

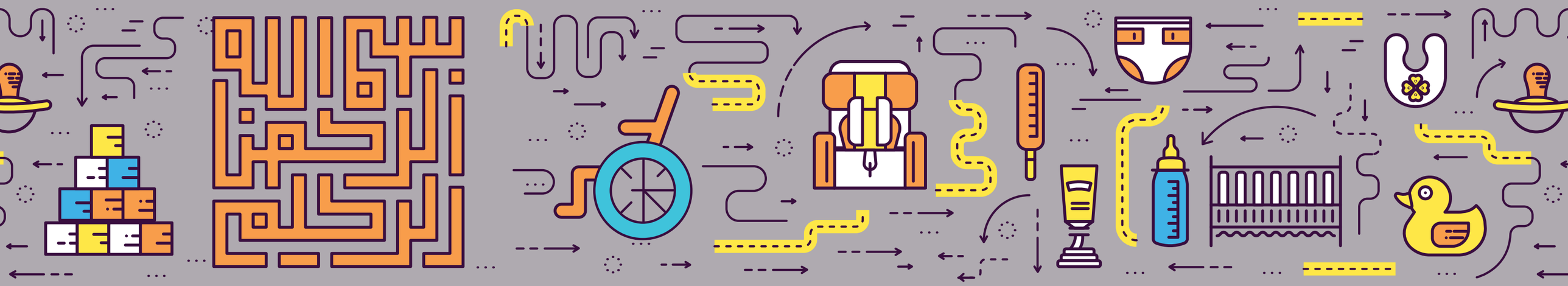
دليل
التدخل المبكر
للأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر

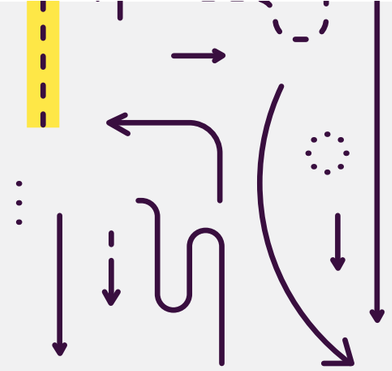
مبادرة تطوير التربية الخاصة

وزارة التعليم
Ministry of Education

رؤية VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

برنامج التحوّل الوطني 2020







الفـهـرس

تقديم ٦
المصطلحات ٨
المقدمة ١٠
أهداف الدليل ١١
المنطلقات ١٢
أهمية التدخل المبكر ١٤
مبادئ التدخل المبكر ١٥
أهداف برامج التدخل المبكر ١٦
الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر ١٧
نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر ١٨
خدمات برامج التدخل المبكر ٢٠
فريق العمل ٢٣
مهام أعضاء الفريق ٢٤
القياس والتقييم ٣٠
آليات تحديد الأطفال المؤهلين لتلقي خدمات التدخل المبكر ٣٠
الأهلية والقبول ٣٢
المناهج والأدوات المستخدمة في برنامج التدخل المبكر: ٣٣
البرامج التربوية الفردية ٣٥
الشراكة الأسرية ٤١
البيئة التعليمية لبرامج التدخل المبكر ٤٥
ملحق (١) / الكفايات المهنية لمعلمة التربية الخاصة ٥١
ملحق (٢) / الكفايات العامة الضرورية لمعلمات رياض الأطفال لدمج الأطفال ذوي الإعاقة ٦١
ملحق (٣) / التحقق من الأمن والسلامة ٦٢
ملحق (٤) / مقترحات لمستلزمات برامج التدخل المبكر ٦٥
ملحق رقم (٥) لمحة عن الإعاقات ٦٧
نموذج رقم (١) / نموذج موافقة ولي الأمر ٨٥
نموذج رقم (٢) / نموذج تحويل طفل: ٨٦
نموذج رقم (٣) / نموذج البيانات الأولية ٨٨
نموذج رقم (٤) نموذج الإحالة ٩٠
نموذج رقم (٥) نموذج الأهلية التوحد ٩٢
نموذج رقم (٦) نموذج الأهلية – اضطرابات التواصل ٩٤
نموذج رقم (٧) الأهلية، التأخر النمائي ٩٦
نموذج رقم (٨) نموذج الأهلية، التأخر النمائي / الحالات الجسدية ٩٨
نموذج رقم (٩) نموذج الأهلية، التأخر النمائي وأهلية خدمات التربية الخاصة في مرحلة رياض الاطفال ٩٩
نموذج رقم (١٠) نموذج الأهلية، الإعاقة السمعية ١٠٠
نموذج رقم (١١) نموذج الأهلية إعاقات العظام ١٠٢
نموذج رقم (١٢) نموذج الأهلية، الإعاقة البصرية ١٠٤
نموذج رقم (١٣) / نموذج استمارة قبول طفل ١٠٦
نموذج رقم (١٤) / نموذج تعهد ولي الأمر ١٠٧
نموذج رقم (١٥) / نموذج بيان مواعيد اجتماعات فريق العمل ١٠٨
نموذج رقم (١٦) / نموذج محضر اجتماع فريق العمل ١٠٩
نموذج رقم (١٧) نموذج برنامج الخدمة الأسرية الفردية الطويل ١١٠
نموذج رقم (١٨) نموذج برنامج الخدمة الأسرية الفردية القصير ١١٦
نموذج رقم (١٩) نموذج الخدمة الأسرية الفردية الإضافي ١١٨
نموذج رقم (٢٠) نموذج مكان تلقي الخدمة ١١٩

تقديم

يعد برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠ أحد البرامج المحققة لرؤية المملكة العربية السعودية (٢٠٣٠م)، التي أكدت على تمكين ذوي الإعاقة من الحصول على فرص عمل وتعليم مناسبة، تكفل استقلاليتهم واندماجهم.

وتعمل وزارة التعليم على العديد من المبادرات ضمن برنامج التحول الوطني, ومنها مبادرة تطوير التربية الخاصة التي تهدف إلى توفير فرص التعليم والتدريب الجيد والشامل للجميع من خلال دعم وتطوير الخدمات المقدمة في التربية الخاصة وفق أحدث الممارسات العالمية المتميزة, وأحد مشاريع هذه المبادرة مشروع التدخل المبكر.

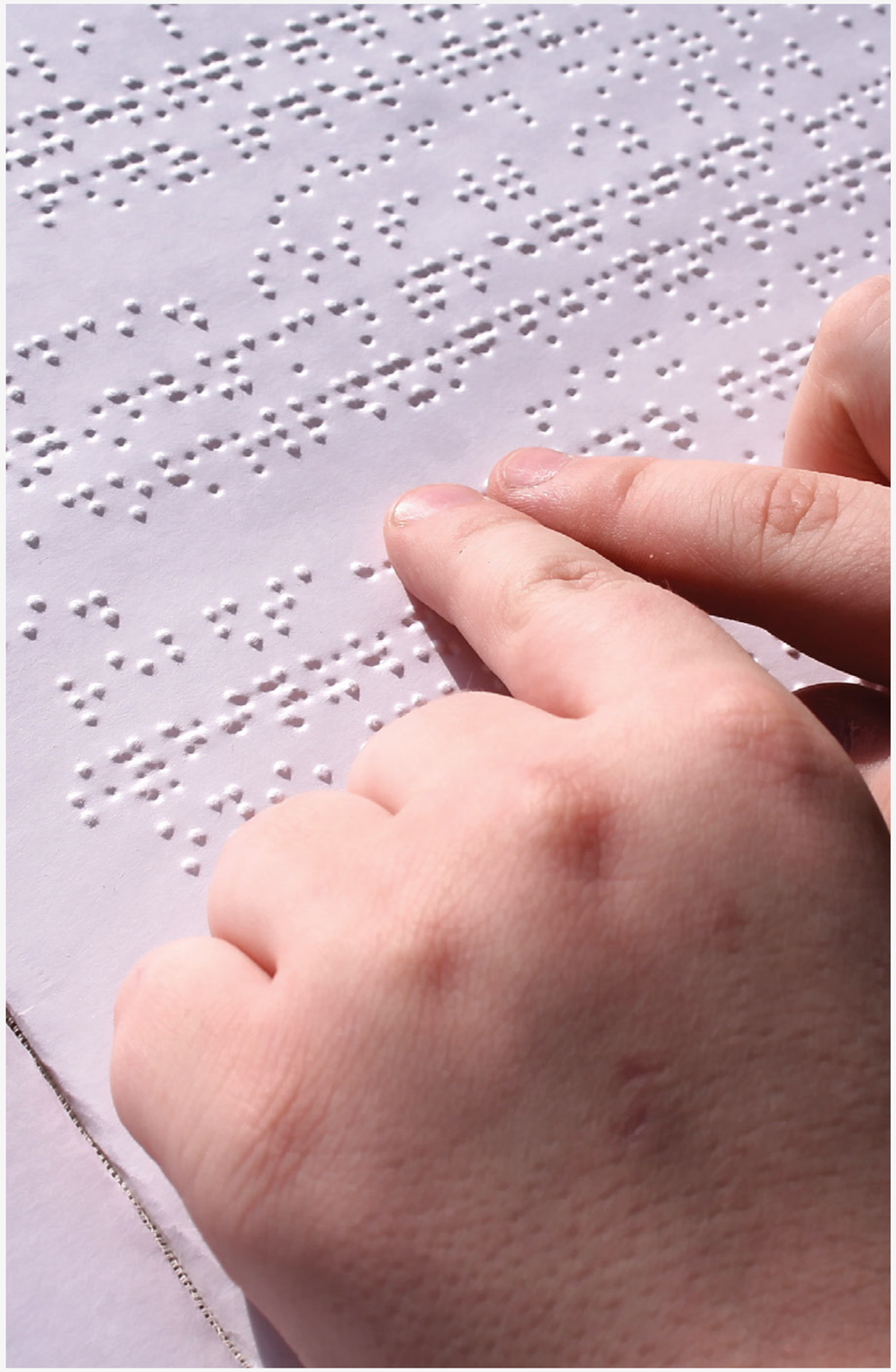
الذي يُعنى بتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر من الميلاد إلى ست سنوات.

ويأتي هذا الدليل كأحد الأدوات الهامة التي قامت بها مبادرة تطوير التربية الخاصة بمشاركة ومراجعة مجموعة من الاختصاصيين التربويون.

وسوف يعمل الدليل على توضيح آلية العمل في برامج التدخل المبكر, ويعزز دور القطاع الخاص في الاستثمار والمشاركة ببرامج التربية الخاصة.

سائلين الله التوفيق والسداد

وزير التعليم
د. أحمد بن محمد العيسى



المصطلحات

التدخل المبكر: نظام متكامل من الإجراءات المنظمة للخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تسعى إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال أقل من ٦ سنوات، ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة المبكرة لأسباب متعددة، وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرهم.

الروضة: مؤسسة تربوية تشرف عليها وزارة التعليم تقدم فيها الرعاية والتعليم المبكر للأطفال من عمر (٣-٦) سنوات.

معلمة التربية الخاصة (التدخل المبكر): المتخصصة في التربية الخاصة وتشترك مباشرة في تصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر.

معلمة رياض الأطفال: المتخصصة التي تسهم في بناء شخصية الطفل بجوانبها كافة والارتقاء بمستواه التربوي والتعليمي من خلال توفير بيئة تعليمية محفزة.

الخدمات المساندة: البرامج الضرورية للنمو التربوي للأطفال ذوي الإعاقة، مثل: العلاج الطبيعي والوظيفي وتصحيح عيوب النطق والكلام، وخدمات الإرشاد النفسي.

فريق العمل: مجموعة من المختصين وغيرهم يمتلكون معارف وقدرات ومهارات ولهم أهداف مشتركة ينسقون ويتعاونون فيما بينهم لتحقيقها بكفاءة.

القياس والتقييم: إجراءات مستمرة ومتواصلة يقوم بها فريق متعدد التخصصات لتحديد أهلية الطفل لتلقي خدمات التدخل المبكر والتربية الخاصة في مرحلة رياض الأطفال؛ من خلال جمع المعلومات بأدوات رسمية وغيررسمية عن كل طفل وتحليلها وتفسيرها؛ للتعرف إلى نوعية الاحتياج للخدمات والمكان التربوي المناسب.

تحديد الأهلية: العملية التي يقوم فريق العمل باستعراض التقارير الطبية ونتائج الفحص وتقارير الوالدين وتقارير المراقبة لتحديد ما إذا كان الطفل يحتاج إلى خدمات التدخل المبكر.

القبول: الضوابط المنظمة لالتحاق الطفل في برامج التدخل المبكر.

برنامج الخدمة الأسرية الفردية: وثيقة مكتوبة لضمان حق الأطفال من ذوي الإعاقة أقل من ست سنوات للحصول على جميع الخدمات التأهيلية والتدريبية والتعليمية؛ سواء بالتعديل أو التكييف أو التدريب الفردي أو غرفة المصادر أو غيره وهو ما يدعم أو يساعد في تمكينهم من تحقيق أقصى إمكانياتهم.

البرنامج الانتقالي: الوثيقة التي تعنى بإعداد الطفل ذي الإعاقة للانتقال من مرحلة أو بيئة إلى أخرى.

البرنامج التربوي الفردي: وثيقة مكتوبة تنص على جميع التفاصيل المحددة المناسبة لاحتياجات الطفل الفردية المتعلقة بإعاقته واللازمة لتقديم تعليم مناسب له، ويتم وضع هذا البرنامج من قبل فريق متعدد التخصصات لمعالجة الاحتياجات الفردية للطفل ذي الإعاقة.

الشراكة الأسرية: الجهود التي يبذلها كل من الأسرة والروضة لزيادة فاعلية الخدمات المقدمة في برامج التدخل المبكر.

غرفة المصادر: مكان يلتحق بها الطفل ذو الإعاقة لفترة لا تزيد عن نصف اليوم الدراسي؛ بغرض تلقي خدمات تربوية وتعليمية خاصة من قبل معلمة التربية الخاصة، وهي تختلف في طبيعتها وخدماتها عن مركز مصادر التعلم.

المكان التربوي: البيئات التعليمية والتربوية التي تقدم فيها أنماط خدمات التدخل المبكر.

غرفة التكامل الحسي: مكان لتحفيز الحواس، باستخدام تأثيرات الإضاءة، واللون، والصوت، والرائحة وما إلى ذلك من مواد مختلفة على الحائط يمكن استكشافها باستخدام الحواس عن طريق اللمس، ويرافق الطفل عادة مساعد أو معالج.

البيئة التعليمية: مجموع العوامل والشروط المكانية، والتعليمية، والاجتماعية التي تؤثر في تعلم الأطفال.

الكفايات المهنية: مجموعة من القدرات والتي تشمل مجموعة من المعارف والمهارات والاتجاهات التي يمتلكها ويمارسها العاملون في برامج التدخل المبكر، وتمكنهم من أداء أعمالهم وأدوارهم ومسؤولياتهم بشكل مهني واحترافي.

المقدمة

إن السنوات الأولى من عمر الطفل ذات تأثير جوهري في استجاباته وتفاعلاته مع خبرات التعلم، واكتسابه الكثير من المهارات والسلوكيات الضرورية لنموه المتكامل المتوازن، وحينما تحدث الإعاقة في تلك الفترة فإنها تلقي بآثارها السلبية على جوانب نمو الطفل المختلفة، وهو الأمر الذي يفرض احتياجات خاصة، وقد أدركت الدول المتقدمة هذه الحقائق وطورت الخدمات المقدمة في مرحلة الطفولة المبكرة، ولم يعد الاهتمام مقتصراً على الطفل أثناء التحاقه بالمدرسة بل أصبح يركز على تقديم الخدمات في السنوات الأولى من حياة الطفل.

وإن كان الاهتمام بمرحلة رياض الأطفال مهماً فإنه أكثر أهمية للأطفال ذوي الإعاقة الذين لا بد من العمل على تطوير الخدمات المقدمة لهم لتتناسب مع احتياجاتهم المختلفة.

وتعد برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر إحدى أهم هذه الخدمات، والتي أكدت العديد من الخبرات العالمية والبحوث العلمية على الوظائف العلاجية والوقائية لهذه البرامج.

ويأتي دليل التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر كأحد منتجات مشروع «تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر من (٠) إلى (٦) سنوات» ضمن مبادرة تطوير التربية الخاصة, والتي تعد إحدى مبادرات وزارة التعليم في برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠؛ ومن المؤمل أن يُسهم هذا الدليل في إرشاد القائمين على برامج التدخل المبكر في المملكة العربية السعودية لتقديم الخدمات لكل من الطفل والأسرة، من خلال استعراض أهمية ومبادئ وأهداف ونماذج التدخل المبكر والفئات المستهدفة والخدمات المقدمة لهم في برامج التدخل المبكر، كما يقدم توضيحاً لفريق العمل في هذه البرامج ومهام أعضائه، ويقدم وصفاً للبيئة التعليمية وكيفية تهيئتها، بالإضافة إلى تناوله للشراكة الأسرية وحقوق الأسرة ومسؤولياتها تجاه البرنامج، وينتهي الدليل بعدد من الملاحق والنماذج المهمة للعاملين في برامج التدخل المبكر.

أهداف الدليل:

يهدف هذا الدليل إلى:

١. توضيح آلية تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر أقل من ست سنوات.
٢. التعريف بماهية التدخل المبكر، وأهميته ومبادئه.
٣. تقديم وصف لتشكيل ومهام فريق العمل في برامج التدخل المبكر.
٤. توضيح إجراءات القياس والتقييم في برامج التدخل المبكر.
٥. تنظيم الخدمات المقدمة في برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر وأسرهم.
٦. تحديد سبل دعم الأسر وتدريبهم وإرشادهم في التعامل مع أطفالهم ذوي الإعاقة.
٧. التعريف بالبيئة التعليمية لبرامج التدخل المبكر، وكيفية تهيئتها.

المنطلقات

تـم الاعتمـاد علـى مجموعـة مـن المنطلقـات في إعـداد دليـل التدخـل المبكـر للأطفـال ذوي الإعاقـة والمعرضـين للخطـر، وهـي:

١. النظـام الأسـاسي للحكـم في المملكـة العربيـة السـعودية في المـادة العاشـرة «تحـرص الدولـة علـى توثيـق أواصـر الأسـرة، والحفـاظ علـى قيمهـا العربيـة والإسـلامية، ورعايـة جميـع أفرادهـا، وتوفـير الظـروف المناسـبة، لتنميـة ملكاتهـم وقدراتهـم»، وكذلـك المـادة الثالثـة عشـرة «إن التعليـم يهـدف إلى غـرس العقيـدة الإسـلامية في نفـوس النـشء وإكسـابهم المعـارف والمهـارات وتهيئتهـم ليكونـوا أعضـاء نافعـين في بنـاء مجتمعهـم محبـين لوطنهـم معتزيـن بتاريخهـم».

٢. سياسـة التعليـم في المملكـة العربيـة السـعودية والمؤكـدة في موادهـا مـن (٥٥) إلى (٥٧)، ومـن (١٨٨) إلى (١٩١) علـى ضـرورة توفـير البيئـة التربويـة المناسـبة لـذوي الإعاقـة.

٣. اتفاقيـة حقـوق الأشـخاص ذوي الإعاقـة، والمؤكـدة في مادتهـا (٧) علـى حـق الأطفـال ذوي الإعاقـة في التمتـع بجميـع حقـوق الإنسـان وضمـان المسـاواة مـع غيرهـم مـن الأطفـال، وتوفـير المسـاعدة علـى ممارسـة هـذا الحـق بمـا يتناسـب مـع إعاقتهـم وسـنهم، وكذلـك المـادة (٢٦) المؤكـدة علـى بـدء التأهيـل وإعـادة التأهيـل لـذوي الإعاقـة في أقـرب مرحلـة ممكنـة.

٤. التقريـر العالـمي حـول الإعاقـة الصـادر مـن منظمـة الصحـة العالميـة والبنـك الـدولي ٢٠١٦م، والـذي أوصى بتنظيـم سـبل تقديـم الخدمـات لـذوي الإعاقـة.

٥. أهداف خطة التنمية المستدامة.

٦. برنامـج التحـول الوطنـي (٢٠٢٠م)، ومـا تضمنـه مـن مبـادرات لتحقيـق الهـدف الاسـتراتيجي المتعلـق بضمـان التعليـم الجيـد المنصـف والشـامل للجميـع وتعزيـز فـرص التعلـم مـدى الحيـاة للجميـع.

٧. رؤيـة المملكـة العربيـة السـعودية (٢٠٣٠م)، الـتي تؤكّـد تمكـين ذوي الإعاقـة مـن الحصـول علـى فـرص عمـل وتعليـم مناسـبة، تكفـل اسـتقلاليتهم واندماجهـم.

٨. الأنظمـة والقـرارات والتوجيهـات السـامية المتعلقـة بالعمليـة التربويـة في المملكـة العربيـة السـعودية.

٩. الدليل التنظيمي / الإجرائي للتربية الخاصة للعام الدراسي ١٤٣٦-١٤٣٧هـ «الإصدار الأول».

١٠. الدليـل التنظيـمي / الإجـرائي لريـاض الأطفـال والحضانـة للعـام الـدراسي ١٤٣٦-١٤٣٧هـ «الإصـدار الأول».

١١. النماذج والتجارب العالمية في مجال التدخل المبكر.

١٢. الأسس العلمية التربوية في مجال التدخل المبكر.

١٣. السياسات واللوائح والأدلة المختلفة من قطاعات الوزارة.



أهمية التدخل المبكر

تبرز أهمية التدخل المبكر بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة النمائية أو المعرضين للخطر وأسرهم على النحو التالي:

١. يحد من التدهور النمائي لمجالات النمو في السنوات الأولى من حياة الأطفال ذوي الإعاقة.
٢. يساعد على السرعة والسهولة في التعلم بالمراحل العمرية الأخرى.
٣. يخفف من تأثيرات حالة الإعاقة على الأطفال وأسرهم والمجتمع.
٤. يزيد من العطاء الاجتماعي لدى الأطفال في المراحل العمرية اللاحقة.
٥. يقلل من النفقات المالية المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.
٦. يسهم في تجنيب الوالدين وطفلهما صعوبات نفسية واجتماعية لاحقاً.
٧. يسهل دمج الأطفال ذوي الإعاقة بنجاح في المراحل التعليمية اللاحقة.





مبادئ التدخل المبكر

لإنشاء نظام فعال للتدخل المبكر لا بد من الاستناد إلى عدد من المبادئ هي:

١. الأخذ بالاعتبار أن الأطفال ذوي الإعاقة أو المعرضين لخطر الإعاقة مجموعة متمايزة في خصائصها واحتياجاتها، وعليه فإن برنامج التدخل اللازم لطفل ما يختلف عن برنامج طفل آخر، حتى في ظل تماثل إعاقتهما أو درجتها، ومن ثم ضرورة توفر درجة عالية من المرونة في تصميم وتنفيذ خدمات الدخل المبكر.
٢. إن خدمات التدخل المبكر هي خدمات موجهة للأسرة والطفل معاً ولا يقتصر دور الأسرة على تلقي الخدمات وإنما هي شريك رئيس في تصميم وتنفيذ الخدمات المقدمة للطفل، لذا فإن برنامج التدخل المبكر الناجح يجب أن يعمل على بناء شراكة مستمرة مع أسرة الطفل واحترام احتياجاتها وإمكانياتها، ومعاونتها على التغلب على أية مصاعب تكيفية قد تواجهها في التعامل مع احتياجات طفلها.
٣. نظراً لتنوع وتعدد احتياجات الأطفال، والأبعاد النمائية المختلفة المتوقع أن يلبيها برنامج التدخل المبكر فإن متخصصاً واحداً بمفرده لا يمكن أن يمتلك المهارات اللازمة لتقديم تلك الخدمات، لذا فإن برنامج التدخل المبكر يتطلب توفير فريق عمل متعدد التخصصات استناداً إلى حالة كل طفل.
٤. إن نمو الأطفال يمر عبر مراحل ترتبط بالأعمار الزمنية، فلكل مرحلة مهماتها ومتطلباتها النمائية الأساسية التي يؤدي الفشل في تحقيقها إلى حدوث أثر سلبي واضح على النمو في المرحلة اللاحقة، عليه فإن فعالية برنامج التدخل المبكر تزداد كلما قدمت الخدمات للطفل في وقت مبكر.
٥. يستند التدخل المبكر إلى معرفة علمية بنمو الطفل من جهة وبالسمات العامة للأطفال من جهة أخرى.
٦. يقوم التدخل المبكر على الاعتماد على موارد المجتمع وبالتكامل مع القطاعات الصحية والاجتماعية لضمان فاعلية هذه الخدمات.

أهداف برامج التدخل المبكر

تهدف برامج التدخل المبكر بوجه عام إلى توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال ذوي الإعاقة أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون سن السادسة من أعمارهم ولأسرهم، وذلك من خلال:

١. الكشف المبكر عن حالات الإعاقة لدى الأطفال وعن الحالات المعرضة للخطر والمتأخرين نمائياً.
٢. التدخل التربوي والنفسي للأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر والمتأخرين نمائياً ومساعدتهم على التكيف مع الإعاقة.
٣. دعم الأسر وتدريبهم وإرشادهم في التعامل مع احتياجات أطفالهم وتلبيتها.
٤. مساعدة الأسر على تبني أنماط تنشئة بناءة مع أطفالهم.
٥. تقديم الخدمات لكل طفل من ذوي الإعاقة في البيئات الطبيعية والبيئات الأقل تقيداً.
٦. تحسين وزيادة فرص التحاق الأطفال ذوي الإعاقة بمدارس التعليم العام.
٧. العمل على نشر ثقافة التدخل المبكر.





الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر

الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر هم الأطفال أقل من ست سنوات والمندرجون ضمن:

١. **الأطفال المتأخرون نمائياً:** الذين لديهم تأخر في النمو في واحد أو أكثر من المجالات التالية: (المجال المعرفي، والمجال الحركي، والمجال اللغوي، والمجال الاجتماعي -الانفعالي، والمجال التكيفي).
٢. **الأطفال ذوو الإعاقة:** الذين لديهم إحدى الإعاقات التالية: (العوق السمعي، العوق البصري، العوق العقلي، تعدد العوق، اضطراب التوحد، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، العوق الجسمي والصحي، اضطرابات اللغة والكلام، فرط الحركة وتشتت الانتباه، الصم المكفوفون).
٣. **الأطفال المعرضون للخطر:** الذين تعرضوا لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية (مثل: عمر الأم عند الولادة، تدني مستوى الدخل، عدم استقرار الوضع الأسري، وجود إعاقة لدى الوالدين، استخدام العقاقير الخطرة)، أو بيولوجية (مثل: الخداج والنزيف الدماغي).

كما تستهدف برامج التدخل المبكر:

أسر الأطفال: من خلال تقديم (الاستشارات، الإرشاد، التوجيه، التدريب).
المجتمع بشكل عام: من خلال تقديم برامج التوعية المختلفة.

نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر

هناك العديد من نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر، وبعض هذه النماذج أكثر ملاءمة للعمل مع بعض الأطفال أو في بعض المجتمعات من النماذج الأخرى، وبوجه عام يمكن استعراض النماذج الرئيسة التالية في التدخل المبكر:

أولاً: برامج المراقبة (Surveillance Programs):

مجموعة من الإجراءات لمتابعة نمو المواليد الجدد والتي تطبق في معظم أقسام الأطفال بمستشفيات المملكة العربية السعودية، وفي عيادات يعكس مسماها هذه المهمة (عيادة رعاية المواليد حديثي الولادة)، حيث تتولى هذه العيادات المتابعة الدورية للجوانب النمائية الرئيسة مثل: (الوزن، محيط الرأس، ردة الفعل الانعكاسية، النمو الحركي والمعرفي.. إلخ)، وذلك بهدف التأكد من مطابقة نمو الطفل لجداول النمو المعتمدة طبياً ومن ثم إحالة من يلاحظ معاناته من أي مظهر من مظاهر التأخر النمائي للمزيد من الفحص والتشخيص. وغالباً يقوم بملاحظة الطفل مجموعة من الأطباء والمعالجين الطبيعيين والوظيفيين والأخصائيين النفسيين.

ثانياً: البرامج المستندة إلى المنزل (Home-based Programs):

مجموعة الخدمات التي يحصل عليها الطفل وأسرته داخل منزلهم وبشكل فردي، حيث يستهدف هذا النوع تقديم شتى أنواع الدعم المعلوماتي والصحي والعلاجي والنفسي والاجتماعي والمادي للأسرة من خلال الزيارات المنزلية المنتظمة، حيث يقوم هذا النموذج بخدمة شريحة أكبر من الأطفال المعرضين للخطر وأسرهم داخل المدن والقرى وفي بيئتهم الطبيعية المألوفة بدون عرقلة الروتين اليومي للطفل وأسرته.

ثالثاً: البرامج المستندة إلى المركز (Center- based programs):

مجموعة الخدمات التي يتم توفيرها خارج محيط المنزل وفي مقر المراكز المتخصصة أو مرحلة الطفولة المبكرة في الروضات تبعاً لحاجة كل طفل وأسرته وفق مواعيد محددة، وتشتمل الخدمات التي يتم تقديمها في المراكز على التدريب في مختلف مجالات النمو، حيث يتم تقييم حاجات الأطفال وتقديم البرامج لهم ومتابعة أدائهم، وتعمل المعلمات مع الأمهات والأسرة من خلال دعوة الأمهات لملاحظة أطفالهن أو للمشاركة في تنفيذ بعض الأنشطة التدريبية المحددة، بالإضافة إلى متابعة تدريب الأطفال في المنزل من أجل تعميم المهارات المكتسبة في المركز.

رابعاً: البرامج المركبة (Combined Programs):

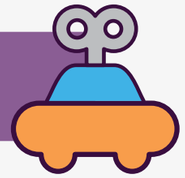
وهي البرامج التي تجمع بين النوعين السابقين لتلبية الاحتياجات الفردية للطفل وأسرته. فيتم تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سناً (أقل من ٣ سنوات) في المنزل، بينما يتم تقديم الخدمات للأطفال الأكبر سناً (أكبر من ٣ سنوات) في المراكز أو مرحلة رياض الأطفال.

فيلتحق الأطفال بهذه المراكز أو الروضات في أوقات محددة من أيام الأسبوع، ويتم زيارتهم مرتين أسبوعياً من قبل فريق العمل أو حسب حاجة الطفل وأسرته.

خامساً: البرامج خارج المنزل Out of home programs:

ويقصد بها البرامج التي تقدم خدمات ذات طبيعة طبية وعلاجية خارج محيط المنزل وفي مقر المراكز المتخصصة بكل خدمة من الخدمات التي تحتاجها حالات الأطفال الأكثر تعقيداً، من خلال توفير إشراف طبي مستمر ومن قبل فريق عمل ذي خبرات وتخصصات متقدمة.





خدمات برامج التدخل المبكر

يعتمد تحقيق أهداف برامج التدخل المبكر ونجاحها على تقديمها مبكراً لكل من الأطفال والأسر وذلك من خلال حزمة من الخدمات تشمل القياس والتشخيص والتدريب والتأهيل والإرشاد الأسري وغيرها، والتي تقدم في جهتين:

أولاً: مراكز الخدمات المساندة:

تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال الصغار من ذوي الإعاقة أو لديهم تأخر نمائي أو المعرضين للخطر من عمر الولادة إلى ست سنوات في المراكز الخاصة بالتدخل المبكر والخدمات المساندة. ويتم التركيز على مشاركة الوالدة وذلك بحضورها للمركز بمواعيد محددة لتلقي التدريب الكافي والاستشارة اللازمة من معلمات التربية الخاصة في كيفية التعامل مع طفلها وتعليمه العديد من المهارات الضرورية في هذه المرحلة.

وتشمل الخدمات المقدمة في مراكز الخدمات المساندة ما يلي:

١. خدمات التربية الخاصة: عن طريق التقييم التربوي النمائي، وإعداد الخطة التعليمية الفردية، واختيار الوسائل التعليمية، وتكييفها، وتصميم الاستراتيجيات التعليمية.
٢. الخدمات الصحية العامة: كالعلاج، والفحوصات الطبية، والخدمات التمريضية والتشخيصية الدقيقة في خدمات العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والبرامج الغذائية، والقياس البصري، والسمعي، واللغوي.
٣. الخدمات النفسية: عن طريق التقييم النفسي، والإرشاد النفسي، والعلاج النفسي بأشكاله المتعددة.
٤. الخدمات الأسرية: من خلال الإرشاد الأسري، وتأهيل الأسرة لتقبل الإعاقة وكيفية التعامل معها، والتدريب والتوعية بطبيعة الإعاقة، والاحتياجات اللازمة من الأجهزة التعويضية والخدمات المساندة.
٥. الخدمات الاجتماعية.

ثانياً: برامج التدخل المبكر في مرحلة رياض الأطفال:

تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال الصغار من ذوي الإعاقة أو لديهم تأخر نمائي أو المعرضين للخطر من عمر (٣-٦) سنوات في الروضة، مع ضرورة توفير جميع خدمات التربية الخاصة والمساندة.

تقوم معلمة رياض الأطفال بالدور الرئيس في تربية وتعليم جميع الأطفال بما فيهم الأطفال من ذوي الإعاقة بالتعاون والاستشارة مع معلمة التربية الخاصة (التدخل المبكر) لاستخدام الاستراتيجيات الفاعلة وتوفير بيئة مناسبة تلائم احتياجات جميع الأطفال بمختلف إعاقاتهم.

وتشمل الخدمات المقدمة في مرحلة رياض الأطفال ما يلي:

١. الخدمات التعليمية: يتم تقديم خدمات تعليمية للأطفال ذوي الإعاقة داخل الفصول في ضوء مفهوم الدمج التربوي.
٢. خدمات دعم الأسرة: مجموعة من الخدمات التدريبية التي تقدم للأطفال من ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر وأسرهم من خلال برنامج الخدمة الأسرية الفردية.
٣. خدمات غرف المصادر: مجموعة من الجلسات الفردية لكل طفل بحسب احتياجاته في مكان مفصول عن باقي أقرانه.

ويمكن أن تقدم الروضة مجموعة من الخدمات المساندة التي قد تشمل:

١. العلاج الوظيفي: ويشمل الخدمات التي تتعلق بمهارات المساعدة الذاتية، والسلوك التكيفي، واللعب، والنمو الحسي - الحركي.
٢. العلاج الطبيعي: ويشمل خدمات تستهدف منع أو تخفيف صعوبات ومشاكل الحركة، وما يرتبط بها من مشكلات وظيفية.
٣. الخدمات النفسية: وتشمل ذلك إدارة وتفسير الاختبارات النفسية، ومعلومات حول سلوك الطفل، والظروف الأسرية المتعلقة بالتعليم.
٤. الخدمات الاجتماعية: وتشمل إعداد وتقييم للاحتياجات الاجتماعية والوجدانية للطفل والأسرة وتوفير خدمات الإرشاد الفردي أو الجماعي.
٥. خدمات النطق والتواصل: وتشمل تدريباً للأطفال على مهارات التواصل.
٦. خدمات الإبصار: وتركز على كشف حالات ضعف الإبصار أو الإعاقة البصرية بين الأطفال، وتقديم الخدمات والتدريب الملائم لهذه الحالات.
٧. خدمات السمع: وتشمل تحديد وتوفير الخدمات للأطفال ذوي العوق السمعي والوقاية منه.
٨. الخدمات الطبية: وتشمل تقييم الحالة الصحية للطفل لغرض تقديم الرعاية لمنع المشاكل الصحية، والحفاظ على أو تحسين الحالة الصحية لأفضل مستوى ممكن، وقد يتضمن ذلك خدمات علاجية وغيرها من الإجراءات التي يوصي بها الطبيب.
٩. خدمات الترفيه والترويح: والتي تتمثل في مشاركة الأطفال ذوي الإعاقة في الألعاب الرياضية والملعب الخارجي والرحلات الخارجية.
١٠. خدمات التقنية المساعدة: والتي تتمثل في توفير الأجهزة أو الخدمات التي من شأنها تحسين أو الحفاظ على قدرات الطفل على المشاركة في الأنشطة الحيوية.
١١. خدمات النقل: والتي تتمثل في توفير خدمات النقل للأطفال من الروضة وإليها.



فريق العمل

إن نجاح التدخل المبكر يعتمد بدرجة كبيرة على مشاركة العديد من اختصاصي تقديم الخدمات للأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر وأسرهم، وغيرهم ممن تستدعي حالة الطفل مشاركته.

تشكيل فريق العمل:

- قائدة الروضة، وتكون على دراية بالخدمات ومكان تقديمها والموارد المتاحة، وتمتلك صلاحية تقديم الموارد واتخاذ القرارات.
- الوكيلة.
- معلمة التربية الخاصة (التدخل المبكر) في مرحلة رياض الأطفال.
- مقدمو الخدمات المساندة حسب الحاجة (معلمة تدريبات نطق، معلمة تدريبات سلوكية.....).
- المسؤولة عن تنسيق الخدمات.
- معلمة رياض الأطفال.
- أشخاص آخرون حسب تقدير الوالدين أو القائدة.
- والدا الطفل.

مهام الفريق:

١. المشاركة في إجراء القياس والتقييم للأطفال.
٢. تحديد أهلية الأطفال لتلقي خدمات التدخل المبكر.
٣. قبول الأطفال في برامج التدخل المبكر.
٤. بناء برنامج الخدمة الأسرية الفردية.
٥. تنفيذ برنامج الخدمة الأسرية الفردية.
٦. تقويم برنامج الخدمة الأسرية الفردية.
٧. بناء الخطة الانتقالية.

اجتماعات الفريق:

- يعقد بشكل دوري لتحديد الأطفال المقبولين.
- يعقد بشكل دوري لإعداد وبناء البرامج الفردية.
- يعقد بشكل طارئ بناء على الحاجات المتغيرة للطفل.
- يعقد بشكل دوري لتقويم ومراجعة البرامج وفق احتياج الطفل.
- يوثق اجتماعات الفريق بمحاضر رسمية وتدون في سجل خاص متضمن المناقشات والتوصيات والقرارات.





مهام أعضاء الفريق

قائدة الروضة:

١. الإشراف على تهيئة وتنظيم المرافق الخاصة ببرنامج التدخل المبكر (غرفة المصادر، غرفة النطق، غرفة التكامل الحسي) قبل بدء الدراسة في الروضة وفي الوقت المحدد.

٢. متابعة سير البرنامج اليومي والجلسات الفردية لمعلمات التربية الخاصة (التدخل المبكر).

٣. متابعة إنجاز معلمات التربية الخاصة (التدخل المبكر) أثناء تطبيق البرامج الفردية للأطفال وفق عناصر البرنامج الأسبوعية والشهرية.

٤. حضور اجتماعات فريق العمل.

٥. الاشراف إدارياً على معلمات التربية الخاصة (التدخل المبكر).

وكيلة الروضة:

١. المشاركة في إعداد جدول الجلسات الفردية وتوزيع النصاب على معلمات التربية الخاصة (التدخل المبكر) في الروضة.

٢. الاطلاع على التصميم والجلسات الفردية للمعلمات.

٣. الاطلاع على تقارير الأطفال ذوي الإعاقة وملفات البرامج الفردية بصورة دورية.

٤. الإشراف على تهيئة وتنظيم وتجهيز المرافق الخاصة ببرنامج التدخل المبكر (غرفة المصادر، غرفة النطق، غرفة التكامل الحسي).

٥. متابعة تنفيذ البرامج المعتمدة لخدمات التدخل المبكر المخطط لها خلال العام الدراسي.

٦. التأكد من انتظام البرنامج اليومي وفق الأوقات المحددة ومتابعة دخول معلمات التربية الخاصة (التدخل المبكر) للجلسات وفق الجدول اليومي.

٧. الإشراف على الأهلية والقبول للأطفال ذوي الإعاقة واكتمال الوثائق المطلوبة.

٨. تعبئة المسح الإلكتروني والإحصاءات المتعلقة ببرنامج التدخل المبكر في الروضة بشكل دوري.

٩. دراسة الملاحظات والمقترحات التي تم رصدها حول البرامج الفردية وتقديمها لقائدة الروضة.

١٠. المتابعة والتأكد من تنفيذ التوصيات الصادرة من المشرفات التربويات.

١١. تنظيم أعمال النقل المدرسي للأطفال ذوي الإعاقة.

معلمة رياض الأطفال:

١. التعاون مع معلمة التربية الخاصة (التدخل المبكر) في تطبيق استراتيجيات التعليم الحديثة الخاصة بالطفل ذي الإعاقة.

٢. التعاون مع معلمة التربية الخاصة (التدخل المبكر) في تكييف وتعديل الأنشطة المقدمة خلال البرنامج اليومي بما يتناسب مع احتياجات الأطفال ذوي الإعاقة.

٣. متابعة الأطفال ذوي الإعاقة والإشراف عليهم خلال اليوم الدراسي بالتعاون والتنسيق مع معلمة التربية الخاصة (التدخل المبكر).

٤. تهيئة البيئة الصفية بما يتناسب مع متطلبات نمو الطفل ذي الإعاقة.

٥. المشاركة في اجتماعات فريق العمل.

٦. اكتشاف الحالات الفردية والمشاكل السلوكية لدى الأطفال وإيجاد الحلول المناسبة لها بالتنسيق مع الوكيلة ومعلمة التدخل المبكر.

٧. معاملة الطفل ذي الإعاقة معاملة تتسم بالعدالة وتكافؤ الفرص مع الأطفال في الروضة بما يحقق شعوره بالأمن والطمأنينة.

معلمة التربية الخاصة (التدخل المبكر):

١. تدريب وتأهيل الأطفال أقل من ٦ سنوات وتقديم التدريب والاستشارات لأسر الأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر بحسب ما تقتضيه احتياجات كل طفل.

٢. كتابة ومتابعة برنامج الخدمة الأسرية الفردية بالتنسيق مع أعضاء فريق العمل لجميع الأطفال.

٣. استكمال جميع التقارير والتقييمات المطلوبة في الوقت المحدد.

٤. تسجيل البيانات وحفظها، ووضع ملف يحتوي على النماذج لكل طفل.

٥. تنفيذ الجلسات المقررة لكل طفل.

٦. القيام بكل ما يتطلبه تحقيق أهداف البرامج الفردية من تصميم واختيار الاستراتيجيات المناسبة.

٧. تفعيل وتطبيق الأنشطة التعليمية المرتبطة بالبرامج المعتمدة.

٨. استخدام أساليب تقويم مناسبة لكل طفل.

٩. التقيد بمواعيد الحضور والانصراف وبداية الجلسات ونهايتها واستثمار وقتها في الروضة داخل الفصل وخارجه لمصلحة الطفل.

١٠. متابعة تطور جوانب النمو لدى الأطفال وتصميم الأنشطة للمساهمة في نمائها وتطورها، وتقديم التغذية الراجعة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة.

١١. إعداد الوسائل المعينة لتنفيذ أنشطة الخطط الفردية.

١٢. التعاون مع معلمة رياض الأطفال في تكييف وتعديل الأنشطة والوسائل التعليمية بما يتناسب مع الأطفال ذوي الإعاقة.

١٣. تهيئة البيئة الصفية بما يتناسب مع متطلبات نمو الطفل ذي الإعاقة ويلبي حاجاته.

١٤. اعداد الخطة الانتقالية لكل طفل, والتأكيد على تفعيلها حسب احتياج كل طفل.

١٥. العمل على دعم الدمج بين الأطفال ذوي الإعاقة وأقرانهم الآخرين.

١٦. دعم الأطفال ذوي الإعاقة خلال البرنامج اليومي وفق احتياجات كل طفل.

١٧. حضور فترة العمل الحر في الأركان التعليمية يومياً.

١٨. التجهيز المسبق لاحتياجات الجلسة الفردية ووسائلها وأنشطتها قبل بدايتها بوقت كافٍ.

١٩. الحضور والمشاركة في الاجتماعات والمجالس واللجان التي تنظمها الروضة، والمشاركة في برامج النشاط، والدورات التربوية وورش العمل.

٢٠. بناء شراكة أسرية ومجتمعية من خلال التواصل مع الأسرة ومؤسسات المجتمع.

٢١. مساعدة الأطفال والأسر في التغلب على المشكلات الناجمة عن الإعاقة، ودراسة الصعوبات والتحديات التي تواجههم، والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة داخل الروضة وخارجها وإعداد اللازم بشأنها.

٢٢. المشاركة في إعداد البرامج والأنشطة الترفيهية داخل الفصل وخارجه وبرامج الصحة وتفعيل مناسبات الإعاقة المحلية والإقليمية والعالمية بالتعاون مع الجهات المعنية في الروضة وخارجها.

٢٣. بث التوعية للمجتمع داخل الروضة وخارجها عن كيفية التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة واحترامهم وتقديم المساعدة لهم.

٢٤. مساعدة أسر الأطفال على معرفة آثار الإعاقة النفسية والاجتماعية على سلوك أطفالهم وتزويدهم بالمواد التربوية والوسائل التعليمية التي من شأنها أن تسهل مهمة متابعة أبنائهم وأن تسهم في زيادة وعيهم لخصائص أبنائهم واحتياجاتهم وحقوقهم وواجباتهم، وتعريفهم بالخدمات المتوفرة بالمجتمع.

٢٥. تقييم مهارات الأطفال ورصدها وفقاً للبرنامج الحاسوبي.

٢٦. تقديم المقترحات لتطوير برامج التدخل المبكر المطبقة.

٢٧. الإشراف على المعلمات المساعدات وطالبات الجامعات.

٢٨. المشاركة في الاجتماعات المحددة لفريق عمل برنامج التدخل المبكر.

٢٩. تعزيز قيم الانتماء والمواطنة والمحافظة على أمن الوطن.

٣٠. تنفيذ البرامج والأنشطة التي تعمل على الاعتزاز بالدين والولاء للملك والانتماء للوطن في الروضة بما يتوافق مع طبيعة المرحلة العمرية.

٣١. احترام الطفل ومعاملته معاملة تربوية تحقق له الأمن والطمأنينة وتنمي شخصيته.

٣٢. مشاركة معلمة رياض الأطفال في مراعاة جميع الأطفال وتحقيق الأمن والطمأنينة لهم وتنمية شخصياتهم.

٣٣. القيام بأي مهام أخرى تكلف بها في مجال اختصاصها.

معلمة التدريبات السلوكية:

١. متابعة حالة الأطفال وخاصة المستجدين والتعرف إلى السلوكيات غير المرغوب فيها وإعداد الخطط العلاجية اللازمة لكل حالة.

٢. إعداد التقارير النفسية متضمنة أهم نتائج القياس والتوصيات والمقترحات الخاصة بكل حالة.

٣. المشاركة مع فريق العمل بإعداد وتنفيذ ومتابعة برنامج الخدمة الأسرية الفردية.

٤. اعداد خطة تعديل السلوك مع فريق العمل ومتابعة تطبيقها.

٥. المشاركة في المجالس واللجان ذات العلاقة بعملها.

٦. المشاركة في إعداد برامج التوعية الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة والعاملين معهم وأولياء أمورهم.

٧. إعادة تقويم الأطفال كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

٨. حضور الدورات والمؤتمرات في مجال اختصاصها.

٩. تقديم المشورة للمعلمات وغيرهن من المهتمات داخل الروضة.

١٠. تقديم الإرشاد النفسي للأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم.

١١. السرية التامة مع جميع الحالات، مع عدم البوح بأسرار الحالات مهما كانت الظروف.

١٢. القيام بأي مهام أخرى تكلف بها في مجال اختصاصها.

معلمة النطق والتخاطب:

١. المشاركة في إجراء تقييمات للأطفال لقياس مدى الأهلية لبرنامج التدخل المبكر.
٢. المشاركة في تحديد الأهداف طويلة وقصيرة المدى ومراقبة التقدم وإحداث التغييرات عندما تستدعي الحاجة بالاعتماد على جمع البيانات وتحليلها.
٣. المشاركة في كتابة ومتابعة برنامج الخدمة الأسرية الفردية لجميع حالات الأطفال ذوي الإعاقة، واستكمال جميع التقارير والتقييمات المطلوبة في الوقت المناسب.
٤. تسجيل البيانات وحفظها وفقاً لمتطلبات البرنامج.
٥. تدريب الأطفال وتقديم الاستشارات الخاصة بأسر الأطفال ذوي الإعاقة.
٦. توفير خدمات علاج النطق المباشر عندما يحدد ذلك في برنامج الخدمة الأسرية الفردية.
٧. إشراك الأسرة في مراحل إعداد تنفيذ، وتقويم برنامج الخدمة الأسرية الفردية.
٨. تنفيذ أو تدريب الآخرين (الأسر ومعلمات رياض الأطفال والمعلمات المساعدات.. إلخ) على تحقيق الأهداف في برنامج الخدمة الأسرية الفردية.
٩. تجهيز الأدوات والوسائل في للأطفال الذين يعانون من تأخر في اللغة والكلام.
١٠. متابعة استخدام الأطفال للمعينات السمعية (للحالات التي تستخدم المعين السمعي).
١١. تسهيل التواصل والتعاون بين المختصين والوالدين فيما يتعلق بالطفل والأسرة.
١٢. مساعدة الأسر في التعرف إلى نقاط القوة لدى الطفل واحتياجاته وأهدافه لمساعدة أطفالهم ذوي الإعاقة.
١٣. التوصية بتحويل الحالات التي تحتاج إلى تدخل طبي إلى الجهات المختصة.
١٤. تقديم التدريب الفردي-الجماعي للأطفال.
١٥. المشاركة في اعداد الخطة الانتقالية لكل طفل.
١٦. الالتزام بمواعيد الدوام في الحضور والانصراف ومواعيد الجلسات.
١٧. توفير الدعم والتدريب والمعلومات لمعلمات التربية الخاصة (التدخل المبكر) في مرحلة رياض الأطفال، ومعلمات الفصول، والأسر، وغيرهم من مقدمي الرعاية.
١٨. العمل على نشر الوعي بشأن اضطرابات التواصل وأسبابها وأساليب التخفيف من آثارها وطرق التعامل معها، وعمل منشورات تعريفية في مجال التخصص.
١٩. حضور الدورات والندوات والمؤتمرات في مجال اختصاصها.
٢٠. المشاركة في اجتماعات فريق العمل الدورية.
٢١. التعاون مع المعلمات المساعدات وطالبات الجامعة.
٢٢. القيام بأي مهام أخرى تكلف بها في مجال اختصاصها.

المسؤولة عن تنسيق الخدمات:

١. حصر الجهات الخارجية لمقدمي الخدمات ذات العلاقة.
٢. جمع البيانات الأولية عن الطفل والأسرة.
٣. أخذ موافقة ولي الأمر على البدء بإجراءات التقييم.
٤. مساعدة الأسرة في الحصول على جميع التقييمات التي يحتاجها طفلها.
٥. القيام بمساعدة الأسرة على فهم المعلومات المقدمة لها.
٦. القيام بمساعدة الأسرة على الحصول على خدمات التدخل المبكر، بما في ذلك تقديم الإحالات إلى مقدمي الخدمات وجدولة المواعيد.
٧. تنسيق خدمات التدخل المبكر والخدمات المساندة الأخرى (على سبيل المثال: الطبية أو الاجتماعية) التي قد يحتاجها الطفل.
٨. المشاركة في تطوير واستعراض وتقييم الخطة الفردية لخدمة الأسرة.
٩. القيام بمساعدة الأسرة على مواجهة المخاوف وتحديد الأولويات المهمة لها.
١٠. القيام بمساعدة الأسرة في إعداد جدول زمني للتقييمات اللازمة لطفلها بما يتناسب مع وقت الأسرة.
١١. المشاركة في وضع خطة انتقالية لمرحلة ما قبل المدرسة أو لخدمات أخرى.
١٢. إبلاغ الأسرة بحقوقهم داخل برنامج التدخل المبكر.

القياس والتقييم

ينظر إلى القياس والتقييم على أنه إجراءات مستمرة ومتواصلة ومتعددة الجوانب يقوم بها فريق العمل لتحديد أهلية الطفل لتلقي خدمات التدخل المبكر والتربية الخاصة في مرحلة رياض الأطفال من خلال جمع المعلومات بأدوات متنوعة عن كل طفل وتحليلها وتفسيرها.

أولاً: أهداف القياس والتقييم:

١. تحديد الاحتياجات التربوية والعلاجية للطفل.
٢. التعرف إلى مستوى أداء الطفل الحالي.
٣. توفير المحتوى اللازم لوضع أهداف برنامج الخدمة الأسرية الفردية.
٤. تحديد نشاطات التدخل التربوية والعلاجية للطفل.
٥. التعرف إلى نوعية الخدمات والمكان التربوي المناسب.
٦. متابعة تقدم الطفل نحو الأهداف المطلوبة.

آليات تحديد الأطفال المؤهلين لتلقي خدمات التدخل المبكر:

لتحديد الأطفال الذين سيتلقون خدمات التدخل المبكر، لا بد من القيام بعدد من الإجراءات للتأكد من الأطفال الذين يحتاجون فعلاً للخدمات والدعم، وذلك على النحو التالي:

أ. المسح والفحص:

عند إحالة طفل للحصول على خدمات التدخل المبكر من قبل الأسرة أو الطبيب أو أي مؤسسة لا بد من القيام بالإجراءات التالية:

١. تسمية القائمة بتنسيق الخدمات.
٢. أخذ موافقة خطية من ولي أمر الطفل قبل البدء بجمع أية معلومات.
٣. جمع معلومات أولية عن الطفل، على الصعيد التربوي والنفسي والاجتماعي والصحي والنمائي.
٤. تحديد سبب أو أسباب سعي الأسرة للحصول على خدمات التدخل المبكر.
٥. جمع وتلخيص المعلومات والبيانات السابقة المتعلقة بالتاريخ النمائي والصحي للطفل، وأية خدمات قدمت للطفل.
٦. توثيق البيانات الأولية، وتوثيق بيانات الإحالة لكل طفل.

ب. التقييم:

- يجب تقييم الطفل باستخدام معايير موضوعية تُقدم النتائج المطلوبة لتحديد الأهلية، ولا بد من استخدام أكثر من أداة تقييم وأكثر من أسلوب لتشخيص الطفل وأهليته للحصول على خدمات التدخل المبكر.
- يُستخدم هذا التقييم للتأكد من أهلية الطفل لتلقي خدمات التدخل المبكر وذلك من خلال الإجراءات التالية:

١. مراجعة جميع البيانات والمعلومات المتعلقة بالطفل وأسرته التي تم جمعها وتلخيصها.
٢. تحديد الجوانب الإضافية التي يجب جمع البيانات حولها.
٣. تقييم الطفل في جوانب نموه المختلفة.
٤. تقييم الطفل باستخدام معايير موضوعية موحدة تُقدم النتائج المطلوبة لتحديد الأهلية.
٥. مراجعة المصادر الأخرى للمعلومات المتوافرة واستخدامها حسب الضرورة، ومن أمثلة أدوات التقييم:
   - التقارير و/ أو التشخيصات الطبية.
   - التقييمات الموحدة.
   - تقرير الأهل.
   - الملاحظات في البيئة الطبيعية.
   - عوامل الخطورة الأخرى.
   - التقييمات الوظيفية.
١. توثيق مدى أهلية الطفل لتلقي خدمات التدخل المبكر بوضوح بناءً على معيار الأهلية.
٢. توثيق استمارة قبول الطفل في برنامج التدخل المبكر من عدمه مع توضيح الأسباب التي استند إليها الفريق، ويقدم التوصيات حول الطفل.
٣. الأخذ بالاعتبارات التالية:
   - يجب أن يشترك أفراد الأسرة في عمليات القياس والتقييم بشكل فعال.
   - يجب ألا تتجاوز المدة الزمنية لإجراءات التقييم لكل طفل عن ٣٠ يوماً منذ بدايتها.
   - يجب المحافظة على سرية المعلومات والبيانات.

ج. تحديد مستوى الأداء الحالي:

تعتمد صياغة برنامج الخدمة الأسرية الفردية على التقييم الدقيق لمستوى الأداء الحالي للطفل، لذلك لا بد أن توفر استراتيجيات التقييم الوظيفي معلومات تصف سلوكيات الطفل بدقة وذلك من خلال الإجراءات التالية:

- جمع معلومات حول أداء الطفل في مهارات تشكل أهداف تدخل ملائمة.
- إعطاء الدرجات حول الطريقة التي يؤدي فيها الطفل المهارة.
- تطبيق التقييم في بيئات الطفل المعتادة.
- وصف مستوى أداء الطفل الحالي.

الأهلية والقبول

أ. معايير الأهلية في برامج التدخل المبكر بمرحلة رياض الأطفال:

- ألا يزيد عمر الطفل عن ست سنوات.
- وجود إعاقة لدى الطفل وتشمل: اضطراب طيف التوحد, اضطرابات التواصل, الإعاقة العقلية, الإعاقة السمعية, إعاقات العظام, الإعاقة البصرية, الإعاقات الصحية الأخرى, اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة, الاضطرابات الانفعالية والسلوكية, الصم المكفوفون, تعدد العوق.
- وجود تأخر واضح في واحدة أو أكثر من المجالات النمائية التالية (الحركية الدقيقة، الحركية الكبيرة، التكيفي، المعرفي، التواصل الاجتماعي، الاجتماعي).
- وجود حالة جسدية أو عقلية لدى الطفل قد تؤدي إلى تأخر نمائي.
- تعرض الطفل لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية (مثل: عمر الأم عند الولادة، وتدني مستوى الدخل، وعدم استقرار الوضع الأسري، ووجود إعاقة لدى الوالدين، واستخدام العقاقير الخطرة)، أو بيولوجية (مثل: الخداج، الاختناق، النزيف الدماغي).

ب. القبول في برامج التدخل المبكر بمرحلة ما قبل المدرسة:

١. قبول الأطفال في الروضة بناء على نتائج أهلية تلقي الخدمات.
٢. التأكد من عمر الطفل بحيث لا يزيد العمر الزمني عن ٦ سنوات.
٣. التأكد من خلو الطفل من الأمراض الصحية الخطرة أو المعدية أو المعرض لخطر العدوى.
٤. تثبيت التسجيل في النظام الإلكتروني المعتمد.
٥. القيام باستلام ملف الطفل ورقياً.
٦. التأكد من الوثائق المطلوبة ومطابقتها بالأصل.
٧. الاحتفاظ بجميع النماذج في ملف الطفل، والتوقيع عليها.
٨. تعهد الأم على المشاركة في برامج التدريب الخاصة بهم في البرنامج.
٩. تعهد ولي الأمر بالالتزام بالتعليمات.

المناهج والأدوات المستخدمة في برنامج التدخل المبكر:

هناك عدة مناهج أو أدوات يمكن الاستعانة بها في تقييم وتقديم الخدمات للأطفال الصغار من ذوي الإعاقة ويعد نظام البرمجة والتقويم والتقييم الخاص بالأطفال دون سن السادسة (AEPS) من المناهج المتكاملة، حيث يعتبر نظاماً شاملاً يربط القياس ووضع الأهداف والتدخل والمتابعة المستمرة والتقييم معاً، وتتمثل أهمية هذا النظام في أنه:

- يعطي معلومات نمائية وظيفية ذات صلة تربوية يمكن استخدامها لوضع خطط ومحتوى التدخل الفردي.
- يجعل صياغة الأهداف العامة/المخرجات والأهداف الخاصة/ العلامات المرجعية ونشاطات التدخل بسيطة ودقيقة.
- يقدم مواد تسمح لأفراد الأسرة بتقديم مدخلات ومشاركة نشطة في عمليات القياس ووضع الأهداف والتدخل والتقييم لأطفالهم.
- يدعم وضع الأطفال في بيئات دمجية ويشجع التعاون بين المعلمين والاختصاصين وأفراد الأسرة ومقدمي الرعاية الآخرين.
- يسمح بإجراء تكييفات وتعديلات لحالات الإعاقة المختلفة.
- يستخدم من جانب العديد من أعضاء الفريق مثل: (مقدمي التدخل والاختصاصين والأسر).

وتعمل برامج التدخل المبكر في المملكة العربية السعودية على القياس المبني على المنهج، الذي يوفره نظام البرمجة والتقويم والتقييم الخاص بالأطفال دون سن السادسة (AEPS) حيث يلبي هذا النظام:

- تقرير الأهلية للخدمات أو تأييد النتائج المتحصلة من مصادر أخرى.
- تحديد مستوى الأداء الحالي للطفل.
- وضع أهداف عامة/ أهداف خاصة لبرنامج الخدمة الأسرية الفردية.
- تخطيط التدخل.
- تقييم أداء الطفل بمرور الوقت.

ومن المناهج الأخرى التي تعمل على تحديد المستوى الحالي وتراقب التقدم برنامج بورتيج (Portage) وهو البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتثقيف وتدريب أمهات الأطفال الصغار من ذوي الإعاقة من عمر الميلاد إلى سن التاسعة، ومنهج هيلب (HELP) هو منهج هاواي للتعليم المبكر للأطفال الصغار من الميلاد إلى سن السادسة، ويركز على عدة مهارات أو مجالات (التنظيم الحسي/ التناسقي، اللغة والتواصل، المهارات الحركية الكبيرة، الحركية الصغيرة، الاجتماعية/العاطفية، العناية بالذات).

ومن الأدوات التي تستخدم في تحديد الأطفال المعرضين لخطر التأخر في النمو استبيان الأعمار والمراحل (ASQ-3) والذي يتضمن سلسلة من الاستبيانات للأطفال من عمر شهر واحد وحتى عمر خمسة أعوام ونصف العام، ويجيب ولي الأمر أو مقدم الرعاية عن هذا الاستبيان الذي يعد أداة تستخدم لتحديد الأطفال المعرضين لخطر التأخر في النمو بدقة ويفحص ٥ مجالات (التواصل، والمهارات الحركية الكبيرة، والدقيقة، وحل المشكلات، والجوانب الشخصية الاجتماعية).



البرامج التربوية الفردية:

تختلف أنواع التدخل المبكر وطبيعته باختلاف غاياته، فقد يكون التدخل علاجياً هادفاً إلى معالجة المشاكل الحالية أو وقائياً هادفاً إلى تجنب وقوع المشاكل المحتملة، بالإضافة إلى ذلك، قد يتركز التدخل حول الأسرة أو الطفل ووفقاً لأولويات الأسرة وتفضيلاتها.
وتعمل البرامج التربوية الفردية بأنواعها على تنظيم أنواع التدخل الأكثر مناسبة للطفل، وذلك عن طريق تحديد نوعية وكمية الخدمات اللازمة لكل طفل على حدة.

أنواع البرامج الفردية:

تتنوع البرامج التربوية الفردية بتنوع الهدف الذي تسعى لتحقيقه، وذلك على النحو التالي:

١. برنامج الخدمة الأسرية الفردية: الذي يعد أول البرامج التي يتم تقديمها للأطفال في سن مبكرة وأسرهم في مرحلة رياض الأطفال.
٢. البرنامج الانتقالي: الذي يعمل على إعداد الطفل للانتقال من مرحلة أو بيئة إلى أخرى.
٣. البرنامج التربوي الفردي: الذي ينظم الحاجات التربوية والتعليمية للأطفال ذوي الإعاقة في المراحل التعليمية المختلفة.

أولاً: برنامج الخدمة الأسرية الفردية :(IFSP)

يعد برنامج الخدمة الأسرية الفردية حجر الزاوية في برامج التدخل المبكر، ويتركز على قيام الأسرة بنشاطات أكبر وأدوار أوسع في عملية صنع القرار في جميع المراحل سواء في مرحلة التقييم أو التخطيط أو التنفيذ، بحيث تبقى صاحبة القرار النهائي فيما يتعلق بأولوياتها.
مفهوم برنامج الخدمة الأسرية الفردية:
هو وثيقة مكتوبة لضمان حق الأطفال الصغار من ذوي الإعاقة في الحصول على جميع الخدمات التأهيلية والتدريبية والتعليمية سواء بالتعديل أو التكييف أو التدريب الفردي أو غرفة المصادر أو غيره مما يدعم أو يساعد في تمكينهم من تحقيق أقصى إمكانياتهم.

محتويات برنامج الخدمة الأسرية الفردية:

ينقسم محتوى برنامج الخدمة الأسرية الفردية إلى قسمين:
القسم الأول: البيانات الأولية، وتشمل:
اسم الطفل، تاريخ الميلاد، اسم الأم، العنوان، الهاتف، الجوال، البريد الإلكتروني، اسم الروضة، اسم معلمة التربية الخاصة، اسم المسؤولة عن تنسيق الخدمات، تحديد تاريخ بدء ونهاية الخدمات، ومواعيد مراجعة الخطة الدورية والسنوية.

القسم الثاني: عناصر برنامج الخدمة الأسرية الفردية:

١. **مستوى نمو الطفل الحالي:**

وصف شامل ودقيق لمستوى النمو الحالي لنقاط القوة والاحتياج للطفل في (المجال المعرفي، التكيفي، الصحي، الحسي، الحركي، اللغوي، الاجتماعي / العاطفي).

٢. **البيانات والمعلومات الأسرية:**

البيانات المستهدف جمعها وتوثيقها مثل: اهتمامات الأسرة واحتياجاتها وأولوياتها ونقاط القوة ومصادر المساعدة والدعم المتوفرة للطفل والأسرة.

٣. **الأهداف طويلة / قصيرة المدى:**

الأهداف المتعلقة بتلبية احتياجات الطفل للجوانب النمائية والوظيفية والتي يتم تحديدها بناء على المعلومات المستخلصة من عملية التقييم للطفل، وعلى المعلومات الأسرية التي تم وصفها، وترتب الأهداف المختارة وفقاً للأولوية، وتصاغ بطريقة إجرائية قابلة للملاحظة والقياس ويحدد المعيار الذي سيتم بواسطته قياس التغير وأساليب التقييم الذي سيتم استخدامها والتاريخ المستهدف لمراجعة التقدم.

٤. **المكان التربوي:**

إن الأصل في رعاية الأطفال وتنشئتهم من منظور التدخل المبكر يعتمد على إبقائهم في بيئتهم الطبيعية إلى أقصى حد ممكن، إلا إذا نص برنامج الخدمة الأسرية الفردية على ضرورة تقديم الخدمات في بيئة أخرى، وذلك وفق الخيارات التالية:

- الروضة العادية عن طريق دمج الطفل ذي الإعاقة لأقصى درجة ممكنة.
- الفصل الدراسي الخاص بالأطفال ذوي الإعاقة داخل الروضة العادية.
- مراكز التربية الخاصة.

ولا بد عند تحديد المكان التربوي الأخذ بالاعتبارات التالية:

- يجب تحديد المكان التربوي حسب حاجات كل طفل بشكل فردي.
- يجب تبرير سبب اختيار المكان التربوي.
- يجب تحديد المكان التربوي الذي يتم من خلاله تحقيق الأهداف الخاصة بكل طفل.
- الأخذ بالاعتبار الإيجابيات والسلبيات المحتملة لاختيار المكان التربوي، ومستوى الدعم المطلوب داخله، والتعديلات اللازمة له.

٥. **الخدمات اللازمة والملائمة وجدول تقديمها:**

بيان للخدمات التي سوف تقدم للطفل وأسرته وطرق تقديمها ومكان تقديمها بما يتناسب مع حاجات الطفل وأولويات الأسرة، ويتم تحديد الخدمات تبعاً لحاجات الطفل وأولويات الأسرة، والأهداف التي تم تطويرها من قبل الأسرة وبقية المشاركين في برنامج الخدمة الأسرية الفردية.

٦. **تشتمل خدمات التدخل المبكر على:**

العلاج الطبيعي، العلاج الوظيفي، علاج اللغة والكلام، الخدمات النفسية والإرشاد الأسري، التدريب الأسري، خدمات التربية الخاصة، خدمات الرعاية المؤقتة، الوسائل التقنية، الخدمات

الاجتماعية، الخدمات السمعية، الخدمات البصرية، التغذية، الخدمات الطبية ذات العلاقة بتحديد الأهلية.

- يتم تقديم الخدمات المتضمنة في برنامج الخدمة الأسرية الفردية في أماكن مختلفة تبعاً لحاجات الطفل وأسرته، ويجب تقديم خدمات التدخل المبكر في البيئة الطبيعية للطفل، وفي حال اختيار مكان آخر يتوجب على الفريق تبرير سبب اختيار ذلك المكان.
- يجب أن يحدد فريق برنامج الخدمة الأسرية الفردية عدد مرات تقديم كل خدمة من الخدمات للطفل والأسرة، على سبيل المثال: مرة أسبوعياً، مرة يومياً، مرتين في الأسبوع، مرة واحدة في الشهر، وكذلك يجب تحديد المدة الزمنية لكل جلسة من الجلسات، فعلى سبيل المثال: ٣٠ دقيقة جلسة فردية، ساعتان ضمن مجموعة من الأطفال.

٧. **تحديد المشاركين في فعاليات الخطة إعداداً وتنفيذاً وتقويماً ومتابعة.**

متطلبات إعداد وتنفيذ وتقويم برنامج الخدمة الأسرية الفردية

الإعداد:

- يتم إعداد البرنامج بمشاركة جميع أعضاء فريق العمل.
- يتم إعداد البرنامج خلال فترة لا تتجاوز ١٠ أيام من نهاية إجراءات التقييم.
- يتم إعداد البرنامج بناء على نتائج القياس والتقييم وأولويات الأسرة والطفل.
- يتم إعداد البرنامج بمشاركة الأسرة.

التنفيذ:

- يتم البدء في تنفيذ البرنامج خلال فترة لا تتجاوز أسبوعاً من إعداده.
- يجب تنفيذ البرنامج من قبل كل من له علاقة بتقديم الخدمة المنصوص عليها في البرنامج.
- يجب التنسيق بين الأعضاء القائمين بتنفيذ البرنامج.
- تتولى متابعة تنفيذ البرنامج معلمة التربية الخاصة (التدخل المبكر).
- ينبغي أن يتم تكييف الخدمات والمرافق وفقاً لاحتياجات الأطفال وأن يسود مبدأ المرونة في أنواع الخدمات المقدمة كافة.
- تصميم خدمات التدخل بحيث تكون جزءاً أساساً من أنشطة الحياة اليومية للطفل وأسرته.
- تصميم خدمات التدخل المبكر بهدف وقاية الطفل من تطوير مشكلات أو إعاقات مستقبلية.
- تقوم الأسرة بتنفيذ المتطلبات الخاصة بها وفق توصيات البرنامج.

التقويم:

- وضع مواعيد المراجعة الدورية للبرنامج لتقييم مدى التقدم في الوصول إلى النتائج.
- يتم مراجعة البرنامج كل ستة أشهر على الأقل، أو عند طلب الأسرة لذلك أو عند إضافة أي نتائج أو خدمات أو توقف أية خدمة من الخدمات.
- يتم تقييم مدى فعالية خدمات التدخل المبكر في مساعدة الطفل وأسرته للوصول إلى النتائج في نهاية السنة الدراسية.
- تقوم الأسرة بتقديم تغذية راجعة عن مدى تقدم طفلها.

ثانياً: البرنامج الانتقالي:

عبارة عن مجموعة من الإجراءات المنظمة والمتضمنة في برنامج الخدمة الأسرية الفردية، والتي تقدم للطفل حيث تؤدي إلى تغييرات في الخدمات وفريق العمل الذي يقدم هذه الخدمات عند الانتقال من برنامج إلى آخر أو من بيئة إلى أخرى.

يتطلب الانتقال الناجح من خدمات التدخل المبكر إلى خدمات تعليم ذوي الإعاقة مجموعة من الإجراءات كالتالي:

١. الإعداد الجيد لاجتماعات برنامج الخدمة الأسرية الفردية والبرنامج التربوي الفردي.
٢. الحفاظ على التواصل الفعال والمستمر بين الروضة والأسرة.
٣. التخطيط والتنسيق الجيد.
٤. التعاون والمتابعة بين المهنيين والأسرة.
٥. المرونة في البرامج والجداول والأنشطة عند الانتقال من برنامج لآخر.
٦. إنشاء المجموعات الأسرية للدعم والمساندة في البيئة التعليمية الجديدة.

مكونات البرنامج الانتقالي:

١. مشاركة الأسرة في عملية الانتقال.
٢. مناقشة استعداد الطفل لعملية للانتقال.
٣. معلومات التقييم الشامل للطفل.
٤. مناقشة وتوثيق الخيارات التي يتم مناقشتها مع الأسرة.
٥. حالة الأهلية لخدمات التربية الخاصة.

أهداف البرنامج الانتقالي:

١. ضمان استمرار خدمات التدخل المبكر.
٢. دعم نظام الأسرة والطفل.
٣. تشجيع انتقال الطفل في البيئات الطبيعية والأقل تقييداً كمرحلة رياض الأطفال.
٤. تعزيز تكييف الطفل وأسرته مع البرامج الجديدة.

٥. ضمان التخطيط والتعاون والتنسيق والمتابعة بين جميع البرامج.
٦. تقييم جوانب القوة والضعف للطفل للانتقال من بيئة تعليمية إلى أخرى.

خطوات البرنامج الانتقالي:

١. تكوين فريق عمل لمرحلة الانتقال.
٢. جدولة الاجتماعات بين الفريق.
٣. تحديد المتطلبات الأساسية لعملية الانتقال.
٤. تحديد التواريخ المهمة كالإحالة.
٥. تحديد إجراءات وأساليب التواصل الفعال.
٦. تشجيع زيارات الأسرة تمهيداً للبيئات التعليمية الجديدة.
٧. تحديد الاحتياجات اللازمة للطفل في البيئات التعليمية الجديدة.
٨. تقديم خدمات الاستشارة للأسرة.
٩. متابعة الأنشطة وإجراءات مرحلة الانتقال وتقويمها.



الشراكة الأسرية

يتمثل حجر الزاوية للتدخل المبكر في التعاون بين الأسرة والبرنامج حيث يسهم كل منهما بنوع من الخبرة والمعرفة، فالأسرة تعد المحور الرئيس في حياة الطفل، والأكثر معرفة باحتياجاته وجوانب القوة والقصور لديه، كما يسهم العاملون في برنامج التدخل المبكر بمعرفتهم بتخصصاتهم العلمية ونمو الطفل واستراتيجيات دعم التعلم وتحديد الأطفال ذوي التأخر النمائي والإعاقات، ونجاح هذا التعاون يعتمد على وجود فهم مشترك للتدخل المبكر بين الأسرة والبرنامج، ولهذا لا بد من التأكيد على:

أولاً: فوائد الشراكة الأسرية:

تعود مشاركة الأسرة في برنامج التدخل المبكر بفوائد متنوعة على كل من الطفل والعاملين في البرنامج والأسرة ذاتها، وذلك على النحو التالي:

بالنسبة للطفل:

١. زيادة فرص النمو المتاحة للطفل.
٢. تحسين إمكانيات تعديل سلوك الطفل وذلك لأن العاملين في البرنامج والأسرة يصبحون أكثر ثباتاً في التعامل مع الطفل في الروضة والمنزل.
٣. ازدياد احتمالات تعميم الاستجابات التي يتعلمها الطفل في الروضة وازدياد احتمالات استمراريتها ونقل أثر التدريب من الروضة إلى المنزل.
٤. إن الخدمات المقدمة للطفل تصبح أكثر شمولية وأكثر قدرة على تلبية حاجاته.

بالنسبة للأسرة:

١. إن مشاركة الأسرة في برنامج الخدمة الأسرية الفردية المقدمة لطفلها يساعدها في اكتساب المهارات اللازمة لتدريب الطفل وتعليمه الاستجابات المقبولة.
٢. إن مشاركة الأسرة تقودها إلى أن تصبح أكثر تفهماً لحاجات طفلهم وللمشكلات التي يواجهها وللأهداف التي يسعى البرنامج لتحقيقها.
٣. إن مشاركة الأسرة تزودها بالمعلومات الضرورية حول مصادر الدعم المختلفة المتوفرة في البيئة المحلية لها ولطفلها.
٤. إن مشاركة الأسرة غالباً ما تقدم مقترحات حول سبل التغلب على التحديات اليومية الناتجة عن تربية الطفل ذي الإعاقة.

بالنسبة للعاملين في برنامج التدخل المبكر:

١. إن مشـاركة الأسـرة في تخطيـط وتنفيـذ برنامـج الخدمـة الأسـرية الفرديـة تـؤدي إلى فهـم أكـبر لحاجـات الطفـل وحاجـات أسـرته مـن قبـل العاملـين في البرنامـج.

٢. إن مشـاركة الأسـرة تسـمح بحصـول العاملـين في البرنامـج علـى تغذيـة راجعـة ومعلومـات مفيـدة تسـاعد في تحسـين وتطويـر الخطـة المقدمـة للطفـل.

٣. إن مشاركة الأسرة الفاعلة توفر فرصاً ثمينة لتدريب الأطفال على المهارات ذات الأولوية.

٤. إن مشـاركة الأسـرة تزيـد مـن فـرص نجـاح جهودهـم، حيـث تصبـح الأسـرة أكـثر اهتمامـاً بمتابعـة أداء الطفـل خـارج الروضـة.

ثانياً: طرق التواصل مع الأسرة:

١. مشاركة ولي الأمر في اجتماعات فريق العمل.

٢. الاجتماعات الفردية بين فريق العمل.

٣. الاجتماع مع أولياء الأمور على مستوى الروضة.

٤. وسائل الاتصال الحديثة.

٥. مواقع التواصل الاجتماعي.

٦. التقارير والنشرات.

٧. الأنشطة والفعاليات.

٨. استبانات استطلاع الرأي.

ثالثاً: حقوق ومسؤوليات الأسرة:

يعمل برنامج التدخل المبكر على ضمان حقوق الأسرة وهي:

١. الحصول على جميع الخدمات التي يوفرها البرنامج حسب احتياج الطفل والأسرة.

٢. الحصول على موافقة ولي الأمر لأي مسح أو تقييم أو تقويم والمشاركة في أي تقييم يشمل الأسرة.

٣. المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالطفل على جميع مستويات البرنامج.

٤. الحصول على شرح وافٍ للمعلومات عن الخدمات المقدمة من البرنامج.

٥. الحصول على برنامج الخدمة الأسرية الفردية (IFSP) بعد التأكد من أهلية الطفل.

٦. تلقي الخدمات التي يؤمنها البرنامج بموجب برنامج الخدمة الأسرية الفردية (IFSP).

٧. تلقي الخدمات في بيئة الطفل الطبيعية قدر الإمكان.

٨. إطلاع الأسرة على أي تغيير قد يحدث في تقييم الطفل أو خدمات التدخل المبكر الخاصة به.

٩. إشعار الأسرة بإجراءات الانتقال إلى برنامج آخر أو مرحلة أخرى.

١٠. الحفاظ على سرية المعلومات المتعلقة بالطفل والأسرة وخصوصيتها.

١١. منح الموافقة الخطية للإفصاح عن أي معلومات واردة في ملف الطفل.

١٢. الحصول على نسخة من المعلومات الموجودة في ملف الطفل.

١٣. احترام حقوق الأسرة وحمايتها.

وتتضمن مسؤوليات الأسرة تجاه برنامج التدخل المبكر التالي:

١. المشاركة في إجراءات التقييم المتعلقة بالطفل.

٢. إطلاع البرنامج على أي تغيير يحدث في مختلف جوانب الطفل (المعرفي، التكيفي، الصحي، الحسي، الحركي، اللغوي، الاجتماعي/العاطفي).

٣. المشاركة الكاملة في إعداد برنامج الخدمة الأسرية الفردية (IFSP).

٤. إطلاع البرنامج على المشاكل التي قد تؤثر على الطفل وعلى الخدمات المقدمة له.

٥. حضور الجلسات التدريبية بحسب المواعيد المحددة.

٦. احترام الأشخاص والبيئة التي يحصل من خلالها الطفل على خدمات التدخل المبكر.

٧. المشاركة الفعالة في جميع جلسات التقييم والتدخل المقدمة داخل الروضة.

٨. تنفيذ إجراءات التدخل للطفل في المنزل وتحديد مدى فاعليتها.



البيئة التعليمية لبرامج التدخل المبكر:

إن لطبيعة البيئة التعليمية في برامج التدخل المبكر أثراً بالغ الأهمية في نمو الأطفال ذوي الإعاقة وتعلمهم؛ لذا لا بد أن يراعي المبنى والتجهيزات والبيئة الصفية احتياجات وخصائص هؤلاء الأطفال من خلال:

أولاً: المبنى:

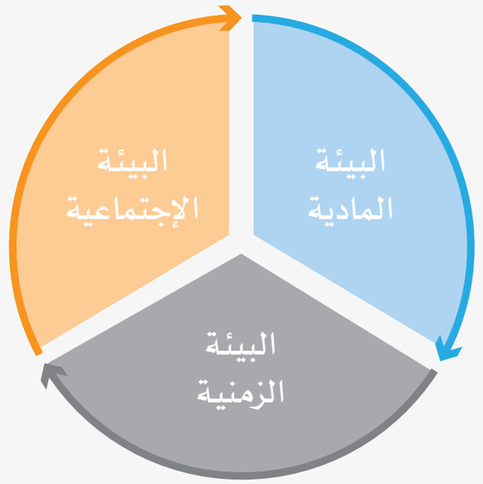
١. الالتزام بالاشتراطات البلدية المعتمدة من وزارة الشؤون البلدية والقروية لموقع الروضة.
٢. الالتزام بمتطلبات الوقاية والحماية من الحريق في مباني التعليم الصادرة من مجلس التعاون لدول الخليج العربي.
٣. يجب أن يكون نظام المبنى أفقياً وليس رأسياً لتسهيل حركة شاغلي المبنى وسرعة إخلائه في حالات الطوارئ.
٤. يجب أن تكون جميع المواد الإنشائية غير قابلة للاشتعال ومقاومة لمدة (٢ساعة) للاشتعال على الأقل.
٥. يجب ألا يقل عرض الأبواب عن (١,٢٠م) وتتكون الأبواب من درفتين إحداهما عرضها (١,٢٠م) والأخرى لا تقل عن (٠,٢٠ م) متحركتين، كما يجب أن تفتح الأبواب إلى الخارج.
٦. ارتفاع الأسقف لا يقل عن (٣ م) لتوفير كمية هواء مناسبة.
٧. أن يتوفر في البهو الداخلي منحدر مائل من أسفل إلى الأدوار العلوية بانحدار (١٥٪) والبهو الداخلي لا تقل مساحته عن (١٠X١٠م).
٨. عند إنشاء الممرات المائلة يجب مراعاة وجود مساحات كبيرة حتى لا تكون الممرات شديدة الانحدار.
٩. تزويد مبنى الروضة بشبكة اتصالات داخلية (انتركوم) ووضع أجهزة اتصالات داخلية في أماكن متفرقة من المبنى.
١٠. أن يُراعي تصميم المبنى حاجات الوصول الشامل للأطفال ذوي الإعاقة (المنزلقات، والمصاعد، والمقابض، والعزل الصوتي...).
١١. أن تتوفر ساحات مناسبة للأطفال ذوي الإعاقة للقيام بالأنشطة الرياضية والأنشطة والفعاليات المختلفة في الروضة.
١٢. أن تتوفر غرفة مصادر للأطفال ذوي الإعاقة بمساحة تتراوح بين (٤٠-٥٠م٢).
١٣. أن تتوفر غرفة للتكامل الحسي بمساحة تتراوح بين (١٢-١٦م٢).
١٤. أن تتوفر غرفة للنطق والتخاطب بمساحة تتراوح بين (١٢-١٦م٢).
١٥. أن تتوفر في المبنى غرفة مناسبة لعقد اجتماعات فريق العمل.
١٦. أن تتناسب أرضية المبنى مع حاجات الأطفال ذوي الإعاقة بحيث تكون من الفينيل المضاد للبكتيريا.
١٧. أن تتوفر دورات مياه تتناسب مع حاجات ذوي الإعاقة.
١٨. أن يكون هناك نظافة دورية للمبنى والغرف المخصصة لذوي الإعاقة.
١٩. أن توضع خطة للفحص المنتظم والصيانة الوقائية للمبنى.

ثانياً: التجهيزات:

١. أن تتوفر الأجهزة التقنية للتدخل المبكر (أجهزة لوحية لغرف المصادر).
٢. أن تتوفر الأجهزة المكتبية (أجهزة حاسب آلي، طابعات، أجهزة تغليف حراري).
٣. أن تتوفر مستلزمات التدخل المبكر من وسائل تعليمية وأثاث لغرفة المصادر.
٤. أن تتوفر خدمة الإنترنت داخل المبنى.
٥. أن تُكتب خطة سنوية تحدّد حاجة البرنامج من الأجهزة والوسائل التعليمية.
٦. أن تتوفر وسائل نقل تتناسب مع حاجات الأطفال ذوي الإعاقة.
٧. أن تتوفر أجهزة عرض وأجهزة تلفزيونية.
٨. أن يقوم البرنامج بتيسير حصول الأطفال ذوي الإعاقة على الأجهزة التعويضية.
٩. أن تجهز غرفة التكامل الحسي وغرفة النطق والتخاطب بالتجهيزات اللازمة.

ثالثاً: البيئة الصفية:

تبرز أهمية البيئة الصفية في توفير فرص للأطفال للاختيار والاكتشاف وحل المشكلات والتعبير عن الذات فإنه من المهم الأخذ بالاعتبار المكونات التالية:



تصميم البيئة المادية عن طريق التصميم العام ونسق الغرفة، ويتضمن ذلك أركان التعلم والمواد والأثاث، وذلك على النحو التالي:

١. الركن التعليمي: وهو الركن الخاص بالحلقة التي من خلالها يتم تدريب الأطفال على المهارات بشكل جماعي ويحتوي على: (سبورة - طاولة نص دائرية - كراسي الأطفال).
٢. ركن مهارات الحياة اليومية: وهو الركن الخاص بتعليم الطفل مهارات الحياة اليومية مثل: (الأكل والشرب - تفريش الأسنان - غسل اليد والوجه).
٣. ركن الألعاب: موقع مفروش بإسفنج أو لباد لحماية الأطفال ويحتوي على مجموعة من الألعاب كالمكعبات والمتاهات.. إلخ.
٤. ركن التدريب الفردي: ويتم استخدامه أثناء أداء الطفل مهمة تعليمية بشكل فردي.
٥. ركن المعلمة: يحتوي على طاولة المعلمة ودولاب.
٦. ركن الراحة: هو الركن الخاص بالسماح للطفل براحة مؤقتة عند الإحساس بالتعب والإرهاق ويحتوي على: (سرير - غطاء).
٧. لوحة الصف الرئيسة «السبورة».

٨. ركن الوسائل التعليمية: يحتوي على مجموعة من الوسائل التي تساعد على:
- تنمية المهارات التعليمية: (تركيب الإعداد - بطاقات الحروف - مجسمات..).
- تنمية المهارات الحسية: (مسبحة - الألوان- طرق الأسطوانات..).
- تنمية المهارات البصرية: (حلقات الحبل - متاهة خشبية..).
- تنمية المهارات الإدراكية (مجسمات، صور أغذية، أدوات منزلية).

٩. ركن التقنية المساعدة: يحتوي على مجموعة من الأجهزة مثل: مثل (فيديو - آيباد... إلخ).
- ينبغي أن تكون البيئة وموادها سهلة الوصول لجميع الأطفال.
- توفير مساحة واسعة بحيث يستطيع الطفل الذي يستخدم كرسياً بعجلات أن يتحرك داخل الفصل.
- الترتيب المنطقي للأركان: فالأركان ذات مستوى النشاط العالي (مثل: ركن الألعاب) ينبغي ألا توضع بالقرب من أركان الأنشطة الهادئة (مثل: ركن التقنية المساعدة).
- تجهيز وتنظيم الأركان قبل وصول الأطفال.
- التأكد من أن المواد تناسب التنوع ومستويات القدرة لدى الأطفال.
- الأخذ في الاعتبار الإضاءة والصوت من خلال الاعتماد على الضوء الطبيعي قدر الإمكان واستخدام مواد الأرضيات التي تقلل الضوضاء في الأماكن النشطة.
- العمل على دمج الأسرة من خلال وضع لوحة للتواصل مع الأسرة وتبادل المعلومات.

تصميم البيئة الاجتماعية التي تزيد من التفاعلات التي تحدث بين الأطفال والمعلمات، والأسرة، ويتضمن ذلك:

- الاهتمام بتكوين المجموعات المختلفة بحيث تتنوع ما بين المجموعات الكبيرة كمجموعات الحلقة ووقت الوجبة والوقت خارج الفصل، والمجموعات الصغيرة التي تسمح بوقت أكبر للتفاعل وتعليم مهارات جديدة وتقديم تغذية راجعة، وتقديم الفرص للأطفال لممارسة مهاراتهم اللغوية وللمعلمات للتشجيع على التواصل بين الأطفال، كذلك فإن المجموعات المتشابهة تعتبر مثالية لتعليم مهارات مستهدفة أو مهارات تلبي احتياجات محددة لمجموعة من الأطفال والمجموعات المختلفة توفر الفرص لجميع الأطفال لتعلم مهارات اجتماعية إيجابية ومهارات تواصل من أقرانهم.
- الاهتمام بالأنشطة الموجهة من قبل المعلمة مقابل الأنشطة التي يبادر بها الطفل.
- الاهتمام بالمواد والأنشطة التي تعزز التفاعل الاجتماعي كلعبة البزل، ولعبة المنزل ومكعبات البناء.
- الاهتمام بالشراكة مع الأسر في تصميم البيئة الاجتماعية من خلال تقديم فرص التطوع، والتعاون معهم لدعم المهارات الاجتماعية لأطفالهم.

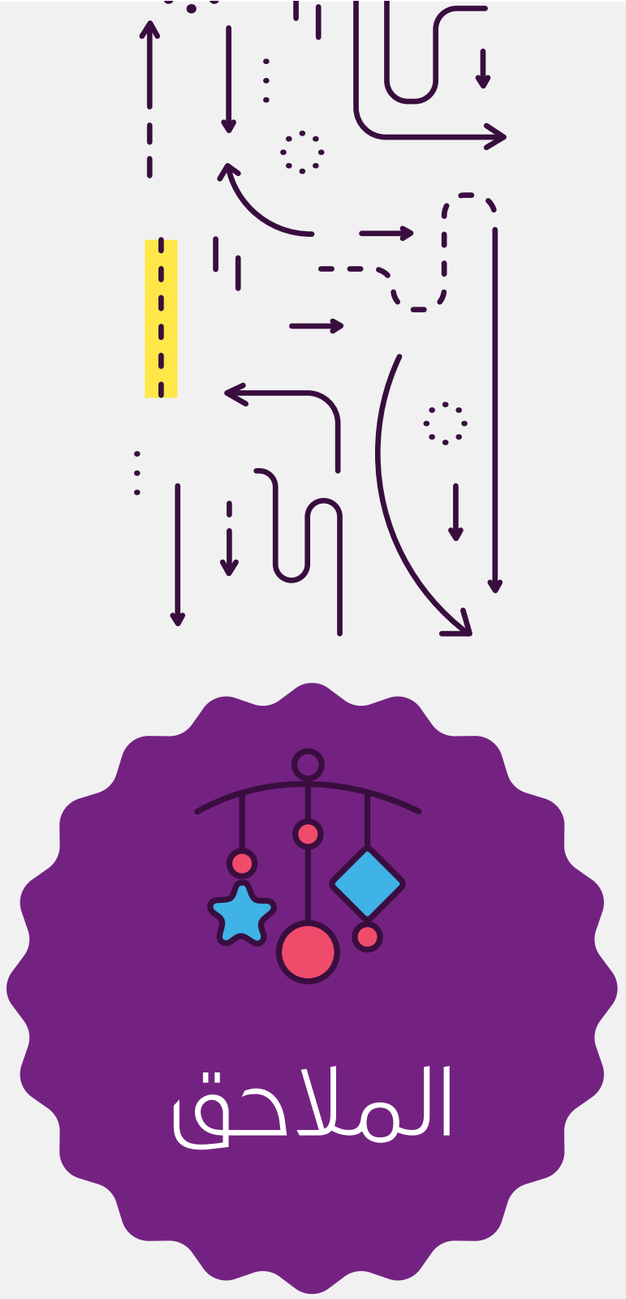
تصميم البيئة الزمنية من خلال تحديد الجدول الزمني وطول مدة الجدول والروتين والأنشطة التي تحدث خلال اليوم، وذلك من خلال:

١. وضع جداول تلبي الاحتياجات المختلفة للبرنامج والأطفال والأسر وفريق العمل.
٢. التنوع في مستويات النشاط ما بين الأنشطة السريعة والهادئة.
٣. تخطيط الانتقال بين الأنشطة بشكل فعال مثل: إشارات واضحة للانتقال من نشاط إلى آخر، وضع قواعد للتنظيف كوضع اللعب في مكانها في نهاية وقت اللعب، الاستعداد للأطفال والنشاط قبل وقت كافٍ.
٤. تعليم جميع الأطفال الروتين والجداول عن طريق:
- تعليق الجدول لمساعدة الأطفال والمعلمات على معرفته واستخدامه.
- تعليم الروتين والجداول اليومية ومراجعتها خلال اليوم.
- محاولة جعل الجدول واضحاً مع تجهيز الأطفال للتغييرات في الجدول إذا كانت ضرورية. مثلاً: في اليوم البارد يتم تذكير الأطفال بأنهم سيلعبون في داخل الفصل بدلاً من خارجه.
- وضع جداول سهلة الفهم للأطفال، مع مراعاة الاحتياجات الخاصة للأطفال.

إجراءات الأمن والسلامة:

١. أن تكتب خطة لحالات الطوارئ والتدرب عليها من قِبل العاملين والأطفال ذوي الإعاقة.
٢. أن تتوفر تدابير محددة للوقاية من الحرائق والكوارث.
٣. أن تتناسب إجراءات الخروج في حالات الطوارئ مع خصائص الأطفال ذوي الإعاقة.
٤. أن تتوفر قاعدة بيانات للاتصال بأولياء الأمور في حالة الطوارئ.
٥. أن يكون لدى الأطفال الذين يحتاجون رعاية صحية خاصة خطة مكتوبة للدعم الطبي الطارئ، ويجب أن تصف الخطة إجراءات الطوارئ الخاصة التي ستتبعها المعلمة أو المساعدة أو الطبيبة أو الممرضة.
٦. أن تتوفر الإسعافات الأولية المجهزة تجهيزًا كاملاً.
٧. أن تتوفر مخارج مناسبة لخصائص ذوي الإعاقة؛ لمواجهة الطوارئ.
٨. أن يتخذ البرنامج خطوات لسلامة الأغذية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة.
٩. أن تتوفر أغذية مناسبة لحاجات الأطفال ذوي الإعاقة وخصائصهم.
١٠. أن يضع البرنامج إرشادات لتجنّب العدوى والوقاية منها.
١١. أن يضع البرنامج سياسات لاستخدام الأدوية والإجراءات الطبية التي يحتاجها الأطفال ذوو الإعاقة.
١٢. أن يتوفر في البرنامج ممرضة.
١٣. أن ينظم البرنامج الأنشطة المعززة للثقافة الصحية.





ملحق (ا) / الكفايات المهنية لمعلمة التربية الخاصة / التدخل المبكر في ضوء معايير مجلس الأطفال غير العاديين

المعيار ا: الأسس
المعرفة
النماذج والنظريات والفلسفات والمناهج البحثية التي تشكل الأساس لممارسة التربية الخاصة.
القوانين والسياسيات والمبادئ الأخلاقية المتعلقة بتخطيط إدارة السلوك وتنفيذها.
علاقة التربية الخاصة بتنظيم الهيئات التربوية وعملها.
حقوق ومسؤوليات الأفراد ذوي احتياجات التعليم غير العادية والآباء والمعلمين والمهنيين الآخرين والمدارس ذات الصلة باحتياجات التعليم غير العادية.
القضايا المتعلقة بتعريف الأفراد ذوي احتياجات التعلم غير العادية واكتشافهم.
النظم الأسرية ودور الأسر في العملية التربوية.
تأثير الثقافة المهيمنة على تشكيل المدارس والأفراد الذي يدرسون ويعملون فيها
التأثير الممكن للاختلافات في القيم واللغات والعادات التي يمكن أن توجد بين البيت والمدرسة
الأسس التاريخية والفلسفية والقانونية للخدمات المقدمة للأطفال الرضع والأطفال الصغار ذوي الإعاقة والعاديين.
الاتجاهات والقضايا في التربية للطفولة المبكرة والتربية الخاصة للطفولة المبكرة والتدخل المبكر
المهارات
المعيار ٢: نمو المتعلمين وخصائصهم
المعرفة
النمو الإنساني الطبيعي وغير الطبيعي
المضامين التربوية لخصائص الحالات غير العادية المختلفة
خصائص وتأثيرات المحيط الثقافي والبيئي للأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية والأسر
النظم الأسرية ودور الأسر في دعم النمو
التشابهات والاختلافات بين الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية والأفراد العاديين
التشابهات والاختلافات بين الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية

تأثير الأدوية المختلفة على الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية
نظريات النمو الطبيعي وغير الطبيعي في الطفولة المبكرة
العوامل البيولوجية والبيئية التي تؤثر على النمو والتعلم قبل الولادة وأثناءها وبعدها
الإعاقات المحددة بما في ذلك الأسباب المرضية وخصائص الإعاقات الشائعة وتصنيفها لدى الأطفال الرضع والأطفال الصغار والمضامين المحددة لذلك على النمو والتعلم في السنوات الأولى من الحياة
تأثير الحالة الصحية والرعاية المساندة على النمو والتعلم
تأثير الحالة الصحية على مصادر القلق لدى الأسرة ومصادرها وأولوياتها
العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية والنمو الاجتماعي - الانفعالي للأطفال الرضع والأطفال الصغار
نمو الأطفال الرضع والأطفال الصغار وتعلمهم بسرعات متفاوتة
المعيار٣: الفروق الفردية في التعلم
المعرفة
التأثيرات الممكنة للحالة (الحالات) غير العادية على حياة الفرد
تأثير قدرات المتعلمين الأكاديمية والاجتماعية واتجاهاتهم واهتماماتهم وقيمهم على تطور التدريس والمهنة
الاختلافات في التقاليد والقيم داخل الثقافات وتأثيراتها على العلاقات بين الأفراد ذوي احتياجات التعلم غير العادية والأسر والمدارس
المنظورات الثقافية التي تؤثر على العلاقات بين الأسر والمدارس وعلاقاتها بالتدريس
الطرق المختلفة التي يتعلم من خلالها الأطفال ذوو احتياجات التعلم غير العادية بما في ذلك الأطفال الذين ينتمون إلى خلفيات متنوعة ثقافياً والاستراتيجيات اللازمة لمخاطبة هذه الاختلافات
تأثير قدرات الطفل واحتياجاته وخصائصه على النمو والتعلم
تأثير البيئات الاجتماعية والمادية على النمو والتعلم
المعيار٤: الاستراتيجيات التعليمية
المعرفة
الممارسات المثبتة القائمة على الأدلة للخصائص المحددة للمتعلمين والبيئات

مفهوم التصميم العمومي للتعلم
المهارات
استخدام استراتيجيات لتيسير الدمج في البيئات المختلفة
تعليم الأطفال استخدام التقييم الذاتي وحل المشكلات والاستراتيجيات المعرفية الأخرى لتلبية احتياجاتهم
اختيار الاستراتيجيات والمواد التعليمية وتكييفها واستخدامها وفقاً لخصائص الأطفال ذوي التعلم غير العادية
استخدام استراتيجيات لتيسير الاحتفاظ بالمهارات وتعميمها عبر بيئات التعلم
استخدام إجراءات لتعظيم الوعي بالذات وإدارة الذات وضبط النفس والاعتماد على الذات وتقدير الذات لدى الطفل
استخدام استراتيجيات تتعهد انتقالات ناجحة للأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية
تخطيط وتنفيذ وتقويم مناهج وتدريس وتكييفات ملائمة نمائياً استناداً إلى المعرفة بالأطفال والأسرة والمجتمع
تيسير النمو والتعلم اللذين يبادر بهما الطفل
استخدام التدريس بمبادرة ودعم من المعلم لإتمام التعلم بمبادرة من الطفل
ربط النمو وخبرات التعلم والتدريس لتعزيز الانتقالات التربوية
استخدام أساليب التوجيه وحل المشكلات الفردية والجماعية لإقامة علاقات داعمة مع الأطفال وبينهم
استخدام استراتيجيات لتعليم المهارات الاجتماعية وتسوية النزاعات
استخدام متصل من استراتيجيات التدخل لدعم وصول الأطفال الصغار إلى المنهج العام والأعمال الروتينية اليومية
تنفيذ وتقويم استراتيجيات للوقاية من السلوكيات غير المرغوبة وتقليلها
المعيار ٥: بيئات التعلم / التفاعلات الاجتماعية
المعرفة
متطلبات بيئات التعليم
النظريات والاستراتيجيات الأساسية للإدارة الصفية للأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية

الإدارة الفعالة للتدريس والتعلم
اتجاهات المعلمين وسلوكياتهم التي تؤثر على سلوكيات الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية
المهارات الاجتماعية المطلوبة للبيئات التربوية وغيرها من البيئات الأخرى
استراتيجيات لمنع الأزمات والتدخل فيها
استراتيجيات لإعداد الأطفال للعيش بانسجام ونجاح في عالم متنوع ثقافياً
طرق لبناء بيئات تعلم تسمح للأطفال بالاحتفاظ بميراثهم الثقافي ولغتهم، وكذا ثقافة ولغة الآخرين
طرق التنميط السلبي لثقافات محددة
الاستراتيجيات التي تستخدمها الجماعات المختلفة للتعامل مع التمييز العنصري السابق والمستمر
المهارات
بناء بيئة تعلم آمنة وعادلة وإيجابية وداعمة يثمن فيها التنوع
تحديد توقعات واقعية للسلوك الاجتماعي الشخصي في البيئات المختلفة
تحديد الدعم المطلوب للدمج في بيئات البرامج المختلفة
تصميم بيئات تعلم تشجع المشاركة النشيطة في النشاطات الفردية والجماعية
تعديل بيئة التعلم لإدارة السلوك
استخدام بيانات ومعلومات الأداء المستمدة من كل الأطراف لإجراء أو اقتراح تعديلات في بيئات التعلم
إقامة علاقات إنسانية مع الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية والأطفال العاديين
تعليم الدفاع عن الذات
بناء بيئة تشجيع الدفاع عن الذات والاستقلال المتزايد
استخدام استراتيجيات فعالة ومتنوعة لإدارة السلوك
استخدام الاستراتيجية الأقل حدة لإدارة السلوك التي تتفق مع احتياجات الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية
تصميم الأعمال الروتينية اليومية وإدارتها
تنظيم وتطوير بيئات تعلم تدعم خبرات ثقافية إيجابية

تقديم القضايا الثقافية الخلافية للأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية ضمن بيئة التعلم بطرق تحسين الصورة الثقافية أو المجموعة أو الشخص
تنظيم نشاطات المعلمين المساعدين والمتطوعين والمعلمين الخصوصيين وتوجيهاتهم ودعمها
اختيار وتطوير وتقويم مواد وتجهيزات وبيئات ملائمة نمائياً ووظيفياً
تنظيم المكان والوقت والمواد والأقران لتحسين البيئات الطبيعية
تضمين فرص التعلم في الأعمال الروتينية والعلاقات والنشاطات والبيئات اليومية
تنظيم المحيط الاجتماعي واستخدام نماذج الأقران لتعزيز التفاعلات بين الأقران والأسر ومقدمي الرعاية
توفير بيئة مناسبة داخل الأبنية وخارجها، تستخدم مواد ووسائط وتقنية تكيفية ومعينة تستجيب للاختلافات الفردية
تنفيذ إجراءات إدارة الصحة والتغذية والأمان الأساسية للأطفال الرضع والأطفال الصغار
استخدام إجراءات تقويم واقتراح الإحالة إلى الخدمات الصحية المجتمعية والاجتماعية مع المتابعة المستمرة
المعيار٦: اللغة
المعرفة
تأثيرات الاختلافات الثقافية واللغوية على النمو
خصائص ثقافة الأسر واستخدامها اللغوي والاختلافات فيها عن الثقافات والاستخدامات اللغوية الأخرى
طرق التصرف والتواصل بين الثقافات التي يمكن أن تؤدي إلى سوء التفسير وسوء الفهم
استراتيجيات التواصل المعزز والمعان
تأثير التأخر اللغوي على النمو المعرفي الاجتماعي - الانفعالي والتكيفي والحركي واللعب والمزاح
تأثير التأخر اللغوي على السلوك
المهارات
استخدام استراتيجيات لدعم وتحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية
دعم وتيسير تفاعلات الطفل والأسرة باعتبارها السياقات الأولية للنمو والتعلم

دعم مقدمي الرعاية للاستجابة للإرشادات الواردة من الطفل وتفضيلاته وتأسيس أعمال روتينية وتناوب أدوار قابلة للتنبؤ وتيسير المبادرات التواصلية
تأسيس نظم تواصل للأطفال الصغار تدعم الدفاع عن الذات
المعيار٧: التخطيط التعليمي
المعرفة
النظريات والبحوث التي تشكل الأساس لتطوير المنهج والممارسة التعليمية
مدى وتتابع المناهج العامة والخاصة
معايير المناهج العالمية والإقليمية والمحلية
التقنية لتخطيط بيئة التدريس والتعلم وإدارتها
أدوار ومسؤوليات المعلمين المساعدين المتعلقة بالتدريس والتدخل والخدمة المباشرة
النظريات والبحوث التي تشكل الأساس للاستراتيجيات النمائية والأكاديمية والتعليمية للأطفال الرضع والأطفال الصغار
المحتوى النمائي والأكاديمي
ارتباط المنهج بنشاطات التقييم ومراقبة التقديم
المهارات
تحديد مجالات المنهج العام والتكييف للأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية وترتيبها وفقاً للأولوية
تطوير برامج فردية ممتدة وشاملة وتنفيذها بالتعاون مع أعضاء الفريق
إشراك الأسرة في وضع الأهداف التعليمية ومراقبة التقدم
استخدام التقييمات الوظيفية لتطوير خطط التدخل
استخدام تحليل المهام
ترتيب أهداف التعلم الفردي وتنفيذها وتقويمها
دمج المهارات الوجدانية والاجتماعية والحياتية في المناهج الأكاديمية
تطوير واختيار محتوى ومصادر واستراتيجيات تعليمية تستجيب للاختلافات الثقافية واختلافات النوع
دمج التقنية التعليمية والمعينة في البرنامج التربوي وتنفيذها

إعداد خطط الدروس
إعداد المواد وتنظيمها لتنفيذ خطط الدروس اليومية
استخدام الوقت التعليمي بفعالية
إجراء تعديلات في التدريس تأسيساً على الملاحظات المستمرة
إعداد الأطفال لإظهار سلوكيات تحسين الذات استجابة للاتجاهات والأحداث الاجتماعية
تقويم الممارسات التعليمية وتعديلها استجابة لبيانات التقييم المستمر
تطوير خطط فردية وتنفيذها وتقويمها مع اتخاذ الأسرة والمهنيين الآخرين كأعضاء في الفريق
تخطيط منهج ملائم نمائياً وفردياً وتنفيذه
تصميم استراتيجيات تدخل تدمج المعلومات من مجالات متعددة
تنفيذ نشاطات ملائمة نمائياً ووظيفياً باستخدام صيغ عديدة وبناء على التدريس المنظم
توفيق الأهداف الفردية مع المحتوى النمائي والأكاديمي
تطوير خطط فردية تدعم النمو والتعلم وكذلك التجاوب من مقدم الرعاية
تطوير خطة فردية تدعم الأداء المستقل من الطفل في بيئات الطفل الطبيعية
إجراء تكييفات من أجل احتياجات الأطفال المتفردة من حيث النمو والتعلم، بما في ذلك الأطفال الذين ينتمون إلى خلفيات متنوعة
المعيار ٨: التقييم
المعرفة:
المصطلحات الأساسية المستخدمة في التقييم
الإجراءات النظامية والمبادئ الأخلاقية المتعلقة بتقييم الأطفال
إجراءات الفحص وما قبل الإحالة والإحالة والتصنيف
استخدام أدوات التقييم وقيودها
التكيفيات والتعديلات العالمية والإقليمية والمحلية
دور الأسرة في عملية التقييم
المتطلبات النظامية التي تميز بين كون الطفل معرضاً للخطر والتأخر النمائي والإعاقة
توفيق التقييم مع المنهج ومعايير المحتوى والنظم المحلية

المهارات:
جمع معلومات ذات صلة حول الخلفية الاجتماعية
تطبيق تقييمات غير متحيزة
استخدام التقنية لإجراء التقييمات
تطوير أو تعديل استراتيجيات التقييم الفردي
تفسير المعلومات المستمدة من التقييمات
استخدام معلومات التقييم في صنع قرارات الاستحقاق والبرنامج وتحديد البيئة التعليمية للأطفال ذوي احتياجات التعليم غير العادية، بما في ذلك الأطفال الذين ينتمون إلى خلفيات متنوعة ثقافياً
إبلاغ نتائج التقييم لكل الأطراف باستخدام مهارات التواصل الفعال
تقويم التدريس للأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية ومراقبة تقدمهم
إنشاء سجلات والاحتفاظ بها
مساعدة الأسر في التعرف إلى مخاوفها ومصادرها وأولوياتها
دمج أولويات واهتمامات الأسر في عملية التقييم
تقييم التقدم في مجالات النمو الخمسة واللعب والمزاج
اختيار وتطبيق أدوات التقييم مع التقيد بالمعايير المعمول بها
استخدام التقييم لصنع قرارات حول الأطفال ونمو الأطفال الصغار وتعلمهم
جمع معلومات من المصادر والبيئات المتعددة
استخدام عديد من المواد والسياقات للحفاظ على اهتمام الأطفال الرضع والأطفال الصغار في عملية التقييم
المشاركة كعضو فريق لدمج نتائج التقييم في تطوير وتنفيذ الخطط الفردية
التأكيد على نقاط القوة لدى الطفل واحتياجاته في تقارير التقييم
إنتاج تقارير تركز على مجالات النمو ومصادر القلق الوظيفية
إجراء تقييمات بنائية مستمرة للطفل والأسرة وبيئة التعلم لمراقبة الفعالية التعليمية
المعيار ٩: الممارسة المهنية والأخلاقية
المعرفة:

التحيزات والاختلافات الثقافية الشخصية للفرد التي تؤثر على تدريسه
أهمية أن يعمل المعلم كنموذج للأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية
طرق لمتابعة الجديد في الممارسات المثبتة بحثياً
القضايا القانونية والأخلاقية والسياسية ذات الصلة بالخدمات النمائية والتربوية والطبية للأطفال الرضع والأطفال الصغار وأسرهم
الدفاع عن المكانة المهنية وشروط العمل للأفراد الذين يخدمون الأطفال الرضع والأطفال الصغار وأسرهم
المهارات:
تبني معايير عالية للكفاءة والنزاهة وممارسة الحكم السليم في ممارسة المهنة
العمل بطريقة أخلاقية عند الدفاع عن الخدمات الملائمة
إجراء النشاطات المهنية وفقاً للأنظمة والسياسات المطبقة
إظهار الالتزام بتقديم أعلى تعليم وجودة حياة للأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية
إظهار الإيجابية للثقافة والنوع والإعاقة والمكانة الاجتماعية – الاقتصادية لدى الأطفال
الممارسة في حدود مهارات الفرد والحصول على المساعدة عند الحاجة
استخدام اللغة اللفظية وغير اللفظية والمكتوبة بفعالية
إجراء تقييم ذاتي للتدريس
الحصول على معلومات حول الحالات غير العادية
تأمل المعلم لممارساته لتحسين وتوجيه النمو المهني
المشاركة في نشاطات مهنية تفيد الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية وأسرهم والزملاء
إظهار الالتزام بالمشاركة في الممارسات القائمة على الأدلة
التعرف إلى إشارات الضيق النفسي والإهمال والإساءة واتباع إجراءات الإبلاغ
دمج نظريات ومبادئ النظم الأسرية في الممارسة المهنية
احترام الاختيارات والأهداف الأسرية
تطبيق نماذج عمل الفريق في الطفولة المبكرة
المشاركة في نشاطات المنظمات المهنية ذات الصلة بالتربية الخاصة والتدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة

تطبيق الممارسات القائمة على الأدلة والموصى بها على الأطفال الرضع والأطفال الصغار، بما في ذلك الأطفال الذين ينتمون إلى خلفيات متنوعة
ممارسة الدفاع نيابة عن الأطفال الرضع والأطفال الصغار وأسرهم
المعيار ١٠: التعاون
المعرفة:
نماذج الاستشارة والتعاون واستراتيجياتهما
أدوار الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية والأسر وموظفي الروضة وأعضاء المجتمع في تخطيط البرنامج الفردي
مصادر القلق لدى أسر الأفراد ذوي الاحتياجات التعلم غير العادية والاستراتيجيات اللازمة للمساعدة في مخاطبتها
العوامل الثقافية التي تعزز التواصل والتعاون الفعالين مع الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية والأسر وموظفي المدرسة وأعضاء المجتمع.
الأبنية التي تدعم التعاون بين الهيئات، بما في ذلك الاتفاقيات والإحالة والاستشارة بين الهيئات
المهارات:
الحفاظ على تواصل يحترم خصوصية الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية
التعاون مع الأسر والأطراف الأخرى في تقييم الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية
تبني علاقات تقوم على الاحترام وتقديم العون بين الأسر والمهنيين
مساعدة أسر الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية في أن يصبحوا مشاركين نشطين في الفريق التربوي
تخطيط وإجراء لقاءات تعاونية مع أسر الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية
التعاون مع موظفي المدرسة وأعضاء المجتمع في دمج الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية في البيئات المختلفة
استخدام مهارات الحل الجماعي للمشكلات لتطوير نشاطات تعاونية وتنفيذها وتقويمها
نمذجة الأساليب للآخرين وتدريبهم على استخدام الطرق والتكييفات التعليمية
التواصل مع موظفي الروضة حول خصائص الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية واحتياجاتهم
التواصل بفعالية مع أسر الأطفال ذوي احتياجات التعلم غير العادية من المجتمعات المتنوعة

ملاحظة المعلمين المساعدين وتقويمهم وتزويدهم بالتغذية المرتدة
التعاون مع مقدمي الرعاية والمهنيين والهيئات لدعم نمو الأطفال وتعلمهم
دعم خيارات الأسرة وأولوياتها في تطوير الأهداف واستراتيجيات التدخل
تنفيذ خدمات مسترشدة بالأسرة بناء على مصادر الأسرة وأولوياتها ومصادر قلقها
تقديم الاستشارة في البيئات التي تخدم الأطفال الرضع والأطفال الصغار
إشراك الأسر في تقييم الخدمات
المشاركة كعضو فريق يحدد ويحسن أدوار الفريق والتواصل وحل المشكلات
تقديم الاستشارات لأفراد الأسر ومقدمي الخدمة وتدريبهم
مساعدة الأسرة في التخطيط للانتقال
تنفيذ عمليات واستراتيجيات تدعم الانتقالات بين البيئات للأطفال الرضع والأطفال الصغار

ملحق (٢) / الكفايات العامة الضرورية لمعلمات رياض الأطفال لدمج الأطفال ذوي الإعاقة

القدرة على ملاحظة وتسجيل سلوك الأطفال في المواقف الصفية المختلفة.
القدرة على العمل كعضو فاعل في فريق العمل الذي يصمم وينفذ ويقيم برنامج التدخل المبكر
التمتع بمستوى جيد من المعرفة حول فئات الإعاقة.
معرفة خصائص النمو الطبيعي في مراحل الطفولة.
معرفة مبادئ وأساليب تطوير البرامج التربوية الفردية.
القدرة على تفسير أهم المعلومات الواردة في التقارير الطبية والنفسية -التربوية حول الأطفال.
معرفة المبادئ الأساسية لصيانة المعدات والأدوات الخاصة والمكيفة التي يستخدمها الأطفال ذوو الإعاقة.
المعرفة الكافية حول النشاطات المرغوب فيها والنشاطات الممنوعة لكل فئة من فئات ذوي الإعاقة.
القدرة على بناء علاقات عمل بناءة ومفيدة مع أسر الأطفال ذوي الإعاقة.
معرفة الطرق الفعالة لتعديل اتجاهات الأطفال نحو زملائهم ذوي الإعاقة.
القدرة على تنظيم البيئة الصفية على نحو يسمح للأطفال ذوي الإعاقة بالإفادة والمشاركة في الأنشطة التعليمية إلى أقصى حد ممكن.
القدرة على تكييف الوسائل التعليمية وطبيعة الاحتياجات الخاصة للطفل.
القدرة على تكييف عناصر المنهج عند الحاجة.

ملحق (٣) / التحقق من الأمن والسلامة

قائمة مكتوبة: ١. قم بلصق إشعارات تضم المعلومات التالية: • قائمة طعام مسجلة مع البدائل • إجراءات غسل اليدين ملصقة فوق أحواض الغسل • إجراءات تغيير الحفاضات ملصقة في جميع أماكن تغيير الحفاضات • إجراءات تخزين الطعام وتناوله • إجراءات الإشراف على الأطفال في دورات المياه ٢. جدول يومي يتضمن مهام الموظفات ٣. خطة أنشطة تعتمد على منهج وتتضمن الأنشطة اليومية الداخلية أو الخارجية والهادئة أو الصاخبة والفردية أو الجماعية فضلاً عن توفير فرص الاختيار الحر ٤. خطة أنشطة تتسم بالتركيز على أهداف برنامج الخدمة الأسرية الفردية ٥. قائمة مجموعة الموظفين تحتوي على بيانات الاتصال والمتطوعين وطالبات التدريب الميداني ٦. تحفظ سجلات الأطفال في الفصول الدراسية وتوضع في أماكن يسهل وصول أعضاء فريق العمل إليها. أ) إذن علاج طبي مقبول في حالة الطوارئ بإحدى المنشآت العلاجية المحددة وتحديثه كما هو موضح في النموذج ب) برنامج الخدمة الأسرية الفردية ج) نموذج خطة الطوارئ بمراكز رعاية الطفولة المبكرة لكل طفل د) كشوف بيانات الدخول والخروج
الأمن والسلامة:
١. الاحتفاظ بأدوات الإسعافات الأولية في مكان محدد بعيداً عن متناول الأطفال
٢. غسل اليدين بالنسبة للأطفال والموظفات بعد دخول الحمام ومسح الأنف واللعب بالخارج وقبل الأكل وبعده
٣. غسل الموظفات أيديهن قبل تغيير الحفاظات وبعدها وبعد مساعدة الطفل في قضاء الحاجة أو مسح الأنف أو قبل لمس الطعام وبعده
٤. تسجيل أرقام هواتف المطافئ والطوارئ والرعاية الصحية وعناوين هذه المنشآت على جميع الهواتف أو بالقرب منها (وعلى الأجهزة الخلوية)
٥. لا يستخدم حوض تغيير الحفاظات في تحضير الطعام أو غسل الأطباق

٦. كتابة الملصقات على الأدوية بدقة ووضعها في وعاء محكم الإغلاق مثبت به قفل حماية ضد الأطفال حتى لو تم حفظها في الثلاجة

٧. وضع ملصقات الإنعاش القلبي الرئوي والاختناق

٨. تخزين محتويات الأفراد الشخصية (الحذاء والحقيبة والمعطف... إلخ) في المكان المناسب

٩. الحفاظ على مناطق التخزين آمنة ومرتبة

١٠. تجنب وضع المصابيح الكهربائية المكشوفة في غرف الأطفال

١١. جمع النفايات والبقايا الصلبة والفضلات والتخلص منها بطريقة مناسبة بشكل دوري.

١٢. وضع ملصقات واضحة على زجاجات محلول الماء والمبيضات

أماكن تقديم الطعام:

١. إعداد جميع الأسطح التي يتم تحضير الطعام والشراب بها أو غسيل أدوات الطعام وتخزينها بحيث لا تمتص الماء وتكون سهلة التنظيف

٢. استخدام غسالة الأطباق أو حوض غسيل الأطباق ذي الثلاثة أقسام حسب نوع أو مادة صنع الأدوات.

٣. تجفيف أدوات المائدة والمطبخ دائماً في مكان نظيف وجاف محمي من الملوثات

٤. ضبط وحدات الثلاجة على درجة مناسبة وتجهيزها بمقياس حراري مملوء بالكحول الأحمر

٥. الحفاظ على الطعام والشراب صحياً وخالياً من أي مواد ضارة أو تالفة ويتم تحضيره وتخزينه والتعامل معه بطريقة آمنة حتى يكون صالحاً للاستخدام الآدمي والحصول عليه من مصدر آمن

٦. تخزين الطعام بعيداً عن الأرض

٧. تخزين الطعام القابل للتلف في درجه حرارة مناسبة باستثناء وقت تحضيره

٨. تخزين منتجات الطعام المفتوحة (كالدقيق والسكر ودقيق الذرة... إلخ) في أوعية محكمة الغلق مع وضع ملصقات مناسبة

٩. محافظة العاملين على أعلى درجات النظافة الشخصية وإعداد درجات التهيئة والممارسات الصحية في جميع الأوقات

الوقاية من الحرائق:

١. توفير منفذين للخروج على الأقل

٢. وضوح منافذ الخروج وبدون عوائق

٣. فتح منافذ الخروج من الداخل دون استخدام مفتاح أو معرفة خاصة أو بذل مجهود

٤. وضع لافتات الخروج فوق كل منفذ

٥. توفير طفاية حريق واحدة على الأقل

٦. فحص جميع طفايات الحريق سنوياً

٧. تغطية المقابس الكهربائية التي قد يصل إليها الأطفال في عمر الروضة بأغطية وقائية أو أجهزة أمان وإصلاح الأسلاك التالفة

الحماية من المخاطر:

١. المواد التي قد تسبب خطراً محتملاً:

- حفظ المواد في أوعية أصلية أو وضع ملصقات عليها.
- تخزين هذه المواد في صناديق مقفلة ضد الأطفال.
- حفظ المواد بعيداً عن أدوات تقديم الطعام

٢. إجراءات الطوارئ:

- إبقاء مصدر ضوء محمول للطوارئ بحالة جيدة مع كل مجموعة من الأطفال
- توفير خدمة الهاتف وإمكانية الوصول إليها في جميع الأوقات
- تعليق منشور خطة الإخلاء بما في ذلك خريطة توضح منافذ الخروج في كل غرفة يستخدمها الأطفال
- إتمام تدريبات الوقاية من الحريق مرة واحدة على الأقل كل ثلاثة شهور مع تدوين الوقت والتاريخ
- إتمام تدريبات تجريبية للوقاية من الحريق كل شهر مع تدوين الوقت والتاريخ
- توفير مجموعة أدوات الطوارئ في حالات الزلازل وإمكانية الوصول إليها
- التأكد من معرفة جميع الموظفات مكان كتيب إجراءات الطوارئ

٣. تنظيم الغرف للعب:

- تحديد من ٣ إلى ٥ أركان وتهيئتها بطريقة مناسبة
- الحفاظ على المعدات والمواد والأثاث نظيفاً وآمناً وبحالة جيدة

٤. الإشراف:

- إبقاء الأطفال على مرأى ومسمع الموظفات طوال الوقت

ملحق (٤) / مقترحات لمستلزمات برامج التدخل المبكر

م	أدوات التدخل المبكر
١	لوحة التصويب
٢	shapes beanbag
٣	مجموعة الكرات الحساسة
٤	see inside activity balls
٥	بشوت لعدد ٨ أطفال
٦	دراجة لعمر ٣-٦ سنوات
٧	طاولة ألعاب الرمل والماء
٨	مجموعة البناء الكبير
٩	تطابق الأشكال
١٠	تصنيف الألوان
١١	مكعبات البناء
١٢	تركيب النماذج
١٣	نماذج اللبس
١٤	حامل أدوات النظافة
١٥	بيت الدمية
١٦	فواصل الفصل
١٧	Easy grip clay & dough tools
١٨	مريول أزرق
١٩	مريلة لون أصفر
٢٠	مريلة لون أحمر
٢١	fill & spill sorting tubes
٢٢	مكعبات إسفنجية
٢٣	soft & safe sensory shapes
٢٤	صندوق الأشكال
٢٥	أنابيب اكتشاف الصوت
٢٦	لعبة التركيب
٢٧	explore and play activity
٢٨	pop and play inchworm
٢٩	لعبة التصنيف
٣٠	لوح تصنيف الحلقات الملونة
٣١	كاسات
٣٢	لعبة البولينج
٣٣	لعبة رمي الكرات
٣٤	sight and sound ball drop
٣٥	مجموعة أحاجي
٣٦	see inside counting tubes
٣٧	الصندوق السحري
٣٨	أدوات الصندوق السحري
٣٩	حلقات صغيرة
٤٠	مجموعة أدوات الرمل
٤١	مرسم خشبي
٤٢	فرشة الطفل
٤٣	سبورة بيضاء مغناطيسية
٤٤	لوح الأرقام
٤٥	فرشة الطفل
٤٦	طاولة تغيير
٤٧	جلسة رضيع إسفنجية
٤٨	طاولة نصف دائرية
٤٩	كرسي معلمة
٥٠	كرسي طالب
٥١	جلسة الطفل الكبير
٥٢	وحدة أدراج
٥٣	سجادة الحلقة

ملحق رقم (٥) لمحة عن الإعاقات

يُقدم هذا الملحق لمحة عن الإعاقات التي حددها قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (٢٠٠٤). كما يقدم كل مجال الاستراتيجيات العامة تستخدم مع الأطفال حسب إعاقتهم والعمل معهم بفاعلية. وبالإضافة إلى ذلك، يقدم كل مجال بعض التوصيات حول التقنيات المساعدة التي قد تكون مناسبة لبعض الأطفال من ذوي الإعاقة حسب فئتهم.

اضطراب طيف التوحد

اضطراب طيف التوحد هو إعاقة نمائية معقدة تنتج عن اضطراب عصبي يؤثر على قدرة الطفل على التواصل والتفاعل مع الآخرين (الجمعية الأمريكية للتوحد – دون تاريخ). وعادةً ما تُلاحَظ أعراض التوحد على الطفل في السنوات الثلاث الأولى من عمره. ويُعد التوحد معقدًا لأنه يؤثر تحديدًا على كل جوانب حياة الطفل اليومية، وبالتالي يكون لهذا الاضطراب تأثيرات على الأطفال وأسرهم والفصول الدراسية والمجتمع ككل. وحيث إنه اضطراب طيفي، فقد يواجه الأفراد بالتوحد تحديات ذات درجات واسعة التفاوت في مجالات التواصل، والتفاعل الاجتماعي، والأداء الوظيفي.

وتتراوح أنواع التوحد ما بين الأداء الوظيفي المرتفع، والمنخفض والتي تتسم في معظمها بوجود أو غياب حالات الإعاقة الفكرية. ويشتمل تشخيص اضطراب التوحد على وجود عجز ظاهر في التواصل وتنمية المهارات الاجتماعية، ويزيد المشكلة تعقيداً وجود أنماط سلوكية رتيبة، واهتمامات، وعادات تتسم بالجمود، والتكرار، وعلاوةً على ذلك، يعاني ذوو التوحد – عادةً – من نقص عاطفي، كما يواجهون تحديات كبيرة في تنظيم هذه المشاعر وكجزء من مشاكلهم الانفعالية التي تظهر مبكرًا في مرحلة رياض الأطفال، يعاني الأطفال ذوو التوحد من حالات القلق، والاكتئاب، والإجهاد العصبي. وبالإضافة إلى ذلك، يواجهون تحديات جسدية هائلة مثل التأخر في التدريب على استعمال الحمام، ومواجهة صعوبات في الأكل، والتعرض لمشاكل في النوم، ومشاكل في قضاء الحاجة، وغيرها من المظاهر الأخرى.

وغالبًا ما يصاحب التوحد – بكل أشكاله – حالات صحية أخرى تزيد من تعقيد العمل مع هؤلاء الأطفال وتعليمهم بشكلٍ أساس. وقد تشمل هذه الأعراض الاكتئاب السريري، واضطراب القلق العام، واضطراب نقص الانتباه، وفرط الحركة، ونقص الانتباه (ADD/ADHD)، والصرع، واضطراب المزاج ثنائي القطب، والاضطرابات المعوية، والمشاكل الحسية، والإعاقات الفكرية، والوسواس القهري، ومتلازمة توريت، ومتلازمة إكس الهش، ومتلازمة داون.

استراتيجيات تُستخدم في الفصل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لتعليمهم وللعمل معهم بشكلٍ فعال:

- التأكد من جلوس الطالب في مكان مناسب حيث يستطيع رؤية المعلم، وسماعه، والتركيز معه بأقل قدر ممكن من المشتتات.
- الحفاظ على وجود جدول زمني روتيني واضح، ومنظم.
- تزويد الطالب بجدول مرئي يوضح الأنشطة اليومية كي يتمكن من توقع ما سيُقدم له.

- تقديم مكافآت ثابتة وملائمة للسلوكيات المناسبة واتخاذ إجراءات ثابتة وملائمة للسلوكيات غير المناسبة.
- توفير التدريب والممارسة على المهارات الاجتماعية.
- التعليم على كيفية الكتابة بلوحة المفاتيح للتغلب على صعوبات الكتابة باليد.
- استخدام ممارسات تعليمية فعالة، مثل: توجيهات واضحة، وتعليمات متسلسلة بعناية، وتغذية إيجابية محددة، والسرعة في تنفيذ الدرس.
- إعداد الطالب للانتقال من نشاط إلى آخر من خلال تقديم تنبيهات لمدة خمس دقائق، وثلاث دقائق قبل بدء النشاط التالي.
- مخاطبة الطالب باسمه عند إعطاء التعليمات للفصل بأكمله حتى يعلم الطالب أنك تطلب منه المشاركة، ومناداة بعض الطلاب الآخرين بالاسم – أيضاً – حتى لا يشعر الطالب ذو التوحد بأنه المعني وحده بهذه التعليمات.
- عدم تقديم أكثر من خيارين للأنشطة أو أي خيارات أخرى حتى لا يرتبك الطالب أو يضطرب.
- تجنب الأسئلة شديدة العمومية، مثل: «ماذا تود أن تفعل الآن؟»، وكن محددًا فيما تعرض من خيارات، على سبيل المثال: «هل تود أن تقرأ أم تستمع إلى قصة؟»
- استخدام لغة واضحة ذات كلمات محسوسة. تجنب استخدام التعبيرات الاصطلاحية حتى يفهم الطفل ما تقول.
- عدم تقديم وعود للطالب لا يمكنك الوفاء بها، أو عرض ضمانات له ففي حال عدم التمكن من الالتزام بهذه الوعود؛ سيتأثر الطالب بشدة وقد يؤدي ذلك لتعرضه للإحباط.
- إعطاء الطالب فترات استراحة في مكان هادئ، في حالة شعوره بالضيق، أو الانزعاج، بالإضافة إلى توفير أدوات حسية، مثل: سماعات أذن بها موسيقى هادئة، أو كتب، أو ألعاب يدوية لكسر الملل، أو أدوات فموية، أو أي خيارات أخرى تساعد على تهدئة الطالب.
- عندما يكون الطالب محبطاً، أو غاضباً، أو منهاراً، ينبغي تجنب الإكثار من ملامسته أو الكلام معه، فقد يتسبب ذلك في زيادة ضيق الطالب.
- الاستفادة من اهتمام الطالب بالمجالات الطبيعة في عملية تحفيزه. فعلى سبيل المثال: إذا كان الطالب يحب الفيلة، نقول له: «بعدما تنتهي من حل خمس مسائل رياضية يمكنك مطالعة كتاب أو مشاهدة موقع إلكتروني عن الفيلة!».
- العمل على تقليل المشتتات السمعية والبصرية في الفصل إلى أدنى حد ممكن، مع المحافظة على الفصل بحيث يكون مثيرًا للانتباه وبسيطًا وهادئًا ومنظمًا في الوقت نفسه.
- استخدام إضاءة هادئة في الفصل. وتجنب استخدام مصابيح علوية ساطعة لأنها قد تثير الطالب.
- تحديد علامات القلق المتصاعد أو المشاكل السلوكية، وتوفير استراحة قصيرة عند حدوث ذلك.
- تشجيع الطالب في كثير من الأحيان ومعاملته باحترام وصبر.

بما أن الطلاب ذوي التوحد تتنوع قدراتهم الذهنية بدرجةٍ كبيرة، ينبغي استخدام التعليم المتمايز لتقديم عملية تعليمية مثالية داخل الفصل الدراسي. وفيما يلي بعض الاستراتيجيات لتحقيق هذا:

اضطراب طيف التوحد ذي الأداء المرتفع:

- لن يحتاج الطالب في الغالب لتعديلات في المنهج الدراسي، ولكن ينبغي توفير الدعم للطالب وذلك بمساعدته لفهم واستيعاب القراءة عند مشاركته في المنهج الدراسي.
- سيحتاج الطالب إلى التوجيه والدعم في مجالات الأداء التنفيذي على سبيل المثال: التنظيم، وتسلسل المهام، والتخطيط، وتقسيم المهام إلى أجزاء أصغر.
- سيحتاج الطالب دعمًا مستمرًا من المعلم في بناء علاقات إيجابية مع الأقران، والحفاظ على هذه العلاقات.
- ينبغي بذل جهد خاص للاستفادة من المجال الذي يهتم به الطالب بشكل كبير، وذلك من أجل تحفيزه لإتمام الأنشطة والمهام، وخاصةً الأنشطة والمهام غير المفضلة لديه.
- سيحتاج الطالب إلى دعم المعلم في إدارة الصعوبات الحسية، والقلق، والاكتئاب، والإجهاد الناشئ عن الواجبات المدرسية، والاختبارات والتفاعلات الاجتماعية الصعبة... إلخ.
- سيحتاج الطالب إلى إرشادات محددة حول المهارات الاجتماعية، ويفضل أن يتم ذلك في مجموعات صغيرة مع طلاب التعليم العام.

اضطراب طيف التوحد ذي الأداء المنخفض:

- سيحتاج الطالب عادةً إلى إجراء تعديلات في المنهج الدراسي.
- قد يحتاج الطالب إلى تعديلات بيئية لتوفير الراحة والأمان له
- قد يحتاج الطالب إلى دعم فردي من قبل مساعد معلم.
- سيحتاج الطالب الذي لديه مشكلات في التواصل اللفظي إلى بدائل للتواصل، على سبيل المثال: نظام التواصل بتبادل الصور (PECS)، أو لوحة التواصل.

التقنيات المساعدة لاضطراب طيف التوحد:

- القبضات لأقلام الرصاص.
- الآلات الحاسبة الناطقة.
- أقلام التسجيل.
- أجهزة إخراج الصوت.
- أجهزة سمعية ماسحة للكلمات.
- برمجيات تحويل الكلام إلى نص.
- برمجيات تحويل النص إلى كلام.
- برمجيات توقع الكلمات.
- نمذجة مرئية لتعليم المهارات الاجتماعية.
- الأجهزة اللوحية التي يمكن للطلاب قراءة الكتب من خلالها، واستخدام الألعاب التعليمية، ونمذجة سلوكيات المهارات الاجتماعية، ...إلخ.
- الأجهزة الرياضية والترفيهية المُعدلة.

الصمم المصحوب بالعمى

الصمم المصحوب بالعمى هو أن يكون لدى الطفل قصور في حاسة السمع والبصر معاً وهو ما يؤدي إلى وجود احتياجات شديدة في التواصل، وفي النواحي التعليمية والنمائية. وتكون درجة فقدان السمع والبصر عند الأطفال الصم المكفوفين متفاوتة ، فقد يكون أحد الأطفال الصم المكفوفين فاقدًا للسمع والبصر بشكلٍ تام، وقد يتمتع طفل آخر بقدر من السمع أو البصر أو كليهما. وكلما كان سمع الطفل وبصره محدودين، تصبح خبراته في العالم المحيط به محدودة وضيقة.

وهناك العديد من الأسباب المحتملة قد تؤدي لحدوث الصمم المصحوب بالعمى فقد يكون الصمم المصحوب بالعمى ناتجًا عن: (أ) العوامل الوراثية، مثل: متلازمة داون، أو متلازمة تَثَلُّثِ الصِّبْغِيِّ ١٣(ب) التشوهات الخلقية، مثل: متلازمة الكحولي الجنين، أو استسقاء الدماغ، أو تعاطي الأم للمخدرات، أو صغر حجم الرأس (ج) اضطرابات ما قبل الولادة نتيجة للإصابة بالإيدز، أو الهيربس، أو الحصبة الألمانية، أو الزهري، أو داء المقوسات (مرض معدٍ يُصيب الجهاز الهضمي) خلال الحمل (د) إصابة الرضيع ما بعد الولادة على سبيل المثال: نقص الأوكسجين أثناء الولادة، أو التهاب الدماغ، أو الإصابة في الرأس، أو التهاب السحايا، أو السكتة الدماغية. ويولد بعض الأطفال مصابين بالصمم والعمى، بينما يحدث الصمم المصحوب بالعمى في مراحل لاحقة من طفولتهم نتيجةً لحادث أو مرض. وقد يصاب الأطفال الصم المكفوفون بإعاقات أخرى أيضًا، مثل: الإعاقة الفكرية، أو الإعاقة البدنية.

ويحتاج الأطفال الصم المكفوفون إلى تعليم فريد ومصمم بعناية لكي يتعلموا؛ فالسمع والبصر يلعبان دورًا مهماً في التعلم، ويؤثر فقدان أي من هاتين الحاستين بشكلٍ كبير على احتياجات التواصل والتعلم لدى الطفل. وتمثل عملية تعلم التواصل التحدي الأبرز الذي يواجه الأطفال الصم المكفوفين، كما يواجهون – أيضًا – صعوبات أخرى في تعلم كيفية التعامل مع الآخرين، وتعلم الحركة في بيئتهم المحيطة.

استراتيجيات تُستخدم في الفصل لتعليم الأطفال الصم المكفوفين، وللعمل معهم بشكلٍ فعال:

- قضاء وقت مع الطالب للتعرف إلى كيفية استجابته للبيئة المحيطة به.
- التعرف إلى الطريقة التي يتواصل بها الطالب واستخدام نظام الطالب في التواصل عند التعامل معه.
- استخدام طريقة ثابتة عند الاقتراب من الطالب حتى يعرف الطالب ما الذي يمكن أن يتوقعه منك.
- أخذ وقت كافٍ للتعامل مع الطالب. وغالبًا ما يأخذ الطلاب الصم المكفوفون وقتًا أطول بكثير للاستجابة مقارنة بالطلاب الآخرين؛ لذا ينبغي التحلي بالصبر.
- إذا كان الطالب ضعيف البصر أو لا يرى على الإطلاق، ينبغي الحفاظ على نوع من الاتصال الجسدي عند التواصل مع الطالب؛ حتى يعلم الطالب بوجودك حوله.
- تنظيم الفصل بطريقة مرتبة يمكن توقعها، ويساعد هذا الطالب على الشعور بالأمان أثناء التجول في الفصل.

- تخصيص مساحات عمل محددة بوضوح في الفصل بما فيها تحديد مكان يضع به الطالب أغراضه الشخصية، ومكان آخر للعمل.
- البحث عمّا يُثير اهتمام الطالب ويُحفزه، ومن ثَمَّ تصميم أنشطة ترتكز على هذه الاهتمامات.
- تعليم الطلاب الآخرين في الفصل كيفية التواصل مع الطالب الأصم المكفوف، وتدريبهم على كيفية استخدام الاستراتيجيات المذكورة سابقاً عند تعاملهم مع هذا الطالب.
- تشجيع الطلاب الآخرين في الفصل على التعامل بانتظام مع الطالب الأصم المكفوف، ومشاركته بشكلٍ حقيقي في الأنشطة الصفية.

التقنيات المساعدة للطالب الأصم المكفوف:

تُصمم التقنيات المساعدة خصيصًا وبشكل فردي للطفل الأصم المكفوف. وينبغي أن يحدد الأخصائي الذي لديه إلمام ومعرفة بطرق تعليم هؤلاء الأطفال التقنيات المناسبة لهم لاستخدامها داخل الفصل. كما ينبغي على المعلم معرفة كيفية عمل هذه التقنية المساعدة لكي يتمكن من استخدامها وتشجيع الطالب على استخدامها.

الاضطراب الانفعالي

يُظهر الأطفال ذوو الاضطرابات الانفعالية مشاكل سلوكيةً أو انفعاليةً والتي «تحدث في فترة زمنية طويلة وبدرجة ملحوظة» ولها تأثير سلبي على الأداء التعليمي. وهناك أسباب بيولوجية ونفسية تؤدي للإصابة بهذا الاضطراب من الناحية البيولوجية، قد يرث الأطفال الاكتئاب أو الفصام من أحد الوالدين، أو قد يحدث للطفل إصابة دماغية تؤدي إلى مشاكل انفعالية كنتيجة لتعاطي الأم للكحول أو المخدرات أثناء الحمل. وقد تؤدي السموم البيئية، مثل: التسمم بالرصاص، إلى الإصابة الدماغية المصحوبة بالاضطراب الانفعالي. وتتضمن الأسباب النفسية للاضطراب الانفعالي الإجهاد العصبي المزمن، والأحداث الحياتية العصيبة، وانتهاكات الطفولة، وغيرها من أشكال الصدمات الأخرى.

يظهر لدى الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية مجموعة متنوعة من الخصائص، ومن أكثر هذه الخصائص شيوعًا الاضطراب الداخلي (أي الموجه داخليًا نحو الذات)، والاضطراب الخارجي (أي الموجه خارجيًا نحو الآخرين) وغالبًا ما يظهر على الأطفال الذين يعانون من سلوكيات الاضطراب الداخلي أعراض الانسحاب، ولذلك قد لا يلاحظهم المعلمون والأقران. أما الأطفال الذين يعانون من سلوكيات الاضطراب الخارجي، فقد يتسمون بالعدوانية أو يميلون إلى انتهاك قوانين المدرسة، وبالتالي يتميزون عن زملائهم بشكلٍ عام. وقد يعاني الطلاب ذوو الاضطرابات الانفعالية من خصائص انفعالية، كالقلق، أو انخفاض مفهوم تقدير الذات، أو الاكتئاب وتؤثر هذه الخصائص سلبياً على علاقات الطفل الاجتماعية مع المعلمين والأقران.

استراتيجيات تُستخدم في الفصل لتعليم الطلاب ذوي الاضطرابات الانفعالية وللعمل معهم بشكلٍ فعال:

- وضع عدد قليل من القوانين الصفية، وصياغتها بأسلوب إيجابي.
- تقديم مكافآت ثابتة وملائمة للسلوكيات المناسبة واتخاذ إجراءات ثابتة وملائمة للسلوكيات غير المناسبة.
- توفير التدريب والممارسة على المهارات الاجتماعية.
- استخدام ممارسات تعليمية فعالة، مثل: توجيهات واضحة، وتعليمات متسلسلة بعناية، وتغذية إيجابية محددة، والسرعة في تنفيذ الدرس.
- مراعاة استخدام اتفاقيات سلوكية مع الطلاب.
- البحث عمّا يُثير اهتمام الطالب ويُحفزه، ومن ثَمَّ تصميم أنشطة ترتكز على هذه الاهتمامات.

التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الاضطراب الانفعالي:

لا توجد تقنيات مساعدة مصممة خصيصًا للطلاب ذوي الاضطراب الانفعالي، ولكن قد يوصي الأخصائيون بتقنيات يمكن أن تساعد كل طالب على حدة.

الإعاقة السمعية، بما في ذلك الصمم:

تتدرج الإعاقة السمعية من الصمم (وهو فقدان السمع الشديد الذي يُسبب صعوبة في فهم ومعالجة اللغة اللفظية (المنطوقة) سواء استخدم الطفل مكبرات الصوت أو بدونها) إلى فقدان السمع البسيط الذي يمكن تحسينه باستخدام السماعات الطبية أو أجهزة السمع الأخرى. وهناك مصطلحات أخرى تُستخدم لوصف فقدان السمع، مثل: صعوبة السمع والإعاقة السمعية والاضطراب السمعي، وقد تحدث الإعاقة السمعية قبل الولادة أو بعدها، لكن من الناحية التعليمية من المهم معرفة ما إذا كانت الإعاقة السمعية قد حدثت قبل نمو اللغة عند الطفل أو بعد اكتسابه للكلام واللغة. وسيواجه الطفل الذي لديه إعاقة سمعية قبل تعلم الكلام صعوبة في تعلم الكلام والمفاهيم اللغوية، بينما يكون لدى الطفل الذي فقد السمع بعد تعلمه للكلام القدرة على التواصل والكلام

وتُعد غالبية الأسباب التي تؤدي إلى فقدان السمع قبل تعلم الكلام أسباباً وراثية إلا أن بعض هذه الأسباب قد ينتج عن الإصابة بعدوى أو مرض خلال الحمل أو أثناء الولادة أو بعدها مباشرةً. وينتج فقدان السمع الذي يحدث بعد اكتساب الطفل للغة بسبب الأمراض مثل: التهابات الأذن، أو أمراض الطفولة (مثل النكاف والحصبة) أو الإصابات وخاصةً الإصابة الدماغية

ويعاني الأطفال المصابون بالإعاقة السمعية قبل مرحلة تكون اللغة في الغالب من صعوبات في مجال التواصل وتعلم اللغة وقد يؤثر في قدرتهم على تعلم القراءة، والكتابة، والرياضيات. ومن المهم للأطفال ذوي الإعاقة السمعية، أو الصم أن يتعلموا بعضاً من أشكال التواصل، سواء كان ذلك بتعلم لغة الإشارة أو بالكلام. وغالبًا ما يحتاج الطفل الأصم أو ذو الإعاقة السمعية إلى بعض التكييفات للمشاركة في بيئة التعليم الشامل، فعلى سبيل المثال: قد يحتاج الطفل الذي يتواصل باستخدام لغة الإشارة إلى مترجم في الفصل إلا إذا كان المدرس يفهم لغة الإشارة ويستخدمها.

الاستراتيجيات التي تُستخدم في الفصل لتعليم الأطفال الصم أو ذوي الإعاقة السمعية، والعمل معهم بشكلٍ فعال:

- تعليم الطلاب الآخرين في الفصل بعض مبادئ لغة الإشارة الأساسية حتى يتمكنوا من التواصل مع الطالب الذي لديه صمم أو إعاقة سمعية والذي يستخدم لغة الإشارة.
- إذا كان الطالب الذي لديه صمم أو إعاقة سمعية يستخدم بعض الأشكال الأخرى للتواصل، ينبغي تعليم الطلاب الآخرين في الفصل كيفية التواصل باستخدام الطريقة نفسها.
- التشجيع على التواصل والتفاعل المستمر بين الطالب الذي لديه صمم أو إعاقة سمعية وبقية الطلاب في الفصل، وتعزيز هذا التفاعل.
- استخدام استراتيجيات التدريس البصرية مع الطلاب كافة في الفصل. وذلك سيساعد الطالب الذي لديه صمم أو إعاقة سمعية بوجه خاص، كما سيساعد طلاب التعليم العام.
- التعاون مع الأخصائي المُدرب على تعليم الطلاب الذين لديهم صمم أو إعاقة سمعية.
- توفير الأنشطة التي تتطلب أن يعمل الطالب الذي لديه صمم أو إعاقة سمعية مع مجموعات صغيرة من طلاب التعليم العام الآخرين.
- مواجهة الطالب الذي لديه صمم أو إعاقة سمعية أثناء الحديث معه.
- استخدام سبورة تفاعلية، أو جهاز عرض ضوئي علوي (البروجيكتور)، أو كاميرا وثائقية أثناء التدريس حتى لا تولي ظهرك إلى الطالب الذي لديه صمم أو إعاقة سمعية.

التقنيات المساعدة للصم أو ذوي الإعاقة السمعية:

قد تكون التقنيات التالية مناسبة لبعض الطلاب الذين لديهم صمم أو إعاقة السمعية.

(المعهد القومي للصمم واضطرابات التواصل الأخرى، بدون تاريخ):

- أجهزة للمساعدة السمعية مثل نظام الدوائر السمعية (loop system) أو أنظمة FM أو مكبرات الصوت الفردية الخاصة.
- أجهزة التواصل البديلة والمعززة، مثلاً: صور أو لوح التواصل، أو الحاسب المحمول، أو الجهاز اللوحي المزود بإمكانيات تحويل الكلام إلى نص مكتوب، أو النص إلى كلام، أو البرامج التعليمية والتواصلية على الهاتف الجوال.

الإعاقة الفكرية

يُظهر الأطفال ذوو الإعاقة الفكرية مستوى من الأداء الذهني أقل من المتوسط، يصاحبه عجز واضح في السلوك التكيفي (أي المهارات الحياتية اليومية). ولا يُعرف سبب الإعاقة لدى معظم الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية. وبوجهٍ عام، تُصنف أسباب الإعاقة الفكرية حسب وقت حدوثها، وتنقسم إلى أسباب ما قبل الولادة، وأسباب تحدث أثناء الولادة أو بعدها مباشرة، وأسباب تحدث بعد الولادة بفترة زمنية. ويمكن أن تحدث الإعاقة الفكرية بسبب الاضطرابات الجينية مثل: متلازمة داون أو متلازمة كروموسوم إكس الهش (Fragile X Syndrome). وقد تحدث الإعاقة الفكرية نتيجة مشاكل أثناء الولادة، مثل: الولادة المبكرة، أو نقص الأكسجين عند المولود. وقد تعود أسباب الإعاقة الفكرية بعد الولادة إلى الحوادث، أو الأمراض التي تحدث خلال الطفولة.

يواجه الطلاب ذوو الإعاقة الفكرية مشاكل واضحة في جوانب التذكر، والقدرة على تعميم ما تعلموه في مواقف جديدة. كما أن بعض الأطفال من ذوي الإعاقة الفكرية يضجرون بسهولة ولديهم ضعف في الدافعية. ويتأخر معظم الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية فيتعلم المهارات اللغوية والمهارات الأكاديمية.

بالإضافة للصعوبات الإدراكية قد يواجه الأطفال ذوو الإعاقة الفكرية مشاكل في تطوير العلاقات الاجتماعية خاصة مع الأقران الذين قد يرفضونهم أحياناً. كما تُعد المهارات التكيفية أحد الجوانب الوظيفية التي قد يواجه هؤلاء الأطفال بعض الصعوبات فيها، وتتضمن مهارات التواصل، والعناية بالنفس، والعناية بالمنزل، والوعي المجتمعي، والتوظيف.

الاستراتيجيات التي تُستخدم في الفصل لتعليم الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية، والعمل معهم بشكلٍ فعال:

- وضع عدد قليل من القوانين الصفية، وصياغتها بأسلوب إيجابي.
- تقديم مكافآت ثابتة وملائمة للسلوكيات المناسبة واتخاذ إجراءات ثابتة وملائمة للسلوكيات غير المناسبة.
- توفير التدريب والممارسة على المهارات الاجتماعية.
- استخدام ممارسات تعليمية فعالة، مثل: توجيهات واضحة، وتعليمات متسلسلة بعناية، وتغذية إيجابية محددة، والسرعة في تنفيذ الدرس.
- البحث عما يُثير اهتمام الطالب ويُحفزه، ومن ثَمّ تصميم أنشطة ترتكز على هذه الاهتمامات.
- إظهار الاحترام لكل الطلاب والمعلمين، ومطالبة الطلاب باحترام بعضهم بعضاً بغض النظر عن أداء الطالب الأكاديمي.

التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة الفكرية:

- برمجيات توقع الكلمات لأنشطة الكتابة.
- برمجيات تحويل النص إلى كلام.
- برمجيات تيسير التعلم مثل: برامج التخيل
- برمجيات معالجة النصوص.
- الآلات الحاسبة.
- الكتب الإلكترونية.
- الخرائط المعرفية.

الإعاقات المتعددة

تُعرف فئة الإعاقات المتعددة بتزامن إعاقتين أو أكثر، وهو ما يتطلب ضرورة توفير احتياجات تعليمية هائلة، حيث إن البرامج المصممة للطلاب الذين لديهم إعاقة واحدة فقط لا تُلبي احتياجاتهم التعليمية، فعلى سبيل المثال: قد يكون لدى الطالب إعاقة فكرية وإعاقة بصرية في آن واحد، أو إعاقة فكرية وإعاقة حركية في آن واحد. وغالبًا ما تكون إحدى الإعاقات لدى الطالب إعاقة فكرية، ولكن هذا لا يحدث دائمًا. هناك عدد قليل من الطلاب ذوي الإعاقات المتعددة، إلا أنهم يحتاجون – عادةً – إلى دعم ومساندة من قبل المعلمين والعاملين بالمدرسة لتلبية احتياجاتهم الفريدة. ولا يُصنف الصمم المصحوب بالعمى من الإعاقات المتعددة، لأنه يُعد إعاقة ولها فئة خاصة بها.

وعلى الرغم من أن سبب الإعاقات المتعددة ليس معروفًا، إلا أنها تحدث - عادةً - نتيجة لأحد الأسباب المتعددة التي تنقسم إلى ثلاثة تصنيفات وفقاً لوقت حدوث الإعاقة. فالفترة الأولى هي فترة ما قبل الولادة، وتتضمن أسباباً، مثل: الاضطرابات الصبغية، والعدوى الفيروسية (على سبيل المثال: الحصبة، أو الحصبة الألمانية (الحميراء)، أو داء المقوسات)، والرضوخ الجسدية في الأم، وسوء استخدام الأم لبعض المواد. الفترة الثانية هي فترة الولادة، وتتضمن أسباباً، مثل: نقص الأكسجين، أو الإصابة في المخ خلال الولادة، أو الإصابة بالعدوى خلال الولادة (على سبيل المثال الزهري). الفترة الثالثة هي فترة ما بعد الولادة، وتتضمن بعض الأسباب، مثل: العدوى (على سبيل المثال التهاب السحايا)، وإصابة الدماغ الرضحية (مثل: السقوط العنيف، وحوادث السيارات)، والتفاعلات الدوائية الضارة، والظروف البيئية (مثل: التعرض للسموم).

وتعتمد شدة الإعاقة الناتجة عن الأسباب سابقة الذكر على دور الشذوذ الجيني، ومدى التلف في خلايا الدماغ نفسه، والبيئة التي يتربى فيها الطفل، سواء الثقافية أو المادية. وعلى أية حال، كلما كانت البيئة التي ينشأ فيها الطفل داعمة، كان الأثر إيجابيًا على تطور الطفل

وقد تشتمل أعراض الإعاقات المتعددة على ما يلي:

- التأخر في تعلم اللغة ومشاكل الكلام، أو كلاهما.
- مهارات التواصل اللفظي تكون محدودة جداً أو غير موجودة.
- نقص القدرات الحركة الجسدية الأساسية.
- نقص مهارات الرعاية الذاتية، والاستقلالية (مهارات الحياة الاجتماعية).
- وجود مشاكل في الانتباه، والإدراك، والذاكرة، وحل المشاكل.
- ضعف الحفاظ على المهارات.
- بطء معدل التعلم.
- صعوبة نقل المهارات المكتسبة لاستخدامها في موقف آخر.
- السلوك العدواني الموجه للذات.
- عدم القدرة على إقامة العلاقات بالآخرين.

الاستراتيجيات التي تستخدم في الفصل لتعليم الطلاب ذوي الإعاقات المتعددة والعمل معهم بشكلٍ فعال:

- توفير المساعدة الفردية كلما دعت الحاجة لذلك.
- تعليم المهارات بطريقةٍ مباشرة مع تقسيمها إلى خطوات صغيرة.
- منح الطلاب الفرصة والوقت للتعبير عن اختياراتهم، والتحلي بالصبر وانتظار الاستجابة.
- توجيه الطالب وإرشاده جسديًا لإطلاعه على الأمور المتوقعة منه، على سبيل المثال: ضع يدك على يد الطالب لتوجيهه.
- تقديم التعزيز الفوري للاستجابة الصحيحة.
- المشاركة بانتظام في أنشطة التواصل، مع عدم افتراض أن نقص الاستجابة من قبل الطالب يعني عدم فهمه أو ضعفاً في الإدراك.
- تعليم الطالب مهام مختلفة في بيئات مختلفة قدر الإمكان حتى يتمكن الطالب من

تطبيق المهارات في بيئات متنوعة.

التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقات المتعددة:

- الأجهزة المعززة للتواصل (ACD) على سبيل المثال (أجهزة التواصل اللوحية).
- لوح التواصل.
- الفأرة المُعدلة.
- أداة تقليب الصفحات إلكترونياً.
- المفاتيح.
- لوحة المفاتيح المُعدلة.
- برمجيات التعرف إلى الصوت.
- برمجيات تحويل النص إلى كلام.
- الأجهزة الرياضية والترفيهية المُعدلة.

الإعاقات الصحية الأخرى

تتضمن فئة «الإعاقات الصحية الأخرى» نطاقًا واسعًا من الإعاقات الجسدية والصحية، منها مرض السكري، والسرطان، والتهاب المفاصل، والصرع، والإيدز، ومشاكل القلب، والضعف العام، والمشاكل الصحية المزمنة مثل: الربو، وما يسمى «بالإعاقات الخفية» التي تؤثر على قدرات الطلاب التعليمية، مثل: فقد الذاكرة. وقد تتضمن فئة الإعاقات الصحية الأخرى - أيضًا - الأطفال الذين يحجزون في المستشفيات لفترات متعددة، أو الذين يعانون من مناعة صحية ضعيفة. وتندرج المئات من أنواع الإعاقات تحت هذه الفئة.

الإعاقات الصحية الأخرى: اضطراب تشتت الانتباه/ فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADD/ ADHD):

إحدى الإعاقات التي عادة ما تندرج تحت فئة الإعاقات الصحية الأخرى هي تشتت الانتباه (ADD)، أو فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)، ويمكن أن تؤثر هذه الاضطرابات سلباً على القدرات الاجتماعية، والانفعالية، والأكاديمية للطفل. وتشتمل أعراض (ADHD)على فرط الحركة، وفقدان القدرة على التركيز، وعدم مواصلة الانتباه، والاندفاع، وصعوبة التحكم في السلوك.

ويمكن أن تتنوع السلوكيات الناتجة عن تشتت الانتباه/ فرط الحركة وتشتت الانتباه حسب حالة الطفل. على سبيل المثال: يمكن أن يكون أحد الأطفال قادرًا على الجلوس بهدوء، ويبدو عليه الانتباه إلى عمله لكنه لا يكون في الحقيقة منتبهًا. في المقابل، قد يبدو على طفل آخر أنه مشتت بشكل واضح، وغير قادر - بشكل ملحوظ - على القيام بأداء المهمة التي أوكلت إليه.

وقد يغفل الأطفال الذين لا ينتبهون للتفاصيل المهمة ويشعرون بالملل سريعًا، أو قد يجدون صعوبة في إنهاء أعمالهم مع عدم قدرتهم على الانتباه عند إعطائهم التوجيهات. ويتحرك الأطفال ذوو فرط الحركة - غالبًا - في مقاعدهم، أو يهرولون في أنحاء الغرفة للمس الأشياء الموجودة بها، أو يتحدثون بلا توقف مع استحالة بقائهم في أماكنهم. وقد يُصدر هؤلاء الأطفال المندفعون ألفاظاً غير لائقة اجتماعيًا، ويتخذون قرارات دون النظر إلى العواقب، ويقاطعون محادثات الآخرين بشكل متكرر، ويصعب عليهم التحلي بالصبر

وقد يكون لدى بعض هؤلاء الأطفال إعاقات إضافية؛ وهو ما يزيد من تعقيد العمل مع هؤلاء الطلاب وتعليمهم. ومن ضمن هذه الحالات اضطراب طيف التوحد، وبعض صعوبات التعلم المحددة، واضطراب المعارضة والعصيان واضطراب السلوك، والقلق، والاكتئاب، والاضطراب ثنائي القطب، ومتلازمة توريت.

الاستراتيجيات التي تُستخدم في الفصل لتعليم الطلاب ذوي اضطراب تشتت الانتباه/ فرط الحركة وتشتت الانتباه، والعمل معهم بشكلٍ فعال:

- الحفاظ على وجود روتين ثابت قدر الإمكان في الفصل.
- تزويد الطالب بجدول مرئي يوضح الأنشطة اليومية كي يتمكن من توقع ما سيُقدم له.
- الحفاظ على ترتيب الفصل، بحيث تكون الأدوات، والكتب الدراسية، والمواد الأخرى منظمة بعناية.
- تعريف الطالب كيفية استخدام المخطط اليومي، وسجل الملاحظات، والوسائل الأخرى التي يمكن أن تُستخدم في تنظيم الجداول، والواجبات والمشاريع.
- الوضوح والثبات فيما يخص قواعد الفصل والمدرسة، وعواقب سوء السلوك، فضلاً عن مراجعة القواعد بانتظام حتى يعرف الطالب الأمور المتوقعة منه.
- يتوقع الطلاب ذوو اضطراب تشتت الانتباه/ فرط الحركة، وتشتت الانتباه تعرضهم إلى الانتقاد غالباً، وذلك نتيجةً لانخفاض تقدير الذات لديهم. لذا، ينبغي التعامل مع الطالب بترو، واحترام، ورفق. بالإضافة إلى تشجيع الطالب عندما يبذل جهدًا، أو يقوم بأداء جيد.

التقنيات المساعدة للطلاب ذوي اضطراب تشتت الانتباه/ فرط الحركة وتشتت الانتباه:

- برمجيات توقع الكلمات لأنشطة الكتابة.
- برمجيات تحويل النص إلى كلام.
- برمجيات تيسير التعلم مثل: برامج التخيل
- برمجيات معالجة النصوص.
- الآلات الحاسبة.
- الكتب الإلكترونية.
- الخرائط المعرفية.
- الأقلام المسجِلة.
- الاستفادة من الهواتف الذكية أو الهواتف اللوحية في تعليم الطالب كيفية القيام بالأمور التالية:
- ضبط المنبه للتذكير بالمواعيد والأحداث المهمة.
- تسجيل المواعيد النهائية للواجبات والمشاريع.
- تسجيل أرقام الهواتف المهمة، وأسماء موظفي المدرسة، وأرقام الطوارئ... إلخ.
- استخدام الآلة الحاسبة.

إعاقات العظام

يُشار إلى الحالات التي تؤثر على حركة الطفل باسم إعاقات العظام. وتشتمل على القدرة على التحكم في الحركات الكبيرة للطفل، مثل: السير أو الوقوف، بالإضافة إلى التحكم في المهارات الحركية الدقيقة، مثل: الكتابة، والتعامل اليدوي مع الأشياء الصغيرة، أو المهارات الحركية الفموية، مثل: مضغ الطعام وبلعه بأمان، أو إنتاج الكلام. وقد تتراوح هذه الإعاقات ما بين الإعاقة البسيطة إلى الإعاقات الشديدة، كما تختلف الطرق التي تؤثر بها تلك الإعاقة على قدرة الطالب على التعلم. ومن أمثلة إعاقات العظام الاضطرابات العصبية، وإصابات الحبل الشوكي، والسكتة الدماغية، والشفة المشقوقة، والشلل الدماغي، واضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي، وضمور العضلات، والتهاب المفاصل. وتُحدَّد بعض إعاقات العظام حسب المناطق المتأثرة من الجسم. وفي هذه الحالة تُستخدم خمسة مصطلحات محددة هي: الشلل الأحادي ويشمل واحداً من الأطراف فقط. الشلل النصفي ويحدث عندما يكون الذراع، والرجل، والجذع المصابة في الجانب الأيمن أو الأيسر من الجسم. الشلل الرباعي ويشمل كلتا الرجلين والذراعين، والجذع، والرقبة. الشلل المزدوج ويحدث عندما تصاب كلتا الرجلين والذراعين.

وتنتج الإعاقات التي تندرج تحت فئة إعاقات العظام عن أسباب متعددة ومختلفة، فبعض إعاقات العظام تنتج عن عيوب خِلْقية، مثل: الأعضاء المفقودة، وبعضها ينتج عن أمراض مثل شلل الأطفال، وبعضها ينتج عن أسباب متنوعة مثل الشلل الدماغي، وبتر أحد الأطراف، وكسور العظام، والحروق التي تسبب قصر قامة مستديماً، أو تيبس العضلات والأوتار الذي يؤدي إلى التشوهات.

الاستراتيجيات التي تُستخدم في الفصل لتعليم الطلاب ذوي إعاقات العظام، وللعمل معهم بشكلٍ فعال:

- ترتيب أماكن الجلوس بما يساعد على اتخاذ وضعية سليمة ومريحة للجسد تناسب احتياجات الطالب الخاصة الفريدة.
- توفير تعليم يتضمن تطوير المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة.
- اطلب من الطالب أن يخبرك عندما يشعر بالحاجة إلى المساعدة.
- يُعد الكرسي المتحرك الخاص بالطالب جزءاً من المساحة المخصصة له في الفصل.
- عدم المسح على رؤوس الطلاب الذين يستخدمون الكراسي المتحركة؛ لأنها تدل على الشفقة وعدم استخدامها أيضاً مع الأطفال الصغار حيث إن غالبيتهم لا يحبونها.
- تشجيع الطلاب الذين يستخدمون العكازات أو العصي على إبقائها بجانبهم، بحيث يمكن الوصول إليها بسهولة، وتوفير مساحة لذلك.
- عدم دفع الكرسي المتحرك إلا عند طلب ذلك.
- مطالبة عمال المدرسة باستخدام مواد مضادة للانزلاق عند تلميع الأرضيات من أجل الطلاب الذين يستخدمون العكازات، أو الكراسي المتحركة.
- سؤال الطالب عن إمكانية تقديم المساعدة له، إذا شعرت بحاجته إلى المساعدة، مع تقبل اعتذاره بقوله «لا شكراً» بصدرٍ رحب.
- عند التحدث مع أحد الطلاب الذين يستخدمون الكرسي المتحرك لأكثر من بضع دقائق أو

نحو ذلك؛ ينبغي الجلوس على الركبتين لتكون في مستوى نظر الطالب.
- الحرص دائمًا على التخطيط المسبق لأي رحلة، لكي يتمكن الطالب الذي لديه احتياجات متعلقة بإعاقة العظام من الاستعداد والمشاركة بها.
- ينبغي توفير المكاتب التي تشبه الطاولات، والتي تسمح بمساحة مناسبة للأرجل، ومجال كافٍ للكراسي المتحركة.
- عندما يقرأ الطلاب غير الناطقين، شجعهم على تأكيد الفهم من خلال الغمز بالعين، أو الإيماء، أو استخدام مؤشر.
- توفير أجهزة تسجيل للطلاب الذين لا يستطيعون كتابة واجباتهم.

التقنيات المساعدة لإعاقات العظام :
- لوحات التواصل.
- الأجهزة المعززة للتواصل (ACD) على سبيل المثال (أجهزة التواصل اللوحية).
- الفأرة المُعدلة.
- أداة تقليب الصفحات إلكترونياً.
- المفاتيح.
- لوحة المفاتيح المعدلة.
- برمجيات التعرف إلى الصوت.
- برمجيات تحويل النص إلى كلام.
- الأجهزة الرياضية والترفيهية المُعدلة.

اضطرابات اللغة والكلام

تتضمن اضطرابات اللغة مشاكل بالغة ومزمنة. ومن أمثلتها التأخر اللغوي، ويقصد بذلك أن عملية نمو وتطور اللغة لدى الطلاب تحدث بمعدل أبطأ من المتوقع. ومن الأمثلة الأخرى على اضطرابات اللغة الحُبْسَةُ الكلامية (aphasia) أو فقدان اللغة بعد اكتسابها. ويمكن أن يحدث هذا للأطفال في حالة إصابة الدماغ الرضحية التي تنتج عن الحوادث أو الإصابات. وأخيرًا، قد يكون لدى الأطفال اضطراب في اللغة يُعرف باسم اضطراب المعالجة السمعية المركزية (كما يُعرف باضطراب المعالجة السمعية) وفي هذا الاضطراب لا يستطيع مخ الأطفال معالجة المعلومات السمعية التي استقبلتها آذانهم، على الرغم من عدم فقدانهم لحاسة السمع

وتحدث اضطرابات الكلام عادةً في حال وُجدت مشاكل بأحد الجوانب الأربعة التالية، وهي: الصوت، والرنين، والنطق، والطلاقة. وتحدث بعض هذه الاضطرابات نتيجةً للإعاقات الجسدية، مثل الشفة المشقوقة، والحنك المشقوق. وقد يعاني الأطفال الصغار من اضطرابات النطق، بما فيها حذف أجزاء من الكلمات، واستبدال الحروف، وإضافة مقاطع صوتية إلى الكلمات، والتشويه عند نطق الحروف، عملية استبدال الأصوات غير الطبيعي في لغة الأطفال.

وقد تنشأ اضطرابات اللغة والكلام نتيجة لأحد السببين الرئيسين أولاً: أسباب بيولوجية، وهذه الأسباب تأتي «نتيجة لمشاكل متعلقة بالجهاز العصبي المركزي، أو لمشاكل متعلقة بأجهزة الجسم الأخرى من حيث الشكل أو الوظيفة» وقد يعاني الأطفال ذوو الإعاقة الفكرية أو التوحد – على سبيل المثال – من اضطرابات في اللغة والكلام، وقد تكون الإعاقة الفكرية أو التوحد السبب

البيولوجي لاضطراب اللغة والكلام. ثانيًا: قد تنتج اضطرابات اللغة والكلام عن أسباب ناشئة من أمراض الطفولة، مثل التهابات الأذن، أو تأثير بيئة الطفل، على سبيل المثال: إهمال الوالدين، أو الاعتداءات من قبل الوالدين، أو سوء التغذية أو جميعها.

وغالبًا ما تصاحب اضطرابات اللغة والكلام – بكل أشكالها – حالات صحية أخرى تزيد من تعقيد العمل مع هؤلاء الأطفال وتعليمهم. ويمكن أن تتضمن هذه التشخيصات اضطراب طيف التوحد، واضطراب تشتت الانتباه (ADD) أو فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)، والإعاقة الفكرية، وصعوبات التعلم، والاضطراب الانفعالي، وفقدان السمع.

الاستراتيجيات التي تستخدم في الفصل لتعليم الطلاب ذوي اضطراب الكلام واللغة، وللعمل معهم بشكلٍ فعال:
- إذا كان الطالب الذي لديه اضطرابات اللغة والكلام يستخدم بعض الأشكال الأخرى للتواصل، ينبغي تعليم الطلاب الآخرين في الفصل كيفية التواصل باستخدام الطريقة نفسها.
- التشجيع على التواصل والتفاعل المستمر بين الطالب الذي لديه اضطرابات في اللغة والكلام وبقية الطلاب في الفصل، وتعزيز هذا التفاعل.
- استخدام استراتيجيات التدريس البصرية مع الطلاب كافة في الفصل. وذلك سيساعد الطالب ذا اضطرابات اللغة والكلام بوجه خاص، كما سيساعد طلاب التعليم العام.
- التعاون مع الأخصائي المُدرب على تعليم الطلاب الذين لديهم اضطرابات في اللغة والكلام.
- توفير الأنشطة التي تتطلب أن يعمل الطالب الذي لديه اضطرابات في اللغة والكلام مع مجموعات صغيرة من طلاب التعليم العام الأخرين.
- مواجهة الطالب الذي لديها اضطرابات في اللغة والكلام أثناء الحديث معه.
- استخدام سبورة تفاعلية، أو جهاز عرض ضوئي علوي (البروجيكتور)، أو كاميرا وثائقية أثناء التدريس حتى لا تولي ظهرك للطالب الذي لديه اضطرابات في اللغة والكلام.

التقنيات المساعدة لاضطرابات الكلام واللغة:

(المعهد القومي للصمم واضطرابات التواصل الأخرى، بدون تاريخ):
- الحاسوب اللوحي، والأجهزة الإلكترونية الأخرى المثبت عليها برمجيات تعلم الكلام، والأنشطة والألعاب المتعلقة به.
- أجهزة للمساعدة السمعية مثل نظام الدوائر السمعية (loop system) أو أنظمة FM، أو مكبرات الصوت الشخصية.
- أجهزة التواصل البديلة والمعززة، مثلاً صور أو لوح التواصل، أو الحاسب المحمول، أو الجهاز اللوحي المزود بإمكانيات تحويل الكلام إلى نص مكتوب، أو النص إلى كلام، أو البرامج التعليمية والتواصلية على الهاتف الجوال.

إصابة الدماغ الرضحية (TBI)

تحدث إصابة الدماغ الرضحية بسبب قوة خارجية ينتج عنها إصابة في المخ. وهذا يتضمن كلاً من إصابات الرأس المفتوحة (الإصابة الفعلية في الجمجمة، والتي يُخترق فيها الغشاء حول المخ)، أو إصابات الرأس المغلقة (حيث لا يوجد أي تلف ظاهر في الجمجمة، ولكن تحدث كدمة في المخ نتيجة التأرجح داخل الجمجمة). وتتسبب حوادث السيارات، أو الدراجات، أو الحوادث الرياضية في عديد من إصابات الدماغ الرضحية. وتحدث بعض إصابات الدماغ الرضحية في الأطفال نتيجةً لإساءة التعامل مع الأطفال، أو العنف ضدهم، مثل: متلازمة الرضيع المخضوض.

ونتيجةً لإصابة الدماغ الرضحية، قد يعاني الطفل من إعاقات في جانب واحد أو أكثر من هذه الجوانب: التفكير، أو اللغة، أو الذاكرة، أو الاستدلال المجرد، أو الانتباه، أو حل المشاكل، أو الوظائف الجسدية أو الاجتماعية. وتعتمد الإعاقات الخاصة التي يعاني منها الطفل الذي أصيب بإصابة الدماغ الرضحية على شدة الإصابة في الرأس والأجزاء التي تضررت في الدماغ وسيعاني العديد من الأطفال الذين أصيبوا بإصابات الدماغ الرضحية من تأخر أكاديمي، وصعوبة في إعادة تعلم المهارات المفقودة.

قد لا يظهر على الطفل الذي لديه إصابة الدماغ الرضحية أعراضٌ خارجية بعد شفاء الجوانب الجسدية من إصابة الدماغ؛ لذا يصاب الأقران والمعلمون غير المدركين لإصابة الدماغ الرضحية بالحيرة والإحباط من الإعاقات الخفية لدى الطفل، مثل: المشاكل السلوكية، والصعوبات الأكاديمية، والمشاكل الانفعالية. ومن ثم يُلام الأطفال الذين لديهم إصابة الدماغ الرضحية على سلوكيات لا يستطيعون التحكم بها.

الاستراتيجيات التي تستخدم في الفصل لتعليم الطلاب ذوي إصابة الدماغ الرضحية، وللعمل معهم بشكلٍ فعال:

- وضع عدد قليل من القوانين الصفية، وصياغتها بأسلوب إيجابي.
- تقديم مكافآت ثابتة وملائمة للسلوكيات المناسبة واتخاذ إجراءات ثابتة وملائمة للسلوكيات غير المناسبة.
- توفير التدريب والممارسة على المهارات الاجتماعية.
- استخدام ممارسات تعليمية فعالة، مثل: توجيهات واضحة، وتعليمات متسلسلة بعناية، وتغذية إيجابية محددة، والسرعة في تنفيذ الدرس.
- مراعاة استخدام اتفاقيات السلوكية مع الطلاب في الفصل.
- تعريف الأطفال الآخرين في الفصل بإصابات الدماغ الرضحية، واقتراح طرق تُمكنهم من التعامل بها مع الطفل بشكل مناسب وتوفير الدعم له.

التقنيات المساعدة للطلاب ذوي إصابة الدماغ الرضحية (خاصةً إذا كان الطالب يعاني من صعوبات أكاديمية):

- برمجيات توقع الكلمات لأنشطة الكتابة.
- برمجيات تحويل النص إلى كلام.
- برمجيات تيسير التعلم مثل برامج التخيل

- برمجيات معالجة النصوص.
- الآلات الحاسبة.
- الكتب الإلكترونية.
- الخرائط المعرفية.
- مذكرة يكتب فيها الطفل الملاحظات أو تكتب له فيها.

الإعاقة البصرية، بما في ذلك كف البصر

تشمل الإعاقات البصرية فئتين: ضعف البصر، وكف البصر. ويستطيع الأطفال ذوو ضعف البصر الرؤية، لكنهم يجدون صعوبة في المهام اليومية المتعددة التي تحتاج إلى حاسة البصر. ويتدرج ضعف البصر من الإعاقة البصرية البسيطة وصولاً إلى الإعاقة الشديدة. في المقابل، يُطلق كف البصر على الأطفال فاقدي الرؤية تماماً أو الذين يدركون الضوء فقط. وتستند التعريفات الطبية للبصر إلى حدة بصر الفرد (أي وضوح الرؤية)، ومجال البصر (أي مدى البصر)، فالطفل الكفيف هو الطفل الذي تكون حدة بصره ٢٠/٢٠٠، أو أقل في العين الأفضل، أو مجال بصره أقل من ٢٠ درجة في كل عين، بينما الطفل ضعيف البصر هو الطفل الذي تكون حدة بصره بين ٢٠/٧٠ و٢٠/٢٠٠ في العين الأفضل، أو مجال بصره بين ٢٠ إلى ٤٠ درجة، أو أقل في العين الأفضل

وتنتج الإعاقات البصرية عن مشاكل في تركيبة (الشكل) العين أو وظيفتها، أو نتيجةً لتلف في العين جراء مرض، أو إصابة ما. ويمكن أن تؤثر الإعاقات البصرية – سلبيًا – على الخبرات التي يتلقاها الطفل، أو قدرة الطفل على التحرك في البيئة المحيطة، أو كليهما. كما قد تؤثر الإعاقة البصرية على تعلم الطفل من بيئته، لذا، يجب أن يتعرف الطفل ذو الإعاقة البصرية إلى بيئته من خلال الحواس الأخرى، وخاصةً حاستي السمع واللمس. كما تحد الإعاقة البصرية من قدرة الطفل على التحرك في بيئته. ومن ثم، يجب أن يتعلم الأطفال ذوو الإعاقة البصرية الانتقال بأمان وفاعلية في بيئتهم.

وتؤثر الإعاقات البصرية على تطور المهارات الأكاديمية، خاصة القراءة والكتابة. ولا يستطيع الأطفال ذوو الإعاقة البصرية الشديدة أو ذوو كف البصر رؤية المطبوعات، حتى لو كانت مكبرة. يُمكن للأطفال ذوي الإعاقة البصرية غير المصحوبة بإعاقة فكرية أن يطوروا مهاراتهم في مجال القراءة والكتابة بسرعة التطور نفسها عند أقرانهم المبصرين من خلال استخدام طريقة برايل، أو الأشكال الأخرى البديلة للطباعة إذا توفر لهم التعليم المناسب.

الاستراتيجيات التي تستخدم في الفصل لتعليم الطلاب ذوي الإعاقات البصرية وللعمل معهم بشكلٍ فعال:

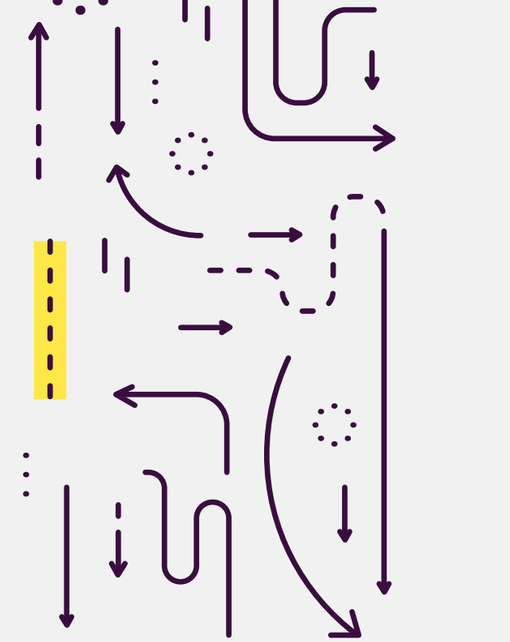
- إعطاء توجيهات لفظية، وعدم الاعتماد على التوجيهات المكتوبة فقط.
- توفير كل المواد المكتوبة بالوسيلة المفضلة لكل طالب (على سبيل المثال: طريقة برايل، والمطبوعات المكبرة).
- تنظيم الفصل بطريقة مرتبة يمكن توقعها، وذلك سيُساعد الطالب ذا الإعاقة البصرية على الشعور بالأمان أثناء التجول في الفصل.
- تخصيص مساحات عمل محددة بوضوح في الفصل بما فيها تحديد مكان يضع به الطالب

أغراضه الشخصية، ومكان آخر للعمل.

- السماح للطالب ذي الإعاقة البصرية بالتعامل مع المواد، أو النماذج المستخدمة خلال الدروس.
- تزويد الطالب بالتكييفات اللازمة لأداء الواجبات، وعند إجراء الاختبارات (على سبيل المثال: السماح بوجود مساعدة كقارئ أو كاتب).
- تعليم الأقران للتعريف بأنفسهم بالاسم عند التعامل مع الطالب ذي الإعاقة البصرية.

التقنيات المساعدة للإعاقة البصرية:

- برمجيات قراءة الشاشة.
- برمجيات الإدراك البصري المتصلة بماسح ضوئي لتحويل النص المطبوع إلى كلام منطوق.
- نظام دائرة تلفزيونية مغلقة يعرض الصور – بما في ذلك النصوص المطبوعة – على شاشة تلفزيون، أو شاشة الحاسب حتى يمكن تكبير الصورة بشدة.
- برمجيات ترجمة برايل.
- طابعة برايل.
- جهاز محمول لتدوين الملاحظات المسموعة بطريقة برايل.
- قارئات كتب إلكترونية تسمح بالوصول للكتب، وأرقام الهواتف، ومفكرة المواعيد... إلخ.
- آلات ترجمة برايل، والتي تحول ملفات النصوص إلى ملفات مطبوعة بطريقة برايل.





نموذج رقم (1) / نموذج موافقة ولي الأمر:

موافقة ولي الأمر على التحويل للقياس والتقييم

المكرم ولي أمر الطفل /ة.....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد:

حرصاً منا على تقديم خدمات التدخل المبكر للطفل وتوجيهه للمكان التربوي المناسب فإنه سيتم تحويله للقياس والتقييم.
عليه نأمل منكم الموافقة على البدء بإجراءات القياس والتقييم.

وتقبلوا الشكر والتقدير

المسؤول	التوقيع	التاريخ	الختم

أوافق	لا أوافق
الاسم	صلة القرابة
التوقيع	التاريخ



نموذج رقم (٢)/ نموذج تحويل طفل:

المكرم مدير/ .....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد:

نظراً لحاجة برنامج التدخل المبكر لتقرير مفصل وشامل عن الطفل .....

.....

سجل مدني رقم.....

نأمل منكم التكرم بالكشف على الطفل وإفادتنا بتقرير شامل عن حالته.

المسؤول	التوقيع	التاريخ	الختم

نموذج رقم (٣) / نموذج البيانات الأولية:

المدينة:	اسم الروضة:
تاريخ الإحالة:	اسم منسقة الخدمات:
بيانات الطفل:	
اسم الطفل رباعياً:	تاريخ ومكان الميلاد:
رقم الهوية:	نوع الجنس:
فئة الدم:	الجنسية:
بيانات الاتصال:	
المنطقة الإدارية:	المدينة:
الحي:	الهاتف:
الشارع الرئيسي:	الشارع الفرعي:
البريد الإلكتروني:	الجوال:
بيانات ولي الأمر:	
اسم ولي الأمر:	صلة القرابة:
رقم الهوية:	هاتف العمل:
بيانات إضافية:	
اسم قريب للطفل (١):	الجوال:
اسم قريب للطفل (٢):	الجوال:

أفراد الأسرة:

الاسم	العلاقة	العمر	الملاحظات

يقضي الطفل يومه مع:

الأم	الأب	أحد أفراد الأسرة
العاملة	الروضة	آخرين (حدد)

الخدمات التي يتلقاها الطفل حالياً:	
اسم الطبيب المتابع للطفل:	
اسم المستشفى:	
معلومات أخرى ذات أهمية ترغب الأسرة بإضافتها:	
معلومات يرغب الوالدان بالحصول عليها:	

اسم ولي الأمر: توقيع المسؤول على صحة البيانات:

الأوراق والمستلزمات المطلوبة لملف الطفل:

استمارة البيانات الأولية.
نموذج الإحالة.
نموذج الأهلية.
صورة من بطاقة العائلة لولي أمر الطفل مع الأصل للمطابقة.
صورة من بطاقة هوية الأم (اختياري).
صورة من الإقامة ساري العمل بها (لغير السعوديين) مع الأصل للمطابقة.
صورة من جواز الطفل (لغير السعوديين) مع الأصل للمطابقة.
صورة من شهادة الميلاد مع الأصل للمطابقة.
صورة من بطاقة التطعيم الخاصة بالطفل.
صورة من التقرير الشامل للطفل.
نموذج موافقة ولي الأمر.
نموذج تعهد ولي الأمر.
عدد أربع صور شمسية ٤*٦ للطفل.
مخطط لعنوان المنزل.
شهادة خلو الطفل من الأمراض المعدية، والخطيرة, والحساسية ضد نوعية معينة من الطعام.
عدد ٢ غيار داخلي وخارجي للطفل.

نموذج رقم (٤) نموذج الإحالة

نموذج الإحالة				
نموذج إحالة للتدخل المبكر والتربية الخاصة في مرحلة رياض الأطفال				
تاريخ الإحالة:			رقم الملف:	
مصدر الإحالة:			مصدر آخر:	
الاسم الأول للطفل	اسم الأب	اسم الجد	العائلة	
تاريخ الميلاد	مكان الميلاد	نوع الجنس		
		☐ ذكر	☐ أنثى	
رقم الهوية الوطنية		الجنسية	سعودي	أخرى.....
ولي الأمر / الوصي القانوني				
العنوان	الحي	الشارع	رقم المنزل	
العنوان البريدي	الرمز البريدي		صندوق البريد	
هاتف المنزل	جوال	هاتف (للضرورة)		
البريد الإلكتروني:				
سبب الإحالة: ☐ تواصل ☐ اجتماعي/سلوكي ☐ حركي ☐ تكيفي ☐ معرفي/إدراكي ☐ أخرى.....				

اسم العيادة		تاريخ الاختبار	اسم الاختبار	التقرير مرفق بالملف	☐ نعم	☐ لا
اسم المستشفى / مركز صحي		تاريخ الاختبار	اسم الاختبار	التقرير مرفق بالملف	☐ نعم	☐ لا

مركز الخدمات المساندة:	الحضانة:	أخرى:
أخصائي علاج اللغة والكلام:	منح ولي الأمر إذناً شفهياً لأخصائي اللغة والكلام للاستماع إلى الطفل	

التدخل المبكر: إطار زمني لمدة ٤٥ يوماً.....		التربية الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة	
☐ خطاب موجه للأسرة ☐ معلومات المسح النمائي ☐ الاختبار المسحي للغة والكلام لأقل من ٣ سنوات ☐ استبيان الأعمار والمراحل..... ☐ استبيان الأعمار والمراحل (الاجتماعي الشعوري)		☐ خطاب موجة للأسرة ☐ معلومات المسح النمائي ☐ الاختبار المسحي للغة والكلام ٣-٤-٥ ☐ قائمة السلوك التكيفي /الاجتماعي ☐ قائمة السلوك التكيفي فقط ☐ استبيان الأعمار والمراحل..... ☐ استبيان الأعمار والمراحل (الاجتماعي الشعوري)	
☐ خطاب من ولي الأمر	تاريخ الإرسال:	☐ خطاب من ولي الأمر	تاريخ الإرسال:
بواسطة:	التوقيع:	بواسطة:	التوقيع:
الوقت المناسب للاتصال بالأسرة		جهة الاتصال:	
ملاحظات الإحالة:			
تمت تعبئة البيانات بواسطة	الاسم:	الوظيفة:	التوقيع:

نموذج رقم (٥) نموذج الأهلية التوحد

نموذج الأهلية التوحد			
بيان تحديد الأهلية للتربية الخاصة			
اضطراب طيف التوحد:			
اسم الطفل /ـة:		تاريخ الميلاد:	
اسم المركز/ المدرسة:		تاريخ الأهلية المبدئية:	
لقد حصل الفريق على التقييمات التالي (ينبغي إرفاق تقرير التقييم الذي يصف نتائج التقييم المطبق ويشرحها): لقد راجع الفريق المعلومات المتوفرة، بما في ذلك المعلومات التي قدمها ولي الأمر وسجلات الطالب التراكمية والبرامج التربوية الفردية أو خطط الخدمة الأسرية الفردية السابقة، وتشمل وثائق التقييم معلومات من المصادر التي استخدمت في تحديد الأهلية. تاريخ المراجعة:			
ملف نمائي يصف سمات الطفل السابقة والحالية المتعلقة باضطراب طيف التوحد:			
الفاحص	الملف المستخدم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
ثلاث ملاحظات على الأقل لسلوك الطفل في بيئات متعددة خلال يومين مختلفين على أقل تقدير:			
الفاحص	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة	
تفاعل مباشر مع الطفل (يمكن استخدامه بوصفه إحدى الملاحظات):			
الفاحص	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة	
تقييم التواصل لتحديد سمات التواصل الخاصة باضطراب طيف التوحد:			
أخصائي علاج اللغة والكلام	التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
تقرير طبي أو تقرير تقييم صحي:			
طبيب أو ممرض ممارس أو مساعد طبيب	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة	
تقييم يستخدم أداة تقدير / تصنيف سلوكية مناسبة أو أداة تقييم بديلة:			
الفاحص	التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
تقييمات لتحديد تأثير الإعاقة:			

الفاحص		التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
تقييمات إضافية ضرورية لتحديد احتياجات الطالب التعليمية:				
الفاحص		التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
الملاحظات:				

نموذج رقم (٦) نموذج الأهلية - اضطرابات التواصل

نموذج الأهلية – اضطرابات التواصل			
بيان تحديد الأهلية للتربية الخاصة			
اضطرابات التواصل:			
اسم الطفل /ـة:		تاريخ الميلاد:	
اسم المركز/ المدرسة:		تاريخ الأهلية المبدئية:	
لقد حصل الفريق على التقييمات التالية (ينبغي إرفاق تقرير التقييم الذي يصف نتائج التقييم المطبق ويشرحها): لقد راجع الفريق المعلومات المتوفرة بما في ذلك المعلومات التي قدمها ولي الأمر، وسجلات الطالب التراكمية وبرامج التعليم الفردية أو خطط الخدمة الأسرية الفردية السابقة. وتشمل وثائق التقييم معلومات من المصادر التي استخدمت في تحديد الأهلية. تاريخ المراجعة:			
تقييم اللغة والكلام:			
أخصائي علاج اللغة والكلام	التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
تقرير طبي للطفل /ـة المشتبه أن لديه اضطرابات في الصوت:			
طبيب أنف وأذن وحنجرة	التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
تشخيص طبي أو صحي (لأي مرض آخر غير اضطرابات الصوت) إذا لزم الأمر:			
طبيب أو ممرض ممارس أو مساعد طبيب	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة	
قياس حدة السمع أو إجراء المسح المبدئي وفحص الأذن الوسطى إذا لزم الأمر:			
الفاحص	التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
تقييم أعضاء اللغة والكلام إذا لزم الأمر:			
الفاحص	التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
اختبارات موحدة شاملة (إضافة إلى العينة الكلامية) لتقييم اللغة التعبيرية والإدراكية من حيث بناء الجملة، الصرف دلالات، الألفاظ واستعمال (وظيفة اللغة) في السياق الاجتماعي			
أخصائي علاج اللغة والكلام	التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
التقييم الخاص بالاضطرابات الصوتية:			

أخصائي علاج اللغة والكلام	التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
الملاحظة في بيئتين مختلفتين على الأقل، لتقييم اضطراب طلاقة الكلام:			
أخصائي علاج اللغة والكلام	التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
التقييمات الضرورية لتحديد تأثير الإعاقة المشتبه بها:			
الفاحص	التقييم	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
الملاحظات:			

نموذج رقم (٧) الأهلية، التأخر النمائي

نموذج الأهلية، التأخر النمائي			
بيان تحديد الأهلية في التدخل المبكر			
التأخر النمائي			
اسم الطفل / ـة		تاريخ الميلاد:	
البرنامج:		مكان الإقامة:	
لقد حصل الفريق على التقييمات التالية المطلوبة:			
اختبار مرجعي معياري لتحديد مستوى أداء الطفل في كل مجال من المجالات التالية: النمو الإدراكي والنمو الجسدي والتواصل والنمو الاجتماعي أو الانفعالي والنمو التكيفي:			
الاختبار		الفاحص	التاريخ
إجراء واحد إضافي على الأقل للتأكد من أداء الطفل في كل مجال:			
الاختبار		الفاحص	التاريخ
ملاحظة الطفل مرة واحدة على الأقل لمدة ٢٠ دقيقة:			
الفاحص		التاريخ	
مراجعة الاختبارات السابقة والبيانات الطبية وتقارير ولي الأمر:			
البيانات		تاريخ المراجعة	
البيانات التقييمية الأخرى التي استخدمها فريق متعدد التخصصات:			
نعم	لا	يعاني الطفل تأخراً في النمو نسبته انحرافان معياريان أو أكثر أو أقل من المتوسط في واحد من المجالات النمائية التالية أو أكثر:	
		التواصل	
		النمو التكيفي	
		النمو الجسدي	
		النمو الاجتماعي / الانفعالي	
		النمو الإدراكي	
أو			
نعم	لا	يعاني الطفل تأخراً في النمو تبلغ نسبته ١،٥ انحراف معياري أو أكثر أو اقل من المتوسط في مجالين أو أكثر المجالات النمائية التالية:	
		التواصل	
		النمو التكيفي	
		النمو الجسدي	
		النمو الاجتماعي / الانفعالي	
		النمو الإدراكي	
نعم	لا	يحتاج الطفل إلى خدمات التدخل المبكر	
لقد اتفق الفريق على أن هذا الطفل مؤهل ---------- غير مؤهل ---------- لخدمات التدخل المبكر باعتباره أحد الأطفال الذين يعانون من التأخر في النمو.			
تسلم نسخة من تقرير التقييم وبيان تحديد الأهلية إلى ولي الأمر.			

أعضاء الفريق	المسمى الوظيفي /الجهة	التوقيع	القرار		الملاحظات
			موافق	غير موافق	

نموذج رقم (٨) نموذج الأهلية، التأخر النمائي/ الحالات الجسدية

نموذج الأهلية، التأخر النمائي / الحالات الجسدية			
بيان تحديد الأهلية في التدخل المبكر			
الحالات الجسدية أو العقلية التي قد ينتج عنها تأخر في النمو			
اسم الطفل /ـة		تاريخ الميلاد:	
البرنامج:		مكان الإقامة:	
لقد حصل الفريق على المتطلبات التالية:			
تقرير طبي يؤكد أن الطفل يعاني من حالة جسدية أو عقلية قد ينتج عنها تأخر في النمو			
الطبيب / مساعد الطبيب / ممرض ممارس		التاريخ	
لقد أجمع الفريق على أن الطفل تنطبق عليه المعايير التالية:			
يعاني الطفل من حالة جسدية أو عقلية قد تؤدي إلى حدوث تأخر في النمو كما هو موضح بالأسفل		☐ نعم	☐ لا
لقد اتفق الفريق على أن هذا الطفل مؤهل _____ غير مؤهل _____ لخدمات التدخل المبكر			
لقد أشار الطبيب إلى أن هذا الطفل يعاني من: ☐ إعاقة بصرية ☐ إعاقة سمعية ☐ إعاقة حركية ☐ أخرى حدد.....			
تسلم نسخة من تقرير التقييم وبيان الأهلية إلى ولي الأمر.			

أعضاء الفريق	المسمى الوظيفي /الجهة	التوقيع	القرار		الملاحظات
			موافق	غير موافق	

نموذج رقم (٩) نموذج الأهلية، التأخر النمائي وأهلية خدمات التربية الخاصة في مرحلة رياض الاطفال

نموذج الأهلية، التأخر النمائي وأهلية خدمات التربية الخاصة في مرحلة رياض الاطفال			
بيان تحديد الأهلية ـ التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة			
(التأخر النمائي)			
اسم الطفل /ـة		تاريخ الميلاد:	
البرنامج:		مكان الإقامة:	
لقد حصل الفريق على التقييمات المطلوبة التالية:			
اختبار مرجعي معياري في مجالين على الأقل من مجالات التأخر المشتبه بها:			
الاختبار	الفاحص	التاريخ	
إجراء واحد إضافي على الأقل للتأكد من أداء الطفل في كل مجال من مجالات التأخر المشتبه بها:			
الاختبار	الفاحص	التاريخ	
ملاحظة الطفل مرة واحدة على الأقل لمدة ٢٠دقيقة:			
الفاحص	التاريخ		
مراجعة الاختبارات السابقة والبيانات الطبية وتقارير ولي الأمر:			
البيانات	تاريخ المراجعة		
البيانات التقييمية الأخرى التي استخدمها الفريق:			
لقد أجمع الفريق على أن:			
نعم	لا	الطفل لديه تأخر في النمو نسبته ١،٥ انحراف معياري أو أكثر أو أقل من المتوسط في مجالين من المجالات النمائية التالية أو أكثر.	
		التواصل	
		النمو التكيفي	
		النمو الجسدي	
		النمو الاجتماعي / الانفعالي	
		النمو الإدراكي	
أو			
نعم	لا	تؤثر الإعاقة سلباً على تطور نمو الطفل	
نعم	لا	يحتاج الطفل إلى خدمات التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة	
الملاحظات:			

نموذج رقم (١٠) نموذج الأهلية، الإعاقة السمعية

نموذج الأهلية، الإعاقة السمعية			
بيان تحديد الأهلية للتربية الخاصة			
الإعاقة السمعية			
اسم الطفل/ـة		تاريخ الميلاد:	
الروضة/ المركز:		تاريخ الأهلية الأولية	
لقد حصل الفريق على التقييمات التالية (ينبغي إرفاق تقرير التقييم الذي يصف نتائج التقييم المنفذ ويشرحها):			
لقد راجع الفريق المعلومات المتوفرة، بما في ذلك المعلومات التي قدمها ولي الأمر، وسجلات الطالب التراكمية والبرامج التربوية الفردية أو خطط الخدمة الأسرية الفردية السابقة وتشمل وثائق التقييم معلومات من المصادر التي استخدمت في تحديد الأهلية. تاريخ المراجعة:			
تقييم سمعي تحت إشراف الأخصائي السمعي المرخص له:			
الأخصائي السمعي	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة	
تقرير طبي أو تقييم صحي لتوضيح ما إذا كان فقدان السمع حسياً عصبياً أو توصيلياً وهل يمكن علاجه إذا كان توصيلياً:			
طبيب أو ممرض ممارس أو مساعد طبيب	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة	
تقييمات تحديد تأثير الإعاقة:			
الفاحص	التقييمات	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
تقييمات إضافية ضرورية لتحديد احتياجات الطفل التعليمية:			
الفاحص	التقييمات	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
يستوفي الطفل المعايير التالية:			
نعم	لا	لدي الطفل/ـة فقدان سمعي يبلغ ٢٥ديسيبل أو أكثر في الأذن الأفضل بترددات ٥٠٠هرتز و١٠٠٠هرتز و٢٠٠٠هرتز.	
نعم	لا	لدى الطفل/ـة فقدان سمعي يبلغ ٣٥ديسيبل وأكثر في الأذن الأفضل بترددات ٣٠٠٠هرتز و٤٠٠٠هرتز و٦٠٠٠هرتز.	

نعم	لا	لدى الطفل/ـة وإعاقة سمعية في أذن واحدة مع فقدان للسمع يبلغ ٥٠ديسيبل أو أكثر في الأذن المصابة بترددات من ٥٠٠هرتز إلى ٤٠٠٠هرتز
نعم	لا	فقدان السمع إما فقدان حسي عصبي أو فقدان توصيلي وقد تم تحديد أنه غير قابل للعلاج.
لقد قرر الفريق أن:		
نعم	لا	إعاقة الطفل/ـة توثر سلباً على أدائه التعليمي حينما يتراوح عمره من سن الروضة إلى عمر ٢١عاماً وتؤثر سلباً على تطور نمو الطفل حينما يتراوح عمره من ثلاثة أعوام إلى سن الروضة، ومن ثم:
نعم	لا	يحتاج الطفل/ـة إلى خدمات التربية الخاصة.
لقد اتفق الفريق على أن هذا الطفل مؤهل ـــــ غير مؤهل ـــــــــــ للتربية الخاصة		
تسلم نسخة من تقرير التقييم وبيان الأهلية إلى ولي الأمر.		

أعضاء الفريق	المسمى الوظيفي /الجهة	التوقيع	القرار		الملاحظات
			موافق	غير موافق	

نموذج رقم (11) نموذج الأهلية إعاقات العظام

نموذج الأهلية إعاقات العظام			
بيان تحديد الأهلية للتربية الخاصة			
إعاقات العظام			
اسم الطفل /ـة		تاريخ الميلاد	
الروضة / المركز		تاريخ الأهلية الأولية	
لقد حصل الفريق على التقييمات التالية (ينبغي إرفاق تقرير التقييم الذي يصف نتائج التقييم المنفذ ويشرحها):			
لقد راجع الفريق المعلومات المتوفرة، بما في ذلك المعلومات التي قدمها ولي الأمر، وسجلات الطالب التراكمية وبرامج التعليم الفردية أو خطط الخدمة الأسرية الفردية السابقة. وتشمل وثائق التقييم معلومات من المصادر التي استخدمت في تحديد الأهلية. تاريخ المرجعة:			
تقرير طبي أو تقييم صحي يشير إلى الإصابة بإعاقات العظام أو إعاقة عصبية حركية أو وصف الإعاقة الحركية:			
طبيب أو ممرض ممارس أو مساعد طبيب	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة	
تقييم حركي موحد، يشمل مجالات المهارات الحركية الكبيرة المساعدة الذاتية تحت إشراف اختصاصي على دراية بنمو العظام أو النمو الحركي ـ عصبي إذا لزم الأمر:			
الفاحص	التقييمات	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
تقييمات لتحديد تأثير الإعاقة المشتبه بها:			
الفاحص	التقييمات	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
تقييمات إضافية ضرورية لتحديد احتياجات الطالب التعليمية:			
الفاحص	التقييمات	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
يستوفي الطفل معياراً أكثر من المعايير التالية:			
نعم	لا	لدى الطفل /ـة إعاقة حركية تؤدي إلى عجز في نمط الحركة أو سرعتها أو دقتها. وتوثق حالات العجز هذه بنتيجة ٢ أو أكثر من الانحراف المعياري أقل من المتوسط في المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة أو المساعدة الذاتية.	
نعم	لا	لدى الطفل /ـة عجز وظيفي في اثنين على الأقل من المجالات الحركية الثلاثة.	
نعم	لا	لدى الطفل /ـة حالة مرضية دائمة أو يتوقع استمراراها لأكثر من ٦٠ يوماً.	
لقد حدد الفريق أن:			

نعم	لا	إعاقة الطفل /ـة تؤثر سلباً على أدائه التعليمي حينما يتراوح عمره من سن الروضة إلى عمر ٢١ عاماً أو تؤثر سلباً على تطور نمو الطفل حينما يتراوح عمره من ثلاثة أعوام إلى سن الروضة ومن ثم:
نعم	لا	يحتاج الطفل /ـة إلى خدمات التربية الخاصة.
لقد اتفق الفريق على أن هذا الطفل مؤهل ـــــ غير مؤهل ـــــــــ للتربية الخاصة.		
تسلم نسخة من تقرير التقييم وبيان الأهلية إلى ولي الأمر.		

أعضاء الفريق	المسمى الوظيفي /الجهة	التوقيع	القرار		الملاحظات
			موافق	غير موافق	

نموذج رقم (١٢) نموذج الأهلية، الإعاقة البصرية

نموذج الأهلية، الإعاقة البصرية			
بيان تحديد الأهلية للتربية الخاصة			
(الإعاقة البصرية)			
اسم الطفل / ـة		تاريخ الميلاد	
الروضة / المركز		تاريخ الأهلية الأولية	
لقد حصل الفريق على التقييمات التالية (ينبغي إرفاق تقرير التقييم الذي يصف نتائج التقييم المنفذ ويشرحها):			
لقد راجع الفريق المعلومات المتوفرة بما في ذلك المعلومات التي قدمها ولي الأمر وسجلات الطفل التراكمية وبرامج التعليم الفردية أو خطط الخدمة الأسرية الفردية السابقة. وتشمل وثائق التقييم معلومات من المصادر استخدمت في تحديد الأهلية. تاريخ المراجعة:			
تقرير طبي يوضح إصابة الطفل بإعاقة بصرية:			
طبيب عيون أو أخصائي بصريات	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة	
تقييمات لتحديد تأثير الإعاقة:			
الفاحص	التقييمات	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
تقييمات إضافية ضرورية لتحديد احتياجات الطالب التربوية بما في ذلك التقييم الوظيفي لحدة البصر لدى الطفل أو مدى الرؤية			
الفاحص	التقييمات	تاريخ الإجراء	تاريخ المراجعة
يستوفي الطفل المعايير التالية:			
نعم	لا	تبلغ حدة البصر لدى الطفل ٢٠/٧٠ أو أقل في العين الأفضل مع التصحيح	
نعم	لا	لدى الطفل مجال رؤية محدود يبلغ ٢٠درجة أو أقل في العين الأفضل	
نعم	لا	لدى الطفل مرض بالعين أو مرض متفاقم قد يخفض حدة البصر إلى ٢٠/٧٠ في العين الأفضل أو مجال رؤية إلى ٢٠درجة أو أقل في العين الأفضل	
نعم	لا	نتائج تقييم طبيب العيون أو أخصائي البصريات المرخص له غير مؤكدة ويعاني الطفل من قصور في الرؤية المتبقية.	
لقد اتفق الفريق على أن هذا الطفل مؤهل ـــــــــ غير مؤهل ـــــــــ للتربية الخاصة.			
تسلم نسخة من تقرير التقييم وبيان الأهلية إلى ولي الأمر.			

أعضاء الفريق	المسمى الوظيفي /الجهة	التوقيع	القرار		الملاحظات
			موافق	غير موافق	

نموذج رقم (١٣) / نموذج استمارة قبول طفل:

اسم الطفل	تاريخ الميلاد	السجل المدني
الجهة المحول منها		تاريخ التحويل

استناداً إلى:

التقارير النفسية		التقارير الطبية		أخرى (تحدد):	
تقرير المعلمة		فترة الملاحظة			
التقارير التربوية					

فقد قرر الفريق:

قبول الطفل		استبعاد الطفل	

وذلك للأسباب التالية:

ويوصى الفريق بالتالي:

أعضاء الفريق:

الاسم	التوقيع

نموذج رقم (١٤) / نموذج تعهد ولي الأمر

تعهد

أتعهد أنا والدة الطفل / ة
بما يلي:

١. صحة المعلومات والبيانات المذكورة عن الطفل.
٢. في حال ظهور أمراض معدية لدى الطفل يتم الحضور فوراً لاستلامه وتحويله لجهة الاختصاص.
٣. الالتزام بنظافة الطفل والاهتمام بمظهره.
٤. المشاركة في إجراءات التقييم المتعلقة بالطفل.
٥. إطلاع البرنامج على أي تغيير يحدث في مختلف جوانب الطفل (صحي، عاطفي، اجتماعي، تعليمي).
٦. المشاركة الكاملة في إعداد برنامج الخدمة الأسرية الفردية.
٧. حضور الأم الجلسات التدريبية بحسب المواعيد المحددة لها.
٨. الالتزام بحضور الطفل للجلسات المحددة له بالجدول.
٩. احترام الأشخاص والبيئة التي يحصل من خلالها الطفل على خدمات التدخل المبكر.
١٠. تنفيذ إجراءات التدخل على الطفل في المنزل وتحديد مدى فاعليتها.

اسم ولي الأمر		صلة القرابة	
رقم بطاقة الأحوال		الجوال	
الهاتف		التوقيع	

نموذج رقم (١٥) / نموذج بيان مواعيد اجتماعات فريق العمل:

م	مواعيد الاجتماع		الهدف من الاجتماع	الملاحظات
	اليوم	التاريخ		

نموذج رقم (١٦) / نموذج محضر اجتماع فريق العمل:

اليوم:	التاريخ:	المكان:

الحضور	
الاسم	التوقيع

بنود الاجتماع:

التوصيات والقرارات المعتمدة:

نموذج رقم (١٧) نموذج برنامج الخدمة الأسرية الفردية الطويل

نموذج برنامج الخدمة الأسرية الفردية الطويل		
برنامج الخدمة الأسرية الفردية		رقم الملف:
اسم الطفل /ـة:		تاريخ الميلاد:
اسم الأم:		
العنوان:		
الهاتف:	البريد الإلكتروني:	
تاريخ بدء تنفيذ خطة (IFSP):		تاريخ مراجعة خطة (IFSP): بعد ٦ أشهر
اسم البرنامج:		اسم معلمة التدخل المبكر:
معلومات عن الطفل والأسرة		
مستوى نمو الطفل الحالي:		
المجال النمائي	مهارات يستطيع الطفل إنجازها	مهارات يحتاج الطفل للتدرب عليها
المهارات الحركية الدقيقة		
المهارات الحركية الكبيرة		
المساعدة الذاتية /التكيفية		
المجال المعرفي		
مجال التواصل — اللغة الاستقبالية		
مجال التواصل — اللغة التعبيرية		
مجال السلوك الانفعالي / الاجتماعي		

ما الاحتياجات الطبية اللازمة للطفل؟		
هل تم تشخيص حالة الطفل؟	☐ نعم	☐ لا
إذا كانت الإجابة «نعم»، اذكر نوع التشخيص؟		
هل تم إجراء اختبار مسحي للسمع أو قياس السمع لدى الطفل؟	☐ نعم	☐ لا
إذا كانت الإجابة «نعم»، ما النتيجة؟		
هل من ثمة مخاوف حول حاسة السمع؟		
هل تم الاختبار أو الكشف عن حاسة البصر لدى الطفل؟	☐ نعم	☐ لا
إذا كانت الإجابة «نعم»، ما النتيجة؟		
هل من ثمة مخاوف حول حاسة البصر؟		
نواحٍ أخرى		
ما نقاط القوة لدى الطفل؟		ما اهتماماته؟

المجال	الأهداف طويلة المدى	الأهداف قصيرة المدى	المعيار	التقييم

الوضع الحالي:

	تاريخ مراجعة التقدم:

هل تم إحراز تقدم كافٍ	☐ نعم	☐ لا

إذا كانت الإجابة «لا»، ما الذي يمكن القيام به لتحسين التقدم؟

المجال	الأهداف طويلة المدى	الأهداف قصيرة المدى	المعيار	التقييم

الوضع الحالي:	تاريخ مراجعة التقدم:

هل تم إحراز تقدم كافٍ	☐ نعم	☐ لا

إذا كانت الإجابة «لا»، ما الذي يمكن القيام به لتحسين التقدم؟

المجال	الأهداف طويلة المدى	الأهداف قصيرة المدى	المعيار	التقييم

الوضع الحالي:	تاريخ مراجعة التقدم:

هل تم إحراز تقدم كافٍ	☐ نعم	☐ لا

إذا كانت الإجابة «لا»، ما الذي يمكن القيام به لتحسين التقدم؟

الأسرة ودعم الطفل:

اهتماماتها	احتياجاتها	أولوياتها

الإجراءات التي تتخذها الأسرة لدعم الطفل:

نقاط القوة	الموارد

تحديد الاحتياجات:

الخطوات التي يمكن اتخاذها لتحديد الاحتياجات	متى؟

تقديم الخدمات للأسرة:

الخدمات المقدمة	عدد المرات	المدة	مقدم الخدمة

تقديم الخدمات للطفل:

	عدد المرات	المدة	المسؤولون عن تقديم الخدمات

خطة الانتقال:

هل سينتقل الطفل من برنامج التدخل المبكر في مرحلة الطفولة هذا العام؟	☐ نعم	☐ لا

إذا كانت الإجابة «نعم»، املأ نموذج الخطة:

أين سيذهب الطفل بعد انتهائه من برنامج التدخل المبكر في مرحلة الطفولة؟

خطوات الإعداد للانتقال:

للطفل	للأسرة

ما خطوات تهيئة المكان الجديد لاستقبال الطفل؟

أعضاء الفريق	الوظيفة	التوقيع

نموذج رقم (١٨) نموذج برنامج الخدمة الأسرية الفردية القصير

نموذج برنامج الخدمة الأسرية الفردية القصير		
برنامج الخدمة الأسرية الفردية		
رقم الملف:	المنطقة التعليمية:	تاريخ الاجتماع:
اسم الطفل / ـة:	الجنس:	تاريخ الميلاد:
اسم ولي الأمر:		منسقة الخدمة:
بيانات برنامج الخدمة الأسرية الفردية		بيانات تحديد الأهلية
بيانات المراجعة		بيانات المراجعة السنوية

خدمات التدخل المبكر والتربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة

الخدمة	الطريقة	عدد المرات	الموقع	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء

الشخص المكلف بالمهمة:					
الشخص المكلف بالمهمة:					

خدمات أخرى (عدا خدمات التدخل المبكر والتربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة)

الخدمة	الطريقة	عدد المرات	الموقع	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء

الشخص المكلف بالمهمة:					
الشخص المكلف بالمهمة:					

هل تتوفر خدمات التدخل المبكر في بيئة الطفل الطبيعية؟	☐ نعم	☐ لا
إذا كانت الإجابة «لا»، يرجى التوضيح		
عدد الساعات التي يقضيها الطفل أسبوعياً في برنامج الطفولة المبكرة.		
عدد الساعات التي تتوفر بها خدمات التربية الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة أسبوعياً مع الأقران ضمن برنامج الطفولة، وفي حالة عدم توفير خدمات التربية الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة مع الأقران ضمن برنامج الطفولة المبكرة يرجى توضيح أسباب عدم توفير الخدمات لهم مع الأقران:		

سيبلغ الوالدان بمدى تقدم الطفل في ضوء الأهداف السنوية كما ينبغي مراجعة الجدول الزمني:	
كل ستة أشهر وسنوياً	جدول مراجعة آخر
كيف سيبلغ الوالدان بتقدم الطفل؟	

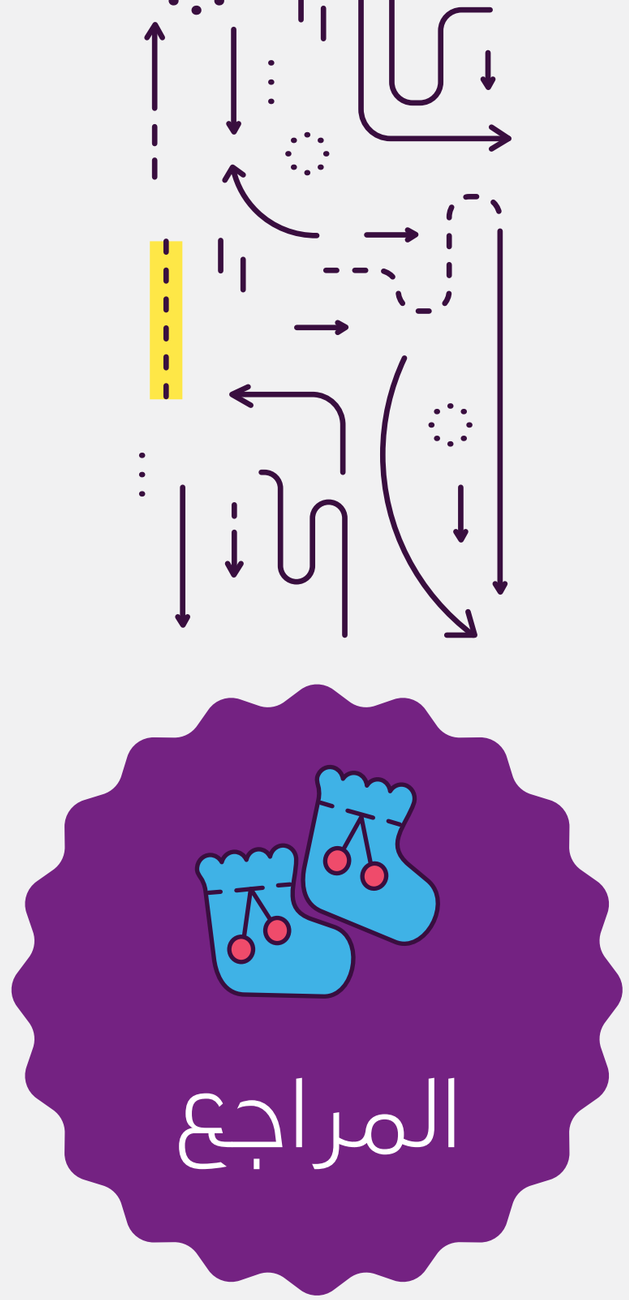
نموذج رقم (١٩) نموذج الخدمة الأسرية الفردية الإضافي

نموذج الخدمة الأسرية الفردية الإضافي						
التربية الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة						
رقم الملف:			تاريخ الاجتماع:			
اسم الطفل / ـة:			تاريخ الميلاد:			
اسم ولي الأمر:			منسقة الخدمة:			
الخدمات الإضافية (التكميلية) والتكيفات والمواءمة						
الخدمة	الطريقة	عدد المرات	الموقع	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء	
الشخص المكلف بالمهمة:						
الشخص المكلف بالمهمة:						
التعديلات أو دعم العاملين بالبرنامج						
الخدمة	الطريقة	عدد المرات	الموقع	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء	
الشخص المكلف بالمهمة:						
الشخص المكلف بالمهمة:						

اعتبارات العوامل الخاصة:		
هل يعيق سلوك الطفل من قدرته أو قدرة الآخرين على التعلم؟		
☐ نعم	☐ لا	وضعت استراتيجيات معالجة السلوك في برنامج الخدمة الأسرية الفردية
هل لدى الطفل ضعف بصر أو كف بصر؟		
☐ نعم	☐ لا	وضعت احتياجات ما قبل القراءة والكتابة في برنامج الخدمة الأسرية الفردية مع إرفاق التقييم
هل يحتاج الطفل لخدمات وأجهزة تقنية مساعدة؟		
☐ نعم	☐ لا	وضعت الخدمات في برنامج الخدمة الأسرية الفردية
هل لدى الطفل احتياجات خاصة بالتواصل؟		
☐ نعم	☐ لا	وضعت احتياجات التواصل في برنامج الخدمة الأسرية الفردية
هل لدى الطفل ضعف سمع أو صمم؟		
☐ نعم	☐ لا	وضعت احتياجات التواصل في برنامج الخدمة الأسرية الفردية
هل يحتاج الطفل إلى خدمات لمدة سنة إضافية؟		
☐ نعم	☐ لا	ربما، تجمع البيانات ويحدد ذلك لاحقاً

نموذج رقم (٢٠) نموذج مكان تلقي الخدمة

نموذج مكان تلقي الخدمة				
اسم الطفل / ـة:		تاريخ الميلاد:		تاريخ الاجتماع:
قرار تحديد مكان تلقي الخدمة				
وصف خيارات تحديد مكان تلقي الخدمة:				
خيارات تحيد مكان تلقي الخدمة	الفوائد	التأثير الضار المحتمل على الطفل أو الخدمات	التعديلات أو المعنيات أو الخدمات	أسباب تحديد الخيار أو رفضه
				مقبول
				مرفوض
				مقبول
				مرفوض
				مقبول
				مرفوض
يحدد مكان تلقي الخدمة الخاصة ببرنامج الخدمة الأسرية الفردية بناء على أسباب التقييم التالية: ☐ مرفق ☐ وارد أعلاه ☐ وارد أدناه				
أعضاء فريق تحديد مكان تلقي الطفل للخدمة :				
الاسم	الوظيفة	التوقيع		



المراجع

المراجع العربية:

بوني كيلتي. (١٤٣٣هـ). التدخل المبكر دليل الأسر والمهنيين. ترجمة أحمد التميمي. الرياض: الناشر الدولي للنشر والتوزيع.

جلال جرار، وقراقيش صفاء. (١٤٣٢هـ). الخطة الأسرية والتربوية الفردية دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة والخدمات المساندة. الرياض: الناشر الدولي للنشر والتوزيع.

جين، كروكيت، وبوني بيلينجزلي، وماري لين بوسكاردين. (١٤٣٥هـ). قيادة التربية الخاصة وإدارتها. ترجمة أحمد التميمي. الرياض: جامعة الملك سعود.

جين، سكويرز، اليزابيث، تومبلي، ديان، بريكر، ولاوند، بوتر. (١٤٣٣هـ). استبانات أعمار ومراحل-٣. ترجمة إبراهيم العثمان. الرياض: الناشر الدولي للنشر والتوزيع.

الحقيل، سليمان. (١٤٢٤هـ). نظام وسياسة التعليم في المملكة العربية السعودية. الرياض.

الخطيب، جمال، والحديدي، منى. (١٤٣٤هـ). التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر.

الخطيب، جمال. (٢٠٠٨م). التربية الخاصة المعاصرة قضايا وتوجهات. عمان: دار وائل للنشر.

ديان, بريكر. (٢٠١٥م). نظام القياس والتقييم والبرمجة للأطفال دون عمر السادسة « الاصدار الثاني». ترجمة أحمد التميمي. الشارقة: مدينة الشارقة للخدمات الانسانية.

الرشيدي، خالد، والنجار، حسين. (٢٠١٣م). التربية الخاصة في الألفية الثالثة قضايا وتوجهات. جدة: جامعة الملك عبد العزيز.

الزريقات، إبراهيم. (٢٠١٥م). التدخل المبكر: النماذج والإجراءات. عمان: دار المسيرة.

المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين في الأردن (٢٠٠٩م). وثيقة معايير اعتماد مؤسسات وبرامج الأشخاص المعوقين في الأردن، عمان.

مجلس الأطفال غير العاديين. (٢٠١٢م). ما يجب أن يعرفه كل معلمي التربية الخاصة الأخلاقيات والمعايير والمبادئ التوجيهية، ترجمة علي محمد هوساوي. الرياض: جامعة الملك سعود.

وزارة التعليم. (١٤٣٦هـ). الدليل التنظيمي للتربية الخاصة. الرياض.

وزارة التعليم. (١٤٣٦هـ). الدليل الإجرائي للتربية الخاصة. الرياض.

وزارة التعليم. (١٤٣٦هـ). الدليل التنظيمي لرياض الأطفال والحضانة. الرياض.

وزارة التعليم. (١٤٣٦هـ). الدليل الإجرائي لرياض الأطفال والحضانة. الرياض.

مشروع الملك عبد الله بن عبد العزيز لتطوير التعليم العام. (١٤٣٨هـ). دليل التدخل المبكر «التعليم الشامل في المملكة العربية السعودية». الرياض.

مشروع الملك عبد الله بن عبد العزيز لتطوير التعليم العام. (١٤٣٨هـ). الدليل الفني «التعليم الشامل في المملكة العربية السعودية». الرياض.

مشروع الملك عبد الله بن عبد العزيز لتطوير التعليم العام. (١٤٣٦هـ). دليل الشراكة الأسرية والمجتمعية. الرياض.

الملتقى الثالث عشر للجمعية الخليجية للإعاقة. التدخل المبكر استثمار المستقبل: المنامة. (٣-١٤ أبريل ٢٠١٣م).

وزارة المعارف. (١٤١٦هـ). سياسة التعليم. ط٤. جدة: دار الأصفهاني.

منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي. (٢٠١٦م). التقرير العالمي حول الإعاقة. مالطة.

المراجع الأجنبية:

Georgia Department of education (2017). Transition from early intervention stage to public schools. Retrieved from: https://dph.georgia.gov/.

Center for Parent Information and Resources (2017). Overview of Early Intervention. Retrieved from: http://www.parentcenterhub.org/ei-overview/#ifsp

New York State Department of Health (2017). Early Intervention Steps: A Parent's Basic Guide to the Early Intervention Program. https://www.health.ny.gov/publications/0532.pdf

http://parentsreachingout.org/cd/pdfs_en/fs005.pdf

United Nations Educational، Scientific and Cultural.

ar.unesco.org www.

Hands & Voice (2017). Supporting Families in Transition between Early Intervention and School Age Programs. Retrieved from: http://www.handsandvoices.org/articles/education/law/transition.html

Stanberry، K. (2017). Understanding Individualized Education Programs.

Retrieved from: https://www.understood.org/en

المواقع الإلكترونية:

الموقع الإلكتروني لرؤية المملكة ٢٠٣٠م – متاح بتاريخ ١٤٣٨/١٠/٩هـ
/http://vision2030.gov.sa

الموقع الإلكتروني لمركز دبي لتطوير نمو الطفل – متاح بتاريخ ١٤٣٨/١٠/٩هـ www.cda.gov.ae

الموقع الإلكتروني لمدينة الشارقة للخدمات الإنسانية – متاح بتاريخ ١٤٣٨/١٠/٩هـ
www.schs.ae



