

فاعلية برنامج (INSITE) للتدخل المبكر في
تحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة
السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى

**The effectiveness of The INSITE Program for
Early Intervention in Improving Psychological
Resilience in Families of Children with Hearing
Impairment Associated with Other Disabilities**

إعداد

د. ساره أحمد مرعي أحمد علي

دكتوراه الفلسفه في الاداب تخصص خدمه اجتماعيه

١٤٤٧ هـ - ٢٠٢٥ م

أولاً: مقدمة البحث:

تُعد الإعاقة بوجه عام من القضايا المهمة التي تواجه المجتمعات بإعتبارها قضية ذات أبعاد مختلفة قد تؤدي إلى عرقلة مسيرة التنمية والتطور في المجتمع، وتهتم دول العالم بقضية الإعاقة اهتماماً ملحوظاً، فتعقد المؤتمرات والندوات والملتقيات العلمية وتؤسس وتساعد على إنشاء مختلف الجمعيات العلمية والخيرية والمنظمات الإقليمية والدولية، وتصدر المواثيق والاتفاقيات الدولية التي تضمن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ومن في حكمهم، ومن هذا المنطلق فإن رعاية الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة أصبح أمراً ملحاً وضرورة اجتماعية.

وتعتبر الإعاقة من المشكلات الاجتماعية التي تعاني منها العديد من المجتمعات وقد كانت الإعاقة ولا تزال هاجساً ملازماً للمجتمعات منذ أقدم العصور وحتى الآن وقد تباينت تلك المجتمعات في نظرتها للمعاقين وفي معاملتها لهم حسب القيم والأعراف والتقاليد والأفكار الدينية والاجتماعية السائدة في تلك المجتمعات (أمال عبد السميع أباطة، ٢٠٠١).

وتُعد تربية الأطفال ذوي الإعاقات في الطفولة المبكرة أحد أهم ميادين التربية الخاصة، وبالرغم من أن الاهتمام بهذا الميدان بدأ ضعيفاً إلا أنه أضحى يشهد حركة علمية وبحثية نشطة، تناولت احتياجات الطفل واحتياجات أسرته، ولعل ذلك يرجع إلى إدراك أهمية التدخل المبكر وأثره البالغ في السنوات الأولى في نمو الطفل وتطوره للوقاية من الإعاقة أو الكشف بصورة مبكرة عن الأطفال الذين يظهرون تأخراً نمائياً أو إعاقة، وتلعب كفاءة الأسرة في التعامل مع الطفل ذوي الإعاقة الدور الرئيس في تقديم أي خدمة له (Wiley, Parnell & Belhorn, 2016).

وتشكل نسبة الأطفال المعاقين في سن ما قبل المدرسة (١٠%) من حجم الإعاقة في أي مجتمع تقريباً، لذلك فهم بحاجة إلى خدمات وبرامج يطلق عليها التدخل المبكر أو التربية الخاصة المبكرة، ويبدأ التدخل المبكر بتزويد الأطفال حديثي الولادة والرضع بالخدمات اللازمة لإثارة الحواس لديهم، ثم يهتم بدور الوالدين كمعلمين لأطفالهم حتى بات هذا الميدان يركز اهتمامه على الأسرة بوصفها النظام الاجتماعي المؤثر في نمو الطفل وتطوره، وذلك من خلال دعم الأسرة وتدريبها (شاش، ٢٠٠٩).

ومع وجود إعاقة مثل الإعاقة السمعية فإنه يصعب تحصيل الخبرات الحسية، ويقع الأهل ومقدمي الرعاية في حيرة حول كيفية رعاية ومساعدة الطفل، ويزداد الأمر سوءاً إذا تصاحبت الإعاقة

السمعية مع إعاقات أخرى كالإعاقة البصرية أو الجسدية أو العقلية، لذا يجب أن نقدم لأولئك الأطفال خدمات تلبي احتياجاتهم، ودعم أسرهم وتحسين كفاءتها في التعامل معه وتلبية احتياجاته (محروس، ٢٠٠٨).

ومن برامج التدخل المبكر في المنزل والذي يهتم بالطفل المعاق والأسرة معاً برنامج INSITE، وهو ثاني برنامج صدر عن معهد سكاى هاي التابع لجامعة يوتا في الولايات المتحدة الأمريكية، والذي يركز على الإعاقات الحسية المزدوجة، ليؤكد على حق الطفل ذو الإعاقة السمعية الذي يعاني من إعاقات أخرى أن يكون عنصراً فعالاً في مجتمعه وأسرته كغيره من الأطفال، وتدريب الأسرة نفسها على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال، وتزويد الوالدين بالمعلومات الكافية، وتأهيلهم بشكل منظم، وكذلك توفير التأهيل المناسب للمتخصصين من أجل تمكينهم من العمل معاً لتقديم برامج ملائمة لهؤلاء الأطفال، ويفترض هذا البرنامج بأن النجاح في تقديم الخدمات لن يحدث إلا بمساعدة الأسرة نفسها (Morgan, 2016).

ومما سبق يسعى البحث:

- في التعرف علي فعالية برنامج INSITE للتدخل المبكر وعلاقته بتحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

ثانياً: أسئلة البحث:

- ١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية على تحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى؟
- ٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على تحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى؟
- ٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية على تحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى؟

ثالثاً: أهداف البحث:

يهدف البحث إلى تحقيق ما يلي:

١- التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين القياس القبلي والبعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

٢- التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

٣- التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين القياس البعدي والتبقي لدى المجموعة التجريبية على مقياس المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

رابعاً: أهمية البحث:

تبرز أهمية هذا البحث في تناولها لأسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى، وأهمية تدريبهم، والكشف عن انطباعاتهم حول برنامج INSITE للتدخل المبكر في المنزل، كما أن هذا البرنامج يطبق لأول مرة على مستوى الوطن العربي فقد يعتبر مرجعاً مهماً للدارسين، ومن المؤكد أن يستفاد من البحث الجهات الآتية :

- الباحثون وذلك من خلال الاطلاع على ما ورد في البحث، وإجراء المزيد من الدراسات التي تتناول إعاقات أخرى، واستخدام الأساليب التي تعزز من تنمية مهارات الأطفال.
- العاملين في ميدان التربية الخاصة والمتمثل في (التدخل المبكر، والعلاج الوظيفي، والعلاج الطبيعي، والنطق واللغة، والسمعيات، والتربية الخاصة).
- أولياء الأمور (الأسر)، حيث يمكن لهم التعرف إلى أهمية برنامج INSITE للتدخل المبكر في المنزل ومدى فعاليته لتنمية المهارات النمائية لدى الأطفال ذوي الإعاقات الحسية المتعددة.

خامساً: مصطلحات البحث:

[١] برنامج (Insite):

هو برنامج للتدخل المبكر يقدم دعماً في المجال التربوي والعلاجي لأسر الأطفال ذوي الإعاقات الحسية المصاحبة لإعاقات أخرى، والذين تتراوح أعمارهم بين (٦ سنوات) والذي صمم عام

١٩٨٠ من قبل فريق متعدد الاختصاصات من الأخصائيين العاملين مع ذوي الإعاقات المتعددة في مؤسسة (ski-hi) بجامعة يوتا بالولايات المتحدة الأمريكية، وفي هذا البحث سيتم استخدام النسخة المعربة، لاستخدامه وتطبيقه على الأطفال، وتدريب العاملين وأسر الأطفال عليه لزيادة معرفتهم و لرفع كفاءتهم.

ويقصد به في البحث الحالي المخطط العلاجي القائم على فنيات برنامج INSITE للتدخل المبكر وعلاقته بتحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

[٢] التدخل المبكر Early Intervention:

ويُعرف على أنه تنسيق الجهود المنظمة التي تدعم الأطفال الصغار من ذوي الإعاقة والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة خلال الفترة ما بين الولادة وحتى سن الخامسة وتقديم الدعم لأسرهم (Guralinck, 2000).

ويعرف إجرائياً بأنه : البرنامج الذي يطبق على أفراد البحث من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى وأسرهم، والعاملين في برامج التدخل المبكر لتلك الفئة من الأطفال.

[٣] المرونة النفسية Psychological Flexibility:

وعرفت جمعياً علم النفس الأمريكية بأنها "عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد، والصدمات النفسية، والنكبات، أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها البشر كالمشكلات الأسرية ومشكلات العلاقات مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة وضغوط العمل والمشكلات المالية" (APA, ٢٠١٤).

كما عرفت المرونة النفسية بأنها القدرة على التكيف مع الأحداث الصادمة والمحن والمواقف الضاغطة المتواصلة. كما أكدنا على أنها عملية مستمرة يظهر من خلالها الفرد سلوكاً تكيفياً إيجابياً في مواجهة المحن والصدمات ومصادر الضغط النفسي (عزت، كرم وآخرون، ٢٠١٩).

ويقاس إجرائياً بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على مقياس المرونة النفسية المستخدم بهذا البحث والذي أعده الخشت (٢٠١٨).

سادساً: حدود البحث:

[١] الحدود الموضوعية:

تقتصر حدود البحث الموضوعية على دراسة فعالية برنامج INSITE للتدخل المبكر وعلاقته بتحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

[٢] الحدود المكانية:

اقتصر هذا البحث على مركز دريم للتدريب والتأهيل والتربية الخاصة بمحافظة الأسكندرية.

[٣] الحدود الزمانية:

تم تطبيق هذا البحث في الفترة من ١ / ٨ / ٢٠٢٤م إلي ١ / ١١ / ٢٠٢٤م.

سابعاً: الإطار النظري والدراسات السابقة:

برنامج (INSITE) للتدخل المبكر (INSITE program for early intervention):

يُعد التدخل المبكر من التطورات المهمة في ميدان التربية الخاصة، حيث ظهرت فكرته منذ أوائل الستينيات من القرن العشرين، وعلى الرغم من أن التدخل المبكر من الاتجاهات الحديثة نسبياً إلا أن مبرراته وفوائده لكل من الطفل وأسرته والمجتمع أصبحت واضحة، وهذا ما أثبتته الدراسات العلمية في العديد من المجالات وكذلك التجارب العملية المطبقة على الأطفال ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة وأسرههم خلال الفترة ما بين الولادة وحتى سن الخامسة (Guralinck, 2000).

ومن التعريفات المتداولة لبرامج التربية الخاصة المبكرة هو توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال ذوي الإعاقة أو المعرضين لخطرهم ممن هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرههم أيضاً (Aurther & Clements, 2005).

وتستهدف برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة الأطفال المتأخرون في جانب أو أكثر من جوانب النمو (Children with Developmental Delay) سواء كان في الجانب المعرفي، أو الجانب الاجتماعي الانفعالي، أو الجانب الحركي، أو في جوانب الاتصال اللغوي، حيث يعاني الأطفال في هذه الفئة من التأخر النمائي في أول سنتين من العمر (Vaughn Bos & Schumm, 2016).

ويتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون سن السادسة من ذوي الإعاقة أو التأخر النمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة، ورغم الفروق

الفردية بين الأطفال ذوي الإعاقة إلا أن مفهوم التدخل المبكر أصبح أكثر شمولية وأوسع نطاقاً حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال ذوي الإعاقة الواضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية، كما يستهدف أسرهم (Brewer, 2004). وقد يأخذ التدخل المبكر أكثر من شكل أو نموذج، فهناك عدة نماذج يمكن من خلالها تقديم برامج التدخل المبكر وهي :-

أولاً: التدخل المبكر في المراكز: وتقدم الخدمات في مركز أو مدرسة لمن تتراوح أعمارهم ما بين سنتين إلى ثلاثة سنوات، وقد يلتحق الأطفال في هذه المراكز لمدة 3-5 ساعات بواقع 4-5 أيام أسبوعياً، وبعد تقييم قدرات وحاجات الأطفال، يتم تدريبهم على مختلف المجالات النمائية من خلال البرامج المتخصصة ومتابعة أدائهم، ويوفر هذا النموذج فرص لتفاعل الأطفال وكذلك تدريب الوالدين إلا أن من مشكلات هذا النوع من البرامج التكلفة المادية المرتفعة. (الحديدي والخطيب، ٢٠١٥)

ثانياً: التدخل المبكر في المنزل: في مثل هذا النوع من البرامج تقوم مدربة أو أخصائية بزيارات منزلية مرة أو أكثر أسبوعياً، وعادة ما يستخدم هذا النوع من البرامج في المناطق الريفية أو البعيدة عن المدن، وغالباً ما تقدم هذه الخدمات للأطفال دون عمر السنتين، ومن مزايا هذا الأسلوب أنه يتم في البيئة الطبيعية للطفل ويشارك فيه إخوة الطفل، لكن من مشكلاته الصعوبات التي تواجهها الأخصائيات في الانتقال من مكان إلى آخر (دعنا والطبال، ٢٠١١؛ Wiley, Parnell & Belhorn, 2016).

ثالثاً: التدخل المبكر في كل من المنزل والمركز: يتم تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سناً في المنزل وللاطفال الأكبر في المركز المتخصص وبناءً على وضع الطفل قد تتطلب حالته عدة زيارات أسبوعياً لتلقي الخدمات في المركز إلى جانب الزيارات المنزلية وهذه الخدمات أيضاً تشمل أولياء أمورهم، ويسمح مثل هذا النوع من البرامج بتلبية حاجات الطفل وأسرته بشكل أكثر مرونة. (Rotholz, Kinsman, Lacy & Charles, 2017)

رابعاً: التدخل المبكر في المستشفيات: يقدم هذا النمط من الخدمة للأطفال ذوي المشكلات النمائية الشديدة جداً مثل (الشلل الدماغي، والصلب المفتوح، والإصابة الدماغية) والتي تتطلب إدخال هؤلاء الأطفال بشكل متكرر ولفترات طويلة إلى المستشفى (الخطيب والحديدي، ٢٠١٥).

خامساً: التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام: يستخدم هذا النموذج عن طريق التلفزيون ووسائل الإعلام المختلفة لتدريب الوالدين على تلبية احتياجات أطفالهم الصغار ذوي الإعاقة وغالبًا ما ينفذ هذا النموذج على شكل أدلة تدريبية توضيحية تبين لأولياء الأمور وبلغة واضحة كيفية تنمية مهارات أطفالهم في مجالات النمو المختلفة وكيفية التعامل مع السلوكيات والاستجابات غير التكيفية (الزريقات، ٢٠١٥؛ Janssen, 2003).

وتقدم خدمات التدخل المبكر من خلال فريق يشمل كل من (أخصائي النسائية والتوليد، وطبيب المخ والأعصاب، وطبيب الأطفال، والممرض، وطبيب العيون، وأخصائي السمعيات، والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي، وأخصائي اضطرابات الكلام واللغة، وأخصائي العلاج الطبيعي، والمعلمين، ومعلمي التربية الخاصة، وأولياء الأمور) (Motttron, 2017).

إن الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، هم فئة موجودة في كل المجتمعات، إلا أن الاهتمام بهذه الفئة من بين فئات المعاقين لا زال محدودًا في الوطن العربي بشكل عام. لذلك يسعى هذا البحث للتعرف إلى ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة وخصائصهم، حيث يظهر هؤلاء مدى واسعًا من الخصائص، وهذا يعتمد على عدد من المتغيرات، إلا أنهم يشتركون في مجموعة خصائص يمكن تقسيمها إلى : خصائص معرفية، أكاديمية، جسمية، سلوكية، والتواصل، كما أن لهم احتياجات طبية وتربوية وانفعالية واجتماعية. وهكذا يحتاج هؤلاء إلى خدمات وبرامج تربوية متخصصة، خدمات رعاية صحية ونفسية وتروحية ورياضية وخدمات تربوية واجتماعية، وكذلك برامج تعليمية وتربوية وبرامج رعاية صحية، ويظهر الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة نقصًا في النمو الجسمي وفي أساليب التواصل ويعجز هؤلاء عن القيام بالأمور المتعلقة بالعناية الشخصية. إن تدريب وتعليم وتأهيل المعاقين إعاقات شديدة ومتعددة، غير كافٍ للتكيف مع المجتمع، ولا بد من تكييف البيئة لتلبي احتياجاتهم ومتطلباتهم، حتى يكون هناك تفاعلاً مستمرًا بين الطرفين، ليسهل دمجهم في المجتمع (Alberta Education, 2005).

وقد يصاب الطفل بإعاقتين أو أكثر (إعاقة مزدوجة)، كأن يكون معاقًا سمعيًا وحركيًا، ويعرف الأطفال المعاقين سمعيًا على أنهم الذين يحتاجون إلى تربية خاصة بسبب مشكلاتهم السمعية، الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج ليستطيعوا النجاح تربويًا. ومن ناحية علمية يصنف هؤلاء الأطفال إلى ثلاث فئات : فئة الإعاقة السمعية التوصيلية وذلك عندما تكون المشكلة في الأذن الخارجية والوسطى، والفئة الثانية هي فئة الإعاقة السمعية

الحسية، ذلك عندما تكون المشكلة في الأذن الداخلية أو العصب السمعي، والفئة الثالثة هي فئة الإعاقة السمعية المركزية، وذلك عندما تكون المشكلة في الدماغ وليس في الأذن. (الحديدي، ٢٠١٧).

ووفقا لتعريف IDEA قانون تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة الأمريكي، فإن الأطفال ذوي الاعتلال الحسي المزوج لديهم اعتلال سمعي يتزامن مع الاعتلال البصري، وهذا المزيج يخلق صعوبة في التواصل وتلبية الاحتياجات التعليمية والتطويرية، مما يجعلهم غير قادرين على تلقي التعليم المناسب في برامج التربية الخاصة في مرحلة الطفولة والشباب (الزريقات، ٢٠١٣). كما أن تأثير تزامن إعاقتين معًا غالبًا ما يؤثر على الغالبية العظمى من الأفراد ذوي الإعاقة الحسية المزوجة، وهو ما يتطلب تقديم دعم مكثف لهم خلال كافة مراحل حياتهم (دبابنة، ٢٠١٠).

وبسبب معاناة الأطفال ذوي الاعتلال الحسي لأكثر من إعاقة (سمعية وبصرية) فإن معظمهم تتم خدمتهم ضمن فئة متعددي الإعاقة، إذ يعرف الاعتلال الحسي المزوج من قبل قانون التربية والتعليم للأفراد ذوي الإعاقة الأمريكي بأنها اضطراب شديد في التواصل والحاجات التعليمية والنمائية الأخرى (دبابنة، ٢٠١٠)، وبلغت نسبة من قُدمت لهم الخدمات بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة الأمريكي IDEA حوالي ٩٨٥٣ أصم من سن الميلاد وحتى ٢١ سنة، وحوالي ٨٥% من الطلبة الصم لديهم إعاقات أخرى كما أن بعضهم مصنّف تحت فئات أخرى، لذلك تختلف نسبة الإنتشار من مصدر إلى آخر. (Smith, 2007).

ويعتمد الطفل الأصم الكفيف إلى حد كبير على الآخرين في الحركة، والتعرف والتنقل، والتواصل، والعديد من المهام البسيطة الأخرى (Downing & Eichinger, 2011)، كما يواجه الطفل الأصم تحديات كبيرة تشمل التواصل والتنقل، إلا أن العديد من التقنيات المساعدة تخفف من هذه التحديات مثل لغة الإشارة للمسية. وتتضمن لغة الإشارة للمسية العديد من الحروف والكلمات، وعادة ما يتعلم الأطفال أولاً إشارات تعكس الكلمات والعبارات والأفكار، ومن ثم يتعلمون نظام اللغة المكتوبة التي تعتمد على الحروف.

وبالإضافة إلى لغة الإشارة للمسية يعتمد بعض الأفراد الصم على قراءة الكلام عن طريق وضع اليد على وجه المتكلم أو بالقرب من فمه، ويمكن أن يساعده المترجمون في فهم اللغة والتعبير عنها. وقد تشمل تقنيات الإتصال الأخرى للأطفال ذوي الاعتلال الحسي المزوج ما يلي : (لغة

الإشارة، الكتابة والقراءة بحروف مطبوعة بخط كبير، الحروف والصور، أجهزة التواصل التي تحول النص إلى كلام، الإشارات اللمسية) (بطرس، ٢٠٠٧).

وتتطلب أفضل تقنيات التواصل مع الطالب الأصم الكفيف، معرفة نقاط القوة والضعف لديه، هذا ويعد التنقل التحدي الرئيسي الآخر للأشخاص ذوي الإعتلال الحسي المزدوج، والذي عادة ما يتطلب بعض المساعدة، فضلا عن التدريب على الإتجاهات، كي يتمكن الفرد من التنقل، ويمكن لتقنيات محددة أن تساعد الأفراد الصم المكفوفين على التمتع بهذه الحرية، ويمكن المتخصصين في التعرف والتنقل مساعدة المعلمين وأولياء الأمور على تصميم المساحات المناسبة لمساعدة الأطفال على التنقل دون صعوبة، وعندما يتعلم الطفل التنقل في هذه المساحات المألوفة، فإنه يبني الثقة واحترام الذات في الأماكن العامة، ويتنقل هؤلاء الأطفال في كثير من الأحيان بمساعدة العصا أو الكلب المرشد، ولا بد أن يُراعى أي قرار يتعلق بأفضل التقنيات المساعدة لهذه الفئة مصالح وقدرات الأطفال (Fellinger, 2009; Overbeek, 2015).

ويسهم تأسيس برامج تدخل مبكر مناسبة في مساعدة الأفراد الصم المكفوفين على إستخدام البصر والسمع المتبقي لديهم، ولذلك لا بد من تركيز الاهتمام على برامج تقييم السمع والبصر. (Fellinger, 2009).

وبرامج التدخل المبكر كغيرها من البرامج قد تواجه العديد من المعوقات ومنها : نزعة أولياء الأمور لتوقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم، وإنكار أولياء الأمور لإعاقة أطفالهم بسبب اتجاهات المجتمع السلبية نحو الإعاقة، وتعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط وتبنى مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل، وعدم توفر مراكز تدخل مبكر متخصصة وتردد بعض المراكز في قبول هؤلاء الأطفال دون سن السادسة، وعدم توافر أدوات التشخيص والكشف المبكر عن الإعاقة نتيجة لعدم توفر الكوادر المتخصصة القادرة على تطوير مناهج مناسبة وتوظيف الأساليب التي تتناسب مع الأطفال ذوي الإعاقة (Denession, 2005)، أما فيما يتعلق بالتدخل المبكر للأشخاص ذوي الإعاقة الحسية المزدوجة، فلا تزال هناك حاجة لتحسين برامج تدريب ما قبل الخدمة على المستوى المحلي والعالمي والحاجة لتطوير إجراءات التعرف وتأسيس برامج تدخل مبكر مُستندة إلى الأدلة ونتائج الدراسات، ويبدو أن برامج التدخل المبكر للرضع المعرضين للخطر ومن ضمنهم ذوي الإعاقات المزدوجة ينقصها الأساس النظري الواضح. (دبابنة، ٢٠١٠).

ويعرف البرنامج الأمريكي للتدريب أثناء الخدمة في مجال الإعاقة الحسية المزدوجة المصاحبة لإعاقات أخرى ببرنامج Insite، إذ تم تطويره من خلال منحة نموذجية لمدة ثلاث سنوات من العام ١٩٨١ - ١٩٨٣، والعمل عليه في ولاية يوتا الأمريكية، وفي العام ١٩٨٤، أصبح برنامج Insite يمول كنموذج موحد للتوعية، وتم تكرار تطبيق البرنامج في حوالي (٢٥) ولاية أمريكية منذ العام ١٩٨٤، وفي شهر مارس ١٩٨٩ تمت الموافقة على اعتماد برنامج Insite من قبل فريق فعالية البرنامج التابع للشبكة الوطنية للنشر، والتي تعتبر من المؤسسات الرائدة في الإعلام الأمريكي، حيث قدمت دليلاً مقنعاً على فعالية برنامج Insite، وقد استند الدليل والموافقة على البيانات التي تم جمعها من الأطفال والأسر من خلال برنامج Insite، في (١٠) ولايات في الفترة من (١٩٨٢ - ١٩٨٨) (Morgan, 2016).

وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذا البرنامج لم يتم تعريبه أو تقنينه في البيئة العربية قبل هذا البحث. وقد تم إنشاء هذا البرنامج في وقت مبكر من العام ١٩٨٠، للحاجة الماسة له لتوفير البرامج المنزلية للأطفال ممن يحتاجون إلى المزيد من الخدمات في البرامج المعدة مسبقاً لذوي الإعاقات الحسية المزدوجة والمصاحبة لإعاقات أخرى.

ويُعد هذا البرنامج في غاية الأهمية للأسر التي تكافح من أجل تلبية احتياجات أطفالها الذين يعانون من إعاقات حسية مصحوبة بإعاقات أخرى. ويقدم هذا البرنامج خدمات تساعد على تعزيز ودعم قدرة الأسرة على تحقيق الأهداف الجماعية وأداء المهام المعيشية والأسرية اليومية، بالإضافة إلى إستفادة الأخصائيين العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة الحسية المزدوجة المصاحبة لإعاقات أخرى، بالإضافة إلى منسقي الخدمات والمعالجين وغيرهم من فرق تقديم الخدمات الذين يعملون بالتشاور مع المتخصصين في مثل هذه الإعاقات وممن هم على دراية بالأطفال ذوي الإعاقات المتعددة (The Ski-Hi Instiute, accessed, 2015).

ويشمل الدليل المستخدم في البرنامج معلومات وأنشطة للأسر حول التواصل المبكر، والرؤية، والسمع، والحركة، والعناية اليومية، والإدراك واللعب، كما ويتضمن معلومات عن الخطط التربوية الفردية المستخدمة لتقييم الأطفال، والقضايا الأسرية، والدعم الإنفعالي والاجتماعي للأسر.

كما لا بد من الإشارة إلى أهمية موقف الآباء من الطفل، ولذلك، كان من الضروري تقديم مساعدة كافية لهم وتدريبهم على إكتساب مهارات متعددة، ومنها على سبيل المثال لا الحصر، الضبط الشخصي والتغلب على الحزن واكتساب الدعم الإنفعالي لكي يصبحوا مشاركين فاعلين في القرارات

التي تؤثر على حياة أطفالهم ذوي الإعاقة والقيام بفتح العديد من قنوات الإتصال بين جميع أفراد الأسرة وإعادة التوازن الصحي الذي يمكن الأسرة من المضي قدما في الحياة (Davis & James, 2011; Jacko, 2011).

وأشارت شين وهي معلمة وخبيرة بالطلبة ذوي الاعاقة البصرية إلى أهمية مشاركة الوالدين وأفراد الأسرة في العملية التربوية للطفل ذي الإعاقة البصرية أو السمعية أو الإعاقات المتعددة، كما نظمت كتابها ليكون دليلا للعاملين في برامج التدخل المبكر وتوفير المعلومات المفيدة التي تدعم المعلمين ومقدمي برامج التدخل المبكر في عملهم مع الأطفال الصغار وأسرههم، (Gerra, 2014). وقد تم توثيق أهمية هذه البرامج للأطفال ذوي الإعاقة من حيث مساعدة الأسر على تلبية احتياجات أبنائهم الأساسية من غذاء وملبس وسكن وتنقل، حيث أشار وول (Wall, 2005) أن ثلثي الأسر تتلقى الخدمات من خلال الزيارات المنزلية لتوعية الأمهات غير العاملات قبل انتقال أبنائهن لتلقي خدمات التدخل المبكر في المراكز وزيادة قدرتهن على تلبية الاحتياجات الأساسية لأبنائهن إضافة إلى تحسين طرق التوعية الوالدية لأسر هؤلاء الأطفال من ناحية تدريب الطفل على استخدام التواليت وتناول الطعام والفظام، والتوعية بالتأخر النمائي للأطفال بهدف التأكد من وجود أي مشكلة لدى الطفل وتحويله لتلقي الدعم المناسب وهو ما يساعد بدوره على تقبل الإعاقة وسرعة إحالة الطفل إلى برامج التدخل المبكر، كما أن تحويل الطفل لبرامج التربية الخاصة وخضوعه لعملية التقييم من شأنه تعزيز مشاركة الأسر في إعداد الخطة التربوية الفردية والمشاركة في تنفيذها (Krishnan, Raman, Nesh, Jemi, Russell & Swamidhas, 2016).

المرونة النفسية Psychological Flexibility:

تُعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس المرونة النفسية على أنها عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد الصدمات التكتبات أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها البشر، مثل المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقات مع الآخرين المشكلات الصحية، وضغوط العمل (APA,2014).

وعرفها عزت وآخرون (٢٠١٩) بأنها القدرة على التكيف في المواقف التي تحمل الإحباط حيث يلتمس الحلول المختلفة للمشكلات ولا يظهر العجز عن مواجهتها.

وعرف عباس (٢٠٢١) المرونة النفسية بأنها قدرة الفرد على مواجهة المواقف المختلفة بفاعلية والرد عليها بشكل عقلائي، وإقامة علاقات طيبة مع الآخرين أساسها الود والاحترام المتبادل وتقبل الآخرين.

وتُعرف الباحثة المرونة النفسية إجرائياً في هذا البحث بأنها تمتع الأخصائي الاجتماعي بعوامل الكفاء الشخصية والإصرار وعدم الاستسلام، والقدرة على مقاومة التأثيرات السلبية، وتقبل الذات الإيجابي، والقدرة على إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين.

النظريات والنماذج المفسرة للمرونة النفسية:

ومن النظريات التي حاولت تفسير عملية المرونة النفسية، نظرية رينشاردسون Richardson، والذي اقترح ما أسماه ما وراء نظرية المرونة النفسية، والمرونة النفسية الارتدادية، والتي تطورت على مدار ثلاث موجات مختلفة من أبحاث المرونة النفسية.

الموجة الأولى: تحدد خصائص الأفراد الذين يواجهون بفعالية التمزقات وينمون من خلالها.

والموجة الثانية: فحص العمليات التي يكتسب الناس من خلالها هذه الخصائص.

والموجة الثالثة: هي التعرف على المرونة النفسية الفطرية، وقدرتنا على النمو والتطور ومن هذا المنطلق تم وضع صياغة لمفهوم الصمود بأنه القوة التي توجد داخل كل فرد والتي تدفعه إلى تحقيق الذات، والحكمة، وأن يكون على تناغم تام مع المصدر الروحي للقوة ويكمن الفرض الأساسي لهذه النظرية في أن فكرة التوازن البيولوجي النفسي الروحي (التوازن) وهو الذي يسمح لنا بالتكيف الجسم والعقل والروح مع ظروف الحياة الحالية، حيث تؤثر الضغوط النفسية، والأحداث المؤلمة وأحداث الحياة الأخرى المتوقعة، وغير المتوقعة.

الدراسات السابقة:

المحور الأول: دراسات تناولت برنامج INSITE للتدخل المبكر:

من خلال الإطلاع على الدراسات المتعلقة بموضوع البحث، تم إختيار الدراسات التالية التي تتناسب معها:-

دراسة أجراها العطيوي والصمادي (٢٠١٦) هدفت إلى تقييم برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة في الأردن في ضوء المؤشرات النوعية العالمية وعلاقته بمتغيرات نوع البرنامج وسنة تأسيسه

وفئة الإعاقة المستفيدة. تكونت عينة الدراسة من (٣٠) برنامجاً للتربية الخاصة في الطفولة المبكرة تتبع لقطاعات حكومية وخاصة وتطوعية، موزعة على أقاليم المملكة الثلاثة: الجنوب الشمال، والوسط، لتحقيق هدف الدراسة قام الباحثان بتطوير مقياس للمؤشرات النوعية لبرامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، وقد تم التوصل إلى دلالات صدق وثبات للمقياس ملائمة لأغراض الدراسة. أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التزام برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة في أبعاد المؤشرات النوعية العالمية المستفيدة تعزي لمتغيرات نوع البرنامج وسنة تأسيسه وفئة الإعاقة.

دراسة أجراها أوفريك (2015) Overbeek وهدفت إلى استخدام الباحثون فيها التجريب العشوائي ويقصد به توزيع ثنائي يجمع بين الطفل وولي أمره على إحدى المجموعتين عشوائياً، بحيث تلقى (٥٠) منهم تدريباً على برنامج التدخل المبكر، وأطلق عليهم المجموعة التجريبية، وتحديد (٥٠) آخرين في مجموعة ضابطة يتلقون تدريباً على برنامج الرعاية اليومية الاعتيادي فقط، وقد اشتملت الدراسة على أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة للإعاقة العقلية من سن (١-٥) سنوات. و قد أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر ذو دلالة إحصائية في مستوى فعالية برنامج التدخل المبكر لزيادة حساسية الأهل وتحسين التعلق الآمن مع أطفالهم، ولصالح المجموعة التجريبية على القياس البعدي.

وهدفت دراسة شاف و زملاءها Schaaf, R. et al. (2014) تقييم برنامجاً للتدخل المبكر للأطفال الذين يعانون من التوحد والإعاقات الحسية، قدمت دليلاً على فعالية مثل هذه البرامج. وقد تراوحت أعمار العينة ما بين (٤ - ٨) سنوات تم اختيارها وتوزيعها على مجموعتي الدراسة (تجريبية و ضابطة) بطريقة عشوائية. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج وكان عددهم ١٧ وتلقوا ٣٠ جلسة في العلاج الوظيفي من خلال برنامج التدخل حققوا نتائج أعلى من حيث تحقيق الأهداف التي وضعت لهم. وكانت ثاني أعلى درجة في مجال الرعاية الذاتية بمساعدة مقدم الرعاية لهم وفي مجال التواصل الاجتماعي مقارنة مع المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لبرنامج التدخل. وأشارت النتائج كذلك إلى الإلتزام أكثر بالعلاج وبيروتوكولات البرنامج من قبل المجموعة التجريبية التي تلقت دعماً أكبر خلال برنامج التدخل.

وفي دراسة حالة متعددة أجرتها بيغيني وزملاؤها Pighini, Goelman, Buchanan, Schonert-Reicht, & Brynelsen (2014) هدفت إلى التعرف عن خبرة أهل الأطفال الذين

هم في خطر التأخر النمائي و تلقوا خدمات التدخل المبكر للأطفال من (سن الولادة - ٣ سنوات) في كندا. وتكونت العينة من (١١) ولي أمر و (٧) أطفال لست عائلات. أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الطرق الجمعية التي استخدمتها مجموعات العمل أدت إلى انخراط الأهل بشكل أكبر في برامج التدخل المبكر الخاصة بأبنائهم.

وأجرت عقروق (٢٠٠٦) دراسة هدفت التعرف إلى تصميم نموذج لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقييم البرامج العاملة حالياً في الأردن، حيث اشتملت عينتها القصدية على (٧٠) فرداً موزعين على النحو الآتي: ٢٦ عاملاً في برنامج البورتيج وجمعية الحسين للتدخل المبكر و (٤٤) فرداً من الأسر المستفيدة من هذين البرنامجين. وقد اقترحت الباحثة نموذجاً في ضوء الممارسات العالمية. حيث أشارت نتائج تقييم برامج التدخل المبكر العاملة حالياً في الأردن إلى حصول محور تلبية الحاجات على أدنى مستوى على استبانة تقييم الأسس للخدمة وثاني أدنى معدل استبانة تقويم العالمين للخدمة.

وفي دراسة آرثر وكلمنتس (2005) Aurther & Clements والتي هدفت إلى دراسة أثر مشاركة الأسرة في برامج التربية الخاصة المبكرة على أداء أطفالهم الأكاديمي في المراحل اللاحقة، حيث استمرت الدراسة (١٧) سنة و شملت مراكز في شيكاغو. وأشارت الدراسة إلى الأثر الإيجابي لمشاركة الأسر في البرنامج. وأشارت نتائجها إلى أن مشاركة الأسر ترتبط ارتباطاً إيجابياً مع مستوى الدافعية والمهارات المعرفية والكفاية الاجتماعية والتحصيل الدراسي في المراحل اللاحقة. وارتباطاً سلبياً مع مستويات الرسوب والالتحاق ببرامج تربية خاصة خصوصاً إذا بدأت مشاركة الأسر خلال السنوات الأولى من العمر.

كما أجرت جانسين وزملاؤها (2003) Janssen هدفت إلى التعرف على آثار برنامج للتدخل المبكر لتحسين نوعية الحياة و التواصل بين (٦) أطفال مكفوفين وصم منذ الولادة و (١٤) من مربيهم (مدرسين و مانحي رعاية و أمهات) وذلك من خلال تحليل الفيديو كأداة للدراسة. في هذه الدراسة تم استخدام (٨) مجموعات تفاعلية لملاحظة أثر برنامج التدخل المبكر على الأطفال والتواصل مع مربيهم. أشارت النتائج إلى تحسين مستويات فئات التواصل بين المربين وهؤلاء الأطفال بعد المباشرة ببرنامج التدخل المبكر مما يشير إلى فعالية هذا البرنامج في تحسين التواصل بين المربية والأطفال بناء على المجموعات التفاعلية الثمانية المذكورة سالفاً.

المحور الثاني: دراسات تناولت المرونة النفسية مع متغيرات أخرى:

تناولت دراسة الفقى (٢٠١٦) فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، والتعرف على استمرارية فعالية البرنامج، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ أمهات خضعن لتطبيق البرنامج، وتراوح أعمارهم ما بين ٢٥-٤٠ عاماً، وتم تطبيق مقياس المرونة النفسية لأمهات أطفال اللأوتيزم، وبرنامج العلاج بالقبول والالتزام، وكشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أمهات الأطفال الأوتيزم قبل تطبيق البرنامج وبعده على مقياس المرونة النفسية وأبعاده، الصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أمهات أطفال الأوتيزم في القياسين البعدي والتبعي على مقياس المرونة النفسية وأبعاده.

كما هدفت دراسة الخشت (٢٠١٨) إلى التعرف على فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الاكتئاب وتحسين المرونة النفسية لدى عينة من طلبة كلية التربية بأسبوط، وبلغت العينة العلاجية (٣) طلاب ٣ طالبات، وتمثلت أدوات الدراسة في: مقياس الاكتئاب، مقياس المرونة النفسية، وبرنامج العلاج بالقبول والالتزام، وأسفرت عن عدد من النتائج المهمة من بينها أن هناك فاعلية للبرنامج العلاجي القائم على القبول والالتزام في تحسين المرونة النفسية وخفض الاكتئاب واستمرارية هذه الفاعلية أثناء فترة المتابعة.

وهدف دراسة أربوط (٢٠١١) إلى إعداد برنامج إرشادي لتنمية كل من مقومات الشخصية القوية والهناء النفسي من الجدير بالذكر أن الشخصية القوية والهناء النفسي من ضمن السمات الأساسية للشخصية التي تتمتع بالمرونة النفسية) وكما أمكن تطبيق البرنامج بطريقتين هما الطريقة التقليدية وجها لوجه والطريقة الثانية عبر الإنترنت، وأمکن استخدام كل طريقة لدى عينة مستقلة من معلمات المرحلة الثانوية التحقق من فعالية البرنامج والتعرف على بقاء أثره من خلال نتائج القياس التبعي بعد ٢٤ شهر من تطبيقه بالطريقتين التقليدية وعبر الإنترنت، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠٥ تم اختيار ٨٠ معلمة تراوحت أعمارهم ما بين ٣٥-٥٢ عام، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين، أحدهما مجموعة التطبيق التقليدي والأخرى مجموعة التطبيق عبر الإنترنت، طبقت عليهم استمارة البيانات الديموجرافية ومقياس قوة الشخصية ومقياس الهناء النفسي للمعلمين والبرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام مكون من ٩ جلسات، أسفرت النتائج عن فعالية البرنامج لكل من التطبيقين

التقليدي وعبر الإنترنت، وكما أشارت النتائج إلى جود فروق دالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي في كل من مقومات الشخصية القوية.

التعقيب على الدراسات السابقة:

تناولت الدراسات السابقة موضوعات ذات صلة بموضوع الدراسة الحالية، فبعضها تناول تقييم برامج التدخل المبكر، مثل دراسة العطوي والصمادي (٢٠١٦) ودراسة عقروق (٢٠٠٦)، أو دور برامج التدخل المبكر في تحسين نوعية الحياة والتواصل كدراسة (Janssen, 2003).

كما اهتمت دراسات بالكشف عن خبرة أهل الأطفال الذين هم في خطر التأخر النمائي والذين تلقوا خدمات التدخل المبكر للأطفال كدراسة (Pighini et al, 2014).

أما دراسة شاف وزملاءها (Schaaf, R. et al, 2014) فقد هدفت تقييم برنامج التدخل المبكر للأطفال الذين يعانون من التوحد والإعاقات الحسية.

كما أشركت دراسة (Aurther & Clements, 2005) ودراسة أوفريك (Overbeek, 2005) الطفل وولي أمره في التدريب على برنامج التدخل المبكر ومن ثم الكشف عن أثره في أداء الطفل الأكاديمي والعلاقة بين الطفل وأسرته.

وقد استخدمت الدراسات السابقة المنهج الوصفي والمنهج شبه التجريبي، واختارت عينة الدراسة من أطفال ذوي إعاقة.

ويتميز هذا البحث بأنه اعتمد المنهج النوعي للكشف عن مدى تأثير استخدام برنامج INSITE للتدخل المبكر في المنزل مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى..

ثامناً: فروض البحث:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية على تحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على تحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتبقي لدى المجموعة التجريبية على تنمية المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

تاسعاً: الإجراءات المنهجية للبحث:

[١] منهج البحث:

تتطلب طبيعة البحث الحالي استخدام المنهج شبه التجريبي وذلك باستخدام التصميم التجريبي ذو المجموعتين التجريبية- الضابطة التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة ليلائم مع أهداف البحث.

[٢] مجتمع البحث والعينة

تم اختيار (٢٠) من أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى والتي تراوحت أعمار اطفالهم من حديثي الولادة إلى ست سنوات لتنمية المرونة النفسية الأسر وممن لديهم الجدية والاستعداد لحضور جلسات البرنامج، تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة ضابطة (١٠)، وأخرى تجريبية (١٠) طبق عليهم مقياس المرونة النفسية، وبرنامج INSITE للتدخل المبكر لتحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

[٣] أدوات البحث:

أ- مقياس المرونة النفسية:

مقياس المرونة النفسية من إعداد الخشت (٢٠١٨)، ويتكون مقياس المرونة النفسية من ١٨ بند موزعة على ثلاثة أبعاد هي: البعد الأول اليقظة العقلية، البعد الثاني السمات الشخصية البعد الثالث الدعم الاجتماعي، ويتم الإجابة على كل بند من بنود المقياس بخمسة بدائل هي دائما - غالبا - أحيانا - نادرا - أبداً، ويتم تصحيح المقياس على أن تكون درجة كل فقرة على الترتيب ١ ٢ ٣ ٤ ٥) للعبارات الإيجابية و (٥ - ٤ - ٣ - ٢ - ١) للعبارات السلبية، تم حساب الاتساق الداخلي بين كل بعد بالدرجة الكلية حيث بلغت معاملات الارتباط (٠.٨٢، ٠.٩٣، ٠.٨١) لبعد اليقظة العقلية،

مجلة الخدمة الاجتماعية

السمات الشخصية، الدعم الاجتماعي المقياس المرنة النفسية، وهي قيم جميعها دالة عند مستوى ٠.٠٠١، كما بلغت معاملات ثبات ألفا كرونباخ للبعد الأول (٠.٧٧)، وللبعد الثاني (٠.٧٤)، وللبعد الثالث (٠.٧٩)، وكذلك بلغ ثبات الفاكرونباخ للدرجة الكلية للمقياس (٨٣.٠)، كذلك بلغ ثبات التجزئة النصفية (٠.٩٠) وهي قيمة عالية دالة عند مستوى ٠.٠٠١، كما بلغت معاملات ارتباط الصدق التكويني بين أبعاد المقياس دالة عند مستوى (٠.٠٠١).

كفاءة مقياس المرونة النفسية في البحث الحالي وللتحقق من خصائص السيكمترية المقياس المرنة النفسية أمكن حساب الثبات بطريقتي معامل الفاكرونباخ، التجزئة النصفية ولحساب صدق المقياس تم استخدام الاتساق الداخلي، وجدول (١) معاملات الثبات والصدق.

جدول (١)

معاملات ثبات الفاكرونباخ والاتساق الداخلي والتجزئة النصفية المقياس المرنة النفسية لدى عينة البحث من أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى (ن = ٤٤)

ثبات التجزئة النصفية		الاتساق الداخلي	ألفا كرونباخ	المتغيرات
سبيرمان براون	معامل الارتباط			
٠.٧٧٦	٠.٦٣٤	**٠.٥٩٢	٠.٧٠	اليقظة العقلية
٠.٨٩٠	٠.٨٠٢	**٠.٩٠٤	٠.٧١	السمات الشخصية
٠.٩٠٩	٠.٨٣٣	**٠.٧١٦	٠.٧٥	الدعم الاجتماعي
٠.٩١٤	٠.٨٤٢		٠.٧٩	الدرجة الكلية للمرونة النفسية

يتضح من جدول (١) أن مقياس المرونة النفسية قد بلغ درجة جيدة من الثبات ويمكن الاعتماد على نتائجه، أن قيم معامل ثبات ألفا كرونباخ مرتفعة، حيث بلغ معامل الثبات لبعد اليقظة العقلية ٠.٧١. لبعد السمات الشخصية، ٠.٧٥ لبعد الدعم الاجتماعي، كما بلغ معامل ثبات المقياس ككل ٠.٧٩، تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس، وكانت معاملات الارتباط الخاصة بجميع الفقرات حققت دلالة عند مستوى (٠.٠٠١، ٠.٠٠٥) وتراوحت الارتباطات بين الفقرات والدرجة الكلية لبعد اليقظة العقلية بين ٠.٣٢٩ إلى ٠.٦١٨، بينما تراوحت الارتباطات بين الفقرات والدرجة الكلية لبعد

السمات الشخصية (٠.٤١٤ ٠.٦٣٦)، كذلك تراوحت الارتباطات بين الفقرات والدرجة الكلية لبعدهم الدعم الاجتماعي، يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية بلغت (٠.٥٩٢، ٠.٩٠٤، ٠.٧١٦) للأبعاد التالية وهي: اليقظة العقلية، السمات الشخصية، الدعم الاجتماعي المقياس المرونة النفسية وهي قيم جميعها دالة عند مستوى ٠.٠١، مما يدل على أن المقياس على درجة عالية من الصدق كذلك تم حساب ثبات التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الثبات المقياس المرونة النفسية ككل (٠.٩١٤)، بينما بلغت معاملات ثبات بطريقة التجزئة النصفية حيث أمكن تصحيح أثر الطول باستخدام سييرمان براون وبلغت معاملات الثبات (٠.٧٧٦، ٠.٨٩٠، ٠.٩٠٩) للأبعاد اليقظة العقلية الصفات الشخصية الدعم الاجتماعي على التوالي المقياس المرونة النفسية.

ب- برنامج INSITE للتدخل المبكر:

يقدم برنامج INSITE في التدخل المبكر دعماً منزلياً للأسر التي لديها أطفال تتراوح أعمارهم بين (حديثي الولادة إلى ست سنوات) من ذوي الإعاقات الحسية المصحوبة بإعاقات أخرى، والذي يضم مجموعة من أخصائيي التدخل المبكر، تم إعداد هذا البرنامج عام (١٩٨٠) من قبل مؤسسة Ski hi نظراً للحاجة الماسة لتوفير خدمات منزلية للأطفال ذوي الإعاقات الحسية المتعددة وهم (صم مكفوفين، صم مع إعاقات أخرى أو مكفوفين مع إعاقات أخرى) ويتضمن البرنامج نسخة طويلة من قائمة الشطب لتقييم الأطفال ذوي الإعاقات الحسية المتعددة من سن (٠ - ٦) سنوات، ونسخة قصيرة لتقييم الأطفال من سن (٠ - سنتين).

ويهدف برنامج Insite لتنمية المهارات النمائية إلى إكساب الأطفال ذوي الإعاقة الحسية المتعددة المصاحبة لإعاقات أخرى مهارات نمائية، إضافة إلى مساعدة المختصين العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقات الحسية المصاحبة لإعاقات متعددة وأسره، والقدرة على تقديم التسهيلات لاكتساب أولياء الأمور للكفايات اللازمة لبرنامج Insite.

ويحتوي البرنامج على مجموعة من الأنشطة التي يمكن أن تستخدم في البرامج المنزلية الأسبوعية في مجالات تنمية التواصل مع البيئة المحيطة، وتنمية القدرات السمعية، وتوظيف القدرات البصرية فضلا عن تنمية الإدراك والتطور الحركي، وتنمية المهارات النمائية.

ويتضمن البرنامج المناهج الدراسية للتدخل المبكر لاستخدامه مع أسر الأطفال، والأدلة المرجعية للمدرب وهي قائمتي الشطب التطورية للبرنامج لتقييم التطورية التي يغطيها البرنامج، وكتيبات مع القرص المرفق power point، ومجموعة من أشرطة الفيديو على قرص DVD لاستخدامها في التدريب، وتقسم قائمة الشطب النمائية إلى خطوات صغيرة لتقييم التطور الذي يظهر على أداء الأطفال ذوي الإعاقات الحسية المتعددة، وتوجد مقاييس فرعية لأبعاد (المهارات الحركية العامة والدقيقة، الإدراك، المهارات البصرية والسمعية واللمسية، المهارات الاجتماعية، العناية الذاتية، مهارات التواصل) وقامت الباحثة بتقييم المشاركين معها في البرنامج التدريبي لغايات تطوير البرنامج قبل وبعد التدريب باستخدام مقياس المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

صدق البرنامج:

للقوف على مدى ملاءمة محتوى برنامج Insite للتدخل المبكر في المنزل وما تضمنه من أنشطة وتمارين لتحقيق الهدف الذي وضع من أجله وملاءمته، والقوف على دلالات صدق محتوى البرنامج في ضوء خصائص الفئة المستهدفة، فقد تم عرض البرنامج في صورته الأولى على مجموعة من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة الأردنية، والعاملين في ميدان التدخل المبكر والتربية الخاصة، وعددهم (٤).

وقد أوصى المحكمون بتصويب بعض الأخطاء اللغوية، وزيادة عدد الأنشطة الهادفة وتنويعها في البرنامج، وتم الأخذ بآراء وتوصيات المحكمين للوصول إلى الصورة النهائية للبرنامج.

وقد تم التقييم بقائمة شطب INSITE النمائية داخل المنزل مع الوالدين والطفل باستخدام ما هو موجود في المنزل، حيث يتواجد مستشار الوالدين في المنزل لمدة ساعة واحدة فقط في الأسبوع، وفي نهاية الزيارة تعطي الأم ملاحظاتها التي تم تدوينها أثناء قيام المدربة بالتدريب، وتعطي المدربة ملاحظاتها للأم وتناقشها بالطريقة الأمثل للتدريب بالوقت الذي يناسبها، ويتم الاتفاق على الهدف للزيارة القادمة بناء على إنجاز الطفل وإتقانه للهدف خلال الأسبوع التالي، وقد استمر تطبيق برنامج Insite 90 يوماً.

عاشراً: نتائج البحث:

مجلة الخدمة الاجتماعية

نتائج الفرض الأول: وينص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدى بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية على تحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى".
وللتحقق من هذا الفرض أمكن استخدام اختبار مان ويتي للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج لتحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى ، كما هي موضحة في جدول (٢).

جدول (٢)

اختبار مان ويتي بين القياس البعدى للمجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى

اتجاه الفروق	مستوى الدلالة	قيمة Z	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المتغيرات	
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
-	٠.٧٥	١.٧٨	١٢٨.٠٥	١٢.٨٥	٨١.٥٠	٨.١٥	قبلي	اليقظة العقلية
المجموعة التجريبية	٠.٠١	٣.٠٥	٦٥.٠	٦.٥٠	١٤٥.٠	١٤.٥٠	بعدي	
-	٠.٠٦٨	١.٨٢	١٢٩.٠	١٢.٩٠	٨١.٠	٨.١٠	قبلي	السمات الشخصية
المجموعة التجريبية	٠.٠٥	٢.٥١	٧٢.٠	٧.٢٠	١٣٨.٠	١٣.٨٠	بعدي	
-	٠.٠٨٠	١.٧٥	١٢٨.٠	١٢.٨٠	٨٢.٠	٨.٢٠	قبلي	الدعم الاجتماعي
المجموعة التجريبية	٠.٠٥	٢.٣٥	٧٤.٠	٧.٤٠	١٣٦.٠	١٣.٦٠	بعدي	
-	٠.٠٥٣	١.٩٣	١٣٠.٥٠	١٣.٠٥	٧٩.٥٠	٧.٩٥	قبلي	الدرجة الكلية
المجموعة التجريبية	٠.٠١	٣.٠٣	٦٥.٠	٦.٥٠	١٤٥.٠	١٤.٥٠	بعدي	

قيمة "Z" أقل من ١.٩٦ غير دال، من ١.٩٦ : ٢.٥٨ دال عند ٠.٠٥، من ٢.٥٩ : ٣.٢٧ دال عند ٠.٠١، من ٣.٢٨ فأكثر دال عند ٠.٠٠١

يتضح من الجدول (٢) وجود فروق بين المجموعتين التجريبية - الضابطة) على مقياس المرونة النفسية الصالح المجموعة التجريبية.

ويمكن تفسير ذلك بأن استخدام فنيات برنامج Insite للتدخل المبكر أسهمت في زيادة المرونة النفسية الأفراد المجموعة التجريبية.

كما يمكن تفسير ذلك بأن أفراد المجموعتين كان بينهما تجانس وتكافؤ على مقياس المرونة النفسية قبل تطبيق برنامج Insite للتدخل المبكر، ولكن تعرض أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج Insite للتدخل ساعد في تطوير سلوكيات أفراد المجموعة التجريبية والشباب حاجاتهم النفسية.

كل ذلك أدى إلى زيادة مستوى المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، بينما لم تمر المجموعة الضابطة بتلك الإجراءات.

يمكن تفسير ذلك بأن التدريبات المقدمة من خلال البرنامج العلاجي لأفراد المجموعة العلاجية قد أسهمت في زيادة المرونة النفسية الأفراد المجموعة التجريبية.

وقد ساهم البرنامج في معرفة أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى أن قلة المرونة النفسية تنتج عن سيطرة المخاوف الماضية والمستقبلية وضعف المعرفة الذاتية، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث التجنب المعرفي، مما يترتب عليه فقدان الشعور بالحظة الحالية والتعلق بالذات، ونقص القيم، مما ينتج عنه عدم القيام بالفعل والاندفاعية والتجنب كيفية بناء المرونة النفسية لديهم، والتعرض للمشكلة بشكل سريع حتى تنتهي وتقبلهم للخبرات المؤلمة والتعامل مع اللحظة الراهنة بمرونة وإيجابية واستيضاح قيمهم ووضع بعض أهداف الواقعية يسعى لتحقيقها، وزيادة فعاليتهم نحو تحرك تجاه تلك القيم والأهداف.

وتتفق تلك النتيجة مع نتائج دراسة الفقي (٢٠١٦)، العطيوي والصمادي (٢٠١٦)، الخشت (٢٠١٨).

مجلة الخدمة الاجتماعية

نتائج الفرض الثاني: وينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على تحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى".

وللتحقق من هذا الفرض أمكن استخدام اختبار ويلكوكسون بهدف التحقق من الفروق ودلالاتها بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على تحسين المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى ، كما هي موضحة بجدول (٣).

جدول (٣)

اختبار ويلكوكسون بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى (ن=١٠)

المتغيرات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	
					الرتب السالبة	الرتب الموجبة
اليقظة العقلية	٠.٠٠	٠.٠٠	٢.٨٠	٠.٠١	القياس القبلي	القياس البعدي
	٥.٥٠	٥٥.٠٠			الرتب السالبة	الرتب الموجبة
السمات الشخصية	٥.٥٠	٥.٠٠	٢.٣٠	٠.٠٥	القياس القبلي	القياس البعدي
	٥.٥٦	٥٠.٠٠			الرتب السالبة	الرتب الموجبة
الدعم الاجتماعي	٠.٠٠	٠.٠٠	٢.٦٧	٠.٠١	القياس القبلي	القياس البعدي
	٥.٠٠	٤٥.٠٠			الرتب السالبة	الرتب الموجبة
الدرجة الكلية	٠.٠٠	٠.٠٠	٢.٨١	٠.٠١	القياس القبلي	القياس البعدي

مجلة الخدمة الاجتماعية

			٥٥.٠٠	٥.٥٠	الرتب الموجبة	
قيمة "Z" أقل من ١.٩٦ غير دال، من ١.٩٦ : ٢.٥٨ دال عند ٠.٠٥، من ٢.٥٩ : ٣.٢٧ دال عند ٠.٠٠١، من ٣.٢٨ فأكثر دال عند ٠.٠٠١						

يتضح من جدول (٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس المرونة النفسية الصالح القياس البعدي وتدل الفروق الصالح المجموعة التجريبية على فعالية برنامج Insite للتدخل المبكر في تنمية المرونة النفسية، وكانت جميعها فروق دالة عند مستوى (٠.٠٠١، ٠.٠٥)، وهذا يدل على أن برنامج Insite للتدخل المبكر ساعد أفراد المجموعة العلاجية في التخفيف من حدة وتكرار الانفعالات المحزنة التي تزيد من المرونة النفسية لديهم، وإمدادهم بأساليب مواجهة المشكلات المستقبلية التي تتعلق بإعاقتهم، كما يتفق هذا التفسير مع ما أشارت إليه ودراسة عقروق (٢٠٠٦) عن فعالية برنامج Insite للتدخل المبكر في تنمية المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى.

نتائج الفرض الثالث: وينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية على تنمية المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى".

والتحقق من هذا الفرض أمكن استخدام اختبار ويلكوسون للمقارنة بين القياس البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية على المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى كما في جدول (٤).

جدول (٤)

اختبار ويلكوسون بين القياس البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية على مقياس المرونة النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى (ن = ١٠)

المتغيرات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق

مجلة الخدمة الاجتماعية

غ د	٠.٨١٢	٠.٢٣٧	٢٤.٥٠	٤.٩٠	الرتب السالبة	اليقظة العقلية
			٢٠.٥٠	٥.١٣	الرتب الموجبة	
غ د	٠.٣٠٦	١.٠٢٣	١٧.٥٠	٥.٨٣	الرتب السالبة	السمات الشخصية
			٣٧.٥٠	٥.٣٦	الرتب الموجبة	
غ د	٠.٥٣٩	٠.٥٣٤	١٨.٠٠	٦.٠٠	الرتب السالبة	الدعم الاجتماعي
			٢٧.٠٠	٤.٥٠	الرتب الموجبة	
غ د	٠.٢٠٠	١.٢٨	١٥.٠٠	٥.٠٠	الرتب السالبة	الدرجة الكلية
			٤٠.٠٠	٥.٧١	الرتب الموجبة	
<p>قيمة "Z" أقل من ١.٩٦ غير دال، من ١.٩٦ : ٢.٥٨ دال عند ٠.٠٥، من ٢.٥٩ : ٣.٢٧ دال عند ٠.٠١، من ٣.٢٨ فأكثر دال عند ٠.٠٠١</p>						

يتضح من جدول (٤) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية على مقياس المرونة النفسية وأبعادها الفرعية حيث بلغت قيمة $t(٠.٨١٢)$

٠٠.٣٠٦ ، ٠٠.٥٣٩ ، ٠٠.٢٠٠) لمتغيرات اليقظة العقلية والصفات الشخصية والدعم الاجتماعي والدرجة الكلية للمرونة النفسية على التوالي، ويمكن تفسير ذلك بأن التدريبات المقدمة من خلال برنامج Insite للتدخل المبكر ساهمت في منع حدوث الانتكاسة بعد انتهاء البرنامج، واستمرار أثره خلال فترة المتابعة، فالهدف الأساسي من برنامج Insite للتدخل المبكر هو تنمية المرونة النفسية، ومما يدعم ذلك وجود بعض الدراسات التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية، ومنها : دراسة (Pighini et al, 2014)، دراسة شاف وزملاءها (Schaaf, R. et al, 2014) ، دراسة (Aurthier & Clements, 2005) ودراسة أوفريبك (Overbeek, 2005)

حادي عشر: توصيات البحث:

في ضوء نتائج البحث يوصي الباحث بالآتي:

- تبني الدراسات الطولية من قبل الدولة، والتي تدرس الآثار بعيدة المدى لبرامج التدخل المبكر على الطفل وأسرته.
- إجراء مزيد من الدراسات حول فعالية برنامج Insite في تحسين نوعية الحياة لأسر الأطفال ذوي الإعاقات الأخرى، مثل الإعاقات (السمعية والحركية، وغيرها...).
- إجراء العديد من الدراسات ذات العلاقة بموضوع البحث، والمختصة بمدى فاعلية برامج التدخل المبكر في تنمية كفاءة أسر الأطفال ذوي الإعاقات في التعامل مع أطفالهم.
- إتاحة المجال لأسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المصاحبة لإعاقات أخرى وأولياء أمورهم بإبداء رأيهم ببرامج التدخل المبكر، وتطوير البرامج في ضوء حاجتهم للتعامل مع أطفالهم.

ثاني عشر: بحوث مقترحة:

في ضوء نتائج البحث الحالي تقترح الباحث بعض البحوث المستقبلية كما يلي:

- دعم المرونة النفسية عبر الذكاء الاصطناعي: تحليل تأثير تطبيقات التكيف المدمجة مع INSITE.
- مقارنة فاعلية INSITE التقليدي مقابل INSITE الرقمي (عن بُعد) في تعزيز كفاءة التواصل الأسري.

مجلة الخدمة الاجتماعية

- فاعلية INSITE في البيئات الحضرية مقابل الريفية: دراسة مقارنة لمستويات الضغط النفسي لدى الأمهات.
- أثر INSITE على نمط التعلق الآمن بين الأم والطفل ذي الإعاقة السمعية البصرية: دراسة تجريبية.

قائمة المراجع

- ١- بطرس، حافظ بطرس (٢٠٠٧). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم. (ط١). عمان- الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- ٢- الحديدي، منى (٢٠١٧). مقدمة في الإعاقة البصرية، ط٨. عمان- الأردن: دار الفكر.
- ٣- الحديدي، منى؛ الخطيب، جمال (٢٠١٥). التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، الطبعة الثامنة. عمان- الأردن: دار الفكر.
- ٤- الخشت، هيام حسن (٢٠١٨). فاعلية برنامج علاجي قائم على نظرية القبول والالتزام نهايز في خفض الاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية التربية جامعة أسيوط. رسالة ماجستير قسم علم نفس التربوية. كلية التربية جامعة أسيوط.
- ٥- دبابنة، سمير (٢٠١٠). التعليم لأطفال الضعف الحسي المزدوج. الطبعة الأولى. عمان- الأردن: الأهلية للنشر والتوزيع.
- ٦- دبابنة، سمير (٢٠١٠). الصم المكفوفون من أطفال وناشئين. الطبعة الأولى. عمان- الأردن: الأهلية للنشر والتوزيع.
- ٧- دعنا، زينات؛ الطبال، سهى (٢٠١١). التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة من الولادة وحتى ثمانية سنوات. الطبعة الأولى. عمان- الأردن: دار الفكر.
- ٨- الزريقات، ابراهيم (٢٠١٣). الإعاقة السمعية: مبادئ التأهيل السمعي والكلامي والتربوي. الطبعة الثالثة. عمان- الأردن: دار الفكر.
- ٩- شاش، سهير (٢٠٠٩). استراتيجيات التدخل المبكر والدمج. القاهرة: دار زهراء الشرق.
- ١٠- عباس، نورا كاطع (٢٠٢١). التعرف على مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بالضغط المهنية لدى معلمي معهد الأمل للصم والبكم، مركز الإرشاد التربوي. المجلة الأمريكية الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية.
- ١١- عزت، كرم وآخرون (٢٠١٩). فاعلية برنامج تأهيلي لاكتساب المرونة النفسية وأثره على صورة الذات لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية دراسة مقارنة بين الذكور والإناث من الريف والحضر. مجلة العلوم البيئية. جامعة عين شمس معهد الدراسات والبحوث البيئية المجلد الخامس والأربعون الجزء الثالث.

- ١٢- العطيوي، هشام؛ الصماد، جميل (٢٠١٦). تقييم برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة في ضوء المؤشرات النوعية. الجامعة الأردنية. عمان- الأردن. دراسات. ملح ٢، المجلد ٤٣.
- ١٣- عقروق، وداد (٢٠٠٦). نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكرة في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقييم البرامج العاملة حالياً في الأردن. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عمان العربية. عمان- الأردن.
- ١٤- محروس، أشرف (٢٠٠٨). مساعدة الأطفال المكفوفين، دعم المجتمع والعائلة للأطفال فاقي البصر. القاهرة: مؤسسة هسبريان.
- 15- Alberta. Alberta Education (2005), **Aboriginal Services Branch and Learning and Teaching Resources Branch, Our words, our ways: teaching First Nations, Métis and Inuit learners.**
- 16- American Psychological Association (APA) (2014). The road to resilience, 750, First Street, NE, Washington DC.
- 17- Aurther, R & Clements, M. (2005). **Parental involvement and children's school success. In Partrikakou et al, school family partnership: Promoting the socio-emotional and academic growth of children** (1st ed) New York: teachers college press.
- 18- Brewer,J.(2004). **Introduction to early childhood education preschool through primary grades.** Boston: Allyn & Bacon.
- 19- Che-Jen, S. (2003). An Integrated Framework for Understanding Intra-Organizational Influence Strategies. Journal of Human Resource Management, 394).
- 20- Chen, D. (2001). **young children who are deaf-blind :implications for professionals in deaf and hard of hearing services.** The voca Review, 104 (4) (Monograph).
- 21- Davis ,P .A, James.c (2011). early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age :recommendatons for practice and research. **AAP news & journals.** volume 136 ,issu supplement 1.
- 22- Denession, E. (2005) **Viisa, vision impaired in-service in America** Utah : ski hi institute.
- 23- Downing, J & Eichinger, J. (2011). **Instructional strategies for learners with dual sensory impairments.** research & practice for persons with sever disabilities, 36 (3).

- 24- Fellingner, J et al . (2009). failure to detect deaf-blindness in a population of people with intellectual disability .**Journal of intellectual disability research**, 53(10).
- 25- Gerra, L. (2014). Essential Elements in early intervention: visual impairment and multiple disabilities, second edition. Debora chen, Editor. New York: AFB press, 2014, 643 pp. paperpack , \$59 .95 ; e-book , \$ 41.95 ; by online chapter , \$10,95 .**Journal of visual impairment & blindness**, 108 (7).
- 26- Guralnick, M. J. (2000). **The early intervention system and out-of-home child care**. In D. Cryer & T. Harms (Eds.), *Infants and toddlers in out-of-home care* (pp. 207–234). Baltimore: Brookes.
- 27- Jacko, V. A (2011) **let's give the blind better access to online learning**. the chronicle of higher education.
- 28- Janssen, M.; Piksen- Walraven, J. and Van Dijk P.(2003). Contact effects of an intervention program to foster harmonious interventions between deaf children and their educators. **Journal of visual impairment & Blindness**, 97 (4).
- 29- Krishnan, Raman, Nesh, A., Jemi, M.T, Russell, S., Swamidhas. P, (2016). The effectiveness of an intensive, parent mediated, multi-component, early intervention for children with autism, **Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health**, Vol. 12 Issue 3.
- 30- Morgan, E.(2016). **Assessment of developmental skills for young multihandicapped sensory impaired children**, An instruction manual for the insite Developmental checklist , ski-hi institute ,department of communicative disorders ,uta state university.
- 31- Mottron, L.(2017) . **should we change targets and methods of early intervention in autism ,in favor of a strength –based education** ,European child & Adolescent psychiatry ,Volume 26 ,issue 7.
- 32- Overbeek, M. (2015). **The effectiveness of VIPP-V parenting training for parents of young children with a visual or visual-and-intellectual disability**: study protocol of a multicenter randomized controlled trial. *Trials*.
- 33- Pighini, M.; Goelman, H.; Buchanan, M.; Schonert-Reicht, K. and Brynelsen, D. (2014). Learning from parents' stories about what works in early intervention. **International Journal of Psychology**, Vol. 49, No. 4.

- 34- Rotholz, D. A, Kinsman, A. M, Lacy, K.K, Charles, J. (2017), **Improving Early Identification and Intervention for Children at Risk for Autism Spectrum Disorder**, Accepted November 4, 2016. Copyright © 2017 by the American Academy of Pediatrics.
- 35- Schaaf, R; Benevides, T.; Mailloix, Z.; Faller, P.; Hunt, J.; Van Hooydouk, E.; Freeman, R.; Leiby, B.; Sendeki, J. and Kelly, D. (2014). **An Intervention for Sensory Difficulties in Children with Autism: A Randomized Trial**. J Autism Dev Disord, 44:1493–1506
- 36- Smith, D. (2007). Introduction to special education: Teaching in an age of challenge. Boston: Allyn and Bacon.
- 37- The SKI HI institute. <http://www.skihi.org/>. Accesed online in October, 2015.
- 38- Vaughn, S. R, Bos, C. S, Schumm, J.S, (2016). **Teaching Students Who are Exceptional, Diverse, and At Risk in the General Educational Classroom**, 6th edition.
- 39- Wiley, S., Parnell, L., Belhorn, T., (2016), Promoting Early Identification and Intervention for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing, Children with Vision Impairment, and Children with DeafBlind Conditions, **The journal of early hearing detection and intervention**; 1(1).