



الإعاقات المتعددة

المفاهيم الأساسية وضبط جودة البرامج

الدكتور
مسعد بن عثمان العايد
أستاذ التربية الخاصة المساعد
الجامعة العربية المفتوحة



الإعاقات المتعددة

المفاهيم الأساسية وضبط جودة البرامج

الدكتور
مسعود بن عثمان العايد
أستاذ التربية الخاصة المساعد
الجامعة العربية المفتوحة



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الإعاقات المتعددة

المفاهيم الأساسية وضبط جودة البرامج

رقم التصنيف : 371.9

المؤلف ومن هو في حكمه : مساعد بن عثمان العايد

عنوان الكتاب : الإعاقات المتعددة المفاهيم الأساسية وضبط جودة البرامج

رقم الإيداع : 2014/5/2354

الواصفات : التربية الخاصة/ الطلاب المعوقون

بيانات النشر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

تم إعداد بيانات العهدة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

حقوق الطبع محفوظة للنشر

جميع حقوق الملكية الأدبية والفنية محفوظة لدار المسيرة للنشر والتوزيع عمان - الأردن ويحظر طبع أو تصوير أو ترجمة أو إعادة تنضيد الكتاب كاملاً أو مجزأً أو تسجيله على اشرطة كاسيت أو إدخاله على الكمبيوتر أو برمجته على إسطوانات ضوئية إلا بموافقة الناشر خطياً

Copyright © All rights reserved

No part of this publication may be translated, reproduced, distributed in any form or by any means, or stored in a data base or retrieval system, without the prior written permission of the publisher

الطبعة الأولى 2015م - 1436هـ



عنوان الدار

الرئيسي : عمان - العبدلي - مقابل البنك العربي هاتف : 962 6 5627049 فاكس : 962 6 5627059
الفرع : عمان - ساحة المسجد الحسيني - سوق البترا هاتف : 962 6 4640950 فاكس : 962 6 4617640
صندوق بريد 7218 عمان - 11118 الأردن

E-mail: Info@massira.jo . Website: www.massira.jo

التصميم والخراج بالدار - - المرة الانتاج

الإهداء

إلى روح والدي اسكنه الله فسيح جناته،،،
إلى والدتي الحبيبة ألبسها الله ثوب العافية، إلى ابن أخي مهند،
إلى كل فرد من ذوي الإعاقات المتعددة والاحتياجات الخاصة وأسراهم،
أهدي ثمرة جهدي...

الفهرس

المقدمة..... 15

الفصل الأول

مدخل إلى الإعاقات المتعددة

- تعريف الأفراد متعددي الإعاقات 19
- التمييز بين الشدة في إعاقة معينة وبين مصطلح الإعاقات الشديدة والمتعددة 21
- تصنيف الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة 22
- نسبة انتشار الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة 23
- أسباب حدوث الإعاقات المتعددة 24
- العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة..... 24
- العوامل المرتبطة بمرحلة الولادة 25
- العوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة..... 25
- الخصائص العامة للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة..... 27
- الخصائص المعرفية 27
- الخصائص الأكاديمية 28
- الخصائص الجسمية 28
- الخصائص السلوكية..... 29
- الخصائص التواصلية..... 30

الفصل الثاني

احتياجات ذوي الإعاقات المتعددة

- 37..... احتياجات الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة.
- 37..... حاجات النمو الجسمي
- 38..... حاجات النمو الاجتماعي
- 38..... حاجات النمو الانفعالي
- 39..... حاجات النمو المعرفي
- 42..... الاحتياجات الخدمية

الفصل الثالث

التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة

- 49..... التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة.
- 50..... الفريق متعدد التخصصات
- 51..... التعرف على الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة
- 52..... التكييفات التربوية
- 52..... دمج الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة
- 52..... تكيف المنهج
- 53..... المهارات الوظيفية المناسبة للعمر
- 54..... قانون التكنولوجيا المساعدة
- 55..... التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة
- 56..... تعريف التدخل المبكر
- 57..... أهمية التدخل المبكر
- 59..... مبررات التدخل المبكر

- 61..... تفريد برامج التدخل المبكر
- 61..... مراحل عملية التدخل المبكر
- 62..... استراتيجيات التدخل المبكر
- 63..... الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر
- 64..... الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر
- 65..... أساليب الممارسة التنفيذية لبرامج التدخل المبكر
- 66..... فريق العمل في برامج التدخل المبكر
- 67..... الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر
- 68..... وظائف فريق التدخل المبكر
- 69..... دور الأسرة في تنشئة الطفل
- 70..... اتجاهات الأسرة نحو الطفل ذي الاحتياجات الخاصة
- 71..... أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر
- 72..... المبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة
- 73..... أساسيات التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة
- 76..... الأسس والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر
- 76..... مرحلة الوقاية
- 77..... مرحلة التشخيص
- 78..... مرحلة المعالجة وتقديم الخدمات
- 79..... أهم برامج التدخل المبكر وأهم عناصره
- 80..... خطوات إستراتيجية التدخل المبكر مع المعوقين عقلياً
- 80..... تقييم أثر وفاعلية التدخل المبكر
- 81..... معوقات التدخل المبكر

الفصل الرابع

البرامج التربوية والإرشادية وبرامج التدخل العلاجي

85	تقديم
85	منهج بافاريا للإعاقات المتعددة
85	أقسام المنهج
86	أهداف المنهج
87	طريقة تنظيم مادة المنهج
87	محتويات منهج بافاريا
96	برنامج بورتيج
96	المحتويات
97	تعريف بالمشروع العربي وبورتي
97	خلفية المشروع
98	اهداف المشروع
99	عناصر البرنامج
99	مواصفات البرنامج
100	تعليمات عامة ببورتيج
103	خطوات الزيارة المنزلية
105	أنواع التقييم في برامج التدخل المبكر
110	مقياس الصورة الجانبية
115	قائمة تطور المساعدة الذاتية

الفصل الخامس

مؤشرات ضبط الجودة في برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

123	مفهوم ضبط الجودة
123	ضبط الجودة في التعليم
123	أهداف ومبررات ضبط الجودة
124	فوائد ضبط الجودة في البرامج التربوية
124	ضبط الجودة في التربية الخاصة
125	معايير وأخلاقيات معلمي التربية الخاصة
125	الأبعاد الرئيسية لبرامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة
125	البعد الأول: إدارة البرنامج
130	البعد الثاني: تقييم وتشخيص الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة
135	البعد الثالث: البرنامج التربوي الفردي
143	البعد الرابع: المنهاج المرجعي
156	البعد الخامس: استراتيجيات التعليم والأنشطة التعليمية
173	البعد السادس: البيئة التعليمية
178	البعد السابع: متابعة التقدم وتقييمه
180	البعد الثامن: الدمج والتعليم في برامج الدمج
188	البعد التاسع: الخدمات المساندة
190	البعد العاشر: الخدمات الطبية والصحية
193	البعد الحادي عشر: الخدمات الانتقالية والمهنية
195	البعد الثاني عشر: مشاركة الأسرة ودعمها وتمكينها
199	البعد الثالث عشر: الكوادر العاملة في البرنامج
203	البعد الرابع عشر: تقييم البرنامج

الفصل السادس

ذوو الإعاقات المتعددة في المملكة العربية السعودية

- 209..... المقدمة
- 210..... واقع برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة في المملكة العربية السعودية
- تاريخ الاهتمام بالأفراد ذوي الإعاقات المتعددة في المملكة العربية
210..... السعودية
- مجالات الرعاية لطلاب معاهد وبرامج ذوي الإعاقات المتعددة والتربية الخاصة
في المملكة العربية السعودية..... 212
- امتيازات وتسهيلات طلاب معاهد وبرامج التربية الخاصة في المملكة العربية
السعودية..... 212
- أهم المشكلات التي تواجه تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في المملكة العربية
السعودية..... 213
- واقع جودة برامج التعليم في الوطن العربي..... 214

الفصل السابع

الإعاقة الجسمية والصحية

- 217..... المقدمة
- 217..... تعريف الإعاقات الجسمية والصحية
- 218..... تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية
- 220..... نسبة انتشار الإعاقات الجسمية والصحية
- 221..... أسباب الإعاقات الجسمية والصحية
- 221..... إصابات الجهاز العصبي المركزي
- 221..... الشلل الدماغي

223	إصابات الرأس
223	الاضطرابات الاختلاجية
224	الصرع
225	إضرابات العمود الفقري
226	إصابات الحبل الشوكي
227	الاستسقاء الدماغى
227	شلل الأطفال
228	التصلب المتعدد
228	إصابات الجهاز العظمى والعضلى
228	الضمور العضلى والشوكى
228	الحثل العضلى
229	وهن أو ضمور العضلات
229	تشوه وبتر الأطراف
231	تشوه القدم
232	شق الحلق والشفة
233	خلع الورك الولادى
235	المحناءات العمود الفقرى - الجنف
238	التهاب الفقرات الدرنى
239	التهاب المفاصل الدرنى
240	تلين العظام
243	التهاب المفاصل
246	الإصابات الصحىة
246	فقر الدم

- 246..... فقر الدم المنجلي
- 247..... الهيموفيليا
- 247..... الثلاسيميا
- 247..... التليف الحويصلي
- 248..... الربو القصبي
- 248..... سكري الأحداث
- 248..... التشوهات القلبية
- 249..... الفشل الكلوي المزمن
- 249..... نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)
- 250..... البدائل التعليمية للطلاب ذوي الإعاقات الجسمية
- 251..... برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسماً وصحياً
- 251..... التأهيل الطبي
- 251..... التأهيل المهني
- 251..... التأهيل الاجتماعي
- 254..... مفاتيح النجاح للطلبة ذوي الإعاقة الجسمية والصحية

الفصل الثامن

الإعاقات الشديدة والمتعددة.... التوجهات والسياسات

- 259..... تقديم
- 259..... مهمة للأسرة
- 260..... إلى أي حد تم تحقيق هذه النتائج خلال السنوات الخمس الماضية؟
- 262..... ما هي النماذج / الإجراءات التربوية الأكثر فعالية لتحقيق هذه النتائج؟
- 264..... الممارسات الفعالة على مستوى غرفة الصف والطلبة الأفراد

- 265..... ما هي النماذج التربوية/ الإجراءات التي تحول دون تحقيق هذه النتائج؟
- 269..... تحسين الانتقال من الحياة المدرسية إلى حياة سن الرشد
- 270..... تحسين تنفيذ القوانين المتعلقة بمتعددي الإعاقة
- 272..... تحسين الانتقال من الحياة الدراسية إلى الحياة المهنية
- 275..... المراجع

المقدمة

تعتبر الإعاقة بما تسببه من أزمات نفسية واجتماعية داخل محيط الأسرة أو عند مقارنة الفرد بأقرانه سبباً في إيجاد التحديات، وتدور تساؤلات كثيرة ومتعددة حول إمكانات ذوي الاحتياجات الخاصة، وحول قدراتهم على تأدية المهام المطلوبة منهم كأفراد في المجتمع، ومع تطور التربية الخاصة لم يعد البعض منهم معتمداً على من حوله اعتماداً كلياً، وإنما يمكن أن يقوم بكثير من الأدوار الحيوية إذا تم تدريبه وتأهيله لذلك بالشكل المناسب. ويعرف الطفل ذو الحاجات الخاصة بأنه ذلك الطفل الذي ينحرف أداؤه المنحرفاً ملحوظاً عما يعد عادياً سواء أكان من الناحية العقلية أو الحسية أو الناحية الانفعالية أو الاجتماعية، بحيث يستدعي هذا الانحراف نوعاً من الخدمات التربوية تختلف عما يقدم للطفل العادي، حيث يحتاج الطفل ذو الحاجات الخاصة إلى تعليم خاص وخدمات تربوية خاصة.

وهناك من يجتمع لديه أكثر من إعاقة ويطلق عليه متعدد العوق. وتحتاج فئة متعددي الإعاقة إلى دراسات من نوع خاص تتميز وتختلف عن الدراسات المتعلقة بنوع واحد من الإعاقة، حيث إن هناك اختلافاً في مجال البحث في حاجاتهم وبرامجهم وأساليب واستراتيجيات التعامل معهم، وهذا المجال لم يأخذ حظه من الدراسات السابقة وهو بحاجة إلى مزيد من التعمق لفهم خصائصهم، والوقوف على أهم احتياجاتهم، ومعرفة كيفية التعامل معهم.

وفي هذا الكتاب بفصوله المختلفة معلومات وافية ومستخلصة من نتائج الأبحاث العلمية والدراسات السابقة عن طبيعة الإعاقات المتعددة وحاجات متعددي الإعاقات وتحسين الخدمات التي تقدم لهذه الفئة بهدف المساهمة في سد النقص ونشر الوعي، لتوضيح حاجاتهم الجسمية والتربوية والاجتماعية والانفعالية، وتوفير معلومات تساعد الاختصاصيين في مراكز التربية الخاصة وأسر الأفراد الذين يعانون

من الإعاقات المتعددة، وبالتالي كيفية التعامل معهم وكيفية تربيتهم والعناية بهم، من خلال البرامج المعدة خصيصا لهذه الفئة.

المؤلف

مدخل إلى الإعاقات المتعددة

تعريف الأفراد متعددي الإعاقات

التمييز بين الشدة في إعاقة معينة وبين مصطلح الإعاقات
الشديدة والمتعددة

تصنيف الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

نسبة انتشار الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

أسباب حدوث الإعاقات المتعددة

الخصائص العامة للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

الفصل الأول

مدخل إلى الإعاقات المتعددة

تعريف الأفراد متعددي الإعاقات

لم يتم حتى العام (1977)، تعريف الطلبة متعددي الإعاقة مع أنهم كانوا يتلقون خدمات التربية الخاصة، وكانوا يصنفون بأنهم ذوو إعاقات متعددة. وتم التوصل إلى تعريف لهذه الفئة بين عامي (1978-1979) وكان ينص على أن الأفراد متعددي الإعاقات هم الذين يعانون من إعاقات مترامنة كالتخلف العقلي وكف البصر أو التخلف العقلي وتشوهات واضطرابات في النمو (Ysseldyk, 1997).

ويركز تعريف الإعاقات المتعددة لبريمر Brimer على أنهم الأفراد الذين لا يكونون مصابين بإعاقة واحدة فقط بل يتعدى ذلك إلى وجود إعاقة مصاحبة كالشلل الدماغية أو الإعاقة البصرية أو الإعاقة السمعية. وكذلك فإن بعض ذوي الإعاقات الشديدة تكون لديهم إعاقتان، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة تصنيفهم تحت إعاقة رئيسية وإعاقة مصاحبة خاصة عند ظهورهما معاً في الوقت نفسه مثال الصمم وكف البصر (العتيبي، 2002).

وتتبنى جمعية الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة (The Association for Persons with Severe Handicaps -TASH-) تعريف مير، بيسك، وبراون Meyer, Peck, & Brown, (1991) أن الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة يشملون جميع الأفراد من كل الأعمار الذين يحتاجون إلى دعم مكثف ومستمر في أكثر من مجال في الحياة للمشاركة والاندماج في الأوضاع الاجتماعية، والاستمتاع بحياة جيدة متوافرة للمواطن العادي. والدعم يشتمل على نشاطات الحياة المتنوعة من مثل الحركة، والتواصل والعناية الذاتية، والتعليم كضرورة للعيش المستقل والعمل والكفاية الذاتية.

كما يعرف كيرك، جالجر وأناستاسيو، Kirk, Gallagher, & Anastasiow, (2003) الأفراد متعددي الإعاقة بأنهم المعتمدون كلياً على غيرهم لتلبية احتياجاتهم اليومية، فهم يحتاجون إلى المساعدة طوال الوقت في مهارات الطعام واللباس وقضاء الحاجات والحركة والنظافة الشخصية من دون القدرة على المساعدة والدعم الذاتي، مما يجعل حضورهم للمدرسة أمراً مستحيلاً، فبعضهم بحاجة إلى الرعاية الصحية. ويظهر مما سبق أن بعض هؤلاء الأفراد يظهرون مجموعة معقدة من الأعراض والظروف التي تجعل من الصعب تحديد مشكلة معينة لديهم وكذلك نجد انه من الصعب أيضاً تحديد البرنامج المناسب له.

وعرّف المركز الوطني للأطفال والشباب المعاقين (NICHCY, 2004) الأفراد متعددي الإعاقات بأنهم أولئك الأفراد الذين يتلقون خدمات تربية خاصة، والمصنفون بأنهم ذوو إعاقات متعددة وإعاقة عقلية متوسطة أو شديدة، هؤلاء الأفراد بحاجة إلى خدمات دعم ومساعدة كبيرة في جميع الأنشطة الحياتية مما يتطلب مشاركتهم ودجهم بالأنشطة المحلية داخل مجتمعاتهم والاستمتاع والمشاركة في الحياة مع أشخاص عاديين في مجتمعهم المحيط بهم، إلا أنهم يعانون من صعوبات متكررة في الحركة وإعاقات حسية ومشكلات تواصلية وانفعالية.

ويعرف هالمان وكوفمان (Hallahan, & Kauffman, 2006) الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة بأنهم أولئك الأفراد، من كافة الأعمار الذين هم بحاجة إلى المساندة الموسعة والمستمرة في أكثر من نشاط أساسي من أنشطة الحياة حتى يتمكنوا من المشاركة في المواقف المجتمعية التكاملية، وان يتمتعوا بجودة الحياة التي تتاح أمام أولئك الأفراد الذين يعانون من إعاقات تقل في شدتها عن إعاقاتهم التي يعانون هم أنفسهم منها، أو الذين لا يعانون من أية إعاقات على الإطلاق. وقد يحتاج أولئك الأفراد إلى المساندة حتى يتمكنوا من أداء الأنشطة الحياتية المختلفة من مثل الحركة، والتواصل والعناية بالذات، والتعلم اللازم للحياة المستقلة، والتشغيل، والكفاءة الذاتية.

وعموماً فإن أي تعريف للأفراد الذين لديهم إعاقات شديدة ومتعددة يجب أن يكون بشكل واسع لأنه ربما يشمل على مجتمع غير متجانس، على سبيل المثال: الأفراد الذين لديهم اضطرابات نفسية، أو صمم وكف البصر أو على مجموعة من

الاضطرابات الصحية، والحركية، والإعاقات المعرفية. وبشكل عام، الأطفال الذين لديهم إعاقات متعددة لديهم قصور حسي، وإعاقات حركية، واضطرابات عصبية أو صحية، وخلل جيني، والذي يتداخل مع التطور الطبيعي للنمو المعرفي والاجتماعي والمهارات الجسمية (Kirk, et, al, 2003).

التمييز بين الشدة في إعاقة معينة وبين مصطلح الإعاقات الشديدة والمتعددة

يلاحظ أن المصطلح الانجليزي الذي جاءت منه التسميات يوضح بشكل جوهري مدى الفرق بين المصطلحين، فمثلا الشخص الذي لديه تخلف عقلي شديد Severely Mentally Retarded والذي يعاني من إعاقات شديدة يطلق عليه Person with severe disabilities بمعنى أن الأول لديه إعاقة عقلية شديدة والثاني لديه إعاقات شديدة. يلاحظ هنا أن كلمة إعاقات جاءت في صيغة الجمع الأمر الذي يعني وجود أكثر من إعاقة لدى الفرد. كذلك فإن مصطلح متعددي الإعاقات يعني (Multiple Disabilities) وكلمة إعاقات جاءت بصيغة الجمع وتدلل على المعنى السابق نفسه. وهكذا فإن التعريفات السابقة تكاد تحمل المفهوم نفسه وإن اختلفت التسمية. فهناك اتفاق على ضرورة وجود إعاقتين إحداهما رئيسية والأخرى مصاحبة، كذلك صعوبة تصنيف الأفراد الذين يقعون ضمن هذا المفهوم تحت أية إعاقة منفردة. ووجوب وضع برامج تختلف في محتواها عن تلك البرامج المصممة لمن يعاني من إعاقة معينة أيضاً. وهذا الاتفاق لا يقتصر فقط على هذه التعريفات التي سبق ذكرها، فهناك شبه اتفاق بين جميع المراجع العلمية المختصة على استخدام المصطلحين لتعريف الفئة نفسها ويتم استخدام كلي المصطلحين بشكل مترادفي للحديث عن الخصائص العامة لمن لديهم إعاقتان أو أكثر، ومع أنهم يتفقون على الاستخدام المترادف لكلي المصطلحين، إلا أنهم يرون ضرورة التمييز بينهما عند الحديث عن درجة الإعاقة. فهم يرون أن لكل إعاقة درجات وأن هذه الدرجات تتراوح بين البسيطة والشديدة. وخلاصة القول، إن التوجه الحديث في مجال التربية الخاصة لا يفرق بين المصطلحين بل يؤكد على وجودهما بشكل مترادف طالما أنهما يصفان الحالة نفسها وطالما أنهما يؤكدان على ضرورة وجود منهاج تربوي مصمم

خصيصاً لهذه الفئة بحيث يتناسب هذا المنهاج مع جوانب القوة والضعف لدى الشخص المصاب. ولا بد أن يطبق بشكل فردي وأن يتناسب مع احتياجات كل فرد على حدة، ذلك أن وجود إعاقتين أو أكثر يتطلب معرفة شدة كل إعاقة وكيفية التعامل معها (العتيبي، 2002).

تصنيف الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

ليس من السهل تصنيف الأطفال الذين لديهم إعاقات متعددة ضمن فئات بشكل دقيق، وتوجد فروق فردية لدى الأطفال ذوي الإعاقات السمعية والبصرية والمعرفية والانفعالية. وبناءً على ذلك فهم بحاجة إلى دعم لبقية حياتهم، مثل هذا الدعم ربما يشتمل على برامج انتقالية ومساعدة في أجزاء من الحياة اليومية مثل: إعداد الطعام / والعناية الذاتية، أو إعداد العمل من شخص يقوم بتجهيز بيئة العمل، مع الأخذ بالاعتبار أنه ليس كل الأفراد الذين لديهم إعاقات متعددة لديهم إعاقة عقلية. (Kirk, et, al, 2003)

وهناك طرق متعددة تصنف الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة ومن ضمن هذه الطرق يتم تصنيفهم كالتالي: التشخيصات الطبية، أو الحالة العقلية، أو القيود الوظيفية ووفق الاتجاه الحسي - الحركي، وفي العادة تبنى التصنيفات على تشخيصات محددة وأمور وظيفية تتصف بخصائص فريدة من نوعها تفرضها هذه الإعاقات على الفرد. (The Association for Persons with Severe Handicaps – (TASH)

ويتم تصنيف متعددي الإعاقات في المملكة العربية السعودية وفقاً للتصنيفات التالية:

1. تعدد الإعاقات المرتبط بالإعاقة العقلية:

- أ. إعاقة عقلية، شلل دماغي.
- ب. إعاقة عقلية، إعاقة حركية.
- ج. إعاقة عقلية، اضطرابات سلوكية شديدة.
- د. إعاقة عقلية، إعاقة سمعية.
- هـ. إعاقة عقلية، إعاقة بصرية.

2. تعدد الإعاقات المرتبط بالاضطرابات السلوكية الشديدة:

أ. اضطرابات سلوكية شديدة، إعاقة حركية.

ب. اضطرابات سلوكية شديدة، إعاقة سمعية.

ج. اضطرابات سلوكية شديدة، إعاقة بصرية.

3. الإعاقات الحسية المتعددة:

أ. إعاقة بصرية، إعاقة سمعية.

ب. إعاقة حسية، إعاقات أخرى (الموسى، 2008).

نسبة انتشار الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

يلاحظ أن عدد الطلبة المعوقين ومتعددي الإعاقة يزيد من سنة لأخرى، وأن متعددي الإعاقة كانوا يمثلون ما نسبته 2.2% من مجموع الطلبة المعوقين الذين يتلقون خدمات تربية خاصة ليصل إلى 80% منهم، ويعود سبب الزيادة في هذه النسبة إلى عدة أمور منها، اختلاف الطرق التي يتم التبليغ بها عن حالات متعددي الإعاقة، وإعادة تصنيف الطلاب ذوي التخلف العقلي الشديد والحاد بان لديهم إعاقات أخرى مصاحبة، كصعوبات التعلم والاضطرابات النطقية والاضطرابات الانفعالية والمشكلات الجسمية وغيرها مما يتطلب خدمات تربية خاصة. (National Information Center for Children and Youth With Disability, NICHCY, 2004).

وبالمقارنة مع الإعاقات الأخرى، فإن الإعاقات المتعددة قليلة الحدوث؛ حيث تقدر نسبة انتشارها بحوالي 1-2 من كل 1000. وبالرغم من أن معظم الأفراد الذين يعانون من إعاقات متعددة لا يجدون مؤسسات أو مدارس تقبلهم في الدول النامية إلا نادراً فإن أعداداً متزايدة منهم في الدول المتقدمة يتلقون التعليم في فصول خاصة في المدارس العادية. بسبب الصعوبات الكبيرة والمتنوعة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقات المتعددة (مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية، 2001).

يشير الموسى، (2008) إلى أن نسبة انتشار الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة لمن هم في سن المدرسة عالمياً (0,19)، ولا توجد إحصائيات للنسبة المحلية في المملكة

العربية السعودية ولكنها في ازدياد مستمر رغم التقدم والتطور العلمي الحديث، وتقديم الخدمات في مجال التربية الخاصة والطفولة المبكرة وما يسبق ذلك من توعية المجتمع والخدمات المقدمة للوقاية من حدوث الإعاقة والتوعية بأسباب الإعاقة وطرق الوقاية منها، والأساليب المناسبة للتعامل مع المعاق. مع ملاحظة أن هذه النسب تختلف باختلاف المصطلحات والتعريفات، وتفاوت بتفاوت المعايير وتباين بتباين الوسائل والأدوات وتغير بتغير العينات والمجتمعات.

أسباب حدوث الإعاقات المتعددة

بشكل عام تصنف أسباب الإعاقات المتعددة إلى ثلاث فئات أساسية هي:

1. العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة

وهي من أكثر المراحل التي تسبب حدوث الإعاقات الشديدة والمتعددة في أثناء نمو الجنين وتكوينه، وينتج عنها مشكلات عجز عقلية أو جسمية، أو انفعالية، أو حسية، في الإصابة بالإعاقة في أثناء عملية الحمل ومناقشة هذه الأسباب قد تأخذ منحى شاسعاً لأن هناك أسباباً عديدة تؤدي إلى حدوث الإعاقات الشديدة والمتعددة (Kirk, et, al, 2003). وأهم العوامل المرتبطة بذلك:

- أ. نقص الأكسجين: في مرحلة ما قبل الولادة، بسبب التفاف الحبل السري حول عنق الجنين أو نقص الأكسجين عن الأم لأي سبب من الأسباب.
- ب. تعرض الأم الحامل للالتهابات المختلفة كالحصبة الألمانية.
- ج. إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة؛ من مثل مرض السكري والقلب والغدة الدرقية.
- د. عدم توافق العامل الريسيزي: إذا كان العامل (الريسيزي) لدى الجنين موجباً ولدى الأم سالباً تقوم الأم بإنتاج أجسام مضادة فتحطم كريات الدم الحمراء لدى الجنين.
- هـ. الخداج: هو الطفل الذي يولد مبكراً قبل أن تبلغ مدة الحمل 40 أسبوعاً أو الذي يولد ووزنه أقل من 2500غم في أثناء الحمل وهو مشلول عن 30٪ من حالات

الشلل الدماغي الذي تصحبه حالات الإعاقة العقلية وقصور جوانب أخرى جسمية وحسية تؤدي إلى الإصابة بالإعاقات المتعددة.

و. العوامل الجينية: قد تكون الإعاقات المتعددة نتيجة عوامل وراثية جينية تكون واضحة وغير واضحة.

ز. وضع الأم الصحي العام في أثناء الحمل: كسوء التغذية والأشعة السينية وتناول الأدوية والعقاقير والكحول واستخدام المخدرات (الخطيب، 2010).

2. العوامل المرتبطة بمرحلة الولادة

وهي التي قد تحدث منذ بداية عملية الولادة (المخاض) إلى ولادة الطفل ومنها:

أ. وضع الطفل في أثناء عملية الولادة: يكون غير طبيعي: مثل خروج رجل الطفل بدلا من رأسه.

ب. تعرض رأس الطفل في أثناء عملية الولادة لرضوض أو لضغط غير عادي: نتيجة عسر الولادة أو سرعتها كذلك الولادة القيصرية.

ج. استخدام العقاقير المخدرة: وذلك في أثناء عملية الولادة مما يؤثر في عملية التنفس لدى الطفل وبذلك يؤدي إلى نقص الأكسجين.

د. أختناق الجنين: نتيجة الانسداد في مجرى التنفس في أثناء عملية الولادة.

هـ. نقص الأكسجين: في أثناء عملية الولادة لأسباب عديدة منها: النزف أو انفصال المشيمة قبل الموعد المناسب، أو إصابة الطفل بأي اضطراب رئوي، أو التفاف الحبل السري أو الولادة غير الطبيعية (الخطيب، 2003).

3. العوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة

وهي التي تؤدي إلى حدوث الإعاقات الشديدة والمتعددة المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة وأهم هذه الأسباب هي:

أ. إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمات (Traumatic Brain Injury (TBI): وهي إصابة مكتسبة يتعرض لها المخ وتحدث نتيجة لقوة مادية خارجية وتؤدي إلى حدوث إعاقة وظيفية كلية أو جزئية، أو حدوث إعاقة نفس اجتماعية، أو كليهما

معاً وينطبق ذلك على إصابات الرأس المفتوحة وغير المفتوحة، ومن جانب آخر فإن هذا المصطلح لا ينطبق على الإصابات الجينية أو الوراثة أو إصابات المخ التي يتعرض لها الطفل في أثناء عملية الولادة، Hallahan, & Kauffman, (2006).

ويؤكد مركز الأطفال غير العاديين Council for Exceptional Children (2001) إلى حاجة الطفل لتلقي خدمات التربية الخاصة نتيجة الإصابة والآثار المترتبة عليها.

ويرى ديل أورتو وباور (Dell Orto & Power 2000) إلى حدوث مشكلات خاصة لكل من الأسرة والمعلمين والآثار التي تترتب على تلك الإصابة لا تظهر على الطفل عقب الإصابة مباشرة بل تظهر بعد ذلك بعدة أشهر وربما عدة سنوات (الخطيب، 2003).

ب. الالتهابات: وتشمل التهابات أغشية السحايا والتهاب الدماغ.

ج. الاضطرابات التسممية: التي تنجم عن تناول العقاقير بطريقة خاطئة أو عدم وعي الأم أو تناول المواد السامة من مثل الرصاص أو الزئبق أو استنشاق المواد والغازات السامة من مثل أول أكسيد الكربون.

د. نقص الأكسجين: ويحدث ذلك نتيجة للاختناق أو نتيجة انخفاض السكر في الدم.

هـ. تطور بعض الإعاقات: فتكون إعاقة متحولة بصورة سلبية نتيجة عدم التدخل المبكر سواء كان طبيياً أو بعلاجها في وقت مبكر أو التدخل بالبرامج التربوية التي تحد من خطورة العجز لدى الطفل والتي يصاب بها الطفل مبكراً من مثل استسقاء الدماغ أو الأورام الدماغية أو بعض المتلازمات المتطورة (السرطاوي، وآخرون، 2000).

ويرى كيرك (2003) أن مناقشة أسباب الإعاقات الشديدة والمتعددة قد تأخذ منحى شاسعاً، لأن هناك أسباباً وحالات عديدة تؤدي إلى هذه المشكلات. وعلى الرغم من ندرة هذه المشكلات، على سبيل المثال:

- مرض لي (Leigh Disease)، حيث كان هناك (5) أفراد فقط مشخصين على أن لديهم هذا المرض عام (1990)، والذي يسبب مدى واسعاً من التلف للجهاز العصبي المركزي (CNS)، خصوصاً جذع الدماغ. ومعظم هذه الاضطرابات قليلة الحدوث (ويوجد أكثر من 1000 منها غير مذكورة في هذا الفصل).

وإن عدداً من الأسباب قد تؤدي للإصابة بالإعاقة الشديدة والمتعددة، فالجينات قد تنتقل من أحد الأبوين أو كلاهما للطفل، أو تأثير سليلي خلال مرحلة الحمل، مثلاً الأم التي تتعاطى الكحول أو أي عقار ضار أو أي حدث خلال فترة الولادة، مثل ظهور قدم الطفل أولاً، أو نقص الأوكسجين (Anoxia)، أو الحوادث بعد مرحلة الولادة، أو سوء معاملة الطفل (Child Abuse).

وعموماً، فالأسباب للإعاقات لا بد أن تبقى في ذهننا ما يأتي:

1. التعلم لهؤلاء الأطفال محتمل.
2. التشابه مع أقرانهم العاديين أكثر من الفروقات (Kirk, et, al, 2003).

الخصائص العامة للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

يظهر الأفراد متعددي الإعاقات مدى واسعاً من الخصائص، وهذا يعتمد على نوعية الإعاقات الموجودة لدى الفرد وشدتها وعمر الفرد عند الإصابة أو عمره عند تلقي الخدمات، ويشترك هؤلاء في مجموعة خصائص يمكن تقسيمها إلى:

1. الخصائص المعرفية

تعتمد الخصائص المعرفية للأطفال متعددي الإعاقة على نوع الإصابة والإعاقة، مثلاً تكون بعض الإعاقات الجسمية مصحوبة بالإعاقة العقلية فنجد أن الأطفال المعوقين جسدياً وهم متخلفون عقلياً يتلقون خدمات تربية خاصة كالتالي يتلقاها المتخلف عقلياً وبالطريقة نفسها، وعادة يتم تصنيف هؤلاء الطلبة بناء على الخدمات والبرامج المتوافرة لهم. ولجد أحياناً بعض الإعاقات لا تؤثر على القدرة المعرفية لدى الطالب كإعاقات الشلل الدماغي (Ysseldyk, 1997). لأنه غالباً في العادة هؤلاء الأفراد يكتسبون المهارات بشكل أبطأ من غيرهم، ويميلون إلى نسيان المهارات التي لا

يمارسونها، ولديهم صعوبة في تجميع المهارات التي تعلموها على نحو مستقل وتركيبها (السرطاوي، وآخرون، 2000).

وكذلك يعانون من صعوبات في تعميم المهارات من حالة إلى أخرى (انتقال اثر التعلم) وكذلك صعوبات في الإدراك والتمييز وعدم القدرة على الانتقال من مهارة إلى أخرى بشكل ذاتي، ويعانون من مشكلات في الانتباه واستقبال المعلومات والذاكرة وعدم القدرة على حل المشكلات. (NICHCY, 2004)

إن العديد من الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، غير المعوقين عقلياً هم عاديون معرفياً وقادرون على التعامل مع المنهاج العادي عندما يتلقون دعماً مناسباً من مثل أدوات التواصل والكرسي المتحرك والمعينات البصرية. (Kirk, et, al, 2003).

2. الخصائص الأكاديمية

يرى يزلدايك (Ysseldyk, 1997) أن الأطفال متعددي الإعاقة يتعرضون بشكل أكبر لل صعوبات الأكاديمية من أقرانهم الذين لا يعانون من أية إعاقة، أو الذين يعانون من إعاقة واحدة، وليست المشكلة في توظيف المهارات الأكاديمية دائماً، وإنما في الفرص التعليمية المحدودة التي تؤدي إلى النجاز أكاديمي محدود بسبب الغياب عن المدرسة أو قُطع اليوم الدراسي بسبب العلاجات أو الإحساس بالتعب والإجهاد أو بسبب الأمراض المزمنة المصاحبة للإعاقة، مما يؤثر على درجاتهم وتحصيلهم بسبب عدم القدرة على متابعة المنهاج الأكاديمي مع أقرانهم في الصف.

3. الخصائص الجسمية

يحتاج الطفل متعدد الإعاقة إلى مساعدة في الحركات الأساسية في التنقل الجسمي كما أنه يعاني من مشكلات طبية كالشلل الدماغي والأمراض الناتجة عن الإعاقة كما يعاني من محدودية في مهارات العناية بالذات ويعتمد بشكل كبير على المحيطين به في المهارات الحياتية اليومية (Start, 1996). وهو بحاجة إلى الدعم في معظم الأنشطة الحياتية الرئيسية كالعلاقات الداخلية مع العائلة وقضاء أوقات الفراغ، واستخدام الخدمات المتوافرة في المجتمع أيضاً وكذلك المساعدة في المهارات المهنية (Nichcy, 2004). ويذكر يزلدايك (Ysseldyk, 1997) أن الناحية الجسمية تعد من

المصاعب الأساسية التي يواجهها متعددو الإعاقة، إلا أن بعضهم قد يطور قوى جسدية غير عادية، من مثل بعض أبطال الأولمبياد التي تتمثل في البيئة القوية للجزء العلوي، خصوصاً للذين يستخدمون الكراسي المتحركة.

4. الخصائص السلوكية

ليست هناك سلوكيات اجتماعية محددة لمتعددي الإعاقات، فالسلوكيات الانفعالية والاجتماعية التي تظهر على هؤلاء الطلبة مرهونة بعاملين أساسيين هما:

- أ. طبيعة الإعاقة وشِدَّتْها.

- ب. ردود فعل المحيطين بهم التي تؤثر عليهم كالمعلمين والآباء والأقران (Hallahan, & Kauffman, 2006).

فالإعاقة الجسمية: قد توجد بعض المشكلات من حيث الحركة لأنها قد تحد من تطور السلوك الاجتماعي والعاطفي، فيجب على الطفل المعاق أن يتعلم كيف يصبح مستقلاً وأن يتفاعل مع الأطفال الآخرين، فالمهارات المحدودة لكل من (الحركة والمساعدة والرعاية الذاتية) يمكن أن تسهم في الحد من التفاعل الاجتماعي للطلاب، وكون الطالب محروماً من الأنشطة الاجتماعية والمدرسية يمكن أن يحد من التطور الاجتماعي للطلاب من ذوي الإعاقات، كما أنهم يعانون من قصور في الجانب اللغوي لضعف مهارات التواصل لديهم الذي يحد من تفاعلهم الاجتماعي والعاطفي مع الآخرين (Ysseldyk, 1997). وكذلك يظهرون بعض أنماط السلوك المؤذي لأنفسهم كتعريض أنفسهم للمخاطر من دون وعي أو يميلون لضرب أنفسهم أو جرحها وتظهر عليهم بعض أشكال السلوك النمطي (Start, 1996).

وهناك العديد من المشكلات السلوكية التي تصدر من الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة ومن أبرز هذه المشكلات الإثارة الذاتية، وإيذاء الذات، ونوبات الصراخ والبكاء، والعدوان الموجه نحو الآخرين، وقد يظهر الفرد من ذوي الإعاقات المتعددة أكثر من نمط واحد من تلك المشكلات والمظاهر السلوكية في الوقت نفسه، والمشكلات التي تندرج تحت هذه الأنماط من السلوكيات تكون إضافة فعلية إلى مستوى تعقد وخطورة الإعاقة (Hallahan, & Kauffman, 2006).

5. الخصائص التواصلية

إن سلوكيات التواصل واللغة المصاحبة لمتعددي الإعاقات غير محددة بشكل دقيق، لأنها تظهر بعدة أشكال، منها مشكلات في النطق، ومنها مشكلات في الكلام، وكذلك مشكلات في التطور اللغوي واللفظي، ومشكلات في مهارات أخرى، فهم يعانون من ضعف في التواصل بشكل طبيعي، فكثير من متعددي الإعاقات بحاجة إلى العديد من الأنظمة البديلة ليتواصلوا بها مع العالم الخارجي المحيط بهم، فهم يستخدمون ألواح الاتصال أو أجهزة الصوت وغيرها من الوسائل البديلة (Ysseldyk, 1997). كما أنهم يعانون من ضعف ومحدودية في مهارات الحديث والتواصل (Nichcy, 2004). وكذلك يعانون من التأخر اللغوي ومن ضعف في مخزونهم اللغوي فهم بحاجة إلى إغناء مخزونهم اللغوي (Start, 1996) ويتفق معظم الاختصاصيين بأن أكبر عقبة تواجه الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة بصفة عامة والأفراد ذوي الإعاقة من الصم المكفوفين بصفة خاصة هي مشكلات التواصل مع الآخرين والبيئة المحيطة بهم، فهم بحاجة ماسة بمعرفة الآباء والمعلمين والمختصين ذوي العلاقة بالالتزام القوي منذ ولادة الطفل لتوفير مجموعة من الفرص للتواصل أمامهم حتى لا يصبحون منعزلين عن الآخرين (Hallahan, & Kauffman, 2006).

وستتم مناقشة أهم الخصائص الموجودة لدى معظم هؤلاء الأطفال، والمشملة على خصائص الأطفال الصم المكفوفين، وذوي السلوك المضطرب، والإعاقة السمعية، والإعاقة العقلية.

الإعاقة السمعية البصرية

إن قانون تعلم الأفراد المعاقين (IDEA) عرف الأطفال الذين لديهم إعاقة سمعية بصرية على أن لديهم إعاقة مصاحبة بصرية سمعية. هذا التركيب الذي يؤدي إلى أسباب وجود إعاقات شديدة في التواصل والنمو والتعليم والتي تحرم الطفل من الإحالة إلى برامج التربية الخاصة المخصصة لذوي الإعاقة السمعية أو ذوي الإعاقة البصرية ويحتاج إلى برامج تناسب تعدد الإعاقات لديه.

مركز هيلين كيلر العالمي (The Helen Keller National Center) عرّف الأصم والكفيف بدقة أكثر على أنه:

أ. دقة الإبصار المركزي (20/20) أو أسوأ في أحسن العينين مع تصحيح العدسة، أو في الحقل البصري (20) درجة أو أقل في أحسن العينين، أو مع خسارة بصرية متطورة.

ب. هو الذي لديه خسارة سمعية مزمنة، وشديدة جداً، والذي يجعل معظم الكلام غير مفهوم.

ج. هؤلاء الذين لديهم إعاقة متعددة تسبب لهم صعوبات شديدة في أنشطة الحياة اليومية.

وفي تقرير مركز التكنولوجيا المساندة للأطفال والبالغين الذين لديهم إعاقة سمعية بصرية (NTAC) يوجد (10.198) فرداً سنة (1999)، هؤلاء الأطفال المصنفين على أن لديهم ضعف بصر في أحسن العينين وأيضاً كفيفاً رسمياً مع إدراك الضوء فقط، وهم لديهم عمى كلي. والإعاقة السمعية لديهم تتراوح من بسيطة إلى شديدة وشديدة جداً. وفي تعليم هؤلاء هم مصنّفون كأطفال صم عمي، ومن المهم للمعلم أن تكون لديه أساليب التعامل معهم متضمنة ما يلزمهم للتواصل مع فقدان الحسي الذي لديهم.

متلازمة أوشر (Usher Syndrome)

تعود متلازمة أوشر عادةً إلى التهاب الشبكية (Retinitis Pigmentosa) وهي من أكثر الحالات التي تجمع بين المشكلات السمعية والبصرية، والشخص الذي لديه متلازمة (أوشر) لديه إعاقة سمعية وإعاقة بصرية تضعف مع الوقت، وأكثر من نصف مجتمع الصم المكفوفين لديهم هذه المشكلات، وهي حالة تنتقل وراثياً، في هذه الحالة يكون الشخص أصماً منذ الولادة، ولديه مشكلات حادة في التوازن. والشكل الثاني لهذه الحالة الطفل يولد ولديه إعاقة سمعية متوسطة إلى شديدة، ولكن يستطيع الأداء بشكل جيد بالصف. الشكل الثالث الطفل يولد بسمع عادي يضعف مع الوقت، ويتبعه فقدان بصري في مرحلة البلوغ.

ولا يوجد علاج لمتلازمة (أوشر)، ولكن الأطفال قد يستفيدون من التدخل المبكر ووسائل التكنولوجيا المساندة.

يبدأ التعليم مع هؤلاء الأطفال مع الآباء، وإذا ما كان الطفل كفيفاً تدرس لغة الإشارة عن طريق نقل اليدين على الطفل، وتشجيع الطفل على الاستجابة. والأطفال الصم المكفوفون يحتاجون إلى تمارين متعددة مع حركة يقومون بها وإشارات متفقة، وهؤلاء الأطفال يحتاجون لتنمية الحس الذاتي وإدراك الوقت.

التدخل المبكر مع الأطفال الصم المكفوفين

إن الاهتمام بهم يبدأ من خلال الأسرة، ويظهر تشوش كبير في حياة الطفل يجب أن تقابله الأسرة، وأن يحددوا أهدافاً واقعية للطفل، وبناء تعليم خاص يناسبه.

والتدخل المبكر مع هؤلاء الأطفال مهم بسبب استخدام البقايا البصرية، وتنمية الوظائف البصرية قدر الإمكان. وأول الخطوات في التدخل مع الأطفال يجب التركيز على أن يدرك وينتبه إلى ما يأتي:

أ. أنهم موجودون.

ب. الآخرون موجودون.

ج. لديهم حاجات.

د. هذه الحاجات ممكن أن تتوفر.

هـ. بعض هذه الحاجات تتوفر من خلالها.

و. بعض هذه الحاجات تتوفر من خلال الآخرين.

إن مفتاح كل النمو يبدأ بالانتباه المشترك بين مقدم العناية والطفل، ويبدأ باللمس والذي يبدأ به التواصل.

بدون التدخل، يبدأ الطفل بالعزلة، ويظهر مظاهر الإثارة الذاتية، ولذلك فالتدخل معهم مهم منذ اكتشاف الحالة، ومن أشهر طرق التدخل معهم طريقة فان جنخ (Van Dijk Method) التي تعتمد على الخبرات الحس حركية (Sensorimotor)، والتي تعد أساس التعلم لهم، والهدف هو إثارة التفاعل مع الآخرين.

البرنامج التعليمي للأطفال الصم المكفوفين

إن تعليم هؤلاء الأطفال يعتمد على الحواس غير المتضررة، فعندما يكون أعمى نعتمد على المدخلات الحسية، وعندما يكون أصماً نعتمد على اليد. وفي حالة تعدد الإعاقة نعتمد على تطوير برنامج فردي يلي حاجاته وفق ما يناسب ويتناسب مع الحالة.

الاضطراب السلوكي والإعاقة السمعية

لا يوجد شيء موروث يستدعي وجود مشكلة إضافية مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، ومعظم المشكلات الاجتماعية والنفسية لديهم ثانوية تظهر جراء نقص السمع لديهم. وفيدريك وبولودون حذرا عند تشخيص الطفل الذي لديه أكثر من إعاقة بسبب نقص المدخلات البيئية وليس الإعاقة الحسية التي لديه.

ومعظم الأطفال الذين لديهم إعاقة سمعية لديهم مشكلات سلوكية، ومعظم البحوث تؤكد على أن المشكلات الثانوية يمكن أن يتم تجنبها لو كان هناك تدخل فعال مبكر معهم، وتدريب مهارات تواصل مبكرة مع هؤلاء الأطفال تحسن النمو المعرفي واللغوي والاجتماعي، وهي أهم خطوة للوقاية من المشكلات السلوكية.

الإعاقة العقلية مع إعاقة أخرى

أهم المشكلات مع الأطفال الذين لديهم إعاقة عقلية هو البطء في التعلم ونقل أثر ما تعلموه، وعندما تكون هذه المشكلة مع مشكلة أخرى يصبح تعليمهم أكثر صعوبة. ومعظم معلمي التربية الخاصة يركزون على مصطلح التشخيص الثنائي عند تصنيف هؤلاء الأطفال خصوصاً الأطفال ذوي التخلف العقلي.

وفي متلازمة (بريدر ولي) تظهر المشكلات السلوكية أكثر من الأطفال ذوي متلازمة داون أو التخلف غير المحدد. وبعض الأطفال مثل الذين لديهم إعاقة سمعية يصنفون على أن لديهم إعاقة عقلية، وقد يكون هذا التشخيص خاطئاً، حيث إن الأداء المتدني ناتج عن الخسارة السمعية وليس الوظائف المعرفية، وبمعنى آخر فإن الإعاقة الأخرى ناتجة عن خصائص الإعاقة الأولى وليست مستقلة. وعند تدريب هؤلاء الأطفال على التركيز على التدريب على القوانين والأنظمة التي من الممكن أن تكون فعالة.

التخلف العقلي والشلل الدماغي

يميل الناس إلى الربط بين التخلف العقلي والشلل الدماغي، بمعنى أن الطفل الذي لديه شلل دماغي وتخلف عقلي، عموماً فإن الجينات قد تؤدي إلى تخلف في مراكز التحكم الحركي في الجهاز العصبي المركزي، وهي كافية لتسبب الشلل الدماغي الذي يؤدي إلى تلف كافي في قشرة الدماغ الذي يؤدي إلى التخلف العقلي. ولكن العلاقة ليست محتمة، حيث تشير الدراسات إلى أن (25-30%) فقط من الذين لديهم شلل دماغي لديهم تخلف عقلي. وعموماً فإن تشخيص الأطفال الذين لديهم شلل دماغي صعب بسبب خصائصهم الحركية واللغوية والنطق لديهم، خصوصاً أن مقاييس الذكاء تركز على اللغة والحركة، ولذلك فإن مقاييس الذكاء عادة غير ملائمة لتشخيص الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، ويتراوح أداؤهم أحياناً من إعاقة بسيطة وأحياناً متفوقين.

ولتحديد ما إذا كان الطفل لديه إعاقة عقلية يجب أن نختار أدوات قياس ملائمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، كما يجب أن نركز على المعلومات التي تساعدنا على تقديم تدخل فعال (Kirk, et, al, 2003).

احتياجات ذوي الإعاقات المتعددة

احتياجات الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

حاجات النمو الجسمي

حاجات النمو الاجتماعي

حاجات النمو الانفعالي

حاجات النمو المعرفي

الاحتياجات الخدمية

الفصل الثاني

احتياجات ذوي الإعاقات المتعددة

احتياجات الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

الحاجة مفهوم فرضي يدل على حالة من عدم الاتزان الداخلي بسبب شيء مادي أو معنوي، يؤدي إلى التوتر والإثارة للكائن الحي فيدفعه إلى النشاط والاستمرار فيه حتى يحصل على ما ينقصه ويشبع حاجته فيعود إلى توازنه الداخلي.

فافتقار الفرد إلى بعض الحاجات في حياته يؤثر على جوانب النمو لديه، ويرجع هذا إلى أن الفرد كيان عضوي نفسي روحي اجتماعي متكامل، فنقص بعض الحاجات يؤثر سلباً على مظاهر النمو السليم.

ويتم تصنيف الحاجات إلى:

1. حاجات النمو الجسمي.
2. حاجات النمو الاجتماعي.
3. حاجات النمو الانفعالي.
4. حاجات النمو المعرفي.

وستتناول فيما يلي كلاً من هذه الحاجات بالشرح الموجز:

حاجات النمو الجسمي

هناك حاجات يحتاجها الإنسان سواء أكان سليماً أو معاقاً ومن أمثلتها:

- أ. الحاجة إلى الطعام: وهي من الحاجات الفطرية البيولوجية التي تستثار عند نقص المواد الغذائية، فتؤدي إلى اختلال التوازن الداخلي، فالغذاء من الحاجات الضرورية للأطفال لنموهم لأنه عامل رئيسي في تكوين الجسم وفي نموه فيما بعد، فسوء التغذية أو حرمان الطفل من الغذاء الكافي يؤدي إلى متاعب صحية وحركية ونفسية.

ب. الحاجة إلى النوم: ويعتبر النوم من الحاجات البيولوجية اللازمة لنمو الطفل الجسمي والعقلي والاجتماعي، لأن عملية النمو في الطفولة سريعة تستنفد مجهودا كبيرا في عملية الهدم والبناء، فيتم تعويض هذا المجهود عن طريق النوم، فهو يقلل من مجهود الطفل ويحفظ الطاقة اللازمة للنمو، ويتيح الفرصة لبناء الأنسجة الناقلة.

ج. الحاجة إلى الرعاية الصحية والوقاية من الحوادث: وتتمثل هذه الحاجة في المحافظة على صحة الأطفال وحمايتهم وتحصينهم ضد الأمراض ووقايتهم منها، والفحص الطبي الدوري، والكشف المبكر عن الإعاقات وغيرها. أما حاجتهم إلى الوقاية من الحوادث فترتبط بحاجتهم الشديدة إلى الحركة واللعب وحب الاستطلاع، مما قد يعرضهم إلى بعض الكسور والجروح والكدمات والحروق وحوادث السيارات.

حاجات النمو الاجتماعي

هناك حاجات تدعم ذوي الاحتياجات الخاصة على أداء أدوارهم في المجتمع ومن أمثلتها:

أ. الحاجة إلى الانتماء والولاء: إن حاجة الطفل إلى الولاء والانتماء لجماعته وصحبته ومجتمعه من الأمور الضرورية لنموه النفسي والاجتماعي.

ب. الحاجة إلى تعلم النماذج السلوكية المرغوب فيها: إن حاجة الطفل إلى معرفة القيم والاتجاهات والممارسات السلوكية المرغوب فيها من الأمور الحيوية التي تجعله متوافقا مع الآخرين.

حاجات النمو الانفعالي

تتلخص حاجات النمو الانفعالي لذوي الاحتياجات الخاصة فيما يلي:

أ. الحاجة إلى الحرية والاستقلال: وتتمثل هذه الحاجة في نزعة الطفل في مراحل نموه إلى القيام بأفعال تثبت استقلاليتة وحرية، وتؤكد وجوده، وتلعب ممارسات الوالدين والمعلمين دورا كبيرا في تنمية هذه الاستقلالية أو إعاقته. ومنها: المبالغة

- في حماية الطفل من الأذى والتركيز على أخطاء الطفل وإشعاره بالعجز عن القيام بأفعال صحيحة، والمبالغة إزاء الطفل والشك في قيمته كشخص.
- ب. الحاجة إلى المحبة والحنان: وتتمثل هذه النزعة في أن يكون الطفل في موضع عطف وحب والدية وإخوانه والمحيطين به، فإن تحقق له ذلك أدرك أنه شخص مرغوب فيه فيشعر عندها بسعادة غامرة وتنعكس على علاقته مع الآخرين.
- ج. الحاجة إلى الأمن النفسي: ويتوقف توافق الفرد في مراحل نموه المختلفة مع نفسه على مدى شعوره بالأمن في طفولته، فإذا نشأ الطفل في جو آمن فإنه سينمو نموا سليما، فالفرد الذي يشعر بالأمن في بيئة أسرية مشبعة يميل إلى تعميم هذا الشعور، فيرى البيئة الاجتماعية مشبعة لحاجاته وفقدان الشعور بالأمن يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي.

حاجات النمو المعرفي

- أ. حاجة الطفل إلى الاستطلاع والاستكشاف: وتبدو هذه الحاجة في ميل الطفل إلى استكشاف بيئته وجمع المعلومات عنها فاستكشاف البيئة يساعد على اتساع مدارك الطفل وتحصيله الدراسي.
- ب. حاجته إلى التفكير العلمي: يتعلم الفرد التفكير المنظم الذي يستخدمه في الإجابة عن تساؤلاته ويستخدمه في شئون حياته وفي نشاطاته التي يمارسها وفي علاقته مع الآخرين.

والحاجات هي محددات السلوك وهي المحرك لكثير من المظاهر السوية وغير السوية للسلوك، وإشباعها مطلب أساسي وضروري لنمو الطفل وتوافقته مع ذاته والحاجة تعمل بصورة شعورية ولا شعورية، وتشير أغلب الدراسات الإكلينيكية إلا أن الانحرافات والاضطرابات العصبية ما هي إلا أعراض مرضية لفقدان الشعور بالأمن في مرحلة الطفولة.

وتتفاوت الحاجات في حدة التوترات الناتجة عن عدم إشباعها، فقد يؤدي عدم إشباع بعض الحاجات عند الفرد إلى وفاته كحرمانه من الغذاء أو الدواء أو قد يؤدي الحرمان إلى التوتر الشديد كالحرمان من الأمن والاستقرار، والحاجات متداخلة يرتبط

بعضها ببعض ويؤثر بعضها في بعض، وكذلك نجد أن لكل حاجة استجابات محددة أو غير محددة لإشباعها، فالحاجة إلى الطعام لا يشبعها إلا الأكل والحاجة إلى الشراب لا يشبعها إلا الماء في حين نجد أن الحاجات النفسية والاجتماعية لها استجابات مرنة وغير محددة (العايد، 2005).

أما بالنسبة لحاجات متعددي الإعاقات المتعددة بشكل عام فهي كما يلي:

1. يعاني بعض الأطفال المعوقون من اضطرابات في الإدراك البصري أو السمعي. ولذلك فهم بحاجة إلى الجلوس في المقدمة بالقرب من المعلم، مع استخدام أجهزة عرض بدلا من السبورة واستخدام وسائل تعليمية مختلفة.
2. احتياج بعض الأطفال إلى أجهزة تعويضية أو أجهزة مساعدة، وبالتالي يجب أن يكون المعلم قادرا على كيفية التعامل معهم.
3. يحتاج المعوق إلى أجهزة معينة تساعد عند استخدامه المرحاض أو عند تناول طعامه أو عند الحركة.
4. يفتقر الأطفال المعاقون إلى الحاجة إلى الاستطلاع والاكتشاف والتعلم، لذلك يتعين على المسؤولين إشباع هذه الحاجة لديهم.
5. يحتاج المعوقون إلى أساليب واستراتيجيات في كيفية التواصل مع غيرهم من الناس.
6. تحتل الحاجات الاجتماعية أهمية خاصة لدى المعوقين، حيث يحتاج هؤلاء إلى التقبل من الآخرين مما يشعرهم بالارتياح، وبوصول الطفل إلى مرحلة المراهقة يحتاج إلى التفاعل الإيجابي مع الأقران، وبالتالي تحتل الاتجاهات الإيجابية نحوهم أهمية خاصة، ويجب أن يعمل المعلم على تعديل الاتجاهات بشكل إيجابي نحوهم، ويجب أن لا يظهر الحماية الزائدة لهم وعدم إظهار الرفض لهم أو استخدام العقاب.
7. يحتاج المعوقون إلى فصل دراسي واسع، خصوصا من يستعمل الكرسي المتحرك منهم، ويجب أن تزود المباني بمصاعد كهربائية، وتوفير ممرات جانبية ومنحدرات لتسهيل عملية التنقل.

ومما سبق تبيين أهمية الاهتمام بحاجات المعوقين من حيث زيادة الدافعية لديهم لتحقيق النمو الذاتي بتكوين مفهوم إيجابي عن ذاتهم والقدرة على التفكير والتصرف المستقلين لأنهم يحتاجون إلى تحقيق التكيف مع ما يواجههم من مشكلات في نطاق المحددات البيئية، ولتحقيق ذلك نجد أنهم بحاجة إلى خبرات مباشرة تمكنهم من تنمية مهاراتهم للاختبار الجيد من المحيط، كما أنهم بحاجة للمساعدة على فهم أنفسهم.

ويجب تدريب المعوق على تقييم نفسه ليرتقي نحو الأهداف الأكاديمية والمعيشية، فالتكيف مع الإعاقة يقلل من التوتر ويكون المعاق قادراً على التعامل مع زملائه والتعاون معهم من الناحية الانفعالية، كما أنه يجب العمل على تغيير فكرة المعاق عن نفسه، والإيحاء له بأن في وسعه التعويض عن الإعاقة في مجال يتفوق فيه كالجال العقلي أو المعرفي أو المجال الاجتماعي أو الرياضي أي غير ذلك، وكذلك لا بد من مساعدته على إشباع ما يلي:

1. الحاجة إلى الانتماء: إشعار الطفل أنه ينتمي لأسرة تحبه وتحنو عليه، كما أنه بإمكانه الدراسة في صف عادي حسب قدراته العقلية ودافعية الانجاز لديه، وكذلك الالتحاق بمهنة، والزواج وتكوين أسرة والعيش بين الناس بشكل طبيعي.
2. الحاجة إلى الانجاز: تعريف المعوق أن في وسعه الانجاز في المجال العقلي المعرفي (إلى المدى الذي تسمح به إعاقته) وفي المجال الاجتماعي (إلى المدى الذي تسمح به سماته الشخصية).
3. الحاجة إلى تحقيق الذات: بحيث يستغل قدراته العقلية المعرفية والدافعية والانفعالية والجسمية والاجتماعية في عمل مفيد له وللآخرين، أي تشجيعه على الإنتاج العلمي والفني المتميز حسب حالته، وأن تكون له هوية خاصة به.
4. الحاجة إلى الأمن وتشمل: الأمن الجسمي: أي أن بإمكانه التغلب على العجز بالحد الأدنى من مساعدة الآخرين. الأمن النفسي: وهو منع المعاق من الشك في قدراته وإمكاناته. الأمن الاجتماعي: بأن لا يدخل في منافسة مع الآخرين في

مواقف يكون عاجزا عن التنبؤ بالطريقة التي يستجيب بها الآخرون تجاهه، حيث يفترض أن تكون طموحاته بمستوى قدراته.

وفي دراسة ل سينج (Singh, 2003) هدفت إلى التعرف على المرافق والخدمات التي تقدمها 137 مؤسسة تعليمية عليا، تم اختيارها بطريقة عشوائية، وتبين من النتائج أن 7٪ فقط من هذه المؤسسات التعليمية تراعي حاجات المعوقين من حيث تصميم الأبنية والبرامج التعليمية والأكاديمية كذلك البيئة السكنية ومرافق الاستجمام والترفيه للمعاقين. وأشار البحث أن الأفراد المعوقين لهم فرصة أقل من غيرهم من العاديين في التعليم العالي وأن نسبتهم 21٪ مقابل 64٪ من العاديين في مراحل التعليم العالي، كما أن المشاركة في مراحل التعليم العليا تتغير وتنوع بتنوع الإعاقة، حيث يمثل الطلبة متعددي الإعاقة 6٪ من مجموع الإعاقات الأخرى.

الاحتياجات الخدمية

كذلك أشار البحث إلى أهم الخدمات التي يجب توفرها في البيئة التعليمية للطلبة ذوي الإعاقات وكانت كما يلي:

1. تصميم الأبنية التعليمية: حيث تكون مكيفة بتوفير المنحدرات للكراسي المتحركة (Ramps) والتي تربط كل الأبنية ببعض، الأبواب الأوتوماتيكية المزودة بأزرار للتحكم، توفر المصاعد في كل بنايات وتكون مزودة بأزرار مكتوب عليها بلغة بريل ولغة الإشارة، توفير الماشي الجانبية المزودة بقضبان على الجدار، تجهيز الصفوف ودورات المياه من حيث المساحة والحجم؛ لدخول الكراسي المتحركة للمعوقين. تجهيز المكتبات بكل المصادر السمعية والمرئية والمقروءة بما يناسب حاجاتهم، كذلك توفير قاعات كمبيوتر لذوي الإعاقات البصرية والسمعية، كذلك توفر وسائل الاتصال داخل المباني لتسهيل الاتصال في حال الطوارئ.

وقد ذكر مصطلح الهندسة التأهيلية والذي يعني: تصميم الأبنية والتجهيزات المتخصصة مع الأخذ بعين الاعتبار إزالة العراقيل التي يمكن أن تعوق حركة المعاق أو قدرته على الاستفادة من الخدمات المتخصصة التي يتلقاها في هذه الأماكن.

وقد ذكر كل من جرير، السوب وجرير (Greer ,Allsop & Greer 1980) بعض الموصفات التي يجب توافرها عند تصميم الأبنية كما يلي:

أ. الأبواب: عرض الباب يكون على الأقل 12 إنشاً، أن تكون عتبة الباب منخفضة بما فيه الكفاية بحيث لا تمثل فيه عائقاً، أن تكون هناك مساحة كافية على جانبي الباب ليتسنى فتحه بسهولة.

ب. دورات المياه: أن يكون لحجرة الاستحمام درابزين بمقاسات مناسبة للمعوق، أن يكون ارتفاع المقاعد 20 إنشاً، أن يكون ارتفاع المغاسل وعلاقات المناشف والمرابيا (36-40) إنشاً.

ج. صنابير المياه: يراعى تشغيلها آلياً بمجرد وضع اليد تحتها، أن يكون ارتفاع الصنابير 26-30 إنشاً، أن تثبت في أماكن يمكن الوصول إليها.

2. تكييف البرنامج التعليمي: ويكون بتقديم خدمات الإرشاد والتوعية والاستفسار عن التساؤلات للمعوقين داخل الأماكن التعليمية، وتمديد وقت أداء الاختبار حسب إمكانيات المعوق وملاءمة الواجبات التي تصمم للمعوقين، وكذلك المرونة في الوقت ومكان الدرس حسب قدرات وإمكانيات المعوقين (Singh, 2003).

وكما ذكر يزيلدايك (Ysseldyke, 1997) أن التعديلات التعليمية المطلوبة في المدرسة للطلبة المعوقين ومتعددي الإعاقة كثيرة جداً وهذا يعتمد على نوع وشدة إعاقة الفرد، فبعض الطلبة يحتاجون مساعدة طوال اليوم الدراسي، وآخرون يحتاجون المساعدة في بعض الأنشطة، أما البعض الآخر فقد يحتاجون إلى القليل من التعديلات فقط.

وهناك بعض التعديلات العامة التي يقوم بها المعلمون لمساعدة الطالب على الاستجابة وهي كما يلي:

1. المهام الأكاديمية: الكتابة على دفتر الملاحظات بدل الكتابة على جميع الدفاتر لغرض التدريب، تأمين الأدوات المكتبية (القرطاسية) للطالب وتسهيل الوصول إليها، الاعتماد على أسئلة الاختيار من متعدد والتي تتطلب كتابة قليلة، استعمال معالجات الكلمات، الكمبيوتر، الآلة الكاتبة والآلات الحاسبة بدلاً من الكتابة

اليديوية للإجابة أو الحساب، تنظيم عملية التعلم وإدارة الوقت بشكل مناسب داخل الغرفة الصفية، التركيز على التعليم من خلال الخطة الفردية التربوية والتعليمية (Forest & Lusthans, 1989). كذلك استخدام التكنولوجيا (كالهاتف، التلفاز، الانترنت) لتوفير التعليم في البيت والمدرسة والمستشفى ولكل الطلاب (Lunch, Lewis, & Murphy, 1993).

تطوير مهارات الطلاب في استخدام المكتبة والحاسوب وتدريبهم للعمل ضمن مجموعات كجزء من روتينهم اليومي لتقوية الجانب الاجتماعي واختيار المناهج المناسبة والمهارات التي يستطيع الطالب التعلم من خلالها (Turner, Baldwin, Kleinert, Kearns, 2000)

2. تكييف السكن للطلبة المعوقين: وهذا يكون بتصميم البيوت والشقق السكنية بتوفير مساحات لتسهيل تنقل المعاق بالكرسي المتحرك، وتكييف دورات المياه والمغاسل لتلي حاجاتهم، تسهيل الوصول لمخارج الطوارئ عند الحاجة إليها، توفر ممرضين وكادر طبي طوال اليوم لخدمة الطلبة المعوقين (Singh, 2003). وحتى يرقى الفرد متعدد الإعاقة إلى أقصى طاقته في الحياة لا بد من تسليط الضوء على مفهومين مهمين وحيويين في مجال تربية ذوي الاحتياجات الخاصة، وهما مفهوم التأهيل وإعادة التأهيل.

3. التأهيل (Habilitation): يشير إلى الخدمات المطلوبة لتطوير قدرات الشخص المعوق عندما لا تكون هذه القدرات موجودة أصلاً، وهو ينطبق على المعاقين منذ الولادة أو الأطفال صغار السن الذين حصلت إعاقاتهم في مراحل الطفولة المبكرة من حياتهم (الطريقي، 1994).

4. إعادة التأهيل (Rehabilitation): الهدف منه إعادة تدريب أو تأهيل الفرد مرة أخرى للقيام بعمل آخر يتلاءم مع إمكانياته بعد الإعاقة التي أصيب بها. ويعتبر التأهيل المرحلة الرابعة في سلم التعامل مع الإعاقة فالمرحلة السابقة هي الوقاية والتشخيص والعلاج ثم يأتي التأهيل (الطريقي، 1994).

وتختلف خدمات التأهيل باختلاف نوع الإعاقة والآثار المترتبة عليها، حيث تتضمن هذه الخدمات ما يلي:

1. التأهيل الطبي: ويقصد به عمليات الرعاية الطبية للمعاق والتي تتضمن العلاج الطبي وتزويده بالأجهزة التعويضية اللازمة وكذلك تعويضه عن الأعضاء والحواس التي فقدتها لاستعادة أقصى ما يمكن من قدراته البدنية والصحية والوصول به إلى أقصى مستوى وظيفي (الزعمط، 2005).
2. التأهيل المهني: وهو يعني توفير الخدمات المهنية المختلفة كالتدريب المهني والتشغيل بما يتناسب مع قدراته المتبقية بعد الإعاقة والتي تساعد على ممارسة عمله الأصلي أو عمل آخر يناسب حالته ليستقر فيه (الزعمط، 2005).
3. التأهيل النفسي: ويقصد به مجموع الخدمات المتخصصة التي تهدف إلى مساعدة المعاق في التغلب على الشعور بالنقص واتجاهات أفرد المجتمع نحوه، والتغلب على الحالة النفسية السلبية التي تصاحب الإعاقة (القريوتي، البسطامي، 1995).
4. التأهيل الاجتماعي: ويهدف إلى دمج الفرد المعاق أو إعادة دمج في المجتمع من خلال مساعدته ودعمه ليؤدي المطلوب منه من قبل الأسرة والعمل والمجتمع الذي يعيش فيه. (عبد الحميد وكفافي، 1995).

التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة

التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة
والمعددة

التعرف على الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة

التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة

دور الأسرة في تنشئة الطفل

أساسيات التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة

الأسس والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر

أهم برامج التدخل المبكر وأهم عناصره

خطوات إستراتيجية التدخل المبكر مع المعوقين عقلياً

تقييم أثر وفعالية التدخل المبكر

معوقات التدخل المبكر

الفصل الثالث

التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة

التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة

من الأشياء المهمة مع هؤلاء الأطفال تقديم تدخل مبكر وفعال، وعلى المختصين أن يعلموا أن هؤلاء الأطفال موجودون ويتأثرون بالبيئة، ويتأثرون بالثيرات الداخلية لديهم أكثر من الخارجية، لذلك فمن المهم تدريبهم على المثيرات الخارجية.

إن تدريس هؤلاء الأطفال التوجيه الذاتي مهم جداً، وذلك لما يؤدي إلى الاستقلالية الذاتية. والتقييم مطلوب مع هذه الفئة لتحديد نوعية التدخل الملائم لهم، كما أن التقييم لا بد أن يكون على فترات منتظمة ضمن فريق متعدد التخصصات لقياس مدى التقدم والتغير الذي حدث لديهم. وبعد التقييم لا بد من تحديد أين يتلقى هؤلاء الأطفال تعليمهم، في الصف أو قضاء جزء من وقتهم بالصف، وهناك من ينادي بأن يتلقى هؤلاء الأطفال كل تعليمهم في الصف.

وعند تقديم الخدمات للأطفال الذين لديهم إعاقات شديدة ومتعددة يجب مراعاة ما يلي:

1. الأطفال الذين لديهم إعاقات شديدة ومتعددة لديهم الحق في تلقي الخدمات التي تحسن جودة ونوعية معيشتهم لتصل بهم إلى أعلى درجات النمو الممكنة.
2. إن الخدمات التي تقدم لهم في وقت مبكر تسهم في تحسين وقع سلبية الإعاقة عليهم، وكلما قدمت لهم الخدمات في وقت مبكر كلما أسهم ذلك في غوهم بشكل أفضل.
3. الخدمات المبكرة التي تقدم لهم يجب أن تكون مشتملة على إشراك الأسرة، فالخدمات التي تقدم مع الإشراك الأسري أفضل من الخدمات التي تتجاهل الأسرة.

4. إن إشراك الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة في المدارس قدر الإمكان يزيد من مهاراتهم الاجتماعية وتفاعلهم الاجتماعي (Kirk, et, al, 2003).
- الفريق متعدد التخصصات (Multi Disciplinary Team)**
1. الأخصائي السمعي (Audiologist): يقوم الأخصائي السمعي بتقديم خدمات متناسقة للأطفال الذين لديهم مشكلات سمعية تشتمل على تحديد المشكلة وتوفير خدمات لأي مشكلة تعيق التواصل.
 2. أخصائي (معلم) التربية الخاصة (Special Educator): يضمن معلم التربية الخاصة البيئة الجيدة للأطفال المعاقين ويقدم التسهيلات للأطفال لنمو مهاراتهم الاجتماعية والحركية والتواصلية والمساعدة الذاتية والمعرفة والمهارات السلوكية وتحسين مفهوم الذات. والشعور بالكفايات والتحكم والاستقلالية.
 3. الطبيب (Physician): يقوم بخدمة الأسرة لتوفير أفضل درجة من الصحة والنمو وتنمية أفراد أسرته عن طريق تقديم خدمات رعاية صحية.
 4. الممرض (Nurse): يقوم الممرض بمتابعة العلاج الفعلي والاستجابات للأمراض للصغار والكبار، ومع المعاقين ويقدم ما يلي:
 - أ. يقدم أعلى درجة من الرعاية الصحية الممكنة.
 - ب. مساعدة الأسرة على السيطرة على الآثار الصحية للإعاقة.
 5. أخصائي التغذية (Nutritionist): يقوم أخصائي التغذية بتقييم الحالة من حيث احتياجاتها الصحية بالنسبة للتغذية وعلى ضوء ذلك يقدم خدمات تتعلق بالتغذية مناسبة ضمن بيئة الأسرة والمجتمع.
 6. أخصائي العلاج الوظيفي (Occupational therapist): يقوم أخصائي العلاج الوظيفي بتحسين مستوى الاستقلالية وقيمة الذات في النمو النفسي والانفعالي والجسمي بواسطة أنشطة هادفة لتوسيع القدرات الوظيفية للطفل مثل مهارات مساعدة الذات والسلوك التكيفي ومهارات اللعب والأحاسيس والحركة وهذه الخدمات مصممة لمساعدة الأسرة ومن يقدم العناية لتحسين المهارات الوظيفية للأطفال في البيئة.

7. طبيب العيون (Ophthalmologist): حيث يقوم طبيب العيون بتحديد قدرات الطفل البصرية.
 8. أخصائي العلاج الطبيعي (Physical Therapist): يقوم أخصائي العلاج الطبيعي بتحسين النمو الحركي الحسي والتنظيم السلوكي العصبي وتنظيم دقات القلب للأطفال في هذه الفئة ضمن سياق المجتمع والأسرة.
 9. الأخصائي النفسي (Psychologist): يقوم بنقل صورة شاملة وظيفية للطفل والأسرة ويتعرف ويجدد أو يقيم التدخل النفسي المناسب.
 10. أخصائي الخدمة الاجتماعية (Social Worker): يقوم بمحاولة تحسين نوعية الحياة للأفراد وأسرههم ضمن منظور الخدمات الاجتماعية، وتوصيل الخدمات التي وضعتها التشريعات.
 11. أخصائي النطق واللغة: يقوم أخصائي النطق واللغة بتحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ضمن سياق التفاعل الاجتماعي مع الأفراد وأعضاء الأسرة في المدرسة والمجتمع.
- إن الهدف من تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة سواء أكانت طبية أو تربوية أو غيرها، مع هؤلاء الأطفال هو دعمهم ليصبحوا على درجة كبيرة من الاستقلالية الممكنة في الأنشطة وفي مهارة الحياة اليومية وفي العمل وتطوير المهارات الاجتماعية المقبولة والمتوقعة من الأشخاص في أعمارهم الزمنية، ولتحقيق مثل هذه الأهداف مع الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة فإن الأمر يتطلب عمليات متخصصة وطويلة وشاقة، ولكنها في الوقت الحاضر أصبحت قريبة المنال (Kirk, et, al, 2003).

التعرف على الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة

إن معظم الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة يتم التعرف عليهم منذ الولادة من خلال طرق محددة بسيطة، مثل اختبار إجمار الذي يتم تطبيقه في دقيقة إلى خمس دقائق بعد الولادة، والذي يقيس الوظيفة الحركية للطفل، ولون البشرة، ونبضات القلب، والتنفس، والمظاهر العامة.

بعض مظاهر العجز البصري تكون سهلة الاكتشاف، ومعظم مشكلات السمع صعبة الاكتشاف وربما يحتاج الطفل من شهرين إلى ثلاثة أشهر لاكتشاف مشكلاته السمعية، وللتعرف المبكر على السمع والكشف المبكر مهم جداً، حيث إن معظم مظاهر العجز الجسدي يمكن أن تشخص مبكراً عن طريق مراقبة ردود فعل الطفل الانعكاسية وحركة الجسم، وبعض الإعاقات الجسمية ربما لا تكتشف حتى نهاية السنة الأولى من العمر وبعضها متأخر جداً.

الرضع غير مكتملي النمو أو ذوي الوزن المتدني ربما يكونون قد تعرضوا لنقص الأوكسجين خلال عملية الولادة، أو الذين تعرضوا لالتفاف الحبل السري حول الرقبة.

التكيفيات التربوية

إن تعليم الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة الحالي يعتمد على المهارات الوظيفية ومهارات السن الملائمة في المدرسة أو أوضاع غير مدرسية، وبناء تدريس مستمر منتظم يعتمد على التقييم المستمر خلال نمو الطلاب.

إن العديد من الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة معرفياً هم عاديون وقادرون على التعامل مع المنهج العادي عندما يتلقون دعماً مناسباً مثل أدوات التواصل والكرسي المتحرك والمعينات البصرية.

دمج الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة

ارتكز الدمج على طريقة النمو الاجتماعي لباندورا (Bandura)، وبشكل أدق ملاحظة التعلم ونمو المهارات الاجتماعية المعرفية، والدمج الناجح يحتاج لدعم تعليمي فردي، إضافة إلى الإحالة من الصف العادي.

تكيف المنهج

إن معلمي الطلاب ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة يقومون بجمع المعلومات بكل الأوضاع مثل:

1. عدد الخطوات التي يقوم بها الطلاب بإعداد شطيرة (ساندويش) بشكل صحيح.
2. الوقت الذي يستغرقه الطلاب لإكمال مهام وظيفية محددة مثل:

أ. استخدام الدولار.

ب. نسبة القراءة بشكل صحيح.

ج. الوقت الذي يقضيه الأطفال دون إصدار سلوك غير مرغوب.

وهناك عدد من الأسباب التي تجعل جمع البيانات ومن أهمها:

1. تحديد حالة الطلاب.

2. مراقبة التطور وتحديد فاعلية البرنامج.

3. التزويد بالتغذية الراجعة للطلاب والأهالي.

4. كتابة التقارير وتحديثها بشكل كمي.

هذه المعلومات تزود مقدمي الخدمات بمعرفة عن حالة الطلاب، وذلك لمقابلة

احتياجات الطلاب، واتخاذ القرارات بشأن تقدم العملية التربوية.

إن المهارات التواصلية: التي تعلم لهؤلاء الطلاب تكون بشكل وظيفي، وذلك

لتزويدهم بالاستقلالية في البيت والمجتمع. ومراقبة التعليم فيما يخص اللغة التعبيرية

والاستقبلية في سياق المجتمع التقليدي والذي يكون مألوفاً، وفي بيئة مريحة يزودهم

بمستوى من مهارات التواصل تكون قريبة من التوقعات المقبولة في البيئة، والقيام

بمسح للخصائص اللغوية ومناطق الضعف والقوة ومقارنتها بالأبعاد البيئية، ومن ثم

يقوم المعلم والفريق المساند بتقديم خطة تربوية فردية تتضمن احتياجاته.

المهارات الوظيفية المناسبة للعمر (Functional Age-Appropriate Skills)

إن المهارات الوظيفية التي تعلم للطلاب ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة يجب

أن تكون وظيفية وملائمة للعمر، وتكون ممكنة الاستخدام الفوري من قبل الطالب في

جميع الوضعيات، ومن ثم زيادة مدى الاستقلالية لديه، ويعد في طبق من الورق عن

المثقف مهارة غير وظيفية، ولكن طي الملابس مهارة وظيفية.

أما العمر الملائم فهو العمر الفعلي وليس الزمن، بمعنى أن هؤلاء الأطفال لا

تناسب مهاراتهم أعمارهم الزمنية، وبالتالي فالمهارة المناسبة لهم أقل من أعمارهم

الزمنية.

وتعليم المهارات الوظيفية لهم لا بد أن يشمل كل الخطوات، وعلى سبيل المثال عندما يشتري طالب (هامبرغر) فإنه يقوم بما يأتي: فتح الباب - الوقوف في صف - الطلب - الدفع - قبول الباقي - انتظار الخدمة - الانتقال إلى الانتظار - استقبال الطعام - أخذه لمكان مناسب لتناول الطعام - النظافة بعد الأكل.

ويعاني بعض الطلاب مثل التوحدين من عدم القدرة على إتباع خطوات متعددة، وبعضهم غير قادر على التعميم، وهو أن يعي ما يتعلمه قد يكون متاحاً في مواقف أخرى، وهو ما يستدعي أخذه لبيئة أخرى قابلة للتطبيق ويعتمد هناك كل الخطوات. ولذلك من المهم قياس المهارات، والقياس والتشخيص الجيد يوفران منهاجاً جيداً.

قانون التكنولوجيا المساعدة

في 25 أكتوبر سنة (2004) سن الكونغرس قانون التكنولوجيا المساعدة لأهمية النمو للأشخاص الذين لديهم إعاقات بسبب القناعة بزيادة دخولها في دعم مستقبلهم.

إن الجزء (504) من القانون حدد لكل من نظام التعليم والدخول في المجتمع التكنولوجيا المساعدة ملحق في مشاركة الناس ذوي الإعاقات في مكان العمل على سبيل المثال (AT) تمكن الأشخاص ذوي المشاكل السمعية للذهاب لزيارة الجار وسماع حوار الأفلام من خلال أجهزة السماع المساعدة أو القراءة، إنها تسمح للمعاقين المشاركة مع الأصدقاء في المقهى عن طريق أدوات حركة متنوعة.

(AT): التكنولوجيا المساعدة أيضاً ذكرت في دليل القانون لنمو التربية الخاصة لكل طالب معاق (AT)، كما يزود الشخص ويوصف له لتسمح له بالدخول على سبيل المثال في الطباعة؛ لأنهم لا يستطيعون السماع بشكل مباشر أو نقوم بترجمة ما يسمعونه إلى حروف مطبوعة.

إن إمكانية التكنولوجيا المساعدة محدودة فقط بسبب النقص في الابتكارية والإبداع، وأيضاً هي مكلفة ولا تصل إلى جميع الأشخاص خصوصاً أولئك الذين لا يعملون لكل من الأطفال والبالغين. هذا القانون يقدم خلال الولاية والبرامج الخيرية

والأنشطة التجريبية، وكل جديد عن الأجهزة والخدمات المباشرة، وهذا القانون يسمح للطلاب لاختيار المعدات وأجهزة التكنولوجيا المساندة الأخرى في المدرسة والمنزل قبل شرائها.

معلومات التكنولوجيا مهمة، بسبب أنها تزيل الحواجز والنتائج المترتبة (NCD) تنصح بما يأتي:

فوائد التكنولوجيا لمعددي الإعاقات:

1. التواصل بشكل أكثر فاعلية.
2. زيادة مستوى الاستقلالية.
3. التحكم في البيئة.
4. الحركة بشكل أفضل.
5. سهولة الحصول على المعلومات.
6. تساعد في عملية الدمج، وهذا من أهم الأهداف (Kirk, et, al, 2003).

التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة

أكدت الدراسات والأبحاث أن الأطفال ذوي تثلاث الصبغية 21² (متلازمة داون) يستفيدون من برامج التدخل المبكر والتي توفر خدمات التدريب والتأهيل للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، لكون هذه المرحلة مرحلة تطور سريع واكتساب للمهارات والمعارف الأساسية، لذا تحرص المنظمات على توفير خدمات التدريب المباشر للأسرة على يد المختصين، ووضع خطوات التدريب المشترك بين المركز والمنزل، وتنظيم حلقات للدعم والإرشاد للأسر وذلك بهدف التخفيف من آثار الصعوبات النمائية لدى الأطفال والرضع من أطفال هذه الفئة، وستتناول في هذا الفصل نظرية جان بياجيه لتنمية النمو المعرفي لدعم التدخل المبكر كنظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية لذوي العلاقات المتعددة بغرض الوقاية من الإعاقات المتعددة.

التدخل المبكر هو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن 6 سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة .

ترك يباقيه أثراً كبيراً في علم النفس عامة، وكلاً من علم النفس المعرفي Psychologie Génétique وعلم نفس الطفل على وجه الخصوص. وتعد أعماله مصدراً غنياً للتربية، فقد انتقد طرائق التلقين السلبي في التعليم، والطرائق الحدسية، وشدد في طريقة التعليم الفعالة أو النشطة التي قال بها على ضرورة الفعل الذي يمارسه الفرد في الأشياء ليكتشف خصائصها، وعلى العمليات العقلية Opérations Intellectuelles التي يضيف الفرد فيها خصائص على الأشياء، لا تمتلكها الأشياء في ذاتها.

تعريف التدخل المبكر

يمكن تعريف التدخل المبكر للطفولة على أنه اتساق الجهود النظامية المدعمة لإعانة الأطفال الصغار الموقوفين والأطفال المعرضين للخلل في النمو منذ فترة الولادة وحتى سن الخامسة وأيضاً مساعدة أسرهم.

ويشمل التدخل المبكر الأطفال منذ الولادة حتى سن المدرسة، لأن الأطفال يعتمدون على والديهم لتلبية حاجاتهم، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور على مساعدة الأطفال على النمو والتعلم .

والتدخل المبكر التي تبذل في تحديد الأطفال المعرضين لخطر التخلف أو التأخر العقلي قبل وأثناء وبعد الولادة وجهود الأخصائيين في تشخيص الأطفال المتخلفين عقلياً في مرحلة الرضاعة وتوفير الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولة المبكرة وبخاصة في سن من الولادة وحتى الخامسة.

لذلك لا بد من تشكيل فريق من الاختصاصات المختلفة للعمل على تلبية هذه الحاجات قدر الإمكان، ولأن الأطفال الذين لديهم تأخر أو إعاقة تكون لديهم خصائص متعددة ومعقدة هم وعائلاتهم يصعب تفهمها ويوجب التدخل المبكر .

ويمكن القول إن التدخل المبكر هو تلك الإجراءات أو الجهود أو البرامج التي تنفذ في سبيل الحيلولة دون حدوث نتيجة ضارة أو التقليل من شدتها أو زيادة فاعليتها هذه الجهود أو الإجراءات أو البرامج عن طريق التدخل في وقت أسبق بدرجة كافية عن الوقت الذي اعتاد معظم الناس أن يبحثوا فيه عن مساعدة.

كذلك فإن التدخل يعني التعامل مع مشكلة تعوق الطفل سواء من ناحية إمكانية في التكيف مع نفسه أو الآخرين من حوله، سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو العلاقة مع الزملاء والمحيطين بحيث يؤدي التدخل إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية ولتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته.

ويشير تعريف آخر إلى أن التدخل المبكر هو الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية والأولية وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعننين أنفسهم وإنما يشمل أيضا أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي.

ويؤكد تعريف آخر على أن التدخل المبكر هو مجموعة الجهود التي تبذل في تحديد الأطفال الذين يكونون أكثر عرضا لخطر التخلف أو الإعاقة قبل وأثناء وبعد الولادة وفي تشخيص حالاتهم منذ مرحلة الرضاعة مع توفير الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولة الأولى.

ومما سبق يمكن القول بأن: التدخل المبكر هو تلك الإجراءات والبرامج التي تقدم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة منذ لحظة التشخيص قبل الولادة وحتى يصل الطفل إلى سن المدرسة ويتضمن ذلك العملية كلها بداية من إمكانية التعرف المبكر على الحالات وتتبعها حتى مرحلة التدريب والإرشاد وتعتمد العملية بشكل أساسي على الوالدين والبيئة المحيطة.

أهمية التدخل المبكر

تتبع أهمية التدخل المبكر من أهمية المراحل العمرية الأولى للطفل حيث تكون اللبنة الأولى في تشكيل بناء الطفل حيث يمر الطفل المتأخر ذهنيا بنفس مراحل النمو

الارتقائي التي يمر بها الطفل الطبيعي إلا أن الطفل المتأخر ذهنياً يحتاج إلى مجهود أكثر وفترة أطول للتدريب على اكتساب المهارات المختلفة لمراحل النمو التي يمر بها الطفل الطبيعي وتدريب الطفل المتأخر ذهنياً على هذه المهارات في مرحلة مبكرة من العمر يساعد على اكتساب تلك المهارات في وقت مبكر وبالتالي تقليل الفجوة بينه وبين الطفل الطبيعي عن طريق التعرف على احتياجاته وتوفيرها له مما ينعكس على قدرة الطفل على الاعتماد على نفسه والتفاعل مع المجتمع المحيط به وبالتالي تقبل الأسرة والمجتمع له.

وترجع أهمية التدخل المبكر إلى أنه يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية، كما أنه يمنع أيضاً العيوب الثانوية عند الأطفال ذوي الإعاقة.

وقد أثبتت الأبحاث التي تمت على نمو الطفل أن معدل النمو والتعليم الإنساني هي عملية أكثر سرعة في سن الروضة. وقد أصبح وقت التدخل مهما عندما يتعرض الطفل إلى خطر فقد فرصة التعلم خلال مرحلة الإعداد القصوى فإذا لم تغتنم هذه المراحل التي يكون فيها لديه القدرة على التعلم سيواجه الطفل صعوبة في تعلم بعض المهارات مع مرور الوقت.

وللتدخل المبكر تأثير هام على الوالدين والأخوة وكذلك الطفل المعوق والمجتمع أيضاً مستفيد لأن الطفل الذي ينمو ويتعلم يكتسب القدرة على الاعتماد على النفس ويقلل من الاعتماد على المؤسسات الاجتماعية وهذا يحقق فائدة اجتماعية واقتصادية.

ذوو الاحتياجات الخاصة في سنوات حياتهم المبكرة في (ألمانيا) أن لبرامج التدخل المبكر فاعلية كبرى في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة لديهم، وكونهم في مراحل العمر الأولى لنموهم، كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية فور حصول الإصابة بالإعاقة يعطي نتائج باهرة، وهذا يؤكد الأهمية الكبرى لتوفير برامج تربوية متخصصة للأطفال قبل وصولهم إلى مرحلة التعليم الابتدائي.

ولأهمية التدخل المبكر بينت مئات الدراسات حول أهميته في رعاية الأطفال المعرضين للتخلف أو التأخر العقلي تبين تحسن حالات كثيرة في النمو العقلي والاجتماعي والانفعالي واللغوي والحركي كما تبين من هذه الدراسات أن التدخل المبكر له تأثير كبير على المدى البعيد.

ولقد بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر، فمن متابعة الأطفال الذين حصلوا على الرعاية المبكرة وجد أن معظمهم كانوا تلاميذ عاديين في المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية ولم يلتحق منهم بالتربية الخاصة إلا نسبة قليلة. أما الأطفال الذين لم يجيدوا الرعاية المناسبة فقد ازدادت حالات بعضهم سوءاً في مرحلة الطفولة الوسطي والمتأخرة وارتفعت بينهم نسبة التخلف العقلي وبطء التعليم والانحرافات السلوكية.

وبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر حيث يتحقق الكثير من المزايا كماكانية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بنجاح وفي توقيت مناسب، فضلاً عن تخفيض تكاليف رعاية الطفل المتخلف عقلياً.

مبررات التدخل المبكر

يعتبر التعليم في سن ما قبل المدرسة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية، ويتبع الأطفال المتأخرون في النمو نفس مسار النمو الطبيعي مع انه في العادة لا يكون على مستوى الأداء الوظيفي.

والتأخر النمائي في السنوات الخمس الأولى قد يكون من بين الأسباب الرئيسة لاحتمالات ظهور سلبيات مدى الحياة، وتقع مسؤولية غرس المبادئ والمهارات باختلاف أنواعها واستمراريتها على عاتق الوالدين.

ويجب على أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التدخل المبكر حتى يتجنبوا الوقوع في مشاكل مستقبلية.

ولقد تبين من تحليل نتائج الدراسات العملية أن التدخل المبكر له آثاره الايجابية على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأنه كلما كان التدخل مبكرا كانت فعاليته أكبر بالنسبة للأطفال وأسرهم. وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر:

1. تشير نتائج الدراسات والأبحاث إلى وجود فترات نمائية حرجة خاصة في السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل حيث يكون أكثر عرضة وحساسة وتأثرا من التعليم والسلوكيات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة.
2. أهمية المؤثرات البيئية والمتغيرات المحيطة في تشكيل عملية التعلم خاصة أن القدرات العقلية غير ثابتة في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، فالنمو ليس نتاج البيئة الوراثية فقط ولكن البيئة الاجتماعية تلعب دورا حاسما، لذلك فإن تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سيساعد في تنمية قدراته المختلفة، فالتعليم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية أخرى.
3. في ظل عدم توفر برامج الرعاية المبكرة فإن ظروف الإعاقة وحالات الأطفال المعرضين للخطر يمكن أن تؤثر بطريقة سلبية على تعلم الطفل وتنمية قدراته.
4. يحتاج الأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بنائه ومنظمة من العلاقة الأسرية مع طفلهم كي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والإشارة والتدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة بالمدرسة ليست بديلا للأسرة فالآباء هم معلمون لأطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة.
5. تؤكد الدلائل على الجدوى الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن تقديم الخدمات المبكرة خاصة في التقليل من الأعباء المادية المترتبة على تأخيرها أو عدم تقديمها مبكرا وكذلك في إمكانية التخفيف من هذه المشكلات الاجتماعية اللاحقة فالتدخل المبكر يساهم في تجنب الوالدين وطفلها ذا الاحتياجات الخاصة مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقة.
6. إن أي تدهور نمائي قد يحدث لدى الطفل ذي الاحتياجات الخاصة بدون التدخل المبكر يجعل الفروق بينه وبين أقرانه الطبيعيين أكثر وضوحا مع مرور الأيام.

7. تتداخل مظاهر النمو حتى يمكن القول إن عدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.
8. ولقد شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الصغار في السن والأطفال المعرضين للخطر.

تضريد برامج التدخل المبكر

يقوم التدخل المبكر على أساس الفروق الفردية بين الأطفال في النمو فكل طفل فريد من نوعه والبرنامج الذي يناسب طفلاً قد لا يناسب غيره بنفس الدرجة فكل طفل في حاجة إلى برنامج خاص به، يقابل حاجاته ويناسب ظروفه الأسرية وعلى هذا الأساس يوضع برنامج مكتوب لكل طفل يشترك في إعداده وتنفيذه الأخصائيون والوالدا الطفل. ويتضمن عادة الآتي:

1. مستوى نمو الطفل الحالي.
2. الأهداف السنوية (البعيدة) والشهرية (القريبة).
3. الخدمات التعليمية التي يحتاجها الطفل.
4. إمكانية استفادة الطفل من التعليم المادي.
5. معايير تقويم تقدم الطفل أثناء البرنامج.
6. مواعيد بدء الخدمات ومدة كل منها وأماكن تقديمها.
7. مواعيد مراجعة البرنامج.

مراحل عملية التدخل المبكر

تتكون عملية التدخل المبكر من عدة مراحل هي: التعرف، الاكتشاف، التدريب، الإرشاد وبالرغم من أنها مراحل مرتبة ترتيباً منطقياً إلا أنه عند التطبيق يندمج الأطفال مع بعضهم ولا يمكن التفرقة بينهم بسهولة، وتتناول فيما يلي شرحاً موجزاً للمراحل المذكورة سابقاً:

1. التعرف (التحقق): ملاحظة العلامات الأولية أو الإرشاد التي تنبه أن الطفل معرض لخطر النمو أو انه في تقدم شاذ.

2. الاكتشاف: عن طريق بحث هذه العلامات والإرشادات بطريقة منظمة لكافة السكان والتي تتضمن برامج مسحية مثل تحليل الفينيل كيتون يوريا واختبارات كشف الإعاقة السمعية واضطرابات النمو ولا تمثل مخرجات هذه الاختبارات التشخيص ويتم تحويل الأطفال لعمل فحوصات تشخيصية أخرى.
3. التشخيص: ويكون نتيجة وجود الإعاقة في النمو بجانب معرفة الأسباب المسببة لها، والتشخيص يأخذ مكانه في الترتيب بعد التعرف على العلامات والإرشادات التي تعتبر الطفل معرضاً لخطر أو انحراف النمو.
4. التدريب: كل الأهداف المباشرة للأنشطة المؤثرة في الطفل وبيئته صممت لخلق ظروف أفضل للنمو وهذه الأنشطة تتضمن تنبيه وتنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية وخدمات إضافية عن طريق أخصائيين في الطب، العلاج المهني، العلاج الطبيعي، التخاطب، السمعيات والتغذية.
5. الإرشاد: وهو كل أشكال التدريب والاستشارة المتاحة للأباء، الأسرة، الأسرة المفككة، والإمداد بالمعلومات عامة.

استراتيجيات التدخل المبكر

يتم التدخل المبكر وفقاً لاستراتيجيات ثلاثة:

1. عملية توسطة (RE-Mediayion): ويكون التدخل بتعديل في سلوك الطفل في سياق عمليات النمو والتكيف ببرامج التدخل الطبي أو التعليمي أو السلوكي.
2. تعديل مفاهيمه وتعويضه (RE-Definition): بتعديل إدراكات وممارسات الوالدين للطفل نحو الطفل.
3. إعادة تعليم الوالدين (RE- Eduocation): كيفية رعاية الطفل وتحسين قدرتهم معه وكفاءتهم في التعامل معه.

كما تحدد الاستراتيجيات المتبعة في تقديم خدمات التدخل المبكر في الآتي:

1. إستراتيجية التدريب المنزلي Home Based Programs: تقوم هذه الإستراتيجية على تقديم خدمات التدخل المبكر في المنزل وتؤكد على تحمل الأسرة للدور

وللعبء الرئيسي في تنفيذ الخدمات العلاجية والتربوية للطفل بعد تزويدها بالمهارات والوسائل اللازمة لذلك.

2. إستراتيجية مراكز التدخل المبكر Center Based Programs: تقوم على إنشاء مراكز خاصة يتوفر فيها عدد من المتخصصين اللازمين وتستقبل هذه المراكز ويقدم لهم التدريب والخدمات الأخرى اللازمة. وهناك أشكال من المراكز:

أ. مراكز تدريب للطفل دون مشاركة من الأهل في هذه العملية.

ب. مراكز تدريب الطفل بمشاركة الأهل: وتقدم هذه المراكز خدماتها التدريبية للأطفال إلا أنها تشترط على الأهل الحضور والمساهمة في عملية التدريب لعدد معين من المرات.

ج. مراكز تدريب الوالدين: وتقوم باستقبال الوالدين وأبناءهم وفي البداية يتم تدريب أولي على كيفية العمل مع الطفل ومن ثم يقوم الوالدان بمواولة التدريب بإشراف المتخصصين في المركز.

3. إستراتيجية المركز الخاص المصاحب بتدريب منزلي.

4. إستراتيجية التدريب المنزلي الذي يعقبه تدريب في المركز: وتقوم على تقديم التدريب المنزلي خاصة في السنتين الأوليين من عمر الطفل ومن ثم إلحاقه بمركز التدخل المبكر حتى يبلغ سن الخامسة.

5. إستراتيجية مركز تتبع نمو الطفل Child development Monitoring: وتتخلص هذه الإستراتيجية في إنشاء سجل وطني للمواليد والأطفال دون الخامسة الأكثر عرضه للإعاقة ومتابعة نموهم بشكل دوري من خلال مراكز خاصة تنشأ لهذا الغرض أو من خلال برامج عيادات الأمومة والطفولة أو المراكز الصحية.

الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر

من الصعب على المتخصصين تحديد الفئات المستهدفة للتدخل المبكر وذلك للأسباب الآتية:

1. الطبيعة المعقدة والمتباينة لنمو الأطفال.

2. عدم توفر أدوات التقييم المناسبة.
3. عدم توفر بيانات دقيقة عن نسبة الانتشار.
4. عدم توفر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية من جهة والإعاقة من جهة أخرى.

وعلى الرغم من ذلك يمكن تحديد الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:

1. الأطفال أصحاب الحالات الجينية الذين يتبين من تشخيصهم أن حالاتهم تنتج عنها إعاقة أو تأخر في النمو.
2. الأطفال المعرضون لخطر بيولوجي بسبب إصابة أثناء الولادة أو بعدها مثل الأطفال المبسترين.
3. الأطفال المعرضون لخطر بيئي نتيجة لظروفهم المحيطة (الفقر) الذي ينتج عنه إعاقة أو تأخر.

الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر

يتم تحديد الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر فيما يلي:

1. أهمية الخبرة المبكرة.
2. أهمية الدور الذي تلعبه أسرة الطفل المعوق لتعليمه.
3. أهمية تحسين كفاية الأسرة وتقوية كيانها كمساعد في حل مشكلة الطفل المعوق.
4. أهمية توظيف قدرات آباء الأطفال المعوقين بالشكل المناسب ضمن إطار عمل الفريق للمساهمة في حل مشكلات أطفالهم.
5. تحسين العلاقة الوالدية بالمعوق خطوة أساسية في برامج التدخل المبكر.
6. تضمين الدعم الأسري في برامج التدخل المبكر يضاعف من تأثير البرامج.
7. أن تتضمن أهداف التدخل المبكر أهدافاً عمومية (صحة المعوق النفسية، تهيئة البيئة السرية... الخ) إلى جانب اهتمامها بالجوانب النمائية للمعوق.
8. أهمية التحديد الدقيق للمصطلحات والمفاهيم المستخدمة في ممارسات التدخل المبكر.

9. أهمية توفير أدوات تقييم موضوعية دقيقة تمكن القائمين على برامج التدخل المبكر من تقييم التقدم والتحسن في شخصية المعوق.
10. لا بد أن تشمل برامج التدخل المبكر تطويرا وتعديلا لظروف البيئة المحيطة بالمعوق والتي قد تكون معوقة.
11. أهمية البرامج الوقائية.
12. أفضل البرامج التي تؤمن للمعوق طبيعة وسط أهله وذويه لتجنبه الهزات النفسية.
13. ضرورة أن لا تكفي برامج التدخل المبكر بالتغيير في نمو المعوق ذهنيا وأن تركز أيضا على تغيير الأداء الكيفي للأسرة في علاقاتها وفي مدى قدرتها الاستقلالية.

أساليب الممارسة التنفيذية لبرامج التدخل المبكر وتحدد في الآتي:

1. أهداف مكتوبة للبرامج وأساليب محددة لقياس نتائجه.
2. أساليب متابعة الأداء لكل معوق وحاجاته.
3. سبل تحديد الأهداف لكل معوق على حده وللأسرة أيضا.
4. طرق محددة لتحديد مفهوم الدعم الأسري إجرائيا وتحديد خدمات المعوقين إجرائيا.
5. طرق محددة لتقويم العلاقات التفاعلية في الأسرة.
6. أسلوب تدوين الملاحظات حول الاستجابات الكيفية للمعوق.
7. ترجمة الملاحظات إلى إجراءات وأفكار وبخاصة ما يتعلق بمزاج المعوق وعلاقته بالوالدين.
8. إجراءات بشأن تنفيذ الممارسات في ضوء تخصصات مختلفة واتخاذ قرارات موحدة بروح الجماعة سواء فيما يتعلق بحل الخلافات في الرأي أو في اتخاذ القرارات بشأن المعوق.

9. خطة إجرائية لضمان تنفيذ التدخل المبكر بطريقة علمية وبحثية وتتضمن إجراءات جمع المعلومات الكمية والكيفية ، إجراءات قبول المعوق في البرنامج، وخطة متابعة الجهود مستقبلا.
10. التأكيد على مشاركة الآباء والأخصائيين وفهم وتشجيع الأهداف التي يضعها الوالدان للأسرة وإيصال المعلومات المتخصصة بطريقة مفهومة وفهم الفروق الثقافية لأسر المعوقين.
11. تحسين الخدمات والتنسيق فيما بينها والتوعية بالخدمات المتوافرة في المجتمع والاستفادة من نماذج الخدمات والبرامج الناجحة وتسهيل عمليات التواصل بين المؤسسات المختلفة.

فريق العمل في برامج التدخل المبكر

الأطفال المتأخرون هم أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة الى حد كبير فحاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتفهمها ويعمل على تليتها بشكل متكامل، ولذلك فهناك حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المتأخرين وأسرهم. والحاجات الفريدة الموجودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والاجتماعي - الانفعالي والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفرق والأدوار المتوقعة من كل تخصص.

لذلك فإن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها أخصائيون

عديدون من بينهم:

1. أخصائي الوراثة Geneticist.
2. أخصائي النساء والتوليد Gynecologist.
3. أخصائي طب الأطفال Pediatrician.
4. أخصائي الأسنان Dentist.
5. أخصائي العيون Ophthalmologist.

6. المختبر Clinical Pathologist.
7. أخصائي التغذية Nutritional.
8. أخصائي القياس السمعي Audiologist.
9. الأخصائي الاجتماعي Social Worker.
10. أخصائي اضطرابات الكلام واللغة Speech & Language Pathologist.
11. أخصائي العلاج الطبيعي Physical Therapist.
12. أخصائي العلاج الوظيفي Occupational Therapist.
13. الممرضة Nurse.
14. المعلمون والمعلمات Teachers.
15. معلمات ومعلمو التربية الخاصة Special Education Teacher.
16. أولياء الأمور Parents.

وتشير الدراسات إلى وجود نقص كبير في الكوادر المؤهلة للعمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة صغار السن وأسرههم حتى في الدول المتقدمة التي حققت فيها التربية الخاصة إنجازات كبيرة في العقود الماضية.

الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر

تشمل الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر النواحي التالية:

1. معرفه مراحل النمو الطبيعي وغير الطبيعي في الطفولة.
2. القدرة على معرفة أعراض الإعاقة المختلفة وتطبيق أدوات التقييم الرسمية وتفسير نتائجها.
3. القدرة على ملاحظة سلوكيات الأطفال.
4. القدرة على توظيف الأساليب غير الرسمية في تشخيص مشكلة النمو.
5. القدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في مجالات النمو والتعليم قبل المدرسي.

6. القدرة على تصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية للأطفال صغار السن.
 7. القدرة على تفهم مبدأ الفروق الفردية بين الأطفال وتلبية احتياجات كل طفل وفقا لذلك.
 8. القدرة على العمل بفاعلية ضمن فريق متعدد التخصصات.
 9. القدرة على تجنيد وتدريب مساعدي المعلمين والمتطوعين والمتدربين وغيرهم لدعم برامج التدخل المبكر.
 10. القدرة على تنظيم البيئة التعليمية للأطفال على نحو يشجعهم على التواصل والاكتشاف.
 11. القدرة على إرشاد الأسر وتدريبها للعمل على مشاركتها في برامج التدخل المبكر.
 12. فهم الفلسفة الكامنة وراء المناهج المستخدمة.
- والبرامج التدريبية المتخصصة غالبا ما يقوم على تخطيطها وتنفيذها أقسام متنوعة مثل التربية الخاصة والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والتمريض.

وظائف فريق التدخل المبكر

- تقوم فرق التدخل المبكر خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة بالوظائف الأساسية التالية:
1. تقويم الطفل وأسرته Assessment Process: حيث يتم تحديد الحاجات الخاصة بكل طفل وكل أسرة عن طريق التقويم الذي يستخدمه فريق التدخل المبكر. ويتنوع عدد أعضاء هذا وفقا لمتطلبات كل موقف فعلى سبيل المثال قد يتطلب التقويم التشخيص تدخلا أكثر عمقا لعدد معين من الكهنيين ذوي تخصصات علمية مختلفة بينما قد لا يطلب التقويم عند إجراء المراجعة ربع السنوية لمتابعة تقدم الطفل سوى المهنيين الذين يقدمون الخدمة اليومية للطفل. ويتفق بناء فريق التقويم الفعال مع بناء فريق حل المشكلة الذي أشار إليه كل من لارسون ولافتو الذي يتطلب مستوى عال من الثقة بين أعضائه وبيان عمل يركز على

القضايا لا الحلول المقررة سلفا ويتفق مع التفريد الذي يتميز به بروتوكول التقييم.

2. تخطيط التدخل Intervention Planning: تخطيط التدخل عادة ما يتم في سياق تخطيط برنامج التعليم الفردي أو الخطة الفردية لخدمة الأسرة. ويتنوع أيضا عدد المشاركين في فريق التخطيط تبعاً لرغبة الأسرة في أن يقتصر على من يقدمون الخدمات فقط أو رغبتها في إضافة مهنيين آخرين للاستعانة بهم في تقديم استشارة لعملية تخطيط لضمان شموليتها. ويتطابق بناء الفريق الإبداعي مع وظيفة تخطيط التدخل التي يقوم بها الفريق التدخل المبكر والتي تركز على اكتشاف الإمكانيات والبدائل الجديدة ويتميز فيها الفريق بالاستقلالية في التفكير مما ييسر تحديد نتائج فريدة ومرنة ومجموعة واضحة من مستويات الأداء المعيارية ويجب أن تكون لدى فريق تقديم الخدمة المبكرة القدرة على الاستجابة لمجموعة من الأبعاد المتعلقة باحتياجات الطفل والأسرة مثل ثقافة الأسرة وأساليب التدخل الطبيعية والنتائج الوظيفية.

3. تقديم الخدمة للطفل والأسرة Service Delivery: يتنوع أعضاء فريق التدخل ومقدمي الخدمة باستمرار تبعاً لتغيير احتياجات الطفل وأسرته فقد يضم الفريق أعضاء أساسيين مسؤولين عن تقديم الخدمة وأعضاء استشاريين يقدمون خدمات مباشرة أو غير مباشرة للطفل أو لأي شخص آخر مرافق له عند الطلب. ويتحمل فريق تقديم الخدمة مسؤولية تنفيذ خطة محددة جيداً كما هو الحال بالنسبة للفريق التكنيكي ولديه مجموعة من مستويات الأداء المعيارية ومهام وأدوار محددة بوضوح ويؤمن ببناء الفريق فعالية كل عضو فيه وفعالية الفريق ككل.

دور الأسرة في تنشئة الطفل

الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تلعب الدور الأساسي في تربية الطفل وتلقينه القيم الأخلاقية والمعلومات المتنوعة لتساعده على بناء تكوينه المعرفي وتحديد معاملاته مع الآخرين.

فالأسرة تؤدي دورا بالغ الأهمية تجاه الطفل حيث تقوم بتحويله من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، كما أن لها دورا مؤثرا في عملية التنشئة الاجتماعية وتوفير الرعاية الاجتماعية والنفسية للطفل والإشباع المنتظم لحاجاته ودوافعه البيولوجية والسيكولوجية مما يؤدي إلى تحقيق النمو السوي والتوافق الاجتماعي.

وإذا كانت التنشئة الاجتماعية للطفل تتم من خلال مؤسسات ووكالات اجتماعية وثقافية متعددة فإن الأسرة تقف في مقدمة هذه المؤسسات وتحجز لنفسها الإسهام الأكبر في هذه العملية.

كما أن الوالدين والطفل يؤثر كل منهما على الآخر فالأم تزواج بين سلوكها وبين المستوى الارتقائي للطفل وفي نفس الوقت تحاول أن تستثير لديه مستويات أعلى من السلوك والطفل يرتقي وينمو من خلاله أمه.

اتجاهات الأسرة نحو الطفل ذي الاحتياجات الخاصة

هناك توقعات يحتفظ بها الوالدان خاصة بأطفالهما حديثي الولادة فإذا ما حدث عكس ذلك تكون النتيجة مشاعر مختلفة من الخوف والألم، خيبة الأمل، الشعور بالذنب والارتباط والعجز والقصور.

إن أول رد فعل للوالدين هو شعورهم (بالصدمة) حيث تتابهما مشاعر الرفض وينكران وجود أي مشكلة لدى الطفل. ثم تأتي مرحلة الإدراك والفهم حيث يدركان أن هناك مشكلة عليه لدى طفلها ويصاحب ذلك قلق شديد واكتئاب ثم مرحلة الانسحاب أو التراجع حيث يرغب الوالدان في التراجع وترك كل شيء ليقوم به شخص آخر غيرهما وفي النهاية تأتي مرحلة الاعتراف والقبول وهي المرحلة الأخيرة في الأزمة النفسية التي يمر بها الوالدان ولكن لا نستطيع قول ذلك بشكل قاطع حيث يظل الوالدان يمتنان دائما لو أن طفلها ليس لديه مشكلة حتى يمكنهما التكيف مع الحقائق.

كيفية تغيير اتجاهات الوالدين نحو الطفل ذي الاحتياجات الخاصة عن طريق:

1. إدراك الوالدين لإمكانيات وقدرات الطفل وتقديرهما لها دون التركيز على جوانب الضعف فقط.

2. إتاحة الفرصة للطفل للتفاعل والاحتكاك مع أقرانه الطبيعيين في نفس المرحلة العمرية.

3. وضع توقعات واقعية لأداء الطفل في ضوء قدراته وإمكانياته.

4. إتاحة الفرصة للطفل لتنمية التعليم الذاتي المباشر والذي يشمل المشاركة في انتقاء الأهداف وتحديدها.

5. البحث عن الخدمات التعليمية التي تعمل على تعزيز وتطوير إمكانيات الطفل وعلاج أوجه القصور والضعف بصورة مبكرة كلما أمكن ذلك.

فالطفل ذو الاحتياجات الخاصة غالباً ما يمكنه الحياة بصورة مستقلة عن الآخرين وممارسة عمل أو حرفة يتكسب منها حيث إن النجاح في الحياة لا يعتمد فقط على الذكاء إنما يعتمد على القدرات المختلفة والنضج الاجتماعي والانفعالي.

أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر

إن التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات مع أولياء الأمور يكون أساسها المشاركة في تخطيط الخدمات واتخاذ القرارات بشأنها مما يتطلب تعود الأخصائيين المهنيين العمل مع الأسرة. فإدراك الأخصائيين لصدق المنظور الأسري يجعلهم يتنازلون عن جزء من هيمنتهم على الأسرة والعمل على المشاركة الفعالة لها في برامج التدخل المبكر.

وتتضح أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:

1. لا يؤخذ في الاعتبار أي برنامج للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلا مع وجود تأثير فعال للوالدين في تعليم أبنائهم.

2. تؤكد برامج التدخل المبكر على أهمية اشتراك الأسرة مع الأخصائيين في تقييم قدرات وإمكانيات الطفل وتحديد الأهداف الخاصة بالبرامج مما يزيد من فاعلية البرامج.

3. يشترك الوالدان مع الأخصائيين في وضع أولويات الاحتياجات سواء للطفل أو الأسرة.

4. مشاركة الأسرة في تخطيط التدخل ورقابة التقدم بناء على المعلومات القائمة على الملاحظة والتدخل في الأنشطة اليومية.
 5. بعض برامج التدخل المبكر اعتمد بشكل كبير على التدريب في المنزل والمشاركة الأساسية للأسرة وهي من أفضل برامج التدخل المبكر.
 6. دور الأم في تدريب أمهات آخريين وتعديل اتجاهاتهن نحو أطفالهن ذوي الاحتياجات الخاصة ومساعدتهن على تقبله.
- المبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة**
1. توجيه التقويم والتدخل عن طريق مصالح الأسرة وأولوياتها.
 2. على الأخصائيين المهنيين تزويد الأسرة بالمعلومات التي تساعد على القيام بدورها في صنع القرار.
 3. حساسية التقويم والتدخل للاختلافات الفردية من حيث احترامه لقيم الأسرة ومعتقداتها وأنماط حياتها.
 4. للطفل ذي الاحتياجات الخاصة حاجات كبيرة إلا أن حاجات أسرته أكبر.
 5. تكيف الطفل ذي الاحتياجات الخاصة يعتمد لدرجة كبيرة على دعم الأسرة له وتفهمها لحاجاته وخصائصه.
 6. وراء كل طفل ذي حاجات خاصة أسرة ذات حاجات خاصة. كما أن هناك فروقاً فردية كبيرة بين الأطفال وفروقات كبيرة بين الأسرة والأخصائيين غالباً ما يهتمون بتلبية حاجات الطفل ولا يهتمون بتلبية حاجات الأسرة.
 7. أسرة الطفل ذي الحاجات الخاصة بحاجة إلى قسط من الراحة والدعم والإرشاد والتوجيه بدون إحساسها بالضعف.
 8. غالباً ما تعبر أسرة الطفل ذي الحاجات الخاصة عن اعتقادها بأن الأخصائيين لا يفهمون مشكلاتها ومشاعرها الحقيقية.
 9. لا يستطيع أي أخصائي مهما بلغت مهاراته أن يولي بمفرده جميع حاجات أسرة الطفل ذي الحاجة الخاصة.

10. الاجتماع مع الأب والأم كلما سمحت الظروف والاستماع إليهما وتزويدهما بالمعلومات عن طفلهما وتشجيعهما على الشعور بأنهما أصحاب القرارات النهائية بشأن طفلهما.
11. التصرف بطريقة لبقة أمام الوالدين وعدم انتقاد الآخرين أمامهما أو الشكوى من الآباء الآخرين.
12. إعطاء الوقت الكافي للوالدين لفهم مشكلة طفلهما وعدم اتهام الوالدين أو إشعارهما بأنهما السبب في مشكلة طفلهما والنظر إلى مشكلة الطفل من وجهة نظر والديه وتفهم الصعوبات التي يواجهونها.
13. تجنب استخدام المصطلحات التي لا يعرفها الوالدان واستخدام اللغة الدارجة التي يستطيعان فهمهما.
14. مساعدة الوالدين على تحقيق أهداف واقعية ممكنة وتجنب التعامل مع كل الأمر بنفس الطريقة.
15. تقديم إجابات علمية وموضوعية لأسئلة الوالدين.

أساسيات التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات المتعددة

يقصد بالتدخل المبكر مفهومه العام الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية، والرعاية الصحية الأولية، وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة. ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعينين أنفسهم وإنما يشمل أيضا أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي. حيث يكون الغرض من خدمات الرعاية المبكرة وبرامجها التقليل من الحواجز والعوائق المتواجدة في البيئة المحلية، وكذلك في تطوير وتحسين إجراءات السلامة المتوفرة محليا. إضافة إلى إمكانية شمولها على تعزيز وتطوير برامج التوعية الاجتماعية للتقليل من الآثار السلبية المترتبة على الإعاقات الجسمية والصحية.

وبالتحديد، فإن منظمة اليونسيف قد لخصت المشكلات الخاصة التي تعاني منها الدول النامية في مجال الوقاية والتهدل المبكر، في النقاط التالية:

1. انخفاض الوعي الصحي والاجتماعي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.
 2. وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن اعتبارها من صلب الفئات المحرومة أو التي لا تتلقى المستويات الدنيا من الخدمات الضرورية.
 3. غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها المسببة غالبية أفراد المجتمع.
 4. انعدام أو عدم كفاية البرامج الملائمة حول الوقاية، أو العوامل المسببة للإعاقة وندرتها الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة وخاصة في مجال الوقاية والرعاية الصحية والأولية.
 5. وجود عوائق مادية وجغرافية مثل عدم توفر الدعم المادي لللازم واتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة.
 6. غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوفرة محليا سواء أكانت اجتماعية أو تعليمية أو صحية.
 7. ندرة استغلال المصادر المحلية بشكل أمثل.
 8. اعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعوقين في أدنى سلم الأولويات لدى كثير من المجتمعات النامية.
- وعلى الرغم من فداحة هذه المشكلات وضخامتها، فإنه يمكن تخفيضها أو الحد منها بدرجة كبيرة في حال الالتزام ببعض الأسس والمبادئ العامة التالية وما يصاحبها من تفضيلات وخطوات إجرائية لاحقه:
1. يعتبر التوسع في الخدمات وتنمية برامج الرعاية المبكرة أمرا حيويا يجدر تعزيزه بحيث تصبح تلك الجهود جزءا رئيسيا من خطط التنمية الوطنية المصممة خصيصا لتطوير جميع المرافق والخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية.
 2. بذل جهود نوعية للمحافظة - بأقصى درجة ممكنة على النمو الطبيعي للطفل. وتشكل الأسرة أداة رئيسية لنجاح هذا الإجراء عندما تتم تنمية قدراتها ودعم إمكانياتها في التعامل مع مشكلات الإعاقة لدى طفلها.

3. على المؤسسات المحلية المختلفة سواء أكانت تابعة لجهات رسمية أم تطوعية ان تلعب دورا مسئولاً في تنظيم وتنسيق جهودها وتوجيه خدماتها، ودعمها المادي والمعنوي لكل من الأسر والأطفال أنفسهم، ويتطلب ذلك العمل الجاد من قبل الاختصاصيين في توفير المواد التدريبية والبرامج والمعلومات اللازمة للعاملين لدى تلك المؤسسات.
4. تهيئة الكوادر المتخصصة للعمل على تدريب الأسر والأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.
5. التركيز أولاً وقبل كل شيء على الوقاية من الإعاقة.
6. الاهتمام بالتعرف المبكر على الحالات والإسراع ما أمكن في تقديم الخدمات العلاجية الملائمة، لتحقيق ذلك فإن الأمر يتطلب للإثراء وتطوير برامج الخدمات الأساسية المتوفرة محلياً، ومن ثم استغلالها والاستفادة منها في تنفيذ تلك البرامج. ويتفق مع تلك الأسس والمبادئ ما قرره المجلس التنفيذي لليونسف سنة 1980 من اقتراحات وغيرها من التوصيات المقدمة لمؤتمر الأسكوا المنعقد في عمان 1989م. وقد ركزت تلك المقترحات على ضرورة تنفيذ إستراتيجية موسعة للوقاية من الإعاقة وإعادة التأهيل.

واعتمدت هذه الإستراتيجية على ثلاثة عناصر أساسية هي:

1. الوقاية الفعالة من اعتلالات الأطفال، وذلك من خلال التطعيم ضد الأمراض المعدية وتوفير مواد غذائية إضافية للحد من الاضطرابات الناشئة عن النقص في فيتامين (أ) واليود، واتخاذ التدابير اللازمة للحد من الإصابات الناتجة عن الحمل أو الولادة أو الحوادث.
 2. الكشف المبكر عن الحالات والتدخل للحد من آثار العوق.
 3. الاعتماد على العائلة والمجتمع كأداة أولية لتوصيل الخدمات للأطفال المعوقين.
- وتؤكد هذه المقترحات أيضاً على ضرورة وضع إجراءات أفضل لمتابعة ورصد حالات الولادة قبل الولادة وأثناءها وبعدها. ويمكن لوحدة العناية الأولية وغيرها من هياكل الخدمات الصحية والمجتمعية أن تلعب دوراً فعالاً في هذا الخصوص ولا

تقتصر تلك المتابعة على توفير التغذية، والتطعيم والخدمات الصحية المختلفة، بل تصل إلى ضرورة التدخل المبكر قبل أن تؤدي تلك الظروف إلى احتمال حدوث إعاقات أو إصابات بدنية وعقلية أو اضطرابات انفعالية وتنسجم توجيهات اليونسكو (1989م) المقدمة إلى المؤتمر نفسه مع تلك الاقتراحات، حيث أشارت إلى أن الشكل الأول من التدخل التربوي يكمن في نوعية تلك الخدمات أولا والتربية الموجهة نحو الوقاية من حالات الإعاقة ثانيا.

فقد أصبح من المعروف أن كثيرا من العلل أو الإعاقات أو الإصابات يمكن منعها أو تخفيفها إلى حد كبير إذا كانت الأسر المعنية تتمتع بدرجة كافية من الوعي بالإجراءات الصحية المتوفرة محليا وسبل الاستفادة منها.

وكذلك يمكن الوقاية من كثير من حالات العوق الناتجة عن حوادث العمل والمرور في حال تنفيذ التعليمات الإدارية والفنية وزيادة الوعي بكافة الإجراءات الوقائية اللازمة.

الأسس والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر

كما سبق، يمكن اقتراح عدد من الأسس والمبادئ والعناصر الأساسية في التدخل المبكر على نحو يشمل كلاً من مرحلة الخدمات الوقائية والمرحلة التشخيصية والمرحلة العلاجية والتربوية وأي اعتبارات أخرى لاحقة.

1. مرحلة الوقاية

لقد اختلفت النظرة الحديثة لمفهوم الوقاية عما كانت عليه سابقا، فحسب المفهوم الشمولي الذي تبنته منظمة الصحة العالمية (WHO, 1970) فإن الوقاية لم تعد تقتصر على تلك الإجراءات التي تحد من احتمال حدوث الإعاقة، بل أصبحت تشمل على إجراءات تهدف إلى منع تطور الحالة إلى درجة من العجز والإعاقة، ووفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية لعام 1976م، فإنه يقصد بها مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الحيلولة دون أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية.

وكذلك الحد من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر والبناء مع بيئته ومجتمعهم، وذلك بأقل درجة ممكنة من المحددات، إضافة إلى توفير كافة الفرص والإمكانات الملائمة بشكل يسمح للفرد بالاقتراب ما أمكن من حياة العاديين. وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

2. مرحلة التشخيص

يقصد بالتشخيص هنا تحديد طبيعة المشكلة أو الإعاقة التي يعاني منها الطفل على نحو تستدعي حالته المبكرة، وتقديم الخدمات العلاجية اللاحقة. ويسمح التشخيص الملائم باتخاذ القرار والإجراءات القانونية المتعلقة بوصف الحالة وتحديد المكان التربوي المناسب عندما تثبت حاجتها لتلقي مثل تلك الخدمات. ونظرا لخطورة التشخيص وأهميته في نفس الوقت، فقد حددت معايير وخطواته وإجراءاته من قبل عدد كبير من المراجع العلمية والدراسات والأبحاث المستفيضة. ويمكن تلخيص معايير التشخيص وإجراءاته وفق مراحلها المختلفة، وعلى الأخص عند الكشف عن الحالات وتحديدتها وكذلك عند تشخيصها. ويعتبر الكشف عن الحالات التي تستدعي التدخل المبكر في مقدمة إجراءات التشخيص وأول خطواته العلمية نحو تحديد وتحويل الأطفال ممن هم في سن ما قبل المدرسة إلى برامج التشخيص والمعالجة المناسبة. وتهدف هذه العملية إلى تشجيع المختصين من تربويين وأطباء وأخصائيين اجتماعيين على القيام بمراجعة وتدقيق جميع حالات الأطفال التي تراجعهم، ودراسة جميع الجوانب الصحية والنمائية والأكاديمية. وكذلك ظروف الطفل وبيئته الاجتماعية بشكل يسمح بتحويل من تستدعي حالته إلى تلقي خدمات تشخيصية وعلاجية مبكرة.

وغالبا ما يتم الكشف عن الأطفال الذين يعانون من إعاقات جسدية وصحية واضحة عن طريق الأطباء، ومن خلال إجراء بعض الفحوص المخبرية أو تطبيق الاختبارات النفسية والتربوية في بعض الأحيان. وبما أن الإصابة أو الإعاقة تكون قد حدثت بالفعل، فإن أهمية كشف هذه الحالات يكمن في التحويل والجهة التي سيتم التحويل إليها بالفعل لتلقي الخدمات التدريبية والعلاجية الملائمة، أما الأطفال الأكثر

عرضة الإصابة فهم لا يعانون من اضطرابات ظاهرة، لكن تاريخهم الطبي والتطوري يستدعي مراقبتهم ومتابعة حالاتهم.

ويعتبر البعض منهم أكثر عرضة للإصابة من الناحية الصحية أو البيولوجية، وبذلك يقع على عاتق الأطباء والمؤسسات الصحية المختلفة مسؤولية توفير الخدمات الإرشادية والتوجيهية المناسبة لأسر هذه الحالات من مثل المتابعة الطبية وإمكانية الوصول إلى برامج المسح والتقييم الشامل للأطفال. أما البعض الآخر فهم أكثر عرضه من الناحية الاجتماعية والبيئية، ويمكن الوصول إلى المعلومات التي تؤكد وجود هذه الحالات من خلال الاستعانة بالجيران أو الأصدقاء أو الجمعيات الخيرية. وتلعب مؤسسات الخدمات الاجتماعية المتواجدة في البيئة المحلية دورا بارزا في خدمات التحويل وتقديم المشورة اللازمة في مثل هذه الحالات.

3. مرحلة المعالجة وتقديم الخدمات

تأتي هذه المرحلة بعد التأكد من حاجة الطفل للخدمات العلاجية المتخصصة. ويمكن تنفيذ هذه البرامج حسب المفهوم التربوي من قبل مدرس التربية الخاصة، وذلك وفق خطة تربوية علاجية تلبي الحاجات الفردية لكل حالة. ولا تقتصر هذه الخطة على المهارات التربوية وإنما يجب أن تشتمل على المهارات الأخرى الضرورية لكل حالة مثل خدمات أخصائي النطق أو العلاج الطبيعي أو الخدمات الطبية. وعلية فإن تصميم هذه الخطة وتنفيذها يتطلب الاستعانة بمختلف التخصصات والخبرات التي تستدعيها طبيعة الحالة. وقبل تحديد البرامج الملائمة، فإنه يلزم تحديد المهمات التي يستطيع الطفل إتقانها. فعلى سبيل المثال، فإن معلومات التشخيص العامة الواردة في تقرير التشخيص لا تعتبر كافية بالنسبة للمدرس عندما يرغب في تصميم الخطط التربوية والعلاجية، مما يستدعي إجراء تقييم تربوي شامل يحدد مستوى الأداء الحالي للطفل، ويسهم بالتالي في تطوير الخطة الفردية وفق ذلك المستوى.

وتعتبر مسؤولية إجراء هذا النوع من التقييم من مسؤوليات المتخصصين الذين سيقع على عاتقهم لاحقا تنفيذ برامج الطفل، مثل معلم وأخصائي الخدمات المساندة،

مثل (معالج النطق، المعالج المهني، أخصائي الإدراك الحركي... الخ) هذا ويجب أن يشمل التقييم التربوي على حالة الطفل النمائية ومستوى مهاراته في كل من:

1. النمو الحركي.
 2. المهارات اللغوية.
 3. مهارات عناية بالذات.
 4. النمو المعرفي.
 5. النمو الانفعالي.
 6. مهارات ما قبل المدرسة.
 7. المهارات الحياتية اليومية.
- ومن المتوقع أن تسهم هذه المعلومات في إعداد الخطة الفردية.

أهم برامج التدخل المبكر وأهم عناصره

1. الخدمات التي تقدم في المنزل: وتهدف إلى تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتعليمهم المهارات الضرورية ضمن البيئة المنزلية.
2. الخدمات التي تقدم في المراكز: وقد تكون هذه المراكز مستشفيات أو مراكز خاصة ويمضي الأطفال في هذه المراكز من 3-5 ساعات يومياً ويتم تدريبهم على مختلف المجالات.
3. برامج الدمج: ويقصد بها الدمج بين الخدمات التي تقدم في المنازل والمقدمة في المراكز من أجل تلبية حاجات الأطفال وأسرههم بمرونة أكثر.
4. برنامج التدخل من خلال وسائل الإعلام: ويتم من خلال استخدام وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة لتدريب أولياء الأمور على كيفية التعامل مع أطفالهم الصغار.

خطوات إستراتيجية التدخل المبكر مع المعوقين عقلياً

لا تعتبر عملية التعلم سهلة للمعوق عقلياً بسبب الانخفاض في القدرة العقلية لذا يجب وضع إستراتيجية للتدخل المبكر مع المعوقين عقلياً، ويتطلب ذلك خطوات خاصة يجب على المعلم اتباعها عند تعليم هذه الفئة. ومن أهم هذه الخطوات:

1. أن يفوز المعلم بانتباه الطفل أكبر وقت ممكن.
2. التدرج مع الطفل من المهارات البسيطة إلى الأكثر صعوبة.
3. تعزيز الطفل عند القيام بمحاولات ناجحة.
4. إعادة المعلومات السابقة عند إعطاء الطفل معلومات جديدة.
5. تنمية الجوانب النمائية (التذكر والانتباه والإدراك).
6. تنمية القدرة على العناية بالذات.
7. تنمية القدرة على التواصل الاجتماعي.
8. إزالة المثيرات المشتتة.
9. استخدام أسلوب النمذجة.

تقييم أثر وفاعلية التدخل المبكر

لتقييم أثر وفاعلية التدخل المبكر يجب أن يشمل أي برنامج للتدخل المبكر للمعوقين عقلياً الجوانب التالية:

1. الطفل: من أكثر المقاييس المستخدمة في تقييم الطفل هي نسبة الذكاء ويكون ذلك من خلال الاختبارات المتوفرة، ويمكن اعتبار نسبة الذكاء واحدة من أهم الأمور لتقييم البرامج بالنسبة للطفل ولكنها ليست الوحيدة.
2. الكفاءة الاجتماعية: الهدف الحقيقي لأي برنامج من برامج التدخل المبكر، هو الكفاءة الاجتماعية لدى الأفراد، ويتعلق بدرجة نجاح الطفل في أداء المهمات الاجتماعية وآماله، وتوقعاته، ومن بين المجالات التي تعتبر من النتائج الهامة

برامج التدخل المبكر والتي يمكن قياسها بسهولة ما يلي: صحة الطفل، المعرفة والإدراك، والتحصيل الأكاديمي، وتطور الشخصية، والدافعية.

3. العائلة (الأسرة): تلعب الأسرة دوراً كبيراً من خلال المشاركة في برامج التدخل المبكر، ولا بد من تعميم آثار البرامج على العائلة، وتشير الدراسات إلى أن برامج التدخل المبكر لها آثار هامة على أمهات الأطفال المصابين أو المعرضين لخطر الإعاقة العقلية بسبب مشاركة أطفالهن في برامج التدخل المبكر.

معوقات التدخل المبكر

1. نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.
 2. عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم من ذوي الاحتياجات الخاصة لأن ذلك يبعث الخوف في نفوسهم بسبب اتجاهاتهم واتجاهات المجتمع بوجه عام نحو الإعاقة.
 3. تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل.
- لجوء الأشخاص المحيطين بالأسرة إلى تبريرات وافتراضات واهية لطمأنة الأسرة وشد أزرها مما يقود إلى توقع حدوث معجزات تساعد الطفل على التغلب على الإعاقة أو حتى التخلص منها بدون تدخل.

البرامج التربوية
والإرشادية وبرامج التدخل العلاجي

تقديم

منهج بافاريا للإعاقات المتعددة

برنامج بورتج

الفصل الرابع

البرامج التربوية والإرشادية وبرامج التدخل العلاجي

تقديم

ينقل عبد النبي، وهب، وأحمد (2012) عن القمش (2010) أن هناك العديد من البرامج التربوية والإرشادية كبرامج للتدخل العلاجي ولكن أشهرها من حيث الاستخدام على المستوى العالمي:

1. مناهج بافاريا للإعاقات المتعددة.
2. برنامج بورتيج للتربية المبكرة.

منهج بافاريا للإعاقات المتعددة

1. قام بإعداد هذا المنهاج مجموعة من معلمي التربية الخاصة في إقليم بافاريا بألمانيا وقد خضع المنهاج لاختبار دقيق ومكثف على مدى خمس سنوات في نخبة من المدارس المختصة بتعليم الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية وقد أضاف المعلمون والآباء والأمهات والخبراء النفسيون الأفكار والتوصيات والمقترحات لهذا المنهاج.

2. ويمكن استخدام هذا المنهاج لذوي الإعاقة المتعددة كإعاقة العقلية مع الإعاقة الجسدية أو الإعاقة العقلية مع حالة العمى أو ضعف البصر أو الإعاقة العقلية مع حالة الصمم أو ضعف السمع.

اقسام المنهج

ينقسم المنهج إلى ثلاثة أقسام هي:

1. التعليم التطويري.
2. مهارات المواد الأساسية.

3. مهارات المواد الثانوية.

اهداف المنهج

من الأهداف التي يرمي إليها هذا المنهاج تشجيع المعلمين على التفكير والابتكار في المواد التعليمية والتربوية وعلى اختيار أو إضافة أفكار ونشاطات تناسب الصفوف التي يعلمونها وتناسب الطلاب كأفراد. و يحتاج المعلم إلى:

1. أن يحسن الاختيار من قوائم المقترحات العملية الخاصة بنشاطات غرفة الصف.
2. يحتاج لتحضير منهاج صفه وخطته التعليمية بما يفي باحتياجات طلابه ويتلاءم مع قدراتهم يجب أن يسير كل موضوع من مواضيع المنهاج وكل فصل من فصوله على نفس المبدأ التعليمي، حيث يبدأ ذلك بنشاطات بسيطة جدا تعطى للأطفال الصغار وللأطفال ذوي الإعاقات الشديدة ثم يتجه نحو نشاطات بسيطة جدا أكثر تقدما سيجد المعلمون اعتبار المقترحات الواردة في المنهاج نقطة انطلاق تحرك إبداعهم وأحاسيسهم نحو أشياء أكثر ملاءمة للأطفال الذين يتعاملون معهم. لقد تم تصميم هذا المنهاج بحيث يتضمن أكبر قدر ممكن من الأهداف التعليمية والمقصود بذلك أن المهارات تجزأ إلى خطوات أبسط متدرجة من مبادئ أساسية تمهد للمهارات إلى مهارات أكثر تعقيدا الهدف منها الانتقال نحو أهداف للتعلم الحقيقي مثال:

- أ. القراءة، لا يقصد بها مجرد أن يقرأ الطالب كلمات وجملا، بل أن يقرأ أيضا الأشياء والحالات والصور والإشارات والرموز.
- ب. والرياضيات، لا يقصد بها مجرد المفاهيم الصعبة للعلو الرياضية المتقدمة بل يقصد الجوانب الأساسية من الكميات والأعداد.

في هذا المنهاج ينبغي تقسيم عملية التعليم إلى "موضوعات خاصة" إن المقصود بمضامين هذا المنهاج أن تكون مرتبطة بوقائع الحياة اليومية وهي في مجملها مضامين مترابطة الجوانب وقابلة للربط بوقائع الحياة اليومية والحياة المدرسية والتعليم الجيد هو التعليم الذي ينظر إلى أهمية الشيء باعتباره وحدة واحدة وإلى أهمية العلاقات المترابطة بين أجزائه والتعليم الجيد هو التعليم المنبثق من مصدره الحقيقي وذلك باستخدام حالات حقيقية من وقائع الحياة التي يستطيع الأطفال أن يشاركوا فيها بدلا

من إعطاء تدريبات وتطبيقات لا تعني الكثير للأطفال. ويمكن استخدام طريقة الخطة اللولبية للتعليم وذلك بتكرار نفس الموضوعات في كل سنة بعد أن تضاف إليها محتويات أكثر توسعا وتعقيدا أثناء تزويد الطلاب بالمهارات والمعارف والخبرات

طريقة تنظيم مادة المنهاج

1. ما الذي ينبغي أن يتعلمه الطلاب؟
 2. مضمون المادة وأهداف التعلم.
 3. كيف ينبغي أن يتعلمه الطلاب؟
 4. كيف يمكن أن تعلمهم الموضوع على أفضل وجه؟ (الأسلوب).
- ونظرا للتباين الكبير بين مستويات الأداء الوظيفي للطلاب في أي مدرسة فإنه لا يمكن أن يكون إلزامياً، ومن مسؤولية المعلم الجيد أن يختار أهدافا ملائمة وضرورية ومفيدة لصفه كوحدة واحدة ولطلابه كأفراد.

والأهداف في هذا المنهاج هي توصيات ينبغي اختيارها حسب احتياجات وقدرات كل طالب على حدة وينبغي أن يدرك المعلم أن أمامه مساحة واسعة للاختيار الملائم لحالات الأفراد عندما يريد أن يختار أهدافا ويضع مناهج خاصة تمثل روح الإبداع والابتكار لديه. والتعليم في مدارس المعاقين عقليا لا توضع له خطة نهائية مسبقة بل خطة جزئية لأن الحالات الحقيقية أو الأحداث التي تقع في البيئة المحيطة بالطلاب أو الاحتياجات المفاجئة التي تهمهم كأفراد ينبغي اتخاذها على الفور وبطريقة ملائمة كفرص تعليمية لهم.

ومعلم الصف هو المسؤول عن تنظيم العملية التربوية في الصف وعن ابتكار ما يجعلها تسير في مسارها الصحيح وفي جميع الأحوال يعتبر التعاون الوثيق بين أفراد الفريق الواحد أمراً جوهرياً لتفعيل هذه العملية.

محتويات منهج بافاريا

1. التعليم التطويري

أ. الناحية الحسية - الحركية، وتشمل:

- التحكم بحاسة اللمس في بشرته.

- إدراك التلميذ لجسمه.
- تطوير وظائف اليد (المهارات الحركية الدقيقة).
- تطوير السيطرة على الجسم.
- التحرك من مكان إلى آخر.
- السيطرة على المهارات الحركية للوجه والفم.

ب. الإدراك، ويشمل:

- ملاحظة المثيرات (المنبهات).
- كيفية التفاعل مع المثيرات.
- تطوير التناسق بين الحواس.
- تكرار المنبه (المثير).
- توقع الحافز (الباعث) أو تسبب حدوثه.
- بط حركة العين/ الجسم.
- تمييز الأشخاص والأشياء وفهم الأوضاع.
- تمييز صور الأشخاص والأشياء والحالات.
- التعبير اللفظي عن معلومات حسية.
- أدراك الأشكال والألوان والأحجام.
- تحسين نطاق الإدراك.
- توجيه الإدراك.

ج. اللغة/ النطق:

- الكلام وسيلة تعبير.
- تطوير الوظائف الحركية لأعضاء الكلام.
- معرفة الطفل أن الكلام طريقة للتعبير.
- الإصغاء للكلام بوعي وإعطاء أولوية للتواصل اللفظي.

- التواصل بالألفاظ.
- تحسين المهارات اللفظية.
- د. التفكير/ عمليات التفكير:
 - تطوير الإدراك الحسي الحركي.
 - فهم طبيعة الأشياء ووظائفها.
 - تطوير الذاكرة والخيال.
 - تعلم كلمات مجردة ومفردات خاصة واستعمالها.
 - حل المشكلات.
 - تطوير الإبداع (أي القدرة على التكوين والابتكار).
 - استعمال المعرفة الحالية في توقع المستقبل.
 - تطوير مهارات الحكم على الأشياء وتقييمها.
 - تطوير الوعي بعمليات التفكير.
- 2. مهارات المواد الأساسية:
 - أ. مهارات الاعتماد على النفس:
 - ارتداء الملابس.
 - آداب الطعام.
 - النظافة والأناقة الشخصيتان.
 - استعمال الحمام في قضاء الحاجات.
 - السلامة الشخصية.
 - الاعتناء بالمتلكات الشخصية.
 - ب. ممارسة اللعب المنظم:
 - اللعب المنظم من أجل الاستكشاف.
 - اللعب التخيلي واللعب الرمزي.

- لعب الأدوار.
- فهم وقبول قواعد وأحكام اللعب المنظم.
- اللعب باستخدام الدمى.
- توفير مكان للعب المنظم واستخدامه.
- ج. العلاقات الاجتماعية:
 - تجربة العناية المبنية على المحبة والرفق.
 - الإجابة ومبادلة الاهتمام.
 - الإجابة ومبادلة التواصل مع الغير.
 - العيش مع الآخرين.
 - مراعاة قواعد السلوك الاجتماعي المقبولة.
 - البدء بالعلاقات والمحافظة عليها.
 - العيش مع معاق.
 - تكوين علاقات دون تدخل المدرسة والأسرة.
- د. الأسرة والجوار والمواطنة:
 - العيش والتعلم في المدرسة.
 - المشاركة في الحياة العائلية.
 - معرفة طريقة صنع البيوت وأساليب الحياة.
 - الانسجام مع الجيران.
 - التجول في منطقة الجوار (الحارة).
 - معرفة واستعمال الخدمات والمرافق المحلية.
 - معرفة واستعمال خدمات العناية الصحية المحلية.
 - معرفة واستعمال خدمات الطوارئ.
 - المشاركة في الحياة الثقافية للمجتمع.

- المشاركة في الحياة الدينية.
- ه. الطبيعة وتشتمل:
 - استكشاف المكونات الطبيعية المحيطة.
 - استكشاف الأشياء الحية.
 - إدراك حقائق الجسم واعتناء به.
 - الحياة الصحية.
 - الانسجام مع الحيوانات.
 - العناية بالنباتات.
 - الحياة في بيئة الحديقة.
 - الحياة في بيئة الغابة/ الصحراء/ الجبال.
 - الاهتمام بالبيئة.
 - التكيف مع أحوال الطقس.
 - الإلمام بالقوانين الأساسية للطبيعة.
- و. التقنية، وتشمل:
 - معايشة التقنية في الحياة اليومية.
 - الاستعمال الصحيح للأشياء.
 - تشغيل الأشياء.
 - العناية بالأشياء.
 - وعي مفهوم السلامة.
- ز. الزمن (الوقت) ويشمل:
 - خبرتهم بالزمن.
 - معرفتهم للغة الزمن واستخدامهم لها.
 - خبرتهم بالروتين اليومي.

- استخدامهم لوسائل تساعدهم على معرفة أوقات اليوم.
- إدراكهم للفرات الزمنية الطويلة.
- تنظيمهم للوقت.
- وعيهم لتاريخهم الذاتي.
- خبرتهم بالماضي.
- ح. التجوال والذهاب إلى الأمكنة (الانتقال والمواصلات) وتشمل:
 - تعود التلميذ على مواءمة حركته مع حركة المتجولين الآخرين.
 - الوعي بسلامة الطريق.
 - تقدير المسافة والسلوك الملائم.
 - دور التلميذ كماشي جيد.
 - التجول في مجموعات.
 - دور التلميذ كمسافر جيد.
 - استخدام وسائل ذات عجلات.
 - تحسين وعي التلميذ بحركة المرور والانتقال وحياة الشارع.
- ط. وقت الفراغ وتشمل:
 - تعليم التلميذ طرقاً مناسبة للاسترخاء.
 - تجربته لنشاطات وقت الفراغ.
 - إدراكه لوقت الفراغ وتطويره لاهتمامات خاصة به.
 - سعي التلميذ لممارسة نشاطات في وقت فراغه.
 - الاستغلال الأمثل لوقت الفراغ.
 - قضاء وقت الفراغ مع الغير.
- ي. الرياضيات وتشمل:
 - تطوير الإدراك المكاني.

- التمييز بين العدد والنوع في الكميات.
- ترتيب الكميات وطلبها.
- المقارنة بين المقادير.
- التعامل بالمقادير.
- مهارات العد والتسلسل.
- الأعداد الطبيعية والأعداد الترتيبية والمواءمة.
- فهم العلاقات العددية.
- قراءة وكتابة الأعداد.
- التعامل بالمقادير والأعداد والأرقام بتسلسل من 1-10.
- التعامل بالمقادير والأعداد والأرقام بتسلسل من 1-100.
- التعامل بالنقود.
- القياس.
- ك. القراءة وتشمل:
 - فهم العمليات والأوضاع.
 - قراءة الصور (فهم معنى الصور).
 - قراءة الرموز والإشارات.
 - دور القراءة.
 - قراءة الكتب.
- ل. الكتابة وتشمل:
 - عمل علامات.
 - إدراك الأمكنة والمساحات.
 - استخدام الصور للاتصال بالغير.
 - الطباعة.

- تعلم الطفل للكتابة.
- الكتابة.
- 3. مهارات المواد الثانوية (الفرعية).
 - أ. الموسيقى وتشمل:
 - معايشة الموسيقى.
 - الاستماع الواعي للموسيقى.
 - البدء بمعرفة العناصر الأساسية من الموسيقى و معرفة الآلات.
 - استخدام الموسيقى في تكوين حالة نفسية.
 - الغناء/ التشيد.
 - استخدام الموسيقى في أوقات الفراغ.
 - ب. الإيقاعات (الموسيقى والحركة) وتشمل:
 - اكتشاف الأطفال لأجسامهم.
 - تكوين الثقة بالنفس في التعامل مع المكان والأشياء.
 - تفسير الموسيقى من خلال الحركة.
 - بدء الطفل بالحركة.
 - المضمون الاجتماعي للإيقاعات.
 - ج. التعليم الفني (الفنون والإبداع):
 - استخدام جميع الحواس لإدراك البيئة المحيطة.
 - اللعب التخيلي.
 - النشاطات الفنية والحرف كوسيلة للاتصال والتعبير.
 - استعمال الألوان.
 - استعمال الأساليب الإبداعية المختلفة.
 - البناء بمجموعة من المواد.

- استعمال الصلصال والطين.
 - استعمال أدوات التصوير والفيديو.
 - تطوير فهم الأطفال لعالمهم الخارجي وقدرتهم على التعبير عنه.
 - تفسير واستخدام المثيرات (المنبهات) المرئية.
- د. الحرف اليدوية:
- البدء بمعرفة الأشياء والمواد.
 - تطوير المهارات الأساسية.
 - صنع الأشياء البسيطة.
 - العمل في الورشة.
 - البدء بمعرفة المواد الخاصة.
- هـ. استخدام الأدوات وتشمل:
- تعلم الأساليب.
 - إكمال المشاريع.
 - الوعي بمتطلبات السلامة.
- و. المنسوجات وتشمل:
- البدء بمعرفة المواد.
 - تطوير المهارات الأساسية.
 - تطوير المهارات الحركية.
 - تزيين المنسوجات.
 - النسج والحبك (الصنارة).
 - أعمال المنسوجات (واستخدامها والعناية بها).
- ز. العلوم المنزلية:
- العناية بالمنزل.

- التعامل مع الطعام.
 - المهارات الأساسية لتحضير الطعام.
 - تحضير الطعام البارد.
 - تحضير الطعام الساخن.
 - استخدام الأدوات المنزلية.
 - العناية بالملابس والغسيل.
 - الوعي بأمر السلامة.
 - العمل في المنزل والمطبخ دون الاعتماد على أحد.
- ح. التربية البدنية:

- الممارسة الصحيحة لحركات الجسم.
- تكييف الحركة حسب السطح.
- الاستخدام الصحيح لأدوات الرياضة.
- الحركة المصحوبة بالإيقاع.
- المشاركة في ألعاب الأطفال.
- استخدام الملاعب العامة.
- استخدام المسابح العامة.
- الرقص كمهارة جسدية واجتماعية.

برنامج بورتيج

البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتثقيف أمهات الأطفال المعوقين.

المحتويات

1. تعريف بالمشروع العربي وبورتيج.
2. تعليمات عامة ببورتيج.
3. خطوات الزيارة المنزلية.

4. أنواع التقييم في برامج التدخل المبكر.
5. مقياس الصورة الجانبية.
6. تعليمات خاصة باختبار الصورة الجانبية.
7. قائمة اختبارات السلوك.
8. الأهداف السلوكية.
9. الفرق بين اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل وقائمة اختبارات السلوك.
10. ورقة النشاط.
11. ورقة تسجيل السلوك.
12. التقرير الأسبوعي.
13. محاضرة التدليك والتمارين الرياضية.

كما ورد في موقع الوراثة الطبية WWW.WERATHAH.COM

تعريف بالمشروع العربي ويورتي

البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتثقيف أمهات الأطفال المعوقين من سن الولادة إلى 9 سنوات يختص بالتدخل المبكر لتدريب الأطفال المعوقين داخل بيئتهم المحلية وخاصة بالمنزل. وتدور فكرة البرنامج حول تزييد الأم خلال الزيارة المنزلية والتي تكون مرة واحدة بالأسبوع ومدتها ساعة وبع بالأسس المتعلقة برعاية الطفولة والتعليم الخاص والمؤثرات الحسية التي تؤدي إلى تطوير المهارات العديدة للطفل المعوق. ويخدم البرنامج الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة مثل الإعاقات العقلية، الإعاقات الجسمية متعددي الإعاقات ومشاكل النطق والكلام. ويتبع هذا البرنامج مشروع بورتج المنزلي للتدخل المبكر الذي صمم في الولايات المتحدة عام 1969 والذي ترجم إلى العديد من اللغات ومنها العربية.

خلفية المشروع

ساهم برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة النمائية في تمويل مشروع البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتثقيف أمهات الأطفال المعوقين من سن

الولادة إلى 9 سنوات بجمعية رعاية المعوقين في قطاع غزة والتي بدأت بتنفيذه منذ عام 1984، ونظرا لنجاحه فلقد قام البرنامج بتمويل نفس المشروع لجمعية التنمية الفكرية المصرية، وخدم هذا المشروع 168 طفلا أسرهم يعيشون في مناطق ذات وضع اقتصادي متدن.

ولهذا فقد سعى المجلس العربي إلى نشر المشروع على الصعيد العربي وشرع إلى عقد الدورة التدريبية الأولى على المستوى القومي لتضم مشاركات من كل من: المغرب، دولة الإمارات العربية المتحدة، دولة البحرين، سلطنة عمان، لبنان، اليمن والكويت بهدف خلق الكوادر المدربة التي ستعمل على تعميم هذا البرنامج على الصعيد العربي.

أهداف المشروع

1. تقديم برنامج التأهيل المبكر داخل البيئة المألوفة للطفل المعوق (منذ الميلاد وحتى سن التاسعة) وهي المنزل.
2. الاكتشاف المبكر للإعاقة وذلك من خلال إجراء التقييم للأطفال ممن يعانون من مشاكل تتعلق بالنمو وإدراجهم ضمن برنامج التدخل المبكر في اصغر سن ممكن.
3. الإشراف المباشر للأهالي والآباء في العملية التعليمية التدريبية للطفل المعوق، وتعد هذه الوسيلة من أهم وإحدى الوسائل الفعالة لتدريب الأطفال المعوقين صغر السن لاحتياج أولياء أمور الأطفال إلى التدريب المستمر فيما يتعلق بالوسائل الضرورية للتأثير على الطفل وتزويده بالمهارات التي ستساعده على التكيف في حياته اليومية.
4. تقديم مناهج تتلاءم والثقافة المحلية متضمنة موضوعات تغطي مرحلة الطفولة المبكرة والتعليم الخاص إضافة إلى المؤثرات الحسية والجسمية والعناية بالنفس مبنيًا على التقييم المنتظم الذي يقيس النتائج ويزود المشرفين بالإطار المرجعي للتعديلات المستقبلية.
5. تطبيق الخطوات العملية للبرنامج بدون أي موقف أو إرباك لترتيبات الحياة اليومية للأسرة.

6. تحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل وذلك للمساعدة على تصميم برنامج خاص لكل طفل مبني على المعرفة الحالية للطفل وقدراته بالتعاون مع الأم.
7. استخدام منهج متسلسل من حيث التطور يستخدم كأداة للتعليم.

عناصر البرنامج

لقد أثبت مشروع "بورتج النموذجي" الذي يتبعه البرنامج المنزلي للتدخل المبكر فعالية في دول العالم النامية بالنسبة لأهالي الأطفال المعوقين وتزويدهم بالخبرات والمهارات الأساسية التي لها التأثير الهام في النواحي التعليمية والتطويرية وحين ترجم إلى العربية فإن القليل من التعديلات وجدت ضرورية لتقابل الاختلافات الحضارية.

الفئات المستفيدة

1. الأطفال من الولادة إلى سن التاسعة.
2. أهالي الأطفال وأقربائهم والأهالي في الحي نفسه.
3. العاملون في مؤسسات وجمعيات المعوقين.

مواصفات البرنامج

إن إحدى مزايا البرنامج المنزلي للتدخل هي الوصول إلى الأطفال المعوقين صغيري السن في مختلف أماكن سكنهم مهما بعدت وإضافة إلى أن المدرسة المنزلية الواحدة تستطيع تقديم الخدمة إلى 15 عائلة أسبوعياً. لذلك كلما زاد عدد المدرسات في البرنامج زادت عدد الأسر المستفيدة من المشروع والتي لا يتوفر لها أي نموذج من الخدمة وذلك أما بسبب بعد مناطق السكن أو صغر سن الطفل أو عدم ملاءمة البرامج المقدمة في المؤسسة لإعاقة الطفل وأهم من كل ذلك عدم قدرة المؤسسات التي تقدم الخدمات إلى الأطفال المعوقين على استيعابهم جميعاً إلى جانب عدم استطاعة أهالي الأطفال وخاصة الفقراء منهم دفع التكاليف الباهظة التي تتطلبها المراكز والمؤسسات الخاصة.

إن هذا البرنامج يستثمر أيضاً في تكوين العامل البشري المتدرب والمؤهل فالعاملات في البرنامج لا يستلزم أن يكن حاصلات على شهادات جامعية عليا ويمكن للحاصلات على شهادات متوسطة الالتحاق بالدورة التدريبية والنجاح فيها.

هذا وقد أثبتت التجربة أن اختيار مدرسات من نفس البيئة التي يتم العمل بها يزيد من التفاهم ما بين العائلات التي تتلقى الخدمة وطاقم البرنامج مما يؤدي بالتالي إلى نجاح وزيادة الثقة المتبادلة بين الطرفين.

تعليمات عامة ببورتيج

1. درجات النجاح في كل منطقة تعليمية:
 - أ. المجال الاتصالي language 100% أي 4/4 أو 5/5.
 - ب. المجال الإدراكي cognitive 100% أي 4/4 أو 5/5.
 - ج. المساعدة الذاتية self help 80% أي 5/4.
 - د. المجال الحركي motor 80% أي 5/4.
 - هـ. المخالطة الاجتماعية socialization 75% أي 3/4.
 - و. ويمكن أن تكون نسبة النجاح لجميع المناطق التعليمية السابقة 100% على ألا تقل عن النسبة المتعارف عليها سابقا في حال من الأحوال.
2. الرجوع إلى المختصين Referral: وينقسم إلى 3 أقسام:
 - أ. التعريف identification: ويشتمل التعريف بالمشروع وتحديد المهمة التي سوف يقوم بها البرنامج وهي مهمة تعليمية فقط وإنما يمكن للمدرسة الاطلاع على طبيعة المشكلة بهدف تحويله إلى الجهة المختصة.
 - ب. ملاحظة سريعة screening: وهي ملاحظة سرية وعابرة لتحديد ما إذا كان الطفل يعاني من مشكلة جسمية أو عقلية.
 - ج. التشخيص diagnosis: وهي مسؤولية الأخصائية النفسية والمختصين وفيها يحدد نوع المشكلة عند الطفل بصورة دقيقة وسبل معالجتها.
3. أنواع المساعدات Kinds of help: هناك عدة أنواع من المساعدات وهي:
 - أ. المساعدات الجسمية physical help.
 - ب. المساعدات بالنظر visual help.

ج. المساعدة اللفظية verbal help.

أ. المساعدة الجسمية: وهي أقوى أنواع المساعدة:

- في أهداف الكتابة:

• مسك اليد.

• تخفيف قبضة اليد.

• مسك الرسغ.

• مسك الساعد.

- في أهداف الحركة: (مثل: يقفز - يجمل - يمشي).

• مسك تحت الإبطين.

• مسك أعلى الكوع.

• مسك الكوعين.

• مسك الساعدين.

• مسك الرسغين.

• مسك اليدين.

• مسك الإصبعين.

• مسك إصبع واحد.

- المساعدة بالتنقيط dots: وهي أن تقوم المدرسة بالتنقيط للطفل ثم بعد ذلك

يقوم الطفل برسم الشكل المنقط ومنها:

• التوصيل بين نقطة وشرطة.

• التوصيل بين النقاط.

• التوصيل بين ثلاث نقط.

• التوصيل بين نقطتين.

ب. المساعدة بالنظر: في البداية تكون المساعدة بالبطاقة المفرغة وملئها بالصلصال ثم يتبعها المساعدة بالنظر ويقسم إلى:

- التقليد الجزئي وهو تقليد الطفل لكل جزء من الهدف.

- التقليد الكلي وهو أن تقوم المدرسة بعمل الهدف المراد تعليمه مرة واحدة أمام الطفل ويقوم الطفل بتقليدها في جميع المحاولات.

ج. المساعدة اللفظية: المقصود بها توضيح ووصف الهدف المراد تعليمه بالكلام أو قد تكون توجيهات إشارية بالنسبة للأطفال ذوي إعاقة الصم وتنقسم إلى:

- المقطع الأول من الكلمة (دائرة، دا).

- الحرف الأول من الكلمة (عين، ع).

- وصف الهدف المراد تعليمه (وصف شكل الشيء أو لونه).

- التوجيه بالكلام لإيضاح كيفية الهدف (يفرشي الأسنان- يركب لعبة- يرتدي الملابس).

عند الطلب: وهي لا تعتبر مساعدة وهي نهاية تنفيذ الهدف حيث يطلب تنفيذ الهدف من الطفل دون إعطائه أي مساعدة مثل:

أ. أعطني صورة القط.

ب. احضر الكرسي.

4. تبسيط الهدف Task analysis: هو تحليل الهدف إلى أبسط صورة ليسهل تدريسه على الطفل to break down the task into small steps.

مثلا: الهدف أحمد سوف يقفز بكلتي قدميه في مكانه بنسبة 5/4.

أ. أحمد سوف يقفز في مكانه بكلتي قدميه بمسكه من الإبط بنسبة 5/4.

ب. أحمد سوف يقفز في مكانه بكلتي قدميه بمسكه من الذراعين بنسبة 5/4.

ج. أحمد سوف يقفز في مكانه بكلتي قدميه بمسكه من الكوعين بنسبة 5/4.

د. أحمد سوف يقفز في مكانه بكلتي قدميه بمسكه من الساعدين بنسبة 5/4.

هـ. أحمد سوف يقفز في مكانه بكلتي قدميه بمسكه من اليدين بنسبة 5/4.

- و. احمد سوف يقفز في مكانه بكلتي قدميه بمسك إصبع واحد بنسبة 5/4.
- ز. احمد سوف يقفز في مكانه بكلتي قدميه بالتقليد بنسبة 5/4.
- ح. احمد سوف يقفز في مكانه بكلتي قدميه بالتوجيهات اللفظية بنسبة 5/4.
- ط. احمد سوف يقفز في مكانه بكلتي قدميه بالطلب بنسبة 5/4.

خطوات الزيارة المنزلية

1. تحديد موعد الزيارة.
2. التأكد من وجود الأهل في البيت.
3. عمل مخالطة اجتماعية مع الأم والطفل.
4. اخذ الدرجة النهائية للأهداف السابقة.
5. عمل مخالطة اجتماعية قصيرة مع الطفل.
6. تقديم الهدف المراد تعليمه للأم وشرح الغرض منه.
7. تقوم المدرسة بأخذ الخط القاعدي للهدف الجديد أو المستمر.
8. عمل نموذج أمام الأم للهدف مع التشجيع والتسجيل.
9. تقوم الأم بعمل النموذج للهدف أمام المدرسة مع التشجيع والتسجيل.
10. يجب استطلاع رأي الأم بالهدف والتأكد من فهمها له.
11. تقوم المدرسة بتسجيل الأهداف التي أعطيت للطفل في ورقة التقرير الأسبوعي، وذلك بعد سؤال الأم عن الأهداف التي تختارها لتقوم المدرسة بتدريتها عليها.

تفاصيل خطوات الزيارة المنزلية

1. الاستعداد المسبق للزيارة كتحضير أوراق النشاط والأدوات المستعملة لتنفيذ الأهداف.
2. الوصول إلى المنزل في الوقت المحدد ثم الاستئذان للدخول لتأدية الزيارة بعد التأكد من وجود الأم أو من يقوم بالتدريس ومن أن الطفل على استعداد من الناحية الصحية.

3. إخبار السائق بالعودة في الميعاد المسجل بدفتر المواصلات.
4. الجلوس مع الأم والطفل حيث تقوم المدرسة بعمل مخالطة اجتماعية مع الأم أولاً حيث تسألها عن صحة الطفل وطريقة استيعابه للأهداف السابقة وهل أتم التدريب عليها أم لا والأسباب ثم تقوم بملاعبة الطفل والكلام معه بطريقة ودية لجذب اهتمامه وتهيئته نفسياً لوجودها.
5. تأخذ المدرسة أوراق النشاط السابقة التي كانت مع الأم وتقوم بأخذ الدرجة النهائية لكل هدف حتى تتأكد من إتقانه وإنجازته له.
6. إعطاء الطفل فترة راحة وذلك بعمل مخالطة مع الطفل عن طريق لعبة أو حركات تنشيطية لكي يستعيد نشاطه وذلك حسب الطفل وحسب نوع إعاقته.
7. تشرح المدرسة الهدف الجديد للأم وذلك بعد إعداد أدواته بحيث تجعلها تفهم الغرض منه ومدى أهميته من جميع النواحي.
8. تقوم المدرسة بأخذ الخط القاعدي لكي تتأكد من مدى مقدرة الطفل على تعلم هذا الهدف وإتقانه ثم تقوم بعمل نموذج أمام الأم عن كيفية تدريس الهدف ووسيلة التشجيع وكيفية التسجيل وذلك عملياً على أن تقوم الأم بعمل نموذج أمامها.
9. تقوم بالمناقشة واستطلاع رأي الأم بالهدف والتأكد من فهمها لورقة النشاط وذلك أما أن تقرأه الأم أو تقرأه المدرسة لها مع شرحه.
10. يجب التأكد من عمل مخالطة مع الطفل بين كل هدف جديد وذلك للسيطرة على اهتمام الطفل وحتى لا يمل.
11. تقوم المدرسة بتسجيل الأهداف التي أعطيت للطفل في ورقة التقرير الأسبوعي وذلك بعد سؤال الأم عن الأهداف التي تختارها لتقوم المدرسة بتدريسها ومدى إمكانية تنفيذ تلك الرغبات بناء على ما سبق وسجل في قائمة اختبار السلوك.
12. فيما تبقى من الوقت العودة إلى المخالطة الاجتماعية.

أنواع التقييم في برامج التدخل المبكر

1. تقييم رسمي Formal assessment.
2. تقييم غير رسمي Informal assessment.
3. تقييم منهجي Curricúlum assessment.
4. تقييم مستمر On going assessment.

1. التقييم الرسمي formal assessment

يشتمل التقييم الرسمي على Developmental profile وهو اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل Sheet وهو قائمة يسجل فيها كل ما يحصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح والتقرير النفسي وهذا الاختبار مكتوب ومدون ومقنن لا يمكن تغيير بنوده وهو من تأليف Alpren Boll.

ويطبق هذا الاختبار مرتين في السنة:

أ. في بداية السنة للتعرف على مناطق القوة والضعف التي يعاني منها الطفل وتحديد ما يعرفه وما لا يعرفه.

ب. في نهاية السنة التدريسية وذلك لمعرفة مدى تقدم الطفل واستفادته مما تم تدريسه له من خلال هذه السنة وقياس هذا الاختبار العمر العقلي في القدرات التالية:

- العمر الجسمي Physical age: يتحدد من خلال قياس النمو والتطور الجسماني وقوة العضلات والقدرة على القيام بمجموعة من المهارات الحركية مثل القفز على قدم واحدة أو بكلتا قدميه أو يستعمل المقص أو يقذف الكرة لشخص كبير أمامه.

- العمر في المساعدة الذاتية Self help age: ويتحدد من خلال قياس مقدرة الطفل على تحمل المسؤولية والاعتماد على النفس في الأكل والملبس وقضاء احتياجاته الخاصة.

- العمر في المخالطة الاجتماعية Social age: ويتحدد من خلال قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين من أقارب وصدقات مع الكبار وكذلك حسن التصرف في المواقف الاجتماعية التي يواجهها الطفل.

- العمر المعرفي الأكاديمي (الإدراكي) Academic age or cognitive age: ويتحدد من خلال قياس القدرات الخاصة للأطفال قبل سن المدرسة من حيث التعليم المعرفي وغيره من الأمور الحسابية مثل قدرة الطفل على أن يرسم خطأ رأسياً أو يتعرف على مفهوم العددين 3 و6 أو يشير إلى الألوان أو يرسم علامة + أو مثلث أو مربع.

- العمر في مجال الاتصال Communication age: ويتحدد من خلال قياس المهارات الخاصة بلغة تعبيرية أو استقبالية سواء بالإشارة أو بالمهمات وغير لفظية وقد تكون كلامية أو مكتوبة.

ويشتمل الاختبار على قائمة التسجيل sheet وهذه القائمة يسجل فيها كل ما حصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح بطريقة مختصرة وصفحات قائمة التسجيل هي كل ما حصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح بطريقة مختصرة وصفحات قائمة التسجيل هي على شكل رسم بياني ومقسم إلى مربعات Blocks أو صناديق Boxes وكل صندوق محدد بعدد من الأشهر وقيمة كل صندوق تختلف عن الآخر فالبعض قيمته 6 أشهر والبعض 12 وهذا الاختبار مقنن ولا يمكن التغيير فيه مع مراعاة البنود التالية:

أ. تقوم المدرسة بتطبيق اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل في الزيارة الأولى.

ب. تقوم بمناقشة نتائج الاختبار مع المشرفة.

ج. تقوم بالأخصائية النفسية بمراجعة نهائية للاختبار مع كل من المشرفة والمدرسة.

د. تقوم المدرسة بكتابة تقرير مختصر عن نتيجة الاختبار وتسجيل العمر العقلي للطفل في كل قدرة من القدرات بالإضافة إلى ذكر بعض المهارات التي يعرفها الطفل باختصار كما وردت في اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل.

٥. في حالة وجود شك في دقة تنفيذ الاختبار تقوم الأخصائية النفسية بعمل اختبار آخر لنفس الطفل في أقرب فرصة للتوصل إلى نتيجة دقيقة تتناسب مع قدرات الطفل.

طريقة تطبيق الاختبار

- أ. يحدد الصندوق الذي يحتوي على العمر الزمني للطفل ثم نرجع للخلف بلوكين للطفل الموقوف أما الطفل الطبيعي نرجع بلوك واحد فقط.
- ب. تبدأ المدرسة المنزلية في التأكد من قدرة الطفل على تأدية بعض المهارات الموجودة في الاختبار من خلال الأسئلة التي تقوم بتوجيهها إلى الأم مع تنفيذ بعض الأسئلة وتجربتها مع الطفل كلما أمكن ذلك للحصول على أدق النتائج.
- ج. تستمر المدرسة في وضع العلامة (الدائرة) على السؤال الصحيح مستمرين في النزول إلى أسفل حتى تقابل أول فشل ثم نصعد مرة ثانية حتى نحصل على بلوكين نجاح بعد ذلك تنزل إلى أول فشل قابلها وتستمر في النزول إلى أن نحصل على بلوكين فشل فتتوقف.

ملاحظة

- أ. قد يصادف المدرسة أطفال لا تحصل لهم على بلوكين نجاح متتاليين أما لصغر سنهم أو تدني قدراتهم بسبب الإعاقة الشديدة.
- ب. وقد لا تحصل المدرسة على بلوكين فشل متتاليين وذلك لكبر عمر الطفل وارتفاع مستوى قدراته.

كيفية التسجيل

- الرصيد القاعدي Baseline credit: تحصل المدرسة على الرصيد القاعدي من البلوك أو الصندوق الذي اجتمعت كل بنوده والذي يعتبر أعلى في القيمة من أي صندوق آخر.
- الرصيد الإضافي Additional credit: يتكون من مجموع الشهور المتفرقة للبنود التي نجح فيها الطفل والتي تقع بين بلوكات الفشل والنجاح.

- العمر العقلي لأي قدرة يقيسها الاختبار: هو مجموع الرصيد القاعدي والرصيد الإضافي.

- التقرير النفسي: يشتمل على نتائج اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل + موجز عن المهارات التي يعرفها الطفل.

الأدوات اللازمة لاختبار الصورة الجانبية:

ألوان شمع، أوراق، مقصات، مكعبات ملونة، صور بها أحداث، بطاقات عليها صور، قصة أطفال، كرة كبيرة، كرة متوسطة الحجم، كرة تنس، أقلام رصاص، بطاقة مرسوم عليها دائرة قطرها 5 سم، بطاقة مرسوم عليها مثلث، بطاقة مرسوم عليها مربع، قفل بمفتاح، حلوى أو لبان، حبل للقفز، بطاقات للحروف، بطاقات للأعداد، مجلات مصورة ليتم القص منها، قطعة قماش بها زرار، قطعة قماش بها كبسونات، قطعة قماش بها سوسته، قطعة قماش بها رباط حذاء، دائرة مطبوعة بمجم عملة فضة، عملات معدنية بقيم مختلفة، عجلات معدنية بأحجام مختلفة، أدوات من المنزل (جوارب وحذاء، كوب للشرب، ملعقة وشوكة وطبق، سكين سفره وطعام طري يمكن فرده لعمل سندويش، درج، صورة للطفل، معطف أو قميص).

2. التقييم غير الرسمي Informal assessment

هو عبارة عن ملاحظة دقيقة وطويلة تقوم بها المدرسة لسلوك الطفل ويبدأ من بداية السنة التدريسية حتى نهايتها وتستفيد المدرسة من هذه الملاحظة في وضع الخطة التعليمية للطفل وكيفية التعامل معه.

3. التقييم المنهجي Curriculum assessment

من أدوات هذا التقييم:

1. Checklist: وهو كراسة اختبارات السلوك ويطبق في الزيارة الثانية للمدرسة وهو المنهج الذي يتم تدريسه، ولكل طفل Checklist خاص به ويكتب عليه (اسم الطفل - اسم المدرسة - تاريخ ميلاده - السنة الدراسية) ويشتمل على خمس مناطق تعليمية Five core areas:

- المخالطة الاجتماعية socialization.

- المجال الإدراكي cognitive.

- المجال الإتصالي language.

- المساعدة الذاتية self help.

- المجال الحركي motor.

- تنشيط الطفل الرضيع infant stimulation

ب. card file وطريقة استعماله: يحتوي على نفس الأهداف الموجودة في checklist ولكنها بطاقات موضحة ومفسرة تلجأ إليها المدرسة حين يصعب عليها تدريس الهدف وليس من الضروري التقيد بجميع البنود الموجودة في البطاقة بل اختيار ما يلاءم قدرات الطفل وبيئته.

وفي حالة احتياج المدرسة لتفسير هدف من منطقة من المناطق التعليمية الموجودة في كراسة اختبارات السلوك checklist عليها إتباع ما يلي:

- تحديد المنطقة التعليمية التي اختير منها الهدف.

- تحديد رقم الهدف.

- إظهار البطاقة المحتوية على الهدف وكذلك البطاقة التي تسبقها أو التالية لها ووضعها في شكل رأسي حتى يسهل إرجاع البطاقة المحتوية الهدف إلى مكانها.

ج. manual: وهو كتيب يوجد به معلومات معينة عن البرنامج وطرق تنفيذه.

4. التقييم المستمر On going assessment

وسيتمر من بداية السنة التدريسية حتى نهايتها ومن أدواته:

أ. ورقة النشاط activity chart: تبقى مع الأم حيث تقوم بتدريس طفلها خلال الأسبوع وفقا لنظام متبع ومتعارف عليه بين الأم والمدرسة المنزلية.

ب. التقرير الأسبوعي weekly report: ويحتوي على:

- ملاحظات الأسرة والتي تشمل مدى تجاوب الطفل أثناء تدريسه للأهداف خلال الأسبوع الماضي وكذلك مقترحات الأم والصعوبات التي واجهتها خلال التعليم.

- ملاحظات المدرسة ويدور حول الطفل والأم والجو العام المهيأ للتدريس أثناء الزيارة المنزلية.

- معلومات عن حالة الطفل الصحية والسلوكية.

- جدول بالأنشطة التي تركت عند الأم وتشمل الهدف والخط القاعدي ووسيلة التشجيع وهل هو جديد أم مستمر.

ج. ورقة تسجيل السلوك behavior log: وهو من أساسيات عمل المشرفة لمتابعة خطة سير العمل مع الطفل حيث يتم فيها تسجيل الهدف والخط القاعدي له ثم تاريخ البدء به ومقترحات الأسرة تحت بند الملاحظات وتاريخ إنجاز الهدف وفقا لما ورد في التقرير الأسبوعي لكل زيارة منزلية.

مقياس الصورة الجانبية

قائمة تطور العمر الجسمي:

1. النصف الأول من السنة الأولى (حديثي الولادة: صفر - 6 أشهر).

أ. عندما يكون ملقيا على بطنه، هل يرفع الطفل رأسه إلى أعلى بدون دعم لمدة دقيقة على الأقل؟.

ب. هل يستطيع الطفل أن يتدحرج من على بطنه إلى ظهره وبالعكس بدون مساعدة؟.

ج. هل ينتقل الطفل من مكان إلى آخر بأي طريقة؟ بالزحف (وبطنه على الأرض) أو على ركبتيه (وبطنه مرتفعا عن الأرض) بأي طريقة تمكنه من مواصلة التقدم ما عدا التدحرج.

2. النصف الثاني من السنة الأولى (الرضيع 1: من 7 - 12 شهر).

أ. هل يستعمل الطفل إصبع الإبهام مع إصبع آخر أو إصبعين ليلتقط شيئا (هكذا ينجح) أو هل يلتقط الشيء بكل يده (وبهذه الطريقة يفشل).

ب. هل ينتقل الطفل من وضع الزحف أو الجلوس إلى وضع الوقوف؟ قد يستعين الطفل بشيء ما لمساعدة ولكنه لا يستطيع بأي شخص.

ج. هل توقف الطفل عن سيلان العاب (الريالة)؟ وبهذا البند يكون قد نجح فيما لو سال لعبه بسبب التسنين أو أثناء الأكل.

3. من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع 2: من 13 - 18 شهر).

أ. هل يصعد الطفل السلم (واقفا وليس زاحفا) مستندا على الحائط، الدرايزين أو ممسكا بيد شخص لمساعدته؟ واضعا كلتا القدمين على كل درجة وبهذه يكون قد نجح.

ب. هل يمشي الطفل جيدا بدون مساعدة داخل المنزل وبدون أن يراقبه اخذ بحيث لا يقع أو يتعثر بالأشياء؟

ج. هل يفك الطفل الغطاء الورق عن قطعة الحلوى أو قطعة اللبان أو أي شيء ملفوف بورق؟

4. من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة رقم 1: من 19 - 24 شهر).

أ. هل يقذف الطفل الشيء على بعد متر واحد على الأقل بالاتجاه الذي يريده؟ في حالة ما إذا قذف الأشياء إلى أي اتجاه عفوا فلا نعتبره قد نجح.

ب. هل يصعد الطفل السلم بوضع قدم واحدة على كل درجة؟ على أن يستمر بالصعود على السلم وبنفس الطريقة السابقة، ولكن ربما يضع قدميه على كل درجة أثناء النزول.

ج. هل يقود الطفل الدراجة بثلاث عجلات مستخدما البدالة لمسافة ثلاثة أمتار على الأقل ويدور على ملف واسع.

5. من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة رقم 2: من 25 - 30 شهر).

أ. لو رسمت خطأ عمودياً مستقيماً هل يستطيع الطفل أن يرسم مثله مستخدما القلم، أو ألوان الشمع أو فرشاة رسم؟ السؤال هو هل لدى الطفل القدرة الكافية للتنسيق بين العين واليد لرسم خط بدلا من الشخبطة.

ب. هل يقفز الطفل بكليتي قدميه معا دون أن يقع من أعلى شيء يرتفع 20 سم على الأقل عن الأرض (مثل درجة سلم أو صندوق).

ج. هل يستطيع الطفل أن يتحرك من مكان لآخر قفزا أو وثبا بكليتي قدميه معا؟ وعلى الطفل أن يكون قادرا لكي يذهب بهذه الطريقة لمسافة ثلاثة أمتار على الأقل.

6. من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة بعد الرضاعة 3: من 13 - 36 شهرا).

أ. هل يستعمل الطفل المقص بيد واحدة لقص ورقة أو قطعة قماش؟ واليد الأخرى قد يستعملها لحمل الورقة أو قطعة القماش، أو قد يحملها له شخص آخر. الطفل يجب أن يكون قادرا على استخدام المقص للقص لأكثر من التمزيق.

ب. هل يستطيع الطفل أن يقفز للأمام على قدم واحدة بدون ساند لمسافة واحد ونصف متر على الأقل؟.

ج. هل يصعد الطفل عادة السلم ويهبط منه واضعا قدم واحدة على كل درجة؟ وقد يستخدم الحائط أو الدرابزين ولكن هذا لا يهم كعادة للتوازن أو كساند.

7. من 3 سنوات إلى 3 سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة: من 37 - 42 شهرا).

أ. هل يستطيع الطفل أن يرمي بكرة (من أي حجم) لآخر بالغ واقف على بعد 1,5 متر على الأقل.

ب. هل يمسك الطفل بكرة الباب الداخلي ويفتحه؟ على سبيل المثال لا بد أن يكون الطفل قادرا على أن يلف البكرة ويدفع باب الحمام غير المفصل ليفتحه.

ج. هل يستطيع الطفل أن يستخدم المقص ليقص دائرة قطرها 5 سم مرسومة على ورقة على أن لا يتعد عن الخط أكثر من 5 ملم داخل أو خارج

الدائرة؟ على الطفل أن يحمل الورقة ويدورها بيد واحدة بينما يقص باليد الأخرى؟

8. عمر 4 سنوات: (مرحلة ما قبل المدرسة: من 43 - 54 شهراً).

أ. هل يلتقط الطفل الكرة (من أي حجم) المقذوفة له من شخص بالغ يقف على بعد متر ونصف من أمامه؟ على الطفل أن يلتقط الكرة 50٪ من المرات.

ب. هل يستطيع الطفل أن يقفز إلى الأمام على قدم واحدة لمسافة 3 متر على الأقل دون الحاجة إلى أن يقف ويعاود القفز.

ج. هل يقفز الطفل عن الحبل بقدم واحدة وبكلتا قدميه مرتين على الأقل، أو يستطيع أن يقفز عن عدة أشياء دون توقف؟ (الأشياء يجب أن تكون على ارتفاع 20 سم على الأقل).

9. عمر 5 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة: من 55 - 66 شهراً).

أ. هل يستطيع الطفل أن يستخدم المفتاح لفتح وقفل الباب؟ (قفل بمفتاح).

ب. هل يستطيع الطفل عمل كرة من الطين صلبة بما فيه الكفاية لتبقى متماسكة عندما تقذف على الأقل لمسافة 2,25 متر، أدوات أخرى مثل طينة أو عجينه يمكن أن تستعمل ويلزم لنجاح المهمة القدرة على القذف لمسافة 2,25 متر.

ج. هل يستطيع الطفل أن يلعب الحجلة؟ هذا يتضمن القدرة على الحجل على قدم واحدة على نقطة معينة ليحجل ويدور بدون السقوط ثم يستمر بالحجل.

10. 6 سنوات المرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهراً).

أ. هل يستطيع الطفل أن يتزحلق؟ التزحلق يعني أن يكون الطفل قادر على دفع قدم واحدة بانزلاق واحدة بعد الأخرى. يمكن أن يكون هناك محاولات غير ناجحة، لكن في معظم الوقت يستطيع الطفل أن يقطع على الأقل ثلاثة أمتار.

ب. هل يستطيع الطفل أن يقص صورة لحيوان أو شخص بدون أن يبعد أكثر من 1,2 سم عنها؟.

ج. هل يستطيع الطفل أن ينط الحبل؟ الطفل يجب أن يكون قادرا على مسك طرفي الحبل والنط أو الحجل أو القفز لثلاث مرات متتالية عندما يكون الحبل فوق رأسه أو أسفل قدميه.

11. 7 سنوات (المرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهراً).

أ. هل يستطيع الطفل أن يلتقط ويحمل كرسي مطبخ أو سفرة من غرفة إلى أخرى؟.

ب. هل يستطيع الطفل أن يجري سريعا لدرجة كافية حتى يتسابق مع طفل عادي غير معوق عمره ثمانية سنوات في سباق أو لعبة المسافة؟.

ج. هل يستطيع الطفل أن يمسك كرة تمسك بيد واحدة عندما تحذف إليه برقة من مسافة 2,5 متر (الطفل يجب أن يمسكها على الأقل 50% من الوقت).

12. 8 سنوات (المرحلة الابتدائية 3: 91 - 102 شهر).

أ. هل يستطيع الطفل أن يشعل عود كبريت؟ الطفل يجب أن يكون قادرا على إشعال الكبريت خلال 4 محاولات. (ملاحظة: إذا كان هذا الشيء يعتبر غير مناسب فاستعملي فقط نمرة 35 أو 36 لهذه المرحلة أعطي 6 شهور بدلا من أربعة لكل مهمة).

ب. هل يستطيع الطفل أن يستعمل مفتاح المنزل ويفتح الباب الأمامي والخلفي للمنزل؟

ج. هل يستطيع الطفل أن يغمز بعين واحدة عندما يطلب منه بدون إغماض العين الأخرى؟

13. 9 سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية 103 - 114 شهراً).

أ. هل يستطيع الطفل أن يصفر لحناً معروفاً؟.

ب. هل يتبارى الطفل بالرياضة مثل كرة القدم، السلة، الطائرة أو العدو مع أطفال آخرين من عمر 10 - 11 سنة ويظهر على الأقل نفس مهارة الأطفال الآخرين من المجموعة؟.

ج. هل عند الطفل المهارة الكافية ليقود دراجة في الشارع أو خلال حركة سير معتدلة؟.

قائمة تطور المساعدة الذاتية

1. النصف الأول من السنة (حديثي الولادة: من صفر - 6 شهور).

أ. هل يحاول الطفل الحصول على أدوات أمامه قريبة ولكنها بعيدة عن متناول يده؟.

ب. هل يمسك الطفل بشخص أو بأداة لمدة 5 ثوان على الأقل؟ قد يفعل هذا بمسك اليد كلها أو بالأصابع أو بإصبع واحدة.

ج. هل يمسك الطفل بزجاجة رضاعة (ليس من الضروري أن يسندها) بيديه أو بقدميه عندما يشرب منها وفي حالة الرضاعة الطبيعية يعطي إشارة صح في حالة إمساكه بالصدر أثناء الرضاعة.

2. النصف الثاني من السنة الأولى (الرضيع 1: 7 - 12 شهراً).

أ. هل يساعد الطفل باللبس بفتح ذراعيه للبس الكم أو دفع قدمه للبس الحذاء؟.

ب. هل يستطيع الطفل أن يتجول داخل المنزل بدون أن يحتاج للمراقبة باستمرار ربما هناك حاجة للكشف على الطفل بين الحين والآخر لمعرفة مكانه ونشاطه؟.

ج. هل يستطيع الطفل أن يشرب من زجاجة أو كوب يحملها شخص آخر؟.

3. من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع 13 - 18 شهراً).

أ. هل يخلع الطفل حذاءه أو كلساته بدون مساعدة؟ الحذاء يجب أن يكون مفكوكاً قبل أن يخلعه الطفل. هذا يجب أن يكون من ضمن خلع الملابس وليس على صورة لعب.

ب. هل يشرب الطفل من كوب صغير بدون مساعدة؟ الطفل يجب أن يمسك الكوب بمهارة كافية بحيث لا يكب كثيرا.

ج. هل يستعمل الطفل ملعقة بدون مساعدة ومع قليل من السكب على ملامسه؟.

4. من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة 1: 19 - 24 شهراً).

أ. هل يعرف الطفل الفرق بين الطعام والأشياء التي لا تؤكل؟ بالرغم من انه يضع شيئاً غير الطعام في فمه إلا انه لا يمضغه ولا يبلعه.

ب. هل يستطيع الطفل أن يخلع معطفه بدون مساعدة عندما تكون الأزرار والسوستة مفتوحة؟.

ج. هل يستعمل الطفل شوكة لأكل الطعام الجامد عندما تتوفر الشوكة؟ (الملقعة يمكن أن تكون مفضلة أكثر) لكن الطفل قد يظهر القدرة على استعمال الشوكة أمام الآخرين.

5. العمر سنتان إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة 2: 25 - 30 شهراً).

أ. هل ينشف الطفل يديه بدون مساعدة بحيث تصبحا جافتين بعد أن تكونا قد غسلتا بواسطة شخص آخر؟.

ب. هل يفهم الطفل ويبقى بعيداً عن الأخطار العامة؟ الاحتراس بالألا يسقط عن الدرج أو من مكان مرتفع أو توريته خطر مثل زجاج مكسور وشوارع مزدحمة أو حيوانات غريبة، كل هذه الأشياء أمثلة لهذه المهارة.

ج. هل يستطيع الطفل أن يطعم نفسه كلياً باستعمال شوكة وملقعة وزجاجة بالطريقة الصحيحة؟

6. العمر سنتان ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة 3: 31 - 36 شهراً).

أ. هل يستطيع الطفل أن يرتدي معطفه بدون مساعدة؟ هذا لا يتضمن التزوير.

ب. هل يستطيع الطفل أن يفك أزرار كبيرة، سوست، رباطات أحذية؟

ج. هل يستطيع الطفل أن يرتدي حذاءه؟ ليس من الضروري أن يلبس الطفل الحذاء الصحيح للقدم أو يربط أو يفك الحذاء حتى ينجح بهذه المهمة؟

7. العمر ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة 1: 37 - 42 شهراً).

أ. هل يقوم الطفل باحتياجاته المرحاضية بدون مساعدة؟ هذا يعني الخلع، المسح والارتداء. والطفل لا يحتاج ليعيد تزرير الأزرار أو ربط السحاب لكي ينجح في هذه المهمة.

ب. هل يتبول الطفل أكثر من مرة واحدة في الشهر على نفسه بما في ذلك الاستيقاظ والنوم والبول والبراز؟

ج. هل يغسل الطفل عادة وجهه ويديه بطريقة مقبولة وينشفهما بدون مساعدة؟
8. العمر أربع سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة 2: 43 - 54 شهراً).

أ. هل يلبس الطفل نفسه تماماً ما عدا ربط حذائه وأشياء أخرى تحتاج إلى تزرير؟ الطفل يجب أن يكون قادراً على التحكم بقميص عادي أو بلوزة بأزرار والسحابات.

ب. هل يستطيع الطفل أن يخفي لعبة بترتيب عندما يطلب منه؟ (الطفل يحتاج أن يذكر أكثر من مرة).

ج. هل يستطيع الطفل أن يحضر صحناً من البسكويت والحليب؟ هذا يتضمن إحضار الصحن والبسكويت والحليب وصب الحليب على البسكويت في الصحن.

9. العمر 5 سنوات (مرحلة ما قبل الدراسة 3: 55 - 66 شهراً).

أ. هل يستعمل الطفل سكينه طعام لفرد المربى أو الزبدة على الخبز والبسكويت؟

ب. هل يستطيع الطفل أن يجيب على التليفون ويخبر الشخص الرسالة المحددة؟
الطفل يجب أن يقول "لو" ويقول ما إذا كان الشخص المطلوب يستطيع أو لا

يستطيع الحضور إلى التلفزيون. (ملاحظة إذا لم يتوافر تلفون فيجب ترك هذا البند، يكون البند 25 و 27 من المساعدة الذاتية تأخذ مدة 6 شهور بدلا من 4 شهور.

ج. هل يستطيع الطفل أن يحضر ساندويتش؟ هذا يتضمن القدرة على إحضار الطعام الصحيح من الثلاجة أو الخزانة أو صندوق الخبز ووضع الأشياء معا بالسندويش؟.

10. العمر 6 سنوات (المرحلة الابتدائية 1: 67 - 78 شهراً).

أ. هل يستطيع الطفل أن يستعمل السكين بطريقة صحيحة لقطع اللحم والخبز أو أي أطعمة مشابهة؟ المساعدة ربما تحتاج أن نقدم للطفل عند قطع أطعمة مثل الدجاج أو اللحم السميك.

ب. هل يفرشي أو يمشط الطفل شعره بعناية كافية بحيث لا يحتاج مساعدة شخص كبير إلا في حالات خاصة؟.

ج. هل يستطيع الطفل أن يقوم بمهام منزلية لا تحتاج أن تعاد من قبل شخص كبير مرة في الأسبوع؟ عمل المهمات بعد أن يطلب منه مقبول.

11. العمر 7 سنوات (المرحلة الابتدائية 2: 79 - 90 شهراً).

أ. هل بنى الطفل أو أصلح شيئاً يحتاج إلى معدات حقيقية (بدون مساعدة) مثل خيط وإبرة أو شاكوش ومسمار؟ الكبار ربما يساعدوه بإعطاء التعليمات لكن ليس بالعمل. مثال خياطة درزة أو تصليح عربة للطفل، تعتبر أمثلة جيدة.

ب. هل يغتسل الطفل بشكل مقبول بدون مساعدة؟ بما في ذلك إعداد حوض الاستحمام أو الدش والاعتسال وتنشيف نفسه.

ج. هل يستعمل الطفل الأداة المناسبة للطعام المقدم مثل شوكة للحمة وملعقة للشوربة وسكينة لقطع وفرد الطعام بما يناسب عادات العائلة؟

12. العمر 8 سنوات (المرحلة الابتدائية 3: 91 - 102 شهر).

- أ. هل يختار الطفل ما سيرتديه عادة بما في ذلك اختيار الملابس المناسبة للمدرسة والمناسبات الرسمية واختيار الملابس الخارجية المناسبة للطقس؟
- ب. هل لدى الطفل مهمتان على الأقل مثل ترتيب غرفة نومه وملابسه؟ يعتبر غسل الملابس وكوبها وتلميع الأحذية وتنظيف الأثاث ومسحه وترتيب السرير أمثلة جيدة. يسمح بالتذكير للقيام بالمهمتين.
- ج. هل يقتصد الطفل ويوفر المال (من المال الموفر أو المال المكتسب أو المخصصات) بصفة جيدة بحيث يسمح له بشراء بعض الأشياء بنفسه بدون أن يخبر شخصاً كبيراً.

13. العمر 9 سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية: 103 - 114 شهراً).

- أ. هل يشتري بضعة أشياء في وقت واحد؟ يعني هذا انه يستطيع الذهاب إلى أكثر من محل واحد إذا لم تكن كل الأشياء المطلوبة موجودة في المحل وكذلك يستطيع حسب المال المصروف والفكة المستعملة.
- ب. هل اعد الطفل اثنين من المأكّل على الأقل مثل البيض بأي طريقة، حبوب الفشار أو الشورية من العلبه أو الكعك أو الجلي؟.
- ج. هل يستطيع الطفل أن يحمل وحده مسؤولية رعاية حيوان، قد يتطلب مساعدة شخص كبير بحسب حجم الحيوان ونوعه. ولكنه يجب على الطفل أن يكون مسؤولاً عن إطعام الحيوان وغسله وإيوائه على أساس منتظم بدون احتياج إلى التذكير على الدوام.

مؤشرات ضبط الجودة في برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

مفهوم ضبط الجودة

أهداف ومبررات ضبط الجودة

فوائد ضبط الجودة في البرامج التربوية

ضبط الجودة في التربية الخاصة

معايير وأخلاقيات معلمي التربية الخاصة

الأبعاد الرئيسية لبرامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

الفصل الخامس

مؤشرات ضبط الجودة في برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

مفهوم ضبط الجودة

هي مجموعة من الإجراءات التي تقيس مدى مطابقة منتج المجموعة من المعايير المحددة مسبقاً. وقد تؤدي عند الضرورة إلى تعديل في عمليات الإنتاج ليصبح المنتج أكثر اتفاقاً مع المواصفات المرسومة. (David & Harold, 2000).

ضبط الجودة في التعليم

وضبط جودة التعليم وسيلة للتأكد من أن العملية التعليمية والإدارة التربوية وتدريب المعلمين والإداريين، والتطوير التربوي في المؤسسات التعليمية، تتم جميعاً وفق الخطط المعتمدة والمواصفات القياسية (عليمات، 2004).

أهداف ومبررات ضبط الجودة

تهدف عملية ضبط الجودة إلى توفير أنظمة عمل مناسبة، تشجع على الابتكار، وزيادة معدلات الإنتاج والأداء الجيد والتشجيع على تطوير العمل، والأفكار والرؤى التطويرية لتحسين العمل وارتفاع معدلات الرضا الوظيفي بين العاملين واختصار الوقت والروتين في العمل وتبسيط وتطوير إجراءات العمل وسهولة قياس أداء العاملين وفق معايير واضحة، ورفع مستوى التعامل والتعاون بين الإدارات والوحدات ومؤسسات المجتمع والأسر وتدريب العاملين على العمل بروح الفريق الواحد واستبعاد المهتمات والأعمال عديمة الفائدة ورفع مستوى الثقة وزيادة الكفاءة العملية بين العاملين والعملاء المستفيدين، وإشراك العاملين في تطوير عملية تحسين الجودة كافة، وخفض تكاليف تقديم الخدمة أو الهدف من المؤسسة، وتحقيق رضا وتوقعات المستفيدين (الشمري، 2007).

فوائد ضبط الجودة في البرامج التربوية

1. وضوح البرامج الأكاديمية ومحتوياتها.
2. توفير معلومات واضحة ودقيقة للطلبة، وأرباب العمل، وغيرهم من المعنيين حول أهداف البرامج الدراسية التي تقدمها المؤسسة، وبأنها توفر الشروط اللازمة لتحقيق هذه الأهداف بفاعلية، وأنها ستستمر في المحافظة على هذا المستوى.
3. التأكد من أن الأنشطة التربوية للبرامج المعتمدة تتفق مع المعايير العالمية ومتطلبات المهن وكذلك حاجات المؤسسة، والطلبة، والدولة، والمجتمع.
4. تعزيز سمعة البرامج لدى المجتمع الذي يثق بعملية التقويم الداخلي والخارجي.
5. توفير آلية لمساءلة جميع المعنيين بالإعداد والتنفيذ والإشراف على البرامج الأكاديمية.
6. تعزيز ودعم ثقة الدولة والمجتمع بالبرامج الأكاديمية التي تقدمها المؤسسة.
7. الارتقاء بنوعية الخدمات المهنية التي تقدمها المؤسسة للمجتمع، حيث يتطلب التقويم الخارجي تعديل الممارسات بما يليح حاجة ومتطلبات التخصصات والمهن (عليمات، 2004، اخضر، 2007).

ضبط الجودة في التربية الخاصة

يعد ميدان التربية الخاصة من الميادين التي تتميز بتسارع في النمو والتطور المطرد في البرامج التعليمية المقدمة للفئات المختلفة والاستراتيجيات التعليمية وطرق وأساليب القياس والتشخيص وتدريب وإعداد الكوادر والمهنيين العاملين في المؤسسات، إضافة إلى التغيرات التي طرأت على دور الأسرة ومشاركتها في البرامج والمؤسسات فقد ظهرت العديد من الجهات المهنية والمتخصصة في مجالات التربية الخاصة من مثل مجلس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذي أعدّ دليلاً يشتمل على المعايير الخاصة بتقديم الخدمات لجميع فئات التربية الخاصة؛ حيث تُضمّن الدليل مجموعة المعايير التالية:

معايير وأخلاقيات معلمي التربية الخاصة

1. معايير الممارسة المستخدمة مع متلقي الخدمة.
 2. أدوات واستراتيجيات استخدام المعايير.
 3. عرض شامل للمعايير الموضوعية، المتعلقة بالمهارات والمنهاج والتعليم والتقييم والأنشطة التعليمية والعلاقة المجتمعية والممارسات الأخلاقية والمهنية.
 4. المعايير المتعلقة بالمهنيين ومساعدتهم ومقدمي الخدمات (CEC, 2003).
- وحيث أن فاعلية برامج التربية الخاصة تُقاس عن طريق قياس مدى تحقيق الأهداف الموضوعية، فإن قياس ضبط الجودة يُقاس عن طريق مدى تحقيق الأهداف الموضوعية أيضاً. وعليه فإن ضبط الجودة في التربية الخاصة يقاس بفاعلية البرامج المقدمة بتقييم ومدى تحقيق تلك البرامج للأهداف الموضوعية، وفق مقاييس مصممة خصيصاً لتقييم تلك البرامج بالاعتماد على معايير تقديم الخدمة في تلك البرامج، وهو ما يُطلق عليه بضبط الجودة (Hallahan, & Kauffman, 2006).

الأبعاد الرئيسية لبرامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

البعد الأول: إدارة البرنامج

تشمل نشاطات المنظمة/ المؤسسة التي بها يتم تحقيق احتياجات الفرد والمجتمع وتوقعاتها وتحقيق أهداف المنظمة/ المؤسسة بأكفاً الطرق وبأقل تكلفة بالاستخدام الأمثل لطاقت جميع العاملين بدافع مستمر للتطور. وعليه فإن جودة الإدارة للبرنامج تختلف عن الإدارة التقليدية وذلك في تخطيط كافة النشاطات المتعلقة بتطبيق الجودة وتنظيمها وتوجيهها ومراقبتها، كما يتضمن ذلك دعم نشاطات الجودة وتوفير الموارد اللازمة (جودة، 2014).

إدارة برامج الإعاقات المتعددة في المملكة العربية السعودية

من مهمات الإدارة العامة للتربية الخاصة في وزارة التربية والتعليم في المملكة العربية السعودية التي تقدم البرامج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة ما يلي:

1. المشاركة في عمل اللوائح والأنظمة وتعديلها وإعداد القرارات والتعاميم الخاصة ببرامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة.
2. إعداد وتنسيق السياسات والإجراءات التي يجب أن تتبعها الإدارات التعليمية في إدارة برنامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة وتقديم المساعدات الفنية كلما دعت الحاجة.
3. تقديم التوصيات المالية والوظائف فيما يتعلق ببرامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة.
4. تنظيم زيارات المشرفين التربويين لبرامج ذوي الإعاقات المتعددة في كل فصل دراسي وتتابع تنفيذها.
5. المشاركة في إعداد البحوث والدراسات المتخصصة والمؤتمرات والندوات المتعلقة ببرامج التربية الخاصة بشكل عام وذوي الإعاقات المتعددة بشكل خاص.
6. الإسهام في إعداد الكتب والوسائل التعليمية اللازمة لبرامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة واختيارها.
7. المشاركة في تطوير مناهج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة واقتراح التعديلات لتلك المناهج.
8. المشاركة في اختيار المعلمين والموظفين المطلوبين للعمل في برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة وتعيينهم وتوجيههم حسب الحاجة.
9. المشاركة في دراسة احتياجات برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة من المباني والتجهيزات واختيار التصميم المناسبة لتلك المباني بما يلاءم احتياجاتهم الخاصة.
10. المشاركة في تقديم اقتراحات بإقامة برامج ودورات تدريبية ملائمة لمتسبي ذوي الإعاقات المتعددة، والتعاون مع الجهات ذات العلاقة في تنفيذ تلك الدورات، والعمل على تطويرها.
11. التخطيط لبرامج الإبتعاث والإفادة الخاصة ببرامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة والتخصصات ذات العلاقة، والمشاركة في اختبار وترشيح المبتعثين والموفدين لتلك البرامج.

12. إعداد وتقديم تقرير سنوي عن نشاطات الإدارة متضمناً المعلومات المتعلقة ببرامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة كافة.

13. تعدد ميزانية الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة في ضوء ما يرد من الإدارات التعليمية ببرامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة (الموسى، 2008).

مؤشرات الجودة في دور الإدارة/ المديرية في برامج الإعاقات المتعددة

1. المشاركة مع فريق التعليم الفردي وتنفيذ البرامج.
2. التعاون مع الفريق المشارك.
3. تطوير/ والتعريف بفلسفة الانضباط مع العناصر المرتبطة بعملية الدمج كافة.
4. تنفيذ عملية الدمج والمحافظة على رؤية المدرسة.
5. إعداد جداول المعلمين والسماح بتوفير وقت للتعاون والتخطيط.
6. تشجيع عمليات وضع الدرجات عند الضرورة.
7. تنسيق عمليات الدمج الصفّي للطلبة القادمين/ المستمرين في التعلم.
8. التطوير والمحافظة على عملية تواصل مع الأطراف المعنية كافة.
9. المراقبة والإشراف على وسائل التدريس، بما فيها التعامل مع المؤسسات غير الحكومية عند الضرورة.
10. تسهيل عمليات التدريب/ والمساندة/ وتوفير المعلومات للعاملين فيما يتعلق بالتوعية بشأن الإعاقات المتعددة، ودمج الطلبة المعاقين، وعملية الدمج بشكل عام (Hespe, and Gantwerk, 2000).

وتقوم الإدارة بإعداد البرامج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة قبل البدء بالتعليم في المدرسة العادية، باستخدام قائمة التحقق في اجتماعات فريق الطلبة/الموقع قبل حضور الطالب وتتضمن ما يلي:

1. قضايا تعديل الموقع.
2. احتياجات الطفل فيما يتعلق بالحافلات.
3. الاحتياجات الصحية.

4. احتياجات المساعدة وخطة الغياب.
5. الخدمات غير الحكومية والمساندة.
6. كيفية الحصول عليها/ تعديلها.
7. الاتصال مع المساعدين واختصاصي الخدمات ذات الصلة.
8. الاستراتيجيات السلوكية الايجابية.
9. خطط مساندة العودة إلى الموقع.
10. أعضاء هيئة التدريس.
11. الموظفين الإضافيين الذين سيقدّمون المساندة للطلاب.
12. تكرار الاجتماعات ومدتها.
13. إعداد الأقران.
14. أهداف التوعية المدرسية بشأن قدرات الطالب.
15. إعداد الآباء (المعلومات المتعلقة بالمدرسة، المفكرة... الخ).
16. إعداد العاملين.
17. احتياجات فريق الموقع (يجب أن يحصل المعلم على حزمة تتعلق بكيفية الإحالة)،
(مصادر المديرية- الممرض، المرشد، والرعاية بعد مغادرة المدرسة).
18. الارتباط مع فريق المدرسة (خدمات فريق الإرشاد - كيفية تلقي المساندة - شرح
العملية، نماذج عرض أمثلة).
19. خطة تخزين المعدات المتخصصة (كراسي العجلات، وعكازات المشي، وأجهزة
الحاسوب، وأجهزة الاتصال).
20. حل المشكلات- ما هي التقنيات التي سيتم استخدامها ومن الذي يعدها ويسهل
توفيرها؟
21. ملفات الطلبة ودليل المصادر- من الذي يحتفظ بها في الموقع؟

22. قضايا أخرى مثل (الاجتماعات/ المحاضرات- متى؟ الإشراف على وجبة الغداء/ موظفي ساحة المدرسة- من الذين سيتواصل معهم؟
23. الخدمات الإرشادية- كيفية الحصول على مساندة فريق الإرشاد (Quality Curriculum and Instruction for Students with Severe, 2008).
- مؤشرات جودة الخدمات التي تقدمها إدارة البرنامج في حالات الدمج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة فهي كما يلي:
1. تعيين مساعدين ممن يجب أن يتلقوا التدريب ومعلومات عن الطلبة قبل البدء بتقديم الخدمة للطلبة.
 2. يجب أن تتم الموافقة من المديرية على تعيين جميع المساعدين.
 3. يجب أن يتلقى المساعدون تدريباً ومعلومات مفصلة عن الطلبة قبل البدء بتقديم الخدمة للطلبة.
 4. التدريب والتعريف العام بالبرنامج والطلبة، الذي يتضمن:
 - أ. نظرة عامة عن الإعاقة.
 - ب. المشكلات السلوكية.
 - ج. التواصل.
 - د. القضايا الصحية/ الطبية/ المرضية.
 - هـ. وسائل التكنولوجيا.
 - و. معلومات محددة عن الطلبة: بالارتباط مع إداري موقع معلمي الصفوف، ومدير حالات الدمج، والآباء وغيرهم من العاملين.
 - ز. الجداول الزمنية: توافر المعلومات المطلوبة في بداية العام الدراسي.
 - ح. يجب أن يحصل المساعدون الجدد المعينون في غضون العام على معلومات محددة عن الطلبة قبل البدء بتقديم الخدمة لهم.

ط. يجب تنظيم برامج تعريفية عامة للمساعدين الجدد بالسرعة الممكنة، التي يفضل أن تتم قبل تقديم معلومات محددة عن الطلبة. ويتوقع من جميع البدلاء أن يمتلكوا معلومات عامة قبل تنفيذ واجباتهم ومهامهم كبدلاء.

ي. يتم تحديد مجالات الموضوعات الأخرى وورشات العمل بالتعاون ما بين مشغلي البرامج.

ك. يتم تقييم الخدمات التي يقدمها المساعد والتنسيق مع مشغلي البرامج.

ل. يجب جمع الموضوعات والمعلومات/ ومعالجتها وتحديثها بمعرفة كل هيئة أو مديرية للتعليم (Hespe, and Gantwerk, 2000).

البعد الثاني: تقييم وتشخيص الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

تعرف ليرنر (2003) lerner التقييم بأنه عملية تهدف إلى جمع معلومات عن الفرد لغرض الوصول إلى أحكام واتخاذ قرارات تتعلق بهذا الفرد.

تقييم الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة ذو أهمية قصوى ومطلوبة مع هذه الفئة لتحديد نوعية التدخل الملائم لهم، كما أن التقييم والتشخيص لا بد أن يكون على فترات منتظمة ومستمرة ضمن فريق متعدد التخصصات لقياس مدى التقدم والتغير الذي حدث لديهم، باستخدام طرق واستراتيجيات القياس التي أثبتت فعاليتها مع الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة والأخذ في الاعتبار تعديل وتكيف ما يلزم، وذلك من أجل توفير المعلومات لفريق التعليم الفردي تهدف إلى وضع الأهداف الخاصة بالفرد، وبعد عملية التقييم لا بد من تحديد أين يتلقى هؤلاء الأطفال تعليمهم، في الصف أو قضاء جزء من وقتهم في الصف، وهناك من ينادي بأن يتلقى هؤلاء الأطفال كل تعليمهم في الصف العادي. (Kirk, et, al, 2003)

ويقصد بالتشخيص تحديد نوع العجز والإعاقة ودرجة حدتها؛ وتتكون أدوات تشخيص ذوي الإعاقات المتعددة من فريق متعدد التخصصات حسب طبيعة المشكلة واحتياجات الحالة، باستخدام (الاتجاه التكاملية في التشخيص) ويشمل هذا الاتجاه: التشخيص الطبي/ والنفسي/ والسيكومتري/ والاجتماعي/ والتربوي/ والمهني (الروسان، 2014).

ويتم التعرفُ إلى معظم الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة منذ الولادة بطرق محددة بسيطة، من مثل (نظام إيجار) الذي يتم تطبيقه في مدة زمنية تتراوح من دقيقة إلى خمس دقائق بعد الولادة، والذي يقيس الوظيفة الحركية للطفل، ولون البشرة، ونبضات القلب، والتنفس، والمظاهر العامة. ويمكنُ أن تُشخصَ معظمُ مظاهر العجز الجسدي مبكراً عن طريق مراقبة ردود فعل الطفل الانعكاسية وحركة الجسم، بعضُ الإعاقات الجسمية وربما لا تُكتشفُ حتى نهاية السنة الأولى من العمر وبعضها متأخر جداً (Hallahan, & Kauffman, 2006).

وقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات الأمريكي الصادر في سنة (1997) يشترط إشراك جميع الطلبة ذوي الإعاقات في نظام التقييم، وهو ينص على شمول الأطفال ذوي الإعاقات في برامج التقييم على مستوى الولاية والمديرية وذلك بإجراء التعديلات المناسبة حسب الضرورة وبالنسبة لهؤلاء الطلبة الذين لا يستطيعون المشاركة في الاختبارات على مستوى الولاية فإن قانون التعليم ينص على تطوير عمليات تقييم بديلة (Hespe, & Gantwerk, 2000).

وينطوي تقييم الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة على تحديات كثيرة وكبيرة وهؤلاء الأطفال هم مجموعة غير متجانسة أو يعدم التجانس بينهم إلى أبعد الحدود، فمنهم من يمتلك قدرات جسمية ومنهم من يفتقر لها أو تكون عاجزة أو غير هادفة وبعضهم لديه قدرات عقلية وبعضهم متخلف عقلياً والبعض الآخر لديه عجز حسي بصري/ سمعي، والبعض الآخر لديه عجز جسدي وعقلي وصحي، ونظراً لتعدد الإعاقات لدى الفرد الواحد واختلافهم وعدم التجانس بينهم، ويجب ما يلي:

1. يجب أن يعطى الاختبار بالطريقة التي يفهمها الفرد ويمكنُ بها أن يتواصل بها في الإجابة.
2. عدم الاعتماد على الاختبارات المقننة قدر المستطاع في تقويم الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة واستخدام طرق التقييم البديلة من مثل: المقابلة، والملاحظة، وقوائم التقدير السلوكي، والاستبيانات، والتقارير الطبية، وإشراك الأسرة (الخطيب، 2003).

والتزاماً لقانون التعليم سنة (1997) فإن دائرة التعليم في نيو جيرسي تعمل على تطوير نظام بديل لجميع الطلبة، وبناءً على المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة (Hespe, & Gantwerk, 2000).

وكذلك استخدام نماذج التقييم والتخطيط له مع ذوي الإعاقات المتعددة من أجل تحديد نتائج التعلم والمساندة، التي يجب أن تكون:

1. مناسبة للعمر الزمني للطالب.
2. وظيفية أو تفيد الطلبة.
3. تتلاءم مع احتياجات الطالب في البيئات الطبيعية الحالية والمستقبلية (Ginagrecو, and Snell, 1993).

وتتضمن أهداف عملية التقييم ما يلي:

1. تصنيف الطالب ضمن فئات التربية الخاصة والتأكد من أهلية الفرد للحصول على الخدمات والاحتياجات ونوع الإعاقات التي يعاني منها.
2. تخطيط البرنامج التربوي الفردي وصياغة الأهداف طويلة المدى وقصيرتها.
3. تخطيط طرق التدريس والوسائل المساعدة.
4. تحديد البديل التربوي المناسب للفرد.
5. مراقبة التقدم في تحقيق الأهداف باستخدام الاختبارات الرسمية أو غير الرسمية أو طرق التقييم البديلة (lerner, 2003).

ويرى ويرنر Werner كما ورد في الطريقي (1994) انه يجب أن نكون واقعيين عند التقييم والتخطيط لإجراء فعاليات تقويم مع الطفل ذوي الإعاقات المتعددة، وعلينا أن لا نتوقع أكثر من اللازم لأن ذلك قد يؤدي إلى خيبة أمل. وكذلك يجب عدم التوقع اقل من اللازم، وسيكون من الخطأ عدم البحث عن وسائل للوصول إلى عقل الطفل ومن ثم تطوير وتقدير هذا العقل، وهذا قد يتطلب مقداراً كبيراً من الصبر والإبداع من المشرفين على هذا الطفل ذي الإعاقات المتعددة.

وأشار دولر وبروكس Doller and Brooks كما ورد في السرطاوي والسرطاوي (2013) إلى أن مثل هذا التقييم يُعدُّ فناً أكثر منه علماً في الآونة الحديثة. فيجب على الاختصاصي ما يلي:

1. تعديل الاختبارات المتوفرة واختيار فقرات مناسبة من عدة اختبارات وتطبيقها من أجل الحصول على صورة متكاملة عن الأداء الوظيفي للطلاب.
2. التدريب على المهارات الذاتية بدلاً من المهارات الأكاديمية. وعند تقييم فئات ذوي الإعاقات المتعددة يجب الأخذ بالاعتبارات التالية:

أ. قد يقيم الطلبة ذوو الإعاقات المتعددة بالطريقة نفسها من الإجراءات والاختبارات التي تستخدم مع الطلبة الآخرين.

ب. يُعدُّ تحديد أفضل أسلوب يتعلم منه الفرد من حيث المدخل أو المخرج محور الاهتمام الرئيسي في هذا المجال/ هل يحتاج النطق أو الإشارة للقيام بعملية الاتصال أم أنه بحاجة لاستخدام الاستجابات عن طريق غمض العين أو التحديق بها؟

ج. قد تستخدم الاختبارات ذات الاختيار من متعدد أو ذات المعايير المرجعية غير المعدلة مع بعض هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة.

التقييم عن طريق الفريق متعدد التخصصات، يجب عليهم ما يلي:

1. إجراء تقييم تربوي شامل يتضمن تقييم القدرة العقلية، والتحصيل الأكاديمي، والنمو الاجتماعي والانفعالي، وأنماط اللغة والاتصال، وتطور الكلام ونماذج السلوك، والمهارات الحركية، والمهارات الأخرى الخاصة بالفرد ذي الإعاقات المتعددة.
2. تحديد درجة قدرة الفرد ذوي الإعاقات المتعددة الحركية.
3. الحصول على نتائج طبية تقييميه قياسية لفهم محددات الطالب البصرية والسمعية والحركية، والحالة الجسمية.
4. تحديد أكثر أساليب الاستقبال والتعبير فعالية في الاتصال.

5. مراجعة التعريفات والإجراءات الخاصة بالتقييم لهذه الفئة من ذوي الإعاقات المتعددة والتأكد من إتباع تلك الإجراءات والحصول على المعلومات المطلوبة.
 6. تجب مراجعة جميع البيانات التي تستخدم لتحديد إعاقات الفرد ومن المهم قياس جميع المهارات لدى الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة؛ والقياس والتشخيص الجيد أن يوفران منهجاً جيداً. وإن تدريس هؤلاء الأطفال التوجيه الذاتي مهم جداً، وذلك لأنه يؤدي إلى الاستقلالية الذاتية للفرد (Kirk, et, al, 2003).
- ويرى كونوت وبيرتيما (Konto, & Pirttimaa (2008 أن من أكثر الوسائل شيوعاً واستخداماً في تقييم ذوي الإعاقات المتعددة تلك التي تعتمد على علم نفس النمو، والتي تهدف إلى تقييم الأطفال الذين يعانون من التوحد والإعاقات الشديدة والمتعددة.
- يرى الخطيب، (2003) أن جوانب التقييم والتشخيص للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة التي يجب تقويمها ما يلي:
1. المهارات قبل الأكاديمية: يتم تقويم المهارات الحركية والإدراك البصري وحدة البصر والإدراك السمعي وعتبة السمع، ومهارات التمييز (للألوان، الأشكال، الأرقام... الخ).
 2. المهارات اللغوية (التعبيرية والاستيعابية) والقدرات العقلية والعناية بالذات والكفاية الاجتماعية.
 3. التحصيل الدراسي: يشمل تقييم القراءة والكتابة والحساب.
 4. المهارات الإدراكية: تقييم مهارات الإدراك البصري والتمييز البصري، وإدراك الشكل والخلفية وثبات الشكل، والذاكرة البصرية، والعلاقات الفراغية والاتجاهات.
 5. تقييم مهارات الإدراك السمعي: ويشتمل على القدرة على التمييز السمعي، والشكل والخلفية والتحليل السمعي ومزج الحروف والذاكرة السمعية.
 6. تقييم النمو المعرفي: يساعد ذلك على تحديد الأهداف الواقعية وتصميم التعليم وتنظيمه، باستخدام اختبارات مناسبة لذلك.

7. تقييم مهارات التواصل: تلعب المهارات اللغوية التعبيرية والاستيعابية دورا بالغ الأهمية في العملية التربوية، وتقييمها ليس بالأمر السهل حيث يتطلب متخصصين في الكلام واللغة، وعلم النفس.
8. المهارات الاجتماعية: يجب تقييم هذا الجانب وذلك لأن الإعاقات المتعددة تؤثر على علاقة الفرد بالأفراد الآخرين من حوله وعلى مفهوم الذات للفرد بهدف إجراء التدخل المناسب.
9. السلوك التكيفي: ويعني قدرة الفرد من ذوي الإعاقات المتعددة على الاستقلالية وتحمل المسؤولية الاجتماعية المتوقعة ممن هم في عمره ومجموعته الثقافية، ويقاس بأدوات عديدة منها؛ مقياس السلوك التكيفي الذي أعدته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ويقيس جزءه الأول الجوانب التالية: الأداء المستقل، والنمو الجسمي، والنشاط الاقتصادي، والنمو اللغوي، والأرقام والوقت، والنشاط المهني، والتوجيه الذاتي، وتحمل المسؤولية، والنضج الاجتماعي.
10. المهارات الوظيفية: يجب تقييم العناية بالذات لدى الفرد من ذوي الإعاقات المتعددة لمعرفة المهارات التي يكتسبها أو يملكها الطفل والمهارات التي يحتاج إلى أن يتعلمها وتشمل: العناية الذاتية، ومهارات التدبير المنزلي، والصحة الشخصية، والقدرة على التنقل والحركة، والمشاركة في النشاطات الاجتماعية.
11. وتعدُّ نماذج التقييم البديل ضرورية لتمكين الطلبة حتى ذوي أشد الإعاقات من إظهار إتقانهم للمهارات والمعرفة المطلوبة. وكذلك فإن مهمّات التقييم تعكس مهارات الأداء الواقعية التي تساعد في التخطيط لتحقيق نتائج طويلة الأمد للبالغين (The University of State of New York, 1998).

البعد الثالث: البرنامج التربوي الفردي

يعرف البرنامج التربوي الفردي: بأنه الخطة التي تصمم بشكل خاص لفرد معين لكي تقابل وتلبي حاجاته التربوية، حيث تشتمل على جميع الأهداف المتوقع تحقيقها وفق معايير معينة وفي فترة زمنية محددة (يجيى، 2014).

ومن الاعتبارات التي تساعد في اتخاذ القرارات التربوية للبرنامج المناسب لذوي الإعاقات المتعددة من أهمها ما يلي:

1. تحديد الحاجات المناسبة والخدمات المساعدة لتحقيق الأهداف.
2. تخطيط البرنامج التربوي الفردي (الأهداف قصيرة المدى - والأهداف طويلة المدى) والتقويم هو القاعدة التي ينطلق منها البرنامج التربوي الفردي.
3. تحديد البديل التربوي المناسب (البيئة التعليمية).
4. متابعة التغيرات التي تطرأ على أداء الطفل وتقييم فاعلية البرنامج واقتراح الإجراءات اللازمة.

وتعد مؤشرات الجودة الخاصة ببرامج التعليم الفردية للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة والتي تم تطويرها من دائرة التعليم في فلوريدا، من المؤشرات المهمة في مجال تحديد نوعية الخدمات في التربية الخاصة، التي يمكن الاستناد إليها في تقييم نوعية وجودة الخدمات المقدمة وقد اشتملت هذه المؤشرات على ما يلي:

1. المستويات الحالية.
2. التقييم.
3. الأهداف السنوية، والأهداف التعليمية.
4. البرامج، والخدمات، والتعديلات.
5. المشاركة في التعليم العام.
6. الدمج.
7. نتائج مرحلة ما بعد المدرسة (Hespe, & Gantwerk, 2000).

ويُعتبر عن مؤشرات الجودة بوصفها أنها تلي المعايير والمؤشرات التالية حسب كل بعد رئيسي والمؤشرات التي تدل عليه كالتالي:

1. المستويات الحالية للأداء: وتشتمل على المعايير التالية:
 - أ. تصف الفعالية الحالية، ونقاط القوة واحتياجات الطلبة بناء على التقييمات الحالية التي تعكس تأثير الإعاقة على الأداء التربوي ومشاركة الطالب

وتقدمه في المناهج العامة. وفي حالة كانت لغة الطلبة من الأقليات تصف الأداء باللغة المحلية/ الأم.

ب. تصف المعلومات الكافية والبيانات المتوافرة، التي يتم بها قياس مدى التقدم.
ج. تكون متوافقة من حيث التدريس، وتتضمن عبارات وصفية (سردية) لنقاط قوة الطالب والاحتياجات التي توفر معلومات تدريسية للطلبة من مثل (ما يحتاج الطالب لتعلمه، كيف يمكن تدريس الطالب بأفضل شكل، وكيف يتعلم الطالب بأفضل الطرق).

د. تتضمن معلومات عن التقدم تجاه تحقيق الأهداف السنوية من التعلم الفردي السابق.

هـ. تبحث اهتمامات الآباء وتتضمن معلومات يوفرها الوالد.

و. تتضمن عبارات خالية من الغموض. وتكتب بلغة مفهومة.

ز. تمثل المدخلات المتوافرة من عدة مصادر.

ح. تعتمد على تقييم البيانات التي تتضمن أكثر من درجات الاختبار.

ط. تتضمن إشارات للتقييمات التي يسهل فهمها بما في ذلك نتائج تقييمات الولاية أو المديرية.

ي. تتضمن عبارات حول الأولويات في الاحتياجات، التي يمكن أن تؤدي إلى أهداف وغايات يمكن قياسها.

ك. تتضمن عبارات تصف قدرات واحتياجات الطلبة فيما يتعلق بالانتقال من النشاطات المدرسية إلى نشاطات ما بعد المدرسة (Florida Department of Education, 1997).

2. الأهداف السنوية والأهداف التعليمية: مؤشرات الجودة تلي المعايير التالية:

أ. أهدافاً سنوية تبحث احتياجات الطلبة كما تنعكس في عبارات المستوى الحالي للأداء.

- ب. أهدافاً سنوية تحدد عبارات الأهداف التي يمكن ملاحظتها وقياسها والتي ترتبط بالنتائج المدرسية المرغوبة/ ما بعد المدرسة.
- ج. أهدافاً وغايات ترتبط بتلبية احتياجات الطالب، التي تنتج عن إعاقة الطالب وتمكن الطالب من المشاركة والتقدم في مناهج التعليم العام.
- د. أهدافاً تدريسية قصيرة الأمد/ علامات فارقة تركز على احتياجات محددة للمستوى الحالي لعبارات الأداء بدلاً من مجال وتسلسل المنهاج.
- هـ. أهدافاً تدريسية قصيرة المدى/ علامات فارقة يمكن تحقيقها بناء على نقاط قوة واحتياجات الطالب.
- و. أهدافاً قصيرة المدى/ علامات فارقة تعكس مدى تقدم الطالب نحو اكتساب مهارات معقدة أو إتقان مظاهر سلوك معينة.
- ز. أهدافاً تدريسية قصيرة المدى/ علامات فارقة تكتب بطريقة سهلة الفهم، وخالية من العبارات الغامضة.
- ح. أهدافاً تدريسية قصيرة المدى/ علامات فارقة تعكس دمج واستخدام المهارات اللازمة في غرفة الصف، والمجتمع، والمدرسة، وبيئة المدرسة لتعلم المنهاج.
- ط. أهدافاً تدريسية قصيرة المدى/ علامات فارقة تكون مناسبة بحسب تسلسل النمو الزمني.
- ي. تحدد أهدافاً وغايات موجة نحو النتائج المرغوب تحقيقها لدى الطالب بعد التخرج من المدرسة.
- ك. تحدد الأهداف التي تعكس النمو في المهارات اللازمة للنجاح والتعميم في بيئات أخرى.
- ل. تتضمن توثيقاً لإتقان الأهداف قصيرة المدى.
- م. تعكس معايير التقييم، والإجراءات والجداول التي تتضمن أهدافاً مستمرة قابلة للقياس.

ن. توفر إجراءات للتقييم تتضمن ظروفًا منزلية، في العمل، والمجتمع والمدرسة لقياس الأهداف التي تنفذ بشكل منطقي في ظروف معينة (Florida Department of Education, 1997).

3. تعديلات برامج ذوي الإعاقات المتعددة الخاصة والخدمات ذات الصلة: مؤشرات الجودة تلي المعايير التالية:

أ. تحدد المصادر التي يحتاجها الطالب لايجاز الأهداف والاستفادة من التعليم الخاص والمشاركة والتقدم في مناهج التعليم العام.

ب. تشير إلى احتياجات الطالب ويتم بحثها وتلبيتها بشكل فردي وأن الخدمات المقدمة ليست فقط على أساس تصنيف الإعاقة.

ج. تبحث الخدمات والاحتياجات اللازمة في العمل، والمنزل، والمجتمع، وبيئة المدرسة لكي يستفيد الطالب من التعليم.

د. تبحث في الاحتياجات الانتقالية، وحسب الضرورة.

هـ. تعكس أولويات الاحتياجات التربوية المحددة في المستويات الحالية للأداء.

و. تعكس الروابط الإيجابية بين التعديل والتكيف في البرامج التعليمية وبرامج التقييم.

ز. تعكس مدخلات الآباء ومدخلات معلمي التعليم النظامي.

ح. تحدد وبتفصيل كافٍ التكييفات والتعديلات التي تساند المشاركة في برامج التدريس.

ط. تعكس القرارات المتعلقة بالمشاركة في برامج التقييم على مستوى الولاية والمديرية وتصف عمليات التقييم البديلة، إن لزم.

ي. تصف أية تعديلات على البرامج/المساعدة لموظفي المدرسة.

ك. تصف أية معدات متخصصة، وتقنيات مساعدة و/أو خدمات تكيف ضرورية.

ل. توفر وبتفصيل كافة التكييفات والتعديلات التي تساند المشاركة على برامج التقييم على مستوى الولاية والمديرية. (Florida Department of Education, 1997).

4. البيئة الأقل تقييداً: مؤشرات الجودة تلي المعايير التالية:

- أ. تعتمد على احتياجات ونقاط قوة الطلبة.
- ب. تعكس الاعتبارات بشأن ما إذا كان الطفل يستطيع تحقيق أهداف التعلم الفردية في الصف العادي، بما في ذلك، استخدام الوسائل والخدمات المساعدة.
- ج. تعكس ما إذا كانت التعديلات على المناهج يمكن أن تمكن الطالب من تلبية وتحقيق أهداف التعلم في أي صف عادي.
- د. تعكس الاعتبارات المتعلقة بالمرونة وخيارات الاستمرار في التدريس كافة.
- هـ. تأخذ في الاعتبار الفرص المتوافرة للطلاب للمشاركة مع طلبة غير معاقين في النشاطات غير الأكاديمية واللامنهجية كافة.
- و. تأخذ في الاعتبار احتمالية حدوث تأثيرات ضارة بسبب نقل الطالب من ظروف التعليم العام أو في جودة الخدمات التي يحتاجها الطالب.
- ز. تأخذ في الاعتبار عملية الإسراع في تكيف الطالب مع بيئة المنزل (Florida Department of Education, 1997).

5. تصميم البرنامج التربوي الفردي لذوي الإعاقات المتعددة وتنفيذه: يجب أن يصمم البرنامج الفردي بمعرفة الأعضاء المشاركين ويقوم عليه فريق متعدد التخصصات بتقديم تصوراتهم حول المشكلات التي يعاني منها الفرد من ذوي الإعاقات المتعددة بالمعلومات التي تم جمعها بالطرق المختلفة كالاختيارات أو المقابلات أو الملاحظة وبعد دراسة الحالة وتقييمها وتشخيصها ويتم تحديد الأهداف التي يجب تحقيقها والوسائل المستخدمة وبشكل عام يشتمل البرنامج التربوي الفردي على العناصر الأساسية التالية:

- أ. تقييم مستوى الأداء الحالي للطفل.
- ب. تحديد الأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى.
- ج. وصف الخدمات التربوية المساندة التي سيتم تقديمها.
- د. تحديد وقت للابتداء بتقديم الخدمات ووقت للانتهاء.

- هـ. تحديد المعايير التي ستستخدم لتقييم التغيير في أداء الفرد/المستمر.
و. تحديد مواعيد إجراء التقييم/النهائي (الخطيب، 2003).

مرحلة كتابة الخطة التربوية الفردية في ضوء تقرير التقييم وتشتمل على العناصر التالية:

- أ. وصف الأداء الحالي للفرد ومدى ملاءمة المنهاج العادي له أو تعديله وتكييفه.
ب. تحديد الأهداف طويلة المدة وقصيرة المدى تكون قابلة للقياس.
ج. تحديد نوعية الخدمات التربوية الخاصة اللازمة لتلبية احتياجات الطالب وتمكينه من تحقيق الأهداف ومن أهمها؛ تعديلات المنهاج، والوسائل المساعدة، والوسائل التعليمية، والبيئة الصفية.
د. تحديد عبارة تصف التعديلات اللازمة (المبررات) والطرق التي سيتم استخدامها لقياس تقدم الطالب.
هـ. تحديد زمن البدء بتنفيذ الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة لها، وتكرارها ومدتها، والموقع الذي يتم فيه تنفيذ الخطة.
و. قياس مدى تقدم الطالب في الأهداف السنوية (lerner, 2003).

التدخلات العلاجية المبكرة والبرامج التربوية للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

من الإجراءات المهمة مع الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة تقديم تدخل مبكر وفعال، وعلى المختصين تدريبهم على المثيرات الخارجية، وتدريب هؤلاء الأطفال التوجيه الذاتي لأنه يؤدي إلى الاستقلالية الذاتية للفرد. (Kirk, et, al, 2003)

التدخل المبكر Early Intervention

توصي شعبة الطفولة المبكرة (DEC) بمركز الأطفال غير العاديين (CEC) بضرورة تقديم الممارسات التي ترتبط ببرامج التدخل المبكر وفقاً لستة محكات أساسية هي:

- أ. الممارسات القائمة على نتائج البحوث.
ب. الممارسات المتمركزة حول الأسرة.

ج. منظور متعدد الالتفاتات.

د. التعاون بين الأنساق المختلفة.

هـ. الممارسات التي تتلاءم مع المستوى النمائي للطفل وعمره الزمني (خولة، 2014).

ومن أهم العناصر للتدخل العلاجي مع ذوي الإعاقات المتعددة

تذكر ليرنر (Lerner, 2000) أنه بعد تحديد كل طفل ومدى تقدمه بالمقارنة مع

النمو الطبيعي للأطفال، فإن التدخل العلاجي يشتمل على تطوير المهارات التالية:

أ. مهارات العناية الذاتية.

ب. المهارات الحركية الكبيرة.

ج. المهارات الحركية الدقيقة.

د. المهارات السمعية.

هـ. المهارات البصرية.

و. مهارات الاتصال واللغة.

ز. المهارات الإدراكية.

ح. المهارات الاجتماعية.

ومن الأمثلة على برامج التدخل المبكر:

أ. مشروع بورتج للتدخل المبكر (portage).

ب. برنامج التدخل المبكر لأطفال متلازمة داون.

ج. برنامج (help).

د. برنامج (Insite) للتدخل المبكر للأطفال المعوقين حسياً (بصرياً، أو سمعياً).

هـ. برنامج (Ski - hi) للتدخل المبكر.

و. برنامج (Vojta) للتدخل المبكر للأطفال المعوقين حركياً (يجي، 2014).

البعد الرابع: المنهج المرجعي

تباين وتنوع القدرات والإعاقات لدى التلاميذ المعاقين بالطريقة نفسها التي تباين وتنوع فيها لدى التلاميذ العاديين؛ إذ لا يختلف التلاميذ بناءً على حالة الإعاقة وحسب وإنما في درجة إعاقاتهم أيضاً. لذا يجب تصميم المناهج التربوية لتخدم مدى درجة الإعاقة، وقد يكون إدخال تعديل طفيف على المناهج التعليمية العادية كافياً بالنسبة للتلاميذ ذوي الإعاقات البسيطة والمتوسطة، بينما قد يحتاج التلاميذ متعددي الإعاقات إلى منهج مصمم خصيصاً لهم، بحيث يشتمل على تعديلات جوهرية في المضمون، والمواد، ومهارات التدريس (Dennis, 1996).

وجودة مناهج تربية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة يجب أن تتوافر فيها الشروط التالية كما يلي:

1. يجب أن تعتمد على مناهج يتصف بالمرونة وتشتمل بالضرورة القصوى على المهارات الوظيفية ومهارات العمر الملائمة في المدرسة أو أوضاع غير مدرسية.
 2. بناء تدریس مستمر منتظم يعتمد على التقييم المستمر بنمو الطلاب؛ فإن العديد من الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة معرفياً هم عاديون وقادرون على التعامل مع المنهج العادي عندما يتلقون دعماً مناسباً مثل؛ أدوات التواصل / الكرسي المتحرك/ المعينات البصرية. (Kirk, et, al, 2003)
- وقد قدم ويهمان (Wehman, 1992) عدة مجالات يمكن لمنهج عملي أن يشملها ومنها:

1. المهارات المنزلية (مثل العناية بالذات ومهارات إدارة المنزل).
2. المهارات المدرسية (مثل التفاعل مع الأقران، والعمل في مجموعات، واحترام جدول العمل والالتزام بالأوامر).
3. المحيط المجتمعي ذي العلاقة بالتنقل واستخدام المرافق.
4. الترفيه وأوقات الفراغ ذات العلاقة بشغل الوقت بطرق مقبولة وممتعة اجتماعياً.

5. المجال المهني والقدرات التي لها صلة بالحصول على وظيفة غير صعبة والمحافظة عليها. وبالرغم من تنوع المجالات التي لا بد أن يشملها منهج ذوي الإعاقات المتعددة، إلا أن هناك مجموعة من الخطوات التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند تصميم منهج ذوي الإعاقات المتعددة. وقدم هارينج (1996) Haring ثمانية خطوات مهمة لتصميم منهج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة وهي كما يلي:

أ. تخطيط تقييم النشاطات.

ب. جمع معلومات شاملة عنهم.

ج. تحديد بيئة الطالب.

د. جمع معلومات عن الأداء الحالي.

هـ. القيام بتحليل البيانات وتحديد الأولويات.

و. كتابة خطة تربوية فردية.

ز. تنفيذ ومراقبة البرامج.

ح. تقييم البرامج بصفة منتظمة. وقد أثار هارينج (1996) Haring لعدة عوامل يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند تصميم مناهج للتلاميذ متعددي الإعاقات. وذلك على النحو التالي:

- ضرورة إشراك مهنيين متخصصين من عدة مجالات (فريق عمل) نظراً لتعقيد وصعوبة مشكلات هذه الفئة.

- يجب الأخذ في الاعتبار توقعات واحتياجات أولياء الأمور نتيجة لتأثير التلاميذ المباشر في حياة والديهم.

- يجب أن يكون المنهج المقترح مرتبطاً بالنشاطات اليومية للتلميذ ذي الطابع المجتمعي.

- يجب أن تتضمن عملية التعليم اكتساب المهارات وإتقانها، والمحافظة عليها وتعميمها على ظروف وحالات جديدة.

- يجب أن تكون الاستراتيجيات التعليمية والتدريبية المستخدمة في إكساب المهارة وتعميمها فعالة ومؤثرة. وأشار هارينج (1996) Haring إلى أنه يجب تطوير المناهج التربوية التي تحدد المحتوى المعين الذي سيتم تعلمه، والوحدات المتتابعة التي ستدرس. كذلك اختيار المواد التعليمية المناسبة لأعمار التلاميذ ووسائل تقييم المحتوى والمواد التعليمية التي يجب أن يتم اختيارها ليس فقط اعتماداً على المستوى العملي الأكاديمي للتلاميذ، وإنما وفقاً لإمكاناتهم الجسمية/ والاجتماعية/ والانفعالية أيضاً (العتيبي، 2002).

ويضيف سنيل وبراون (1993) Snell & Brown أن المدرسين الذين يعدون المناهج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة مطالبون بمراعاة عدة مضامين مهمة منها:

1. اختيار أهداف تعليمية ذات أولويات عليا يتسنى استخدامها الآن (حالياً) أو فيما بعد.
 2. تحديد الأهداف التي تُسهم في استقلال الأفراد وتقليل الاعتماد على الآخرين، الأمر الذي يؤدي إلى تعزيز الثقة بالنفس وزيادة التفاعل مع الآخرين.
 3. اختيار الأساليب والظروف التعليمية المناسبة لتشجيع الاكتساب الناجح للمهارات.
 4. تسهيل استخدام وتعميم تلك المهارات في المواقف المختلفة.
- وهناك عددٌ من الأسباب التي تجعل جمع البيانات أمراً مهماً لأنها تفيد فيما يلي:
1. تحديد حالة الطلاب.
 2. مراقبة التطور وتحديد فاعلية البرنامج.
 3. التزويد بالتغذية الراجعة للطلاب وللأهالي.
 4. كتابة التقارير وتحديدها بشكل كمي.

فالمعلومات السابقة تزودُ مقدمي الخدمات بمعرفة عن حالة الفرد، وذلك لمقابلة احتياجات، الفرد ذي الإعاقات المتعددة واتخاذ القرارات بشأن تقدم العملية التربوية (Kirk, et, al, 2003).

مؤشرات جودة محتوى المناهج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

1. تعديل مؤشرات التقدم التي تركز على اكتساب مهارات الحياة اليومية.
2. تركز المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج للطلبة ذوي الإعاقات المتعددة على مهارات الحياة اليومية.
3. المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج في مجالات دراسة الفنون البصرية، والأدائية، والصحة الشاملة، والرياضة البدنية، والفنون اللغوية، والآداب، والرياضيات، والعلوم، والدراسات الاجتماعية، واللغات العالمية.
4. إضافة مجموعة من المعايير التي تتعلق بالاستعداد إلى بيئة العمل وإكساب الطلبة مهارات أكاديمية بما في ذلك الاستعداد الوظيفي، وتكنولوجيا المعلومات، والتفكير الناقد، وعملية صنع القرار، وحل المشكلات، وإدارة الذات.
5. توفر هذه المعايير خريطة لتحقيق وجهة نظر الولاية تجاه طلابها.
6. تمكين الطلبة من اكتساب أقصى القدرات كبشر والذين يُعدُّون مواطنين مبدعين ومنتجين عبر وظائفهم المجزية وإكسابهم حساً للانتماء الاجتماعي وتحقيق مستوى مرتفعاً للرضا النفسي (Hespe, and Gantwerk, 2000).

معايير تسهيل جودة محتوى المنهاج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة لكي تكون فعالة وناجحة

1. يجب على المدارس إعادة التفكير في عملياتها بشكل مستمر.
2. تبني ممارسات التعليم بطريقة الفريق متعدد التخصصات، والتعليم التعاوني.
3. زيادة استخدام مصادر التكنولوجيا.
4. المشاركة مع قطاعات التجارة والصناعة.
5. زيادة التوقعات الايجابية من الكوادر العاملة في برامج ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة نحو طلابها.

6. يجب أن تتضمن المناهج نشاطات متعددة في بيئات تؤدي إلى تعزيز النتائج الإيجابية بعد التخرج من المدارس.

7. يجب أن تطبق نتائج البحوث العلمية وتواصل البحوث العمل على تحديد الممارسات الضرورية في مجال تربية ذوي الإعاقات المتعددة والتي تساعد الطلبة على تحقيق أقصى توقعات من النجاح لتحديد ما إذا كانت المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة مناسبة للطلاب أم لا (Hespe, and Gantwerk, 2000).

ويعتمد دليل تحقيق المعايير الرئيسية لمؤشرات جودة محتوى المنهاج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة التي وضعتها دائرة التعليم في نيويورك لذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة الشروط التالية:

1. إظهار الطلبة قدرات معرفية وسلوكاً تكيفياً في المنزل، والمدرسة، والمجتمع، تُعدُّ أقل من التوقعات العمرية.

2. حاجة الطالب إلى تدريس مباشر ومكثف في عدة بيئات بسبب قدرته المعرفية التي أظهرها والسلوك التكيفي.

3. تطبيق المهارات الضرورية من أجل العمل والمشاركة بشكل فعال في النشاطات المهنية والمجتمعية والترفيهية سواء في المدرسة، والعمل، والمنزل أو بيئة العمل.

4. إظهار الطالب قدرة معرفية وسلوكاً تكيفياً يؤثر بشكل كبير على طبيعة المشاركة ومستواها والتحصيل في منهاج التعليم العام، بالرغم من تعديلات وتكييفات البرنامج.

5. البيانات الحالية والتفصيلية بشأن تقدم الطالب والسلوك التكيفي في المجالات والبيئات كافة تساند توصيات فريق التعليم الفردي (البيانات التفصيلية تتضمن بيانات الأداء في عدة مجالات، والملاحظات السلوكية في عدة بيئات، وبيانات السلوك التكيفي، والتقييم المستمر لمدى التقدم في تحقيق أهداف فريق التعليم الفردي).

6. يمكن استخدام الاختبارات الفردية المقننة أحياناً، ولكن بعد إجراء تعديلات عليها في ضوء الخصائص النمائية للأطفال واستخدام اختبارات غير لفظية أحياناً أخرى لتقييم القدرات (The University of State of New York, 1998).

ويعتمد دليل تحديد ملاءمة المنهاج للطلبة ذوي الإعاقات المتعددة على المعايير والمؤشرات التالية لجودة محتوى المنهاج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة وهي كما يلي:

1. تركز المعايير الرئيسية على محتوى المنهاج على المهارات الأكاديمية فإن المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج للطلبة ذوي الإعاقات الشديدة تركز على مهارات الحياة اليومية.

2. تركز المعايير الرئيسية على محتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة والمتعددة على احتياجات التدريس لنسبة قليلة من الطلبة الذين يعانون من إعاقات معرفية شديدة.

3. يحتاج هؤلاء الطلبة لتدريس مباشر ومكثف وإشراف لكي يتمكنوا من اكتساب وتطبيق المهارات الحياتية في المدرسة والمنزل والمجتمع.

4. المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة تمتد لتشمل مؤشرات الأداء والمزيد من المهارات الوظيفية.

5. تتطلب المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة المرونة في تصميم البرامج التعليمية التي تتوافق مع المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج.

6. تلي المعايير الرئيسية على محتوى المنهاج احتياجات الطلبة الذين يحتاجون التدريس لاكتساب المهارات الوظيفية (The University of State of New York, 1998).

تطوير المؤشرات البديلة

لابد أن تكون الأهداف والغايات والنتائج لهذه الفئة من الطلبة ضمن المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج. ويجب أن تشتق برامج التعليم الفردية من المنهاج وبناءً على معايير تستقي من المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج، بحيث تمثل مجمل المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الإعاقات المتعددة. وبالرغم من أن عدد الطلبة ذوي الإعاقات

المتعددة قليل إلا أن مهارات وقدرات هؤلاء الطلبة تختلف إلى حد بعيد. ومن أهم الافتراضات الرئيسية لتطوير المعايير الرئيسية لمؤشرات جودة محتوى المنهاج لذوي الإعاقات المتعددة والتي يجب أن تأخذ هذه الافتراضات في الاعتبار من قبل المديرين/ المدارس التي ستقوم بتنفيذ المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج وهي كما يلي:

1. يجب أن يعمل جميع الطلبة على تحقيق المحتويات الرئيسية للمنهاج.
2. تكون جميع الأهداف التربوية لجميع الطلبة بما فيها ذوي الاحتياجات الشديدة ضمن مجال المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج.
3. يجب أن يعمل الطلبة نحو تحقيق المعايير الرئيسية للمنهاج بالمعايير العالمية أو المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة، بغض النظر عن كيفية الدمج التربوي.
4. يجب أن تركز النتائج الحالية الطويلة الأمد للمعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة على المهارات المعيشية اليومية.
5. يجب أن يعمل الطلبة نحو تحقيق واكتساب سلسلة من المهارات المرتبطة بالنتائج، فإن الهدف الأقصى هو مساعدة الطلبة على إحراز التقدم في هذه النتائج حسب قدراتهم وسرعاتهم.
6. يجب على فريق التعليم الفردي أن يتخذ القرارات المتعلقة بالمعايير والمؤشرات المناسبة، التي يجب أن تبنى حسب الاحتياجات الفردية للطلبة.
7. يمكن تعليم المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة بمناهج متعددة المحتوى، التي تجسد عبر أنشطة وظيفية أو نشاطات وظيفية تجسد بموضوع المادة التدريسية.
8. يجب تقديم المساندة المناسبة للطلبة ذوي الاحتياجات الشديدة من أجل تحقيق المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة.
9. يجب أن يتلقوا التدريس ضمن معايير محتوى المناهج العامة، التي تركز على المجالات الأكاديمية مع تعديلات في طرق وأساليب التدريس.

10. هناك نسبة قليلة من الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة ممن لديهم أهداف وغايات تعتمد على المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة، التي تركز على مهارات الحياة اليومية.
11. يجب عدم حصر المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة فقط في مؤشرات بديلة في مجالات ذات أهمية أكبر أو تحقق المزيد من القدرات إلى هؤلاء الطلبة.
12. تعتمد طبيعة كل برنامج تدريسي فردي على قرارات فريق التعليم الفردي وحسب الاحتياجات التعليمية للطلبة، المرتبطة بمعايير محتوى المنهاج و/ أو المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة.
13. يجب أن تتوافق المناهج وأساليب التدريس مع المعايير مما يمكن فرق التعليم الفردي من تحديد الأهداف والغايات التي تعكس المعايير والمؤشرات، التي تلي الاحتياجات الفردية للطلبة.
14. يجب أن تكون عملية الدمج ضمن بيئة محددة ومناسبة لاحتياجات الطالب وحسب قانون الولاية والقوانين الفيدرالية.
15. على إداريي المديریات والبرامج إيجاد فرص لمعلمي التربية الخاصة لكي يجتمعوا معاً من أجل مراجعة المنهاج ووضع برامج لتخطيط الجداول.
16. على الإداريين تشجيع المعلمين للقيام بعمليات الاستكشاف وتوفير مصادر للمساندة مثل هذه النشاطات.
17. أن يكون بإمكان الإداريين إيجاد فرص لمعلمي التعليم والتربية الخاصة من أجل التعاون في تطوير المناهج وعملية التخطيط التربوي.
18. يمكن إجراء تطوير مهني هادف وبناء للمعلمين وحسب الأهمية والأولويات.
19. يمكن هؤلاء الإداريين الوصول للمجتمع من أجل الحصول على مدخلات وتوفير تشكيلة متنوعة من نشاطات التنوع سواء داخل أو خارج المدرسة.
20. يجب على التربويين والآباء وغيرهم من موظفي المدرسة إجراء مراجعة وتوقعات للمحتوى وتوقعات للمعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة.

21. يجب التركيز على ماهية ومعنى كل معيار ومؤشر ومدى تلاؤم وارتباط البرنامج التربوي مع توقعات المنهاج.
22. يجب تعريف الآباء بمحتوى المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة والمتعددة لضمان تركيز فريق التعليم الفردي على المعايير والأهداف المصممة حسب مستوى القدرة الفريدة للطلاب.
23. يجب على المعلمين وغيرهم من مقدمي الرعاية والخدمات استكشاف استراتيجيات تدريس جديدة لتحقيق التعلم الصفي واحتياجات المجتمع، التي تؤدي إلى زيادة التحصيل لجميع الطلبة مع ضرورة مناقشة النتائج مع زملاء.
24. التأكد من أن التدريس المبني على المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة يوفر استمرارية للتعلم بدءاً من الصفوف الأولى وأنه يؤدي إلى نتائج هادفة بعد التخرج من المدرسة.
25. على فريق التعليم الفردي تحديد الاحتياجات التربوية لكل طالب من ذوي الإعاقات التربوية وعلاقتها بالمعايير الجوهرية لمحتوى المنهاج أو المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة.
26. يجب أن يكون فريق التعليم الفردي على دراية ومعرفة بكل المعايير الجوهرية لمحتوى المنهاج والمعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة من أجل اتخاذ قرارات تعليم فردية تتلاءم مع احتياجات الطالب.
27. من واجب مجالس الإدارة المحلية وإدارات المدارس أن تبذل جهوداً حثيثة من أجل توفير نشاطات تطوير مهني، مما يمكن المعلمين من تحقيق أهداف هذه الوثيقة باستخدام أفضل الممارسات المعروفة في مجال تعليم الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة.
28. من واجب المؤسسات الفردية والمجتمعية أن تعد مشاركة فعالة في العملية التربوية لتحقيق أهداف المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة.
29. تلعب الشركات التجارية والصناعية دوراً مهماً في تحقيق النتائج التربوية نظراً لأن الطلبة ذوي الإعاقات المتعددة يتعلمون بشكل أفضل في بيئات طبيعية؛ حيث

يطبقون المهارات التي تعلموها، فيمكن لأفراد المجتمع التعاون مع المدارس لإتاحة فرص تعلم للعمل الحقيقي ونشاطات الترفيه (Hespe, and Gantwerk,) 2000.

ولتطوير مؤشرات جودة برامج محتوى المنهاج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة يجب التحقق مما يلي:

1. يجب أن تبنى أهداف التدريس على نقاط قوى وقدرات الطلبة وليس على نقاط ضعفهم.
2. المشاركة الجزئية الهادفة.
3. توفير فرص للاختيار وحسب الرغبات والتفصيلات للطلبة.
4. توفير بيانات منتظمة تعتمد على طرق التدريس.
5. إجراء عمليات التقييم في ظروف مختلفة.
6. التدريس حسب احتياجات المجتمع.
7. إتاحة الفرص لتطبيق المهارات.
8. دمج طرق العلاج والإرشاد واستخدام طريقة الفريق متعدد التخصصات لتقديم الخدمات المناسبة.
9. المساندة السلوكية الإيجابية.
10. التطبيق الفعال للتكنولوجيا المساعدة.
11. أنظمة الاتصالات المناسبة البديلة.
12. المهارات الوظيفية المبينة على النشاطات.
13. العمل والتعلم مع الأقران غير المعاقين.

يجب على فريق التعليم الفردي استخدام ما يلي كدليل لتحديد ما إذا كانت المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الإعاقات المتعددة مناسبة للطلاب ذوي الإعاقات المتعددة ويعتبرون مؤهلين للمشاركة في برنامج التقييم البديل للإتقان وذلك للأسباب التالية:

1. إظهار الطلبة قدرات معرفية وسلوكيات تكيفية في المنزل، والمدرسة، والمجتمع، تُعدُّ أقل من التوقعات العمرية.
 2. إن الطالب يحتاج إلى تدريس مباشر مكثف في عدة بيئات وأن يطبق المهارات الضرورية من أجل العمل والمشاركة بشكل فعال في النشاطات المهنية والمجتمعية والترفيهية سواء في المدرسة، أو العمل، أو المنزل أو بيئة العمل.
 3. يظهر الطالب قدرة معرفية وسلوكاً تكيفياً، يؤثر بشكل كبير على طبيعة ومستوى المشاركة والتحصيل في منهاج التعليم العام، حتى بالرغم من تعديلات وتكييفات البرنامج.
 4. البيانات الحالية المطولة بشأن تقدم الطالب والسلوك التكيفي في المجالات والبيئات كافة تساند توصيات فريق التعليم الفردي (البيانات المطولة تتضمن بيانات الأداء في عدة مجالات، والملاحظات السلوكية في عدة بيئات، وبيانات السلوك التكيفي والتقييم المستمر لمدى التقدم في تحقيق أهداف فريق التعليم الفردي (The University of State of New York, 1998).
- المعايير الرئيسة لمحتوى المنهاج للطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة يونيو (2000)، في دائرة نيوجرسي لتعليم الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة:
- تبحث المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج في مجالات: الفنون البصرية، والأدائية، والصحة الشاملة، والرياضة البدنية، والفنون اللغوية، والآداب، والرياضيات، والعلوم، والدراسات الاجتماعية، واللغات العالمية، وتمت إضافة مجموعة من المعايير التي تتعلق بالاستعداد إلى بيئة العمل وإكساب الطلبة مهارات أثناء وعبر المجالات الأكاديمية بما في ذلك الاستعداد الوظيفي، تكنولوجيا المعلومات وغيرها من الوسائل والتفكير الناقد وعملية صنع القرار وحل المشكلات وإدارة الذات.
- هذه النظرة تمثل وسيلة لتمكين الطلبة من اكتساب أقصى القدرات كبشر والذين يهتمون، ويعتبرون مواطنين مبدعين ومنتجين من خلال وظائفهم المجزية وإكسابهم حساً للانتماء الاجتماعي وتحقيق مستوى مرتفع للرضا النفسي، وإن هذه الرؤية موجهة لجميع طلاب (نيوجيرسي) بما فيهم الطلبة ذوي الإعاقات المتعددة (Hespe, and Gantwerk, 2000).

- بعض الافتراضات الرئيسية والتي عملت كنقاط توجيه خلال مراحل تطوير المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الإعاقات المتعددة:
- يجب أن تأخذ المديرية والمدارس التي ستقوم بتنفيذ المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج هذه الافتراضات في الاعتبار:
1. يجب أن يعمل جميع الطلبة على تحقيق المحتويات الرئيسية للمنهاج.
 2. يجب أن يعمل الطلبة ذوو الاحتياجات الشديدة نحو تحقيق محتوى المنهاج بالمعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة.
 3. يجب أن تكون جميع الأهداف التربوية لجميع الطلبة بما فيها ذوو الاحتياجات الشديدة ضمن مجال المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج.
 4. يجب أن يعمل الطلبة نحو تحقيق المعايير الرئيسية للمنهاج بالمعايير العالمية أو المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة، بغض النظر عن كيفية الدمج التربوي.
 5. يجب أن تركز النتائج الحالية والطويلة الأمد للمعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة على مهارات المعيشة اليومية.
 6. يجب أن يعمل الطلبة نحو تحقيق واكتساب سلسلة من المهارات المرتبطة بالنتائج فإن الهدف الأقصى هو مساعدة الطلبة على إحراز التقدم في هذه النتائج حسب قدراتهم وسرعاتهم.
 7. يجب أن يتخذ فريق التعليم الفردي القرارات المتعلقة بالمعايير والمؤشرات المناسبة التي يجب أن تبنى حسب الاحتياجات الفردية للطلبة.
 8. يمكن تعليم المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة بمنهاج متعددة المحتوى، تجسد عبر أنشطة وظيفية أو نشاطات وظيفية تجسد موضوع المادة التدريسية.
 9. يجب تقديم المساعدة المناسبة للطلبة ذوي الاحتياجات الشديدة من أجل تحقيق المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة.

10. تثير عملية تنفيذ المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة عدداً من القضايا المتعلقة بعمليات صنع القرار بما يخص التعليم الفردي والمناهج وعمليات التقييم.
11. تهدف المعايير الأساسية لمحتوى المنهاج إلى تعليم جميع الطلبة فإن إضافة المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة يوسع مجال المعايير مما يشمل جميع الطلبة ومن مختلف الاحتياجات.
12. يجب أن يتلقى غالبية الطلبة ذوي الإعاقات المتعددة التدريس ضمن معايير محتوى المناهج العامة، التي تركز على المجالات الأكاديمية مع تعديلات في طرق وأساليب التدريس.
13. هناك نسبة قليلة من الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة ممن لديهم أهداف وغايات تعتمد على المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة والتي تركز على مهارات الحياة اليومية.
14. يجب عدم حصر المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة فقط في مؤشرات بديلة في مجالات ذات أهمية أكبر أو تحقق المزيد من القدرات إلى هؤلاء الطلبة.
15. تعتمد طبيعة كل برنامج تدريس فردي على قرارات فريق التعليم الفردي وحسب الاحتياجات التعليمية للطلبة، المرتبطة بمعايير محتوى المنهاج و/أو المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة.
16. يجب أن تتوافق المناهج وأساليب التدريس مع المعايير مما يمكن فرق التعليم الفردي من تحديد الأهداف والغايات التي تعكس المعايير والمؤشرات، التي تلي الاحتياجات الفردية للطلبة (Florida Department of Education, 1997).

تكييف المناهج وتعديلها للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

تقترح أدبيات التربية الخاصة استخدام ما يعرف بالمناهج الوظيفية (Functional Curricula) أو المنهاج المتجه من الأعلى إلى الأسفل (Top - Down Curricula)، خصوصاً في تعليم ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة. وليس بالإمكان بناء منهج

أكاديمي واحد لتلبية حاجات ذوي الإعاقات المتعددة التي ينعدم التجانس بينها واختلاف حاجات وقدرات كل فرد باختلاف نوع الإعاقات وشدتها، وأهم ما تهدف إليه البرامج المعدة للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة تلبية الاحتياجات التعليمية وفقاً للخطة التربوية الفردية (IEP) (The Individualized Education Plan)، التي تتضمن تحديد مستوى الأداء الحالي في مجالات النمو الأساسية المختلفة، وتعيين الأهداف طويلة المدى وقصيرة المدى، والطرائق اللازمة من الوسائل لتحقيق هذه الأهداف والفترة الزمنية المتوقعة لتحقيق هذه الأهداف والمعايير التي سيتم اعتمادها للحكم على مدى تحقيقها وعليه فقد أصبحت الخطة التربوية الفردية في واقع الأمر نص المنهاج بالنسبة للطلاب ذوي الحاجات الخاصة (الخطيب، 2003).

وترى ادجون (2006) Edgemon، أن التكييفات الكثيرة وغير الضرورية قد تضعف من قدرات الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة من التقييمات واسعة المدى من أجل اتخاذ قرارات بشأن تكيف المنهاج، وبناءً على نتائج دراستهما فإنه يجب على فريق برامج التعليم الفردي ما يلي:

1. يجب أن تحمل مسؤولية اختيار تكيف الطلبة، وتتم مناقشة أنواع التكيف.
2. عرض وصف للتكيف، ووقت التكيف، وظروف التكيف، والاستجابة والوسائل المساعدة على التكيف من مثل: مهارات التواصل، ومهارات تناول الطعام، ومهارات العناية الذاتية والتكنولوجيا المساعدة.

البعد الخامس: استراتيجيات التعليم والأنشطة التعليمية

يمكن تقسيم استراتيجيات التعليم والأنشطة التعليمية إلى قسمين رئيسين هما:

1. استراتيجيات التدريس في التربية الخاصة: يرى جارجيلو (2002) Gargiulo أنه من المتعذر الحديث عن أسلوب تدريبي تدريسي واحد يلاءم جميع الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وتصنف المراجع العلمية أساليب التدريس المستخدمة في التربية الخاصة إلى فئتين رئيسيتين هما:

أ. التربية التصحيحية أو العلاجية: تهدف إلى مساعدة الطالب على اكتساب المهارات اللازمة للتغلب على الصعوبات التي ترافق حالات الإعاقة، وتعمل

على تطوير الأداء، وتقليل الاستجابات غير الملائمة وتشجيع الاستجابات المناسبة التي تصدر عن الطالب ذوي الإعاقات.

ب. التربية التعويضية: تتضمن توظيف أدوات ومعدات ووسائل مكيفة أو معدلة لتحقيق الأهداف التي يتعذر تحقيقها عن طريق البرامج العلاجية والتصحيحية (Heward, 2002).

ويجب اختيار الأساليب والمناهج التي تدفع باتجاه الدمج وليس تلك التي تدفع وتنبئ العزل (Hunt, 1999). (السرطاوي وآخرون، 2000).

ولتحقيق جودة التدريس في البرامج التربوية الفردية للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة يجب أن تؤدي جودة التدريس إلى تحقيق المعايير الجوهرية لمحتوى المنهاج للطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة وتكون كالتالي:

أ. يجب أن تبنى أهداف التدريس على نقاط قوى وقدرات الطلبة وليس على نقاط ضعفهم.

ب. يجب أن تكون هناك مشاركة جزئية هادفة.

ج. توفير فرص للاختيار وحسب الرغبات والتفصيلات للطلبة.

د. توفير بيانات منتظمة تعتمد على طرق التدريس.

هـ. إجراء عمليات التقييم في ظروف مختلفة.

و. التدريس حسب احتياجات المجتمع.

ز. إيجاد المهارات وتطبيقها.

ح. دمج طرق العلاج والإرشاد واستخدام طريقة الفريق متعدد التخصصات التعاونية لتقديم الخدمات المناسبة.

ط. المساندة السلوكية الإيجابية.

ي. التطبيق الفعال للتكنولوجيا المساعدة.

ك. توفير أنظمة الاتصالات المناسبة البديلة.

ل. توفر المناهج الوظيفية المبنية على النشاطات.

م. العمل والتعلم مع الأقران غير المعاقين (Florida Department of Education, 1997).

2. طرق التدريس: من جميع المعايير ومؤشرات الجودة في البرنامج، التي تم تطويرها من المعايير الجوهرية لتحقيق المعايير الرئيسية لتنظيم المناهج وطرق التدريس وهي:

أ. مجال المحتوى: ويتوقع بأن تغطي نشاطات التدريس سلسلة من مؤشرات الأداء ومن عدة مجالات من محتوى المادة الدراسية وهي كما يلي:
مؤشرات بيئة العمل التي تعتمد على (المحتوى):

- المعيار (1): أن يطور جميع الطلبة مهارات استعداد للتخطيط الوظيفي وبيئة العمل.

- المعيار (2): أن يقوم جميع الطلبة باستخدام المعلومات ووسائل التكنولوجيا وغيرها من الأجهزة والمعدات.

- المعيار (3): أن يقوم جميع الطلبة باستخدام مهارات التفكير الناقد وعمليات صنع القرار وحل المشكلات.

- المعيار (4): أن يظهر الطلبة مهارات لإدارة الذات.

- المعيار (5): أن يطبق جميع الطلبة معايير السلامة.

الفنون البصرية والأدائية:

- المعيار 1-2: يجب أن يتمكن الطلبة من تحسين وجهات نظرهم ومهاراتهم الفكرية والجسدية والفنية بالرقص، والموسيقى، والمسرح/ الفنون البصرية.

- المعيار 1-3: أن يتمكن جميع الطلبة من استغلال العناصر الفنية ووسائل الإعلام الفنية من أجل إنتاج أعمال فنية وأدائية.

- المعيار 1-4: أن يظهر جميع الطلبة معرفة بعملية النقد:

الصحة الشاملة والتربية الجسمية:

- المعيار 2-1: يجب أن يتعلم جميع الطلبة مفاهيم تطوير الصحة والوقاية من المرض ومظاهر السلوك التي تعزز الصحة بشكل ايجابي.
 - المعيار 2-2: يجب أن يتعلم جميع الطلبة المهارات التي تعزز الصحة الشخصية وصحة الأفراد والصحة المعيشية.
 - المعيار 2-3: أن يتعرف جميع الطلبة إلى الآثار السلبية التي تؤثر على الصحة الجسمية والعقلية لاستخدام الكحول وغيرها من المواد المخدرة.
 - المعيار 2-4: أن يتعرف الطلبة إلى العناصر البيولوجية والاجتماعية والثقافية والنفسية للجنس البشري والحياة الأسرية.
 - المعيار 2-5: أن يتعلم جميع الطلبة استخدام مفاهيم الحركة وتطبيقها والمهارات التي تعزز من قيامهم بالنشاطات الجسمية طوال الحياة.
 - المعيار 2-6: أن يتعلم جميع الطلبة ويطبقوا مفاهيم اللياقة الصحية.
- تعلم الفنون اللغوية:
- المعيار 3-1: أن يتحدث جميع الطلبة لغايات حقيقية متعددة وأمام مستمعين لمستويات مختلفة.
 - المعيار 3-2: أن يستمع جميع الطلبة بنشاط وفعالية ضمن عدة مواقف إلى معلومات من عدة مصادر.
 - المعيار 3-3: أن يتمكن جميع الطلبة من الكتابة بشكل واضح ودقيق واستخدام لغة منظمة تتباين في المحتوى والشكل لكي يطلع عليها جمهور مختلف ولتحقيق أهداف متعددة.
 - المعيار 3-4: أن يتمكن جميع الطلبة من قراءة نصوص ومواد مختلفة واستيعابها وتحليلها نقدياً.
 - المعيار 3-5: أن يقوم جميع الطلبة بالإطلاع وفهم واستخدام المعلومات البصرية غير النصية.

الرياضيات:

- المعيار 4-1: أن يطور جميع الطلبة القدرة على عرض وحل المسائل الحسابية في الرياضيات، وغيرها من المساقات، والخبرات اليومية.
 - المعيار (4-5): أن يتمكن جميع الطلبة وبشكل منتظم وروتيني من استخدام الآلات الحاسبة، وأجهزة الحاسوب، والألعاب، وغيرها من وسائل الرياضيات من أجل تعزيز التفكير الرياضي والفهم والقوة.
 - المعيار 4-6: أن يطور جميع الطلبة حسابهم بالأعداد والقدرة على تمثيل الأعداد بعدة أشكال واستخدام الأرقام في مواقف متعددة.
 - المعيار (4-8): أن يدرك جميع الطلبة، ويختاروا، ويطبقوا مختلف طرق تنفيذ العمليات الرقمية.
 - المعيار (4-9): أن يطور جميع الطلبة فهما وأن يستخدموا عمليات القياس لوصف الظواهر وتحليلها.
 - المعيار (4-11): أن يطور جميع الطلبة فهماً للأنماط، والنماذج والعلاقات والوظائف، وأن يتم استخدامها من أجل تمثيل وشرح ظواهر حقيقية في عالم الواقع.
- العلوم:
- المعيار (4-5): على جميع الطلبة تطوير فهم للتكنولوجيا كتطبيق للمبادئ العلمية.
 - المعيار (5-6): أن يكتسب جميع الطلبة فهماً للبنية وللمواصفات والاحتياجات الرئيسية للعضويات.
 - المعيار (5-7): أن يبحث جميع الطلبة في تنوعات الحياة.
 - المعيار (5-9): أن يكتسب جميع الطلبة فهماً للقوانين الطبيعية والتي تنطبق على الحركة، والقوى، وتحويل الطاقة.

- المعيار (5-12): على جميع الطلبة تطوير فهم للبيئة كنظام يتكون من عناصر مترابطة ومتداخلة تتأثر بالنشاط البشري والظواهر الطبيعية.
الدراسات الاجتماعية:

- المعيار (6-1): على جميع الطلبة تعلم المواطنة الديمقراطية وكيفية المشاركة في النظام المؤسسي للحكومة.

- المعيار (6-2) يجب أن يتعلم جميع الطلبة المواطنة الديمقراطية من المجتمعات الإنسانية، وعن طريق دراسة الفنون، والآداب، والتاريخ والفلسفة، والمجالات ذات الصلة.

- المعيار (6-5): أن يكتسب جميع الطلبة فهماً تاريخياً لمختلف الثقافات من تاريخ نيوجيرسي، الولايات المتحدة الأمريكية والعالم.

- المعيار (6-7): يجب أن يكتسب جميع الطلبة فهماً جغرافياً عن طريق دراسة العالم من حيث المسائل الفراغية (التخيلية).

- المعيار (6-9): يجب أن يكتسب جميع الطلبة فهماً جغرافياً عن طريق دراسة البيئة والمجتمع (The University of State of New York, 1998)

ب. مجال التعلم والأنشطة التعليمية: من أهم الاعتبارات الأساسية في تعليم الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة اختيار وسائل التواصل وتقنياته وتطويرها وهي:

- مهارات القدرة السمعية والبصرية.

- أسلوب التنقل والحركة.

- نمط جلسة الطفل ووقوفه.

- القدرات الجسمية وثبات نمط الاستجابة لدى الفرد.

- القدرة على الربط، والتخزين، واستعادة المعاني المرتبطة بالصور والكلمات والأحداث.

- مستوى أداء الفرد في القراءة والتعرف إلى الكلمات (Florida Department of Education, 1997).

أهم أساليب التواصل المعتمدة على نمط الاستجابة الجسمية

1. الاختيار المباشر: أن يشير الفرد إلى ما يود إيصاله للآخرين.
 2. المسح: أن يشير الفرد لما يريد كالصور أو الحرف والكلمات ويكون ذلك بالرأس أو باليد أو بملامح العين واستخدام الإشارة بالضوء في الجهاز أو السهم المثبت على الرأس.
 3. أنظمة الترميز: وهي ترتيب الصور والرموز، والأحرف والكلمات على بطاقات مرقمة وتسيير الطفل إلى الرقم للدلالة على الشيء الذي يقصده (السرطاوي، الصمادي، 2014).
- وهناك بعض التعديلات العامة التي يقوم بها المعلمون لمساعدة الطالب على الاستجابة وهي كما يلي:

1. المهمات الأكاديمية: الكتابة على دفتر الملاحظات بدلاً من الكتابة على جميع الدفاتر بغرض التدريب، وتأمين الأدوات المكتبية (القرطاسية) للطالب وتسهيل الوصول إليها، والاعتماد على أسئلة الاختيار من متعدد والتي تتطلب كتابة قليلة، واستخدام معالجات الكلمات؛ الكمبيوتر، والآلة الكاتبة والآلات الحاسبة بدلاً من الكتابة اليدوية للإجابة أو الحساب، وتنظيم عملية التعلم وإدارة الوقت بشكل مناسب في داخل الغرفة الصفية، التركيز على التعليم بالخطة الفردية التربوية والتعليمية (Forest & Lusthans, 1989)، وكذلك استخدام التكنولوجيا (كاهاتف، والتلفاز، والانترنت) لتوفير التعليم في البيت والمدرسة والمستشفى ولكل الطلاب (Lunch, Lewis & Murphy, 1993). وتطوير مهارات الطلاب في استخدام المكتبة والحاسوب وتدريبهم للعمل ضمن مجموعات كجزء من روتينهم اليومي لتقوية الجانب الاجتماعي واختيار المناهج المناسبة والمهارات التي يستطيع الطالب التعلم بواسطتها (Turner, Baldwin, Kleinert, Kearns, 2000).

2. التواصل البديل والمزايد أو الرمزي -Augmentative or Alternative (AAC) Communication: يشير بيوكلمان (2000) Beukelman، إن التواصل البديل هو نظام يتضمن أية وسيلة يدوية أو الكترونية يمكن للفرد أن يقوم بموجبها بالتعبير عن حاجاته، ويشارك الآخرين المعلومات، ويندمج في المواقف الاجتماعية ويشارك هؤلاء الأفراد جميعاً في خاصية واحدة تتمثل في عدم قدرتهم على التواصل الفعال باستخدام الكلام نظراً لإعاقتهم الجسمية.
- ويشير لويد (1997) Liloyd، إلى أنه تم تطوير مجموعة من المداخل التي تتناول التواصل البديل والرمزي، ويتضمن بعضها حلولاً تعتمد على الوسائل التكنولوجية البسيطة وبعضها يعتمد على تكنولوجيا معقدة.
- وتتضمن التكنولوجيا الاختيار المباشر والمسح لتحقيق التواصل البديل كالإشارة باليد، أو الرأس أو حركات العين أو القدم أو اللسان، أو التحكم بالتنفس من مثل: لوحات - التواصل: communication boards وعبارة عن مصفوفة من الصور أو الكلمات، أو الرموز الأخرى تقوم على الاختيار المباشر أو إستراتيجية تقوم على - المسح (scanning) وتعتمد على قدرات الفرد وحاجاته للتواصل.
- وينبغي مهما كان النسق المستخدم من التواصل البديل يجب أن يكون:
- أ. من السهل نسبياً استخدامه.
 - ب. أن يتسم بالكفاءة والثبات وتوصيل أفكار الفرد ونواياه للآخرين.
- وتشير موسنترت (2001) Mostet، إلى أن أهم أنماط التواصل البديل التي ظهرت على السطح في بداية التسعينيات هي ما يعرف: بالتواصل الميسر (facilitated communication) وهو ما يتطلب وجود شخص ميسر يقوم بمساعدة من يستخدم هذا النسق وذلك بكتابة رسائل معينة مستخدماً لوحة المفاتيح (السرطاوي، وآخرون، 2000).
3. تكيف البرنامج التعليمي: ويكون بتقديم خدمات الإرشاد والتوعية والاستفسار عن التساؤلات للمعوقين في داخل الأماكن التعليمية، وتمديد وقت أداء الاختبار

حسب إمكانات المعوق وملاءمة الواجبات التي تصمم للمعوقين، وكذلك المرونة في الوقت ومكان الدرس حسب قدرات وإمكانات المعوقين (Singh, 2003).

وكما ذكر يزيلدايك (YsselDyke, 1997) فإن التعديلات التعليمية المطلوبة في المدرسة للطلبة المعوقين ومتعددي الإعاقة كثيرة جداً وهذا يعتمد على نوع وشدة إعاقة الفرد، ويحتاج بعض الطلبة مساعدة طوال اليوم الدراسي، وآخرون يحتاجون المساعدة في بعض الأنشطة، ويحتاج البعض الآخر إلى القليل من التعديلات.

استراتيجيات التدخل العلاجي للأفراد الذين لديهم إعاقات متعددة

وهي التي تتم في أثناء عملية التدخل المبكر مع الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة ومن أهم مبرراتها ما يلي:

1. أن الأطفال الذين لديهم إعاقات شديدة ومتعددة لديهم الحق في تلقي الخدمات التي تحسن جودة ونوعية معيشتهم لتصل بهم إلى أقصى درجات النمو الممكنة.
 2. إن الخدمات التي تقدم لهم في وقت مبكر تسهم في تحسين وقع سلبية الإعاقة عليهم، وكلما قدمت لهم الخدمات في وقت مبكر كلما أسهم ذلك في نموهم بشكل أفضل.
 3. الخدمات المبكرة التي تقدم لهم يجب أن تكون مشتملة على إشراك الأسرة، فالخدمات التي تقدم مع الإشراك الأسري أفضل من الخدمات التي تتجاهل الأسرة.
 4. إن إشراك الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة في المدارس قدر الإمكان يزيد من مهاراتهم الاجتماعية وتفاعلهم الاجتماعي. (Kirk, et, al, 2003)
- ومن المفيد أن يدرك أعضاء الفريق جميعهم أسس خيارات التدخل العلاجي، حتى يصبح بالإمكان تجهيز إستراتيجيات التدخل العلاجي الأكثر شيوعاً، مع مناقشتها لتطبيقها على احتياجات الأطفال الذين يعانون من إعاقات متعددة، ومن هذه الاستراتيجيات ما يلي:

1. العلاج العصبي - التطوري Neurodevelopment Treatment: ويعتني بمشكلات الحركة للأطفال الذين يعانون من خلل وظيفي عصبي. والأهداف الرئيسية لهذا الاتجاه في المعالجة فهي ما يلي:
 - أ. تنفيذ خطوات التعزيز من أجل إنشاء وضعية مستقرة وحركة وظيفية.
 - ب. تحليل الخلل الوظيفي للكشف عن المشكلات الرئيسية المتصلة بالحركة والوضعية.
 - ج. تدريب الآخرين على الخطوات الحسية - الحركية بحيث تتم السيطرة على المشكلات عبر المواقف المختلفة.
 - د. استخدام معدات تساعد على التحكم بالوضعية والحركة الوظيفية.
 - هـ. الحد من ظهور تعقيدات غير طبيعية أخرى مثل التشوهات والتقلصات العضلية والتوقعات.
2. التكامل الحسي Sensory Integration: هو نموذج نظري عصبي - حيوي، يستخدمه المعالجون الوظيفيون والطبيعيون. حيث تفترض هذه النظرية أن الأفراد يطورون المهارات عبر عملية استقبال وتفسير المتغيرات الحسية من البيئة والقيام باستجابات مناسبة لهذه المثيرات.
3. المرجعية التطورية Developmental Frame of Reference: وفيه يفهم الاختصاصيون التطور الطبيعي للمهارات من وجهة نظر تطويرية وإن اكتساب المهارة يحدث لدى الأطفال العاديين والأطفال المعاقين على حد سواء. ووفق هذا النموذج ينبغي أن تكون هناك تعديلات جوهرية في المهمات ومعايير الأداء لتمكين الأطفال من الانخراط في المهمات الوظيفية.
4. الاتجاهات التكيفية Adaptive Approaches: وتتم عملية التكيف عندما يكشف الاختصاصيون عن مشكلات الطفل، فيعدون استراتيجيات بديلة تعزز الأداء الناجح للمهمة. وهناك أربعة أصناف من العمليات التكيفية:
 - أ. المساعدة التشخيصية.
 - ب. تعديلات المهارة أو النشاط.

ج. استخدام أسلوب التكييف.

د. إجراء تعديلات في البيئة.

5. أسلوب تنشيط المفصل Joint Mobilisation Technique: ويشمل الحركات غير الوظيفية للمفصل والأنسجة الدقيقة المجاورة بصورة معينة لاستعادة الحركة النشطة للمفصل نفسه. ولا يتم ذلك إلا عندما يسيطر المعالج على نشاط رد الفعل الانعكاسي.

6. طرق تليين العضلات والأنسجة Myofascial Release Techniques: وهو أسلوب علاجي يهدف إلى تليين العضلات والأنسجة وإزالة القيود عن الحركة وتمكين الفرد من تحقيق اتساق الوضعية بشكل فعال. ويجب على المعالجين والمدرسين أن يدمجوا هذا الإعداد دائماً مع المهمات الحياتية الوظيفية للأطفال ذوي الإعاقات المتعددة، ليتمكن الطفل من الحصول على فرص للتفاعل وتطوير سلسلة الحركات الأساسية.

7. المعالجة عبر الجهاز السمبثاوي العصبي المنبه للعضلات Cranioacral Therapy: يوصف الجهاز السمبثاوي العصبي على أنه جهاز فسيولوجي مكون من الأغشية ويربط بين العظام والأجهزة الأخرى ذات الصلة. ويحدث الحركات أو يمنعها. وتؤثر وتيرة الجهاز السمبثاوي العصبي المنبه للعضلات على الجسم كله، فإذا أعيقت هذه الوتيرة تنقيد الحركة الفسيولوجية. ويُعدُّ هذا الأسلوب تمهيداً فقط، ويجب أن يتصاحب مع استخدام واكتساب وظيفي للمهارات.

8. تقدير المرجعيات البديلة في التدخل العلاجي: Appreciation for Alternative Frames of Reference in Intervention: يلتبس أحياناً على الاختصاصيين الآخرين أن المعالجين يمتلكون مرجعيات متنوعة للتقييم والتدخل العلاجي. والوضع يشابه هنا مع الاتجاهات المستخدمة في التربية حيث يؤدي بعض التربويين استخدام ما يلي:

أ. استخدام اتجاهات سلوكية لتلبية احتياجات الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة.

ب. استخدام الاتجاهات المعرفية والتطورية.

ج. وتعدد وجهات النظر لا يعني تعارضها بالضرورة فهم يقدمون طرقاً بديلة لحل المشكلات، ويمكن استخدامها مع بعضها البعض، لإعداد استراتيجيات تقييم وتدخل علاجي. ويهدف ذلك إلى توافر خبرات كثيرة لدى المعالجين مما يسهم في تقديم خبرة تمكن الطالب من أداء المهارة على نحو ملائم. ويساعد المدرسون لمعرفتهم فيما يتصل بالاستخدام الوظيفي للمهارات في النشاطات المختارة.

9. تحليل المواقف التعليمية وفق الاتجاه الحسي - الحركي: يوسع الاتجاه الحسي/ الحركي مجالات حل المشكلات للمواقف التربوية ووفقاً لذلك، ويستطيع المعالجون والمعلمون التعاون لإغناء الخبرات الحياتية للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة التي يمكن تناولها كالتالي:

أ. إعداد تدخلات علاجية وفقاً للخصائص الحسية: عندما يعاني الطفل من إعاقات متعددة من الأفضل الاعتماد على الملاحظات المدروسة للحصول على المعلومات، ويتحقق الاختصاصيون من سلامة الأجهزة الحسية عبر ملاحظة مظاهر السلوك الحركية وتسجيلها.

ب. يجب أن يجمع الاختصاصيون المعلومات من نشاطات عديدة لتأكيد دلالات الاستجابات لدى الطفل.

ج. ينبغي اختيار المهمة ثم دراسة كيفية أداء الفرد الطبيعي في الظروف الطبيعية في هذه المهمة على نحو روتيني، ومن ثم يتم وضع إشارة على الخصائص الحسية الممكن تنشيطها في أثناء أداء المهمة ودراستها وتحليلها في البيئة المألوفة والطبيعية.

د. ينبغي أن يكون هناك مستوى معين من الاستثارة: وذلك من أجل أن ينخرط الطفل في المهمة الوظيفية، فهناك علاقة متبادلة وقوية بين الخصائص الحسية المتعددة (السمعية، والشمية، والتذوقية). ويمكن أن تكون عائقاً أمام أداء المهمة، عندما يستثنى تركيزه عند سماع صوت عالٍ مثلاً بشكل مفاجئ فيفقد السيطرة على وضعيته وحركته الجسمية.

٥. إعداد تدخلات علاجية وفقا للخصائص الحركية: وتتضمن تقييماً للتوتر العضلي واتساق وضعية الجسم، واستخدام استراتيجيات تعويضية والكشف عن الشهوات والقيود الموجودة والمتعلقة بالأجهزة الحسية/ الحركية. ومن الأفضل التعامل مع المشكلات الحركية ضمن سياق المهمات والنشاطات اليومية، مصحوبة بالخبرة ذات الصلة بالاختصاصات المتعددة الأخرى. أما بالنسبة للاعتبارات المهمة عند إعداد برامج تكاملية فهي كما يلي:

- يجب أن تكون وضعية الطفل تحقق الوضعية الأفضل بقدر الإمكان حتى يمكن الطفل من الوصول والتواصل مع العناصر والخيارات البيئية.

- يجب تحديد مستوى المساندة أو تأثير التوتر العضلي: حيث إن تدني أو ارتفاع مستوى التوتر العضلي يؤثر في أداء المهمة، فيجب على أعضاء الفريق دراسة تأثيراته على الطفل في أثناء النشاط لأنه يمكن أن يتغير التوتر العضلي في الوقت نفسه الذي يحاول فيه الطفل تحقيق هدف معين.

- يجب تقديم إرشاد وتوجيه مادي وتعزيز علاجي للحركة المناسبة لتوفير معلومات مفيدة في إعداد استراتيجيات التعزيز وهذه الخطوة مهمة لأن الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة لا يدركون كيف تكون الحال عند الحركة أو التفاعل مع البيئة، وبالتالي: قد لا تكون لديهم الدافعية للتحرك أو وعي دلالة التحفيز الكلامي وفهمه.

- يجب أن يكون هنالك توازن دقيق في عملية إعداد البرامج بين الفائدة العلاجية واهتمامات الطفل المتعددة في الموقف: فالتدخل العلاجي حتى لو كان مصمماً بشكل جيد فإنه لن يجدي بدون مشاركة الطفل بشكل فعال.

10. التعزيز: وهو الذي يحصل عليه الطفل للانخراط في الموقف وتحقيق الهدف بشكل إيجابي. (السرطاوي، وآخرون، 2000، الخطيب، 2003، السرطاوي، وآخرون، 2014).

دور المعلم في مساندة البرامج العلاجية للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

يستطيع معلمو الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة المشتملة على الإعاقة الحركية وحالات الشلل الدماغي المصحوب بالتخلف العقلي أو العجز الجسمي مساعدة المعالجين في تحقيق أهداف التطوير للأداء الجسمي لهذه الفئة والأدوار لهم تكون كما يلي:

1. الانعكاسات الأولية Primary Reflexes

أ. انعكاس التتبع: وحدوثه يعوق الطفل على إغلاق فمونه بشكل طبيعي. دور المعلم يقوم بما يلي:

- تجنب لمس وجه الطفل وفمه في أثناء إطعامه.

- تجنب إزالة الطعام الفائض بالملعقة من جانبي فم الطفل.

- استشارة المعالج المتخصص حول طرق تخفيف هذا الانعكاس.

ب. انعكاس مودو: يعوق عند حدوثه بشكل مبالغ فيه في الأوقات التي يحتاج فيها التأزر البصري اليدوي. دور المعلم ما يلي:

- دعم رأس الطفل جيدا والوضعية المناسبة للجلوس.

- تجنب الأصوات العالية والاقتراب من الطالب ببطء.

ج. انعكاس الرقبة التوتري غير المتماثل وحدوثه يعمل على إعاقة في عملية التأزر البصري/ اليدوي، والزحف وتناول الطعام. دور المعلم ما يلي:

- تقديم الأشياء للطفل من المعلم في الجانب المعاكس للجانب الذي يميل الرأس نحوه في أثناء هذا الانعكاس.

- تشجيع التماثل الجسمي في أثناء استلقاء الطفل على الأرض.

- إطعام الطفل من الجانب المعاكس الذي ينظر إليه.

- مواجهة الطفل لتصبح الإثارة من الجانب المعاكس.

د. انعكاس الرقبة التوتري المتماثل: وهو انقباض العنق وانبساطه واندفاعه إلى الأمام والخلف يحد من الحركات الاختيارية والتنقل والتوازن.

دور المعلم: أهم ما يستطيع المعلم عمله لمساعدة الأطفال الذين يعانون من الانعكاس هو تقديم الأشياء على مستوى العين.

هـ. انعكاس الأذن الداخلية التوتري: يمنع الطفل من التغلب أو الزحف، ودور المعلم في المساعدة هو:

- تجنب وضع الطفل لمدة طويلة على ظهره أو بطنه.

- دعم الطفل في أثناء الجلوس بشكل كافٍ.

2. ردود الفعل التوازنية وهي ردود لا تتطور بشكل كامل قبل بلوغ الطفل السابعة من عمره تمكنه من الحفاظ على أوضاع جسمه بشكل جيد. دور المعلم في المساعدة:

أ. بتشجيع ردود الفعل بالألعاب المناسبة.

ب. بتشجيع الأطفال على ممارسة أنشطة جسمية.

3. التوتر العضلي غير الطبيعي Abnormal Muscle Tone: ويشتمل الحالات على التالية:

أ. انخفاض مستوى التوتر العضلي الذي يحد من التطور الحركي الطبيعي. دور المعلم:

- تركز في وضع الطالب على كرسي أو وسائل خاصة.

- تشجيع هؤلاء الطلاب على استخدام الآلات والأجهزة للحد من الطاقة التي يبذلونها.

- إعطاء الطفل فترات راحة والتعديل على الامتحانات في الوقت والأنشطة.

- عند حمل الطفل يجب تثبيت حوضه والإمساك به من ذراعيه وكتفيه وتشجيعه على التحكم برأسه.

ب. ارتفاع مستوى التوتر العضلي: ومن نتائجه تأخر النمو الحركي الذي تعتمد زيادته بدرجة الزيادة في التوتر (علاقة طردية). دور المعلم في المساعدة بما يلي:

- تشجيعه على الإمساك بيد فرد آخر باليد المصابة.
- منع التشوهات الوضعية وهذا يتغير بوضعية الطفل بالجلوس.
- ثني اليد المتوترة إلى الأسفل من منطقة الرسغ.
- الوقاية من الانقباضات الشاذة للجسم (الخطيب، 2003).

وحتى يرقى الفرد متعدد الإعاقات إلى أقصى طاقته في الحياة لا بد من تسليط الضوء على مفهومين مهمين وحيويين في مجال تربية ذوي الاحتياجات الخاصة، وهما مفهوم التأهيل وإعادة التأهيل:

1. التأهيل Habilitation: يشير إلى الخدمات المطلوبة لتطوير قدرات الشخص المعوق عندما لا تكون هذه القدرات موجودة أصلاً، وهو ينطبق على المعاقين منذ الولادة أو الأطفال صغار السن الذين حصلت إعاقاتهم في مراحل الطفولة المبكرة من حياتهم (الطريقي، 1994).

2. إعادة التأهيل Rehabilitation: الهدف منه إعادة تدريب أو تأهيل الفرد مرة أخرى للقيام بعمل آخر يتلاءم مع إمكاناته بعد الإعاقة التي أصيب بها. ويُعدُّ التأهيلُ المرحلة الرابعة في سلم التعامل مع الإعاقة، فالمرحلة السابقة هي الوقاية والتشخيص والعلاج ثم يأتي التأهيل (Jordan, and Murray, 1998). ويهدف التأهيل إلى الحد من تأثيرات حالات العجز والإعاقة وتمكين الفرد المعوق من الاندماج الاجتماعي، فهو يتضمن ضرورة تشجيع الفرد المعوق وأسرته والمجتمع بوجه عام على المشاركة في تخطيط الخدمات وتنفيذها. ويأخذ أشكالاً متنوعة تختلف باختلاف نوع الإعاقة والآثار المترتبة عليها، حيث تتضمن هذه الخدمات ما يلي:

أ. التأهيل الطبي (Medical Rehabilitation): يشير مصطلح التأهيل الطبي إلى الخدمات التشخيصية والعلاجية التي تقدمها المهن الطبية (وخصوصاً طب

الأعصاب والعظام والطب الفيزيائي) والمهمن الطبية المساعدة (العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والتمريض التأهيلي... الخ) وينصب جل اهتمام التأهيل الطبي على مساعدة الفرد على استعادة قدراته الجسمية والوقاية من المضاعفات. وأهم إسهامات العلوم الطبية في مجال التأهيل تتمثل في دعم فريق التأهيل متعدد التخصصات بعمليات التشخيص الطبي، والرعاية الصحية الروتينية والطارئة، والجراحة، والعلاج بالغذاء، وتقديم الاستشارات الطبية (مسعود، 2005).

ب. التأهيل المهني (Vocational Rehabilitation): وهو يعني توفير الخدمات المهنية المختلفة كالتدريب المهني والتشغيل بما يتناسب مع قدراته المتبقية بعد الإعاقة، التي تساعده على ممارسة عمله الأصلي أو عمل آخر يناسب حالته ليستقر فيه (يجبى، 2014).

ج. التأهيل النفسي: يشير إلى تطبيقات علم النفس في ميدان التأهيل. ويشمل أساليب القياس النفسي، والأبعاد السيكولوجية للإعاقة، وأساليب العلاج والإرشاد النفسي في مجال التأهيل، وتقديم الخدمات الاستشارية، والإشراف على الكوادر، وتنفيذ البحوث العلمية، وتقديم خدمات العلاج النفسي، والمشاركة في البرامج التدريبية (السرطاوي، وآخرون، 2014).

د. التأهيل الاجتماعي (Social Rehabilitation): ويهدف إلى دمج الفرد المعاق أو إعادة دمجها في المجتمع بمساعدته ودعمه ليؤدي المطلوب منه من الأسرة والعمل والمجتمع الذي يعيش فيه. إن نوع وكم الخدمات المقدمة لذوي الإعاقات المتعددة يعتمد بشكل رئيسي على البرنامج التربوي الفردي الشامل للنواحي الأكاديمية والاجتماعية والسلوكية والتدريبات العلاجية والتأهيلية والبرامج الانتقالية المصممة خصيصاً لتناسب مع قدراته (Jordan, and Murray, 1998).

البعد السادس: البيئة التعليمية

وهي البيئة التي تراعي حاجات المعوقين من حيث تصميم الأبنية والبرامج التعليمية والأكاديمية كذلك البيئة السكنية ومرافق الاستجمام والترفيه للمعاقين.

أشارت دراسة لـ سينج Singh, 2003 أن الأفراد المعوقين لهم فرصة أقل من غيرهم من العاديين في التعليم العالي وأن نسبتهم 21٪ مقابل 64٪ من العاديين في مراحل التعليم العالي، كما أن المشاركة في مراحل التعليم العليا تتغير وتتوسع بتنوع الإعاقة؛ حيث يمثل الطلبة متعددو الإعاقة 6٪ من مجموع الإعاقات الأخرى، كما أشارت الدراسة إلى أهم الخدمات التي يجب توافرها في البيئة التعليمية للطلبة ذوي الإعاقات وكانت كما يلي:

1. **تصميم الأبنية التعليمية:** حيث تكون مكيفة بتوفير المنحدرات للكراسي المتحركة (Ramps)، التي تربط كل الأبنية ببعض، والأبواب الأوتوماتيكية المزودة بأزرار للتحكم، وتوفر المصاعد في كل البنايات وتكون مزودة بأزرار مكتوب عليها بلغة بريل، وتوفير الماشي الجانبية المزودة بقضبان على الجدار، وتجهيز الصفوف ودورات المياه من حيث المساحة والحجم؛ لدخول الكراسي المتحركة للمعوقين. تجهيز المكتبات بكل المصادر السمعية والمرئية والمقروءة بما يناسب حاجاتهم، وتوفير قاعات كمبيوتر لذوي الإعاقات البصرية والسمعية، وكذلك توافر وسائل الاتصال في داخل المباني لتسهيل الاتصال في حال الطوارئ، وهناك مصطلح الهندسة التأهيلية: الذي يعني تصميم الأبنية والتجهيزات المتخصصة مع الأخذ في الاعتبار إزالة العراقيل التي يمكن أن تعوق حركة المعاق أو قدرته على الاستفادة من الخدمات المتخصصة التي يتلقاها في هذه الأماكن. وقد ذكر كل من جرير، السوب وجرير (Greer, Allsop & Greer, 1980) بعض المواصفات التي يجب توافرها عند تصميم الأبنية كما يلي:

أ. الأبواب: يكون عرض الباب على الأقل (12) إنشاً، وأن تكون عتبة الباب منخفضة بما فيه الكفاية بحيث لا تمثل عائقاً، وأن تكون هناك مساحة كافية على جانبي الباب ليتسنى فتحه بسهولة.

ب. دورات المياه: أن يكون لحجرة الاستحمام درابزين بمقاسات مناسبة للمعوق، وأن يكون ارتفاع المقاعد 20 إنشاً، وأن يكون ارتفاع المغاسل وعلاقات المناشف والمرايا (36-40) إنشاً.

ج. صنابير المياه: يراعى تشغيلها آلياً بمجرد وضع اليد تحتها على أن يكون ارتفاع الصنابير (26-30) إنشاً، وأن تثبت في أماكن يمكن الوصول إليها.

د. تكييف السكن للطلبة المعوقين: وهذا يكون بتصميم البيوت والشقق السكنية بتوفير مساحات لتسهيل تنقل المعاق بالكرسي المتحرك، وتكييف دورات المياه والمغاسل لتلبي حاجاتهم، تسهيل الوصول لمخارج الطوارئ عند الحاجة إليها، وتوافر ممرضين وكادر طبي طوال اليوم لخدمة الطلبة المعوقين (Singh, 2003).

2. المستلزمات المكانية والتجهيزية

أ. غرفة الصف: يمكن تقسيم غرفة الصف الخاص إلى مجموعة من الأركان بحيث تشتمل على ما يلي:

- الركن التعليمي: عبارة عن طاولة على شكل حرف U بدلا من الطاولات الفردية أو مقاعد وطاولات قابلة للتعديل.

- ركن مهارات الحياة اليومية: مثل "مغسلة"، وصابون، وفرشاة، ورفوف للأحذية والشنط... الخ.

- ركن الألعاب: موقع مفروش بإسفنج أو لباد لحماية الأطفال ويحتوي على مجموعة من الألعاب كالمكعبات والمناهات... الخ.

- ركن التدريب الفردي: ويتم استخدامه في أثناء أداء التلميذ مهمة تعليمية بشكل فردي.

- ركن المعلم: يحتوي على طاولة المعلم ودولاب لحفظ أوراقه وتلك الخاصة بالتلاميذ.

- سرير: مجهز للراحة المؤقتة للطالب عند الحاجة.

- لوحة الصف الرئيسية السبورة.

ب. ركن الوسائل التعليمية: يحتوي على مجموعة من الوسائل التي تساعد على:

- تنمية المهارات التعليمية: (تركيب الأعداد، وبطاقات الحروف، ومجسمات... الخ).
- تنمية المهارات الحسية: (مسبحة، والألوان، وطرق الاسطوانات... الخ).
- تنمية المهارات البصرية: (حلقات الحبل، ومتاهة خشبية... الخ).
- تنمية المهارات الإدراكية: (مجسمات، وصور أغذية، وأدوات منزلية).

ج. ركن الأجهزة: يحتوي على مجموعة من الأجهزة من مثل:

- أجهزة سمعية فردية وجماعية.
- أجهزة التآزر الحركي البصري.
- أجهزة للتدريبات الحركية.
- جهاز تلفزيون وفيديو (الإدارة العامة للتربية الخاصة، 2004).

وهناك مجموعة من الشروط المطلوب توافرها في البيئة المدرسية من مثل:

1. ألا يزيد التلاميذ متعددي الإعاقة في الفصل العادي عن تلميذين.
2. ألا يزيد عدد التلاميذ متعددي الإعاقة في الفصل الخاص عن خمسة تلاميذ يعمل معهم معلم تربية خاصة ومساعد معلم.
3. إجراء التعديلات البيئية التي تمكن التلاميذ متعددي الإعاقة من الوصول إلى الفصول الدراسية ومختلف مرافق المدرسة مثل (سعة الممرات والأبواب ووجود منحدرات للكراسي المتحركة، ومصاعد، ودورات مياه معدلة، وبرادات منخفضة الارتفاع... الخ).
4. أن يكون التكييف والتهوية والإضاءة في غرفة الدراسة ملائمة لتوفير البيئة التعليمية المناسبة للتلميذ.
5. أن تكون أرضية غرفة الدراسة مغطاة بمادة آمنة تحمى من الانزلاق والوضوء ومناسبة للجلوس على الأرض.

6. معمل حاسب آلي: لأهمية الحاسب الآلي في تطوير البرامج التربوية التعليمية المقدمة للتلميذ، فمن المهم توفير معمل حاسب آلي مجهز ليتناسب مع قدرات واحتياجات التلاميذ وذلك عن طريق تعديل لوحة المفاتيح التي تستخدم عن طريق اليد أو الرأس أو الذقن أو حتى عن طريق الشفط والنفخ بالفم أو عن طريق لمس الشاشة... الخ.
7. صالة العلاج الطبيعي (Physical Therapy): نظرا لحاجة التلاميذ متعددي الإعاقة إلى تدريبات مكثفة في العلاج الطبيعي فإن الأمر يتطلب إيجاد صالة للعلاج الطبيعي مجهزة بأحدث الأجهزة التي تتناسب مع قدرات واحتياجات كل تلميذ على حدة.
8. صالة العلاج الوظيفي (Occupational Therapy): غالباً ما يكون لدى تلاميذ هذه الفئة صعوبات في المهارات الحسية/ الإدراكية وكذلك المهارات الاستقلالية ومهارات ما قبل المهارات الأكاديمية. والتركيز على مثل هذه الجوانب يتطلب إيجاد صالة علاج وظيفي مجهزة بالوسائل التعليمية والمعدات والأجهزة التعويضية التي تتناسب مع قدرات واحتياجات كل تلميذ على حدة.
9. صالة للتدريب المهني: لأهمية التدريبات المهنية لهذه الفئة، وخصوصاً في المرحلة الثانوية فإنه يتطلب إيجاد صالة للتدريبات تكون مجهزة ببعض الأدوات المهنية والورش المصغرة لتساعد التلاميذ على تهيئتهم لممارسة تلك المهن التي تتناسب مع قدراتهم واحتياجاتهم في البيئة الطبيعية.
10. حافلات النقل: يتطلب برنامج متعددي الإعاقة إيجاد حافلات مخصصة لنقل مثل هذه الفئة ومعدلة لتناسب مع قدراتهم واحتياجاتهم مثل؛ تزويد الحافلة بأنظمة التعليق الهيدروليكي التي تقوم بخفض ارتفاع أرضية الحافلة عند وقوفها، كذلك توفير متطلبات الأمن والسلامة في الحافلة مثل توفير نظام (كبح لكراسي المعوقين حركياً) تمنع تحركها ويكون متصلاً بأرضية المركبة ومن العناصر المهمة في معايير السلامة، تكثيف التدريب الوقائي للسائق وكيفية التعامل مع الحالات والمواقف الطارئة (الإدارة العامة للتربية الخاصة، 2004).

أهم احتياجات البيئة التعليمية للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

1. حاجات النمو الجسمي: ومن الأمثلة عليها ما يلي: الحاجة إلى الطعام، والحاجة إلى النوم، والحاجة إلى الرعاية الصحية والوقاية من الحوادث.
2. حاجات النمو الانفعالي: ومن الأمثلة عليها: الحاجة إلى الحرية والاستقلال، والحاجة إلى المحبة والحنان، والحاجة إلى الأمن النفسي.
3. حاجات النمو الاجتماعي: ومن الأمثلة عليها الحاجة إلى الانتماء والولاء.
4. حاجات النمو المعرفي ومن الأمثلة عليها حاجة الطفل إلى الاستطلاع والاستكشاف، وحاجته إلى التفكير العلمي وحل المشكلات (العابدي، 2005).

نماذج تقديم الخدمات في البيئة (البدائل التربوية)

إن المدرسة العادية هي البيئة الطبيعية من الناحية التربوية والاجتماعية والنفسية للتلاميذ ذوي الإعاقات المتعددة، كلما كان ذلك ممكناً، ويمكن تقييم خدمات التربية الخاصة وفقاً لنوع الإعاقات ودرجتها والاحتياجات الفردية للفرد وتكون عبر أحد الأنماط التالية:

1. الفصل العادي مع خدمات المعلم المستشار.
2. الفصل العادي مع خدمات المعلم المتجول.
3. الفصل العادي مع خدمات غرف المصادر.
4. الفصل الخاص.
5. المدرسة النهارية.
6. المدرسة الداخلية.
7. مراكز الإقامة الدائمة.

ويجب أن يتم تحديد برامج وخدمات التربية الخاصة عن طريق فريق عمل متعدد التخصصات حسب احتياجات كل فرد فإذا كان التعليم ضرورة للطفل العادي، فإنه أكثر ضرورة للطفل غير العادي (الموسى، 2008).

المكان التربوي: مما تجدر الإشارة إليه أن وجود التلاميذ متعددي الإعاقات في داخل الفصل العادي أو الخاص في مدارس التعليم العام سوف يُسهم في إتاحة الفرصة لهم للاندماج مع أقرانهم طلاب التعليم العام في الأنشطة الصفية واللاصفية قدر الإمكان (الإدارة العامة للتربية الخاصة، 2004).

البعد السابع: متابعة التقدم وتقييمه

يشمل الإصلاح Reform في التربية الخاصة إعادة النظر في الكيفية التي تتم بها مراقبة مدى استفادة الطالب من خدمات التربية الخاصة، والتي تعتمد في الغالب تعتمد على مقاييس معيارية، وعموماً تشمل قياس التقدم في التربية الخاصة ما يلي:

1. مراقبة التقدم Progress of Monitoring: والذي يشير إلى القياس المختصر المتكرر للأداء لتحديد ما إذا كان الطالب يتعلم بالشكل المتوقع أو بشكل غير متوقع، وبناءً عليه يقوم المعلم بتغيير المنهج لكي يلاءم حاجات الطفل مثال التقييم المبني على المنهج.

2. تقييم المخرجات Measures of outcomes: تشير إلى قياس تحصيل ومخرجات الطالب هي في الأصل مقاييس معيارية تنفذ بمجموعات وهي تقارن الطالب بأقرانه العاديين، ويجب عند تنفيذ مثل هذا النوع من التقييم وجود نظام للمساءلة System of Accountability.

3. تكيف الاختبارات Test Accommodation: الذي يشمل تعديل الإجراءات المستخدمة من مثل كيفية العرض والطريقة التي يستجيب فيها الطالب وتعديل الوقت وكل ما يلزم لضمان ملائمة الاختبارات لحاجات الأفراد (Hallahan, et, 2009).

يعاني الأفراد ذوو الإعاقات المتعددة من إعاقات معرفية شديدة ويحتاج هؤلاء الطلبة لتدريس مباشر ومكثف وإشراف لكي يتمكنوا من اكتساب وتطبيق المهارات الحياتية في المدرسة والمنزل وبيئات المجتمع وبناءً على ما تقدم لتحقيق الجودة وتطوير المعايير الرئيسية والمؤشرات البديلة لقياس التقدم لمحتوى المنهاج لذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة اخذ الاعتبارات التالية:

1. لا يمكن القول إن جميع الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة سوف يحققون جميع المعايير.
2. يعمل جميع الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة على تحقيق مؤشرات مناسبة حسب مستواهم الفردي وسرعتهم في التقدم.
3. تصمم البرامج التعليمية التي تتوافق مع المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج، التي في الوقت نفسه تلي احتياجات الطلبة الذين يحتاجون التدريس لاكتساب المهارات الوظيفية.
4. يجب أن تكون الأهداف والغايات والنتائج لهذه الفئة من الطلبة ضمن المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج.
5. يجب أن تكون الأهداف والغايات تحدد الاحتياجات الفردية للطلاب وحسب ارتباطها بالمؤشرات المعدلة، ويقرر فريق التعليم الفردي احتياجات الطالب والمؤشرات التي سيعمل الطالب على تحقيقها.
6. هناك بعض الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة ممن يتلقون برامج تعليم فردية تركز بشكل رئيسي على المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة مع بعض الأهداف والغايات المتصلة بالمعايير العامة.
7. تعتمد الاحتياجات التعليمية الفردية لكل طالب على طبيعة ومستوى المشاركة في النشاطات المنهجية واللامنهجية وتختلف حسب طبيعة ومستوى المساندة. ومن المعروف أن برامج التعليم الفردية لبعض الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة المتعددة تبحث مجالات تعليمية مثل العيش بشكل مستقل، والتعليم المهني والترفيه والمرح لضمان ربط أهداف التعليم الفردي ضمن هذه المجالات مع المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة (Florida Department of Education, 1997).

أهم اعتبارات عملية تقييم الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة التي يجب تحقيقها كما يلي:

1. تُسهم في الإشراف على التقدم المستمر للطلبة ذوي الإعاقات المتعددة.
2. تُحقق أهداف المعايير الرئيسية لمحتوى المنهاج لذوي الاحتياجات الشديدة.

3. توفر معلومات لفريق التعليم الفردي من أجل المساعدة في التخطيط التربوي للبرامج الفردية والعامة.
4. 'تُساند توصيات فريق التعليم الفردي (البيانات المطولة وتتضمن بيانات الأداء في عدة مجالات، والملاحظات السلوكية في عدة بيئات، وبيانات السلوك التكيفي والتقييم المستمر لمدى التقدم في تحقيق أهداف فريق التعليم الفردي).
5. تُستخدم الاختبارات الفردية المقننة أحيانا، ولكن بعد إجراء تعديلات عليها في ضوء الخصائص النمائية للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة.
6. تُستخدم اختبارات غير لفظية أحيانا وأخرى لفظية لتقييم قدرات الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة.
7. يجب الأخذ في الاعتبار أن ذوي الإعاقات الشديدة المتعددة مؤهلون للمشاركة في برنامج التقييم البديل للإتقان (The University of State of New York, 1998).

البعد الثامن: الدمج والتعليم في برامج الدمج

ويعني تعليم الأفراد ذوي الحاجات الخاصة في بيئة تربوية طبيعية قدر المستطاع " البيئة الأقل تقييدا شريطة تلبية حاجاتهم التربوية وحاجاتهم الأخرى بشكل مُرضٍ في تلك البيئة، وبشكل فعال يتطلب تبني فلسفة واضحة، وبدائل متنوعة من خدمات التربية الخاصة، وآليات تواصل فاعلة، وقيادة تربوية ملتزمة، وغير ذلك من الإجراءات الخاصة بعملية الدمج الناجح للطالب ذي الإعاقات (الخطيب، 2012).

مؤشرات جودة برامج التعليم المساند

من أهم مؤشرات جودة برنامج التعليم والدمج للطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة:

1. الطلبة هم أعضاء في صفوف متقاربة عمريا في برامج التعليم العام، ويتلقون التعليم في مناطق مجاورة أو مدارس مجتمعية.
2. ينتقل الطلبة مع أقرانهم إلى صفوف لاحقة في المدرسة.

3. يكون لدى الطلبة خيارات صافية مثل بقية الطلبة، وحسب احتياجاتهم الفردية. ولن يتم اختيار أي صف كوسيلة لاستثناء الطلبة.
4. على معلمي التربية الخاصة والتعليم العام التعاون من أجل ضمان:
 - أ. مشاركة الطالب بشكل طبيعي وفعال في النشاطات الصفية.
 - ب. أن يتم تطبيق التدريس بشكل منتظم لتحقيق أهداف التعليم الفردي.
 - ج. تعديل المنهاج والمواد الدراسية لتسهيل مشاركة الطلبة في عملية التعلم.
 - د. مشاركة الطالب في النشاطات الصفية كافة، بما فيها الرحلات الميدانية.
 - هـ. مساندة استراتيجيات التدريس الفعالة وتشجيعها في صفوف التعليم العام.
 - و. يتم تحديد نسبة موظفي التربية الخاصة بواسطة البرنامج. وقد تم إنشاء العديد من نماذج التدريس، إدارة الحالات/ والدمج في الأنحاء كافة. وتتضمن هذه النماذج عملية إدارة الحالة من معلمي/ واختصاصيي التربية الخاصة، اختصاصيي المصادر، واختصاصيي النطق/ اللغة، وغيرهم من الموظفين المؤهلين ذوي الاختصاص.
 - ز. يجب أن يتوافق عبء عمل مدير حالات الدمج مع المدى الحالي لمتوسط العبء للتدريس في البرامج.
 - ح. توفير خدمات التدريس التكميلية (التواصل، والحركة، وتعديل برامج التدريس الفردية) للطلبة في الصفوف وبيئات المجتمع بفريق متعدد التخصصات.
 - ط. يتلقى الطلبة المساندة بالاجتماعات التعاونية والتخطيطية التي تعقد بشكل منتظم مع معلم الصف، ومدير حالات الدمج، والمساعد، والآباء، وموظفي الخدمات ومدير المدرسة (حسب ما يراه الفريق مناسباً) من أجل مساندة البرنامج وتطويره وتنفيذه ومراقبته.
 - ي. يجب تعيين موظفين مؤهلين (معلم التربية الخاصة، ومدير حالة الدمج، واختصاصي غرفة المصادر) الذين يكلفون للإشراف على ومساعدة أي فريق تصنيف (المتخصصون أو المساعدون) الذين يعملون مع أحد الطلبة في

صفوف التعليم العام. ويقوم معلم الصف بتوجيه فريق التصنيف بشكل يومي.

ك. يتلقى معلم الصف تدريباً على الدمج ويحصل على معلومات معينة قبل أن يبدأ الطالب بتلقي التعليم في المدرسة.

ل. يمثل طلبة التربية الخاصة الذين يتم دمجهم بالكامل جزءاً من إجمالي طلبة الصف. وبعبارة أخرى، لا يتم إقصاء الطالب لغايات التعليم العام، فإن ذلك الطالب لا يُعدُّ طالباً إضافياً فوق حجم الصف المتعاقد عليه.

م. يتم تزويد العاملين في البرنامج ببرامج توعية لزيادة القدرات، وكذلك الطلبة والآباء في موقع المدرسة بوسائل رسمية وغير رسمية، وبشكل فردي. ويكون هذا أكثر فعالية عند دمج برامج تمكين وزيادة القدرات في مناهج التعليم العام.

ن. لا بد من توافر خطط لنقل/ وتحويل الطلبة إلى صفوف ومدارس أخرى في مواقع التعليم بالدمج. وعلى إدارة المديرية مساندة العاملين الجدد بإعداد برامج ورشات عمل في أثناء الخدمة للتعرف إلى برامج الدمج، وعلى الموظفين الجدد المشاركة في تطوير وضع خطة للطلبة قبل بدء العام الدراسي الجديد.

س. يجب التنسيق لتنفيذ جميع جهود التعليم، على مستوى المدرسة والموقع والمديرية. وباختصار، فإن جميع الطلبة هم أعضاء في صف التعليم العام، ولكن يحتاج بعض الطلبة إلى مستويات متباينة من المساندة من مصادر التربية الخاصة. كما أن عبارة "التعليم المساند" تساوي عبارة "الدمج" توضح وتؤكد على أهمية تقديم الخدمات المساندة في داخل صفوف التعليم العام لضمان برامج تعليم عالية الجودة (Hespe, and Gantwerk, 2000).

وناقش جارديل وبروودير (Gardil & Browder, 1995) مزايا برنامج الدمج

الشامل التي تتضمن ما يلي:

1. زيادة الثقة بالنفس لدى التلاميذ ذوي الإعاقات.
2. التغييرات والتحويلات التي تطرأ على التلاميذ العاديين.

3. إنشاء محيط داعم ومساند بين معلمي الفصل العادي ومعلمي التربية الخاصة.
4. انخفاض تكرار المنهج الذي غالباً ما يحدث في فصول التعليم الخاص.
5. النظرة الواقعية لقدرات الأداء الأكاديمي للتلاميذ ذوي الإعاقات الشديدة في محيطهم الأقل تقييداً (العتيبي، 2002).

وارتكز دمج الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة على طريقة النمو الاجتماعي لباندورا Bandura، وبشكل أدق ملاحظة التعلم ونمو المهارات الاجتماعية المعرفية، والدمج الناجح يحتاج لدعم تعليمي فردي، إضافة إلى الإحالة من الصف العادي (Kirk, et, al, 2003).

وهناك أدلة تسلط الضوء على الدمج المدرسي الناجح، وجهود مساندة لتوفير فرص عمل، وتطوير العلاقات الاجتماعية، والتواصل واستخدام وسائل التكنولوجيا، والمشاركة المجتمعية (العتيبي، 2002).

ونتيجة للأبحاث والدراسات في دمج الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة التي أظهرت تغيرات في الخبرات التربوية نتيجة لبرامج الدمج المقدمة حيث تضمنت نتائج إيجابية ومنها ما يلي:

1. توافر فرص جديدة للطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، تمكنهم من تلقي التعليم في الصفوف العادية.
2. توافر الوسائل المساندة الضرورية عند تخطيط البرامج التربوية وبما يتناسب مع الاحتياجات الفردية.
3. تحقق نتائج إيجابية للطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، وأسره، والمتخصصين الذين قدموا الخدمات لهم. وتشير الأبحاث إلى أن وجود الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة يساهم في تحقيق فوائد اجتماعية وأكاديمية للطلبة الأصحاء، وهناك كمٌ قليلٌ من الأدبيات السلبية حول التعليم بواسطة الدمج، إلا أن هذه الأدبيات إما أن تكون تنبؤية وليس بناءً على بيانات حقيقية تضم أمثلة من دون معايير جودة مقبولة. كما أن أية طريقة يتم تنفيذها بشكل غير مناسب أو بجودة متدنية قد تتعرض إلى نقد شديد. وأشارت وجهات نظر أخرى أن الدمج

الأكاديمي يمثل عملية تعاون ديناميّة بين معلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة والمتخصصين في التعليم العام والتربية الخاصة والمتخصصين الذين يساندون الأطفال في التربية الخاصة كافة (Florida Department of Education, 1997).

الإجراءات التربوية الأكثر فعالية لتحقيق نتائج إيجابية للدمج

لقد تمّ تحقيق الكثير من التقدم في توضيح النماذج والمعايير التربوية لجودة تعليم الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة وتحول التركيز من الممارسات الواعدة التي تفيد مجموعة معينة من الأطفال بناءً على التصنيفات (للإعاقات الشديدة والمتعددة) ليشمل أولئك الذين يستفيدون بشكل أكثر من الطلبة وبمختلف المواصفات. وبينما تحاول المدارس توفير معايير يمكن تقييمها بناءً على أوضاعها الخاصة، فإن وسائل مثل مؤشرات جودة البرنامج والممارسات لتلبية احتياجات جميع الطلبة في المدارس المحلية وتوثيق وإرشادات أفضل وممارسات فعالة على مستوى مديرية المدارس، والمباني المدرسية، والغرف الصفية، وعلى مستوى البرامج الفردية للطلبة. وتمثل الممارسات الفعالة على مستويات قانون التعليم للجميع ومديرية المدرسة والمباني، وعناصر مهمة يجب أخذها في الاعتبار كالتالي:

1. ضرورة بناء مناخ مناسب حيث يتم احترام الفروق الفردية بين الطلبة.
2. تشجيع تقدير الذات بشكل إيجابي.
3. وضع توقعات وآمال عريضة لتعزيز عملية التعلم.
4. إيجاد بيئات صحية مناسبة.

ويمكن تحقيق هذه العناصر عن طريق:

1. إلزام المدارس بقيمة التنوع.
2. التأكيد على اعتقاد أن بإمكان جميع الطلبة التعلم.
3. مساندة وتلبية احتياجات الطلبة من مختلف الصفات في صفوف التعليم العام.
4. توضيح النتائج المتوقعة من الطلبة، نتيجة لما يتلقونه من التعليم (Giangreco, 1994).

الممارسات الفعّالة على مستوى غرفة الصف والطلبة الأفراد

هناك بعض المؤشرات للجودة التي تحققت على مستوى الصفوف والبرامج الفردية (المناخ الايجابي، والدمج في الصفوف العادية مع تقديم المساندة، والعمل التعاوني بروح الفريق). قد تغير التركيز والاهتمام إلى نوع من قضايا محددة حول أي من المعلمين والآباء لديهم اهتمام بقضايا الطلبة ذوي الإعاقات المتعددة وتعليمهم في البيئة الأقل تقييداً فيجب عليهم ما يلي:

1. تحديد الطلبة ذوي الإعاقات المتعددة بشكل واضح.
2. توفير برنامج تربوي واضح يحقق نتائج التعلم.
3. توفير وتقديم المساندة العامة التي تسمح لهم بالوصول والمشاركة في غرفة الصف.
4. توفير مواقع مجتمعية وفردية مناسبة للتفاعل مع أشخاص من غير المعاقين.
5. استخدام نماذج التقييم والتخطيط من أجل تحديد نتائج التعلم والمساندة، التي يجب أن تكون:

أ. مناسبة للعمر الزمني للطلاب.

ب. وظيفية أو تفيد الطلبة.

ج. تتلاءم مع احتياجات الطالب في البيئات الحالية والمستقبلية (Ginagreco, and Snell, 1993).

يمكن للفريق أن يدمج طالباً من ذوي الإعاقات المتعددة في نشاطات تحقق نتائج التعلم لدى طلبة يختلفون عن أقرانهم ولا يعانون من الإعاقات، ويتم ذلك باستخدام الطرق التي تساعد على فاعلية الدمج من مثل:

1. التعلم التعاوني.
2. تدريس الأقران.
3. استراتيجيات حل المشكلات بطرق إبداعية.
4. نماذج مساندة العاملين.
5. تعد إجراءات تعديلات معينة في المناهج من الوسائل الفعّالة في تسهيل نتائج التعليم للأفراد بالنشاطات المشتركة.

6. استخدام نماذج التدريس التي تشجع المعلمين للاعتماد على البيانات التي يقومون بجمعها حول أداء الطلبة تُعدُّ أدوات قيمة في اتخاذ القرارات التدريسية المناسبة.
7. استخدم العديد من النماذج من أجل التقييم، والتخطيط، وتنفيذ، وتقويم، وتعديل المناهج وطرق التدريس بما يتناسب مع احتياجات الطلبة المعاقين.
8. حيث تشير الدراسات إلى أن عملية الدمج تكون أكثر نجاحاً وفعالية عند توافر العناصر التالية:

- أ. وجود إدارة مدرسية مساندة (مدير الموقع وإدارة المديرية).
- ب. مساندة معلم التعليم العام.
- ج. توافر ومساندة من متخصصين آخرين (اختصاصي النطق واللغة، معلم التربية الخاصة، ومتخصصون آخرون).
- د. عملية جماعية تلي عملية صنع القرار وبمشاركة من جميع الأطراف.
- هـ. توافر بيئة مرنة وخيارات تدريس في أكثر من بيئة، وحسب الضرورة (Hespe, and Gantwerk, 2000).

المعوقات التي تحول دون تحقيق النتائج الايجابية للدمج الناجح

1. التمويل اللازم الذي يهدد حقوق الطلبة في الحصول على التعليم في بيئات اقل تقييداً.
2. يجب أن لا يتم الدمج في ظل أية ظرف، وبناءً على أية فروقات فردية أخرى (الجنس، والعرق، والأصل، والديانة).
3. في حالة الإعاقات المتعددة، فإن التطوع ورغبة المعلم في ذلك يُعدُّ مهماً لا يخضع لها معلمو التعليم العام تجاه هذه الفئة من الطلبة.
4. احتياجات الطلبة ومواصفات معلم الصف (المهارات، والمواهب، والاتجاهات... الخ) وتقديم المساندة الضرورية. كثيراً ما يحدث هذا بشكل مجحف، وتجاهلي، مع قلة التفاعلات الهادفة المستمرة.

5. النظام الثنائي (التربية الخاصة والتعليم العام) المتعلق بإعداد المعلمين، والتدريس، والتدريب في أثناء الخدمة قد أدى إلى اقتناع لدى معلمي التعليم العام بعدم قدرتهم على تعليم الطلبة ذوي الإعاقات المتعددة.

6. النظام الثنائي للتعليم العام مقابل التربية الخاصة وفيما يتعلق بتأهيل ذوي الإعاقات المتعددة قد فشل في تسليح جميع المعلمين وفرق المساندة بمهارات التعاون التي يحتاجونها من أجل العمل معاً لحل التحديات التي تواجه الطلبة من مختلف المواصفات التي تتلاءم مع احتياجات الطالب في البيئات الحالية والمستقبلية. (Ginagrec, and Snell, 1993)

استخدام التكنولوجيا المساعدة

هي أية خدمة تساعد وبشكل مباشر، الطفل المعاق على اختيار، أو معرفة، أو استخدام إحدى الأدوات التكنولوجية، المساندة وتشتمل: تقييم حاجات الطفل وتوفير الأداة التكنولوجية وتصميمها أو تكييفها أو استخدامها، وتدريب الطفل وأسرته والمعلمين على استخدامها. وفي 25 أكتوبر سنة (2004) سن الكونغرس قانون التكنولوجيا المساعدة لأهمية النمو للأفراد الذين لديهم إعاقات بسبب القناعة بزيادة دخولها في دعم مستقبلهم ولكن إمكانية التكنولوجيا المساندة محدودة فقط بسبب النقص في الابتكار والإبداع، وهي مكلفة أيضاً ولا تصل إلى جميع الأفراد. ومن أهم فوائد التكنولوجيا لتعدد الإعاقات:

1. التواصل بشكل أكثر فاعلية.
2. زيادة مستوى الاستقلالية.
3. التحكم في البيئة.
4. الحركة بشكل أفضل.
5. سهولة الحصول على المعلومات.
6. تساعد في عملية الدمج، وهذا من أهم الأهداف. (Kirk, et, al, 2003)

البعد التاسع: الخدمات المساندة

يعرف الخطيب، (2010) الخدمات المساندة أو الداعمة supplementary services بأنها خدمات يتم توفيرها للطلبة ذوي الحاجات الخاصة إلى جانب خدمات التربية الخاصة بغية تلبية الحاجات المتنوعة لهؤلاء الطلبة وتقديم خدمات متكاملة لهم. ولكي نستطيع الحد أو التغلب على الصعوبات التي يصادفها الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة يجب توفير وتقديم خدمات مساندة تتصف بالشمولية وتلبي احتياجات كل الأفراد على اختلاف إعاقاتهم للوصول إلى برامج تربوية تتصف بأنها ذات جودة عالية فيجب أن تشمل البرامج المقدمة تلك الخدمات لتحقيق الجودة المرجوة في البرامج للوصول إلى نتائج هادفة وإيجابية، وتعتمد الخدمات المساندة التي يتم تقديمها على الحاجات الفردية للطلاب. وبوجه عام، تشتمل الخدمات المساندة:

1. العلاج الطبيعي Physical Therapy: وتهدف برامجه إلى تحسين حالة المصاب والوصول به إلى أقصى درجة من الاستقلالية في أداء وظائفه الحياتية بصورة مقبولة ومن أنواع العلاج الطبيعي: العلاج باستخدام الأجهزة الكهربائية (الأجهزة الحرارية)، والعلاج المائي، والعلاج بالتمرينات العلاجية، العلاج بالتدليك.
2. العلاج الوظيفي Occupational Therapy: وتهدف برامجه إلى تنمية المهارات الحركية الدقيقة للفرد المعاق جسمياً وتنمية التأزر الحركي البصري وزيادة قدرة الفرد على القيام بمهارات الحياة اليومية والعناية بالذات بتحسين وتطوير وإعادة الوظائف المصابة أو المفقودة لديه ومنع تطور الإعاقة أو الإصابة بالتدخل المبكر.
3. التربية البدنية الخاصة Special Physical Education: تعني تنفيذ برامج حركية وبدنية تلي الحاجات الفردية للطلبة وتطوير تحملهم الجسمي وقدراتهم الحركية.
4. العلاج النطقي Speech Therapy: وتهدف برامجه إلى تشخيص الاضطرابات الكلامية واللغوية وتصميم البرامج التدريبية والعلاجية.

5. الخدمات النفسية Psychological Services: هي خدمات متنوعة تشمل القياس والتشخيص، وتنفيذ برامج تعديل السلوك، ومعالجة المشكلات النفسية والاضطرابات الانفعالية.
6. الخدمات الإرشادية Counseling Services: تهدف إلى تدريب ودعم الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم وكذلك مساعدتهم على التكيف وطرق العلاج الفاعلة.
7. العلاج الترويحي Recreational Therapy: يهدف إلى تحقيق أهداف وقائية وعلاجية على صعيد العقل والجسد ويتضمن اللعب، والاسترخاء، والاستمتاع بوقف الصراخ، والرحلات، الخ (الخطيب، 2003).
8. خدمات مساندة أخرى Other Related Services: ومن هذه الخدمات: الطب النفسي: Psychiatry، الإرشاد الوراثي: Genetic Counseling، الرعاية السنية: Dental Care، إعادة التأهيل: Rehabilitation، المواصلات: Transportaion (الخطيب، 2010).

أهم الاعتبارات التي يجب مراعاتها عند تقديم الخدمات المساندة

1. أهمية الدور الذي يمكن أن يقوم به ذوو الاحتياجات الخاصة وأسرههم وأولياء الأمور في العملية التربوية.
2. الاهتمام بما يقدرون عليه، وعدم التركيز على ما لا يقدرون عليه.
3. الاتجاهات السلبية نحو الفرد المعاق هي التحدي الأكبر من الإعاقة نفسها.
4. من أهم العوامل التي تسهم في إنجاح مسيرة التلميذ غير العادي التعليمية مع أقرانه العاديين هي المرونة من معلم الصف العادي للتلميذ غير العادي.
5. الدور الرئيسي لمديري المدارس في جعل الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة أكثر استفادة بإدارة مدرسية أكثر مرونة ولها قدرة على تنوع خيارات التعلم، ومساندة التلاميذ الذين يعانون من أية مشكلات.
6. يجب أن يكون مبنى المدرسة المصمم للعاديين من التلاميذ خالياً من جميع العقبات التي تحول دون استفادة التلاميذ المعوقين من مرافقه.

7. على الإدارات التعليمية أن تعمل على تعديل أو إلغاء أية ضوابط أو شروط تحول دون قبول الأطفال غير العاديين في البرامج العادية، ضماناً لفاعلية النظام التعليمي (Hespe and Gantwerk, 2000).

البعد العاشر: الخدمات الطبية والصحية

1. الخدمات الصحية Health Services: وهي الرعاية الصحية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقات المتعددة وأن المبدأ الأساسي للجودة العالية للرعاية يتمثل في أكثر البيئات طبيعية، وهنا ينبغي تأهيل مقدمي الرعاية غير التدريب والمساندة لتقديم الخدمات المتصلة بالصحة، بوصف دور ومسؤوليات كل من الوالدين والتربويين ومقدمي الرعاية الصحية على نحو تعاوني والمقدمة في البيئة الطبيعية البيئية الأقل تقييداً للطلبة ذوي الإعاقات المتعددة، (Florida Department of Education, 1997).

والمحالات الصحية الأكثر شيوعاً المتصلة بالأفراد ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة:

أ. فقر الدم (الأنيميا) (Anemia).

ب. الأزمة الصدرية ومشكلات الجهاز التنفسي ذات الصلة (Asehma and related respiratory problems).

ج. التهاب الأذن الوسطى (otitis media).

د. الجفاف: (dehydration).

هـ. التحسس الجلدي (التقرحات) (skin irritation) وأهم الخدمات الخاصة المتصلة بصحة الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة والتي تشمل على مجموعة متنوعة من المهمات من مثل: الإشراف على تناول الأدوية سواء في المدرسة أو المنزل والمساعدة على التنفس ومن الأمثلة على ذلك:

- القسطرة النظيفة المتقطعة clean intermittent caeheterization: وتستخدم في عدم القدرة على تصريف المثانة مرة كل 4 ساعات.

- التغذية باستخدام الأنبوب gavage feeding: وتقدم للطالب الذي لا يقدر على تناول كميات كافية من الغذاء بواسطة أنبوب تقديم السوائل والمغذيات والأدوية ويكون عبر الأنف أو الفم. ويشترط فيه التأكد من مكان ومجرى الأنبوب في المكان السليم.
- إطعام الطفل في وضعيه منتصبه (بدرجة 30-40 على الأقل).
- درجة حرارة السائل المعطى ماثلة لحرارة الغرفة.
- يجب أن تكون المعدات الصحية نظيفة.
- مراعاة سرعة جريان السائل (في الأنبوب) بالسرعة المناسبة التي يستطيع الطالب تقبل المادة الغذائية.
- الوقاية من تلوث جهاز التغذية.
- دمج هذه الإجراءات ضمن البرنامج التعليمي للطالب ليتيح له فرصة اتخاذ القرار والمشاركة والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين في أثناء تناول الطعام.
- توفير إشراف عيادي دوري لمقدمي الخدمة لضمان جودة تنفيذ هذه الإجراءات وضبطها.
- العلاج الدوائي وتقديم الأدوية: يستخدم مصطلح العلاج الدوائي، أو العقاقير أو الدواء على أية مادة يتناولها الفرد أو تعطى له والغرض الأساسي منها يتمثل في: التأثير على السلوك اللاحق، والنمو، أو الشفاء في معالجة الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة أو المتعددة، من مثل مضادات التشنج anticonvulsants:
- يستخدم للسيطرة على النوبات التشنجية وأكثر الحالات شيوعاً لدى ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة حالات الصرع حيث تساعد المضادات في التقليل من تكرار نوبات التشنج وشدتها، ومن الأدوية والعقاقير المستخدمة المضادة للتشنج ما يلي:
- أ. كار بامازبين carbamazepin: للنوبات الجزئية المعقدة التصلبية الارتجاجية.

ب. ديكسترو أمفيتامين dextroamphetamine: للنوبات الغيبية غير الظاهرة وفي أثناء النوم.

ج. ديازبام diazepam: يستخدم للنوبات العضلية - الارتجافية... الخ.

د. المهدئات tranquilizers: وتستخدم للسيطرة على سلوك غير مرغوب فيه ومنها:

- مهدئات الأمراض العقلية antipsychotic drugs: وتُعدُّ المهدئات الرئيسية.

- مهدئات الاضطراب antianxiety drugs: وتُعدُّ المهدئات الثانوية.

- موسعات القصبة الهوائية bronchodilators: للمساعدة في تحليل الإفرازات في الرئتين.

- العقاقير المضادة للالتهابات anti-inflammatory: لتقليل التورم والتحسس في الرئتين.

أدوار الفريق المتعلقة بتقديم الدواء:

أ. مراقبة تأثيرات العلاج.

ب. مراقبة التأثيرات الجانبية وردود الفعل المعاكسة.

ج. تقديم بدائل علاجية لا تستدعي استخدام الأدوية (السرطاوي، وآخرون، 2000)، (Hawke & Thomes, 1999).

2. الخدمة الاجتماعية المدرسية School Social Service: وتشتمل خدماتها على مجالات واسعة من الأساليب والأدوات والبرامج مثل: دراسة الحالة، والإحالة، والدعم الرسمي وغير الرسمي وما إلى ذلك.

3. الإرشاد والتدريب والدعم الأسري and, Training Family Counseling Support: وهذه الخدمات ذات عناصر حيوية لتربية ذوي الحاجات الخاصة وتأهيلهم، فتشتمل على الإعاقة وتأثيراتها على الأسرة، ودعم الأسرة وتدريبها وتلبية احتياجاتها.

4. القياس السمعي والبصري Hearing and Vision Evaluation: وتشتمل على الفحوصات وقياس العتبات السمعية والقدرة البصرية وبرامج خاصة لتطوير المهارات الحسية لديهم.
5. التربية الفنية والموسيقية Art and Music Education: تهدف إلى تطوير الاستجابات لدى الأفراد ومهاراتهم التواصلية والحسية والجسمية والاجتماعية والانفعالية (الخطيب، 2003).

البعد الحادي عشر: الخدمات الانتقالية والمهنية

تُعَدُّ من أهم المراحل وأكثرها صعوبة والتي تهدف إلى إعداد الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة لكي يحيون حياة مستقلة وكرامة وتؤكد ذواتهم واستقلاليتهم قدر الإمكان باستخدام المساعدات والخدمات والتخطيط الجيد للتأهيل إلى مرحلة الرشد وتوصي أدبيات التربية الخاصة بأن يبدأ التدريب المهني في غضون المرحلة الابتدائية انتهاءً بنهاية المرحلة الثانوية، لأن الإعداد بأن يشغل ذوو الإعاقات المتعددة وظيفة معينة قد يستغرق وقتاً طويلاً، ولا يتم ذلك إلا بتضافر جميع الجهود في المجتمع المحلي والأسرة وخدمات الدعم من الفريق متعدد التخصصات المعنيين بكل حالة وذلك بحسب الحاجة لكل فرد (Hallahan, et, al, 2009).

وقلما يحصل الأشخاص ذوو الإعاقات المتعددة على فرص توظيف مدعمة وتتصف بتدني أو عدم الأجور الكافية وتنحصر في خيارات محدودة ومن أهمها:

1. التوظيف المدعم لذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة يواجه صعوبة من قلة التمويل.
2. عدم إشراك المتخصصين للآباء بشكل مناسب في عمليات التخطيط للمراحل الانتقالية، مما يقلل من معرفة الآباء من خيارات مرحلة ما بعد المدرسة (Ginagrecó, and Snell, 1993).

إن تحقيق الانتقال الناجح من المدرسة إلى الحياة العملية يعتمد على العديد من العوامل ومنها:

1. العمل على تطبيق شروط قانون التعليم للجميع من حيث إن الخطط الانتقالية تمثل جزءاً من خطط فريق التعليم الفردي التي تبدأ اعتباراً من سن السادسة عشرة كحد أدنى (أو في سن 14 سنة أو أدنى عندما يكون ذلك مناسباً).
2. يجب أن تشارك المؤسسات المهنية للبالغين في مثل هذا النوع من التخطيط.
3. تعزيز مشاركة الأسرة والطلاب في عمليات التخطيط للمراحل الانتقالية.
4. التعاون مع أعضاء فريق التخطيط للانتقال الفردي (موظفي المدرسة، والأسرة، والطلاب، وموظفي هيئات خدمات البالغين)، التي تمثل وسيلة رئيسية لعمل، وتنفيذ، وتقييم الخطة الانتقالية للطلبة.
5. توفير التدريب المناسب للأسر عند الانتقال إلى بيئة العمل.
6. تقديم وصف واضح ومفهوم وتوضيح لخيارات الشخص البالغ والتوجيه بفريق التخطيط الفردي للمرحلة الانتقالية.
7. تثقيف الأسر، وموظفي المدرسة، وفرق التعاون في تقديم الخدمات للبالغين، وتزويدهم بمهارات حل المشكلات.
8. تخصيص المزيد من الأموال لكي تنفق على توسعة البحوث والمشروعات المتعلقة بالانتقال من حياة المدرسة إلى حياة البالغين.
9. إرسال رسالة واضحة إلى المؤسسات المعنية من أجل تعزيز درجة إشرافها ومراقبتها لبرامج الولايات والخطط السنوية المتصلة بقضايا المرحلة الانتقالية.
10. عقد جلسات استماع لبحث قضايا عدم المساواة التي تتعلق بالمرحلة الانتقالية من المدرسة إلى العمل في ظل قانون التعليم للجميع (Ginagrecó, and Snell 1993).
11. استغلال الأموال المخصصة لمساندة هذه الفئة في ظل قانون التأهيل الوظيفي لسنة: (1986).

12. توفير التوصيات من أجل تحسين تنفيذ قانون التعليم للجميع من النشاطات الممولة، والمساعدة الفنية، وإعداد الموظفين، والعروض والشروحات، والبحوث، التي يجب تنفيذها (DEFUR, 2003).

ولتحسين الانتقال من الحياة الدراسية إلى الحياة المهنية

1. يجب أن تجمع المستهلكين وفرق المدارس المحلية والعاملين في تقديم الخدمات للبالغين معاً من أجل التعرف إلى معوقات العمل، ومشكلات الأجور والمزايا، والتوظيف طويل الأمد.
2. يجب تطوير استراتيجيات لحل مثل هذه المشكلات. وتعدُّ هذه المشروعات ضرورية من أجل تطوير مواد تدريبية للأسر، والعاملين في المدارس، وفرق خدمات البالغين، وأهم أصحاب العمل.
3. تطوير برامج نموذجية للمدرسة/ المركز/ المعهد لتنفيذ المرحلة الانتقالية والتي تستخدم (Ginagrec, and Snell 1993).

البعد الثاني عشر: مشاركة الأسرة ودعمها وتمكينها

تعد الأسرة هي المكون الأساسي في المؤسسات الاجتماعية وهي حجر الزاوية في المجتمع، تُعدُّ الأسرة الأولى للأفراد سواء أكانوا أفراداً معاقين أو عاقدين، والآباء هم المعلم الأول لأطفالهم. وليس كل الآباء لطفل معاق لديهم الاستعداد للقيام بالدور كأب لطفل معاق والذي يتطلب مسؤوليات مختلفة وتحديات عديدة، إذ إنَّ كل أسرة طفل ذي احتياجات خاصة هي ذات احتياجات فريدة من نوعها. لذلك فإن هذه الأسر بحاجة للدعم، والمساندة، وتوفير الدعم اللازم سواء من الأفراد أو من المؤسسات (Gargiulo, 2006).

وتعد كل من الأسرة والمعلمين والاختصاصيين في الفريق متعدد التخصصات مرجعاً مهماً لكل منهم، وبالتالي يستفيد من نتائجها الطفل ذو الإعاقات المتعددة، ولكي نتعرف إلى أهمية الأسرة في البرامج التربوية لذوي الإعاقات المتعددة فإننا نرى من هذه التشريعات الحديثة التي تحث وتوصي على أهمية مشاركة الآباء والأسرة في تعليم الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة، وتؤكد تلك التشريعات على ضرورة مشاركة

الأسرة في الخطة التربوية الفردية والخدمات المقدمة. فوجهة نظر الاختصاصيين حول الآباء أصبحت أكثر ايجابية لسببين:

1. تأثير سلوك الآباء على الطفل، أصبح تأثير سلوك الأبناء يؤثر في الآباء.
2. الأسرة لها تأثير ايجابي على التقدم التربوي للطفل. وذلك بمشاركة الأسرة في العلاج والتربية والتدخل ودعم السلوك الايجابي وكذلك بالتواصل بين الأسرة والمعلمين والاختصاصيين، فمن أفضل الطرق:
 - أ. إشراك الأسر في تربية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقات وإشراك ذوي الإعاقات المتعددة أنفسهم.
 - ب. معظم الاختصاصيين يدافعون عن النموذج المُرَكَّز على الأسرة.
 - ج. لا بد أن يعتمد اتخاذ القرارات من لدن الاختصاصيين على تحقيق أهداف الأسرة.
 - د. يؤكد الاختصاصيون على أهمية النظام الأسري الذي يشتمل على خصائص الأسرة، والتفاعل الأسري، والوظائف الأسرية، كما أن الدعم الاجتماعي الذي يشتمل على التفاعلات والمعينات التي تقدم من غير الاختصاصيين مهمة جداً للأسرة (Hallahan, Kaufman and Pullen, 2009).

حقوق الآباء وتتضمن:

1. المشاركة في فريق التعليم الفردي.
2. المشاركة ومتابعة فريق التعاون.
3. التواصل بشكل منتظم مع ضابط ارتباط الموقع وحسب ما يقرره فريق التعاون.
4. المشاركة في برامج التدريب، والتكنولوجيا، وتمكين القدرات وزيادة الوعي، واكتساب مهارات التكيف المعيشي (Hespe, and Gantwerk, 2000).

ومن أبرز الحاجات الخاصة لأسر ذوي الإعاقات المتعددة ما يلي:

1. الحاجة إلى الدعم النفسي: وذلك لما تعانیه الأسرة من وجود فرد معاق كأحد أفراد الأسرة بإجراء الإرشاد الأسري لتكيف مع حالة الإعاقة ويشمل هذا الدعم الوالدين والإخوة.
 2. الحاجة إلى الدعم الاجتماعي: العمل على أن يتقبل المجتمع الفرد المعاق وأن لا يتم التمييز ضده، وذلك بتعديل الاتجاهات السلبية في المجتمع نحو المعاق والمعاقين.
 3. الحاجة إلى توفير المعلومات العلمية الدقيقة عن طبيعة الإعاقة وكيفية التعامل معها وما الذي يمكن أن تسهم فيه الأسرة لمساعدة ابنها وتوفير معلومات عن المصادر المجتمعية والمؤسسات والمراكز والمدارس التي تقدم الخدمات للطفل.
 4. الحاجة إلى الراحة والاستمتاع بأوقات الفراغ: بسبب استنزاف أفراد الأسرة ووقتهم لرعاية الفرد المعاق، خصوصاً في حالة الإعاقات المتعددة.
 5. الحاجة إلى الدعم المادي: وذلك بتوفير الأموال اللازمة للعناية بالفرد بشراء المستلزمات التي تساعد على التكيف والأجهزة المساعدة والأجهزة الأخرى وتكلفتها كبيرة.
 6. الحاجة إلى تشكيل جمعيات أو نوادٍ تضم أسر أفراد المعاقين: وذلك لتبادل المعلومات ودعم بعضهم البعض والدفاع عن حقوقهم ومطالبة الجهات الحكومية بتوفير ما يحتاج إليه أبناؤهم (السرطاوي، وآخرون، 2014).
- ويذكر ويرنر Werner الأهداف المتوخاة من رعاية طفل ذي إعاقات شديدة ومتعددة من الآباء والأسرة ما يلي:
1. مساعدة الطفل في الحصول على الراحة البدنية، والنظافة والأمن والتغذية السليمة.
 2. مساعدته على التمارين التي تمنع أية تشوهات إضافية، وهذا ما يساعد على العناية به.

3. مساعدته على اكتساب مهارات أساسية ممكنة من مثل (تطوير السيطرة على اليد والرأس والتواصل).
4. مساعدته على التواصل مع الآخرين بحيث يستطيع الطفل الوصول إلى احتياجاته بسلوك مقبول.
5. جعل العناية به أسهل وأكثر متعة لمن يقوم على رعايته (الطريقي، 1994).

طرق تحسين التفاعل بين المدارس والأسر

تستطيع مؤسسات التعليم تمويل مشروعات التدريس التي تبحث قضايا وطرق العمل بروح الفريق، وحل المشكلات بين الأسر، وموظفي التربية الخاصة والتعليم العام. ومن خلال القدرة على الإشراف على تنفيذ قانون التعليم للجميع، وتقديم المساعدة الفنية، والإشراف على برامج تأهيل المعلمين، و تمويل البحوث ومشروعات التدريس، فإن على مؤسسات التعليم التواصل مع مؤسسات التعليم المحلية وتعريفها بأهمية بناء فرق تعاون، ومهارات لحل المشكلات وإجراءات التعامل مع القضايا الروتينية، وتطوير برامج التعليم الفردي والجمعي، وتفعيل نشاطات المدارس بشكل يومي. وعلى مؤسسات التعليم في الولايات أن تشترط على مؤسسات التعليم العالي بحث مسائل العمل بروح الفريق وبشكل تعاوني، ومهارات حل المشكلات في الخدمات المقدمة للمعلمين كافة، إداري المدارس وغيرهم من العاملين (اختصاصي النطق/ اللغة، الباحثون الاجتماعيون... إلخ). ويجب أن تنسق هذه البرامج مع مؤسسات الصحة بحيث تشمل برامج تدريبية لاختصاصي الصحة (Koster, Pijl; Houten; Nakken, 2007).

الإرشاد والتدريب والدعم الأسري: وتشتمل على الإعاقة وتأثيراتها على الأسرة، ودعم الأسرة وتدريبها وتلبية احتياجاتها، ويتم ذلك بنوع الإرشاد المقدم ومنها: الإرشاد الفردي، والإرشاد الجمعي، وتوفير ما يلي للأسرة بأنواع الدعم من مثل: الدعم العاطفي، والدعم المعلوماتي، والدعم القانوني الأخلاقي - والإرشاد الوراثي (الجيني)، وإعطاء المعلومات وتدريب الآباء والتنسيق والاتصال العلاجي بالفريق متعدد التخصصات (يجي، 2014).

البعد الثالث عشر: الكوادر العاملة في البرنامج

ويقصد به فريق العمل في برنامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة، والأعضاء المشاركين فيه، وهو فريق متعدد التخصصات (Multi Disciplinary Team)، يقوم بتقديم تصوراتهم حول المشكلات التي يعاني منها الفرد من ذوي الإعاقات المتعددة بالمعلومات التي تم جمعها بالطرق المختلفة كالاختبارات أو المقابلات أو الملاحظة وبعد دراسة الحالة وتقييمها وتشخيصها يتم تحديد الأهداف التي يجب تحقيقها والوسائل المستخدمة والتي يتم تقديمها من فريق العمل متعدد التخصصات الذي يرأسه مدير المدرسة/المركز أو من ينوب عنه ويشارك فيها البعض أو الكل (حسب الحاجة) ويشمل:

1. معلم التربية الخاصة (Special Educator): ويقدم التسهيلات للأطفال لنمو مهاراتهم الاجتماعية والحركية والتواصلية والمساعدة الذاتية والمعرفة والمهارات السلوكية وتحسين مفهوم الذات، والشعور بالكفايات، والتحكم والاستقلالية.
2. طبيب أطفال (Physician): ويقوم بخدمة الأسرة لتوفير أفضل درجة من الصحة والنمو وتنمية أفراد أسرته عن طريق تقديم خدمات رعاية صحية.
3. الممرض (Nurse): ويقدم أعلى درجة من الرعاية الصحية الممكنة، ومساعدة الأسرة على السيطرة على الآثار الصحية للإعاقة.
4. اختصاصي التغذية (Nutritionist): يقوم بتقييم الحالة من حيث احتياجاتها الصحية بالنسبة للتغذية وفي ضوء ذلك يقدم خدمات تتعلق بالتغذية المناسبة ضمن بيئة الأسرة والمجتمع.
5. اختصاصي العلاج الوظيفي (Occupational therapist): يقوم اختصاصي العلاج الوظيفي بتحسين مستوى الاستقلالية وتطوير الذات في النمو النفسي والإنفعالي، والجسمي، بواسطة أنشطة هادفة لتطوير القدرات الوظيفية للفرد من مثل (مهارات مساعدة الذات، والسلوك التكيفي، ومهارات اللعب، والانفعالات، والحركة)، وهذه الخدمات مصممة لمساعدة الأسرة ومن يقوم بتقديم العناية لتحسين المهارات الوظيفية للأطفال ذوي الإعاقات المتعددة في البيئة.

6. اختصاصي سمعي (Audiologist): يقوم بتقديم خدمات للأطفال الذين لديهم مشكلات سمعية تشمل على تحديد المشكلة وتوفير خدمات لأية مشكلة تعيق التواصل.
7. اختصاصي العيون (Occulist): ويقوم بتحديد قدرات الطفل البصرية.
8. اختصاصي العلاج الطبيعي (Physical Therapist): يقوم بتحسين النمو الحركي/ الحسي، والتنظيم السلوكي/ العصبي، للفرد ذي الإعاقات المتعددة ضمن سياق المجتمع والأسرة.
9. الاختصاصي النفسي (Psychologist): يقوم بنقل صورة شاملة وظيفية للفرد والأسرة ويتعرف ويحدد أو يقيم التدخل النفسي المناسب.
10. اختصاصي خدمة اجتماعية (Social Worker): يقوم بمحاولة تحسين نوعية الحياة للأفراد وأسرهم ضمن منظور الخدمات الاجتماعية، وتوصيل الخدمات التي وضعتها التشريعات.
11. اختصاصي النطق واللغة: يقوم بتحسين مهارات التواصل لدى الفرد ضمن سياق التفاعل الاجتماعي مع الأفراد وأعضاء الأسرة في المدرسة والمجتمع. (Kirk, et, al, 2003)

الشروط الواجب توافرها في الكوادر التعليمية للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

ما يلي:

1. لديهم خبرات مستمرة في مدارس الدمج والتدريب ضمن فرق متعاونة مع استخدام طرق حل المشكلات.
2. مساندة الطلبة ذوي الاحتياجات في مجال التربية الخاصة ودمجهم في صفوف التعليم العام.
3. يجب أن تعكس تدريب المعلمين على المحتوى والناتج أفضل الممارسات الفعالة.
4. يجب منح تمويل لموظفي التأهيل لاكتساب الخبرات في مدارس الدمج والتدريس ضمن الفرق المتعاونة وطرق حل المشكلات من أجل مساندة الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في صفوف التعليم العام.

5. توجيه مؤسسات التعليم في الولايات من أجل تصميم خطط تبحث نقاط الضعف بما يتوافق مع معايير الجودة والمرونة لمساندة الطلبة من مختلف التصنيفات.

6. إعداد الموظفين لتعليم الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة في المدارس العادية فان على مؤسسات التعليم توجيه مؤسسات التعليم في الولايات لتصميم خطط تبحث نقاط الضعف بما يتوافق مع معايير الجودة والمرونة لمساندة الطلبة من مختلف التصنيفات (Ginagrec, and Snell, (1993).

إعداد الموظفين من أجل تدريس الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة في صفوف التعليم العام في المدارس المجاورة:

1. توفير التمويل لبرامج تأهيل موظفي التربية الخاصة في الجامعات والكليات فقط للبرامج التي تتطلب أن يكون لدى موظفي التربية الخاصة خبرات في صفوف التعليم العام أو مرحلة ما قبل المدرسة (الصفوف المدججة) ومراكز الرعاية اليومية.
2. يجب أن تكون هذه البيئات مناسبة للأطفال ذوي الإعاقات المتعددة وتساند أقرانهم من العاديين.
3. توفير فرص للتعلم واستخدام مهارات التعاون في حل المشكلات التي تواجه معلمي التعليم العام وأسر الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة.
4. موظفو التربية الخاصة ليسوا فقط معلمي التربية الخاصة، وإنما هم الإداريون أيضاً، ومعلمو الصم وضعاف البصر، ومعلمو التربية البدنية، ومقدمو الخدمات من مثل (اختصاصيي النطق واللغة، والحركة، والتأهيل الوظيفي، والتكنولوجيا) (Lyunch, Lewis & Murphy, 1993).

واجبات معلم التعليم العام في برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة

1. المشاركة وتنفيذ البرامج بالتعاون مع فريق التعليم الفردي.
2. التعاون والمتابعة والمشاركة في أعمال الفريق.
3. التواصل بشكل منتظم مع ضابط الارتباط المعني ذي العلاقة.

4. المشاركة في برامج التدريب، والتكنولوجيا، وتمكين القدرات وزيادة الوعي، واكتساب مهارات التكيف المعيشي.
 5. المساعدة في تعديل المناهج.
 6. المساعدة في التوجيه والمساندة.
 7. التواصل مع الآباء.
- وتعتمد مهمة تطوير العاملين في برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة على ما يلي:
1. تحديد الاحتياجات التي تساند مهمة المدرسة.
 2. وضع سياسات حديثة تسمح بتحقيق مهمة المدرسة (واجبات العاملين/ استخدام المساندة/ بروتوكولات الطوارئ/ السلوك الانضباطي المدرسي/ المواصلات).
 3. تعزيز العلاقات البناءة بين الأسر وموظفي المدرسة من المسائل المهمة.
 4. وضع إجراءات للاستفادة من العمل التعاوني بروح الفريق لكي تحل محل نماذج (الخبراء) في التفاعل، التي أظهرت نتائج إيجابية (Hespe and Gantwerk, 2000).
 5. التخطيط لمرحلة ما بعد المدرسة عند وصول الطالب سن الرشد، إضافة إلى المراحل الانتقالية الأخرى (بدءاً من مرحلة الطفولة المبكرة، فالحضانه، ثم الصفوف الدراسية).
 6. التخطيط للمراحل الانتقالية حيث يعزز ذلك من احتمالية التكيف الايجابية لدى الطلبة، والأسر، والعاملين، ويخلق فرصاً للتعلم الفعّال وتوسعتها في المدرسة ومديريات التعليم.
 7. استبدال عبارة "فريق أو مجموعة الإعاقات المتعددة" بعبارة "الفريق التعاوني" إن إشراك مجموعة من الناس من مختلف التخصصات من أجل تنفيذ عمليات التخطيط، والتقييم، وتنفيذ برامج التعليم الفردي للطلاب، إن مثل هذه المواصفات تتعلق بفريق العمل التعاوني وتعدُّ ضرورية لنجاح برامج التربية الخاصة.

8. تحديد التمويلات الإضافية للمنح التدريبية بحيث يمكن لموظفي التربية الخاصة تطوير وتحديث مهاراتهم بما يمكنهم من العمل بفعالية وبطريقة تعاونية مع بقية الموظفين من مختلف التخصصات وفي مدارس التعليم العام، ومرحلة ما قبل المدرسة، ومراكز الرعاية اليومية (Florida Department of Education, 1997).
 9. إعداد معلمي التعليم العام والإداريين (المديرون/ المشرفون) يجب أن يتضمن فرصاً لتعليم الطلبة من مختلف الإعاقات الذين تم دمجهم في المدارس ويتم تزويدهم بالمساعدة اللازمة في صفوف التعليم العام.
 10. توفير فرص للعمل بشكل تعاوني مع موظفي التربية الخاصة لتحسين التعليم لجميع الطلبة.
 11. تبني سياسة لتطبيق هذه المعايير في مشروعات تطوير وتأهيل العاملين كافة (Berryman, Brady, Dukes, Neil, and Reardon, 2004).
- وهكذا يكون على هيئات التعليم في قطاع التعليم العام والتربية الخاصة ما يلي:
1. تمويل البحوث من أجل تطوير أنظمة تمويل بديلة للتعليم، التي تعمل على إزالة الحواجز المقدمة للدمج المنفصل.
 2. تمويل مشروعات التدريب بما يشمل برامج الدمج في المدارس وبما يتوافق مع السياسات المالية.
 3. الطلب من جهات التعليم توفير منح التأهيل للعاملين، وتقديم منح دراسية في مجال التربية الخاصة والقيادة والإدارة.
 4. وضع خطط للإبلاغ عن أنظمة التمويل من أجل تحقيق الأهداف في توفير بيئات دمج أقل تقييداً، وبمزيد من المرونة والمساءلة. تفيدي في تسهيل عمليات الدمج التربوي في بيئات أقل تشدداً (Florida Department of Education, 1997).

البعد الرابع عشر: تقييم البرنامج

تقييم برنامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة والحكم على مدى جودته ولجأه، ويكون ذلك بتحقيق التقدم والنتائج المرجوة مع هؤلاء الأفراد وأسرههم وتحقيق أدوار تخدم المجتمع، فان ذلك لا يتم إلا بتضافر جهود عديدة مشتركة وذلك لإدراك مدى

فاعلية ما قدم، ولا بد أن تتم الإجابة على الأسئلة التالية كما ورد في Ginagreco, and Snell, (1993) وهي كالتالي:

1. هل تركز البرامج التربوية المقدمة على حل المشكلات المنصوص عليها بموجب قانون التعليم للجميع (الطلبة ذوو الإعاقات الشديدة والمتعددة) واستكشاف الحلول المناسبة؟
2. هل اشتمل البرنامج المشاركة وبفعالية لكل من: الأسر، والتربويين، ومؤسسات المجتمع، ومجموعات المدافعة، والقادة السياسيين المحليين؟
3. هل ركزت البرامجُ بفعل المجموعات المشاركة فيه على موضوعات:
 - أ. الدمج في مدارس مجاورة؟
 - ب. تأهيل الموظفين؟
 - ج. الانتقال من المدرسة إلى بيئة العمل؟
 - د. الطرق الإنسانية ذات الفعالية لحل المشكلات السلوكية الخطرة؟
4. هل حققت نتائج التقييم النهائي للبرنامج نتائج إيجابية ومهمة كان يتوقع أن يحققها الطلبة ذوو الإعاقات المتعددة في ضوء تقديم البرنامج؟
5. هل تم تحقيق أهداف البرنامج وبدرجة قابلة للقياس مع الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة وأسرههم؟
6. هل حقق البرنامج الأهداف المنشودة مع الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة بالتقييم النهائي للبرنامج، باستخدام أدوات رسمية وموضوعية، وبتقييم الفريق متعدد التخصصات، وبمشاركة تقييم الأسرة للبرنامج، والفرد ذي الإعاقات المتعددة كل ما أمكن ذلك؟
7. هل يعدل البرنامج للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة بناءً على نتائج التقييم النهائي للبرنامج المقدم للفرد وأسرتة ليلبي احتياجاتهم؟

كل هذه الأسئلة تهدف إلى التحقق من فاعلية البرنامج المقدم للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة في المدرسة/ المركز في سد حاجات الطلبة متعددي الإعاقات (Turner, Baldwin, Kleiner & tKearns, 2000).

ومن مؤشرات جودة البرنامج المقدم للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة أن يتضمن تحقيق الأهداف التالية:

1. الشعور بالأمان والصحة الجيدة.
2. توافر مكان مناسب للعيش في الوقت الحاضر والمستقبل (مع الأسرة، والأصدقاء، والشقق المدعومة).
3. تكوين العديد من الصداقات والأصدقاء وغيرها من العلاقات المهمة الشخصية والاجتماعية.
4. الوصول إلى العديد من الأماكن والنشاطات المتوافرة للأشخاص العاديين (صفوف مدارس التعليم العام/ والتوظيف المساند المدعوم/ والمرافق المجتمعية/ والنشاطات).
5. استخدام وسائل الاتصال والدفاع الذاتي أو ممارسة الاختيارات والسيطرة، التي تتناسب مع أعمارهم وقيمهم الثقافية.
6. الوصول إلى جهات المساندة والمؤسسات التي تنظم برامج ونشاطات لتطوير المهارات مواصلة التعلم طوال الحياة.
7. الاستفادة من النمو الشخصي (التواصل المدع).
8. الإسهام في مجتمعهم. وعند ضبط مثل هذه النتائج بما يتلاءم مع احتياجات الأفراد، فإن تأثيرها يوفر فرصة لتحقيق الأهداف والغايات، ولهذا السبب يكون العمل على التعليم لجميع الأفراد (Hespe and Gantwerk, 2000).

ومن أنواع التقييم للبرامج التربوية:

1. التقييم الخارجي: وهي عملية غاية في الأهمية لمعرفة مدى فاعلية البرنامج ونجاحه، ويمكن استنتاجها من المتابعة الحقيقية، وتقييم الذات، واستفتاء

الأشخاص المعنيين للتأكد من أن الأهداف التي تم التخطيط لها تحققت، وقد يكون هذا بالإجابة عن الأسئلة التالية:

- أ. هل ساعدت الإجراءات في حل المشكلات؟
- ب. هل تم استخدام المعلومات بطريقة مناسبة؟
- ج. هل حدث تعلم جديد؟
- د. ما هو الإجراء التصحيحي الذي تم اتخاذه؟

2. التقييم الذاتي: يتطلب التقييم الذاتي من المؤسسة التربوية أن تقوم بفحص عملها بصورة دورية، وتصدر حكمها على أدائها بالمقارنة مع المعايير المتفق عليها ويكون ذلك بتطبيق الآتي:

- أ. جمع الأدلة.
- ب. كتابة التقارير عن مدى تحقق المعايير الموضوعية.
- ج. تحليل مواطن القوة ووضع خطط لانتشار الممارسات الجيدة.
- د. تحليل مواطن الضعف، ووضع خطط علاجية لتلافيها.

3. الاتجاه نحو تبني مفاهيم تقييمية مختلفة ومنها: المعيارية: Standard-based / المؤشرات التربوية: Educational Indicators، الاعتمادية: Accreditations / الجودة الشاملة: TQM (مركز الملك فهد بن عبد العزيز، 2005).

ذوو الإعاقات المتعددة في المملكة العربية السعودية

المقدمة

واقع برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة في المملكة

العربية السعودية

مجالات الرعاية لطلاب معاهد وبرامج ذوي الإعاقات

المتعددة والتربية الخاصة في المملكة العربية السعودية

امتيازات وتسهيلات طلاب معاهد وبرامج التربية الخاصة

في المملكة العربية السعودية

أهم المشكلات التي تواجه تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة

في المملكة العربية السعودية

واقع جودة برامج التعليم في الوطن العربي

الفصل السادس

ذوو الإعاقات المتعددة في المملكة العربية السعودية

المقدمة

يشهد ميدان التربية الخاصة اهتماماً وتطوراً واضحاً في الوقت الراهن، إذ لم يسبق لفئات التربية الخاصة أن شهدت هذا المستوى من الاهتمام من قبل وقد تمثل هذا الاهتمام في تطوير البرامج والخدمات والكوادر العاملة واستراتيجيات القياس والتشخيص والتعليم، وذلك بتطوير جملة من المعايير والمؤشرات التي تضبط عمليات التربية الخاصة بهدف ضمان تقديم الخدمات والبرامج النوعية استناداً إلى تلك المؤشرات لتلبية احتياجات الأفراد ذوي الإعاقات وأسرهـم.

ويعد تطوير ميدان تربية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة هدفاً من أهداف وزارة التربية والتعليم ووزارة الشؤون الاجتماعية في المملكة العربية السعودية؛ حيث شهدت التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية قفزات نوعية من التطور النوعي في برامج ذوي الاحتياجات الخاصة واستراتيجيات تعليمهم وتطوير الكوادر العاملة وتدريبهم وتأهيلهم باستحداث تخصصات التربية الخاصة في الجامعات والكليات العلمية في المملكة العربية السعودية وكذلك شهد الوضع العام زيادة البرامج الموجهة لهذه الفئات.

ويلاحظ أن عدد الطلبة المعوقين ومتعددي الإعاقة يزيد من سنة لأخرى، وإن متعددي الإعاقة كانوا يمثلون ما نسبته 2.2٪ من مجموع الطلبة المعوقين الذين يتلقون خدمات تربية خاصة ليصل إلى 80٪ منهم، ويعود سبب الزيادة في هذه النسبة إلى عدة أمور منها، اختلاف الطرق التي يتم التبليغ بها عن حالات متعددي الإعاقة، وإعادة تصنيف الطلاب ذوي التخلف العقلي الشديد والحاد بان لديهم إعاقات أخرى مصاحبة، كصعوبات التعلم والاضطرابات النطقية والاضطرابات الانفعالية

والمشكلات الجسدية وغيرها مما يتطلب خدمات تربية خاصة. (National Information Center for Children and Youth With Disability, NICHCY, 2004)

ونتيجة للتغيرات الجوهرية التي طرأت على مسيرة التربية الخاصة عالمياً وفي المملكة العربية السعودية خاصة بفضل العناية والرعاية، والاهتمام، والدعم الذي تحظى به الفئات الخاصة من لدن قيادتنا الحكيمة. ونتيجة للتطورات المتسارعة التي شهدتها التربية الخاصة على الصعيد العالمي وتضمنت حقوق الأشخاص المعوقين وصون كرامتهم، والعمل على تحقيق تكافؤ الفرص بين جميع أفراد المجتمع بغض النظر عن اختلافاتهم الجسدية، والصحية، والعقلية والحسية، والأكاديمية، والنفسية، والاجتماعية. والهدف من تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة سواء كانت طبية أو تربوية أو غيرها، مع هؤلاء الأطفال هو الوصول بهؤلاء الأفراد إلى أعلى درجة ممكنة من الاستقلالية في أداء الأنشطة وفي مهارات الحياة اليومية وفي العمل وتطوير المهارات الاجتماعية المقبولة والمتوقعة من الأفراد في أعمارهم الزمنية، ولتحقيق مثل هذه الأهداف مع الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة فإن الأمر يتطلب عمليات متخصصة وطويلة وشاقة، ولكنها في الوقت الحاضر أصبحت قريبة المنال. فمن حيث النمو الكمي ارتفع عدد معاهد وبرامج التربية الخاصة من (66) معهداً أو برنامجاً للبنين والبنات في العام الدراسي 1415 / 1416هـ، إلى (3239) معهداً وبرنامجاً للبنين والبنات في العام الدراسي 1427 / 1428هـ. كما ارتفع عدد طلاب هذه المعاهد والبرامج من (7725) طالباً وطالبة في العام الدراسي 1415 / 1416هـ، إلى (61986) طالباً وطالبة في العام الدراسي 1427 / 1428هـ (الموسى، 2008).

واقع برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة في المملكة العربية السعودية

تاريخ الاهتمام بالأفراد ذوي الإعاقات المتعددة في المملكة العربية السعودية

كانت البدايات الرسمية لخدمات الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة في وزارة التربية والتعليم منذ العام 1418 / 1419هـ يوافق 1998 / 1999م بثلاثة برامج في كل من الرياض، وجدة، والدمام. وتزايد هذا العدد ليصل إلى (64) برنامجاً، منها (56) برنامجاً للبنين و(8) برامج للإناث منتشرة في مناطق ومحافظات المملكة المختلفة في

غضون العام الدراسي (1428 / 1429هـ) ويوافق (2007 / 2008م). يتم الإشراف عليها من الإدارة العامة للتربية الخاصة في المملكة العربية السعودية؛ حيث تم إنشاء إدارة التوحد والإعاقات المتعددة: وهي من أهم الوحدات الفنية والإدارية في الإدارة العامة للتربية الخاصة، وهي كذلك أحدث إدارة أنشئت في الإدارة العامة للتربية الخاصة، حيث استحدثت في شهر شعبان من العام 1425 هـ / 2004م ومن أهم مهمات تلك الإدارة، وضع الخطط والبرامج اللازمة لضمان تربية وتعليم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة من الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة وغيرهم من الفئات الأخرى التي تدخل في نطاق التربية الخاصة، بتوفير أفضل بيئة تعليمية مناسبة وفقاً لقدراتهم واحتياجاتهم (الموسى، 2008).

تم استحداث برامج متعددي الإعاقات على شكل فصول ملحقة بمعاهد التربية الفكرية في عدد كبير من مدن المملكة. وقد بدأت الإدارة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم اعتباراً من بداية العام الدراسي (1421 - 1422 هـ / 2000 - 2001) بإلحاق هذه الفصول في المدارس العادية بدلاً من معاهد التربية الفكرية آملّة أن تدرس إمكانية تقديم خدمات التربية الخاصة لهذه الفئات ببرامج أقلّ عزلاً، ويكون التركيز في برامج الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة على تنمية قدراتهم، وتوفير خدمات المرحلة التمهيديّة الخاصة والتدخل المبكر ما أمكن ذلك، وإكسابهم المهارات التكيفية المختلفة والملائمة لكل حالة من مثل (العناية بالذات، والتوجه الذاتي، والمهارات الاجتماعية، والمهارات التواصلية)، فإن الإدارة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم تسعى جاهدة إلى الاستفادة من هذه البرامج في المدارس العادية، وذلك اعتماداً على طبيعة الإعاقات، وطبيعة الخدمة المطلوبة، وطبيعة المرحلة الدراسية، وطبيعة المنطقة الجغرافية، وغير ذلك من المتغيرات ذات العلاقة. ويلاحظ كثرة أنماط تقديم خدمات التربية الخاصة في المملكة وتوّعُّها، وذلك يعني أن تعليم الأطفال غير العاديين في المملكة العربية السعودية قد تجاوز مرحلة التعليم ولا شك مرحلة غاية في الأهمية يمكن بها التعرف إلى أفضل الأساليب وأكثرها فاعلية، مع ملاحظة أن الإبقاء على هذه الكثرة وذلك التنوع في تقديم الخدمة يعد ضرورة حتمية تتطلبها عملية الوفاء باحتياجات جميع الأطفال. وإن المطلوب الآن هو العمل على الارتقاء بمستوى

المستلزمات المكانية والتجهيزية والبشرية لهذه البرامج بما يضمن تحقيق الجودة في برامج التربية الخاصة، والنتائج والأهداف المرجوة وكذلك ضمان قدرتها على تخريج كفاءات وطنية مدربة قادرة على التعامل مع الفئات الخاصة وتحقيق مستقبل مشرق وحياة مستقلة وكرامة لذوي الاحتياجات الخاصة عامةً وذوي الإعاقات المتعددة خاصةً (الموسى، 2008).

مجالات الرعاية لطلاب معاهد وبرامج ذوي الإعاقات المتعددة والتربية الخاصة في المملكة العربية السعودية

إن دور معاهد وبرامج ذوي الإعاقات المتعددة وبرامج التربية الخاصة لا يقتصر على تربية التلاميذ ذوي الإعاقات المتعددة وتعليمهم وإنما يتسع ليشمل مجالات أخرى من مجالات الرعاية أيضاً تتمثل فيما يلي:

1. الرعاية الاجتماعية.
2. الرعاية الطبية والصحية.
3. الرعاية المالية.
4. برنامج النشاط اللاصقيّ المسائي، والنشاط اللاصقيّ في غضون اليوم الدراسي (فرج، 2009).

امتيازات وتسهيلات طلاب معاهد وبرامج التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية

تقدم الدولة تسهيلات وامتيازات متعددة للطلاب المعوقين لتمكينهم من الدراسة وتشجيعهم على الاستفادة من الإمكانيات المتاحة التي كرستها الدولة لهم، وأصدرت الدولة القرارات المنظمة لها ومنها ما يلي:

1. صرف مكافأة شهرية لكل طالب طوال شهور السنة كلها.
2. توفير المستلزمات التجهيزية كافة من مثل (المعينات السمعية، والمعينات البصرية، والمعينات التقنية، والوسائل التعليمية) لجميع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على اختلاف فئاتهم.

3. توفير النقل المدرسي المجاني لجميع طلاب التربية الخاصة من مسكنهم إلى المعاهد والبرامج ذهاباً وإياباً يومياً.
4. منح تذاكر سفر مجانية للمعاق مع ولي أمره إلى مراكز التشخيص والفحص.
5. تخفيض أجرة ركوب جميع الطلبة والطالبات الملتحقين بمعاهد وبرامج التربية الخاصة بنسبة (50%) عند استخدامهم وسائل النقل العام البرية والجوية والبحرية الحكومية.
6. الدراسة بالمجان في معاهد وبرامج التربية الخاصة للسعوديين والمقيمين والإقامة والسكن وجميع متطلباته.
7. تخصيص منح دراسية للمعوقين من الدول العربية ودول مجلس التعاون.
8. تشجيع المتفوقين من الطلاب بابتعاثهم للتدريب والدراسة، في مراحل البكالوريوس، والماجستير، والدكتوراة. وكذلك إشراكهم في المعسكرات والمخيمات الداخلية والخارجية (الموسى، 2008).

أهم المشكلات التي تواجه تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في المملكة العربية السعودية

1. الافتقار للإحصائيات الدقيقة في ضوء ذلك يجد من التخطيط السليم لخدمات برامج التعليم الخاص لذوي الاحتياجات الخاصة.
2. الافتقار إلى المباني المناسبة وعدم مطابقتها للمعايير والمواصفات لذوي الاحتياجات الخاصة.
3. نقص الكوادر المتخصصة في مجال التربية الخاصة والاعتماد على كوادر التعليم العام غير المؤهلة.
4. قصور الوعي الاجتماعي للأسرة تجاه فئة المعاقين وتقبل الآخرين لهم في المجتمع.
5. قلة البحوث في مجال التعليم الخاص لذوي الاحتياجات الخاصة لحداثتها من جهة ومن جهة أخرى قلة الدعم الوارد من المؤسسات الحكومية المعنية بذلك.
6. غياب مسؤولية وسائل الإعلام عن ساحة التعليم الخاص لذوي الاحتياجات الخاصة في توعية المجتمع وتغيير المفاهيم الخاطئة وبت البرامج التعليمية في المنازل

للفرد والأسر ودعم برامج التعليم للعاملين في المجال، معلمين/مدراء/ مشرفين/ متخصصين (السنبلي والخطيب، ومتولي، وعبد الجواد، 2004).

واقع جودة برامج التعليم في الوطن العربي

يشير تقرير التنمية الإنسانية العربية 2002/2003 إلى أنه توجد دلائل عديدة على تناقص الكفاءة الداخلية للتعليم في العالم العربي، كما تبدو في ارتفاع نسب الرسوب وإعادة الصفوف الدراسية، الأمر الذي سيؤدي إلى إهدار فترات زمنية أطول في مراحل التعليم المختلفة، إلا أن المشكلة الأخطر تكمن في مدى جودة التعليم، فبالرغم من قلة الدراسات المتوافرة، فإن الشكوى المتعلقة بتردي نوعية التعليم في البلدان العربية كثيرة، وقد أكدت الدراسات القليلة المتوفرة على غلبة ثلاث سمات أساسية على نتائج التعليم في البلدان العربية هي:

1. تدني التحصيل المعرفي.
2. ضعف القدرات التحليلية والابتكارية.
3. اطراد التدهور فيها.

وتكمن هذه المشكلة في النظام وليس في الأشخاص، وحددها رواد الجودة بـ95% في العملية وبـ5% في الأشخاص (مركز الملك فهد بن عبد العزيز لجودة التعليم، 2005).

الإعاقة الجسمية والصحية

المقدمة

تعريف الإعاقات الجسمية والصحية

تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية

نسبة انتشار الإعاقات الجسمية والصحية

أسباب الإعاقات الجسمية والصحية

إصابات الجهاز العصبي المركزي

إصابات الجهاز العظمي والعضلي

الإصابات الصحية

البدائل التعليمية للطلاب ذوي الإعاقات الجسمية

برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسدياً وصحياً

مفاتيح النجاح للطلبة ذوي الإعاقة الجسمية والصحية

الفصل السابع

الإعاقة الجسمية والصحية

المقدمة

تعتبر الإعاقات الجسمية والصحية إحدى فئات الإعاقة، والتي نالت اهتمام المختصين في كافة المجالات. فالتدخل الطبي دور أولي بالغ الأهمية وكذلك لعلم النفس والاجتماع والتربية الخاصة وغيرها من العلوم ذات العلاقة. وإضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يكون أثرها على الفرد المعوق أكبر من حجم الإصابة نفسها، خاصة إذا حدثت الإعاقة في مراحل عمرية متأخرة، فقبل حدوث الإصابة يكون الفرد قد رسم لنفسه نهجاً وخططاً معينة، وبحدوثها يشعر الفرد بوقوع القصور في عضو من أعضائه أو أكثر مما يؤثر على مجالات النمو المختلفة، مما يشعره بالاختلاف عن بقية أقرانه. ومن الطبيعي أن تحول الإعاقات الجسمية والصحية الشديدة من تلقي الفرد الخدمات التربوية والاجتماعية متمثلة بالاندماج الاجتماعي إلى الحد الذي يستدعي تقديم الخدمات والبرامج الخاصة بالفرد ضمن البدائل المناسبة لحالته.

تعريف الإعاقات الجسمية والصحية (Definition)

يعرف الخطيب وآخرون (2007) إلى الإعاقات الجسمية والصحية بأنها مصطلح عام يشمل حالات عديدة ومتباينة لدرجة أنها قد تبدو غير مرتبطة ببعضها البعض، إلا أنها جميعها تفرض قيوداً وصعوبات على مستوى الحركة والتحمل الجسدي واستخدام الجسد لتأدية أنشطة الحياة اليومية بشكل مستقل.

وكما أشار الخطيب (1998) أن هذا المصطلح هو الأكثر استخداماً في الأدبيات التربوية الخاصة رغم تداول مصطلحات أخرى عديدة منها: المقعدون (Crippled)، وذوو الإعاقات العظمية (Orthopedically Handicapped)، وذوو الإعاقات

الحركية (Motorically Handicapped)، وذوو الاضطرابات العضوية (Organically Impaired)، والعاجزون جسمياً (Physically Disabled)، إن الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية قد يعانون أيضاً من مشكلات أخرى وقد يتمتعون بمواهب أخرى، وهكذا فإن مواصفات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة متعددة بشكل كبير.

إن الوضع الصحي والجسدي للطفل هو من الاختصاص الطبي ولكن إذا أثر الوضع الجسدي على القدرة على التعلم فإن هذا سيتطلب اختصاصي التعليم. إن أول ما يميز الطفل ذو الإعاقة الجسمية هو ظروفه ومشاكله الصحية أو قدراته الجسمية المحدودة، وإن هذا يتطلب ضرورة التدخل الانضباطي، ببساطة يجب أن يكون هناك تعاوناً ما بين الأطباء ومعلمين مختصين حتى يتم الحفاظ على صحة الطفل وبنفس الوقت تطوير أي قدرات أخرى يتمتع بها الطفل. (الخطيب، 1998)

تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية (Classification)

تعتبر فئات الأفراد المعاقين جسمياً وصحياً فئات غير متجانسة وذلك بسبب التنوع الواسع في طبيعة ومستوى الإصابة في كل فئة من فئات المعاقين جسمياً وصحياً، وعلى أية حال فإنه يمكن تقسيم الإعاقات الجسمية والصحية حسب موقع الإصابة أو الأجهزة المصابة على النحو الآتي:

1. إصابات الجهاز العصبي المركزي (Neurological Impairments)

أ. الشلل الدماغي (Cerebral Palsy).

ب. الشق الشوكي أو الصلب المفتوح (Spinal Bifida).

ج. إصابة الحبل الشوكي (Spinal Cord Injury).

د. الصرع (Epilepsy).

هـ. استنقساء الدماغ (Hydrocephaly).

و. شلل الأطفال (Polio).

1. ز. تصلب الأنسجة العصبية (Multiple Sclerosis)
2. إصابات الهيكل العظمي (Skeletal Impairments)
 - أ. تشوه وبتر الأطراف (Amputation).
 - ب. تشوه القدم (Club Foot).
 - ج. عدم اكتمال نمو العظام (Osteogenesis Imperfect).
 - د. التهاب العظام (Osteoarthritis).
 - هـ. الخلع الوركي الولادي (Congenital Dislocation of Hips).
 - و. التهاب المفاصل (Arthritis).
 - ز. التهاب المفاصل الرثياني (Rheumatoid).
 - ح. شق الحلق والشفة (Cleft and Lip Palate).
 - ط. ميلان والانحراف العمود الفقري (Scoliosis).
3. إصابات العضلات (Muscular Impairments)
 - أ. ضمور العضلات (Muscular Dystrophy).
 - ب. انحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي (Spinal Muscular Atrophy).
4. الإصابات الصحية (Health Impairments)
 - أ. التليف الحويصلي (Cystic Fibrosis).
 - ب. إصابات القلب (Heart Diseases).
 - ج. فقر الدم (Anemia).
 - د. فقر الدم المنجلي (Sickle Cell Anemia).
 - هـ. الهيموفيليا (Hemophilia).
 - و. الثلاسيميا (Thalassemia).
 - ز. الربو القصبي (Bronchial Asthma).

ح. سكري الأحداث (Juvenile Diabetes).

ط. التشوهات القلبية (Heart Defects).

ي. الفشل الكلوي المزمن (Chronic Renal Failure).

ك. نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (AIDS).

نسبة انتشار الإعاقات الجسمية والصحية (Prevalence)

تعد الإعاقات الجسمية والصحية من فئات الإعاقة قليلة الانتشار لأن معدل حدوث الإعاقة الجسمية والصحية عموماً أقل من معدل حدوث إعاقات أخرى (مثل صعوبات التعلم والإعاقة العقلية واضطرابات التواصل). وتبلغ نسبة انتشار الإعاقة الجسمية والصحية التي تعتمدها معظم الدول الغربية حوالي (1٪) من مجموع الأفراد في المجتمع ممن هم في سن المدرسة (Heward, 2002). ولا تتوفر إحصاءات يمكن الوثوق بها حول نسبة انتشار هذه الفئة من فئات الإعاقة في المجتمعات الأخرى وبخاصة النامية منها. ولكن الافتراض المنطقي هو أن هذه النسبة في هذه المجتمعات أعلى بكثير من (1٪) لأسباب واضحة (مثل: عدم الوعي الصحي، والحروب، وسوء التغذية، وقصور الرعاية الصحية الأولية، إلخ)، (الخطيب وآخرون، 2007).

وجد جدير بالإشارة إلى أن هناك مؤشرات إلى وجود زيادة كبيرة في عدد المعاقين خلال العقدين الماضيين، وقد يكون هذا بسبب تطور وسائل التشخيص والخدمات الطبية التي تساعد على الكشف عن الأطفال المعاقين، ولكن هذا التطور في الخدمات الطبية لم يؤدي إلى تحسين الفرص، بل ساعد في ضمان زيادة متوسط الأعمار للعديد من الأطفال ذوي المشاكل الصحية الحادة، ولكي يكون هناك نقص في الإعاقات فيجب أن يكون هناك انخفاض في عوامل الخطورة الموجودة في البيئة كالحوادث والفقر وسوء التغذية والأمراض والعنف الشخصي، إلى جانب تطور الخدمات الصحية. وتشير التقارير كما يذكر البطاينة والجراح والغوامنة (2007) أن حوالي (1-2٪) من الأطفال في أي مجتمع يعانون من إعاقات جسمية شديدة ومزمنة ويعيشون في حالة من جهل الناس بهم وبأوضاعهم. وتكشف الأرقام أن حوالي (2.5٪) من مجموع الأطفال

الذين يتلقون التعليم الخاص وحوالي (0.027٪) من المجموع الكلي لأطفال المدارس معاقين جسدياً، (البطانية والجراح وغوامه، 2007).

أسباب الإعاقات الجسمية والصحية (Causes)

قد تكون الإعاقات الجسمية والصحية عائدة لأسباب خلقية أو مكتسبة، وسيتم الحديث عن هذه الأسباب بشيء من التفصيل عند ذكر أنواع الإعاقات الجسمية المختلفة. في حين سيتم الحديث عنها حالياً بشكل من الإيجاز.

1. الإعاقات الخلقية (Congenital Disabilities)

- أ. أسباب ما قبل الحمل: إن أي خطأ في تنظيم الكروموسومات والتي يبلغ عددها (23) كروموسوماً ينتج إعاقات متنوعة منها الإعاقات الحركية.
- ب. أسباب ما بعد الحمل: كحالات تسمم الحمل، وتعرض الأم للأشعة السينية، وتناول العقاقير والكيماويات.
- ج. أسباب أثناء الولادة: كالولادة المبكرة، والولادة المتعددة (التوائم)، والعقاقير والبنج.

2. الإعاقة المكتسبة (Acquired Disabilities)

يمر بعض الأطفال بالمراحل والخبرات التطورية الطبيعية، لكن بعد ذلك يكتسبون ضعفاً مسبباً للإعاقة الجسمية بسبب إصابة أو مرض ما، وهي ما يطلق عليها أسباب ما بعد الولادة، كالحوادث التي تؤدي إلى إصابة الرأس والأطراف، وبعض الأمراض العصبية. (القمش والمعاطة، 2007)

إصابات الجهاز العصبي المركزي (Central Nervous System Injuries)

(Cerebral palsy) الشلل الدماغي

تمثل حالات الشلل الدماغي مظهراً رئيساً من مظاهر الإعاقة الحركية، وهي ليست بالحاجة المعديّة، ولكنها تمثل شكلاً ما من أشكال الشلل الحركي المرتبطة بتلف في الدماغ أو خلل فيه (Brain Damage)، أما المظاهر المشتركة في أنواع الشلل الدماغي فتبدو في:

1. الشلل الحركي (Motor Paralysis).
 2. الضعف الحركي (Motor Weakness).
 3. ضعف التآزر الحركي (Motor In coordination).
 4. الاضطراب الحركي (Motor Dysfunction).
- ويصنف هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2003) الشلل الدماغي إلى أنواع حسب المظهر الخارجي لحالة الشلل الدماغي، ومنها:
1. الشلل النصفي الطولي (Hemiplegia): وتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم.
 2. الشلل النصفي العرضي (Diplegia): وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو السفلي من الجسم.
 3. شلل الأطراف (Quadriplegia): وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة للجسم.
 4. الشلل النصفي السفلي (Paraplegia): وتمثل هذه شلل الرجلين من الجسم.
 5. شلل طرف واحد (Monoplegia): وتمثل هذه الحالة شلل طرف من أطراف الجسم.
 6. شلل ثلاث أطراف (Triplegia): وتمثل هذه الحالة شلل ثلاث أطراف من أطراف الجسم.
 7. الشلل الكلي (Double Hemiplegia): وتمثل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معاً.

وتعتبر الإصابة بتلف الدماغ سبباً رئيساً لحالات الشلل الدماغي، وقد تحدث الإصابة بتلف الدماغ نتيجة لأسباب متعددة منها ما هو وراثي، ومنها ما هو قبل أو أثناء أو بعد الولادة، حيث تمثل أسباب ما قبل الولادة تلك الأسباب الجينية، وإصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية وخاصة الزهري، والحصبة الألمانية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، سوء التغذية، والصدمات الجسمية، والعقاقير والأدوية،

وتسم الحمل، أما أسباب أثناء الولادة فتبدو في نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة (Anoxia)، وصعوبة عملية الولادة، في حين تتمثل أسباب ما بعد الولادة في ارتفاع درجة الحرارة الالتهابات، والصدمات الجسمية... إلخ، بالرغم من صعوبة حصر الأسباب المؤدية إلى حالة تلف الدماغ، فإن مثل هذه الحالات تكثر في البيئات المتوسطة والفقيرة، إذ تصاحب بعض حالات الشلل الدماغي حالات من الإعاقة العقلية أو غيرها. (الروسان، 2014).

إصابات الرأس (Injuries Head)

إصابات الرأس من الأسباب الرئيسة للإعاقات الجسمية وتأخذ أشكالاً مختلفة تتراوح بين الارتجاج الدماغي وهو نوع بسيط من إصابات الرأس نادراً ما يؤدي إلى مضاعفات طويلة المدى، والرضة الدماغية وهي قد تتطلب إجراء عمليات جراحية، وكسور الجمجمة وهي قد تحدث تلفاً في الدماغ، والتزيف المخي ويحدث عادة نتيجة انفجار أحد الشرايين وهو قد يكون مميتاً. (الخطيب وآخرون، 2007)

الاضطرابات الاختلاجية (Convulsive Disorders)

ترتبط الاضطرابات الاختلاجية بنشاطات مفرطة وغير طبيعية في الخلايا العصبية في القشرة الدماغية تبدأ وتنتهي تلقائياً ولها قابلية للتكرار، وغالبا ما يستخدم مصطلح الاضطرابات الاختلاجية للإشارة إلى نوبات الصرع (Seizures). وقد يحدث الصرع في أي عمر، إلا أنه أكثر ما يكون شيوعاً في مرحلة الطفولة، وتتراوح نسبة انتشاره بين 1-2٪ من مجموع السكان، وقد يحدث الصرع بمفرده وقد تصاحبه حالات اضطراب أخرى (كالتخلف العقلي أو الشلل الدماغي)، ولا يمكن تحديد أسباب الصرع فيما يزيد عن 50٪ من الحالات، ويتمثل العلاج أساساً بالعقاقير الطبية التي تنجح في السيطرة جزئياً أو كلياً على نحو 80٪ من نوبات الصرع، (الخطيب وآخرون، 2007)

الصرع (Epilepsy)

تحدث نوبات الصرع عندما تتدفق طاقة كهربائية غير طبيعية من إحدى خلايا الدماغ، يمتد هذا التدفق إلى الخلايا المجاورة فيؤدي إلى فقدان الوعي، حركات غير إرادية، وظواهر جسدية غير طبيعية.

يعتمد مدى تأثير النوبة على الخلية التي تتدفق منها الطاقة وإلى أي مدى انتشرت هذه الطاقة، يتعرض المصابون بالصرع لنوبات متواترة وقد يعاني 6% من أفراد المجتمع في مرحلة معينة بالحياة من هذه النوبات، إلا أن تشخيصها لن يعتبر صرعاً لأنها نوبات غير متكررة تعكس النوبات نشاطاً غير طبيعي للدماغ ولذلك فإن الصرع ينتشر بين الأطفال الذين يعانون من إعاقة أكثر من الأطفال غير المصابين بأي إعاقة جسدية. (Hallahan & Kauffman, 2003)

أسباب الصرع وأنواعه

إن أي عطل أو خلل في الدماغ قد يسبب حدوث نوبات صرع ومع التقدم في علم الدماغ توصل العلماء لفهم أفضل عن مدى خطورة الصرع، وأكثر الأسباب شيوعاً هي نقص الأوكسجين، نقص السكر في الدم، الإصابات والارتجاج والرضوض الجسدية، وفي بعض الحالات تكثر احتمالية حدوث رد فعل عصبي في بعض خلايا الدماغ. (Hallanan & Kauffman, 2003)

تعتبر الأسباب في معظم حالات الصرع غير معروفة، بعض أنواع الصرع تكون متطورة ومزمنة فتتسبب في خلل بالدماغ وقد تعطل بعض وظائفه فتصبح هناك احتمالية أكبر مجدوث نوبة أخرى بالرغم من أن أسباب النوبات غير معروف إلا أنه مع العلاج السليم يمكن السيطرة على النوبات، وقد تأخذ نوبات الصرع أشكالاً متعددة، وأفضل طريقة لتصنيفها هو مناقشتها مع علماء وأطباء الأعصاب وهكذا فإن النوبات تختلف من حيث الأبعاد التالية:

1. المدة: يمكن أن تستمر النوبة بضع ثوان أو قد تمتد لعدة دقائق.
2. التكرار: قد تظهر النوبة وتكرر كل دقيقة أو كل سنة.

3. ابتداء النوبة: قد تكون بسبب حوافز ومؤثرات أو أسباب غير متعلقة بالبيئة المحيطة وقد تكون أسباب غير متوقعة بتاتا أو ناتجة عن أحاسيس داخلية معينة.
4. الحركة: قد تظهر تشنجات حركية رئيسية أو قد تكون أعراض حركية بسيطة.
5. الأسباب: قد تنتج عن عدة حالات منها ارتفاع درجة الحرارة، التسمم، الرضوض وغيرها من الحالات المذكورة سابقا، ولكن في معظم الحالات تكون الأسباب مجهولة، (Hallanan & Kauffman, 2003).

يحتاج المعلمون وأولياء الأمور إلى معرفة كيفية التصرف عند حدوث النوبة، وبإجاز، يقترح عمل ما يلي: (1) إبعاد الشخص عن الأشياء الخطرة، (2) عدم محاولة وضع أي شيء في فم الشخص، (3) إدارة رأس الشخص إلى أحد الجانبين ليقبى مجرى التنفس مفتوحا، (4) عدم محاولة إيقاف النوبات بالقوة فلا جدوى من ذلك (5) عدم محاولة إيقاف النوبات بالقوة فلا جدوى من ذلك، (6) عدم استدعاء الطبيب أو نقل الشخص إلى المستشفى إلا إذا حدث لديه نوبة طويلة المدة أو نوبة تلو أخرى.

إضرابات العمود الفقري (Spina Bifida)

تمثل حالات اضطرابات العمود الفقري مظهرا آخر مميّزا من مظاهر الإعاقة الحركية، وذلك نتيجة لما يتصل لهذا الاضطراب من خلل في القدرة الحركية للفرد، ويقصد باضطرابات العمود الفقري، ذلك الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من منطقة الرأس وحتى نهاية العمود الفقري، وتبدو مظاهر ذلك، كما يذكرها هالاهاان وكوفمان (Hallanan & Kauffman, 2003) فيما يلي:

1. تباعد فقرات العمود الفقري عن بعضها (Spain Bifida Occulta).
2. بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي لا يحتوي أنسجة عصبية، وتعرف هذه الحالة باسم (Spina Bifida with Meningocele).
3. بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي يحتوي أنسجة عصبية، وتعرف هذه الحالة باسم (Spina Bifida with Meningomyelocele).

وقد ترتبط حالات اضطرابات العمود الفقري بمجالات أخرى مثل حالة استسقاء الدماغ (Hydrocephalus) والتي تمثل شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية، كما قد ترتبط بمجالات التهابات الدماغ أو العمود الفقري (Meningites). وتعتبر أسباب إضرابات العمود الفقري غير معروفة. (الروسان، 2014).

العمود الفقري المفتوح (Spina Bifida)

هو تشوه وُلادي بالغ الخطورة ينتج عن عدم انسداد القناة العصبية أثناء مرحلة التخلق بشكل طبيعي تبلغ نسبة انتشاره حوالي (2) في (1000) وهو يأخذ ثلاثة أشكال رئيسية هي:

1. العمود الفقري المفتوح غير الظاهر (Occulta) وهذا النوع لا ينجم عنه أي مضاعفات.
2. الكيس السحائي (Meningocele) ويتشكل فيه كيس خارج الظهر يحتوي على أغشية السحايا ولكن الحبل الشوكي يكون طبيعياً.
3. الكيس السحائي الشوكي (Myelomeningocele) وفيه يبرز جزء من الحبل الشوكي والأعصاب خارج الفتحة في العمود الفقري وهو الأكثر خطورة من بين أنواع العمود الفقري المفتوح.

إن أسباب العمود الفقري المفتوح لا تزال غير مفهومة جيداً، وإن كان يعتقد عموماً، أنه ينتج عن تفاعل عوامل جينية مع عوامل بيئية في مرحلة ما قبل الولادة، كما يعتقد أن نسبة ضئيلة جداً من الحالات قد تكون وراثية. (الخطيب، 1998).

إصابات الحبل الشوكي (Spinal Cord Injuries)

الحبل الشوكي جزء من الجهاز العصبي المركزي (Central Nervous System) يوصل الرسائل الحسية من أعضاء الجسم إلى الدماغ وينقل الرسائل الحركية من الدماغ إلى أجزاء الجسم، ولذلك فإن إصابته تؤدي إلى ضعف حسي وضعف حركي في الأجزاء التي تقع أسفل موقع الإصابة، ويتكون الحبل الشوكي من 8 قطاعات عنقية، 12 صدرية، 15 قطنية، 5 عجزية، وواحدة عصعصية). وينشق عن الحبل الشوكي (31) زوجاً من الأعصاب يتألف كل زوج منها من عصب حسي وآخر

حركي، وبما أن الإصابة في الحبل الشوكي قد تكون كلية أو جزئية فلإن الضعف الحسي بدوره قد يكون كاملا وقد يكون غير كامل، وكلما كان موقع الإصابة في الحبل الشوكي أعلى، كانت تأثيراتها أكبر، فالإصابة الكلية في المنطقة العنقية تؤدي إلى شلل رباعي في حين أن الإصابة في الأجزاء السفلى تؤدي إلى شلل سفلي، وتنتج هذه الإصابات عن عوامل متنوعة مثل: حوادث الطرق، والألعاب الرياضية العنيفة، والسقوط من أماكن مرتفعة، والأعيرة النارية، والطعن بأدوات حادة، كذلك قد تنتج إصابات الحبل الشوكي عن تشوهات خلقية وأمراض متنوعة منها: شلل الأطفال، والعمود الفقري المفتوح، والتصلب المتعدد، والضمور العضلي الشوكي، والتقوس المفصلي، وإضافة إلى المضاعفات الصحية، ثمة مضاعفات نفسية، ومهنية، وتربوية لإصابات الحبل الشوكي يجب التعامل معها. (الخطيب وآخرون، 2007)

الاستسقاء الدماغي (Hydrocephaly)

هو تجمع غير طبيعي للسائل المخي الشوكي قد يحدث بسبب التشوهات. ومن أهم التشوهات التي تقود إلى الاستسقاء الدماغي العمود الفقري المفتوح، وإضافة إلى التشوهات الولادية هناك أسباب أخرى تكمن وراء الاستسقاء الدماغي فهو قد يحدث بسبب النزيف، والأورام، والإصابات الدماغية، والالتهابات.

وقد ينجم عن الاستسقاء مضاعفات خطيرة، فتجمع السائل المخي الشوكي يؤدي إلى توسع حجيرات الدماغ وذلك يقود إلى الضغط على الخلايا العصبية الدماغية وبالتالي تلف الدماغ، وذلك بدوره قد يقود إلى التخلف العقلي والشلل والنوبات التشنجية والضعف البصري إذا لم تتم المعالجة مبكرا جدا، كذلك فلإن التجمع المفرط للسائل قد يؤدي إلى توسع حجم الجمجمة. (الخطيب والحديدي، 2004).

شلل الأطفال (Poliomyelitis)

يعتبر شلل الأطفال شكلا آخر من أشكال الإعاقة الحركية، إذ تؤدي الإصابة بهذا المرض إلى اضطرابات النمو الحركي للفرد، وتحدث مثل هذه الحالة نتيجة لفيروس الشلل الذي يصيب الدماغ، أو الخلايا في العمود الفقري، وتبدو مظاهر هذه

الحالة في الضعف العام، أو التشنج، والشلل العام، وقد لا يؤدي فيروس مرض الشلل هذا إلى الإعاقة العقلية، ولذا فقد يلتحق الأطفال المصابون بهذا المرض في المدارس العادية، وقد تناقص عدد حالات الأطفال المصابين بشلل الأطفال اليوم وذلك بسبب اكتشاف المطاعيم المضادة لهذا الفيروس، والذي يعطى للأطفال عادة في سن مبكرة. (الروسان، 2014)

التصلب المتعدد (Multiple Sclerosis)

على الرغم من أن هذا المرض يعاني منه الراشدون إلا أنه قد يصيب الأطفال أيضا، وهو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي من خصائصه فقدان البصري المفاجئ، وفقدان التوازن، والدوار، والضعف الحسي العام، وربما الصداع والتقيؤ، والخلل الرئيسي فيه موجود في الأغشية الميالينية في الخلايا العصبية في المخ، أو المخيخ، أو جذع الدماغ، أو الحبل الشوكي، ولا تعرف أسبابه بدقة، إلا إن الاعتقاد هو أن العوامل الوراثية والالتهابات الفيروسية قد تلعب دورا في هذا الخصوص. (الروسان، 2014)

إصابات الجهاز العظمي والعضلي

الضمور العضلي الشوكي (Spinal Muscular Atrophy)

الضمور العضلي الشوكي هو أحد أمراض الحبل الشوكي يحدث فيه تنكس مطرد في الخلايا العصبية الحركية في الخلايا الشوكية، ومن أهم أعراض هذا المرض الضعف المتزايد في العضلات القريبة من الحبل الشوكي كعضلات الحوض والكتفين والظهر وتشته أعراض الضمور العضلي أعراض الحثل العضلي. (الخطيب والحديدي، 2004).

الحثل العضلي (Muscular Dystrophy)

هو مرض عضلي وراثي من أكثر أشكاله خطورة وشيوعا حثل دوشين (Duchene's Dystrophy) الذي يصيب الذكور وينتقل إليهم كصفة محمولة على الكروموسوم الجنسي، وفيه يبقى الطفل طبيعيا إلى أن يبلغ الثالثة أو الرابعة من عمره حيث يبدأ الضعف في عضلات اليدين والرجلين بالظهور (الخطيب، 1998). ويتفاقم

هذا الضعف بسرعة مما يؤدي إلى عدم قدرة الطفل على الوقوف والتنقل عند بلوغه العاشرة من عمره تقريبا. (الخطيب وآخرون، 2007)

وهن أو ضمور العضلات (Muscular Dystrophy)

تمثل حالات وهن أو ضمور العضلات شكلا آخر من أشكال الإعاقة الحركية وذلك لما يتصل بهذه الحالات ومن خلل واضح في القدرة الحركية للفرد، ويقصد بوهن أو ضمور العضلات، ذلك الضعف العام الذي يصيب الجسم والذي يبدأ من القدمين ويستمر تدريجيا نحو منطقة الرأس أو العكس، وتبدو مظاهر هذه الحالة في ضعف العضلات أو اضمحلالها التدريجي، والتي قد تظهر منذ العام الأول للولادة، وغالبا ما يحتاج الطفل الذي يصاب بهذه الحالة إلى كرسي متحرك، وذلك بسبب صعوبة اعتماد الطفل على نفسه في الانتقال من مكان إلى آخر، وقد تصاحب مثل هذه الحالات بحالة من الإعاقة العقلية، وتعتبر حالات وهن العضلات من الحالات الوراثية. (الروسان، 2014).

تشوه وبتر الأطراف (Amputation)

تشوه وبتر الأطراف يتضمن فقدان جزء من أحد الأطراف (Amelia)، أو فقدان معظم أو جميع الأطراف (Hemimelia)، وصغر حجم أحد الأطراف بشكل واضح (Phocomelia).

وتحدث إصابة تشوه وبتر الأطراف بنسبة كبيرة في الأطراف العليا مقارنة بالأطراف السفلى، وتكون في الوراثية غير معروفة وتصل إلى حوالي 75٪ من حالات تشوه الأطراف، وخاصة في الشهر الأول من عمر الجنين. ونتيجة لهذه الأسباب يمكن أن يفقد أحد الأطراف جزئياً أو كلياً أو أن تكون الإصابة شاملة لأكثر من طرف واحد. (السرطاوي، الصمادي، 2014).

ويرى (الخطيب، 1998) أن البتر نوعان: ولادي ومكتسب. وتصنف حالات البتر طبيعياً لأنواع مختلفة تبعاً لموقع البتر ومداه.

أسباب تشوه وبتر الأطراف هي كما يلي:

1. إصابة الأم بالحصبة الألمانية.

2. إصابة الأم بالمواد الكيماوية.
3. تعرض الأم الحامل للأشعة.
4. تعاطي الأم الحامل للمخدرات أو بعض الأدوية المهدئة.
5. الإصابة ببعض الأمراض المزمنة والخطيرة تتطلب إجراء الجراحة وبتر الطرف المصاب مثل مرض السرطان والسكري أو أمراض الدورة الدموية.
6. الحوادث والإصابات والحروق.

أشكال تشوه وبتر الأطراف

1. الطرف العلوي.
2. الطرف السفلي.
3. الطرف العلوي مع الطرف السفلي.
4. الطرفان العلويان.
5. الطرفان السفليان.
6. صغر وضمور طرف أو أكثر بشكل واضح (مسعود، 2002).

علاج تشوه وبتر الأطراف

1. العلاج الطبي.
 2. استبدال أطراف صناعية بالطرف أو الأطراف المصابة.
 3. العلاج الطبيعي. (السرطاوي، الصمادي، 2014).
- ويرى (الخطيب، 1998) أن العلاج الوحيد لحالات البتر هو استخدام الأطراف الاصطناعية (Prosthesis).

ويتوقف نجاح العلاج على عدة عوامل ومنها:

1. حدة الإصابة.
2. عمر الفرد المصاب.
3. عدد الأطراف المصابة.

4. وقت حدوث الإصابة.

5. تدخل العلاج المبكر.

ويرى (الطريقي، 1994) أن تقرير ما يمكن عمله بالنسبة إلى طفل تم بتر أحد أعضائه يعتمد على عدد من العوامل بما في ذلك سن الطفل عند البتر ومقدار البتر وفوق ذلك معرفة ما يرغب فيه الطفل وذووه بهذا الشأن.

النواحي النفسية والتربوية لحالات تشوه وبتر الأطراف

يرى (الخطيب، 1998) أن الأداء العقلي العام للأفراد الذين لديهم بتر ولادي أو مكتسب لا يختلف عن أداء الأفراد الآخرين. ولكن البتر قد يؤثر على الثقة النفسية للفرد وعليه ينبغي توفير الظروف المناسبة للاعتماد على النفس والثقة بالذات.

تشوه القدم (Club Foot)

يغلب على هذه الإصابة العوامل الوراثية، حيث ظهرت الإصابة عند الطفل بعد ميلاده. تزداد الإصابة عند الذكور منها عند الإناث، كما أنها قد تحت لدى كبار السن والبالغين كنتيجة لالتهاب المفاصل والقدم. ويذكر (الطريقي، 1994) أن بين كل ألف مولود يأتي ثلاثة أطفال لديهم تشوه خلقي بالقدم وأحياناً تكون الحالة موجودة ضمن العائلة ولكن الأسباب غير معروفة عادة وقد نجد أحياناً أن قدم الطفل المولود حديثاً تتجه نحو الداخل والسبب هو أن القدم كانت على ذلك الوضع في رحم الأم.

قد يولد الطفل ولديه تشوه بأحد الجوانب أو في الجانبين، ولدى القيام بالفحص السريري لهذا التشوه يلاحظ صعوبة إصلاح التشوه. (السرطاوي، الصمادي، 2014). وحول هذا الموضوع يذكر (الخطيب، 1998). إن تشوهات القدم تشكل مصدر إزعاج كبير لأسر كثيرة، وتتعرض لإساءة فهم ومحاولات علاجية لا تستند إلى الحقائق العلمية. وعلى أي حال، فإن معظم اضطرابات القدم البسيطة وقابلة لتصحيح.

هذا وتختلف الإصابة بتشوهات القدم عن التشوهات التي تحدث بسبب الإصابات الأخرى، كشلل الأطفال وفتوق السحايا.

إن عدم معالجة تشوه القدم في وقت مناسب يحدث مضاعفات تشمل إصابة العظام والمفاصل لعنق القدم ومشطه، إضافة إلى تغيرات جلدية متعددة.

علاج تشوه القدم

1. العلاج بالثبیت.
2. العلاج بالجراحة. (السرطاوي، الصمادي، 2014)

شق الحلق والشفة (Lip and Palate cleft)

الشق يعني وجود فتحة في الشفة أو في سقف الحلق أو في الجزء الخلفي للّفم. وهذه تكون موجودة في المرحلة الأولى من حياة الجنين إلا أنها تغلق عند الولادة. ولكن ذلك لا يحدث دائماً، فبقى الفتحات موجودة لدى طفل كم كل (700) طفل. (الخطيب، 1998).

يعتبر شق الحلق والشفة من أكثر العيوب الخلقية التي تحدث في منطقة الوجه. (Ivor G. Chestnutt, John Gibson, 2002).

أسبابه

سبب هذه الإصابة غير معروف ولكنه قد يرجع لأسباب وراثية وبيئية أو أنه ينتج كإصابة ثانوية لبعض الأمراض.

أنواعه

1. شق الشفاه والحلق: ويكون بأحد الجوانب أو الجانبين معاً وقد يكون مصحوب بشق في الحلق وقد لا يكون.
2. شق الحلق: وهذا النوع يحدث في الحلق فقط.

طريقة العلاج

تعالج هذه الحالات عن طريق العمليات الجراحية التي تعتمد على توقيتها ونوعها على عدد من العوامل، منها طبيعة التشوه وصحة الطفل وحكمة الجراح. (الخطيب، 1998).

وفي حالة الإصابة بشق الحلق، فإنه لا يوصى بإجراء العمليات الجراحية في الأشهر الأول من عمر الطفل.

ويعتبر أخصائي علاج النطق من أكثر الاختصاصيين فاعلية بعد إجراء العملية الجراحية، حيث أنه يقوم بتدريب الطفل على النطق السليم وتصحيح مخارج الأصوات، والتقليل من صعوبات النطق والكلام. (السرطاوي، الصمادي، 2014)

خلع الورك الولادي (Congenital Dislocation of Hips)

يحدث عادة لحديثي الولادة عندما يكون عظم الفخذ في الورك خارج تجويفه، وإذا ما تم تشخيصه الصحيح في الأشهر الأولى من عمر الطفل وتحت معالجته فإن النتائج سوف تكون جيدة. ويصاب بالخلع عند الإناث والذكور ولكن نسبة إصابة الإناث تفوق الذكور وذلك بسبب وجود هرمونات تسبب ارتخاء المفاصل عند الإناث تجعلها أكثر عرضة لخلع الورك. (السرطاوي، الصمادي، 2014).

ويذكر (الطريقي، 1994) أن الورك تنخلع إذا خرج عظم الفخذ من تجويفه عند الورك وقد يولد بعض الأطفال وأحد الوركين أو كلاهما مخلوعان وهؤلاء الأطفال الذين لا توجد عندهم مشاكل أخرى يمكن معالجته مشكلة الورك بسهولة إذا تمت المعالجة بصورة مبكرة، لذلك من المهم إن يفحص الطفل بعد عشرة أيام من الولادة لمعرفة ما إذا كان عنده ورك مخلوعة أم لا.

أسباب خلع الورك

1. العامل الوراثي.
2. تعرض الأطراف السفلى للجنين أثناء الولادة للضغط.
3. نقص السائل الامنيوسي، وخاصة في حال الطفل الأول.
4. أسباب بيئية تتعلق بطرق التعامل مع الطفل والعناية به.

أنواع خلع الورك الولادي

1. خلع الورك الولادي المبكر جدا: يحدث هذا النوع بعد الولادة حتى سن الستة أشهر، في هذا النوع لا تكون مظاهر الخلع واضحة. وتجدر الإشارة هنا إلى أن

الفحص السريري في هذا النوع من الخلع مهم إذ أن الصور الشعاعية لا تظهر الخلع في الأعمار المبكرة. تعالج هذا النوع من الخلع بزيادة الحفاظات بين فخذَي الطفل أو استخدام الأربطة الطبية وتدريب الأم على استخدام تلك الأربطة مع الطفل.

2. خلع الورك الولادي المبكر: يحدث بعد الستة أشهر من عمر الطفل وحتى السنة. يختلف هذا النوع باختلاف طبيعة الإصابة. هل هي في جانب واحد أو في جانبيين ولكنها تكون أوضح في حالة الخلع في جانب واحد. وفي ما يلي المظاهر السريرية في كل نوع:

أ. الخلع الوركي الأحادي (Unilateral): ومن الدلالات السريرية لهذه الحالة وجود تجمع في الجلد في منطقة الفخذ بالجهة الإنسية وهذه التجمعات لا تكون مائلة في الجانبين، قصر أحد الأطراف التي حدث فيها الخلع، محدودية أبعاد حركة الوركين، وجود حركة غير طبيعية لعظم الفخذ، العرج في حالة المشي.

ب. الخلع الوركي الثنائي (Bilateral): ومن الدلالات على ذلك مظهر الطرفين في الجسم متشابه، التأخر في المشي وإذا مشى الطفل فمشيه يشبه مشي البطة، وجود تجمعات جلدية في الفخذين بشكل متساو، محدودية أبعاد الطرفين، وفي هذه الحالة يمكن الاعتماد على الصور الشعاعية في كشف الخلع الوركي.

يتضمن علاج هذا النوع: رد الخلع وتمديد العضلات والأنسجة، رد الخلع جراحياً (Reduction)، التثبيت (Immobilisation) باستخدام الجبس لمدة تتراوح بين 6-18 شهراً. وتكون عظمتا الفخذ مع الجسم بزواوية قائمة.

ج. الخلع الوركي المتأخر: ويكون عمر الطفل بين 2-5 سنوات والتشخيص في هذا العمر يكون سهلاً إلا أن العلاج أصعب وذلك لأن التغيرات التي تحدث في العضلات والأربطة والأنسجة قاسية وقابليتها للرد تكون صعبة. يتميز الطفل المصاب بالخلع في هذا العمر بالمشي والعرج، وقصر طرف دون آخر

وإلى محدودية حركة تعيد الورك ويظهر ذلك واضح عند استخدام الصور الشعاعية.

يتضمن العلاج في هذه المرحلة: التغلب على الأعضاء القصيرة والعضلات والأربطة والأنسجة القاسية باستخدام التمديد الدعم، الرد المغلق، ويكون صعباً بسبب ضيق أو قصر العضلات لذلك يتم الجواء إلى طرق أخرى مثل الرد الجراحي، الرد المفتوح باستخدام الجراحة (Open Reduction)، معالجة التغيرات الثانوية التي تنشأ عن عدم التدخل العلاجي.

د. الخلع الوركى المتأخر جداً: عندما يكون عمر الطفل أكبر من 5 سنوات والتشخيص بحد ذاته سهل في هذا العمر ولكن العلاج صعب وذلك بسبب حدوث التغيرات الثانوية في منطقة الخلع.

والعلاج الأساسي يكمن في الأجراء الجراحي وفي الأغلب تكون نتائجه غير مضمونه، أما في الأعمار الكبيرة والتي يزيد فيها عمر الفرد عن 20 سنة فيمكن الجواء إلى تثبيت المفصل أو استبداله وذلك بسبب التآكل الذي يحدث في المفصل والذي يألم المصاب. (السرطاوي، الصمادي، 2014).

طريقة العلاج

إن الاكتشاف المبكر والتدخل العلاجي في الخلع الوركى الولادي يعتبر حاسماً ذلك أن المعالجة في الأعمار المبكرة لا تستدعي الإجراءات سهلة واستخدام بعض الأجهزة وأدوات التي ترد الخلع وتكون في العادة نتائجها مضمونة. أما عندما يتأخر تشخيص الخلع وتتم المعالجة في عمر أكبر، فإن الإجراءات العلاجية تعتمد على الجراحة وتصحيح الآثار الجانبية للخلع وتكون النتائج على الأغلب غير مضمونة. (السرطاوي، الصمادي، 2014).

انحناءات العمود الفقري - الجنف (Scoliosis)

الجنف هو اضطراب يحدث فيه ميلان جانبي في العمود الفقري. وهذا الميلان قد يكون وظيفياً (Functional) بمعنى أنه ينتج عن الأوضاع الجسمية الخاطئة أو عن قصر احد الرجلين وقد يكون بنوياً (Structural) بمعنى أنه ينتج عن خلل في عظام

العمود الفقري نفسه. والميلان الوظيفي قابل لتصحيح من قبل الفرد نفسه وليس له تأثيرات خطيرة وفي حالة الميلان البنائي ليس قابل لتصحيح من قبل الطفل وقد يقود إلى تشوهات خطيرة. وغالباً ما يكون الميلان في العمود الفقري في المنطقة الصدرية ويكون وذلك فإن أحد جانبي الجسم يكون أعلى من الآخر.

ويكون الجنف أكثر شيوعاً لدى الإناث منه لدى الذكور حيث تبلغ النسبة حوالي 1:8 للإناث وتوضح أعراض هذا المرض في سن المراهقة. ومن مؤشرات عدم تساوي ارتفاع الكتفين أو الحوض. وغالباً ما يتم تأكيد من خلال الأشعة السينية. (الخطيب، 1998).

أنواع ميلان العمود الفقري

1. الميلان والانحراف الوضعي (Postural): وهو غير ترميضي ويمكن أن يتم الشفاء منه ويظهر فيه انحناء جانبي بدون انحناء العمود الفقري.
2. الميلان والانحراف التركيبي (Structural): ويظهر فيه انحناء جانبي ودوران في العمود الفقري وهو تشوه ثابت تقريباً ومن الصعب تعديله.
3. الميلان والانحراف التوازني (Compensate): وفيه يكون الكتفان على نفس المستوى وموازبان للحوض.
4. الميلان والانحراف غير التوازني (Gecompensated): وفيه يكون الكتفان ليسا على نفس المستوى، وانحراف الجذع إلى احد الجانبين إما الأيمن أو الأيسر.

ويمكن تصنيف ميلان وانحراف العمود الفقري أيضاً إلى الأنواع التالية:

1. الميلان والانحراف ذاتي العلة (Idiopathic): يصيب الفرد في مراحل عمرية مختلفة في مرحلة الطفولة المبكرة، والطفولة، والمراهقة، والبلوغ. وأكثرها شيوعاً هو الذي يحدث في مرحلة المراهقة، وهو أكثر حدوثاً لدى الإناث منه لدى الذكور. ويعتبر العامل الوراثي والعائلي من أهم أسبابه. وقد يتطور الميلان من بسيط إلى شديد وقد يؤدي إلى إعاقة جسمية.
2. ميلان وانحراف العمود الفقري الخلقي (Congenital): التشوهات الخلقية في الفقرات العمودية تؤدي إلى تشوهات عند الولادة وعلاجها في هذه الحالة

صعب. وهذا النوع من الميلان والانحراف يكون متوسط الشدة ولكنه يمكن أن يزداد سوءاً.

3. ميلان وانحراف العمود الفقري عصبي المنشأ (Neurogenic): يكون هذا الميلان على الأغلب مسبباً من شلل الأطفال إذ أن الشلل يؤدي إلى إنحناءات شديدة قد تصيب العمود الفقري وتكون الإصابة في هذه الحالة شديدة وتحتاج على الأغلب إلى الجراحة.

4. ميلان وانحراف العمود الفقري العضلي (Myopathic): أن حصول اضطرابات في العضلات تؤدي في بعض الأحيان إلى رخاوة في العضلات. فإن الأمراض التي تصيب الأربطة والمفاصل يمكن أن تحدث الميلان والانحراف.

التدخل العلاجي لميلان وانحراف العمود الفقري (treatment)

يعتمد على شدة الانحراف أو الميلان ففي الحالات البسيطة والمتوسطة يمكن الجوء إلى التدريبات واستخدام أجهزة التصحيح والتقويم. أما في الحالات الشديدة فإن المصاب بحاجة إلى تدخل جراحي لتصحيح الميلان باستخدام الأساليب الطبية الحديثة في معالجة تلك الحالات ومن الوسائل التي تستخدم مع المصابين بشكل عام ما يلي:

1. تمارين التنفس الصدري والانحناء والميل إلى الجانب المحذب.
2. عدم حمل ثقل في الطرف المصاب والنوم على الجانب المقعر.
3. التصحيح باستخدام قوالب الصحيح (Correcting Casts) وذلك لمنع التواء في مرحلة الطفولة من التقدم والتحول إلى الأسوأ.
4. تثبيت العمود الفقري في الوضعية المصلحة جراحياً.
5. العمليات الجراحية (Surgery) والتي يحتاج لها المصاب إذا كان الانحناء بدرجة شديدة ويزيد من التشوه. (السرطاوي، الصمادي، 2014).

المحناءات العمود الفقري - الحذب (Kyphosis)

الظهر الأحدب (Hunchback) هو حالة اضطراب يكون الظهر فيها منحنيا إلى الخلف في منطقة الصدر. (الخطيب، 1998)

المحناءات العمود الفقري - البرزخ (Lordosis)

البرزخ أو العمود الفقري المندفع إلى الأمام Swayback هو اضطراب يحدث في المنطقة القطنية في العمود الفقري قد ينتج عن بعض الاضطرابات الأخرى التي يحدث فيها ضعف في العضلات. (الخطيب، 1998).

مرض لج - كالف - بيرثز (Legg - Calve - Perthes Disease)

هو مرض عظمي يحدث فيه تلف في الجزء العلوي من عظمة الفخذ بسبب نقص كميات الدم التي تصل إليه، ويمثل هذا المرض عجزا مؤقتا وليس مزمنًا إذا تمت معالجته في الوقت المناسب وبالطرق الملائمة، ولأن مراكز النمو موجودة في نهايات العظام فإن العظمة المصابة في هذا المرض تصبح نحيفة ومشوهة، ويعتقد أن الاضطرابات الهرمونية، والوراثية، والالتهابات، والإصابات الجسمية القوية تكمن وراءه، وهذا المرض أكثر ما يكون شيوعا بين الذكور في المرحلة العمرية من (4 - 10) سنوات وبني قصر القامة. (الخطيب وآخرون، 2007)

التهاب الفقرات الدرني (Potts Disease)

وهو إصابة العمود الفقري بالالتهاب وأكثر المناطق إصابة هي المنطقة العلوية للعمود القطنية السفلية للعمود الظهرية والذي يتسبب في تخريب وتلف تدريجي في فقرات العمود الفقري وحدوث المحلال موضعي ي جيم الفقرة من الجهة الأمامية مع هشاشة في المنطقة المصابة، ومع مرور الوقت يؤدي إلى حدوث تحذب في الظهر.

أعراض ودلالات التهاب الفقرات الدرني

1. آلام في العمود الفقري تكون أشد في حالة الوقوف والجلوس.
2. فقدان الشهية للطعام.
3. ارتفاع درجة الحرارة والتعرق ليلاً www.uiowa.edu.

4. ضعف في حركة الطرفين السفليين.
5. تيبس في العمود الفقري وتجنب ثني الظهر.
6. ظهور تحدب في الظهر.
7. تظهر الصور الشعاعية تآكل في جيم الفقرة الأمامي. وهشاشة في عظم المنطقة المصابة

علاج التهاب الفقرات الدرني

1. استخدام أجهزة التثبيت الطبية.
 2. استخدام جهاز جبسي لإراحة العمود الفقري.
 3. الأدوية والعقاقير الطبية.
 4. العمليات الجراحية للأشخاص البالغين من أجل تثبيت العمود الفقري.
- أما الأعراض المرضية للشلل النصفى بسبب التهاب الفقرات الدرني فهي:
1. عدم انتظام حركي مع ضعف في الأطراف السفلية.
 2. المنعكسان الوترية قوية.
 3. تشنجات عضلية مؤلمة.
 4. اضطرابات حسية في الطرفين السفليين.
 5. حدوث تنميل في الطرفين السفليين.
 6. فرط حساسية.
 7. مشكلات بالجهاز البولي.
 8. كما يمكن أن يعاني المصاب من الإمساك. (السرطاوي، الصمادي، 2014).

التهاب المفاصل الدرني (Tuberculosis arthritis)

وهي التهاب حدث في المفاصل، وخاصة مفصل الورك والركبة والمفصل الحرقفي العجزي، وعادة ما يصاب الفرد بأحدها ولكن من الممكن أن يصاب أي

مفصل في الجسم بالتدرن. تبدأ الإصابة الغشاء المصلي عن طريق الدم أو عن طريق إصابة العظم. وبعد ذلك ينتقل التهاب إلى المفصل وتشكل بالتالي خراجات.

الأعراض والدلالات المرضية لالتهاب المفاصل الدرني

1. حدوث ألم في المنطقة المصابة وخاصة في الليل.
2. العرج أثناء المشي.
3. وضعية غير طبيعية في المنطقة المصابة.
4. ضمور في العضلات.
5. ورم في المفصل المصاب.
6. وجود خراج مومج أو ناسور.
7. محدودية الحركة المفصالية.
8. سخونة المفصل وشحوب لونه.
9. تشوهات مفصالية بسبب التشنج العضلي الدائم أو التلف في العظم.

علاج التهاب المفصل الدرني

1. إراحة المفصل المصاب.
2. الأدوية والعقاقير الطبية.
3. تثبيت المفصل في الوضعية المناسبة.
4. العلاج بالجراحة للخراجات والتشوهات المفصالية. (السرطاوي، الصمادي، 2014).

تلين العظام (Osteomalacia)

يحدث بسبب نقص في تركيز الكلس في العظم الناتج عن اضطراب في استقلاب الكلس مما يجعل العظام هشه قابلة للانحناء.

تتميز أعراض ودلالات المرض مما يلي:

1. آلام في الطرفين السفليين والظهر.

2. حدوث حذب تدريجي.
3. تشوه العظام الطويلة وانحنائها.
4. الضعف العضلي.
5. فقدان الشهية ونقص الوزن.

أسباب تلين العظام

1. سوء الامتصاص في الأمعاء الناتج من عوامل متعددة.
2. القصور الكلوي المزمن وما يرافقه من نقص في كلس الدم.
3. نقص فيتامين (د).

ولين العظام نوعان:

1. لين العظام الولادي: وهو أشد خطورة حيث إن معظم الأطفال يموتون مبكراً جداً.
2. لين العظام الذي يحدث بعد الولادة. (الخطيب، 1998).

علاج تلين العظام

1. الراحة للجسم من حركة تدريجية واستعمال المسكنات للألام.
 2. إضافة الكلس وفيتامين (د).
 3. استخدام الداعمات والحافظات.
 4. العلاج الجراحي لمعالجة آثار تلين العظام. www.naseejoha.com
- إن تحديد السبب الأولي الذي ينتج عنه تلين العظام هام في اختيار العلاج. (السرطاوي، الصمادي، 2014).

ترقق العظام (Osteomalacia)

وهو نقص كمية المادة الأساسية للعظم في الجسم بسبب خلل في النسيج العظمي، والذي يكون طبيعياً في مظهره، وانخفاض كمي في إجمالي العظم الذي يحوي

على المعادن. وهذه الإصابة تؤدي إلى عجز العظم عن القيام بالوظائف الفيزيائية المتوقعة وضعف مقاومته لدعم وإسناد الجسم. (السرطاوي، الصمادي، 2014).
 هناك أنواع معددة لترقق العظام ومن أهمها:

1. ترقق العظام بسبب عدم الاستعمال (Disuse): إن عدم القيام بالنشاط وبالتالي عدم استخدام أي جزء من أجزاء الجسم قد يؤدي إلى الضمور على الرغم من أنه هناك حالات تجبر الفرد عن عدم القيام بنشاط، إما بسبب إصابة أو إصلاح تلك الإصابة مثل حالات الشلل التي يعرض لها الفرد والالتهابات الموضعية التي يتعرض لها، وكذلك عمليات التثبيت التي تجري في الأطراف وغيرها، مما يجعل ترقق العظام في مثل تلك الحالات ثانوياً.
2. ترقق العظام الهرموني (Hormonal): وينشأ هذا النوع بسبب اضطرابات هرمونية تؤدي إلى إصابة العظم مثل فرط إفراز الغدة الدرقية والغدة النخامية واستعمال الكورتيزون لمدة طويلة. بالإضافة إلى نقص في الهرمونات الجنسية.
3. ترقق العظام الأولي (Primary): وهو ترقق ذاتي يحصل من تراكم عوامل متعددة، ومن أهم مسبباته نقص التغذية، ضعف النشاط الجسمي كما في حالة الشيخوخة، بالإضافة إلى الخلل الهرموني. يحدث هذا النوع من ترقق العظام في الشيخوخة عند كل من الذكور والإناث ويكثر عند الإناث بعد انقطاع الدورة الشهرية.

عند الإصابة بترقق العظام هناك احتمال كبير في أن تتعرض العظام إلى الكسور وذلك بسبب هشاشتها.

علاج ترقق العظام

مع أنه لا يوجد علاج شاف لهذه الإصابة، إلا أنه يمكن استخدام بعض الأدوية التي تعمل على بناء العظام والفيتامينات. في حالة ترقق العظام الذي يكون مسبباً اضطرابات هرمونية فإنه يصعب علاج مثل تلك الاضطرابات. أما في حالة ترقق العظام بسبب عدم الاستعمال فتتم معالجته عن طريق التدريبات أو القيام بنشاطات جسمية تحت إشراف المعالجين الطبيعيين. (السرطاوي، الصمادي، 2014).

التهاب المفاصل (Artherities)

تؤدي إصابة التهاب المفاصل وخاصة المزمنة منها إلى إتلاف العظام والأنسجة والأوعية الدموية المحيطة بها وإتلاف الغضاريف والأعصاب. وتتميز هذه الإصابة بتورم المفاصل والأنسجة والتهابها، مما يؤدي إلى ألم مستمر وتيبس في الأطراف المصابة، وبالتالي حدوث تشوهات جسدية وعاهات دائمة.

أسباب التهاب المفاصل

يصاب الفرد بالتهابات المفاصل عن طريق الجراثيم التي تنتقل بعدة طرق ومن هذه الطرق ما يلي:

1. عن طريق الدم حيث يتسبب بوجود بؤرة التهابية.
2. عن طريق الدخول المباشر إلى المفصل بسبب أحد الجروح أو الكسور.
3. عن طريق انتشاره من العظم أو جزء قريب من المفصل.

ويصيب التهاب المفاصل الأطفال والبالغين، ويحدث الالتهاب في أي مفصل وخاصة الكبيرة منها. في بداية الالتهاب يتم التأثير على الغشاء المفصلي ثم بعد ذلك تفرز الجراثيم إنزيمات من شأنها إتلاف الغضروف المفصلي وتفككه، مما يعزل الغضروف عن السائل المفصلي والذي يؤدي بدوره إلى الإصابة.

ويعتبر التهاب المفاصل لدى الأحداث (Juvenile Rheumatoid Arthritis) أحد أمراض التهابات المفاصل التي تصيب الأحداث حيث لا يعرف سببها بدقة. قد يحدث ذلك لمفصل واحد أو لعدة مفاصل. وإن هذا النوع من الالتهاب غالباً ما لا يظهر قبل بلوغ الطفل 16 سنة من عمره. وهو أكثر انتشاراً وبشكل ملحوظ لدى الإناث منه لدى الذكور. ويحدث اختفاء كامل للأعراض المرضية لدى ما نسبته 10-20% من الحالات. ولا يختلف هذا النوع من التهاب المفاصل عن التهاب المفاصل لدى الراشدين من حيث نمط الالتهاب. (الخطيب، 1998).

تشخص التهابات مفاصل سريريًا والدلالات المرضية لالتهاب المفاصل ما يلي:

1. آلام شديدة في المفاصل.

2. عجز المصاب عن تحريك مفصله بسبب الآلام.
3. ارتفاع في درجة حرارة المريض.
4. ازدياد في معدل ضربات القلب.
5. سوء الحالة العامة وحالة الإعياء.
6. تورم في المفصل المصاب ولون الجلد أحمر.
7. شعور المصاب بالألم عند جسسه أو الضغط عليه.
8. يأخذ المفصل وضعية خاصة تسمى بوضعية الراحة أو وضعية السعة، وتختلف الوضعيات من مفصل إلى آخر.
9. فحوصات الدم تدل على وجود الالتهابات.
10. فحوصات التصوير الشعاعي تدل على وجود الالتهابات أيضاً.

كيف تتم معالجة التهابات المفاصل

إذا بدأ العلاج مبكراً عند اكتشاف الإصابة، فإنه يمنع حدوث التلف في غضاريف المفاصل المصابة ويؤدي ذلك إلى الشفاء التام. أما إذا الالتهابات ولم تعالج مبكراً، فإن العلاج يهدف إلى التخلص من الالتهابات والاحتفاظ بحركة المفصل. وطرق العلاج هي كما يلي:

1. إراحة المريض والإقلال من الجهد المبذول.
2. الجبس وذلك لتثبيت المفصل.
3. الأدوية والعقاقير الطبية.
4. العلاج الجراحي. (السرطاوي، الصمادي، 2014).

التهاب المفاصل الرثوي-الروماتزمي (Rheumatoid Arthritis)

وهو أحد أشكال الالتهابات المفصالية والذي يؤدي إلى تشوهات مفصالية مصحوبة بالآلام قد تحدث على هيئة اشتداد أحياناً وهدوء أحياناً أخرى. وهذا الالتهاب له علاقة بإصابة النسيج الضام، على الرغم من أن الالتهاب المفصلي هو الظاهر. وتبدأ الإصابة بالفيروس الذي يصيب الجسم الذي يفقده في العادة المناعة

الكافية لمقاومة هذا النوع من الفيروس، وتزداد الإصابة سوءاً عندما تحاول أنظمة الجسم الدفاعية المتمثلة في كرات الدم البيضاء التدخل للمقاومة وحماية الجسم من الفيروس، فتصبح معرضاً إلى زيادة حدة الإصابة، بدلاً من حماية الجسم ومنع حدوث الإصابة. (السرطاوي، الصمادي، 2014)

أسباب التهاب المفاصل الرثوي

إن السبب الحقيقي للتهاب المفاصل الرثوي غير معروف، ولكن هناك بعض النظريات التي تؤكد على الطبيعة المناعية كسبب ممكن، بالإضافة إلى أن الوراثة قد يكون لها دور، إن وجدت هذه الإصابة بنسبة أكبر عند أفراد نفس العائلة بهذا الالتهابات للإناث أكثر منها في الذكور، وتكثر الإصابة بعد سن 20-40 سنة ويؤدي التهاب المفاصل الرثوي إلى تشوهات مفصلية تحدث عادة نتيجة للتلف العظمي والغضروفي، وكذلك التشنج العضلي، والضمور العضلي والذي يضعف بدوره العضلات التي تساعدنا على حركة المفاصل وتمزق الأوتار. كما تؤدي تلك الالتهابات إلى إصابة النسيج الضام للعضلات المحيطة بالمفصل مما يؤدي إلى تلفها وحدوث تشنج عضلي فيها، بالإضافة إلى تأثر الجلد وإصابة الجهاز القلبي الوعائي وإصابة الجهاز التنفسي بالتليف.

أعراض ودلالات الإصابة بالتهاب المفاصل الرثوي

1. يشكو المصاب من التعب وعدم الراحة.
2. يفقد المصاب الوزن وترتفع درجة حرارته.
3. آلام موضعية مع تيبس في المفصل المصاب وخاصة في الصباح.
4. احمرار مكان الالتهاب وسخونة المفصل.
5. العجز عن أداء وظيفة المفصل.
6. محدودية حركة المفصل.
7. حدوث تشوهات مفصلية.

تحدث الإصابة بشكل تدريجي على شكل هجمات مرضية تستمر الهجمة شهرين أو ثلاثة أشهر بعدها يشعر المصاب بالتحسن وتبدأ الأعراض تتركز في مفصل آخر، وهكذا حتى يحدث التيبس وتحدث التشنجات والضمور في العضلات في جميع المفاصل. ويمكن التأكد من الإصابة باستخدام الصور الشعاعية والفحوصات المخبرية.

علاج التهاب المفاصل الرثوي

1. الراحة التامة للمريض وخاصة أثناء الهجمة.
2. استخدام المضادات الحيوية لمعالجة الالتهابات التي تحدث.
3. تزويد المريض بالحديد لمعالجة فقر الدم.
4. العلاج بالأدوية والعقاقير الطبية.
5. استخدام الجبائر.
6. استخدام العلاج الطبيعي بالتدليك والتمارين والمياه المعدنية.
7. استخدام الجراحة. (السرطاوي والصمادي، 2014).

الإصابات الصحية

فقر الدم (Anemia)

فقر الدم هو مرض جيني يصيب الخلايا الدموية، ويكثر انتشاره في منطقة البحر المتوسط، ويبدو الطفل المصاب به عادياً عند الولادة، ولكن بعد ذلك بقليل يبدو هزيلًا، فاقدا للشهية، وسريعاً في اكتساب العدوى بأمراض مختلفة، ولا يوجد علاج شاف لهذا المرض لحد الآن، ولكن تتم معالجته من خلال عمليات نقل الدم. (البطايئة والجراح والغوائمة، 2007).

فقر الدم المنجلي (Sickle Cell Anemia)

هو اضطراب وراثي في الدم يضطرب فيه الهيموجلوبين وهو بروتين موجود في كريات الدم الحمراء، وهذا الاضطراب ينتقل كصفة متنحية بمعنى أن أعراضه تظهر على الطفل الذي يأخذ جيناً مضطرباً من الأم والآخر من الأب ويسمى هذا الاضطراب بهذا الاسم لأن كريات الدم الحمراء الدائرية الشكل تصبح طويلة وتأخذ

شكل المنجل وينجم عن هذا الاضطراب صعوبة في انتقال الدم في الأوعية الدموية مما يقود إلى نقص الدم والأكسجين عن أعضاء الجسم، وللتعويض عن هذا النقص ينتج الجسم المزيد من كريات الدم الحمراء (والتي تكون منجلية) مما يؤدي إلى مزيد من الانسداد في الأوعية الدموية ومزيد من نقص الأكسجين. (الخطيب وآخرون، 2007)

الهيموفيليا (Hemophilia)

الهيموفيليا مرض مزمن يسببه نقص في عوامل التخثر في الدم، ورغم أن هذا المرض وراثي فإن أعراضه قد لا تظهر إلا بعد السنة الثانية أو الثالثة من العمر، ولذلك فإنه حتى الجروح البسيطة سواء أكانت خارجية أم داخلية تؤدي إلى نزيف تتوقف شدته على مدى النقص في عوامل التخثر. (الخطيب والحديدي، 2012)

والهيموفيليا نوعان هما: هيموفيليا (أ) الأكثر شيوعاً والأشد خطورة وينتج عن نقص في عامل التخثر رقم (8)، وهيموفيليا (ب) التي تنتج عن نقص في عامل التخثر رقم (9). (Hallahan & Kuffman, 2003)

الثلاسيميا (Thalassemia)

الثلاسيميا اضطراب وراثي ينتقل كصفة جينية متنحية يعاني فيه الشخص من فقر دم (أنيميا) بسبب نقص إنتاج الهيموغلوبين مما ينتج عنه عدم كفاية كميات الأكسجين التي تصل إلى أنسجة الجسم، ويتنشر هذا المرض في دول حوض البحر الأبيض المتوسط ولذا يطلق عليه اسم أنيميا البحر الأبيض المتوسط، وتعالج الثلاسيميا بنقل الدم بشكل دوري فذلك يساعد المريض بشكل ملحوظ لكنه قد ينطوي على بعض المضاعفات الصحية على المدى الطويل، ولما كانت الثلاسيميا تسبب فقر الدم فالإنسان كثيراً ما يبدو شاحبا ويتعب بسهولة، ولذلك فهو يحتاج إلى رعاية طبية خاصة بشكل دوري. (الخطيب وآخرون، 2007)

التليف الحويصلي (Cystic Fibrosis)

هو مرض وراثي نادر ينتقل كسمة متنحية، وهو اضطراب رئوي وعجز في البنكرياس ينتج الجسم المصاب به إفرازات غطائية كثيفة بشكل غير طبيعي مما يؤدي إلى انسداد مجرى التنفس في الرئتين وفي بعض أجزاء الجهاز الهضمي، وينتج عن ذلك

صعوبات في التنفس وسعال مزمن والتهابات رئوية وسوء تغذية، ومع أنه تم تحديد الجين المرضي مؤخرا المسؤول عن هذا الاضطراب إلا أن العلاج لا يزال محدود الفاعلية ويقتصر على تخفيف الأعراض المرضية بالتمارين التنفسية، والمحاليل المخففة لكثافة الإفرازات والمسهلة لعلمية الهضم والمضادات الحيوية لمعالجة الالتهابات. (Hallahan & Kuffman, 2003)

الربو القصبي (Bronchial Asthma)

هو رد فعل تحسسي في الممرات الهوائية لمواد باعثة على التحسس (Allergents) توجد في غبار المنزل أو في لعاب القطط، أو في الأشجار والأعشاب المحلية، وينتج عن رد الفعل المفرط لهذه المواد ضيق أو انسداد في مجرى التنفس وصعوبات تنفسية بسبب انقباض القصبات الهوائية وتورمها، والالتهابات وتراكم الإفرازات المخاطية، ويتطور الربو القصبي على مرحلتين، إحداها حادة والأخرى مزمنة، ويعالج الربو بعقاقير طبية موسعة للقصبات، (الخطيب وآخرون، 2007)

سكري الأحداث (Juvenile Diabetes)

سكري الأحداث هو أكثر اضطرابات جهاز الغدد الصماء شيوعا في مرحلة الطفولة وتبين الدراسات أن التأثيرات السلبية لهذا المرض الناجم عن عجز البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين بكميات كافية، لا تقتصر على الطفل المصاب فقط ولكنها تمتد لتطال أفراد أسرته أيضا أداء أدوار علاجية غير سهلة، فهو غالبا ما يمثل تحديا خاصا بالنسبة لهم ولتكيفهم النفسي - الاجتماعي فقد يصبح الطفل المصاب بالسكري اعتماديا وكثيرا ما يسهم الآباء والمعلمون في تطور هذه الصفة وذلك عبر الحماية الزائدة للطفل، والسكري قد يُدرك من قبل الطفل باعتباره حالة تقود بالضرورة إلى الضعف أو العجز، الأمر الذي يعمل بمثابة مصدر للضغط النفسية الهائلة. (الخطيب وآخرون، 2007)

التشوهات القلبية (Heart Defects)

قد تحدث التشوهات القلبية بمفردها وقد تكون مرافقة لأمراض أخرى وبخاصة تلك الناتجة عن اضطرابات جينية، ومن أهم العوامل التي ترتبط بها تشوهات القلب

الخلقية إصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية (كالحصبة الألمانية)، أو سكري الحمل، أو العوامل الوراثية، أو تناول الأم الحامل للعقاقير المضادة للتشنج، أما اضطرابات القلب المكتسبة فقد تنتج عن الحمى الروماتيزمية، أو فرط ضغط الدم، أو تصلب الشرايين، أو الالتهابات المختلفة وتشمل أعراض اضطرابات القلب: صعوبة التنفس، وازرقاق البشرة وبخاصة الشفتين، وعدم القدرة على التحمل الجسدي، ويمكن تصحيح معظم تشوهات القلب الخلقية جراحياً. (Hallahan & Kuffman, 2003)

الفشل الكلوي المزمن (Chronic Renal Failure)

هو حالة تدهور بطيء في وظائف الكلى ينتج عن أنواع مختلفة من اضطرابات الجهاز البولي (مثل التشوهات الخلقية في المجاري البولية والتهابات الكلى وصغر حجمها والأمراض الكيسية أو الحويصلية)، وفي الفشل الكلوي المزمن تعجز الكلى عن التخلص من العديد من المواد (مثل الكرياتينين، النيتروجين، الحامض البولي، البوتاس، الفسفور، الخ) مما يؤدي إلى زيادة كبيرة في تركيزها في الجسم، وتؤدي هذه الزيادة بدورها إلى اضطرابات عديدة في الجهاز العصبي وجهاز الدوران والجهاز الهضمي والجهاز العضلي - الهيكلية، وتحدث اضطرابات هرمونية وأيضية متنوعة وضعف في جهاز المناعة. (الخطيب، 2007)

نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)

(AIDS) (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) هو اضطراب يحطم نظام المناعة في الجسم ببطء، بحيث يتركه في النهاية عاجزاً عن صد المرض، وسببه هو فرد يحمل فيروس الإيدز.

(Human Immunodeficiency Virus (HIV) American Academy of Pediatrics, 1997) والأطفال يمكن أن يصابوا بالفيروس من خلال عملية نقل الدم، وفي (70٪) من الحالات فإن الفيروس ينتقل من الأم المصابة إلى الجنين (Gee & Moran, 1988) وقد ينتقل الفيروس من الأم إلى الطفل أثناء الولادة أو الرضاعة من الصدر، أما بالنسبة للكبار فإن المرض ينتقل من خلال الاتصال الجنسي، والإبر الملوثة المستخدمة لتعاطي المخدرات عن طريق الأوردة، أو من خلال الدم المصاب، ومرض

نقص المناعة المكتسب لا ينتقل بالاتصال العادي، وهو يعد المرض الأكثر خطورة على الأطفال، وذلك لأنه ليس هناك علاج لحد الآن لهذا المرض (American Academy of Pediatrics, 1977).

وأما عن خصائص الطفل المصاب بالإيدز فهي تأخر حاد في النمو، وتلف في الدماغ، والموت المبكر، ويعتبر الإيدز مشكلة أساسية في المجتمع، ولذلك فإن الدول تعمل جادة لوضع سياسات للتعامل مع الأطفال المصابين بما فيها سياسات تحدد طريقة تعليمهم، خاصة وأن معدل الأطفال المصابين بالإيدز بارتفاع مستمر، وعلى المختصين أن يراعوا شؤون الطفل المصاب، ويلبوا حاجاته الصحية وينموا قدراته، أما الأطفال الرضع المصابون، فإنهم يحتاجون إلى تحليل دقيق ورعاية طبية كافية (البطانية وآخرون، 2007)

البدايل التعليمية للطلاب ذوي الإعاقات الجسمية

من الطبيعي أن تتباين البدائل التعليمية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية بشكل واسع لأن هذه الإعاقات لها تأثيرات على النمو والتعلم فالوضع الذي يجب تعليم الطفل فيه يجب أن يراعي فئة إعاقة الطالب وشدتها وحاجاته الخاصة. وبوجه عام، فإن البدائل التربوية لذوي الإعاقات الجسمية والصحية قد تشمل:

1. الصف العادي.
2. غرفة المصادر.
3. التعليم على يدي معلم متجول.
4. الصف الخامس.
5. المدرسة النهارية الخاصة.
6. التعليم في المنزل.
7. التعليم في المستشفى.
8. التعليم في مؤسسة داخلية.

ويتم تحديد البديل التربوي الأكثر ملاءمة للطالب في ضوء جملة معقدة من المتغيرات والعوامل المرتبطة بالطالب نفسه والإمكانات المتوفرة محلياً. والمبدأ العام هو أن يكون هذا البديل الأقرب على البيئة التربوية العادية. (الخطيب وآخرون، 2007).

برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسدياً وصحياً

(Rehabilitation Programs)

يندرج تحت بند البرامج العلاجية والتربوية للأفراد المعوقين جسدياً وصحياً ما يطلق عليه برامج التأهيل (Rehabilitation Programs) ويقصد بها تلك التي تعمل على تنمية ومساعدة الفرد المعوق على النمو إلى أقصى حد ممكن من النواحي الجسمية والعقلية والتربوية والمهنية، وتتضمن برامج التأهيل البرامج التالية:

1. التأهيل الطبي (Medical Rehabilitation)

ويقصد بذلك تأهيل الأفراد المعوقين جسدياً وصحياً من الناحية الجسمية، وذلك من خلال تزويدهم بالأطراف الصناعية المناسبة. أو استخدام العلاج الطبيعي (Physical Therapy) والذي يعاني من ألم جراء الإصابة استخدام المساج والتدليك، والعلاج بالماء (Hydro Therapy) ولبعض حالات الإعاقة. (القمش والمعاطبة، 2007).

2. التأهيل المهني (Vocational Rehabilitation)

ويقصد بذلك تأهيل المعاق جسدياً وصحياً من الناحية المهنية، وذلك من خلال تدريبه على مهنة ما ثم العمل على إيجاد فرص العمل المناسبة له (القمش والمعاطبة، 2007).

3. التأهيل الاجتماعي (Social Rehabilitation)

ويقصد بذلك تأهيل المعاق جسدياً وصحياً من الناحية الاجتماعية، وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي. ويعتبر العلاج الوظيفي (Occupational Therapy) من البرامج الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفرد من قدرات عقلية وجسمية تمكنه من القيام بعمل ما وبالتالي مساعدته في عملية التكيف الاجتماعي. (القمش والمعاطبة، 2007).

الأجهزة التعويضية (المقومة) والأطراف الاصطناعية

الأجهزة التعويضية (Orthoses) أدوات بلاستيكية تتركب على الجسم خارجياً بهدف الوقاية من التشوهات الجسمية أو دعم أجزاء الجسم المتحركة وتحسين وظائفها. ومن هذه الأدوات ما هو خاص بتقويم القدم أو الكاحل أو الركبة أو الورك، ومنها أيضاً التعويضية وأجهزة الوقوف والمشي. وهناك أجهزة تعويضية للأطراف العلوية مثل الجبائر وأدوات خاصة لتقويم الأصابع والرسغ واليد والمرفق والكف (الخطيب وآخرون، 2007).

الأطراف الاصطناعية (Prostesis) فهي أطراف بديلة مصممة خصيصاً لتعويض الأشخاص عن الأطراف المبتورة لديهم في حالات التشوهات والبتير. والأطراف الاصطناعية قد تكون وظيفية (يمكن استخدامها في حالات بتر الأطراف العلوية أو السفلية في تادية الوظائف والأنشطة الجسمية المختلفة بالاعتماد على الذات) وقد تكون تجميلية (لها أثر نفسي هام لكنها ذات قيمة وظيفية كبيرة) ويحتاج الشخص إلى إعادة تأهيل لتعلم استخدام الطرف الصناعي بشكل فعال (الخطيب وآخرون، 2007).

المساعدات الصحية المعتمدة على التكنولوجيا

سنذكر بعض الأجهزة التكنولوجية المستخدمة كوسائل علاجية:

1. أنبوب التغذية (Tube Feeding): ويستخدم للأطفال الذين ليست لهم في القدرة على تناول الطعام بشكل طبيعي، أو لديهم مشاكل في الرضاعة وعملية البلع.
2. التغذية عن طريق الوريد (Intravenous Feeding): ونستخدم هذه الطريقة إذا كان الطفل يحتاج إلى رعاية طويلة المدى مثل المعالجة الكيماوية أو المضادات الحيوية، أو في عدم قدرة الأمعاء على امتصاص الغذاء الكافي.
3. القسطرة وفتح القولون: وتستخدم لإزالة المواد الزائدة (الفضلات) من المثانة والأمعاء في حال فشل الأعضاء المسئولة عن التخلص من الفضلات في أداء وظيفتها.

4. الأطفال المعتمدون على الأكسجين: حيث يعاني الأطفال غير الناضجين عادة من مشاكل تنفسية حادة، والأطفال الذين يعانون من التليف، الأزمة الحادة وبعض أمراض القلب.

تكييف البيئة المحيطة (المدرسة، المنزل، الطريق)

من الأهمية أن يتم الأخذ بعين الاعتبار عند تصميم بنايات المؤسسات المختلفة بحيث نسمح بالوصول والاستخدام السهل للمعاقين.

وإذا ما تم اخذ هذه القضية منذ البداية بعملية التخطيط فإنها لن تشكل تكلفة إضافية. ويمكن تقييم المقترحات التالية لأخذها بعين الاعتبار بحيث تتضمن الاستخدام السهل من قبل المعوقين. (Hallahn & Kauffman, 2003)

1. الأرصفة (Kerbs): جعل الأرصفة منخفضة وغير مرتفعة وذات الحدار ملائم لاستعمال كراسي المعاقين.
2. الدرج (Stairs): أن لا يكون هناك ارتفاع بين الدرجات وأن يكون امتدادها واحداً وان لا تكون المواد المستخدمة زلقة ولا يوجد أي بروز في الدرجات.
3. الشرفات والممرات: يجب أن تسمح للمعاقين حركياً بالانتقال بسهولة وأن تكون ذات عرض ملائم ومناسب وغير ضيقة.
4. المصاعد (Lifts): وهي أكثرها سهولة لانتقال المعاقين ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار سهولة الوصول إليها، وأن تكون ذو سعة ملائمة.
5. المراحيض (Lavatories): يجب أن يكون بالمرحاض سعة بما فيه الكفاية لاستعماله من قبل المعاق الذي يتحرك باستخدام الكرسي.
6. في الصف (In class): يجب تسهيل الوصول إلى مرافق الصف والمختبر وبذل كل الجهود لدمج المعاقين في الصف حتى لا تشكل قاعات الدروس عقبات أمام الاشتراك الفعال للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة المعاقين جسدياً وصحياً الذين يستخدمون الكراسي والعكازات والعصي.

تكييف الحاسب لاستخدامه من قبل المعاقين جسدياً

(Hallahn & Kauffman, 2003)

ومن التقنيات التي تم اتخاذها فيما يتعلق بالحاسب لتسهيل عملية استخدامه من قبل المعاقين جسدياً (The Division of Students Support Ser-vices, 1996) ما يلي:

1. لوحة المفاتيح الموسعة.
2. لوحة المفاتيح الصغيرة.
3. لوحة المفاتيح على الشاشة.
4. شاشات اللمس.
5. المختصرات.
6. مختصرات لوحة المفاتيح.
7. برامج التنبؤ بالكلمة.
8. البرمجيات.
9. تمييز الصوت.
10. الكتابة (القلمش والمعايطة، 2007).

مفاتيح النجاح للطلبة ذوي الإعاقة الجسمية والصحية

1. تشجيع الاستقلالية والاعتماد على الذات.
 2. توفير أجواء تعليمية مساندة وداعمة.
 3. زيادة التواصل والتفاعل مع الآخرين.
 4. عدم التقليل من إمكانياتهم ووضع توقعات أفضل.
- ما يجب معرفته من قبل المعلم:
1. الطلبة ذوو الإعاقة الجسدية والصحية يمثلون نسبة قليلة.

2. الطلبة ذوو الإعاقة الصحية يشملون الطلبة ذوي العجز المرتبط بالأمراض والعدوى والمشاكل الصحية الخاصة وتتضمن: الاعتلالات العظمية والعضلية والإصابات الدماغية.
3. الأمراض العظمية والعضلية هي إعاقات تكون مرتبطة بالحركة غالباً والحركة من مكان لآخر.
- مثلاً كالشلل الدماغى وتشمل الإصابات الدماغية الحادة في الرأس والأورام غير الاعتيادية، وحالات الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي المركزي كالصرع والشلل الدماغى.
4. لدى الطلبة ذوي الإعاقات الجسمية والصحية احتياجات تعليمية مرتبطة بأمراض محددة وعادة تكون تلك الاحتياجات مرتبطة بالحركة والتنقل والتواصل مع الآخرين والتطور الاجتماعي.
5. إن التكييفات التعليمية للطلبة ذوي الإعاقة الجسمية والصحية تتراوح بين التقنيات البسيطة إلى المعقدة.
6. مع المساندة والدعم اللازمين نستفيد العديد من الطلبة ذوي الإعاقات الجسمية والصحية من التعليم العام الذي يتلقاه الطلاب الذين لا يعانون من أية إعاقات.

(Yesseldyke, J.E& Alogozzine.B,1995)

الفصل الثامن

الإعاقات الشديدة والمتعددة... التوجهات والسياسات

إن المتتبع للتطورات في مجال التربية الخاصة بشكل عام وفي المعاقين من ذوي الإعاقة الشديدة والمتعددة بشكل خاص يلحظ العديد من التوجهات والسياسات الهادفة إلى تطوير الخدمات المقدمة لهذه الفئة الهامة، كما حددت الأدوار للجهات المسئولة عن تنفيذ هذه السياسات، وفي هذا الفصل نسلط الضوء على أبرز هذه التوجهات والسياسات من خلال بعض النماذج العالمية.

تقديم

إن الاتساع السريع في البحوث والدراسات المنشورة تشير إلى أنه، وإلى حد ما، فإن النتائج التربوية التي قال الآباء أنهم يقدرونها قد تم التعرف عليها لدى بعض الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة؛ وحقيقة أن هذه النتائج ما زالت ليست متوفرة على المستوى الواسع بالنسبة لمعظم الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة، كما ظهرت خلال السنوات الخمس الماضية من القرن الحادي والعشرين، العديد من التوجهات الهامة لتوضيح النماذج التربوية المتعلقة بجودة تعليم الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة.

وفيما يلي بعض هذه القضايا:

مهمة للأسرة

ما هي النتائج الهامة التي يتوقع أن يحققها الطلبة ذوو الإعاقات المتعددة في هذه المجالات التصنيفية؟ تشير الدراسات والنتائج التربوية المتوقعة لأبنائهم من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة أنها تتناسب مع تلك التي يتلقاها الأطفال من غير ذوي

الإعاقات، رغم أن الطرق المستخدمة، ومسار التحصيل والمساندة قد تكون مختلفة، ومن بين بعض النتائج التربوية الهامة:

1. الشعور بالأمان والصحة الجيدة.
2. توفر مكان مناسب للعيش في الوقت الحاضر والمستقبل (مع الأسرة، الأصدقاء، الشقق المدعومة).
3. تكوين العديد من الصداقات والأصدقاء وغيرها من العلاقات الهامة الشخصية والاجتماعية.
4. الوصول إلى العديد من الأماكن والنشاطات المتوفرة للأشخاص الأصحاء (صفوف مدارس التعليم العام، التوظيف المساند/ المدعوم، المرافق المجتمعية/ النشاطات).
5. استخدام وسائل الاتصال والدفاع الذاتي أو ممارسة الاختيارات والسيطرة والتي تتناسب مع أعمارهم وقيمهم الثقافية.
6. الوصول إلى جهات المساندة والمؤسسات التي تنظم برامج ونشاطات لتطوير المهارات مواصلة التعلم طوال الحياة.
7. الاستفادة من النمو الشخصي (التواصل المدع).
8. المساهمة في مجتمعهم. وعند ضبط مثل هذه النتائج بما يتلاءم مع احتياجات الأفراد، فإن تأثيرها يوفر فرصة لتحقيق الأهداف والغايات، ولهذا السبب فإننا نعمل على تعليم جميع الأطفال Dennis, Illiams, Giangreco, & Cloninger, (1993).

إلى أي حد تم تحقيق هذه النتائج خلال السنوات الخمس الماضية؟

إن تفسير وتطبيق قانون تعليم الجميع قد أدى إلى التفاؤل بالنجاح. كما أن وجهة النظر المتفائلة تعكس زيادة البحوث والعروض التي تشير إلى أنه، وإلى قدر متباين، فإن جميع النتائج التربوية التي ذكر الآباء أنهم يقدرونها، قد تحققت لدى بعض الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة.

وهناك أدلة تسلط الضوء على الدمج المدرسي الناجح، وجهود مساندة توفير فرص عمل، وتطوير العلاقات الاجتماعية، والتواصل واستخدام وسائل التكنولوجيا، والمشاركة المجتمعية (Meyer, Peck, & Brown, 1991; Snell, 1993). وتعكس وجهة النظر هذه حقيقة أن هذه النتائج ما زالت ليست متوفرة لمعظم الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، مما يترك الكثير من الأسر في حالة إحباط وتشاؤم تجاه المستقبل. وبرغم الحميات التي تتوفر في القانون، إلا أن الأسر ما زالت تصارع من أجل تحقيق هذه النتائج لأبنائها. وبعد سنوات من التعليم العام، فما زال الشباب من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة يتركون المدرسة بدون الحصول على وظيفة، وبدون اكتساب المهارات الأساسية، ومنعزلون عن الأقران، ومنفصلون عن المجتمع، وتعتبر حالة التعليم العام بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة تشكل سببا للقلق وضرورة اتخاذ إجراء فوري، حيث أدت السنوات الخمس إلى بعض التغيرات الإيجابية في الخبرات التربوية، وأظهرت نتائج إيجابية كانت في السابق غير ممكنة التحقق. ومن بين أهم التغيرات التي نتجت عن ذلك، توفر فرص جديدة للطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، وتمكينهم من تلقي التعليم في الصفوف العادية، مع توفير الوسائل المساندة الضرورية. وعند تخطيط البرامج التربوية وبما يتناسب مع الاحتياجات الفردية، فإن ذلك أدى إلى نتائج إيجابية للطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، وأسرههم، والمتخصصين الذين قدموا الخدمات لهم (Giangreco, Dennis, Cloninger, Edelman, & Hollywood, 1993; Schattman, 1993; Kozleski, & Jackson, 1993; Salisbury, Palombaro & Hollywood, 1993; Yourk, Vandercook, Macdonald, Heise- Neff & Caughey, 1992).

وكما قال أحد معلمي التعليم العام: اعتقد بأن التعليم الدمجي "يفتح الكثير من الأبواب والمسارات وهناك دور للنماذج، كما أن هناك الكثير من الأشياء التي تتوفر لهذه الفئة من الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والتي ما كانت لتتوفر لو أنهم كانوا في غرفة مع أطفال يشبهونهم (Giangreco, Dennis, et al, 1993, p. 368). كما تشير الأبحاث إلى أن وجود الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة يسهم في تحقيق فوائد اجتماعية وأكاديمية للطلبة الأصحاء (Giangreco, Edleman, Dennis, &

Cloninger, 1993; Peck, Donaldson, & Pezzoli, 1990; Logan, et al., ;
.Sharpe, York & Knight, 1993

وبرغم أن هناك كما قليلاً من الأدبيات السلبية حول التعليم الدمجي، إلا أن هذه الأدبيات إما أن تكون تنبؤية وليس بناء على بيانات حقيقية تضم أمثلة بدون معايير جودة مقبولة. كما أن أي طريقة يتم تنفيذها بشكل غير مناسب أو بجودة متدنية قد تتعرض إلى نقد شديد. وفي دراسة حديثة، فقد شارك ستة من معلمي التعليم العام من ولاية جورجيا، حيث أجابوا على توقعات وتكهنات أشخاص آخرين بأن التعليم الدمجي يؤدي إلى كوابيس لدى معلمي التعليم ويزيد من أعبائهم في تعليم الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة (ص 235) ولكن وجهات نظرهم أشارت إلى أن التعليم الدمجي كان يمثل عملية تعاون ديناميكية بين معلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة والمتخصصون في التعليم العام والتربية الخاصة وكافة المتخصصين الذين يساندون الأطفال في التربية الخاصة 235. Rankin, et al., 1994, p.

ما هي النماذج / الإجراءات التربوية الأكثر فعالية لتحقيق هذه النتائج؟

طوال السنوات الخمس من القرن الحادي والعشرين، فقد تم تحقيق الكثير من التقدم في توضيح النماذج والمعايير التربوية لجودة تعليم الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة Orelove & Sobsey, 1991; Snell, 1993; Stainback, & Stainback, 1992; Thousand, Villa, & Nevin, 1994. وتحول التركيز من الممارسات الواعدة التي تفيد مجموعة معينة من الأطفال بناء على التصنيفات (للإعاقات الشديدة والمتعددة) ليشمل أولئك الذين يستفيدون بشكل أكثر من الطلبة ومختلف المواقفات. وبينما تحاول المدارس توفير معايير يمكن تقييمها بناء على أوضاعها الخاصة، فإن وسائل مثل مؤشرات جودة البرنامج Meyer, & Eichniger, 1994 ممارسات لتلبية احتياجات جميع الطلبة في المدارس المحلية Fox & Williams, 1991 توثق وإرشادات أفضل ممارسات فعالية على مستوى مديرية المدارس، المباني المدرسية، الغرف الصفية، وعلى مستوى البرامج الفردية للطلبة.

وتمثل الممارسات الفعالة على مستويات قانون التعليم للجميع ومديرية المدرسة والمباني، نقاطاً هامة يجب أخذها بعين الاعتبار، مع ضرورة بناء مناخ مناسب حيث

يتم احترام الفروقات الفردية بين الطلبة، وتشجيع تقدير الذات بشكل إيجابي، ووضع توقعات وآمال عريضة لتعزيز عملية التعلم، وخلق بيئات صحية مناسبة. ويمكن العمل على تحقيق هذه العناصر عن طريق إلزام المدارس بقيمة التنوع، والتأكيد على اعتقاد أن بإمكان جميع الطلبة التعلم، ومساندة وتلبية احتياجات الطلبة من مختلف الصفات في صفوف التعليم العام، وتوضيح النتائج المتوقعة من الطلبة، نتيجة لما يتلقونه من التعليم.

وتعتمد مهمة تطوير العاملين على تحديد الاحتياجات التي تساند مهمة المدرسة. ويجب وضع سياسات حديثة بما يسمح بتحقيق مهمة المدرسة (واجبات العاملين، استخدام المساندة، بروتوكولات الطوارئ، السلوك والانضباط المدرسي، المواصلات). وتعتبر إجراءات تعزيز العلاقات البناءة بين الأسر وموظفي المدرسة من المسائل الهامة، وكذلك الحال فيما يتعلق بوضع إجراءات من الاستفادة من العمل التعاوني بروح الفريق لكي تحل محل نماذج (الخبراء) في التفاعل، والتي أظهرت عن نتائج عن إيجابية.

وكذلك، فمن الضروري التخطيط لمرحلة ما بعد المدرسة عند وصول الطالب سن الرشد، إضافة إلى المراحل الانتقالية الأخرى (بدءاً من مرحلة الطفولة المبكرة، فالحضنة، ثم الصفوف الدراسية). إن التخطيط للمراحل الانتقالية يعزز من احتمالية التكيف الإيجابية لدى الطلبة، الأسر، والعاملين، ويخلق فرصاً للتعلم الفعال وتوسعتها في المدرسة ومديريات التعليم.

وبالمقابل، فقد كانت هنالك محاولات سابقة لمعلمي التربية الخاصة في تنفيذ قانون التعليم للجميع وخلق بيئة أقل تعقيداً على مستوى الصفوف أو برامج الطلبة وبدون مساندة على مستوى الأبوية والمديرية، والتي يمكن وصفها بأنها تُسبب بعكس التيار.

وأبرم الآباء المتعلمون والمعلمون صفقات في محاولة لتحقيق نتائج إيجابية للطلبة الأفراد، ومن أجل مواجهة المقاومة التي تحدث على مستوى المجتمع، ولا يمكننا

توضيح الدور الهام الذي لعبته هذه النماذج في تنفيذ قانون التعليم للجميع على مستوى المدرسة والمديرية في نجاح الطلبة الأفراد.

الممارسات الفعالة على مستوى غرفة الصف والطلبة الأفراد

كانت هناك بعض مؤشرات الجودة التي تحققت على مستوى الصفوف والبرامج الفردية (المناهج الإيجابية، الدمج في الصفوف العادية مع تقديم المساندة، والعمل التعاوني بروح الفريق). وعندما تلقى الطالب ذو الإعاقات الشديدة والمتعددة الحق بتلقي التعليم في بيئة أقل تشدداً مع أقرانه من الأصحاء، فقد تغير التركيز والاهتمام إلى نوع من قضايا محددة حول أي من المعلمين والآباء الذين لديهم اهتمام بقضايا الطلبة. ويجب تحديد الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة بشكل واضح كما يجب أن يتوفر لهم برنامج تربوي واضح يحقق نتائج التعلم إضافة إلى توفير وتقديم المساندة العامة والتي تسمح لهم بالوصول إلى المشاركة في غرفة الصف، مع توفير مواقع مجتمعية وفردية مناسبة للتفاعل مع أشخاص من غير المعاقين. ويتم استخدام نماذج التقييم والتخطيط من أجل تحديد نتائج التعلم والمساندة، والتي يجب أن تكون:

1. مناسبة للعمر الزمني للطلاب.
2. وظيفية أو تفيد الطالب.
3. تتلاءم مع احتياجات الطالب في البيئات الحالية والمستقبلية.

إن ضمان تحقق الدمج من العناصر الهامة، سواء في بيئة المدرسة، العمل، أو المجتمع، وهي من القضايا الهامة التي تواجه موظفي المدارس. كيف يمكن للفريق أن يدمج طالبا من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة في نشاطات تحدث بشكل طبيعي أثناء العمل على تحقيق نتائج التعلم لدى طلبة مختلفون عن أقرانهم ولا يعانون من الإعاقات؟

إن طرقا مثل التعلم التعاوني، تدريس الأقران، استراتيجيات حل المشكلات بطرق إبداعية، نماذج مساندة العاملين، وإجراء تعديلات معينة في المناهج تعتبر من الوسائل الفعالة في تسهيل نتائج التعليم الأفراد من خلال النشاطات المشتركة.

وعلاوة على ذلك، فإن نماذج التدريس التي تشجع المعلمين للاعتماد على البيانات التي يقومون بجمعها حول أداء الطلبة تعتبر أدوات قيمة في اتخاذ القرارات التدريسية المناسبة.

وكذلك فإن المساندة والخدمات تعتبر ضرورية في قضايا التعليم، وتؤدي إلى تنسيق عمليات اتخاذ القرار، وتقديم التعليم في بيئات متكاملة. وتحمل الخدمات المتكاملة محل الطرق السابقة التي كانت تتصف باتخاذ القرار بمعزل عن بقية أصحاب المصالح، وتنفيذه دون استشارة، إضافة إلى الحاجة والترابط التربوي. وهناك العديد من النماذج التي تستخدم من أجل التقييم، التخطيط، تنفيذ، وتقييم، وتعديل المناهج وطرق التدريس مما يتناسب مع احتياجات الطلبة المعاقين Orelove, & Sobsey, 1991; Snell, 1993; Stainback, & Stainback, 1992; Thousand, Villa, & Nevin, 1994.

ما هي النماذج التربوية/الإجراءات التي تحول دون تحقيق هذه النتائج؟

تتدخل عملية الدمج التربوي في النتائج الايجابية، حيث إن هناك العديد من النماذج والإجراءات التي تتدخل في تحقيق النتائج الايجابية للطلبة المعاقين. وهناك الكثير من المدارس الأمريكية التي تبنت تصنيفات للطلبة (على أنهم يعانون من إعاقات شديدة ومتعددة) بهدف دمجهم في مدارس التربية الخاصة أو الصفوف دون احتمالية أن يكون بمقدور مثل هذا الطالب التعلم في نفس المدرسة مع أقرانه وأشقائه الأصحاء. كما أن هناك الكثير من الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة ممن لم يحصلوا على فرصة لتلقي التعليم في الصفوف العامة.

كيف يمكن لموظفي المدرسة عمل الدمج الفردي واتخاذ مثل هذه القرارات لاستثناء الطالب ذي الإعاقات الشديدة والمتعددة من صفوف التعليم العام إذا لم يسبق وأنهم حاولوا دمجهم في التعليم العام؟

ألا يستحق كل طفل الحصول على تلك الفرصة؟ من خلال عدة وسائل، فإن المناقشة لا تحدث حول وسائل المساندة والأجهزة المساعدة التي تلزم للطلاب ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة لكي يدمج بشكل مناسب في صف التعليم العام، حتى رغم أن ذلك منصوص عليه في قانون تعليم الجميع. وعلاوة على ذلك، فإن حكاية

الدمج تعتمد على تصنيفات تتعارض مع الأهمية التي يوليها القانون في التعليم الفردي، وتمثل تهديدا مستمرا خطيرا لضمانات قانون التعليم للجميع مع توفير التعليم المناسب في بيئة أقل تعقيدا.

إن الخيارات بشأن قبول أو رفض الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة وتوفير التمويل اللازم يهدد حقوق الطلبة في الحصول على التعليم في بيئات أقل تعقيدا. وأحيانا، فإن التهديد بتوفير التعليم المناسب في بيئات أقل تعقيدا يكون أكثر صعوبة. ومثال ذلك، فإن معلمي التربية الخاصة في مختلف أنحاء البلاد ممن يدركون فوائد التعليم الدمجي يتصلون بزملائهم من معلمي التعليم العام لطلب متطوعين لديهم الرغبة بتقبل طفل ذو إعاقات شديدة ومتعددة في صفوفهم.

وتعتبر مثل هذه السيناريوهات دليلاً على أن الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة لا يتلقون الحماية التي يستحقون في ظل قانون التعليم للجميع. كما أن فعل طلب متطوع يشير أن المعلم الذي يطلب منه ذلك، له الحق بقول لا. هل يمكن لطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة الحصول على مثل هذا التعليم عندما تفرض المدارس عقوبات على حقوقهم أو ترفضهم؟

من المعروف دائما أن مثل هذا الوضع يجب أن لا يتم في ظل أي ظرف، وبناء على أي فروقات فردية أخرى (الجنس، العرق، الأصل، الديانة)؛ وفي حالة الإعاقة الشديدة والمتعددة، فإن التطوع و رغبة المعلم تعتبر طرقا لا يخضع لها معلمو التعليم العام تجاه مثل هذه الفئة من الطلبة. كما أن مثل هذه القيود التي تفرض على حقوق الطلبة تزداد لأن معادلة تمويل الدولة تقدم حوافز لحالات الدمج والتمييز عن صفوف التعليم العام، وفي نفس الوقت معرفة المخاطر المصاحبة للدمج التطوعي. ويعتمد الأمر على قادة المدارس من حيث دمج الطلبة في صفوف التعليم العام مع الأخذ بعين الاعتبار احتياجات الطلبة ومواصفات معلم الصف (المهارات، المواهب، الاتجاهات.. الخ) وتقديم المساندة الضرورية.

ورغم حقيقة أن الدمج الأولي كثيرا ما ينتج عن المعلمين المتطوعين، إلا أن نقاط ضعف هذه الممارسة تسلط الضوء على الحاجة لزيادة بناء المهارات وتقديم

المساندة المناسبة إلى مجموعة المعلمين ولبناء حضور للطلبة المعاقين في صفوف التعليم العام كتوقع وليس كخيار يمكن للمعلمين اللجوء إليه وقبوله، أو رفضه.

وإضافة لذلك، فإن نظام التعليم العام المزدوج والتربية الخاصة تتدخل في التعليم المناسب وذلك لأن ذوي الإعاقات الشديدة كانوا يتلقون التعليم في مجتمع منفصل، وكانت نظرة أفراد المجتمع إليهم سلبية حول احتمالية دمجهم في صفوف التعليم العام.

وكثيرا ما يحدث هذا بشكل مجحف، وتجاهلي، مع قلة التفاعلات الهادفة المستمرة. كما أن هذا النظام الثنائي (التربية الخاصة والتعليم العام) المتعلق بإعداد المعلمين، والتدريس، والتدريب أثناء الخدمة قد أدى إلى اقتناع لدى معلمي التعليم العام بعدم قدرتهم على تعليم الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة. ورغم أن معلمي التعليم العام بحاجة إلى بعض المساندة المتخصصة، إلا أن فهم الناس قد تزايد بأن مواصفات المعلم الجيد هي نفسها وبغض النظر عن المسميات والتصنيفات التي تطلق على الطلبة.

وعلاوة على ذلك، فإن النظام الثنائي للتعليم العام مقابل التربية الخاصة وفيما يتعلق بتأهيلهم قد فشل في تسليح جميع المعلمين وفرق المساندة بمهارات التعاون التي يحتاجونها من أجل العمل مع حلول التحديات التي تواجه الطلبة من مختلف المواصفات. كما أن النقاشات الساخنة التي تحدث بخصوص خيارات الدمج قد تحول أحيانا دون توضيح أهمية أخذ التربية الخاصة بعين الاعتبار كخدمة مساندة حيث يعمل كلا من تربية التعليم العام والخاص مع لتدريس الطلبة، ولكن بدون تحديد موقع يجب أن يتوجه الطلبة إليه من أجل تلقي الخدمات.

على السلطات التشريعية توجيه مؤسسات التعليم في الدولة نحو اختبار معايير منح الشهادات وانطباق الشروط وتخفيف المعوقات التي تحول دون دمج الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة في صفوف التعليم العام في المدارس المجاورة، ومرحلة ما قبل المدرس، ومراكز الرعاية اليومية، وفي نفس الوقت المحافظة أو تحسين الخدمات المتخصصة المقدمة من قبل المعلمين للطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة. إن

التصنيفات الحالية لقانون التعليم للجميع تعتمد شروطا تمويلية لخلق حوافز لحالات الدمج وتشجع على تحديد الأطفال من ذوي الإعاقات Parrish, 1994. إن سياسات التمويل يجب أن:

1. تضمن تلقي الخدمات المناسبة.
2. ضمان المساءلة.
3. السماح بالمرونة اللازمة لخدمة الأطفال من كافة أنواع الإعاقات في بيئة أقل تعقيدا McLaughlin, & Warren, 1992. وبناء عليه، فإن على السلطات التشريعية تطوير قوانينها في مجال التمويل. وعلى السلطات التشريعية إلزام مؤسسات التعليم في الدولة بأن:
 - أ. تقوم بدراسة سياسات التمويل الحالية فيما يتعلق بتأثيرها على الدمج المتشدد والعلاقة ببرامج التربية الخاصة لديها، وأهدافها.
 - ب. استكشاف آليات تمويل بديلة تتوافق مع تقديم التعليم المناسب في بيئات أقل تعقيدا.
 - ج. إعداد الموظفين من أجل تدريس الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة في صفوف التعليم العام في المدارس المجاورة.
 - د. يجب أن يتم توفير التمويل لبرامج تأهيل موظفي التربية الخاصة في الجامعات والكليات فقط للبرامج التي تتطلب أن يمتلك موظفي التربية الخاصة خبرات في صفوف التعليم العام أو مرحلة ما قبل المدرسة (الصفوف المدججة) ومراكز الرعاية اليومية.
 - هـ. ويجب أن تكون هذه البيئات مناسبة للأطفال ذوي الإعاقات المتعددة وتساند أقرانهم من الأصحاء، مع توفير فرص للتعلم واستخدام مهارات التعاون في حل المشكلات التي تواجه معلمي التعليم العام وأسر الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة. إن موظفي التربية الخاصة لا تشمل فقط معلمي التربية الخاصة، بل إنها تشمل الإداريين، معلمي الصم وضعاف البصر، ومعلمي

التربية البدنية، ومقدمي الخدمات مثل أخصائيو النطق/ اللغة، أخصائيو الحركة، أخصائيو التأهيل الوظيفي، وأخصائيو الحركة.

إن الأدبيات المتخصصة التي تشير أن فريق العمل متعدد التخصصات تتناقض في المعنى، ومن الضروري إشراك مجموعة من الناس من مختلف التخصصات من أجل تنفيذ عمليات التخطيط، التقييم، وتنفيذ برامج التعليم الفردي للطالب، وهي لا تضمن بأن يعمل هؤلاء الأشخاص كفريق من خلال التعاون، والتنسيق، والعمل على تحقيق الأهداف المشتركة؛ إن مثل هذه المواصفات التي تتعلق بفريق العمل التعاوني تعتبر ضرورية لنجاح برامج التربية الخاصة.

تحسين الانتقال من الحياة المدرسية إلى حياة سن الرشد

إن بإمكان القانون تحقيق فوائد ومزايا للبالغين من ذوي الإعاقات الشديدة إضافة إلى توفير طويل الأجل في نفقات المجتمع. ولغاية هذا اليوم، فإن الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة قلما يحصلون على فرص توظيف مدعمة أكثر من تلك التي يحصل عليها ذوي الإعاقات العقلية. إن مراكز الرعاية اليومية والخيارات الوظيفية للبالغين من ذوي الإعاقات الشديدة كثيرا ما تتصف بتدني أو عدم الأجور وتنحصر في خيارات محددة. كما أن التوظيف المدعم لذوي الإعاقات الشديدة يواجه صعوبة من خلال قلة التمويل وعدم إشراك المتخصصين للأباء بشكل مناسب في عمليات التخطيط للمراحل الانتقالية، مما يقلل من معرفة الآباء من خيارات مرحلة ما بعد المدرسة (Gallvan- Fenlon, 1994; West, Revell, & Wehman, 1992).

ويمكن التقليل من هذه المشكلات مع قيام الولايات بتوسعة مصادر تمويلها في ظل تعديلات قانون التأهيل لسنة 1986 ومع استمرار المساندة للتوظيف (Sale, Revell, West, & Kregel, 1992). وإضافة لذلك، فإن تحقيق الانتقال الناجح من المدرسة إلى الحياة العملية يعتمد على العديد من العوامل، مثل:

1. العمل على تطبيق شروط قانون التعليم للجميع من حيث إن الخطط الانتقالية تمثل جزءا من خطط فرق التعليم الفردي والتي تبدأ اعتبارا من سن السادسة

- عشرة كحد أدنى (أو في سن 14 أو أدنى عندما يكون ذلك مناسباً) وأن المؤسسات المهنية للبالغين يجب أن تشارك في مثل هذا النوع من التخطيط.
2. تعزيز مشاركة الأسرة والطلاب في عمليات التخطيط للمراحل الانتقالية.
 3. التعاون بين أعضاء فريق التخطيط للانتقال الفردي (موظفي المدرسة، الأسرة، والطلاب، وموظفو هيئات خدمات البالغين) والتي يتمثل وسيلة رئيسية لعمل، وتنفيذ، وتقييم الخطة الانتقالية للطلاب.
- وبناء عليه، فمن واجب السلطات التشريعية تعديل الأنظمة بهدف:

1. توفير التدريب المناسب للأسر عند الانتقال إلى بيئة العمل، إضافة إلى تقديم وصف واضح ومفهوم وتوضيح لخيارات الشخص البالغ والتوجه نحو الحصول على وتحقيق مثل هذه الخيارات من خلال فريق التخطيط الفردي للمرحلة الانتقالية.
2. تثقيف الأسر، موظفي المدرسة، وفرق التعاون في تقديم الخدمات للبالغين، وتزويدهم بمهارات حل المشكلات. ويمكن أن تنفق على توسعة البحوث والمشاريع المتعلقة بالانتقال من حياة المدرسة إلى حياة البالغين.

تحسين تنفيذ القوانين المتعلقة بمتعددي الإعاقة

- من خلال النشاطات الممولة، بما في ذلك على سبيل المثال وليس الحصر المراقبة، والمساعدة الفنية، وإعداد الموظفين، والعروض والشروحات، والبحوث، والتي يجب تنفيذها خلال السنوات الخمس القادمة. وإضافة لذلك، فإن على هيئات التعليم في قطاع التعليم العام والتربية الخاصة أن:
1. تمول البحوث من أجل تطوير أنظمة تمويل بديلة للتعليم، والتي تعمل على إزالة الحوافز المقدمة للدمج المنفصل.
 2. تمويل مشاريع التدريب بما يشمل برامج الدمج في المدارس وبما يتوافق مع السياسات المالية.

3. الطلب من جهات التعليم توفير منح تأهيل العاملين، وتقديم منح دراسية في مجال التربية الخاصة والقيادة والإدارة.
4. ضرورة وضع خطط للإبلاغ عن أنظمة التمويل من أجل تحقيق الأهداف في توفير بيئات دمج أقل تشدداً، ومزيد من المرونة والمساءلة. وأخيراً، فإن على هذه المؤسسات أن توجه مؤسسات التعليم في الولايات من أجل اختبار العلاقة بين إجراءات تأهيل المعلمين في مجال التربية الخاصة (ترخيص المعلمين) وسجلاتهم في مجالات الدمج التربوي كجهد لتحديد مدى مساهمة معايير التأهيل (الترخيص) في تسهيل عمليات الدمج التربوي في بيئات أقل تشدداً.
5. إعداد الموظفين لتعليم الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة في المدارس المجاورة.

على مؤسسات التعليم تبني سياسة تتطلب أن تحتوي جميع برامج تمويل تأهيل الموظفين امتلاك خبرات مستمرة في مدارس الدمج والتدريب ضمن فرق متعاونة مع استخدام طرق حل المشكلات من أجل مساندة الطلبة ذوي الاحتياجات في مجال التربية الخاصة ودمجهم في صفوف التعليم العام، والدمج في مرحلة ما قبل المدرسة، وغيرها من البيئات (التأهيل المجتمعي) مع الأشخاص من غير ذوي الإعاقات. وعلاوة على ذلك، فإن تطبيقات تأهيل الموظفين فيما يتعلق بتدريب المعلمين على المحتوى والنتائج يجب أن تعكس أفضل الممارسات الفعالة. وعلاوة على ذلك، فإن أي منح تمويل لموظفي التأهيل من معلمي التعليم العام أو الإداريين يجب أن تعكس إصرار الكونجرس على أهمية اكتساب الخبرات في مدارس الدمج والتدريس ضمن الفرق المتعاونة وطرق حل المشكلات من أجل مساندة الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في صفوف التعليم العام. وعلى مؤسسات التعليم توجيه مؤسسات التعليم في الولايات من أجل تصميم خطط تبحث نقاط الضعف بما يتوافق مع معايير الجودة والمرونة لمساندة الطلبة من مختلف التصنيفات.

تحسين الانتقال من الحياة الدراسية إلى الحياة المهنية

يتوجب على مؤسسات التعليم الاستمرار في مراقبة خطط وبرامج التربية الخاصة وتحدد أهداف لتحسينها. كما أن على هذه المؤسسات أن تطلب من مؤسسات التعليم في الدولة العمل بشكل تعاوني مع مؤسسات التأهيل الوظيفي.

كما إن استخدام أموال المؤسسات المخصصة للتعليم، وأموال المؤسسات الخاصة، أو الجامعات وبرامجها، يجب أن تركز على حل مشكلات جودة البرامج التربوية المنصوص عليها بموجب قانونين (الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة) واستكشاف الحلول المناسبة.

كما أن المجموعات يجب أن تشمل الأسر، التربويين، مؤسسات المجتمع، ومجموعات المدافعة، والقادة السياسيين المحليين. ويجب أن تركز هذه المجموعات على مواضيع مثل:

1. الدمج في مدارس مجاورة.
2. تأهيل الموظفين.
3. الانتقال من المدرسة إلى بيئة العمل.
4. الطرق الإنسانية الفعالية لحل المشكلات السلوكية الخطرة. وسوف يتم استخدام النتائج التي تتوصل إليها هذه المجموعات، والتوصيات التي تقدمها من أجل تطوير أجنحة للمؤسسات، ولبحث خدمات التخطيط والتحسين في ظل قانون التعليم للجميع على مستوى الولايات والمناطق المحلية، ولتحديد الاحتياجات التدريبية لموظفي المدرسة والمؤسسات، ولتطوير مواقع لنشر المعلومات، ولتنفيذ إجراءات الرقابة من قبل الولاية.

ومن الضروري أن تعمل مؤسسات التعليم على مستوى الولاية والمؤسسات المحلية على مساعدة الأسر للتعرف واستكشاف مراكز المصادر ومجموعات المدافعة وطرق تحسين التفاعل بين المدارس والأسر.

ولأن مهارات التعاون وحل المشكلات من العناصر الضرورية لنجاح الممارسات وفعاليتها في مجال التربية الخاصة، والتي كثيرا ما تشكل حلقة وصل ضعيفة في تطبيق هذه الممارسات، فإن بمقدور مؤسسات التعليم تمويل مشاريع التدريس التي تبحث قضايا وطرق العمل بروح الفريق، وحل المشكلات بين الأسر، وموظفي التربية الخاصة والتعليم العام. ومن خلال القدرة على الإشراف على تنفيذ قانون التعليم للجميع، وتقديم المساعدة الفنية، والإشراف على برامج تأهيل المعلمين، وتمويل البحوث ومشاريع التدريس، فإن على مؤسسات التعليم التواصل مع مؤسسات التعليم المحلية وتعريفها بأهمية بناء فرق تعاون، ومهارات حل المشكلات وإجراءات التعامل مع القضايا الروتينية، وتطوير برامج التعليم الفردي والجمعي، وتفعيل نشاطات المدارس بشكل يومي. وعلى مؤسسات التعليم في الولايات أن تشترط على مؤسسات التعليم العالي بحث مسائل العمل بروح الفريق وبشكل تعاوني، ومهارات حل المشكلات في كافة الخدمات المقدمة للمعلمين، إداري المدارس وغيرهم من العاملين (أخصائيو النطق/ اللغة، الباحثون الاجتماعيون.. الخ). ويجب أن تنسق هذه البرامج مع مؤسسات الصحة بحيث تشمل برامج تدريبية متخصصة للصحة.

وخلاصة الأمر يتضح أن هناك العديد من المعوقات لتطبيق سياسات وتوجهات الأنظمة التعليمية تجاه متعددي الإعاقة من بين المعوقات:

1. إن الإحالة التربوية تعتمد على مسميات تصنيفية (الإعاقات الشديدة مثلا).

2. التمييز في التمويل لحالات الدمج في صفوف التعليم العام.

3. النظام الثنائي للتعليم العام والتربية الخاصة. وهناك عوامل تهدد حقوق الطلبة في الحصول على تعليم مناسب ضمن البيئة الأقل تعقيدا مع توفير فرص لهذه الفئة من الطلبة من أجل تحقيق النتائج الحياتية القيمة من خلال التعليم.

كما أن هناك حاجة لانتخاذ إجراءات مناسبة من قبل وزارات التربية والمشرعين من خلال:

1. إزالة التمييز في الحق تلقي التعليم في الصفوف العادية في مدارس الحي المجاورة.

2. إعداد الموظفين من أجل تعليم الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة في صفوف التعليم العام في المدارس القريبة المجاورة.
3. تحسين عملية الانتقال من المدرسة إلى الحياة العملية.
4. تصميم أولويات لاتخاذ إجراءات بناء على المدخلات الميدانية.
5. تنسيق هذه النشاطات مع دوائر الولاية (التأهيل الوظيفي، وخدمات البالغين).

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أخضر، فايزة (2007)، الوضع القائم للجودة في الميدان التربوي. الرياض: الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية (جستن).
- الإدارة العامة للتربية الخاصة (2004)، الإطار العام لبرامج متعددتي العوق، الرياض: وزارة التربية والتعليم.
- الإدارة العامة للتربية الخاصة (2004)، الإطار العام لبرامج متعددتي العوق، الرياض: وزارة التربية والتعليم.
- الإدارة العامة للتربية الخاصة (2008)، إحصائية برامج متعددتي الإعاقات، الرياض: وزارة التربية والتعليم.
- جودة، محفوظ (2014)، إدارة الجودة الشاملة. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- الحسن، محمد (2009)، المؤشرات النوعية لبرامج الطلبة ذوي التعلم ودرجة انطباقها على البرامج التربوية التي تقدم لهؤلاء الطلبة في الأردن. اطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان: الأردن.
- الخطيب، جمال (2003)، الشلل الدماغي والإعاقة الحركية دليل الآباء والمعلمين، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال (2012)، تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال (2010)، استخدامات التكنولوجيا في التربية الخاصة، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2014)، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، دار الفكر ناشرون وموزعون.
- الدويش، عبد العزيز (2006)، تصور مقترح لتطوير إدارات المدارس الملحق بها برامج التربية الخاصة في ضوء بعض الاتجاهات العالمية المعاصرة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود: الرياض.
- الروسان، فاروق (2014)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- السرطاوي، عبد العزيز والسرطاوي، زيدان، التقييم في التربية الخاصة (2013)، (مترجم)، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- السرطاوي، عبد العزيز والصمادي، جميل (2014)، الإعاقات الجسمية والصحية، دار الفكر ناشرون وموزعون.
- السرطاوي، عبد العزيز وخشان، أيمن وجودة، وائل (2000)، تربية ذوي الإعاقات المتعددة الاتجاه شمولي الاختصاصات، الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.
- السنبل، عبد العزيز والخطيب، محمد ومتولي، مصطفى وعبد الجواد، نور الدين (2004)، نظام التعليم في المملكة العربية السعودية. الرياض: دار الخريجي.
- الشمري، حامد (2007)، إدارة الجودة الشاملة: صناعة النجاح في سباق التحديات، (ط2)، جازان: المؤلف.
- الطريقي، محمد (1994)، أطفال القرية المعوقين، (مترجم)، المركز المشترك لبحوث الأطراف الاصطناعية والأجهزة التعويضية وبرامج تأهيل المعوقين: الرياض.
- العايد، مساعد (2005)، احتياجات ذوي الإعاقات المتعددة الجسمية والتربوية والاجتماعية والانفعالية في مراكز التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية

- وعلاقتها بمتغيري العمر والجنس. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- العايد، مساعد (2010)، مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية المقدمة للأفراد ذوي الإعاقات المتعددة ودرجة انطباقها على مراكز التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية. أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- العايد، مساعد عثمان (2013)، تقويم فاعلية اسلوب التدريس العلاجي لذوي صعوبات التعلم الحركي لطلاب المرحلة الابتدائية في مدارس محافظة الاحساء، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، المجلد 24- العدد 94.
- العتيبي، بندر (2002)، الدمج الشامل للتلاميذ ذوي الإعاقات الشديدة، ماهيته، مناهجه، فعاليته، دراسة قدمت للمؤتمر القومي الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين: جمهورية مصر العربية.
- عليمات، صالح (2004)، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات التربوية: التطبيق ومقترحات التطوير، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- فرج، عبد اللطيف (2009)، نظام التربية والتعليم في المملكة العربية السعودية، عمان: دار وائل للنشر.
- القمش، مصطفى نوري (2015). الاعاقات المتعددة، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين (2009)، معايير اعتماد مؤسسات وبرامج الأشخاص المعوقين، عمان: الأردن.
- مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية (2001)، الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي.
- محمد سليمان احمد، وسوسن عبد الفتاح وهب، عبير محمد أحمد، (2012)، الإعاقات المتعددة: المفاهيم والقضايا الأساسية، دار زمزم ناشرون.

-
- مركز الملك فهد بن عبد العزيز للجودة (2005)، برنامج التقييم المتبادل من أجل الجودة في المدرسة، وزارة التربية والتعليم إدارة التربية والتعليم بمحافظة الأحساء.
 - مركز الملك فهد بن عبد العزيز للجودة (2007)، التقييم المتبادل من أجل الجودة في التعليم، الملتقى الأول للجودة في التعليم، وزارة التربية والتعليم، إدارة التربية والتعليم بمحافظة الأحساء.
 - مسعود، وائل ومحمد، عبد الصبور ومراد، محمد (2005)، التأهيل الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة، الرياض: الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.
 - موسى، ناصر (2008)، مسيرة التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية من العزل إلى الدمج، الإمارات: دار القلم.
 - يحيى، خولة (2014)، إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان: دار الفكر.
 - يحيى، خولة (2014)، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، عمان: دار المسيرة.

ثانياً: المراجع الاجنبية

- Brown, L. Johnson, F, (2001). Strategies for generating comprehensive, longitudinal, and chronological age – appropriate individualized education programs for adolescents and young – adult severely handicapped students. Journal of special education. 14 (2): 19-3.
- Council of Exceptional Children (2003). What Every Special Educator Must Know: Ethics, Standards and Guidelines for Special Educators. (5th ed). Washington, D.C: Library of Congress.
- David, B., & Harold, T. (2000). Quality in Higher Education (Vol. 6) :New York, Rutledge, part of the Taylor & Francis Group..
- Defur, S . H.(2003) IEP Transition Planning From Compliance to Quality, Special Education, Vol 11(2), 11.
- Downing, J .(1987) Active vs. Passive Programming: A critique of IEP Objectives for Students With the Most Severe Disabilities, ED 293282.
- Edgemon, E. A, (2006) Large-Scale Assessments: A Teachers Guide to Making Decisions About Accommodations, Teaching Exceptional Children, Vol. 38, (3), 6-11.
- Estes, M. B., (2004) Choice for all? Charter Schools and students with Special Needs, Journal of Special Education .37(4).
- Florida Department of Education, (1997), Quality Indicators individualized Education Programs, Division of Public Schools and Community Education.
- Foreman, P: Artur- Kelly, M : Pasco, S. (2007). The Impact of Partner Training on the Communicative Involvement of Students with multiple and Severe Disabilities in Special schools, journal of Intellectual & Developmental Disabilities V 32 (4), 233-247.
- Forest. M, Lusthaus. E, (1989). Promoting Educational equality for all students: Circles & map. In S. Stainback, W. Stainback, and M. Forst (Eds), Educating (43- 57).
- Gargiulo, R. (2006). Special Education in contemporary Society: an introduction to Exceptionality. (second ed). Birmingham: Thomson.

- Giangreco, M. F,(1994) Dressing Your IEP Goals and Objectives for Students with Multiple Disabilities, Remedial and Special Education Vol 15 (5) .323-343.
- Ginagreco, F, and Snell, M,(1993) Severe and Multiple Disabilities.
- Guralink. M . J, Neville. B ., Connor,R. T, & Hammond, M. A. (2003), Family Factors Associated with the peer social competence of young children with mild. Delays. Ammerican Journal on mental Retardation : Vol. 108,(4) 272-287.
- Hallahan, D, P. and Kauffman, J, M. (2006). Exceptional Learners: Introduction to Special Education, (10th ed) New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Hallahan, D., Kaufman, j., and Pullen, P., (2009), Exceptional Learners: An Introduction to special Education. 10th ed. pearson :Boston..
- Hartwig. Eric P. Ruesch. Gary M., (2000) Disciplining Students in Special Education. Journal of Special Education,Vol 33,(4), 240-247
- Hawke.C., Thomas. S. B., (1999) Health-Care Services for Children with Disabilities: Emerging Standards and Implications. Winter, Journal of Special Education Vol 23,(6).185-198
- Hespe. C and Gantwerk, B, (2000) Core Curriculum Content Standards For Students with Severe Disabilities New Jersey State Department of Education.
- Junge L. A., (2007). Writing Smart Objectives and Strategies That Fit the Routine, Teaching Exceptional Children, Jan/Feb. Vol. 38(3), 6-11.
- Kirk, S, Gallagher, J., and Anastasiow, N. (2003). Educating Exceptional Children. Boston: Houghton Mifflin company
- Kirk, S, Gallagher, J., and Anastasiow, N. (2003). Educating Exceptional Children. Boston: Houghton Mifflin company
- Konto, E.; Pirttimaa, R. (2008) The Assessment of Severely Intellectual Disabled Students, European Journal of Special Need, Vol 23, (1), p. 75-80.
- Kosclulek, F (1999) Empowering people with disabilities through vocational rehabilitation counseling.

- [www.thefreelibrary.com/Empowering + people + with+ disabilities+ through + vocational + rehabilitation...-a0126791480](http://www.thefreelibrary.com/Empowering+people+with+disabilities+through+vocational+rehabilitation...-a0126791480).
- Koster, M; Pijl, S. J; Van H. E, (2007) The social and development of Pupils with SEN in Mainstream Dutch Primary Schools; European Journal of Special Needs Education, V 22 (1),. 31-46 .
 - Learner, J. (2003). Learning Disabilities: Theories, Diagnosis, and Teaching Strategies. (9th ed). Boston: Houghton Mifflin Company.
 - Low Incidence Disabilities Engineering the Classroom, Southeast Regional Personnel Development Partnership (SR-PDP) [www. coe. fau. edu /pdp /PDF/ Low_Incidence_Disabilities. pdf](http://www.coe.fau.edu/pdp/PDF/Low_Incidence_Disabilities.pdf)
 - Lynch, E. W, Lewis, R. B, & Murphy, D. S. (1993). Educational Services of Educators and families. Exceptional Children Vol 3, (59), 210-220.
 - Lynch, S., Adams, P. (2008). Developing standards based individualized education program objectives for students with significant needs. Teaching exceptional children, 40 (3): 36-39.
 - Mattie, H . D.; Kozen, A. A. (2007) Consideration of Behavior States and Patterns in IEP Development and Daily Planning :A Multiple Case Study Approach Involving Students with Multiple Disabilities. Education & Training in Development Disabilities, V 42, (1), 38-47.
 - National Council on Disability,(1996) Improving the Implementation of the Individuals with Disabilities Education Act: Making Schools Work for All of America's Children Supplement, Washington, DC 20004-1107
 - National Quality Assurance and Accreditation. (2004). The Quality Assurance and Accreditation Handbook: New York National Quality Assurance and Accreditation.
 - NCATE/ CEC Program Standers (2002) Programs for the Preparation of Special Education Teachers [www. NCATE. org/ Program Standards /CEC /CEC Standards .doc](http://www.NCATE.org/ProgramStandards/CEC/CECStandards.doc)
 - Pery, K. Maes, B, Vlaskamp, C, (2004). Domains of quality of life of people with profound and direct support staff. Journal of applies research in intellectual disabilities. 18: 35-46.
 - Position of the American Dietetic Association: providing nutrition services for infants, children, and adults with developmental

- disabilities and special health care needs. (ADA Reports) (2004), Jan Journal of the American Dietetic Association.
- Quality Curriculum and Instruction for Students with Severe, (2008) disabilities, www.ttac.edu.edu.
 - Shriner, J. Desterfano, L. (2003). Participation and accommodation in state assessment: the role of individualized education programs. Council for exceptional children. 69 (2): 147-161.
 - Singh, Delar, (2003). Students with disabilities & higher Education, College Students Journal, sept. pp. 170- 185.
 - Smith, D, D. (2007). Introduction to Special Education: Making a Difference. (6th ed). Boston: Pearson, Allyn and Bacon.
 - The condition of education, (2002). Inclusion of students with disabilities in Regular classrooms .pp. 88-176
 - The University of State of New York,(1998),The Learning Standards and Alternate Performance Indicators For Students With Severe Disabilities ,Office of Vocational and Educational Services for Individual with disabilities.
 - Turner. M. D., Baldwin. L., Kleinert. H.L., Kearns.J.F, (2000) The Relation of a Statewide Alternate Assessment for Students with Severe Disabilities to Other Measures of Instructional Effectiveness. Summer, Journal of Special Education.
 - Turner. N, F. Jane, (2003), Utilizing the classroom peer group to address children's social needs: an evaluation of the circle of friends intervention approach ,Journal of Special Education. Vol 22, (4), 233-243.
 - Wood, A., (2004). Evaluating the Effectiveness of National Special Needs Information System in Scotland
 - Ysseldiyke, J. E Algozzine, B, (1997). Special Education A practical Approach for Teachers, Boston, 3rd ed. Boston, Houghton Mifflin company.

نبذة عن المؤلف

المعلومات الشخصية



الاسم: د. مساعد بن عثمان مبارك العايد.

تاريخ الميلاد: 1975

مكان الميلاد: الخبر.

الجنسية: سعودي.

المؤهل العلمي: دكتوراه التربية الخاصة، تخصص (الإعاقات المتعددة).

المرحلة	التخصص	الجامعة	تاريخ التخرج
البكالوريوس	كلية التربية	جامعة الملك فيصل	2001
الماجستير	التربية الخاصة	الجامعة الأردنية	2005
الدكتوراه	التربية الخاصة	الجامعة الأردنية	2010

الخبرات العلمية

- مدير مركز الإحساء الإقليمي فرع الجامعة العربية المفتوحة بالمملكة العربية السعودية.
- رئيس قسم التربية الخاصة مركز الإحساء الإقليمي.
- أستاذ مساعد التربية الخاصة مركز الإحساء الإقليمي.
- منسق مواد دراسية في مجال التخصص - فرع الجامعة بالمملكة، والفرع الرئيس الكويت.

المؤتمرات والندوات

- الحضور والمشاركة في العديد من الندوات العلمية وورش العمل في المملكة العربية السعودية والمملكة الأردنية الهاشمية ومملكة البحرين في مجال التربية وفي مجال ذوي الاحتياجات الخاصة.

العضويات

- عضو مجلس إدارة الجامعة العربية المفتوحة فرع المملكة العربية السعودية.
- عضو مجلس ضمان الجودة للعام الجامعي 2010-2011م للجامعة العربية المفتوحة فرع المملكة.
- عضو نادي الفتح الرياضي.
- عضو جمعية جستن للعلوم التربوية والنفسية في محافظة الإحساء.

المؤلفات

- لديه العديد من البحوث المنشورة والمقبولة للنشر و قيد النشر.

الاهتمامات البحثية

- مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية المقدمة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.
- التدخل المبكر والبرامج العلاجية.

للتواصل

- المملكة العربية السعودية- ص ب 6184 الإحساء 31982 فاكس:
00966135887620
- البريد الإلكتروني: dr.masaad.alayid@gmail.com