

الفصل الأول

الأطفال ذوو الحاجات الخاصة وأسرهم

مقدمة

قدمت البحوث العلمية في العقود الماضية أدلة قوية على أن للخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على التعلم والنمو. فالمرحلة العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعاً بمن فيهم الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعوقين لأنهم غالباً ما يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعلة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة. ففي السنوات الست الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات الحسية - الإدراكية والمعرفية واللغوية والاجتماعية التي تشكل بمجملها القاعدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي.

واستناداً إلى ذلك، أبدى الباحثون والممارسون في ميدان الطفولة في السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً ببرامج التدخل التربوي والعلاجي المبكر للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة. ويتجلى ذلك الاهتمام بتوسيع قاعدة برامج اعداد المعلمين قبل الخدمة لتشمل التربية الخاصة المبكرة، وتطوير أدوات القياس والتقييم الملائمة للمراحل العمرية المبكرة، واعتماد نتائج البحوث العلمية أساساً وموجهاً لبرامج التدخل.

التدخل المبكر (Early Intervention)

يتبوأ التدخل المبكر أو ما يعرف بالتربية الخاصة المبكرة في عالم اليوم موقعا متقدماً في أولويات العمل بالنسبة للادارات والمؤسسات والجمعيات الدولية والاقليمية ذات العلاقة بالتربية الخاصة. والمبرر الأساسي لبرامج التدخل المبكر هو أن الأطفال صغار السن اكثر قابلية لاكتساب المهارات من الأطفال الاكبر سناً، وأن حالات الاعاقة الثانوية يمكن الوقاية منها ودرء مخاطرها.

وبالرغم من أن بعض الباحثين والكتاب قد طرحوا أسئلة عن فاعلية التدخل المبكر وجدواها، فإن البرامج النمائية المناسبة، والمكثفة، والمنظمة ضرورية جداً لكي يحقق التدخل المبكر أهدافه. والأداة الرئيسية التي تعمل بمثابة صمام أمان في هذا الخصوص هي البرامج التربوية الفردية.

الأسرة هي الأساس

أصبح مفهوم التدخل المبكر في الآونة الأخيرة اكثر شمولية وأوسع نطاقاً حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية. فالتعريف المتداول حالياً للتدخل المبكر هو أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرهم أيضاً. فالتدخل المبكر الفعال يركز للأسرة دوراً مهماً ولا يتعامل مع الطفل بمعزل عن أسرته بل يؤكد ان الطفل لا يمكن فهمه جيداً بمنأى عن ظروفه الأسرية والاجتماعية.



فلما كانت الأسرة هي الشيء الثابت في حياة الطفل فان التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات تشاركية مع أولياء الأمور. ولكن مشاركة أولياء الأمور الايجابية في التخطيط للخدمات وفي اتخاذ القرارات تتطلب قيام الاخصائيين بتعديل اتجاهاتهم وباعادة النظر والتفكير بعلاقاتهم مع الأسر. فكثير من الاخصائيين يعملون وفقاً لافتراض مفاده انهم وحدهم يمتلكون المعرفة ويعرفون المناسب وانهم بالتالي القادرون على حل المشكلات واتخاذ القرارات.

كذلك فإن برامج التدريب قبل الخدمة تركز على تزويد المتدربين بالمهارات اللازمة للعمل مع الأطفال. ولكن الفاعلية القصوى تتطلب تطوير علاقة عمل ايجابية بين الاختصاصيين وأولياء الامور. والجهود الموجهة للعمل مع اولياء الامور لا تقل اهمية من الناحية العلاجية عن الجهود المبذولة للعمل المباشر مع الاطفال وان كان العمل مع الأسر ينطوي على تحديات غير تقليدية حيث ان مشكلات متنوعة قد تحدث عندما تختلف مواقف الاختصاصيين وأولياء الأمور ازاء اولويات الأهداف والخدمات.

الجدول رقم (1-1)

مبررات التدخل المبكر *

التدخل المبكر له ما يبرره، وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر:

- 1 - أن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعوقين الذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضاً.
- 2 - أن التعلم الانساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى.
- 3 - أن والديّ الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة.
- 4 - أن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر فهو يعني احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة.
- 5 - أن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً.
- 6 - أن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.
- 7 - أن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وأن المدرسة ليست بديلاً للأسرة.
- 8 - أن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.
- 9 - أن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.
- 10 - أن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.
- 11 - أن التدخل المبكر يساهم في تجنب الوالدين وطفلها المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقاً.

حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة المبكرة

في حين تقدر بعض المصادر نسبة الإعاقة في الطفولة المبكرة بحوالي 3% تقدرها مصادر أخرى بحوالي 15%

* نقلاً عن الخطيب والحديدي (1998).

ويرجع هذا التفاوت في التقديرات إلى عدة أسباب من أهمها عدم وضوح التعريفات. فليس هناك تعريف موحد، وحتى في حالة الاتفاق على تعريفات موحدة فثمة مشكلات وصعوبات تتعلق بتشخيص الاعاقات وبخاصة البسيطة منها في السنوات الأولى. فمن المعروف أن الصعوبات التعليمية والمشكلات الكلامية والتخلف العقلي البسيط وبعض الاضطرابات السلوكية يصعب التعرف عليها قبل دخول الطفل الصف الأول. علاوة على ذلك، فإن التحقق من وجود إعاقة أمر بالغ الصعوبة عندما يتعلق الأمر بالأطفال الصغار في السن ذلك أن هؤلاء الأطفال يتغيرون بسرعة وبشكل ملحوظ. وعلى الرغم من هذه التحديات فإن هناك اتفاقاً عاماً على أن حوالي 10% من الأطفال في سن ما قبل المدرسة في أي مجتمع لديهم إعاقة أو أن إعاقة ما قد تتطور لديهم.

وفي الدول العربية، لا تتوفر إحصاءات دقيقة يمكن الاعتماد عليها فيما يتعلق بأعداد الأطفال المعوقين بوجه عام أو



الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة بوجه خاص. فبعض الدول حاولت تحديد أعداد الأطفال المعوقين ولكن الأرقام المقدمة لا تعكس الحقائق.

وعلى ضوء ذلك فإن نسبة الانتشار المعتمدة دولياً (10%) هي النسبة التي يمكن أخذها بالحسبان لأغراض تقدير أعداد الأطفال المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة في الدول العربية. وبناء على ذلك يتوقع أن يكون عدد هؤلاء الأطفال حوالي ثلاثة ملايين وستمئة ألف طفل في الدول العربية (انظر الجدول رقم 1-2).

الجدول رقم (1-2)

الأعداد المتوقعة للأطفال المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة في العالم العربي

الأعداد المتوقعة في العالم العربي	النسبة المئوية المعتمدة عالمياً	الفئة
828,000	2,3	الأطفال المتخلفون عقلياً
36,000	0,1	الأطفال المعوقون بصرياً
216,000	0,6	الأطفال المعوقون سمعياً
900,000	2,5	الأطفال العاجزون عن التعلم
180,000	0,5	الأطفال المعوقون جسدياً
360,000	1,0	الأطفال المضطربون سلوكياً
1,080,000	3,0	الأطفال المضطربون كلامياً / لغوياً
3,600,000	10	المجموع الكلي

الإعاقات في الطفولة المبكرة: الأشكال الرئيسية والمؤشرات التحذيرية

الإعاقات العقلية:

الإعاقاة العقلية هي حالة انخفاض ملحوظ في الأداء العقلي العام يظهر في مرحلة النمو ويرافقه عجز في السلوك التكيفي. ويعتبر انخفاض الأداء العقلي العام ملحوظاً إذا كان بمقدار انحرافين معاريين عن المتوسط (أي أن درجة الذكاء تقل عن 70 عند استخدام مقياس وكسلر أو 68 عند استخدام مقياس بينيه. أما العجز في السلوك التكيفي فهو يعني افتقار الفرد إلى الكفاية اللازمة لتحمل المسؤولية الاجتماعية والتمتع بالاستقلالية الشخصية المتوقعة لمن هم في فئته العمرية وفئته الاجتماعية / الثقافية.

واعتماداً على مدى الانخفاض في القدرات العقلية العامة تصنف الإعاقاة العقلية إلى أربعة مستويات هي:

- 1 - إعاقاة عقلية بسيطة (درجة ذكاء بين 70-55)
- 2 - إعاقاة عقلية متوسطة (درجة ذكاء بين 40-50).
- 3 - إعاقاة عقلية شديدة (درجة ذكاء بين 25-40).
- 4 - إعاقاة عقلية شديدة جداً (درجة ذكاء دون 25).



وعلى الرغم من تباين خصائص الأفراد ذوي الإعاقاة العقلية إلا أن هذه الإعاقاة غالباً ما تؤثر في مجالات النمو العقلي، والجسمي / الحركي، والانفعالي / الاجتماعي، واللغوي، والشخصي. فمن الناحية العقلية يعاني هؤلاء الأفراد كمجموعة يعانون من ضعف الانتباه والقابلية للتشتت، وعدم الإفادة من التعلم العارض، وضعف الذاكرة قصيرة المدى، وضعف القدرة على التمييز من جهة والتعميم ونقل أثر التعلم من جهة أخرى، وضعف القدرة على التفكير المجرد. ومن الناحية الجسمية / الحركية فالأشخاص المتخلفون عقلياً، وإن كان نموهم يسير وفقاً للتسلسل الطبيعي، إلا أن لديهم ضعفاً عاماً أو تأخراً من حيث سرعة النمو أو معدله. وقد تصاحب الإعاقاة العقلية وبخاصة الشديدة والشديد جداً تشوهات مختلفة في الرأس أو الوجه أو في أطراف الجسم. كذلك فهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض ومظاهر الضعف المختلفة في الأجهزة العصبية والعضلية - العظمية وغيرها. وأما بالنسبة للنمو اللغوي فالإعاقاة العقلية غالباً ما تؤثر سلباً على القدرة التواصلية للأفراد وتقود إلى ضعف أو تأخر لغوي وكلامي. فلغتهم تتطور ببطء وتتسم بعدم النضج وكلامهم غالباً ما يكون مضطرباً من حيث الانسياب / الطلاقة أو النطق أو الصوت. وفي حالات الإعاقاة العقلية الشديدة والشديدة جداً فقد لا تتطور القدرات الكلامية.

الكشف المبكر عن الإعاقة العقلية

من الصعوبة بمكان الكشف المبكر عن التخلف العقلي ما لم تكن الحالة من المستوى الشديد. وعلى أي حال، يمكن وصف أهم العلامات المبكرة للتخلف العقلي على النحو التالي:

- 1 - التأخر اللغوي الملحوظ
- 2 - ضعف الانتباه
- 3 - التأخر الملحوظ في النمو الحركي
- 4 - بطء معدل التعلم والنمو
- 5 - التأخر الملحوظ في التطور الاجتماعي
- 6 - الحاجة إلى التكرار والاعادة بشكل مفرط.
- 7 - عدم نقل أثر التعلم وضعف القدرة على التعميم.

وأخيراً فإن للإعاقة العقلية تأثيرات متباينة على مظاهر النمو الشخصي والاجتماعي / الانفعالي. ومن أهم تلك التأثيرات تدني مستوى الدافعية ومفهوم الذات، وتوقع الفشل والإخفاق، والانسحاب الاجتماعي، والسلوكيات النمطية، والعديد من الاستجابات الانفعالية والاجتماعية غير التكيفية.

أما أسباب التخلف العقلي فهي ما زالت غير معروفة في حوالي 75% من الحالات بالرغم من أن الدراسات والبحوث العلمية التي أجريت في العقود الماضية وجدت علاقات ارتباطية بين أكثر من مائتي متغير والتخلف العقلي. ومهما يكن الأمر، فقد دأب الباحثون على تسمية التخلف العقلي الذي يعرف له سبب عضوي بالتخلف العقلي العيادي وتسمية التخلف الذي لا يعرف له سبب عضوي بالتخلف العقلي الثقافي - الأسري (البيئي).

الإعاقة الجسمية والصحية:

الإعاقة الجسمية والصحية حالات مختلفة قد تكون ولادية وقد تكون مكتسبة ولكنها عموماً تحد من قدرة الفرد على



استخدام جسمه في القيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وعادي. وتصنف الإعاقات الجسمية والصحية إلى ثلاث فئات رئيسية وهي:

- أ - الاضطرابات العصبية.
 - ب - الاضطرابات العضلية / العظمية.
 - ج - الاضطرابات الصحية المزمنة.
- وفيما يلي وصف موجز لأكثر أشكال هذه الاضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة المبكرة:

أ - الاضطرابات العصبية:

(1) الشلل الدماغي:

إعاقة عصبية حركية تنجم عن تلف مراكز التحكم الحركي في الدماغ غالباً ما تقود إلى اضطراب مستوى التوتر العضلي أو عدم التوازن أو فقدان التحكم بالحركات الإرادية.

(2) الصلب المفتوح (العمود الفقري المشقوق):

اضطراب ولادي يظهر فيه كيس بارز في أسفل الظهر ويحتوي هذا الكيس في الحالات الشديدة على جزء من الحبل الشوكي والسائل المخي - الشوكي.

(3) الاستسقاء الدماغى:

تجمع السائل المخى - الشوكى بشكل غير طبيعى فى حجيرات الدماغ مما يؤدى الى توسع الجمجمة وتلف الأنسجة الدماغية وبالتالي التخلف العقلى.

(4) شلل الأطفال:

عدوى فيروسية تؤدى إلى تلف الخلايا الحركية فى النخاع الشوكى.

(5) الصرع:

اضطراب مفاجئ فى النشاط الكهربائى للدماغ يؤدى إلى فقدان الوعي وتشنج اطراف الجسم والنوبات التشنجية.

ب . الاضطرابات العظمية - العظمية

(أ) بتر الأطراف:

عدم نمو أو غياب طرف أو أكثر من أطراف الجسم. وقد يكون السبب وراثياً (الحصبة الألمانية، تناول الأدوية أثناء الحمل، الأشعة السينية) أو مكتسباً (بسبب إصابة خطيرة أو إجراء جراحى وقائى).

(ب) هشاشة العظام (الجبنة السويسرية):

عدم اكتمال نمو العظام وقابليتها للكسر بسبب الاصابات البسيطة.

(ج) التهاب العظام:

اضطراب عمليات النمو العظمى بسبب الالتهابات والاصابات.

(د) الحثل العظمى (التضخم العظمى الكاذب):

اضطراب يتصف بالتدهور المضطرب فى عضلات الجسم الإرادية حيث أنها تستبدل تدريجياً بمواد دهنية.

(هـ) اضطراب لج - كالف - بيرثز:

تلف مركز النمو فى الجزء العلوى من عظمة الفخذ ينتج عنه موت الأنشطة بسبب عدم وصول الدم.

(و) التهاب المفاصل الروماتيزمى:

مرض حاد ومؤلم فى المفاصل والأنسجة المحيطة بها ينجم عنه تورم وحمى وتيبس خاصة فى الصباح.

(ز) التقوس المفصلى:

إعاقة ولادية تكون فيها المفاصل مصابة بالتشوه والتيبس مما يقود إلى قصر العضلات وضعفها والحد من مدى الحركة.

(ح) انحناءات العمود الفقرى:

وتشمل البزخ (انحناء العمود الفقرى إلى الأمام) والجنف (انحناء العمود الفقرى وميلانه) والحدب (انحناء العمود الفقرى إلى الخلف).

الكشف المبكر عن الإعاقات الجسمية والصحية

لما كانت الإعاقات الجسمية والصحية متباينة جداً فإنه من الصعب التحدث عن اجراءات كشفية موحدة. وبوجه عام، فإن هذه الإعاقات تصنف الى أربع فئات أساسية هي:

- الاضطرابات العصبية
- الاضطرابات العظمية
- الاضطرابات العضلية
- الامراض المزمنة