



### المخرجات التعليمية

يتوقع من الدارس بعد الانتهاء من قراءة هذا الفصل أن يكون قادراً على:

- التمييز بين التربية الخاصة والتربية العامة.
- تعريف فئات التربية الخاصة المختلفة.
- معرفة مستويات الوقاية من الإعاقة.
- معرفة أهمية العلاقات مع أسر ذوي الحاجات الخاصة.
- معرفة التوجهات الحديثة في ميدان التربية الخاصة.

إعداد: أ. د. جمال الخطيب

# 1

## التربية الخاصة:

مقدمة عامة

## Special Education: An Introduction

## مقدمة

لعل أهم ما تميزت به التربية الخاصة منذ بداياتها الأولى الاهتمام بالفروق الفردية بين المتعلمين. فهي تشمل تكيف العملية والبيئة التعليمية بهدف تمكين الطلبة الذين يختلفون جوهريا عن الطلبة الآخرين من بلوغ أقصى ما تسمح به إمكاناتهم من نمو، وتحصيل، واستقلالية. والتربية الخاصة ميدان دائم التغير من حيث، العمليات التي يتضمنها والآليات التي يتم اتباعها لتنفيذ تلك العمليات. إلا أن المراجع العلمية المتخصصة في دول العالم المختلفة منذ عقود عديدة تعرف التربية الخاصة بأنها تدريس صفي مصمم خصيصا للطلبة الذين يتعذر تلبية احتياجاتهم التعليمية عن طريق المنهج المدرسي التقليدي. ولا يعني ذلك أن التربية، الخاصة (Special Education) شيء والتربية العامة (Regular Education) شيء مختلف تماما، فخصوصية التربية الخاصة نابعة من التكيف الذي تتضمنه ومن أساليبها الفريدة. وإذا كانت الفروق بين التربية الخاصة والتربية العامة كبيرة في الماضي، فهي لم تعد كذلك في الوقت الحاضر وذلك ما يوضحه هذا الفصل ويؤكد عليه في الأجزاء الآتية.

ويختلف التدريس الذي يتم تنفيذه خصيصا (Especially Designed Instruction) للطلبة ذوي الحاجات الخاصة عن التدريس المنفذ مع الطلبة الآخرين الذين ليس لديهم حاجات تربوية خاصة من نفس العمر الزمني والمستوى الصفي. ولكن التدريس المصمم خصيصا ليس بالضرورة تدريسا ينفذ في أوضاع تعليمية خاصة معزولة عن الأوضاع التعليمية المألوفة. وفي الواقع، فقد طرأ تغيير على كل من الفئات المستهدفة من التربية الخاصة والأوضاع التي يتم تنفيذ هذا النمط من التربية فيها. فإذا كانت التربية الخاصة في الماضي تعني تعليم الطلبة ذوي الإعاقات المختلفة في أوضاع تعليمية (مدارس ومؤسسات) خاصة خارج النظام التربوي العام ومعزولة عنه، فهي لم تعد كذلك في الوقت الراهن. فقد أصبحت نسبة كبيرة من هؤلاء الطلبة تتلقى التعليم في المدارس العادية. ولم يعد مصطلح «الأطفال ذوو الحاجات الخاصة» في عدة دول يقتصر على الأطفال ذوي الإعاقات، ولكنه أصبح يشمل حاليا الأطفال الذين يخفقون في المدرسة لأسباب أخرى مثل: الأطفال المحرومين نفسيا وثقافيا لسبب أو آخر، والأطفال ذوي مشكلات التعلم والتحصيل والتكيف الناجمة عن أسباب مختلفة مثل التباين الثقافي وغير ذلك.

ومهما يكن الأمر، فالتربية الخاصة لا تقدم للأطفال المعوقين فقط، ولكنها تقدم أيضا للأطفال الموهوبين والمتفوقين. فالطالب المتفوق هو الآخر لديه حاجات تربوية خاصة يتعذر على النظام التربوي التقليدي تلبيتها. ولذلك فهو يحتاج إلى تدريس من نمط خاص قد يتم تنفيذه في أوضاع تعليمية عادية أو في أوضاع تعليمية خاصة.

## من هو الطفل المعوق؟

الطفل المعوق (Handicapped Child) هو طفل يعاني من حالة ضعف أو عجز تحد من قدرته على التعلم بالبيئة التربوية العادية، أو تمنعه من القيام بالوظائف والأدوار المتوقعة ممن هم في عمره باستقلالية. و بذلك فهو طفل لديه انحراف أو تأخر ملحوظ في النمو جسدياً، أو حسياً، أو عقلياً، أو سلوكياً، أو لغوياً. وينجم عن ذلك حاجات فريدة تقتضي تقديم خدمات خاصة وتستدعي توفير فرص غير تقليدية للنمو والتعلم واستخدام أدوات وأساليب معدلة يتم تنفيذها وتوظيفها على مستوى فردي. وباللغة التربوية، فإن الإعاقة حالة تفرض قيوداً على الأداء الأكاديمي مما يجعل التعلم في الصف العادي وبالطرق التعليمية العادية أمراً يصعب تحقيقه (Read, 2000).

والتعريف السابق تعريف تربوي، وهناك تعريفات عديدة أخرى متداولة. فهناك تعريفات طبية تعتمد على معايير دقيقة وقابلة للقياس موضوعية (كما هو الحال مثلاً بالنسبة للضعف البصري أو فقدان السمع). وهناك أيضاً تعريفات اجتماعية تركز على القيود التي تفرضها حالة الإعاقة على قابلية الشخص للقيام بأدواره كفرد في المجتمع، وتعريفات مهنية ينصب الاهتمام فيها على تحديد التأثيرات المحتملة للإعاقة على أداء الشخص في عالم العمل.

وقد كانت الإعاقة موجودة في الماضي وهي موجودة الآن. والبرامج الوقائية، على أهميتها، لا تمنع حدوث الإعاقة كاملاً، ولكنها تخفف نسبة انتشار الإعاقات أو تخفف شدة المضاعفات التي تنجم عن الإعاقة. وفي الوقت الحالي، يقدر العدد الإجمالي للأشخاص المعوقين في العالم بحوالي 600 مليون إنسان وما يقرب من 25 مليون إنسان معوق في الدول العربية.

والإعاقة ظاهرة تعرفها كل المجتمعات البشرية دون استثناء وإن كانت نسبة انتشار وطبيعة أسباب الإعاقات تختلف من مجتمع إلى آخر. كذلك فإن الأسباب الحقيقية للإعاقة غير واضحة في نسبة كبيرة من الحالات. فمع أن بعض الإعاقات يمكن تحديد عوامل عضوية محددة كأسباب لها ولكن إعاقات أخرى لا يعرف لها أسباب معينة، ولعل هذه الحقيقة توضح صعوبة الوقاية من الإعاقة .

فالإعاقة ظاهرة تحدث بنسب متفاوتة في كل مكان وزمان، فهي لا تعرف حدوداً تقف عندها، وهي لا تميز بين الناس اعتماداً على عرقهم، أو فئتهم الاقتصادية - الاجتماعية، أو مستوى ثقافتهم وما إلى ذلك. فالإعاقة تحدث لدى الذكر والأنثى، ولدى الأبيض والأسود، ولدى الغني والفقير، ولدى المثقف والأمي.

## فئات الإعاقة

تصنف الإعاقة إلى الفئات الرئيسة الآتية:

### الإعاقة العقلية (Intellectual Disabilities)

هي تدن ملحوظ (انخفاض لا يقل عن انحرافين معياريين عن المتوسط) في مستوى الأداء العقلي العام يرافقه عجز في السلوك التكيفي. وتصنف الإعاقة العقلية إلى أربعة مستويات: بسيط، ومتوسط، وشديد، وشديد جداً. وقد تنجم الإعاقة العقلية عن عوامل عضوية أو عن عوامل ثقافية - أسرية. وتؤثر الإعاقة العقلية على مظاهر النمو العقلي، والجسمي، والانفعالي/ الاجتماعي، واللغوي، والشخصي (القيومي والسرطاوي والصمادي، 2012).

### صعوبات التعلم (Learning Disabilities)

واحدة من فئات التربية الخاصة التي توصف بأنها «محيرة» لأن الغموض كان وما زال يكتنفها من حيث التعريف والأسباب. والتعريف الأكثر قبولاً لصعوبات التعلم هو ذلك الذي ينص على أنها اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم اللغة أو استخدامها سواء كانت شفوية أو كتابية. وتتمثل المشكلة الرئيسية في الصعوبات التعلمية في التباين الملحوظ بين القابلية والإنجاز الفعلي. وبوجه عام، ليس هناك سوى سبب واحد فقط لصعوبات التعلم لكن السبب الأكثر شيوعاً على ما يعتقد كثيرون هو حدوث خلل في الأداء الوظيفي للمخ أي خلل نيورولوجي. ويرجع هذا الخلل أو القصور النيورولوجي إلى خمس فئات عامة، هي: الأسباب الوراثية، والأسباب البيولوجية، والأسباب البيوكيماوية، والأسباب البيئية، والأسباب النمائية.

### الإعاقة البصرية (Visual Impairment)

تشمل الاعاقة البصرية العمى (فقدان البصر الكلي) وضعف البصر (فقدان البصر الجزئي). ومن الناحية الطبية / القانونية يعتبر الطفل كفيفاً إذا كانت حدة بصره أقل من 20/200 أو إذا كان مجال بصره لا يتعدى 20 درجة وذلك بعد تنفيذ الإجراءات التصحيحية باستخدام العدسات أو النظارات الطبية أو الجراحة. ومن الناحية التربوية فالطفل يعتبر كفيفاً إذا لم يكن باستطاعته التعلم من خلال حاسة البصر واعتمد على طريقة برايل. أما الضعف البصري فهو حدة بصر تتراوح بين 20/70-20/200 وفقاً للتعريف القانوني. ومن الناحية التربوية فهو حالة ضعف لا تمنع الطفل من استخدام بصره كاملاً فثمة قدرات بصرية متبقية لديه للقراءة باستخدام أدوات التكبير. وتشتمل الأسباب الرئيسية للإعاقة البصرية على:

(1) أخطاء الانكسار (2) اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (3) الماء الأبيض الناتج عن فقدان العدسة لشفافيتها (4) الماء الأسود (5) التراخوما (6) انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين، (7) تنكس (تلف) الحفيرة الصفراء (8) ضمور العصب البصري (9) التليف خلف العدسة (10) التهاب الشبكية الصباغي (الحديدي، 2017) .

### الإعاقات الجسدية والصحية (Physical and Health Impairments)



هي حالات ولادية أو عارضة (مكتسبة) تفرض قيوداً على استخدام الفرد جسمه للقيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وطبيعي. والإعاقة الجسدية والصحية ثلاث فئات رئيسية، هي: الاضطرابات العصبية (مثل الشلل الدماغي،

والعمود الفقري المشقوق، وشلل الأطفال، والصرع)، والاضطرابات العضلية/العظمية (مثل بتر الأطراف، وهشاشة العظام، والحنث العضلي)، والاضطرابات الصحية المزمنة (مثل الهيموفيليا، وفقر الدم المنجلي، والتليف الحويصلي) (الخطيب، 2017).

### الإعاقة السمعية (Hearing Impairment)

تشمل الإعاقة السمعية الصمم والضعف السمعي. والأصم هو الشخص الذي يعاني من فقدان سمعي يزيد على 90 ديسبل، أما الشخص ضعيف السمع فهو الذي يتراوح مدى الفقدان السمعي لديه بين 25-90 ديسبل. وتصنف الإعاقة السمعية إلى إعاقة سمعية قبل تطور اللغة وإعاقة سمعية بعد تطور اللغة. وتصنف تبعاً لموقع الإصابة إلى: (أ) فقدان سمعي توصيلي (ب) فقدان سمعي حس عصبي، (ج) فقدان سمع مختلط، (د) فقدان سمعي مركزي. وتتنوع أسباب الإعاقة السمعية فثمة حالات ولادية وثمة حالات أخرى مكتسبة. والحالات المكتسبة قد تحدث فجأة وقد تحدث تدريجياً. وهناك أيضاً حالات ضعف سمعي لا يعرف لها سبب معين. بالنسبة للحالات الولادية فهي قد تكون وراثية وهي قد لا تكون وراثية بل ناجمة عن عوامل أخرى من أكثرها شيوعاً وخطورة الحصبة الألمانية. أما الإعاقة السمعية المكتسبة فهي تعود لجملة من الأسباب منها التهاب السحايا، والخداج، وعدم توافق العامل الريزي، والتهاب الأذن الوسطى، والعقاقير الطبية، وغير ذلك من الأسباب (الخطيب، 2016).

### اضطرابات السلوك (Behavior Disorders)

يعد السلوك مضطرباً إذا اختلف جوهرياً من حيث تكراره أو مدته أو شدته أو شكله وبشكل متكرر عما يعتبر سلوكاً طبيعياً في ضوء الموقف أو العمر الزمني للفرد أو جنسه أو مجموعته الثقافية. ويظهر لدى الأشخاص المضطربين سلوكياً أو المعوقين انفعالياً جملة من الخصائص من أهمها: عدم قدرة على التعلم غير ناجمة عن انخفاض في القدرة العامة أو العجز الحسي أو الجسمي، وعدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية طبيعية مع الأقران والمعلمين، والإحساس العام بالكآبة والحزن، والشكوى من أعراض نفسية - جسمية (مخاوف وآلام) ليس لها جذور جسمية واضحة، واستجابات غير تكيفية وأمط سلوكية غير عادية في المواقف العادية. و تصنف اضطرابات السلوك إلى أربع فئات رئيسة هي : (أ) اضطرابات التصرف: (النشاط الزائد وثورات الغضب وحب السيطرة والمشاجرة ومخالفة قواعد السلوك)، (ب) عدم النضج (العجز عن الانتباه والتفاعل مع من هم أصغر سناً والسلبية)، (ج) اضطراب الشخصية (الانسحاب الاجتماعي والخجل والقلق والشعور بالنقص)، (د) العدوان والانحراف الاجتماعي (السرقه والسلوك العدائي - التخريبي) (القريوتي وزملاؤه، 2012).

### اضطرابات التواصل (Communication Disorders)

تشمل اضطرابات التواصل اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام. وتتمثل اضطرابات اللغة في ضعف أو غياب القدرة على التعبير عن الأفكار أو عن تفسيرها بهدف التواصل. وتشمل الاضطرابات اللغوية: الاضطرابات اللغوية النمائية والاضطرابات اللغوية التعليمية والحبسة الكلامية (الأفيزيا). أما اضطرابات الكلام فتتمثل في ضعف القدرة الفسيولوجية على تشكيل الأصوات بشكل سليم واستخدام الكلام بشكل فعال. وتشمل هذه الاضطرابات الإبدال والإضافة والحذف والتشويه واضطرابات الطلاقة أو الانسياب الكلامي وتشمل التأناة أو الكلام بسرعة فائقة، واضطرابات الصوت وتشمل الخنة الأنفية والبحة الشديدة.

## نسبة انتشار الإعاقات (Prevalence of Disabilities)

لا تتوفر إحصاءات دقيقة عن نسبة انتشار الإعاقات المختلفة في المجتمعات الإنسانية. فالتقديرات تتفاوت بشكل ملحوظ. وثمة أسباب لذلك منها:

(أ) عدم قيام عدد كبير من دول العالم بإجراء دراسات مسحية لتحديد أعداد الأفراد المعوقين في المجتمع.

(ب) بالنسبة للدول التي أجرت هذا النوع من الدراسات فثمة عوامل عديدة تحول دون التوصل إلى نتائج دقيقة. ومن هذه العوامل: (1) اعتماد تعريفات غامضة بعض الشيء لفئات الإعاقة واختلاف التعريفات من وقت إلى آخر ومن دراسة إلى أخرى، (2) تداخل الفئات التشخيصية وغيرها من وقت إلى آخر، (3) الأخطاء المتعلقة بالعينات التي تشملها الدراسات المسحية مثل عدم تمثيلها للمجتمع، وتحيزها لسبب أو لآخر، (4) المشكلات المتعلقة بدور المدرسة في هذه العملية والمتمثلة بعدم أخذ الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة والشباب الذين تزيد أعمارهم على السن المدرسي بالحسبان واختلاف المعايير المستخدمة من مدرسة إلى أخرى، (5) الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإعاقة الأمر الذي يدفع أعداداً كبيرة من الأسر إلى إخفاء الأطفال المعوقين وتجنب إدراج أسمائهم في الدراسات والسجلات الرسمية (Hallahan & Kauffman , 2012)

وعلى أي حال، فقد أجرت معظم دول العالم دراسات مسحية وقدمت إحصاءات رسمية اعتماداً على النتائج التي تم التوصل إليها. ويبين الجدول (1-1) النسب التقديرية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة التي أشار إليها هيوارد (Heward, 2012).



الجدول 1-1 : النسب التقريبية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة في المجتمعات الإنسانية (\*)

النسبة التقريبية	فئة الإعاقة
2.3%	الإعاقة العقلية
3%	صعوبات التعلم
0.6%	الإعاقة السمعية
0.1%	الإعاقة البصرية
0.5%	الإعاقة الجسمية
2%	الإعاقة الانفعالية
3.5%	المجموع

(\*) أخذت المعلومات الواردة في هذا الجدول من هيوارد (Heward, 2012)

## الوقاية من الإعاقات (Prevention of Disabilities)

لا تحظى الوقاية بالاهتمام الذي تستحقه رغم أن تجاهل الخدمات الوقائية مكلف للفرد والأسرة والمجتمع. والوقاية قابلة للتحقيق بأساليب مباشرة وأخرى غير مباشرة (الخطيب والحديدي، 2016). ومع أن أسباب بعض الإعاقات لا تزال غير معروفة إلا أن هناك مئات الأسباب المعروفة حالياً. ولكن الواقع الراهن لبرامج الوقاية دون المستويات المطلوبة. فمعروف أن نسبة كبيرة جداً من الأطفال في الدول النامية لا يتوفر لها خدمات مناسبة مما يؤدي إلى تحول بعض حالات الضعف القابلة للوقاية إلى حالات إعاقة على المدى الطويل. كذلك فإن الأوضاع الاقتصادية في الدول النامية والتحديات في مجالات محو الأمية والأمن الغذائي والرعاية الصحية الأولية وغيرها تجعل الوقاية من الإعاقة بمفهومها الشامل أمراً متعزراً. إضافة إلى ذلك، فإن الاتجاهات السائدة والافتراضات والمعتقدات غير العلمية من جهة والنظرة الضيقة وقصيرة الأمد للوقاية من جهة ثانية تجعل خدمات الوقاية القائمة غير فعالة وغير كافية.

وتتطلب الوقاية الفاعلة من الإعاقة جهوداً وطنية واسعة النطاق يشارك في بذلها كل من الفرد والأسرة والمجتمع. وذلك يتطلب اعتماد خطة عمل وطنية طويلة المدى (الخطيب والحديدي، 2016). والوقاية من الإعاقة ثلاثة مستويات: المستوى الأول (ويهدف إلى منع حدوث الاعتلال أو الإصابة)، المستوى الثاني (ويهدف إلى منع تحول الاعتلال إلى عجز)، والمستوى الثالث (ويهدف إلى الحيلولة دون تطور العجز إلى إعاقة).

وفيما يلي عرض موجز لأهم الإجراءات الوقائية التي يمكن تنفيذها على كل مستوى من المستويات الثلاثة المشار إليها أعلاه (الخطيب والحديدي، 2016) :

### **المستوى الأول (Primary Prevention)**

- 1- تقديم خدمات الإرشاد الوراثي.
- 2- نشر الوعي الصحي العام وتطوير مستوى الرعاية الصحية الأولية.
- 3- المتابعة الصحية المنتظمة للأمهات الحوامل والأطفال الصغار في السن.
- 4- التلقيح ضد أمراض الطفولة.
- 5- توفير النظم الغذائية المناسبة.
- 6- إزالة المخاطر البيئية.
- 7- إجراء الولادات في ظروف صحية.
- 8- اتخاذ التدابير اللازمة للحفاظ على سلامة الأطفال.
- 9- توعية الأمهات بمخاطر تناول الأدوية أثناء الحمل أو التدخين أو الأشعة السينية وما إلى ذلك.
- 10- الكشف المبكر عن الأمراض لدى الأم الحامل ومعالجتها بالسرعة الممكنة.
- 11- تشجيع أفراد المجتمع على اتخاذ التدابير الاحترازية قبل الزواج وقبل الحمل.
- 12- تشجيع أمهات التنشئة المناسبة.

### **المستوى الثاني (Secondary Prevention)**

- 1- الكشف المبكر عن الأمراض والاضطرابات.
- 2- تنفيذ الإجراءات التعويضية المناسبة مثل المعينات السمعية.
- 3- المعالجة الطبية سواء من خلال الأدوية أو الجراحة أو التغذية.

### **المستوى الثالث (Tertiary Prevention)**

- 1- توفير خدمات التدخل المبكر.
- 2- توفير الخدمات الإرشادية والبرامج التدريبية.