776	متوسط
ذوي الاضطرابات السلوكية	13	0.06	1.00	0.676	متوسط
ذوي الاضطرابات اللغوية	8	1.16	1.08	0.559	متوسط
ذوي صعوبات التعلم	26	0.14	2.22	0.713	متوسط
ذوي الموهبة العقلية	2	0.63	0.71	0.671	متوسط
ذوي الإعاقة المزدوجة	1	-	-	0.623	متوسط

يتضح من الجدول السابق أن قيم أحجام التأثير لبرامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تراوحت ما بين 0.06 - 2.22 موزعة على فئات هؤلاء الأطفال؛ حيث جاء في المرتبة الأولى حجم تأثير برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة البصرية ( 0.966)،

ثم يليه حجم تأثير برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة الفكرية ( 0.822)، ثم يليه حجم تأثير برامج التدخل المبكر لذوي اضطراب التوحد ( 0.776)، ثم يليه حجم تأثير برامج التدخل المبكر لذوي صعوبات التعلم ( 0.713)، ثم يليه حجم تأثير برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة السمعية ( 0.701)، ثم يليه حجم تأثير برامج التدخل المبكر لذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية ( 0.676)، ثم يليه حجم تأثير برامج التدخل المبكر لذوي الموهبة العقلية ( 0.671)، ثم يليه حجم تأثير برامج التدخل المبكر لذوي الاضطرابات اللغوية ( 0.559) وذلك في المرتبة الأخيرة، وبالرجوع إلى تصنيف كوهين *Cohen* يمكننا تصنيف أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى أحجام تأثير متوسطة وكبيرة؛ حيث كانت أحجام تأثير برامج التدخل المبكر لذوي (الإعاقة الفكرية، الإعاقة البصرية) كبيرة، بينما كانت أحجام تأثير برامج التدخل المبكر لذوي ( الإعاقة السمعية، اضطراب التوحد، الاضطرابات السلوكية، صعوبات التعلم، الموهبة العقلية) متوسطة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه كوكجو وأقرانه *Cobigo, Morin, & Mercier* (2012) من أن كل برنامج من برامج التدخل المبكر التي تم تصميمها تم إعداده في ضوء خصائص فئة الأطفال المستهدفة؛ ومن ثم فهو صالح للتطبيق على هذه الفئة بصورة أفضل عن غيرها من الفئات، بحيث إذا ما تم تطبيقه على فئة أخرى من فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ربما لا يؤدي إلى نفس النتائج، فالأطفال ذوي الإعاقة السمعية يختلفون في خصائصهم عن غيرهم من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ومن يقومون بإعداد برامج التدخل المبكر لأي من هذه الفئات يراعون تلك الخصائص ؛ لهذا جاءت النتائج الفرض على هذا النحو لتشير إلى أن أحجام التأثير التي اتخذها الباحث محكاً لفعالية البرنامج تختلف بين تلك الأنواع من فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

كذلك تم تصنيف أحجام التأثير وفقاً لنوع الدراسة: إلى أحجام تأثير خاصة بر سائل الماجستير، أحجام تأثير خاصة برسائل الدكتوراه، أحجام تأثير خاصة بلبيحات ما بعد الدكتوراه، وتم حساب متوسط حجم تأثير لكل فئة من هذه الدراسات.

وأيضاً بالنسبة لحجم العينة : تم تصنيف أحجام التأثير وفقاً لحجم العينة إلى ثلاثة أقسام، أحجام تأثير دراسات استخدمت عينات أقل من 10 أطفال، أحجام تأثير دراسات استخدمت عينات ما بين 10 - أقل من 30 طفل، أحجام تأثير دراسات استخدمت عينات أكثر من 30 طفل، وتم حساب متوسط حجم تأثير لكل فئة من هذه الدراسات .

وبالنسبة لجنس الطفل المشارك في الدراسة: تم تصنيف أحجام التأثير وفقاً لجنس الطفل المشارك في الدراسة إلى ثلاثة أقسام: أحجام تأثير دراسات تكونت من عينات شملت ذكور فقط، أحجام تأثير دراسات تكونت من عينات شملت إناث فقط، و أحجام تأثير دراسات تكونت من عينات شملت ذكور وإناث، وتم حساب متوسط حجم تأثير لكل فئة من هذه الدراسات .

وبالنسبة لنوع التصميم التجريبي للدراسة : تم تصنيف أحجام التأثير وفقاً لنوع التصميم التجريبي للدراسة إلى ثلاثة أقسام أحجام تأثير برامج تدخل استخدمت التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة، أحجام تأثير برامج تدخل اعتمدت على التصميم التجريبي ذو المجموعة التجريبية وأخرى الضابطة، أحجام تأثير برامج تدخل استخدمت تصميم تجريبي يعتمد على أكثر من مجموعة تجريبية وضابطة، وتم حساب متوسط حجم تأثير لكل فئة من هذه الدراسات .

ويوضح جدول (8) متوسطات أحجام تأثير (م.ح.أ) برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفها تبعاً لمتغيرات (نوع الدراسة، حجم العينة، جنس الطفل، نوع التصميم التجريبي).

### جدول (8)

متوسطات أحجام تأثير (م.ح.أ) برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفها

تبعاً لمتغيرات (نوع الدراسة، حجم العينة، جنس الطفل، نوع التصميم التجريبي)

المتغير	ن	م.ح.أ	التصنيف
نوع الدراسة			
رسالة ماجستير	75	0.638	متوسط
رسالة دكتوراه	35	0.654	متوسط
ابحاث ما بعد الدكتوراه	42	0.900	كبير
حجم العينة			
أقل من 10 أطفال	51	0.651	متوسط
10 - لأقل من 30 طفل	85	0.554	متوسط
أكثر من 30 طفل	16	0.132	صغير
جنس الطفل			
ذكور	17	0.541	متوسط
إناث	9	0.682	متوسط
ذكور وإناث	121	0.784	متوسط
نوع التصميم التجريبي			
مجموعة تجريبية فقط	41	0.723	متوسط
مجموعة تجريبية وضابطة	105	0.781	متوسط
أكثر من مجموعة تجريبية وضابطة	6	0.644	متوسط

يتضح من جدول ( 8 ) أن متوسط أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف نوع الدراسة؛ حيث جاءت في المرتبة الأولى متوسط أحجام تأثير ابحاث ما بعد الدكتوراه بمتوسط 0.900 وهو حجم تأثير كبير، بينما جاء في المرتبة الثانية متوسط حجم تأثير رسائل الدكتوراه بمتوسط 0.654 وهو حجم تأثير متوسط، وأخيراً جاء في المرتبة الثالثة متوسط حجم تأثير رسائل الماجستير بمتوسط 0.638 وهو حجم تأثير متوسط، وهذه النتيجة تعكس ما أكده سمبسون وأقرانه (Smpson, Peterson, Smith, (2013) من أن هناك علاقة قوية ودالة بين جودة مخرجات برامج التدخل وكفاءة المدربين القائمين على تنفيذ تلك البرامج.

فالقائم على تنفيذ البرنامج لابد أن تتوفر لديه مهارات إدارة الجلسات والحوار والمناقشة وتوجيه التفاعل الاجتماعي بينه وبين المشاركين، إضافة إلى تمكنه من استخدام أدوات البرنامج المختلفة كالمعينات والتدريبات والاختبارات المختلفة، ومهارات التحليل الإحصائي للنتائج وتفسيرها (Paul, & Roth, 2011)، وهذه الخصائص تتوفر لدى باحثي ما بعد الدكتوراه منها لدى باحثي ما قبل الدكتوراه، وبحوث ما بعد الدكتوراه يقوم بإعدادها الباحثين من حملة الدكتوراه والأساتذة المساعدون والأساتذة، الذين توافرت لديهم فرصة إعداد رسائل الماجستير والدكتوراه قبل ذلك، أو ساهموا في الإشراف عليها ومناقشتها، ومن ثم فعامل الخبرة والكفاءة يتوافر لديهم أكثر من توافره في الباحثين من حملة الماجستير والدكتوراه ، فعامل الخبرة والكفاءة يعدان هامين في تحقيق أهداف برامج التدخل السلوكي، فهذا العامل يرتبط بمن يقوم بإعداد تلك البرامج وتنفيذها ومتابعة تقييمها، ومن ثم فكلما زاد معدل توافر هذا العامل كلما اقترب البرنامج من تحقيق أهدافه ومن ثم تبيت فعاليته.

**أما بالنسبة لحجم العينة**، فيتضح من جدول (8) أن متوسط أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف حجم العينة؛ فقد كان أعلى متوسط حجم تأثير لبرامج التدخل المبكر المستخدمة مع عينات صغيرة الحجم بمتوسط 0.651 يليها البرامج التي طبقت على عينات متوسطة الحجم بمتوسط حجم تأثير 0.554 ثم جاءت في المرتبة الأخيرة برامج التدخل المبكر المستخدمة مع عينات كبيرة بمتوسط حجم تأثير 0.132، وبشكل عام يمكن القول أن حجم التأثير للدراسات ذات الحجم الصغير والمتوسط يقع في حدود التأثير المتوسط، بينما كان حجم التأثير للعينات كبيرة الحجم في حدود التأثير الصغير (الضعيف)، وبالتالي يختلف متوسط حجم تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف حجم العينة.

**وفيما يتعلق بجنس الطفل**، فيتضح من جدول (8) أن أعلى حجم تأثير كان لبرامج التدخل المبكر المستخدمة مع أطفال ذكور وإناث بمتوسط حجم تأثير 0.784، يليها برامج التدخل المبكر التي طبقت على عينات من الإناث فقط بمتوسط حجم تأثير 0.682، ثم جاء في المرتبة الأخيرة برامج التدخل المبكر المستخدمة مع عينات من الذكور فقط بمتوسط حجم تأثير



0.541، وهي جميعها أحجام تأثير متوسطة، وبالتالي لا تختلف أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف جنس الطفل.

أما بالنسبة للتصميم التجريبي للدراسة ، فيتضح من خلال جدول ( 8 ) أن أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا تختلف باختلاف نوع التصميم التجريبي للدراسة، فقد جاءت جميع متوسطات أحجام التأثير في المستوى المتوسط؛ حيث جاء في المرتبة الأولى متوسط حجم تأثير تصميمات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بمتوسط 0.781، وفي المرتبة الثانية أحجام تأثير الدراسات ذات التصميم التدريبي للمجموعة التجريبية فقط بمتوسط 0.723، وأخيراً أحجام تأثير الدراسات التي استخدمت تصميماً تجريبياً يعتمد على أكثر من مجموعة تجريبية بمتوسط 0.644، وهذه القيم جميعها ذات تأثير متوسط مما يدل على أن أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا تختلف باختلاف نوع التصميم التجريبي للدراسة.

وهذا يعني أن نوع التصميم التجريبي المستخدم سواء أكان تصميماً لمجموعة تجريبية واحدة أو مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة أو مجموعة ضابطة وأكثر من مجموعة تجريبية لا يتدخل في تحديد فعالية البرنامج ، وهذا ما أكده محسوب عبد القادر الضوي ( 2006 ) من أن اختيار الباحث للتصميم التجريبي لبحثه يحكمه عدد من المتغيرات ترتبط بخصائص العينة وأهداف البحث أكثر من ارتباطها بنوع تصميم تجريبي دون غيره(محسوب عبد القادر الضوي، 2006، ص 87)، ومن ثم فليس هناك تصميم تجريبي فعال دون غيره ولكن هناك تصميم تجريبي يُعد فعال في تحقيق أهداف بحث محددة فإذا ما نجح الباحث في اختيار هذا التصميم كانت نتائج البحث أكثر فعالية.

فإذا كان عدد أفراد العينة قليلاً، فعالباً ما يلجأ البحث إلى التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة ثم يقوم بإجراء قياس قبلي ثم بعدي ويقارن بين نتائج القياسين باستخدام الأسلوب الإحصائي المناسب، في حين إذا ما توافرت أعداد مناسبة من أفراد العينة تمكن الباحث من تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وهكذا..

**وبالنسبة نوع استراتيجية التدخل المستخدمة :** تم تصنيف أحجام التأثير وفقاً لنوع استراتيجية التدخل المستخدمة إلى أحجام تأثير خاصة بالبرامج التي استخدمت استراتيجية تدخل سلوكية والسلوكية المعرفية، أحجام تأثير خاصة بالبرامج التي استخدمت استراتيجية تدخل تربوية،

وأحجام تأثير خاصة بالبرامج التي استخدمت استراتيجية التدخل الأسري، أحجام تأثير خاصة بالبرامج التي استخدمت استراتيجية التدخل باللعب، أحجام تأثير خاصة بالبرامج التي استخدمت استراتيجية التدخل بالأنشطة الفنية، أحجام تأثير خاصة بالبرامج التي استخدمت التي تعتمد على المدخل متعدد الأبعاد، أحجام تأثير خاصة بالبرامج التي استخدمت تدخلات أخرى، وتم حساب متوسط حجم تأثير لكل فئة من هذه الدراسات، ويوضح جدول (9) متوسطات أحجام تأثير (م.ح.أ) برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفها تبعاً لنوع التدخل المستخدم.

### جدول (9)

متوسطات أحجام تأثير (م.ح.أ) برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي  
الاحتياجات الخاصة وتصنيفها تبعاً لنوع التدخل المستخدم

نوع استراتيجية التدخل	ن	م.ح.أ	التصنيف
سلوكي - سلوكي معرفي	49	0.921	كبير
تربوي	31	0.724	متوسط
أسري	15	0.833	كبير
باللعب	18	0.824	كبير
بالفن	9	0.572	متوسط
متعدد الأبعاد	13	0.761	متوسط
اساليب أخرى للتدخل	18	0.534	متوسط

ويتضح من خلال جدول (9) أنه بالنسبة لنوع التدخل المستخدم فإن حجم تأثير برامج التدخل المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف نوع التدخل المستخدم؛ فقد جاء في المرتبة الأولى متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت أساليب التدخل السلوكية والسلوكية المعرفية بمتوسط حجم تأثير 0.0921 وهي قيمة ذات تأثير كبير، وفي المرتبة الثانية أحجام تأثير الدراسات التي استخدمت الارشاد الأسري بمتوسط حجم تأثير بلغ 0.833 وهي قيمة ذات تأثير كبير، وجاء في المرتبة الثالثة متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت أساليب التدخل باللعب بمتوسط حجم تأثير 0.0824 وهي قيمة ذات تأثير كبير، وجاء في المرتبة الرابعة متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت أساليب التدخل متعدد الأبعاد بمتوسط حجم تأثير

0.0761 وهي قيمة ذات تأثير متوسط، وجاء في المرتبة الخامسة متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت أساليب التدخل التربوية بمتوسط حجم تأثير 0.0724 وهي قيمة ذات تأثير متوسط، وجاء في المرتبة السادسة متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت أساليب التدخل القائمة على الأنشطة الفنية بمتوسط حجم تأثير 0.572 وهي قيمة ذات تأثير متوسط، وجاء في المرتبة الأخيرة متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت أساليب التدخل الأخرى والتي شملت التدريبات الصوتية، وطريقة الفلورتايم، وتدريبات الفريتونال، وبرنامج البورتاج، وتدريبات البيكس، وتدريبات التخاطب، وذلك بمتوسط حجم تأثير 0.0534 وهي قيمة ذات تأثير متوسط مما يدل على أن أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف نوع التدخل المستخدم.

كذلك فيما يتعلق بعدد جلسات برنامج التدخل : تم تصنيف أحجام التأثير وفقاً لعدد جلسات برنامج التدخل إلى أربعة أقسام: أحجام تأثير خاصة بالبرامج التي تكونت من جلسات ما بين 10-19 جلسة، أحجام تأثير خاصة بالبرامج التي تكونت ما بين 20-39 جلسة، أحجام تأثير خاصة بالبرامج التي تكونت ما بين 40-59 جلسة، أحجام تأثير خاصة بالبرامج التي تكونت من أكثر من 59 جلسة وتم حساب متوسط حجم تأثير لكل فئة من هذه الدراسات .

وبالنسبة للخصائص السيكومترية للبرنامج : تم تصنيف أحجام التأثير وفقاً للخصائص السيكومترية للبرنامج إلى قسمين: أحجام تأثير برامج تدخل اعتمدت على حساب صدق البرنامج فقط، أحجام تأثير برامج تدخل اعتمدت على حساب صدق وثبات البرنامج معاً، وتم حساب متوسط حجم تأثير لكل فئة من هذه الدراسات، وأخيراً بالنسبة للأسلوب الإحصائي المستخدم: تم

التصنيف	م.ح.أ	ن	المتغير	
صغير	0.141	19	10 - 19 جلسة	عدد الجلسات
متوسط	0.784	79	20 - 39 جلسة	
متوسط	0.720	39	40 - 59 جلسة	
متوسط	0.694	15	أكثر من 60 جلسة	
متوسط	0.521	131	حساب صدق البرنامج	الخصائص السيكومترية
كبير	0.973	21	حساب صدق وثبات البرنامج	للبرنامج
متوسط	0.671	38	أساليب احصائية بارامتريية	الأساليب الاحصائية
متوسط	0.654	114	أساليب احصائية لا بارامتريية	

تصنيف أحجام التأثير وفقاً لنوع الأسلوب الإحصائي المستخدم إلى أحجام تأثير دراسات استخدمت أساليب إحصائية بارامتريية، أحجام تأثير دراسات استخدمت أساليب إحصائية لا بارامتريية، وتم حساب متوسط حجم تأثير لكل فئة من هذه الدراسات، ويوضح جدول ( 10 ) متوسطات أحجام تأثير (م.ح.أ) برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفها تبعاً لمتغيرات عدد جلسات البرنامج، الخصائص السيكومترية للبرنامج، والأساليب الاحصائية المستخدم.

### جدول (10)

متوسطات أحجام تأثير (م.ح.أ) برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفها تبعاً لمتغيرات عدد جلسات البرنامج، الأساليب الاحصائية المستخدم، الخصائص السيكومترية للبرنامج

بالنسبة لعدد جلسات البرنامج ، فيتضح من خلال جدول ( 10 ) أن حجم تأثير برامج التدخل المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف عدد جلسات البرنامج المستخدم؛ فقد جاء في المرتبة الأولى متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت برامج بلغ عدد جلساتها ما بين 20 - 39 جلسة بمتوسط حجم تأثير 0.0784 وهي قيمة ذات تأثير متوسط، وفي المرتبة الثانية أحجام تأثير الدراسات التي استخدمت برامج بلغ عدد جلساتها ما بين 40 - 59 جلسة بمتوسط حجم تأثير بلغ 0.720 وهي قيمة ذات تأثير متوسط، و جاء في المرتبة الثالثة متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت برامج بلغ عدد جلساتها 60 جلسة فأكثر بمتوسط حجم تأثير 0.0694 وهي قيمة ذات تأثير متوسط، جاء في المرتبة الرابعة والأخيرة متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت برامج بلغ عدد جلساتها ما بين 10 - 19 جلسة بمتوسط حجم تأثير 0.0141 وهي قيمة ذات تأثير منخفض (ضعيف) مما يدل على أن أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف عدد جلسات برنامج التدخل المبكر المستخدم.

فلسلجات الأطول في فترة التدريب، تسمح بتكرار الأنشطة وإعادة التدريب على محتوى البرنامج، الأمر الذي يؤدي إلى تحقيق أفضل استفادة من محتوى البرنامج، وهذا ما أكدته دراسة أشبي (1995)، Ashby، من أن كثافة خدمات التدخل المبكر لها آثار دالة إيجابية على النمو اللغوي والإدراكي للأطفال.

كما أن طول فترة البرنامج يتيح الفرصة لتعدد وتنوع التدريبات من حيث المحتوى والطريقة، وهذا يُعد أمراً ضرورياً لتسهيل استفادة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من برنامج التدخل (Blok, Fukkink, Grebhardt, & Leseman, 2005)، إضافة إلى أن طول فترة البرنامج يتيح الفرصة لتكرار التدريبات بصور مختلفة مشتقة من خبرات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الحياتية، مما يساعد على إدراك المبدأ العام الذي يحكمها، الأمر الذي يؤدي إلى

اكتساب السلوك المستهدف وتثبيته كما يعمل على تيسير انتقال اثر التدريب عليه إلى مواقف جديدة في حياته اليومية من ناحية أخرى (فاروق محمد صادق، 1993).

إن طول فترة البرنامج وبخاصة برامج التدخل المبكر التي تُقدم في مرحلة مبكرة من عمر الطفل (قبل سني المدرسة الابتدائية) إضافة إلى أنه يُقدم إلى فئة لديها نواحي عجز في جوانب مختلفة (ذوي الاحتياجات الخاصة) يتيح الفرصة أمام مقدمي البرنامج إلى تحليل المهام الخاصة بأنشطة البرنامج إلى الصورة التي تُسهل عملية اكتسابها من قبل الأطفال المستهدفين. ويتضح من خلال جدول (10) فيما يتعلق بالخصائص السيكومترية للبرنامج، أن حجم

تأثير برامج التدخل المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف الخصائص السيكومترية للبرنامج؛ فقد جاء في المرتبة الأولى متوسط حجم تأثير الدراسات التي قامت بحساب صدق وثبات البرنامج بمتوسط حجم تأثير  $0.0973$  وهي قيمة ذات تأثير كبير، وفي المرتبة الثانية أحجام تأثير الدراسات التي قامت بحساب صدق البرنامج فقط بمتوسط حجم تأثير  $0.521$  وهي قيمة ذات تأثير متوسط مما يدل على أن أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف الخصائص السيكومترية للبرنامج.

فعلى مصممي البرنامج التحقق من صدقه بعرضه على مجموعة من المتخصصين في الظاهرة التي يعالجها البرنامج للحكم على صدق محتوى البرنامج ومدى تناسق وكفاية الإجراءات التدريبية وصلاحيه الأدوات المقترحة لما وضعت من أجله أي مدى تمثيلها للظاهرة موضع البرنامج.

كما يشير كوكينا وكيرن (2010) *Kokina, & Kern* إلى أنه يُفضل إجراء دراسة استطلاعية للبرنامج قبل استخدامه على عينات صغيرة من الأفراد المستهدفين ثم المقارنة بين نتائج التطبيق على هذه العينات المختلفة والتعرف على مدى الاتساق بين هذه النتائج ، فهذه الخطوة تُفيد في التعرف على الصعوبات والعقبات التي ستواجه التطبيق الفعلي للبرنامج الأمر الذي ييسر التخطيط لكيفية التغلب عليه ومن ثم تحقيق أفضل نتائج للبرنامج (*Kokina, & Kern, 2010*).

أما بالنسبة للأساليب الإحصائية ، فيتضح من خلال جدول ( 10 ) أن حجم تأثير برامج التدخل المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا تختلف باختلاف نوع الأساليب الإحصائية المستخدمة؛ فقد جاء في المرتبة الأولى متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت أساليب إحصائية بارامترية بمتوسط حجم تأثير 0.0671 وهي قيمة ذات تأثير متوسط، وفي المرتبة الثانية أحجام تأثير الدراسات التي استخدمت أساليب إحصائية لابارامترية بمتوسط حجم تأثير بلغ 0.654 وهي قيمة ذات تأثير متوسط مما يدل على أن أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا تختلف باختلاف نوع الأساليب الإحصائية المستخدمة.

تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة شونكوف، وهوزير-كرام *Shonkoff, & Hauser- Cram, (1987)* والتي أشارت إلى عدم وجود اختلافات في أحجام التأثير تعود إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في دراسات التدخل السيكولوجي.

ويفسر الباحث هذه النتيجة في ضوء ما أشار إليه كوبيجو، وموريان، وميرسير *Cobigo, Morin, & Mercier, (2012)* من أن أحد العوامل التي تؤثر على نتائج الدراسات هو استخدام الأسلوب الإحصائي المناسب، وليس استخدام أسلوب إحصائي دون آخر؛ بمعنى أن كل مجموعة من البيانات يناسبها أسلوب إحصائي محدد فإذا تم اختياره في معالجة تلك البيانات، فإن هذا يؤدي إلى الحصول على نتائج أكثر مصداقية وفعالية.

ومن ثم فإن اعتماد الباحثين في المعالجات الإحصائية على أسلوب إحصائي معين يعود إلى نوع البيانات وخصائصها ولا يعود إلى كفاءة أسلوب إحصائي دون غيره.

ويلاحظ صغر حجم العينات الخاصة بالدراسات التي خضعت للتحليل البعدي، الأمر الذي ترتب عليه استخدام أساليب تحليل لابارامترية في غالبية تلك الدراسات ( 60% من تلك الدراسات)؛ حيث شملت هذه الأساليب استخدام اختبار مان ويتي، واختبار ويلكسون، بينما الدراسات الأخرى ( 40% من الدراسات) استخدمت أساليب إحصائية لابارامترية، شملت تحليل التباين، واختبار "ت".

وأخيراً تم تصنيف أحجام التأثير وفقاً للمتغير التابع المستهدف وتم حساب متوسط حجم تأثير لكل فئة من هذه الدراسات ، ويوضح جدول ( 11 ) متوسطات أحجام تأثير (م.ح.أ) برامج

التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفها تبعاً للمتغيرات التابعة  
المستهدفة.



### جدول (11)

متوسطات أحجام تأثير (م.ح.أ) برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفها تبعاً للمتغيرات التابعة المستهدفة

التصنيف	متوسط حجم التأثير	ن	المتغير التابع المستهدف
متوسط	0.712	26	مهارات الحياة اليومية والتكيفية
متوسط	0.641	16	المهارات الاجتماعية ومهارات التفاعل الاجتماعي
كبير	0.841	18	المشكلات السلوكية
متوسط	0.544	23	المهارات المعرفية وقبل الأكاديمية
متوسط	0.651	38	المهارات اللغوية
متوسط	0.633	14	اعراض صعوبات التعلم
متوسط	0,742	14	مهارات التواصل
متوسط	0.432	7	مهارات حسية وحركية
متوسط	0.564	1	مهارات اللعب
متوسط	0.740	5	مهارات ابتكارية
ضعيف	0.112	13	خصائص شخصية (الثقة بالنفس، مفهوم الذات)

يتضح من جدول ( 11 ) أن متوسط حجم تأثير برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م يختلف باختلاف المتغير التابع المستهدف؛ حيث كان حجم أثر برامج التدخل المبكر كبيراً في خفض المشكلات السلوكية، بينما كان متوسطاً في تنمية اللغة وتنمية المهارات الحركية، ومهارات اللعب، والمهارات المعرفية وقبل الأكاديمية، ومهارات الحياة اليومية والسلوك التكيفي، والمهارات الاجتماعية، وضعيفاً في تنمية السمات الشخصية.

### نتائج السؤال الرابع:

ينص السؤال الأول على: ما مدى انطباق بعض مؤشرات الجودة في إعداد برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟ ويقصد بمؤشرات الجودة توافر العناصر التالية: صياغة أهداف البرنامج ، تحديد الفئة المستهدفة من البرنامج ، تحديد الأساس النظري للبرنامج، تحديد الأسلوب الإرشادي المستخدم ، وتقديم مبررات علمية لاستخدام استراتيجية التدخل، وتحديد العناصر البشرية المشاركة في البرنامج ، تحديد المصادر الأساسية لمحتوى البرنامج، تحديد أساليب تقويم البرنامج ، إعداد الصورة الأولية والنهائية للبرنامج ، تحديد المحتوى الأساسي للبرنامج ، بناء جلسات البرنامج ، بناء دليل البرنامج ، تحديد البيئة الخاصة بتطبيق البرنامج، وللإجابة على السؤال الرئيسي للدراسة تم حساب نسب انطباق المؤشرات السابقة على برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، ويوضح جدول ( 12 ) التكرارات والنسب المئوية الخاصة بانطباق بعض مؤشرات الجودة على برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

جدول(12)

التكرارات والنسب المئوية الخاصة بانطباق بعض مؤشرات الجودة في برامج التدخل المبكر  
المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

م	مؤشرات الجودة في إعداد برنامج التدخل	التكرار		النسبة	
		لا	نعم	لا	نعم
1	صياغة أهداف البرنامج بدقة:	26	122	19.73%	80.26%
2	تحديد الفئة المستهدفة من البرنامج بوضوح:	7	143	5.92%	94.08%
3	تحديد الأساس النظري (الاستراتيجية) للبرنامج:	34	111	26.97%	73.03%
4	تحديد الأسلوب الإرشادي المستخدم:	39	105	30.92%	69.08%
5	تقديم مبررات علمية لاستخدام الاستراتيجية	120	11	92.76%	7.24%
6	تحديد العناصر البشرية المشاركة في البرنامج:	86	51	66.45%	33.55%
7	تحديد المصادر الأساسية لمحتوى البرنامج:	65	75	50.66%	49.34%
8	تحديد أساليب تقويم البرنامج:	33	112	26.32%	73.68%
9	إعداد الصورة الأولية والنهائية للبرنامج:	50	61	59.87%	40.13%
10	تحديد المحتوى الأساسي للبرنامج (وصف البرنامج) بوضوح:	46	99	34.87%	65.13%
11	بناء جلسات البرنامج:	27	119	21.71%	78.29%
12	إعداد دليل البرنامج:	117	13	86.18%	8.55%
13	تحديد البيئة الخاصة بتطبيق البرنامج:	131	21	86.18%	13.82%

يُلاحظ من الجدول السابق أن هناك عدد من المجالات انطبقت عليها المؤشرات بدرجة منخفضة وهي: تقديم مبررات علمية لاستخدام استراتيجية البرنامج ( 7.24%)، إعداد دليل للبرنامج ( 8.55%)، تحديد البيئة الخاصة بتطبيق البرنامج ( 13.82%)، تحديد العناصر البشرية المشاركة في البرنامج ( 32.55%)، وإعداد الصورة الأولية والنهائية للبرنامج (4.083%)، وتحديد المصادر الأساسية لمحتوى البرنامج (49.34%)، بينما انطبقت عدد من المؤشرات بدرجة متوسطة، وتشمل هذه المؤشرات: تحديد أساليب تقويم البرنامج (73.68%)، تحديد الأساس النظري لاستراتيجية البرنامج (73.03%)، تحديد الأسلوب الإرشادي المستخدم (69.08%)، تحديد المحتوى الأساسي للبرنامج (وصف البرنامج) بوضوح ( 65.13%)، وأخيراً هناك عدد من المجالات انطبقت عليها المؤشرات بدرجة مرتفعة شملت: تحديد الفئة المستهدفة

من البرنامج بوضوح ( 94.08%)، صياغة أهداف البرنامج بدقة ( 80.26%)، بناء جلسات البرنامج (78.29%).

إن انطباق معيار تقديم مبررات علمية لاستخدام استراتيجية البرنامج بدرجة منخفضة ربما يعود إلى أن معظم الباحثين الذين يقومون بإعداد برامج التدخل يهتمون بصياغة جلسات البرنامج، وتحديد محتواه الأساسي، دون تقديم المبررات العلمية لاستخدام تلك الاستراتيجية عن غيرها، فما يصلح مع فئة من الأطفال قد لا يصلح مع فئة أخرى، وما يُعد فعالاً مع سلوك قد لا يبدو كذلك مع سلوك آخر؛ لهذا من الأهمية تحديد المبرر العلمي لاستخدام الاستراتيجية التي يعتمد عليها البرنامج.

ويلاحظ كذلك أنه بينما يكتفي معظم الباحثين في تقييم البرنامج بعرضه على مجموعة من المحكمين، ولا يستخدمون أساليب أخرى للتقييم، كالتقويم التكويني، والتقويم التتبعي، كما لا يتم إجراء دراسة استطلاعية للبرنامج، كما لا يتم التحقق من الصدق الداخلي للبرنامج باستبعاد تأثير العوامل المتداخلة ما أمكن والتي من شأنها أن تؤثر على نتائج البرنامج (مثل توعية المعلمين والوالدين ببرامج التدخل المبكر).

أما فيما يتعلق بانطباق معيار تحديد العناصر البشرية المشاركة في البرنامج ، وتحديد المصادر الأساسية لمحتوى البرنامج بدرجة منخفضة، فأغلب الباحثين يكتفون فقط بالإشارة إلى مراحل إعداد جلسات البرنامج ولا يهتمون بعرض أبعاد الصورة الأولية للبرنامج، والتغيرات والتعديلات التي تم إجراؤها على هذه الصورة في ضوء أساليب تقويم البرنامج وبخاصة فيما يتعلق بأراء المتخصصين والوالدين والمعلمين (في بعض الحالات)، وختاماً بتحديد أبعاد ومكونات الصورة النهائية للبرنامج ومحتواها، وأما فيما يتعلق بمعيار إعداد دليل البرنامج، فأغلب الدراسات لا يقوم الباحثون بإعداد دليل لمستخدمي البرنامج أو دليل للوالدين أو المعلمين ممن يشاركون في تطبيق البرنامج أو متابعته، حتى لو كانت هذه البرامج مقدمة للوالدين أو المعلمين، ويكتفي معظم الباحثين بعقد عدد من المحاضرات أو اللقاءات مع الوالدين أو المعلمين لتعريفهم بجلسات البرنامج.

## ملخص النتائج:

١. أكثر برامج التدخل المبكر قدمت لفئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد بنسبة 21.71%، يليها فئة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة 20.39% ثم فئة الأطفال ذوي صعوبات التعلم بنسبة 16.45%، وتعاني فئة الأطفال ذوي الموهبة العقلية، وذوي الإعاقات المزوجة قصوراً واضحاً في الدراسات التي قدمت برامجاً للتدخل المبكر؛ حيث بلغت نسبة الدراسات التي قُدمت لفئة ذوي الموهبة العقلية 1.32%، وفئة ذوي الإعاقات المزوجة 0.66%، بينما لم تُقدم دراسة واحدة للتدخل المبكر لفئة ذوي الإعاقة الجسمية والصحية.
٢. أكثر أنواع الدراسات التي قدمت برامج للتدخل المبكر كانت فئة دراسات الماجستير بنسبة 49.34% يليها بحوث ما بعد الدكتوراه بنسبة 27.63%، وأخيراً رسائل الدكتوراه بنسبة 23.03%.
٣. المنهج التجريبي نظام المجموعتين التجريبية والضابطة هو أكثر المناهج استخداماً في الدراسات التي قدمت برامج للتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م بنسبة 69.08% مقارنة بالمناهج الأخرى.
٤. أكثر استراتيجيات التدخل المستخدمة في برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م كانت استراتيجيات التدخل السلوكية والسلوكية المعرفية بنسبة 32.24%، يليها الاستراتيجيات التربوية بنسبة 20.39%، بينما تعاني الاستراتيجيات التي تعتمد على الأنشطة الفنية قصوراً واضحاً؛ حيث جاءت في المرتبة الأخيرة بنسبة 5.92%.
٥. 51.97% من الدراسات التي قدمت برامج للتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م بلغت عدد جلسات برامجها ما بين 20 - 39 جلسة، بينما كانت نسبة الدراسات التي قدمت برامج عدد جلساتهما 40 - 59 جلسة 25.66%.
٦. 13.82% من الدراسات التي قدمت برامج للتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م قامت بإجراء دراسة استطلاعية للبرنامج

- المستخدم (حساب ثباته) وحساب صدقه بعرضه على مجموعة من المحكمين، بينما كانت نسبة الدراسات التي قامت بحساب الصدق فقط 86.18%.
7. معظم الدراسات (بنسبة 75%) التي قدمت للتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م استخدمت اساليب احصائية لابارمترية في المعالجة الاحصائية للبيانات.
8. معظم برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م طبقت على عينات تراوحت ما بين 10 - 29 طفلاً بنسبة 55.92%، ومعظم هذه الدراسات طبقت على عينات تضمنت ذكوراً واناثاً بنسبة 82.89%.
9. أن أكثر المتغيرات التابعة استهدافاً كانت المهارات الحياتية والتكيفية والاجتماعية بنسبة 27.63%، تليها المهارات اللغوية بنسبة 25%، ثم المهارات المعرفية وقبل الأكاديمية بنسبة 15.13%، ثم مهارات التواصل وأعراض صعوبات التعلم بنسبة متساوية بلغت 9.21%، ثم الخصائص الشخصية بنسبة 8.88%، ثم المهارات الحسية والحركية بنسبة 4.61%، وأخيراً مهارات اللعب بنسبة 0.66%.
10. مؤشرات الجودة في إعداد برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م تعاني قصوراً واضحاً فيما يتعلق بتقديم مبررات علمية لاستخدام استراتيجية التدخل، واعداد دليل للوالدين والمعلمين، وتحديد العناصر البشرية المشاركة في البرنامج وبخاصة الوالدين والمعلمين.
11. برامج التدخل المبكر التي قُدمت للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م كان لها تأثير متوسط في تحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
12. يمكننا تصنيف أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى أحجام تأثير متوسطة وكبيرة؛ حيث كانت أحجام تأثير برامج التدخل المبكر لذوي (الإعاقة الفكرية، الإعاقة البصرية) كبيرة، بينما كانت أحجام تأثير برامج التدخل المبكر

لذوي (الإعاقة السمعية، اضطراب التوحد، الاضطرابات السلوكية، صعوبات التعلم، الموهبة العقلية، والإعاقة المتعددة) متوسطة.

١٣. أن متوسط أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف نوع الدراسة؛ حيث جاءت في المرتبة الأولى متوسط أحجام تأثير ابحاث ما بعد الدكتوراه بمتوسط 0.900 وهو حجم تأثير كبير، بينما جاء في المرتبة الثانية متوسط حجم تأثير رسائل الدكتوراه بمتوسط 0.654 وهو حجم تأثير متوسط، وأخيراً جاء في المرتبة الثالثة متوسط حجم تأثير رسائل الماجستير بمتوسط 0.638 وهو حجم تأثير متوسط.

١٤. بشكل عام يمكن القول أن حجم التأثير للدراسات ذات الحجم الصغير والمتوسط يقع في حدود التأثير المتوسط، بينما كان حجم التأثير للعينات كبيرة الحجم في حدود التأثير الصغير (الضعيف)، وبالتالي يختلف متوسط حجم تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف حجم العينة.

١٥. لا تختلف أحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف جنس الطفل؛ حيث كانت جميعها أحجام تأثير متوسطة.

١٦. أما بالنسبة للتصميم التجريبي للدراسة فأحجام تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا تختلف باختلاف نوع التصميم التجريبي للدراسة، فقد جاءت جميع متوسطات أحجام التأثير في المستوى المتوسط.

١٧. أما بالنسبة لنوع التدخل المستخدم، فحجم تأثير برامج التدخل المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف نوع التدخل المستخدم؛ فقد كانت أحجام تأثير البرامج التي استخدمت أساليب التدخل السلوكية والسلوكية المعرفية والارشاد الأسري وأساليب التدخل باللعب ذات تأثير كبير، بينما جاءت أساليب التدخل متعدد الأبعاد وأساليب التدخل التربوية وأساليب التدخل القائمة على الأنشطة الفنية وأساليب التدخل الأخرى والتي شملت التدريبات الصوتية، وطريقة الفلورتيام ذات تأثير متوسط.

١٨. وفيما يتعلق بالخصائص السيكومترية للبرنامج فحجم تأثير برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف الخصائص السيكومترية للبرنامج؛

فقد كان متوسط حجم تأثير الدراسات التي قامت بحساب صدق وثبات البرنامج كبير، بينما أحجام تأثير الدراسات التي قامت بحساب صدق البرنامج فقط ذات تأثير متوسط.

١٩. أما بالنسبة لعدد جلسات البرنامج، فحجم تأثير برامج التدخل المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف عدد جلسات البرنامج المستخدم؛ فقد جاءت متوسطات أحجام تأثير الدراسات التي استخدمت برامج بلغ عدد جلساتها ما بين 20 - 39 جلسة، وما بين 40 - 59 جلسة، 60 جلسة فأكثر ذات تأثير متوسط، بينما جاء متوسط حجم تأثير الدراسات التي استخدمت برامج بلغ عدد جلساتها من 10 - 19 جلسة ذات تأثير منخفض (ضعيف).

٢٠. أما بالنسبة للأساليب الاحصائية، فحجم تأثير برامج التدخل المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا تختلف باختلاف نوع الأساليب الاحصائية المستخدمة.

٢١. يختلف متوسط حجم تأثير برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م باختلاف المتغير التابع المستهدف؛ حيث كان حجم أثر برامج التدخل المبكر كبيراً في خفض المشكلات السلوكية، بينما كان متوسطاً في تنمية اللغة وتنمية المهارات الحركية، ومهارات اللعب، والمهارات المعرفية وقبل الأكاديمية، ومهارات الحياة اليومية والسلوك التكيفي، والمهارات الاجتماعية، وضئيلاً في تنمية السمات الشخصية.



## تعليق عام:

اشتمل هذا البحث على مراجعة وتحليل بعدي لعدد من دراسات التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بلغت 152 دراسة تجريبية علمية قدمت برامج تدخل مبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مصنفيين إلى عشر فئات هي: ذوي الإعاقة الفكرية، وذوي الإعاقة البصرية، وذوي الإعاقة السمعية، وذوي الإعاقة الجسمية والصحية، وذوي اضطراب التوحد، وذوي الاضطرابات السلوكية، وذوي الاضطرابات اللغوية، وذوي صعوبات التعلم، وذوي الموهبة العقلية، وذوي الإعاقة المتعددة، وذلك في الفترة من 2000-2014م، شملت هذه الدراسات رسائل للماجستير وأطروحات للدكتوراه، وأبحاث ما بعد الدكتوراه، وتمثلت أهداف البحث الحالي في وصف خصائص هذه البرامج، وكذلك التعرف على حجم تأثير هذه البرامج في تحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

### وبداية لاحظ الباحث وجود قصور نوعي في البحوث الخاصة ببرامج التدخل المبكر

للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في البيئة العربية، وذلك فيما يتعلق ببرامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية، فلم تقع تحت يد الباحث أي دراسة قدمت برامج تدخل مبكر لتلك الفئة من الأطفال، على الرغم من أن تلك الفئة من الأطفال يعانون من العديد من جوانب العجز أو النقص التي تتطلب تصميم برامج خاصة فعالة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسية وعدم تزويد الطفل بالخدمات المناسبة وفي الوقت المناسب قد ينجم عنها تدهور مضطرد في حالة الطفل (جمال الخطيب، 1998، ص 171).

كما يتأكد هذا القصور أيضاً فيما يتعلق ببرامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات المزبوجة؛ فلم تُقدم سوى دراسة واحدة للتدخل المبكر لتلك الفئة من الأطفال بالرغم من أن الإعاقة المزبوجة تمثل مشكلة كبيرة لكل من الطفل ووالديه والمعلم؛ حيث توجد العديد من الحاجات المختلفة لمثل هذا الطفل التي يجب أن يتم اشباعها، فهذا الطفل له وضعه الفريد عن غيره من الأطفال سواء العاديين أو حتى ذوي الاحتياجات الخاصة، فمعدل نموه في جوانبه المختلفة يتأخر كثيراً عنهم مما يجعله في حاجة دائمة إلى التدخل سواء من الناحية الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية (عادل عبد الله محمد، 2004، ص 239).

وبالإضافة إلى ما سبق، يُلاحظ على البحوث التي قدمت برامج للتدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالوطن العربي في الفترة من 2000-2014م ندرة الدراسات التي

استهدفت سلوك ذوي الموهبة العقلية؛ حيث لم يستطع الباحث الحصول إلا على دراستين فقط من جملة 152 دراسة تم الحصول عليها، وهذا يعكس قصوراً واضحاً في الاهتمام بتلك الفئة من الأطفال وبخاصة في هذه السن المبكرة؛ بالرغم من أن الأطفال الموهوبون ينتمون إلى مجتمع ذوي الاحتياجات الخاصة، ولذلك فهم بحاجة إلى رعاية خاصة ومن حقهم أن يحصلوا على فرص متكافئة كغيرهم من ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية مثل بطيئي التعلم والمعاقين عقلياً؛ حيث يمثل الأطفال الموهوبون ثروة وطنية في غاية الأهمية ومن الواجب أن لا يتم تبيدها بالإهمال وانعدام الرعاية، كما أن وقوف المجتمع في وجه التحديات التي تفرضها طبيعة العصر يعتمد بدرجة كبيرة على مدى الرعاية التي تقدم لهذه الفئة وتوفير الفرص التربوية المناسبة التي يمكن أن تساعد كل طفل في الوصول إلى أقصى طاقاته (اسماعيل ابراهيم محمد بدر، 2013؛ محمد متولي قنديل، 2003).

كما لاحظ الباحث وجود قصور نوعي في الدراسات والبحوث الخاصة ببرامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في البيئة العربية، هذا القصور بدا واضحاً فيما توصلت إليه نتائج هذا البحث، فعدد أبحاث ما بعد الدكتوراه التي حصل عليها الباحث كان أقل من عدد رسائل الماجستير والدكتوراه، وهذا يُعد من وجهة نظر الباحث قصور في البحوث العربية المتعلقة ببرامج التدخل المبكر المستخدمة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك لأن أبحاث ما بعد الدكتوراه تُمثل أحد المصادر الرئيسية للبحث العلمي وذلك لما تتمتع به من خصائص رئيسية مثل التزامها بالمنهج العلمي وتوافر الابتكار فيها ومرورها بكثير من قنوات التحكيم؛ لهذا فهذه الأبحاث تقدم اضافات نوعية في مجال المعرفة المتخصصة يضاف إلى التراث العلمي الإنساني التراكمي الذي يتيح للباحثين الآخرين أن يستفيدوا منه.

أما رسائل الماجستير فتعد تدريبات بحثية للطالب لتنمية مهاراته البحثية، وبالتالي من الأفضل أن ينصب اهتمامها على موضوعات تعزز هذا الجانب، وبرامج التدخل المبكر من الموضوعات البحثية التي تحتاج إلى منهجية علمية تخضع لعمليات تدقيق ومتابعة وتحكيم علمي جيد، أما بحوث ما بعد الدكتوراه والمنشورة في مجالات علمية محكمة أو في مؤتمرات علمية، هي أعمال بحثية متكاملة وليست تدريبات بحثية، لذا فهذه الأعمال تقدم اضافات نوعية في مجال المعرفة المتخصصة يضاف للتراث العلمي الإنساني التراكمي الذي يتيح للباحثين الآخرين أن يستفيدوا منه وينطلقوا منه وبينوا عليه.

كذلك فإن ارتفاع عدد رسائل الماجستير التي قدمت برامج للتدخل المبكر مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فيعكس الاهتمام العالمي والمحلي بذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا الأمر دفع كثير من الباحثين الجادين إلى اقتحام هذا المجال والبحث فيه بجدية للخروج بنتائج يمكن الاستفادة منها في الواقع الميداني الفعلي، علاوة على كون البحث في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة يعد نوع من التميز البحثي باعتبار أن ذوي الاحتياجات الخاصة من أكثر ميادين البحث نشاطاً ورواجاً في الوطن العربي في الفترة الحالية.

هناك جانب آخر يعكس قصور في البحوث التي قدمت برامج للتدخل المبكر مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فيما يتعلق بالإرشاد الأسري أو اشراك الوالدين في تلك البرامج، فقد جاءت نسبة الدراسات التي قدمت برامج للإرشاد الأسري 16.10% تتوزع بحيث تشمل دراسة واحدة لكل من برامج التدخل لذوي الإعاقة الفكرية، وذوي الإعاقة البصرية، وذوي الاضطرابات السلوكية وذوي الاضطرابات اللغوية، وهذا يعكس قصوراً فيما يتعلق بأهمية دور الوالدين في برامج التدخل المبكر كما يتضح هذا القصور عند تقييم مؤشرات الجودة في برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؛ حيث اتضح وجود قصور في مؤشر المشاركة الوالدية في تلك البرامج ووجود دليل للبرنامج يسترشد به الوالدين والمعلمين في تلك البرامج، رغم أن دور تلك البرامج لا يكتمل إلا باشتراك الوالدين؛ فمشاركة الوالدين عنصر أساسي وجوهري لأي برنامج للتدخل المبكر، لأن تلك البرامج تقدم في سن مبكر يكون الطفل خلالها شديد الالتصاق بوالديه (Heyvaert, B., & Onghena, 2010)، وإن لم تراعي تلك البرامج هذا الأمر فإنها تصبح أقل فعالية، فإرشاد الوالدين ومشاركتها في العمل الإرشادي للطفل شرط للتدخل الفعال في علاج مشكلات الأطفال (حمدة حسن السليطي ، 2003؛ سلوى سعيد أبو صافية؛ مشاعل شمسان عبد الله الشرجبي، 2013؛ يحيى فوزي عبيدات، 2014)، فمشكلات الأطفال ترتبط غالباً بمشكلات الوالدين، كما أن اعتماد الطفل على والديه يفرض علينا أن نضع في الاعتبار حاجات ومشكلات الكبار المؤثرين في الطفل جنباً إلى جنب مع حاجات الطفل ومشكلاته، وبالتالي فإن إرشاد الوالدين والمعلمين يُعد من المقومات الفعالة لتحسين سلوك الأطفال حيث يؤدي إلى مجال واسع من التغيرات السلوكية (Kendrick, Barlow, Hampshire, Stewart-Brown, & Polnay, 2008).

كذلك تشير نتائج هذا التحليل إلى أن معظم اهتمام الباحثين في البيئة العربية في مجال برامج التدخل المبكر انصب على المهارات الحياتية والتكيفية والاجتماعية بنسبة 27.63%، تليها المهارات اللغوية بنسبة 25%، وهذا يُعد أمراً منطقياً لأن هذان الجانبان يعانيان قصوراً واضحاً يظهر بصورة جلية في سلوك هؤلاء الأطفال وبخاصة في هذه السن المتقدمة، وهذا ما دفع 59.50% من برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م تهتم بتحسين تلك الجوانب.

كذلك أشارت نتائج هذا التحليل أن اساليب التدخل السلوكي والسلوكية المعرفية هي أكثر الأساليب استخداماً لتحسين سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك من خلال برامج التدخل المبكر المقدمة لتلك الفئة من الأطفال بالوطن العربي في الفترة ما بين 2000-2014م؛ ويتفق ذلك مع ما أشار إليه (جمال الخطيب، 1998، ص 214-215) من أن برامج تعديل السلوك تُعد من أكثر الأساليب استخداماً في مجال التربية الخاصة لتحقيق الأهداف التربوية والعلاجية، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن الإجراءات التي يتم إتباعها مع العلاج السلوكي من شأنها أن تعمل على تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المهارات المستهدفة (نايف بن عابد بن إبراهيم الزارع، 2010)، وأن تنمي السلوك التكيفي لديهم وتزيد من تفاعلاتهم الاجتماعية في المواقف المختلفة والمتشابهة، وإن قيام الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالعديد من الأنشطة الاستقلالية يكسبهم المهارات الحياتية، فإجراءات تعديل السلوك مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الشخص العادي ويطبقها بشكل صحيح بعد تدريب بسيط عليها، كذلك يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون صعوبة وبدون تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس (James, Zoe, & Chad, 2004; Roberts, & Kaisera, 2011).

كذلك توصلت نتائج البحث إلى وجود تأثير ايجابي لأساليب التدخل متعدد الأبعاد والتي تشمل المزوجة بين التدخل السلوكي والارشاد الأسري؛ حيث يستفيد الاتجاه متعدد الأبعاد من كل الاسهامات الجادة والفعالة ويحقق الأهداف الارشادية بأفضل مستوى ممكن نظراً لتعدد أساليبه، لهذا يجذب العديد من الباحثين للنتائج الإيجابية التي يحققونها من وراء تطبيق هذا المدخل (حمدة حسن السليطي، 2003؛ علاء الدين كفاي، 2003، ص 261).

## إطار مقترح لإعداد برامج التدخل المبكر:

نظراً لعدم وجود برنامج للتدخل المبكر يعتبر الأفضل من بين البرامج المقدمة حالياً، كما سبق الإشارة لذلك، فضل الباحث تقديم إطار نموذجي لإعداد برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، تستطيع أي جهة استخدامه لوضع برنامجها للتدخل المبكر بما يتناسب مع إطارها الفكري وأهدافها بعيدة المدى من هذا التدخل (حسين عبد العزيز الدريني، ومحمد علي كامل، 2009؛ عبد العزيز السيد الشخص، 2002؛ عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي، 2005؛ فاروق محمد صادق، 1993؛ هبة محمد عطية، ومرفت محمد مسعود، 2013؛ هشام عبد الفتاح عطوي، 2012؛ وداد إلياس عقروق، 2006؛ *Benzies, Magill-Evans, Hayden, & Ballantyne, 2013; Trout, Epstein, Nelson, Synhorst, & Hurley, 2006*)، يتكون الإطار النموذج لبرنامج التدخل المبكر من اثني عشر مكوناً تقدم وصفاً كاملاً لإعداد البرنامج من حيث المحتوى والأهداف، واستراتيجيات التدخل، وفيما يلي وصف مختصر لمكونات الإطار.

- [1] صياغة أهداف البرنامج:** وفي هذا يتم تحديد الأهداف العامة أولاً ثم يتم صياغتها في صورة عبارات سلوكية يسهل قياسها وملاحظتها، ويشمل ذلك تحديد الأهداف البعيدة والقصيرة: فغرض أي برنامج يمكن معرفته من العبارات التي تحدد أهدافه البعيدة والقصيرة، والتي تعكس في نفس الوقت القيم والنظرية الخلفية لهذا البرنامج، توجد ثلاثة أنماط من الأهداف: (أ) نمط يؤكد على المهارات، سواء المهارات النمائية الأساسية (مثل اللغة والحركة ومساعدة الذات) أو المهارات الأكاديمية (مثل القراءة والحساب). (ب) نمط يؤكد على العمليات المعرفية - المفاهيمية، مثل مهارات التفكير وحل المشكلات. (ج) نمط وجداني - معرفي، حيث تركز الأهداف على الاتجاهات والخبرات وسمات الشخصية، ويتضمن هذا البعد ضرورة أن يقوم البرنامج على تحديد دقيق للأهداف العامة والأهداف المرحلية والأهداف الإجرائية، كما يجب التنوع في أهداف البرنامج بحيث تضم أهداف معرفية وأهداف مهارية وأهداف وجدانية.
- [2] تحديد الفئة المستهدفة من البرنامج:** ويتم ذلك بتحديد المجموعة التي تتلقى التدريب على جلسات البرنامج وخصائصها الأساسية لأن هذه الخصائص ينبغي النظر إليها بعين الاعتبار عند إعداد البرنامج، وتقديم وصفاً وافياً للفئة المستهدفة من البرنامج (أعمارهم الزمنية وخصائصهم السلوكية والعقلية).

**3] تحديد الأساس النظري للبرنامج:** أي تحديد الأسس النظرية والخلفية الافتراضية للبرنامج؛ حيث يعتمد تصميم البرنامج الإرشادي على الاستفادة من النظريات العلمية ونتائج البحوث والدراسات والخبرات والتجارب المبدئية والرؤى النظرية للممارسين في مجالات العمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، فلا بد ان يعتمد البرنامج الإرشادي على إحدى نظريات علم النفس، كذلك لا بد من أن يعتمد البرنامج على أسس نفسية تتمثل في مراعاة الفروق الفردية بين المشاركين في البرنامج ومراعاة خصائصهم النفسية وضرورة إشباع الحاجات الأساسية للفرد، كذلك لا بد من أن يستند البرنامج الإرشادي على فلسفة إنسانية تقوم على أساس يتيح للفرد الحرية لكي يستفيد من المعلومات ويختار من بين العديد من الفرص المتاحة، وكذلك ضرورة تحقيق الرعاية والتكامل الاجتماعي بين أفراد المجتمع الواحد بتقديم الرعاية المتكاملة لتلك الفئة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (سميرة يعقوب بن أحمد قشقري، 2011).

**4] تحديد الأسلوب الإرشادي المستخدم:** أحد الخطوات الهامة التي لا بد أن يتم تحديدها عند بناء البرنامج الإرشادي هو تحديد الأسلوب الإرشادي المستخدم في البرنامج؛ حيث تتم المفاضلة بين اسلوبي الإرشاد الجماعي والإرشاد الفردي، أو الجمع بين الأسلوبين مع ضرورة اختيار الأسلوب الإرشادي الذي يتناسب وأهداف البرنامج، وخصائص الفئة العمرية المقدم لها البرنامج، ويراعي الفروق الفردية بين المستهدفين من البرنامج.

**5] تحديد العناصر البشرية المشاركة في البرنامج والمصادر والتسهيلات المطلوبة:** بختيار العاملين وبناء الهيكل التنظيمي وتحديد الأدوار: كما يتعلق هذا المكون بالنظام الإداري لتنفيذ البرنامج، ويشمل: أنواع التخصصات المطلوبة، والمؤهلات والخبرات والمهارات اللازم توافرها في العاملين؟ ما هي مسئوليات وأدوار كل فرد؟ كيفية تسلسل السلطة، والمستويات الإشرافية؟ آليات اتخاذ القرار؟ كما يجب تدريب العاملين على نموذج البرنامج قبل البدء في تنفيذه، ثم متابعتهم أثناء العمل سواء بهدف المتابعة أو تقديم تغذية راجعة لمدى تطورهم في تنفيذ إجراءات البرنامج، إن كل المكونات السابقة تحدد أنواع المصادر المطلوب توفيرها، وإلا فإن البرنامج سوف يفشل، أو يعاد تخطيطه لكي يتناسب مع المصادر المتاحة، أو يتم التركيز على بعض المكونات دون الأخرى، يضم هذا المكون التسهيلات المطلوبة داخل الفصل، مواد ومعينات التدريس، الاحتياج لقوى عاملة إضافية إلى جانب العاملين الذي بدأ بهم البرنامج.

**[6] تحديد المصادر الأساسية لمحتوى البرنامج:** ويتضمن هذا البُعد تحديد المصادر العلمية التي تم الاعتماد عليها في بناء البرنامج ، وتشمل هذه المصادر جميع البحوث والدراسات السابقة التي تناولت تصميم برامج تتعلق بالمتغير التابع المستهدف من برنامج التدخل المبكر، كذلك الدراسات التي قدمت خططا أو تنظيمات لكيفية تدريب فئة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المستهدفة من التدخل أو أي أنشطة أو تدريبات أو كتابات تناولت ذلك.

**[7] تحديد أساليب تقويم البرنامج:** من خلال تحديد إجراءات تقييم الطفل والبرنامج : وما الآليات المستخدمة لتحديد مدى تحقيق البرنامج لأهدافه؟ ما إجراءات التقييم المحددة المستخدمة مع الطفل قبل وأثناء البرنامج؟ ما المحكات والأدوات المستخدمة لتقييم فعالية البرنامج ؟ كما يجب أن تتنوع الأساليب المستخدمة في تقويم البرنامج (مبدئي، بنائي، نهائي، تتبعي)، مع ضرورة اشراك الوالدين والمعلمين وذوي الخبرة في تقويم البرنامج، والتحقق من الصدق الداخلي للبرنامج باستبعاد تأثير العوامل المتداخلة ما أمكن والتي من شأنها أن تؤثر على نتائج البرنامج (مثل توعية المعلمين والوالدين بطبيعة إعاقة الطفل)، والتحقق من صدق المحتوى للبرنامج بعرض البرنامج على مجموعة من المتخصصين في الظاهرة، وإجراء دراسة استطلاعية للبرنامج قبل استخدامه (ثبات البرنامج).

**[8] إعداد الصورة الأولية والنهائية للبرنامج:** ويتضمن هذا البعد قيام مُعد البرنامج بإعداد الملامح الأولية للبرنامج ويتم ذلك في ضوء ما تم من اطلاع على الدراسات السابقة والكتب والمراجع التي تناولت إعداد برامج للتدخل المبكر تتعلق بفئة الأطفال المستهدفة، وتشمل الصورة الأولية عدد الجلسات ومحتوى كل جلسة والفنيات والوسائل والأدوات المستخدمة، وزمن كل جلسة، وفي ضوء توصيات لجنة التحكيم، وبعد تطبيق البرنامج على عينة تجريبية أولية (تتشابه مع عينة الهدف من حيث العمر والمشكلة والبيئة) للتأكد من صدقه ومناسبته للعينة التي سوف يطبق عليها وشروط التطبيق، والمشكلات التي تحول دون تطبيقه بطريقة ناجحة، وبعد إجراء التعديلات على البرنامج نتيجة لهذه الخطوة والخطوة السابقة يصبح البرنامج في صورته النهائية.

**[9] تحديد المحتوى الأساسي للبرنامج:** في هذه الخطوة يتم وضع وصف دقيق للمحتوى الأساسي للبرنامج بصورته النهائية التي تم صياغتها في الخطوة السابقة، ويراعي في هذا المحتوى وضوح أبعاد ومكونات الصورة النهائية للبرنامج ، وأن يراعي المحتوى الأساسي للبرنامج

الخصائص العامة للفئة المستهدفة ، مع التركيز في البرنامج على الأنشطة الحياتية اليومية ، وأن يتضمن ذلك تحديد السلوكيات المراد التعامل معها تحديداً دقيقاً ، والتخطيط لتقدير المستوى المبدئي للسلوك المراد تعديله لدى المشاركين ، مع ضرورة الانتقال في بناء البرنامج من السلوكيات البسيطة إلى السلوكيات الأكثر تعقيداً ، مع تحديد الفنيات التي سيتم استخدامها في البرنامج والتي يراعى فيها أن تتناسب مع الفئة العمرية المقدم لها البرنامج ، وترتبط بالنظرية العلمية التي يستند إليها البرنامج.

**10] بناء جلسات البرنامج:** ويتضمن هذا البُعد تحديد عدد جلسات البرنامج ، مع ضرورة أن يكون عدد جلسات البرنامج واف لحقيق أهدافه ، مع عرض مخطط زمني لخطوات تنفيذ البرنامج، وتحديد آليات تنفيذ البرنامج تحديداً واضحاً ، وتحديد عنوان لكل جلسة من جلسات البرنامج ، والأهداف المرحلية لكل مجموعة من الجلسات ، وتتضمن الجلسات الأهداف السلوكية الخاصة بكل جلسة والنواتج المتوقعة من كل جلسة من الجلسات، مع تحديد زمن كل جلسة من جلسات البرنامج، وأن يتناسب زمن كل جلسة مع خصائص الفئة العمرية المقدم لها البرنامج مع ضرورة توزيع زمن كل الجلسة على الأنشطة المتضمنة بالجلسة وفترات الراحة ، وتحديد الأدوات والفنيات والوسائل المستخدمة في كل جلسة من الجلسات ، وأن تعتمد الأنشطة والتدريبات المستخدمة على توظيف أكثر من قناة حسية للمستهدفين من البرنامج ، والأنشطة والاستراتيجيات والفنيات تركز على إحداث تغيير في سلوك المستهدفين من البرنامج ، وأن ترتبط الأنشطة والتدريبات المستخدمة بخبرات سبق للمتدربين اكتسابها مما ييسر لهم استيعابها، مع تحديد دور القائم على تنفيذ البرنامج أثناء الجلسات وبعد انتهائها.

**11] إعداد دليل البرنامج:** ويتضمن هذا البُعد وضع دليل يوضح دور كل من المنفذ والمشارك في تنفيذ البرنامج ، وأن يتضمن عنوان البرنامج بشكل واضح ، كما يجب أن يتضمن الدليل التعريف بالمحتوى الأساسي للبرنامج ، والتعريف بالأساس النظري للبرنامج ، والتعريف بالفئة المستهدفة من البرنامج وخصائصها الأساسية ، والتعريف بالأهداف العامة والمرحلية والإجرائية للبرنامج ، والتعريف بالأدوات والفنيات والوسائل المستخدمة في البرنامج ، وأن يتضمن الدليل تعليمات توضح دور المستهدف من الدليل في تنفيذ البرنامج ، وبيان تفصيلي بالجلسات الخاصة بالبرنامج.



**12] تحديد البيئة الخاصة بتطبيق البرنامج:** ويتضمن هذا البُعد تقديم وصفاً لخصائص البيئة التي سيطبق فيها البرنامج، وهذه الخصائص يجب أن تجعلها صالحة لتطبيق البرنامج.

## التوصيات:

في ضوء نتائج البحث يمكن وضع التوصيات التالية:

1. الاهتمام بعمل دراسات للتحليل البعدي لبرامج التدخل المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لما تلعبه هذه البرامج من دور هام في مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على التغلب على مشكلاتهم أو التقليل من آثارها السلبية، وتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل والمحيط الذي يعيش فيه.
2. الاهتمام في برامج التدخل المبكر بمعايير ومؤشرات الجودة لما لهذه البرامج من أهمية وبخاصة أنها تقدم في سن مبكرة، ومن هذه المؤشرات صياغة أهداف البرنامج، تحديد الفئة المستهدفة من البرنامج، تحديد الأساس النظري للبرنامج، تحديد الأسلوب الإرشادي المستخدم، تحديد العناصر البشرية المشاركة في البرنامج، تحديد المصادر الأساسية لمحتوى البرنامج، تحديد أساليب تقويم البرنامج، إعداد الصورة الأولية والنهائية للبرنامج، تحديد المحتوى الأساسي للبرنامج، بناء جلسات البرنامج، بناء دليل البرنامج، تحديد البيئة الخاصة بتطبيق البرنامج.
3. توجيه نظر الباحثين إلى ضرورة الاهتمام ببرامج التدخل المبكر المقدمة لفئة ذوي الإعاقات المزدوجة، وذوي الإعاقات الجسمية والصحية، وذوي الموهبة العقلية؛ حيث تعاني تلك الفئات من قصور واضح في برامج التدخل المبكر كما هو واضح من نتائج هذا البحث.
4. توجيه نظر الباحثين إلى ضرورة حساب حجم التأثير، فهو الوجه المكمل للدلالة الإحصائية، فمؤشرات حجم التأثير تتميز بإمكانية تفسيرها بشكل مستقل عن حجم العينة، وهي مفيدة في تحديد المقدار الفعلي للفروق بين متوسطات المجموعات أو درجة التلازم بين المجموعات، وتزود الباحثين بمعلومات تتجاوز حدود اختبارات الدلالة الإحصائية، وتمنحهم فهماً واضحاً للبيانات التي بين أيديهم، وتمنع سوء تفسير الدلالة الإحصائية كمؤشرات للأهمية.
5. على مصممي برامج التدخل المبكر التحقق من صدقه بعرضه على مجموعة من المتخصصين في الظاهرة التي يعالجها البرنامج للحكم على صدق محتوى البرنامج ومدى تناسق وكفاية الإجراءات التدريبية وصلاحية الأدوات المقترحة لما وضعت من أجله أي مدى

- تمثيلها للظاهرة موضع البرنامج ، وكذلك اجراء دراسة استطلاعية للبرنامج قبل استخدامه، وذلك بتطبيقه على عينة استطلاعية.
6. الاهتمام في برامج التدخل المبكر بالمدخل المتعددة التي تقوم على أكثر من منحى علاجي، كما يجب أن تكون عملية المتابعة والتقويم مستمرة، إضافة إلى ضرورة أن تكون خطة هذه العمليات مرنة وقابلة للتعديل والتغيير، وتعتمد في صياغتها على معايير موضوعية، كما تتضمن أنشطة تتعلق بمهارات التوصل مع الآخرين، والمخرجات والتي يمكن تصنيفها في مستويين، مخرجات على المستوى القريب، ومخرجات على المستوى البعيد، وتتضمن هذه المخرجات: انخفاض الاضطرابات السلوكية، وانخفاض إيذاء الذات، وزيادة رضا الوالدين عن سلوك الطفل وانخفاض ضغوطهم النفسية.

## المراجع

- أسامة البطاينة، ومحمد المومني، وعادل العوفي ( 2011 ). فاعلية البرامج المقدمة لمعالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. *أبحاث اليرموك*، سلسلة العلوم الانسانية والاجتماعية، 27(2)، 991-1006.
- اسماعيل ابراهيم محمد بدر ( 2013 ). المشكلات الانفعالية والسلوكية للطلاب الموهوبين منخفضي التحصيل الدراسي. المؤتمر العلمي العربي السادس : التعليم وأفاق ما بعد ثورات الربيع العربيين كلية التربية، جامعة بنها، 1-7/2، 1227-1247.
- آمال عبد السميع باظه مليجي ( 2007 ). الاكتشاف المبكر وتنمية التواصل لدى الأطفال ذوي الاحتياجات السمعية الخاصة. *المؤتمر العلمي الحادي عشر (التربية وحقوق الانسان)*، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر، في الفترة 7-8/5، 607 - 616.
- السيد عبد الدايم عبدالسلام سكران ( 2006 ). ما وراء التحليل "Meta-Analysis" كمنهج وصفي تحليلي لتجميع نتائج البحوث وتكاملها في مجال التربية وعلم النفس. *دراسات تربوية ونفسية*، جامعة الزقازيق، 53، 1-38.
- جمال محمد الخطيب ( 1998 ). *مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية*. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- جمال محمد الخطيب، ومنى الحديدي ( 2005 ). *التدخل المبكر : مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة (ط2)*. عمان: دار الفكر.
- جميل محمود الصمادي، وهشام عبدالفتاح المكانين ( 2008 ). الاحتياجات التدريبية لأسر الأطفال المعوقين في سن ما قبل المدرسة الملتحقين ببرامج التدخل المبكر في الأردن. *مجلة كلية التربية*، جامعة عين شمس، 32(3)، 99 - 125.
- حسين عبد العزيز الدريني، ومحمد علي كامل ( 2009 ). معايير تقويم جودة تصميم برامج التدخل السيكولوجي. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 52(26)، 1-26.
- حمدة حسن السليطي ( 2003 ). دور الأسرة في خدمات التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة. *مجلة كلية التربية*، جامعة قطر، 32(144)، 96 - 105.

- خالد حنتوش ساحت ( 2013). منهج ما وراء التحليل: محاولة لدراسة بعض مؤشرات البناء الميداني لعينة من رسائل وأطاريح علم الاجتماع. *مجلة العلوم التربوية والنفسية، العراق، 99، 568 – 598.*
- رشدي فام منصور (1997). حجم التأثير: الوجه المكمل للدلالة الإحصائية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، 16(7)، 57-75.*
- سعيد محمود مرسي، ومحمد عبد الله محمد عبد الله ( 2012). مؤشرات الأداء التعليمي: مدخل لتطوير الفعالية والتحسين المدرسي تصور مقترح. *المجلة العلمية، كلية التربية، جامعة أسيوط، 28(4)، 369 – 440.*
- سليمان عبد الواحد يوسف (2012). التحليل البعدي لبعض البحوث والدراسات العربية في مجال صعوبات التعلم خلال ربع قرن في إطار محكات التعرف والتشخيص وبرامج التدخل السيكولوجي: دراسة مسحية تحليلية في اثني عشرة دولة عربية. *مجلة كلية التربية بنها، 92(3)، 68 – 138.*
- سلوى سعيد أبو صفية ( 2010). تقييم خدمات التدخل المبكر في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة في الأردن للأطفال المعاقين سمعياً في ضوء المعايير العالمية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان.
- سميرة يعقوب بن أحمد قشقرقي ( 2011). استراتيجيات التدخل المبكر لطلاب الحضانه ذوي الاحتياجات الخاصة. *مجلة الطفولة والتربية، كلية رياض الأطفال، جامعة الإسكندرية، 3(6)، 55 – 92.*
- صافيناز أحمد كمال إبراهيم (2009). فاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية في خفض اضطرابات الانتباه لدى الأطفال دراسة تقييمية. *الندوة العلمية "علم النفس وقضايا التنمية الفردية والمجتمعية"، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 24-26/1.*
- عادل بن سليمان الوهيب (2010). خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع: أهميتها ومدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصيون بمدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- عادل عبد الله محمد (2004). *الإعاقات الحسية. القاهرة: دار الرشاد.*

- عبد العزيز السيد الشخص (2002). التدخل المبكر وتنمية المفاهيم الأساسية للأطفال المعاقين سمعياً. الندوة العلمية للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم بعنوان: حقوق الأمم في القرن 21، قطر، الدوحة: المجلس الأعلى لشؤون الأسرة، 28-4/30، 31 - 46.
- عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي (2005). انموذج مقترح لبرامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى صغار الأطفال المعوقين سمعياً. ورقة عمل مقدمه إلى ندوة التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية : مواكبة التحديث والتحديات المستقبلية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، في الفترة 29-11/30.
- عبد المطب أمين القريطي (1999). التدخل المبكر كوسيلة للحد من الإعاقة في مرحلة الطفولة. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، 23(1)، 9 - 27.
- عبد المطب أمين القريطي (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم (ط. 3). القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبد المنعم أحمد حسن (2008). أوجه القصور في استخدام مؤشرات الدلالة العملية في البحوث التربوية والنفسية. المؤتمر العلمي الثاني: التعليم الجامعي، الحاضر والمستقبل ، كلية التربية، جامعة الأزهر، 18-19/5، 227 - 225.
- عزت عبد الحميد محمد حسن (2010). حجم التأثير في بحوث الموهوبين. المؤتمر العلمي الثامن (استثمار الموهبة ودور مؤسسات التعليم: الواقع والطموحات) ، كلية التربية، جامعة الزقازيق، في الفترة 21-4/22.
- علاء الدين كفاقي (2003). الصحة النفسية والارشاد النفسي. الرياض: دار النشر الدولي. على كامل العلوان (2006). تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- عماد فاروق محمد صالح (2011). مؤشرات تمكين المعوقين من الاندماج. المعهد الربيعي الدولي الثالث: آليات تمكين الكفاءات في ميداني العمل الاجتماعي والتنمية البشرية: نحو مقارنة بين ثقافية، كلية الآداب والعلوم الانسانية، في الفترة 16-5/21، سايس بفس، المغرب، 85 - 116.

- فاروق محمد صادق (1993). أسس برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة. مجلة  
معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، 12(1)، 9-50.
- محمد بن خلف الحسيني الشمري (2007). تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحيديين في المملكة  
العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة  
الأردنية.
- محمد عبدالرزاق هويدي (1997). استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر. ندوة استراتيجيات وبرامج  
التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، أبو ظبي، الإمارات العربية  
المتحدة، في الفترة 22-23/3، 172-208.
- محمد كمال أبو الفتوح أحمد عمر (2013). مؤشرات التحليل البعدي لنتائج بعض الإنتاج  
العلمي في مجال تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد في الوطن العربي  
في الفترة 1989-2013 : دراسة تحليلية ببيومترية ببيوجرافية لبعض الدراسات  
البرامجية. مجلة التربية الخاصة والتأهيل، 1(1)، 50 - 110.
- محمد متولي قنديل (2003). نماذج التدخل المبكر في اكتشاف الأطفال الموهوبين. خطوة، 21،  
33-35.
- محمد منصور الشافعي (2012). قدرة بعض مؤشرات الملاءمة الإحصائية في فرز البيانات  
الخاصة بإعداد المفردات البنكية في ضوء تحليلات نموذج التقدير الجزئي. مجلة  
الطفولة والتربية، 9(2)، 257 - 355.
- مشاعل شمسان عبد الله الشرجبي (2013). الشراكة بين المراكز والأسرة في تطبيق برامج  
التدخل المبكر: استعراض تجربة مركز مسقط للتوحد. الملتقى الثالث عشر للجمعية  
الخليجية للإعاقة (التدخل المبكر استثمار للمستقبل)، المنامة، البحرين، 2-4/4، 1-  
16.
- منال يحي إبراهيم باعمر (2013). الوقاية والتدخل المبكر للإعاقات الجسمية والصحية. مجلة  
الطفولة والتربية، كلية رياض الأطفال، جامعة الإسكندرية، 5(13)، 473 -  
511.
- نادية محمود شريف (1993). المنهج البعدي للتحليل كأسلوب لمتابعة نتائج البحوث والدراسات  
النفسية والتربوية. المجلة المصرية للتقويم التربوي، 1(1)، 153-190.

نايف بن عابد بن إبراهيم الزارع ( 2010). مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحيديين ودرجة انطباقها على مراكز الأطفال التوحيديين في المملكة العربية السعودية. *دراسات تربوية ونفسية* ، كلية التربية، جامعة الزقازيق، 68، 247-290.

هبة محمد عطية، ومرفت محمد مسعود ( 2013). الإجراءات الأساسية لتصميم خطة تأهيلية فعالة لحالات التدخل المبكر. *الملتقى الثالث عشر للجمعية الخليجية للإعاقة (التدخل المبكر استثمار للمستقبل)*، المنامة، البحرين، 2-4/4، 1-9.

هشام عبد الفتاح عطويو المكانين ( 2012). تقييم برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة في الأردن في ضوء المؤشرات النوعية العالمية. *رسالة دكتوراه غير منشورة* ، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

وداد إلياس عفرق ( 2006). نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقويم البرامج العاملة حالياً في الأردن. *رسالة دكتوراه غير منشورة* ، كلية الدراسات العليا، جامعة عمان.

يحيى فوزي عبيدات ( 2014). مدى رضا أولياء الأمور عن خدمات التدخل المبكر المقدمة لأطفالهم من ذوي اضطراب التوحد. *مجلة كلية التربية* ، جامعة الأزهر، 158(2)، 235 - 296.

Ashby, C. (1995). Early intervention services for children with hearing impairments. *Unpublished Ph. D Dissertation*, Georgia State University.

Bellini, S., Peters, J., Benner, L., & Hopf, A. (2007). A meta-analysis of school-based social skills interventions for children with autism spectrum disorder. *Remedial and Special Education*, 28(3), 153-162.

Benzies, K., Magill-Evans, J., Hayden, K., & Ballantyne, M. (2013). Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1-15.

Blok, H., Fukkink, R., Gebhardt, E., & Leseman, P. (2005). The relevance of delivery mode and other programme characteristics for the effectiveness of early childhood intervention. *International Journal of Behavioral Development*, 2005, 29 (1), 35-47.



- Cobb, B., & Alwell, M. (2009). Social and communicative intervention and transition outcomes for youth with disabilities. *Career Development for Exceptional Individuals*, 32(2), 94-107.
- Cobigo, V., Morin, D., & Mercier, C. (2012). Evaluating the effectiveness of a program targeting behaviour disorders: The development of a logic model. *Journal of Developmental Disabilities*, 18(1), 87-95.
- DuPaul, G., Eckert, T., & Vilaro, B. (2012). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis 1996-2010. *School Psychology Review*, 41(4) 387-412.
- Durlak, J. A. & Lipsey, M. Y. (1991). A practitioner's guide to meta-analysis. *American Journal Communication Psychology*, 19 (3), 291-332.
- Eldevik, S., Hastings, R., Hughes, C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 439-450.
- Eldevik, S., Hastings, R., Jahr, E., & Hughes, C. (2012). Outcomes of behavioral intervention for children with autism in mainstream pre-school settings. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 42, 210-220.
- Fiedler, C., Simpson, R., & Clark, D. (2007). Parents and families of children with disabilities. *Upper Saddle River, NJ: Pearson*.
- Gage, N., Lewis, T., & Stichter, J. (2012). Functional behavioral assessment-based interventions for students with or at risk for emotional and/or behavioral disorders in school: A hierarchical linear modeling meta-analysis. *Behavioral Disorders*, 37 (2), 55-77.
- Gerstein, R. & Vaughn, S. (2001). Meta-analysis in learning disabilities: Introduction to the special issue. *The Elementary School Journal*, 101(3), 247-272.
- Heyvaert, B., & Onghena, P. (2010). A meta-analysis of intervention effects on challenging behaviour among persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (7) 634-649 .
- James, L., Zoe, G., & Chad, N. (2004). The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delayed

- disorder: A meta-analyses. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(4), 924-943.
- Jeoff, L. (2007). Educational psychology and effectiveness of inclusive educational/mainstreaming. *British Journal of Educational Psychology*, 77(1), 1-24.
- Kendrick, D., Barlow, J., Hampshire, A., Stewart-Brown, S. & Polnay, L. (2008). Parenting interventions and the prevention of unintentional injuries in childhood: systematic review and meta-analysis. *Child: care, health and development*, 34(5), 682–695.
- Kleeck, A., Schwarz, A., Fey, M., Kaiser, A., Miller, J., & Weitzman, E. (2010). Should we use telegraphic or grammatical input in the early stages of language development with children who have language impairments? : A meta-analysis of the research and expert opinion. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 3–21.
- Kokina, A., & Kern, L.(2010). Social story interventions for students with autism spectrum disorders: A meta-analysis. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 40, 812–826.
- Konche, L., Peterson, C., Edwards, C., & Joo., J.(2006). Child care for children with and without disabilities: The provider, observer, and parent perspectives. *Early Childhood Research Quarterly*, 21(1), 93-109.
- Low, Garrett, and Nye (2004a). The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 48(5),1114-7.
- Lloyd, J., Forness, S., & Kavale, K. (1998). Some methods are more effective than others. *Intervention In School And Clinic*, 33 (4), 195-200.
- Magiati, I., Tay, X., & Howlin, P.(2012). Early comprehensive behaviorally based interventions for children with autism spectrum disorders: A summary of findings from recent reviews and meta-analyses. *Neuropsychiatry* , 2(6),543–570.
- McNaughton, D. (1994). Measuring parent satisfaction with early childhood intervention programs: current practice, problems, and future perspectives. *Topics In Early Childhood Special Education*, 14(1), 26-48.
-

- Nelson, J., Benner, G., & Gonzalez, J. (2003). Learner characteristics that influence the treatment effectiveness of early literacy interventions: A meta-analytic review. *Learning Disabilities Research & Practice*, 18(4), 255–267.
- Paul, D., & Roth, F. (2011). Guiding principles and clinical applications for speech-language pathology practice in early intervention. *Language, Speech, and Hearing Services, in Schools*, 42, 320–330.
- Reichow, R. (2012). Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 42, 512–520.
- Roberts, M. & Kaisera, A. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 180–199.
- Rosnow, R. L. & Rosenthal, R. (1996). Computing contrasts, effect sizes, and counter nulls on other people's published data: General procedures for research consumers. *Psychological Methods*, 1, 331–340.
- Shonkoff, J. B., & Hauser-Cram, P. (1987). Early intervention for disabled infants and their families: A quantitative analysis. *Pediatrics*, 80, 650–658.
- Simpson, R., Peterson, R., & Smith, C. (2011). Critical educational program components for students with emotional and behavioral disorders: Science, policy, and practice. *Remedial and Special Education*. 32(3) 230–242.
- Therrien, W., Taylor, J., Hosp, J., Kaldenberg, E., & Gorsh, J. (2011). Science instruction for students with learning disabilities: A meta-analysis. *Learning Disabilities Research & Practice*, 26(4), 188–203
- Trout, A., Epstein, M., Nelson, R., Synhorst, L., & Hurley, K. (2006). Profiles of children served in early intervention programs for behavioral disorders: early literacy and behavioral characteristics. *Topics in Early Childhood Special Education*, 26(4), 206–218.