

الفصل الأول

المفاهيم الأساسية في التربية الخاصة

تعد عملية التربية والتنشئة الاجتماعية للطفل العادي ليصبح فرداً سوياً ومتوافقاً مع نفسه ومع مجتمعه مهمة صعبة، وتحتاج إلى جهد ووعي من القائمين عليها، أما إذا كنا بصدد تأهيل وتربية طفل ذو إعاقة فإن هذا يعد أمراً أكثر صعوبة وأكثر مشقة حيث إن مثل هذا الطفل له احتياجات خاصة تُحمل الأسرة ضغوطاً وأعباءً نفسية، ولقد أصبح المجتمع العالمي الآن أكثر وعياً بقضايا ذوي الاحتياجات الخاصة بكافة فئاتهم، بعد أن استشعر مدى الحرمان الذي يشعر به هؤلاء الأطفال عندما يتخلّى المجتمع عنهم وعن قضاياهم وحقوقهم المشروعة في الحصول على كافة الخدمات التي يحصل عليها أقرانهم من العاديين.

تعريف التربية الخاصة:

تعرف التربية الخاصة بأنها نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواء في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية . وعليه فإن خدمات التربية الخاصة تقدم لجميع فئات الطلاب الذين يواجهون صعوبات تؤثر سلباً على قدرتهم على التعلم ، كما أنها تتضمن أيضاً الطلاب ذوي القدرات والمواهب المتميزة، وبالتالي يشتمل مفهوم التربية الخاصة على الأشخاص في الفئات الرئيسية التالية :

- الإعاقة العقلية Mental Retardation
- الإعاقة السمعية Hearing Impairment
- الإعاقة البصرية Visual Impairment
- الموهبة والتفوق Giftedness & Talent
- التوحد Autism Spectrum Disorder (ASD)
- الإعاقة الجسمية والصحية physical & Health Impairments
- الاضطرابات الانفعالية والسلوكية Behavioral and Emotional disorders
- صعوبات التعلم Learning Disabilities

المقصود بالإعاقة وأسبابها:

تعددت المصطلحات والتسميات المستخدمة في الإشارة إلى الأفراد الذين ينخفض مستوى أدائهم عن متوسط الأشخاص العاديين، وهو ما أدى في معظم الأحيان إلى التداخل والالتباس وغموض الفهم أكثر من مما أدى إلى الوضوح وصحة الدلالة ، ومن بين التسميات المتداولة بين الناس : الشواذ،

والمعوقين ، وذوى العاهات ، والعجزة ومنها ما يطلق على فئة بعينها : كالبهائم والمعتوهين والبكم والخرس والعرج ... الخ .

وقد أدى إطلاق هذه التسميات وشيوعها إلى آثار سلبية وخيمة ، لعل من أبرزها جميعاً تلك الوصمة الاجتماعية لهؤلاء الأفراد بالقصور والعجز ، أكثر من الإشارة إلى مظاهر الكفاءة وأوجه القوة والإيجابية فى شخصياتهم ، بل وإغفالها لمقدراتهم على أداء الكثير من الأعمال والمهام كغيرهم من العاديين سواء بسواء ، مما لا يترتب عليه غالباً سوى إدراك أنفسهم على أنهم أقل قيمة من غيرهم، ومنعاً لكل هذا اللبس يمكن تبني التعريفات الصادرة عن الهيئات الدولية ومن أهمها تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) للإعاقة على أنها " حالة من القصور أو الخلل في القدرات الجسدية أو الذهنية ترجع إلى عوامل وراثية أو بيئية تعيق الفرد عن تعلم بعض الأنشطة التي يقوم بها الفرد السليم المشابه في السن." وجاء كذلك أنها "حالة تُحْدِمُ مقدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر من العناصر الأساسية للحياة اليومية من قبيل العناية بالذات أو ممارسة العلاقات الاجتماعية أو النشاطات الاقتصادية، وذلك ضمن الحدود التي تعتبر طبيعية.

كما يعرف الأفراد ذو الإعاقة على أنهم "أفراد يعانون نتيجة عوامل وراثية أو بيئية مكتسبة من قصور القدرة على تعلم أو اكتساب خبرات أو مهارات و أداء أعمال يقوم بها الفرد غير المعاق المماثل في العمر والخلفية الثقافية أو الاقتصادية أو الاجتماعية.

ولهذا تصبح لهم بالإضافة إلى احتياجات الفرد غير المعاق، احتياجات تعليمية، نفسية، حياتية، مهنية، اقتصادية، صحية خاصة، يلتزم المجتمع بتوفيرها لهم؛ باعتبارهم مواطنين وبشراً – قبل أن يكونوا معاقين – كغيرهم من أفراد المجتمع.

مستويات الوقاية من الإعاقة:

تتعدد مستويات الوقاية فتشمل ٣ مستويات :-

المستوى الأول وقاية أولية:

وتتمثل في الإجراءات التي يتم اتخاذها بهدف إزالة العوامل التي يحتمل أن تسبب الإعاقة وتشمل إجراءات صحية، إجراءات اجتماعية مختلفة مثل رعاية الأم الحامل والتحصين ضد الأمراض، وقواعد السلامة في الأماكن العامة وبرامج التغذية السليمة للأم الحامل.

المستوى الثاني: الوقاية الثانوية:

يتمثل هذا المستوى في الإجراءات التي يتم اتخاذها بهدف الكشف عن الإعاقة والتدخل المبكر لمنع حدوث مضاعفات وفي هذا المستوى نجد أن الإعاقة قد وقعت بالفعل إلا أننا نهدف للكشف المبكر عنها من أجل تقديم الخدمات

المناسبة لمنع تدهور الحالة، ومن الإجراءات الوقائية في هذا المستوى الفحوصات الإكلينيكية، اختبارات الكشف المبكر، المسوح العامة .

المستوى الثالث:

يتمثل في الإجراءات التي تهدف إلى التقليل من الآثار السلبية المترتبة على حالة العجز أو الإعاقة ومحاولة التخفيف من حدتها والتقليل من الآثار المترتبة عليها ومن هذه الإجراءات البرامج التربوية لتأهيل الأطفال ذوي الإعاقة، استخدام المعينات سواء السمعية أو البصرية أو الحركية، كذلك الإجراءات التي يتم اتخاذها من أجل تهيئة البيئة لتصبح أكثر تناسباً مع الأشخاص ذوي الإعاقة ومن ضمنها إصدار التشريعات المناسبة لرعاية وتأهيل وتعليم الأفراد ذوي الإعاقة.

ويمكن إجمال بعض الإجراءات الوقائية في النقاط التالية:

- ١ - الدعوة إلى الحد من زواج الأقارب
- ٢ - النصح والتوجيه إلى الحد من الإنجاب في الأسر التي يثبت أن بعض من أفرادها مصابون بأمراض وراثية.
- ٣ - ضرورة إجراء الفحص الطبي قبل الزواج.
- ٤ - ضرورة الرعاية الصحية للأم والجنين أثناء الحمل والولادة
- ٥ - التحصين الطبي للأطفال ضد مختلف الأمراض خاصة شلل الأطفال.
- ٦ - التوجيه بأهمية تحسن البيئة الصحية لتفادي العدوى الفيروسية أو البكتيرية أو التأثير السيئ للمياه غير الصالحة للشرب.
- ٧ - العناية بتغذية الطفل.
- ٨ - التوعية بأخطار وحوادث الطرق.

أسباب الإعاقة

تتعدد الأسباب المؤدية للإعاقة فتشمل:

أسباب ترجع الى مرحلة الحمل

- مثل تعرض الأم الحامل للأمراض الخطيرة مثل " الحصبة الألمانية ، الأمراض الجنسية ، اضطرابات القلب ، الكلى ، الغدد ، الربو الشديد .
- تعرض الأم الحامل لعوامل ضارة مثل " التدخين ، الكحول ، العقاقير الطبية ، الأشعة السينية ، سوء التغذية .
- الولادة المبكرة وتعني ولادة الطفل قبل موعده الطبيعي أو انخفاض وزنه لحظة الولادة بشكل ملحوظ .
- عدم توافق (اختلاف) العامل الريزي (عدم وجود العامل الريزي لدى الأم ووجوده لدى الجنين) .
- الاضطرابات الكروموسومية (كما في حالة متلازمة داون مثلاً)

- نقص الأكسجين لسبب أو لآخر مثل " الانيميا تعرض الأم الحامل لاختناق أو التفاف الحبل السري حول عنق الجنين " .
- العوامل الوراثية .

أسباب ترجع إلى مرحلة الولادة

- إصابة دماغ الطفل أثناء عملية الولادة .
- صعوبات الولادة كما في الولادة المقعدية أو الولادة بالملقط أو الشفط .
- ارتفاع نسبة المادة الصفراء (البليوبين) .
- النزيف أثناء الولادة .
- استخدام أدوات حادة أثناء الولادة.
- نقص الأكسجين بسبب انفصال المشيمة قبل موعدها أو إصابة الطفل بالأمراض الرئوية الحادة أو الاختناق وغير ذلك .
- استخدام العقاقير المخدرة أثناء عملية الولادة .
- الولادة باستخدام أساليب خاصة .

أسباب ترجع إلى مرحلة ما بعد الولادة

- تعرض الطفل لأمراض خطيرة مثل " التهاب السحايا ، التهاب الدماغ ، التهاب الأذن الوسطى .
- الإصابات المختلفة وبخاصة إصابات الرأس .
- الظروف الأسرية المضطربة والحرمان البيئي الشديد .
- إساءة استخدام العقاقير الطبية .
- الحمى الشديدة إذا لم تتم معالجة سببها في الوقت المناسب .
- الأمراض المزمنة الخطيرة .
- التسمم بالرصاص أو بغاز أول أكسيد الكربون.

واقع ذوي الإعاقة في مصر

المحور الأول : ذوي الإعاقة ونسبتهم في المجتمع.

يشير الواقع الحالي الى أن من أهم مشكلات ذوي الإحتياجات الخاصة بمصر عدم وجود حصر حقيقي لإعدادهم علي مستوى الجمهورية أو قاعدة بيانات كاملة وبالتالي صعوبة تجميعهم أو حصر احتياجاتهم ولعل ذلك يرجع الى نقص الوعي الاجتماعي والاتجاهات المجتمعية السلبية من ناحية وعدم وجود قاعدة بيانات خاصة بالمواطنين تعدها الدولة من ناحية أخرى، بالإضافة لعدم وجود دافع أو مكاسب يجنيها الفرد ذو الإعاقة أو أسرته من تسجيل بياناته لدى الدولة، وعلى الرغم من الدراسة الأخيرة التي أجراها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء والتي أشار فيها لوجود أكثر من (١٠) مليون شخص ذو إعاقة إلا إنها عملية تقديرية في محاولة للإقتراب من الوصول للعدد الحقيقي، كما أن قانون الأشخاص ذوي الإعاقة الصادر (٢٠١٨) قد أضاف فئة الإقزام للأشخاص ذوي الإعاقة وهو ما قد ينبأ بزيادة النسب عن النسب المعلنة وفقا لإحصائات ٢٠١٧.

وقد أشار الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء في تقريره السكاني لعام (٢٠١٧) إلى أن نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في مصر تمثل (١٠,٦٧) من إجمالي السكان وفيما يلي نعرض نسب انتشار الإعاقة في مصر وفقا لبيانات الجهاز:

أولاً: نسب الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة والمطلقة:

أعلن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء (٢٠١٧) التوزيع النسبي لانتشار الإعاقة من الدرجة (الشديدة - للمطلقة) بين المصريين من عمر ٥ سنوات فما أكثر على مستوى الجمهورية كما هو موضح بجدول (١)
جدول (١) يوضح نسب انتشار الإعاقة من الدرجة (الشديدة - للمطلقة) بين المصريين من عمر ٥ سنوات فما أكثر

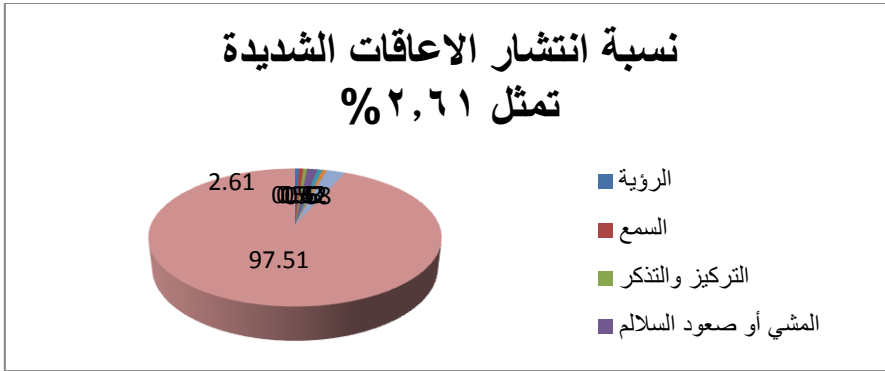
جمالي من لديهم صعوبة	الجمالي	الاناث	كور	اجمالي من ليس لديهم صعوبة	الرؤية	السمع	التذكر أو التركيز	المشي أو صعود السلالم	رعاية الذات	الفهم والتواصل مع الآخرين
2.7	2.49	2.61	97.51	0.55	0.60	0.53	1.42	0.68	0.60	

ملحوظة ١ : يوضع في الاعتبار أن مجموع نسب الصعوبات طبقاً للنوع لا تساوي

اجمالي نسبة انتشار الإعاقة بصفة عامة نظراً لتعدد الصعوبات الست عند الأفراد.

- ملحوظة ٢: يقصد بكلمة المطلقة العجز الكلي أي الفشل التام في القيام بالوظيفة.

من خلال الجدول السابق يمكن القول أن نسبة انتشار الإعاقات الشديدة الى المطلقة في مصر تبلغ (٢,٦١ %) من إجمالي السكان الذي يمثل (٩٤,٧٩٨,٨٢٧) أي أن حوالي (٢,٤٧٤,٢٤٩) ويوضح لنا شكل (١) التالي نسبة انتشار الإعاقات الشديدة في مصر لعام (٢٠١٧).



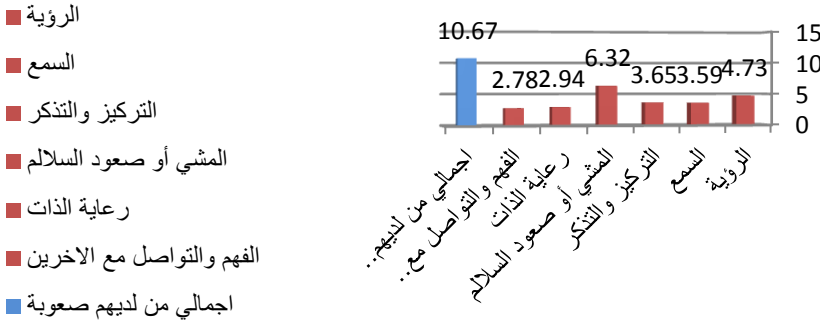
شكل (١) يوضح نسب انتشار الاعاقات الشديدة في مصر لعام (٢٠١٧)
ثانيًا: نسب الأشخاص ذوي الإعاقة من الدرجة (البسيطة - للمطلقة)
 أعلن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء (٢٠١٧) التوزيع النسبي لانتشار الإعاقة من الدرجة (البسيطة - للمطلقة) بين المصريين من عمر ٥ سنوات فما أكثر على مستوى الجمهورية كما هو موضح بجدول (٢)
 جدول (٢) يوضح نسب انتشار الإعاقة من الدرجة (البسيطة - للمطلقة) بين المصريين من عمر ٥ سنوات فما أكثر

اجمالي من لديهم صعوبة	اجمالي من لديهم صعوبة			الرؤية	السمع	التذكر أو التركيز	المشي أو صعود السلالم	رعاية الذات	الفهم والتواصل مع الآخرين
	ذكور	اناث	اجمالي						
89.33	10.67	10.34	10.99	4.73	3.59	3.65	6.32	2.94	2.78

- ملحوظة ١: يوضع في الاعتبار أن مجموع نسب الصعوبات طبقاً للنوع لا تساوي اجمالي نسبة انتشار الإعاقة بصفة عامة نظراً لتعدد الصعوبات الست عند الأفراد.
 - ملحوظة ٢: يقصد بكلمة المطلقة العجز الكلي أي الفشل التام في القيام بالوظيفة.

من خلال الجدول السابق (٢) يمكن القول ان نسبة انتشار الإعاقة في مصر تمثل (١٠,٦٧) من اجمالي السكان البالغ (٩٤,٧٩٨,٨٢٧) أي (٣٤,١١٥,١٠) هم عدد الأشخاص ذوي الإعاقة في مصر عام ٢٠١٧. ويوضح الشكل التالي نسب انتشار الإعاقة حسب نوعها وفق بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء لعام (٢٠١٧)

نسبة انتشار الإعاقة في مصر ٦٧,١٠



شكل (٢) توزيع نسب انتشار الإعاقة وفقا لنوعها

يتضح من شكل (٢) أن الإعاقات الحركية من أكثر الإعاقات انتشارًا بينما نجد أن مشكلات الفهم والتواصل مع الآخرين تمثل (٢,٧٨) أي أقل الإعاقات انتشارًا. وهنا ينبغي التعقيب حول الطريقة التي اعتمد الجهاز عليها في جمع البيانات حيث أدخل الصعوبات مع الإعاقات في حيز واحد وكان ينبغي توضيح المعايير التي اعتمد عليها في هذا التصنيف حتى نبتعد عن أي غموض كمي.

ثالثاً: نسب انتشار الإعاقة بين المحافظات

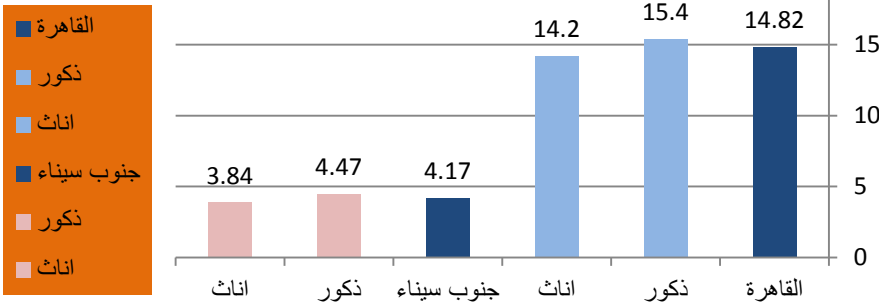
تختلف نسب انتشار الإعاقة بين المحافظات حيث يلاحظ أن هناك محافظات تنتشر فيها الإعاقة بدرجة كبيرة مثل القاهرة والاسكندرية بينما نجد محافظات يقل فيها درجة انتشار الإعاقة مثل الفيوم وشمال سيناء وجنوبها وفيما يلي جدول (٣) يعرض لنا الفرق بين أعلى المحافظات انتشار للإعاقة وأقلها.

جدول (٣) يوضح أعلى المحافظات في نسب انتشار الإعاقة وأقلها

القاهرة			القاهرة			أعلى محافظة
لا يوجد صعوبة			نسب انتشار الصعوبات			
الاجمالي	اناث	ذكور	الاجمالي	اناث	ذكور	
85.18	85.80	84.60	14.82	14.20	15.40	
جنوب سيناء			جنوب سيناء			أقل المحافظة
لا يوجد صعوبة			نسب انتشار الصعوبة			
الاجمالي	اناث	ذكور	الاجمالي	اناث	ذكور	
95.83	96.16	95.53	4.17	3.84	4.47	

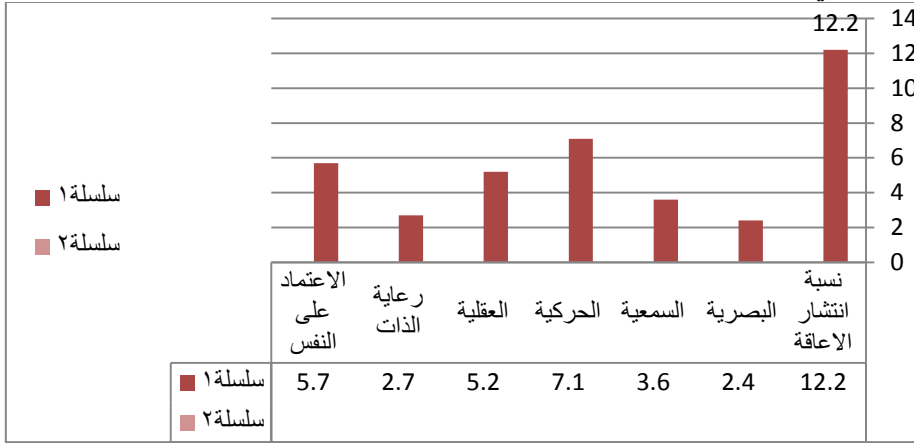
من خلال الجدول السابق (جدول ٣) يتضح لنا أن محافظة القاهرة تحتل الصدارة من حيث نسب انتشار الإعاقة بنسبة (14.82) بينما تعد محافظة جنوب سيناء أقل المحافظات في نسب انتشار الإعاقة بنسبة (4.17) . ويمكن توضيح البيانات السابقة خلال شكل (٣) الذي يوضح لنا الفرق بين أعلى المحافظات من حيث نسب الانتشار وأقلها

أعلى وأقل المحافظات في نسب انتشار الإعاقة



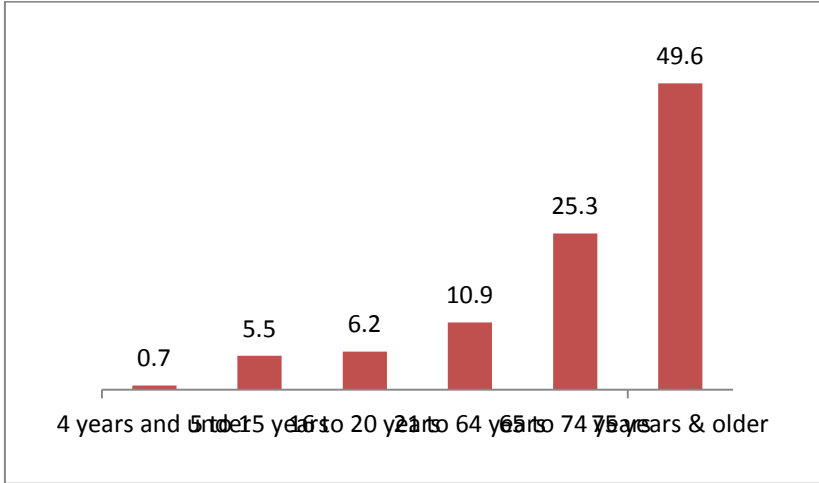
شكل (٣) يوضح الفرق بين أكثر المحافظات في نسب انتشار الإعاقة وأقلها وتأتي النسب السابقة مقاربة مع النسب العالمية حيث تشير متوسط الاحصائات العالمية الى أن نسب الإعاقة تتراوح بين ١٠-١٥% من سكان المجتمع ووفقاً للإحصاءات التي أعلنتها منظمة الصحة العالمية (2010) WHO فهناك أكثر من مليار شخص ذو إعاقة على مستوى العالم وبمقارنة نسبة الإعاقة في مصر بدولة مثل الولايات المتحدة الأمريكية نجد أن نسبة الإعاقة في

أمريكا أعلى من مصر حيث تشير أحدث الإحصاءات الأمريكية - دراسة جامعة
Cornell University 2016 Disability Status Report Topics - إلى
أن نسبة الإعاقة تمثل ١٢.٨ من سكان المجتمع الأمريكي.
ويوضح لنا الشكل التالي (٤) نسب انتشار الإعاقة وفقا لنوعها داخل
المجتمع الأمريكي



الشكل التالي (٤) نسب انتشار الإعاقة وفقا لنوعها داخل المجتمع الأمريكي

من خلال الشكل السابق يتضح لنا ان نسبة انتشار الإعاقة في الولايات
المتحدة الأمريكية تمثل ١٢.٢% من تعداد السكان وهي نسبة أعلى من مصر
وربما يرجع ذلك لأن الولايات المتحدة تضع كبار السن غير القادرين على
الاعتماد على انفسهم ضمن فئة الاعاقة وهو ما يوضحه شكل رقم (٥) الذي
يوضح توزيع نسب انتشار الإعاقة في الولايات المتحدة وفق العمر الزمني



شكل (٥) توزيع نسب انتشار الإعاقة في الولايات المتحدة وفق العمر الزمني

يوضح شكل (٥) أن ٤٩,٦ من ذوي الإعاقة هم فوق (٧٥) عام وهم من يقصد بهم كبار السن غير القادرين على الاعتماد على أنفسهم. من خلال العرض السابق نستطيع القول أننا لازلنا نحاول الوصول الى بيانات إحصائية دقيقة، وعلى الرغم من حدوث طفرة في الشفافية والاعلان عن نسب الإعاقة إلا أننا لم نصل لما هو منشود، ولعل الإمتيازات التي يوفرها قانون الأشخاص ذوي الإعاقة لعام (٢٠١٨) قد تمثل دافعا للأشخاص ذوي الإعاقة في تسجيل بياناتهم في قاعدة بيانات الدولة حتى يتمكنوا من الحصول على بطاقة هوية تمكنهم من الحصول على حقوقهم حيث نص القانون على حق الشخص ذو الإعاقة في استخراج بطاقة إثبات الإعاقة حتى تمكنه من الحصول على المزايا التي يتيحها القانون.

المحور الثاني: ذوي الإعاقة والتعليم

ثمّة وجهين لعملية تعليم ودمج ذوي الاحتياجات الخاصة في مصر أحدهما وجهًا إيجابيًا بينما الآخر يمثل الوجه السلبي الذي يمثل معاناة الأشخاص ذوي الإعاقة وأسره

أولاً : الوجه الإيجابي لدمج وتعليم ذوي الإعاقة:

تُعد مصر من أوائل الدول التي طبقت نظام الدمج في التعليم والشواهد على ذلك كثيرة فالأزهر الشريف كان يلتحق به الطلاب ذوي الإعاقة البصرية ليتلقوا علومه بجانب أقرانهم من الطلاب غير المعاقين كما ان الكثير من ضعاف البصر وضعاف السمع واصحاب الاعاقات الحركية موجودين بفصول

التعليم العام مع أقرانهم غير المعاقين ، ويدرسوا نفس المقررات الدراسية بنفس الكيفية دون وجود أي تعديلات على المناهج أو نظام الامتحانات.

في عام ٢٠٠٢ تم تطبيق فكرة الدمج المكاني وهو وجود فصل للتلاميذ ذوي الإعاقة بمدارس التعليم العام ، هذا الفصل يضم مجموعة من الطلاب ذوي الإعاقة الواحدة الذين يدرسون نفس المناهج الدراسية لأقرانهم بمدارس التربية الخاصة وهو اما فصل متعدد المستويات يبقى فيه التلميذ حتى الصف السادس الابتدائي ثم ينتقل بعدها لاحدى مدارس الحلقة الاعدادية العامة بالنسبة للمكفوفين أو الاعدادية المهنية بالنسبة للصم او الاعداد المهني بالنسبة للتربية الفكرية أو فصل يسمح بالنمو لتصبح مدرسة مستقلة بذاتها لها إدارة خاصة بها.

في عام ٢٠٠٩ صدر أول قرار وزاري لتنظيم عملية الدمج الكلي بمدارس التعليم العام كأحد التوجهات العالمية الحديثة في مجال تربية وتأهيل ورعاية التلاميذ ذوي الإعاقة حيث صدر القرار الوزاري رقم ٩٤ لسنة ٢٠٠٩ بشأن دمج ذوي الإعاقة الطفيفة بمدارس التعليم العام.

في عام ٢٠١١ صدر القرار الوزاري رقم ٢٦٤ بشأن دمج ذوي الإعاقة البسيطة بمدارس التعليم العام .

في عام ٢٠١٥ صدر القرار الوزاري رقم ٤٢ الخاص بدمج ذوي الإعاقة البسيطة بمدارس التعليم كما صدر القرار الكتاب الدوري رقم ١٩ لسنة ٢٠١٥ المفسر للقرار ٤٢ والذي ساهم في وصول عدد الطلاب المدمجين بمدارس التعليم العام من اربعة الاف طالب وطالبة إلى ١٧ الف طالب / طالبة بفضل الامتيازات الكثيرة التي وفرها للطلاب ذوي الإعاقة ومعالجة السلبيات التي ظهرت عند تطبيق القرار ٢٦٤ لسنة ٢٠١١ .

في عام ٢٠١٦ صدر أول قرار وزاري يحمل رقم ٢٢٩ يسمح بدمج ذوي الإعاقة البسيطة بمدارس التعليم الفني ليحقق مطلب أساسي من مطالب أولياء أمور الطلاب ذوي الإعاقة التي لا تسمح قدراتهم الأكاديمية بالالتحاق بالثانوية العامة ، حيث اتاح هذا القرار لهؤلاء الطلاب الاستمرار في التعليم بدلا من الانضمام للمتسربين للتعليم.

في عام ٢٠١٧ صدر القرار الوزاري رقم ٢٥٢ المعدل للقرار ٤٢ لسنة ٢٠١٥ ليضيف الكثير من الامتيازات للطلاب ذوي الإعاقة المدمجين بمدارس التعليم والتي تتمثل فيما يلي

مادة (١) يطبق نظام الدمج للطلاب ذوي الإعاقة البسيطة بالفصول النظامية بمدارس التعليم العام الحكومية والمدارس الخاصة ومدارس الفرصة الثانية والمدارس الرسمية للغات والمدارس التي تدرس مناهج خاصة في جميع مراحل التعليم قبل الجامعي ومرحلة رياض الأطفال وبما يختاره ولي امر الطفل

- ذي الإعاقة في الحاق طفله بمدرسة دامج أو مدرسة تربية خاصة وتلتزم المدارس التي تطبق هذا النظام بالإعلان عنه داخل وخارج المدرسة.
- كل المدارس دامج بها فيها مدارس الفرصة الثانية (التعليم المجتمعي).
 - من حق الطالب ذي الإعاقة الذي تنطبق عليه الشروط أن يدمج بأقرب مدرسة لمحل إقامته ويفضل أن تتوافر بها غرفة مصادر أو غرفة مناهل المعرفة والا تزيد نسبة التلاميذ المعاقين عن ١٠% من العدد الكلي للفصل بحد أقصى أربع طلاب على أن يكونوا من نفس نوع الإعاقة.
 - إلحاق الطالب بمدارس التربية الخاصة أو مدارس الدمج يتم وفقا لما يختاره ولي أمر الطالب ذي الإعاقة.
 - سن الالتحاق بالصف الأول الابتدائي بمدارس الدمج هو ٦ - ٩ وفقا لقانون التعليم العام ، ويجوز في حالة وجود أماكن النزول بالسن إلى خمس سنوات ونصف مع عدم الإخلال بالكثافة المقررة.
 - وتشير البيانات الإحصائية الصادرة عن مجلس الوزراء (٢٠١٧-٢٠١٨) الى أن عدد الطلاب المدمجين يبلغ (٣٧٥١٩) بواقع (٢١٤٦٩) بمدارس التعليم الابتدائي و(١٢٤٢٥) بمدارس التعليم الإعدادي و(١٦٩٣) بمدارس التعليم الثانوي العام وباقي العدد بمدارس التعليم الثانوي الفني، كما تشير الإحصائيات الى أن محافظة القاهرة بها العدد الأكبر من التلاميذ المدمجين إذ أن عدد المدمجين بها (٦٠٤٣) تلميذ كما هو موضح بجدول (٤)

جدول (٤) يوضح أعداد التلاميذ بمدارس الدمج

ما قبل الابتدائي	الابتدائي	جملة التعليم المجتمعي	جملة الاعدادي	جملة الثانوي العام	جملة الثانوي الصناعي	الثانوي الزراعي	التجاري	المشافي	التربية الخاصة	الجملة
٢٥٢	٢١٤٦٩	١٠٢	١٢٤٢٥	١٦٩٣	٦٦٥	١٩٠	٥٧٠	٦٥	٨٨	٣٧٥١٩

أما فيما يخص أعداد كل إعاقه داخل مدارس التعليم العام يقدم لنا جدول رقم (٥) بيان بأعداد تلاميذ الدمج موزعة طبقا لنوع الإعاقة كما أعلنه مجلس الوزراء بالتعاون مع الادارة المركزية للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم ٢٠١٧-٢٠١٨

جدول (٥) يوضح أعداد التلاميذ بمدارس الدمج موزعة طبقاً لنوع الإعاقة

الإعاقة	إعاقة ذهنية	إعاقة سمعية	إعاقة بصرية	توحد	إعاقة حركية	متلازمة داون	شلل دماغي	المجموع
عدد تلاميذ الدمج	٢٩٣٠٧	٢١٤٣	١٢٢٤	١٧٢٢	٢٠١٤	٥٥١	٥٥٨	٣٧٥١٩

ولا شك أن توالي القرارات المشجعة على دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم العام قد ساهمت بشكل كبير في تضاعف أعداد التلاميذ المدمجين حيث يوضح لنا جدول رقم (٦) تطور أعداد التلاميذ بمدارس الدمج خلال السنوات العشر السابقة.

جدول (٦) يوضح تطور أعداد التلاميذ داخل مدارس وفصول الدمج

العام	٢٠١١	٢٠١٤	٢٠١٨
العدد	٦,٠٠٠	١٩,٠٠٠	٣٧,٥١٩

وفي ضوء الوضع الجديد لتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة أصبح على المعلم أن يكون قادراً على

- ١- الاشتراك في التخطيط للنشاطات المدرسية الملائمة لتحقيق الدمج.
- ٢- وضع خطة للتدريب توفر تعليماً إضافياً في المجالات التي يبدي فيها الشخص ذو الإعاقة قصوراً عن أقرانه العاديين.
- ٣- الاشتراك في البرامج التوجيهية للآباء وللمجتمع بشأن الأشخاص ذو الإعاقة ورعايتهم.
- ٤- إعداد برنامجاً لتهيئة الطفل ذو الإعاقة للالتحاق بالصفوف العادية.
- ٥- تهيئة التلاميذ في الصفوف العادية لإلحاق التلاميذ ذوي الإعاقة في صفوفهم. (خولة يحيى، ٢٠٠٨).

وقد تعرض قانون الأشخاص ذوي الإعاقة رقم (١٠) لعام (٢٠١٨) في الباب الثالث لعملية تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة : حيث يؤكد على المساواة بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم في التعليم ويشير إلى ضرورة الالتزام بقواعد وسياسات الدمج التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة مع توفير فرص تعليمية متكافئة مناسبة لجميع أنواع الإعاقة ودرجاتها . كما يؤكد على ضرورة التزام الوزارات المختصة باتخاذ التدابير اللازمة لحصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تعليم دامج في المؤسسات الحكومية وغير الحكومية سواء في المدارس أو الجامعات أو

المعاهد الازهرية القريبة من محل سكنهم مع توفير المعايير الخاصة بالجودة والسلامة والامان والحماية

وفي خطوة جديدة لم تتطرق لها أي من تشريعات الاشخاص ذوي الإعاقة مسبقاً أكد القانون على التزام الوزارات المعنية بمحو أمية من تجاوز سن التعليم من ذوي الاحتياجات الخاصة وفق برامج وخطط واساليب تتلائم مع ظروفهم وقدراتهم .

ومن اجل نشر ثقافة الدمج أكد القانون على دمج ثقافة الدمج فى المناهج الدراسية من اجل رفع الوعي بإحتياجات الاشخاص ذوى الاعاقة .

ولتفعيل الدمج التعليمى فى المؤسسات التعليمية غير الحكومية حظر القانون من حرمان أى شخص ذو اعاقة من التعليم بمختلف مراحل أو رفض قبوله بسبب إعاقته ، وفى حالة مخالفة ذلك يتم إنذار المؤسسة بإزالة أسباب المخالفة خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ الانذار ، وفى حالة عدم إزالة المخالفة يتم إيقاف الترخيص لمدة لا تتجاوز ستة أشهر ، وفى حالة الاستمرار يلغى الترخيص ، كما حدد القانون نسبة قبول ذوى الاعاقة بالمؤسسات التعليمية حكومية أو غير حكومية بالا تقل عن (٥%) من المقبولين .

كما أكد القانون على ضرورة مراعاة المعايير العلمية الحديثة لجودة مدارس التربية الخاصة واشترطات الكود الهندسى ، وتوفير المناهج المناسبة لهم ، والمعلمين المتخصصين وفقاً لكل إعاقة .

كما تلتزم الوزارة المختصة بالتربية والتعليم مع الوزارات المعنية بتمكين الأشخاص ذوى الاعاقة من تعلم مهارات حياتية ، مهارات فى مجال التنمية الاجتماعية وتكنولوجيا المعلومات .

من خلال العرض السابق نستطيع أن نرى بوضوح الوجه الإيجابي لتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة.

ثانياً: دمج ذوي الاعاقة في التعليم (الوجه السلبي)

على الرغم من توالي القرارات المنظمة لتعليم ذوي الإعاقة في مصر والتي تتيح لهم التعليم بمدارس التعليم العام وازدياد عدد التلاميذ المدمجين بشكل ملحوظ مقارنة بالأعوام الماضية إلا أنه ثمة مأخذ عديدة ينبغي وضعها في الاعتبار:

١- بيئة التعلم المتاحة لذوي الاعاقة المدمجين غير مهيئة حتى يكتسبو المهارات التربوية والاجتماعية المختلفة حيث يزداد عدد الطلاب داخل الفصل ليزيد عن ٧٠ طالب وهو ما لا يتيح للطالب فرص التعلم الحقيقية.

- ٢- المعلمين غير مؤهلين للتعامل مع أبنائنا من ذوي الإعاقة وبالتالي كأنهم غير موجودين بالفصل أو يطلب المعلم من الأم أن تأخذ ابنها وتأتي به فقط أيام الامتحانات، أو يترك الطفل في فناء المدرسة طيلة اليوم وهو ما يمثل وجه غير إنساني يتعرض له الأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم .
- ٣- المناهج الدراسية غير معدة جيدا بما يناسب الأطفال ذوي الإعاقة فمنهج ذوي الإعاقة ينبغي أن يكون لها خصوصية عن المناهج العادية.
- ٤- غرف المصادر غير مفعلة بالمدارس (إن وجدت) ولا تحتوي على الأدوات المناسبة لكل إعاقة.
- ٥- لا يوجد نظام تقييم مقنن للأطفال ذوي الإعاقة عند دمجهم في مدارس العاديين وبالتالي يدخل الطفل الصف وفقا لعمره الزمني وليس عمره العقلي وهو ما يعيق تفاعله مع أقرانه من ناحية واستفادته من المناهج من ناحية أخرى.
- ٦- لا يوجد هيكل حقيقي للدمج بوزارة التربية والتعليم بل إنه لا يوجد إدارة خاصة بالدمج على الرغم من أن الدمج أحد أهم الاتجاهات العالمية الحديثة.
- ٧- نظم الامتحانات التي توضع للطلاب غير متماشية مع قدراتهم وبالتالي فمن يجيب على الامتحان هو المرافق وليس الطالب.
- ٨- لا يوجد فريق عمل بمدارس الدمج ولا توجد خطط تربوية حقيقية للعمل على تنمية مهارات الطفل المدمج بدءا من قدراته الفعلية.
- ٩- عدم وجود خطة واضحة المعالم نحو الارتقاء بذوي الاحتياجات الخاصة
- ١٠- الأهتمام بالدمج على مستوى الكم وليس الكيف إذ يزداد عدد التلاميذ المدمجين عاما بعد عام الا أن الخدمات المقدمة لهم تتردى عاما عن آخر.
- ١١- أما فيما يخص مدارس التربية الخاصة يوضح لنا جدول (٧) واقع ذوي الإعاقة بمدارس التربية الخاصة من خلال بيان بأعداد الطلبة والمدارس التابعة للتربية الخاصة على مستوى جمهورية مصر العربية عام ٢٠١٧/٢٠١٨

جدول رقم (٧) بيان بأعداد الطلبة والمدارس التابعة للتربية الخاصة في مصر

عدد مدارس ذالكفوفين وضعاف البصر	عدد الطلبة المكفوفين وضعاف البصر	عدد مدارس الصم وضعاف السمع	عدد الطلبة الاعاقة الذهنية	عدد الطلبة ذوي الاعاقة	مدارس المشافي	طلبة المشافي	المجموع الكل للمدارس	المجموع الكل للطلبة
--	---	--	----------------------------------	---------------------------------	------------------	-----------------	----------------------------	---------------------------

				الذهنية			السمع		
٣٨٦٤١	٩٥٥	١٨٣	٤	٢٣١٧٢	٥٣٧	١٢٤٩٦	٣١٥	٢٧٩٠	٩٩

صادر عن وزارة التربية والتعليم الادارة المركزية للتربية الخاصة

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن جملة التلاميذ بمدارس التربية الخاصة على مستوى الجمهورية هو (٣٨٦٤١) وهو رقم ضئيل حينما يقارن بتعداد الأطفال ذوي الإعاقة في سن التعليم وهو ما يشير الى امتناع العديد من الأباء عن إدخال أبنائهم لمدارس التربية الخاصة والذي يحتاج الى دراسة مستقلة لتفسير ذلك العزوف وتحديد ما اذا كانت أسبابه ترجع الى اتجاهات اجتماعية، ضعف الخدمات التي تقدمها مدارس التربية الخاصة مقارنة بالمراكز الخاصة، أم غيرها من الأسباب.

ومن خلال عمل الباحث بوزارة التربية والتعليم -الادارة المركزية للتربية الخاصة -والمنوط بها عمليات المتابعة والتخطيط والتطوير والتنفيذ في كل ما يتعلق بتعليم الأشخاص ذوي الاعاقة يمكن القول أن

- عدم وجود رؤية واضحة للقائمين على العملية التعليمية.

- غياب التخطيط المسبق .

- غياب التنسيق داخل الإدارات وبعضها البعض.

- نقص الكفاءات المؤهلة للإرتقاء بتعليم ذوي الاعاقة.

- التركيز على الأنشطة اللاصفية بعيداً عن الاهتمام بوضع خطط وبرامج

فردية وتطوير المناهج والتواصل بين القيادات، الفساد الإداري كلها عوامل تسهم بدرجة كبيرة في القصور الموجود بمدارس التربية الخاصة.

المحور الثالث: ذوي الإعاقة والبيئة الفيزيائية:

يعاني ذوي الإعاقة وخاصة ذوي الإعاقة الحركية من العديد من مشكلات التوجه والحركة في مصر حيث لا توجد أماكن انتظار خاصة بهم ولا الطرق ممهدة لحركتهم كما أن وسائل المواصلات لا تضع في الاعتبار أماكن للمعاقين وإن وجدت يجلس بها الأصحاء كما تحتاج وسائل المواصلات عند تصميمها مراعاة ظروف المعاقين وكيفية الصعود لوسيلة المواصلات، لذلك ينبغي على الدولة أن توفر الكراسي المتحركة لذوي الإعاقة الحركية حتى تسهل حركتهم وتوفر مجهودهم.

وقد أكد قانون الإعاقة (قانون ١٠ لعام ٢٠١٨) على حقهم في الإتاحة والتيسير من خلال اشتراط الكود الهندسي المصري لتصميم الفراغات الخارجية والمباني عند اصدار تراخيص المباني الجديدة لاستخدام الاشخاص ذوو الاعاقة ، وكذلك تهيئة المنشآت القائمة، **لذلك نأمل مستقبلا** أن يتم الاستفادة من القانون الأمريكي لرصد العوائق القابلة للإزالة بسهولة حتى تيسر على الأشخاص ذوي الإعاقة التوجه والحركة كما ينبغي على الدولة ان تراعي في كافة الأبنية الحديثة وجود مداخل للأشخاص ذوي الإعاقة

كما أكد القانون على تخصيص أماكن للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع وسائل المواصلات وتخفيض أجرتها بنسبة (٥٠%) من قيمتها المدفوعة .

والاعفاء من تراخيص بناء او تطويع مبنى بهدف تسهيل حركة الاشخاص ذوي الاعاقة .

المحور الرابع: ذوي الإعاقة والاتجاهات المجتمعية:

على الرغم من أننا أصبحنا في عام (٢٠١٨) إلا أن النظرة السلبية تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة لازالت موجودة، تلك النظرة التي لا يتوقف أثرها على الشخص ذو الإعاقة فقط انما يمتد أثرها لأسرته، وهو ما يعد أحد أهم المشكلات التي يعاني منها الأشخاص ذوي الإعاقة حيث لازال المعاقون يواجهون نظرة الشفقة التي تقلل من قيمتهم وتعكس احساس الآخرين تجاههم بأنهم أشخاص لديهم نقص.

كما يجب ان نغير نظرة المجتمع تجاه ذوي الإعاقة من خلال الاعتراف بهم كفئة يمكن أن تكون فعالة ومنتجة اذا ما اعطيت حقها في الحياة الكريمة من تعليم وتدريب وتأهيل، كما يتم ذلك من خلال تفعيل دمج ذوي الإعاقة في المجتمع بشكل علمي ومقبول، واعطائهم فرص المشاركة في كافة مجالات الحياة .

ولعل هناك العديد من النماذج البارزة للأشخاص ذوي الإعاقة التي استطاعت تحقيق العديد من الإنجازات التي عجز الأشخاص غير المعاقين عن تحقيقها وبالتالي يتحتم على الإعلام وكافة مؤسسات الدولة إظهار تلك النماذج للتوضيح للبيان أن الإعاقة من الممكن أن يتم تحويلها الى طاقة.

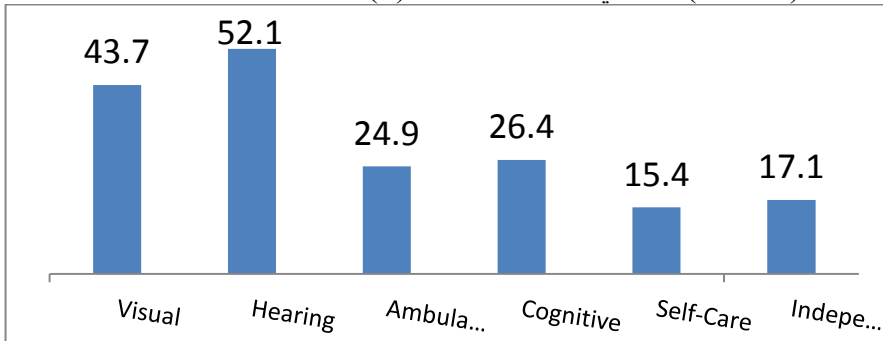
ولعلنا نجد بارقة أمل في قانون الاشخاص ذوي الإعاقة رقم (١٠) لعام (٢٠١٨) الذي الزم جميع وسائل الاعلام بإتاحة اللغات اللازمة لتمكين الاشخاص ذوي الاعاقة وتيسير تواصلهم مع المواد الاعلامية المشاركة فيها بشكل مناسب، كما حدد القانون غرامة لا تقل عن عشرة آلاف جنيه ولا تجاوز مائتي الف جنيه على كل من عرض أو نشر أو اذاع أى شئ من شأنه الاساءة الى الاشخاص ذوي الاعاقة ، كما اقر القانون غرامة لا تقل عن عشرة آلاف جنيه ، ولا تجاوز

ثلاثين الف كل من انتحل صفة معاق او حصل على ميزة خاصة بالمعاقين أو استولى على اموال شخص ذي إعاقة .

المحور الخامس: ذوي الإعاقة والتوظيف:

تبقى النظرة المجتمعية للمعاق الأكبر أمام تشغيله، خصوصاً في القطاع الخاص الذي يهتم بالإنتاجية، فضلاً عن مخاوف من استغلال المعاق والأجور المتدنية وأسباب أسرية أخرى، وعلى الرغم من القانون الذي ينص على نسبة (٥%) التي أقرها القانون كنسبة عمالة تلتزم بها المؤسسات إلا أن الأشخاص ذوي الإعاقة لم يلمسوا ذلك من جهات العمل التي لم تطبق النسبة وإن طبقتها تطبقها فقط على الورق، حيث يرفض أصحاب الأعمال تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة أو أو استغلال قلة حيلتهم عن طريق الاتفاق معهم على الجلوس في منازلهم وارسال مرتب ضئيل لهم حوالي (١٠٠) جنيه وبالتالي يدعي صاحب العمل أنه يوظف الأشخاص ذوي الإعاقة في حين أن الحقيقة على العكس من ذلك.

وفي حين نسعى للتأكيد على توظيف نسبة (٥%) تطالعنا إحدى الجامعات الأمريكية (Cornell University 2018) وفقاً لإحصائياتها بالتعاون مع مكتب التوظيف الأمريكي بنسب توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة وفقاً لنوع الإعاقة للأعمار من (٢١-٦٤) كما هي موضحة بالشكل (٦)



شكل (٦) يوضح نسب توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة وفقاً لنوع الإعاقة بالمجتمع الأمريكي لعام (٢٠١٦) للأعمار من (٢١-٦٤)

وفي ضوء الشكل السابق نجد نسب لا بأس بها في توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة بالولايات المتحدة الأمريكية وإن لم تكن هي النسب المنشودة، أملين أن تستثمر البلدان العربية في أبنائها من الأشخاص ذوي الإعاقة. وعلى ذلك فنحن بحاجة إلى عمل برامج تأهيل مهني للأشخاص ذوي الإعاقة تتناسب مع سوق العمل ، ويمكن أن يتم ذلك عن طريق عمل مسح شامل للشروط

التي يرغبها أصحاب العمل في العامل المعاق، ومحاولة التأهيل في ضوء تلك الشروط والمحكات، والبدء بمن هم قادرون على العمل من الصم والمكفوفين وذوي الإعاقات الحركية، والإعاقات البسيطة.

كما يجب على الوزارات تبني برامج تدريبية كشرط لحصول المعاق على وظيفة بها، وبالتالي يتم تأهيل المعاق بما يتناسب مع الوظيفة وهذه البرامج التدريبية التأهيلية تقوم بها العديد من الدول مثل دولة الامارات العربية المتحدة وبالفعل يعمل المعاقون فيها باقسام الشرطة والاعمال الادارية والكتابة على الكمبيوتر وغيرها من الاعمال اليدوية وفقا لنوع إعاقاتهم وقدراتهم.

ولا نستطيع أن نغفل التطور التشريعي الواضح في هذا الاتجاه من جانب الدولة من خلال قانون الأشخاص ذوي الإعاقة الذي أسهم بالعديد من التسهيلات لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة في هذا المجال مثل التأكيد على أنه في حالة زيادة الاشخاص ذوي الإعاقة العاملين بالمؤسسة عن (٥%) تزداد نسبة الاعفاء الشخصي من قانون الضريبة على الدخل بنسبة (٥%) عن كل عام يزيد عن النسبة المقررة لتوظيف الأشخاص ذوي الإعاقة وهو ما قد يشجع رجال الأعمال على توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة لديهم.

كما جاء في الباب الرابع الخاص بالإعداد المهني والتدريب والحق في العمل التأكيد على الحق في الإعداد المهني والتدريب والحق في العمل من خلال التزام الدولة بضمان حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على فرص متكافئة للعمل تتناسب مع مؤهلاتهم واعدادهم المهني

كما اكد القانون على منح الشخص ذي الإعاقة أو من يوظف أو يرعى شخصاً ذا إعاقة بعض المزايا الخاصة بالإعفاءات الضريبية ، ومراعاة لظروف هؤلاء الاشخاص اقر القانون تخفيض ساعات العمل لهم بواقع ساعة يومياً.

المحور السادس: ذوي الإعاقة والصحة:

لا يخفى على العاملين بمجال التربية الخاصة معاناة كثيرا من الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم في الجانب الصحي، حيث يحتاج الأشخاص ذوي الإعاقة للعديد من النفقات نظراً للأمراض والاضطرابات المصاحبة للإعاقة و ضعف الجهاز المناعي لديهم، حيث تشير دراسة (William W ,et,al (2012 الى انتشار العديد من الأمراض المزمنة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة لوجود علاقة طردية بين الإعاقات وانتشار الامراض.

بالتالي فالأشخاص ذوي الإعاقة بحاجة إلى أدوية مستمرة، ، بالإضافة إلى المتابعة المستمرة مع الأطباء والأخصائيين، وهو ما يمثل عبء كبير على الأسر التي يعاني كثيرا منهم من تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي. وعلى ذلك لا بد من وجود دعم مادي لأسرة المعاق يمكنها من الانفاق عليه، كما ينبغي

تفعيل التأمين الصحي لهم منذ تشخيص حالاتهم وحتى وفاتهم وذلك حق اصيل لهم بما يمكن هذه الأسر من رعاية ابنائهم صحيا بما لا يخل برعاية ابنائهم الأسوياء. كما ينبغي توفير التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة غير الملحقين بالتعليم الحكومي.

وقد أشار الباب الثاني من قانون الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الحقوق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة مثل : بطاقة إثبات الإعاقة والخدمات المتكاملة والملف الصحي- اجراءات الوقاية من الإعاقة والخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة ، والتي تتضمن برامج للكشف المبكر لكل انواع الخلل والإعاقة ، التدخل المبكر ، توفير العلاج لتجنب مضاعفات الامراض المسببة للخلل ، تقديم خدمات التأهيل ، خدمات الصحة العامة والتأهيل والصحة الانجابية . كما أشار الى اعفائهم من جميع الرسوم المقررة للعرض على الكوميسيون الطبى الخاص بقواعد الحصول على السيارات المعفاة من الضرائب ورسوم الجمرک .

فيما أولى الباب الخامس من نفس القانون إهتماما بالمعاملة المجتمعية للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال منحهم مساعدات شهرية مع اقرار حقهم في الجمع بين معاشين من المعاشات المستحقة لهم مع تحمل الخزانة لعامة للدولة هذا الفارق وهو ما يساعد في مواجهة المشكلات الصحية من الناحية المادية . وعلى ذلك نجد إهتمام قانون الأشخاص ذوي الإعاقة بالعديد من الجوانب المرتبطة بالصحة إلا أننا لا زلنا نأمل أن يكون لدينا قانون يتيح تأمين صحي مدى الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة.

المحور السابع ذوي الإعاقة و مؤسسات التأهيل (مؤسسات، متخصصون)

وفقا لإختر إحصاءات الجهاز المركزي والسابق ذكرها وصل تعداد الأشخاص ذوي الإعاقة بمصر الى أكثر من ١٠ مليون نسمة وتمثل نسبة من هم بالتعليم الحكومي حوالي (٣٥) الف تلميذ بمدارس التعليم العام (الدمج) و (٣٨٦٤١) بمدارس التربية الخاصة، في حين وصل عدد مدارس التربية الخاصة على مستوى الجمهورية الى ٩٥٥ مدرسة.

وإذا ما قارنا تلك الأعداد الموجودة بالتعليم الحكومي نجد أن مجموعهم لا يزيد عن ٧٥ الف تلميذ من تعداد الأشخاص ذوي الإعاقة وهي نسبة ضعيفة جدا لمن هم في سن التعليم، وعليه نجد زيادة مطردة ملحوظة في مراكز التربية الخاصة القائمة على تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة سواء التابعة لوزارة التضامن الاجتماعي أو المستقلة أو حتى غير المرخصة وكثيرا ما هم.

على الرغم من تزايد نسب انتشار حالات التوحد عامًا بعد عام وفقا لإحصاءات مركز الأمراض الأمريكي (CDC) إذ توصلت أحدث الإحصاءات الى أن نسب التوحد وصلت الى ١ : ٦٨ حالة أي ولادة طفل توحيدي مع ميلاد ٦٨

طفل عادي، وهي نسبة كبيرة حيث أصبح التوحد ثاني أكثر الاضطرابات انتشارا بعد الإعاقة العقلية، وعلى الرغم من ذلك لا نسمع عن مراكز تتبناها الدولة للكشف المبكر عن حالات التوحد وتأهيلها، وبالتالي يضطر الأباء إما للذهاب بأبنائهم للمراكز الخاصة والتي يقل فيها عدد المتخصصون وويدفعون فيها مبالغ طائلة، أو يضطر ولي الأمر للذهاب بأبنه لمدارس التربية الفكرية حيث لا يوجد مدارس أو فصول متخصصة لتأهيل أطفال التوحد على المستوى الحكومي.

كما لا يخفى على الكثير قلة عدد المتخصصين في مجال تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة حيث فُتح المجال على مصراعيه ليضم الكثير من غير المتخصصين، وأصبح مجال ذوي الاحتياجات الخاصة هو مهنة من لا مهنة له من خريجي التخصصات المختلفة غير المؤهلين، ولعل ذلك هو الدافع للمشاركة في هذا المؤتمر القيم الذي يهدف للوصول إلى معايير يتم في ضوئها مزاولة مهنة التربية الخاصة، ولعل الواقع الآن يمثل أفضل فرصة ليكون هناك نقابة مهنية ومعايير يتم الاحتكام بها لمنح رخصة مزاولة مهنة أخصائي التربية الخاصة، وخاصة مع ظهور كليات متخصصة في هذا المجال مثل كلية التربية الخاصة جامعة مصر للعلوم والتكنولوجيا، وكلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة جامعة بني سويف، وكلية علوم الإعاقة جامعة الزقازيق، بالإضافة لأقسام التربية الخاصة بجامعة حلوان، عين شمس، قناة السويس، وغيرها من الجامعات المصرية.

وعلى الرغم من توجه الدولة نحو الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة إلا أنه (مقدمة) لازال ينقصنا الكثير في هذا المسار إذ أن كثير من حالات الأشخاص ذوي الإعاقة تكون بحاجة الى جلسات تأهيل في جوانب النمو المختلفة مثل النمو اللغوي والنطق والرعاية الذاتية والنمو الإدراكي في حين أنه لا توجد مراكز متخصصة لذلك في بعض الأماكن وخاصة في الصعيد والمحافظات غير المركزية مما يضطر بالأسرة للسفر للقاهرة والإقامة بها لتأهيل ابنائهم وذلك إذا كان لديهم القدرة المادية، بينما من ليس لديهم ذلك لا يستطيعون تأهيل ابنائهم التأهيل المناسب.

كما يعاني كثير من أطفال التوحد وأسرهم أشد المعاناة نتيجة ندرة المختصين سواء في الجانب الحكومي أو على صعيد القطاع الخاص بل نستطيع القول بأننا ليس لدينا مراكز تأهيل أو فصول مخصصة لتأهيل أطفال التوحد وفقاً للمعايير العالمية وهو ما يمثل واقع مرير لأطفال التوحد وأسرهم.

لذلك نقترح عمل قسم خاص بالتخاطب وتنمية مهارات ذوي الاحتياجات الخاصة والحاقه بالمستشفيات الحكومية لتأهيل هؤلاء الأشخاص على مستوى الجمهورية بأسعار مناسبة، أو يتم عمل مركز يتبع الكليات أو

الأقسام المنوط بها إعداد كوادر التربية الخاصة أو القسم الموجود داخل الجامعة كنوع من أنواع العمل والمشاركة المجتمعية.

وفي هذا الإطار تتبنى ورقة العمل الحالية مبادرة نحو قيام الكليات والأقسام المتخصصة في إعداد كوادر التربية الخاصة بتضمين المعايير العالمية لمعلم التربية الخاصة في كافة فئات الإعاقة (السمعية والبصرية والعقلية والتوحد) ضمن مناهجها حتى يتمكن من تربية نشأ تتوافر فيه المعايير العالمية لمعلم التربية الخاصة.

التطور التاريخي لتعليم وتربية ذوي الاحتياجات الخاصة بمصر

تزايدت النظرة الإيجابية تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة عبر العصور في جميع أنحاء العالم وهو ما دفع القائمين على العملية التربوية إلى تبني منحى تربوي جديد يقوم على دمج الأطفال ذوي الإعاقة مع أقرانهم غير المعاقين في نفس مدارس التعليم ، بل في نفس الفصول في كثير من الأحيان، وذلك بعد أن كان التلاميذ ذوي الإعاقة يتعلمون من خلال مدارس لكل فئة على حدة تبعاً لنوع الإعاقة فكانت مدارس المكفوفين ، والصم ، وذوي الإعاقة الذهنية، بل إنه يمكن القول بأن تقدم الأمم ورفيها الآن أصبح يقاس بمدى اهتمامها بالأشخاص ذوي الإعاقة ودمجهم في الحياة العامة، فأصبحت الدول تتسارع في إغلاق المدارس الخاصة بتعليم التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة (الأمل للصم، النور للمكفوفين، التربية الفكرية لذوي الإعاقة الذهنية... الخ وتوفر لهم الفرص التعليمية وسط أقرانهم من غير المعاقين كحق طبيعي لهم.

وهكذا وجدت التربية نفسها مطالبة بأن يستقل جانب من فلسفتها ليرعى الأطفال ذوي الإعاقة وأن توجه عددًا من أهدافها نحو تحقيق آمالهم وتطلعاتهم وهو ما أدى لظهور ما يسمى التربية الخاصة .

يظن البعض لأول وهلة أن التربية الخاصة تتعلق بنوعية المقررات الدراسية فحسب ، بالطبع لا بل إن مفهوم التربية الخاصة أعم وأشمل بكثير من مجرد مقررات دراسية ولكنها تتعلق أيضًا بمكونات المنهج التربوي بمفهومه الشامل، الذي يتضمن إلى جانب المقررات الدراسية ، الكتب والمراجع والوسائل التعليمية والأنشطة المدرسية وأساليب التقويم التربوية ، وأساليب التدريس ، بجانب التوجيه والإرشاد النفسي والاجتماعي.

وقد خطت مصر مشوارًا كبيرًا في مجال رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة من حيث توفير الرعاية الصحية أو الاجتماعية أو التعليمية أو من حيث إعداد الكوادر الفنية المؤهلة لرعاية وتأهيل هذه الفئات على المستوى المحلي أو الإقليمي أو العربي.

وقد بدأ الاهتمام بالفئات الخاصة في مصر في نهاية القرن التاسع عشر بإنشاء عدد من الجمعيات الخيرية لرعاية الأفراد ذوي الإعاقة بجهود أهلية لا تستند إلى قانون.

وفي عهد الخديوي إسماعيل بدأ بعض الاهتمام بتعليم ذوي الإعاقات وقد قام (دوريك) رئيس تفتيش المدارس في ذلك الوقت بإنشاء مدرسة خاصة لتعليم المكفوفين

والصم عام ١٨٧٤ حيث بدأت بتعليم ثمانية أطفال (ستة من البنين واثنتين من البنات) ثم قدم دوريك مشروعاً لتأسيس مدرسة لذوي الإعاقات إلى الخديوي إسماعيل عدد تلاميذها مائة تلميذ وتلميذة وكان عدد التلاميذ المكفوفين (٤٤) تلميذاً وتلميذة والتلاميذ الصم (١٦) تلميذ وتلميذة وسن القبول للبنين بالمدرسة من ٩-١٢ سنة وللبنات من ١٣-١٨ سنة ثم ألغيت مدرسة العميان والخرس عام ١٨٨٨.

وفي عام ١٩٠٠ أنشئت مدرسة العميان بالإسكندرية على يد سيدة إنجليزية لرعاية وتعليم الأطفال العميان.

وفي عام ١٩٠١ أنشئت مدرسة العميان بالزيتون وتبرعت بإنشائها مدام ارمي تاج وفي عام ١٩٢٦ اتجهت وزارة المعارف إلى إعداد معلمات للتعامل مع المكفوفين وأسست لتحقيق ذلك قسمًا تم إلحاقه بمدرسة المعلمات ببولاق لتخريج معلمات لتعليم المكفوفين.

وفي عام ١٩٢٧ بدأت إدارة التعليم الأولي إنشاء فصول لتعليم المكفوفين ببعض مدارسها الإلزامية.

وفي عام ١٩٣٣ أنشأت السيدة الدنماركية (تسوتسو) مدرسة أهلية للصم بالإسكندرية. وفي عام ١٩٣٣ صدر قانون التعليم الإلزامي الذي أعطى حق التعليم لجميع الأطفال في سن الإلزام.

وفي عام ١٩٣٥ أنشأت وزارة المعارف أول مدرسة لتعليم المكفوفين في مصر .

وفي عام ١٩٣٩ أنشئت أول فصول للصم وكانت عبارة عن فصلين أحدهما بالإسكندرية والآخر بالقاهرة.

وفي عام ١٩٤٣ زاد الاهتمام ورأت وزارة المعارف تأسيس مدارس جديدة مستقلة لهم وفي عام ١٩٥٠ تم إنشاء أول معهد مهني لخريجي معاهد النور.

وفي عام ١٩٤٥ بدأت إدارة التربية الخاصة المعنية برعاية وتعليم التلاميذ ذوي الإعاقة في مصر تحت مسمى قسم الشواذ وكان تابعًا لمدير عام التعليم الأولي ، ثم تحول قسم الشواذ إلى إدارة الخواص كإدارة فرعية تتبع الإدارة العامة للتعليم الابتدائي.

وفي عام ١٩٥٣ أنشئت مدرسة المركز النموذجي للمكفوفين بالزيتون وكانت أول مدرسة لها صفة رسمية ومناهج منظمة وكذلك معهد النور للبنات بالمعتمدية بمنطقة الجيزة وكذلك أنشأت الوزارة قسمًا ملحقًا بمعهد الأمل للصم بالزمالك.

وفي عام ١٩٥٦ اهتمت الوزارة بتأسيس أول معهد للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية وهو معهد التربية الفكرية ويقبل هذا المعهد الأطفال الذين تتراوح نسبة ذكائهم من (٥٠-٧٠) ، كما اهتمت الوزارة بإعداد معلم الطفل غير المعاق وأرسلت بعثات إلى إنجلترا.

وفي عام ١٩٥٧ وافقت وزارة التربية والتعليم على دخول التلاميذ المكفوفين بداية من العام الدراسي ١٩٥٧/١٩٥٨ ،

وفي عام ١٩٥٨ وافقت الوزارة على فتح مدارس جديدة في مجال التربية الخاصة، كذلك اهتمت بأطفال الملاجئ باعتبار أنه يمكن استيعابهم وتعهدهم لضمان عدم انحرافهم .

وفي العام الدراسي ١٩٦١/١٩٦٢ أدى التلاميذ امتحان الشهادة الإعدادية، وتم فتح فصول للمرحلة الثانوية لهم.

وفي العام الدراسي ١٩٦٤/١٩٦٥ دخل المكفوفون امتحان الشهادة الثانوية العامة. وفي عام ١٩٦٤ تم إنشاء الإدارة العامة للتربية الخاصة والتي ضمت ثلاث إدارات هي : إدارة النور (التربية البصرية) وهي الإدارة المنوطة بالتخطيط والإشراف على تربية وتعليم التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية إدارة الأمل (التربية السمعية) وتضطلع هذه الإدارة بالتخطيط والإشراف على تربية وتعليم التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية .

الإدارة الفكرية (التربية الفكرية) وتتحمل مسؤولية التخطيط والإشراف على تربية وتعليم الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية ، كما تشرف هذه الإدارة على تربية وتعليم التلاميذ ذوي الإعاقة الجسمية والصحية.

هذه الإدارة تتبعها لوكيل الوزارة للتعليم الابتدائي بديلا لإدارة الخواص التي كانت تتبع الإدارة العامة للتعليم الابتدائي.

أما عن مدارس فصول المشافي فقد وضعت تحت رعاية الإدارة العامة للتربية الخاصة عام ١٩٦٩ وفي هذه المدارس يلتحق الطلاب المرضى والناقهن الذين يعالجون بالمستشفيات.

في عام ١٩٩٠ صدر القرار الوزاري رقم ٣٧ لسنة ١٩٩٠ بشأن اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة والذي اشتمل على كل ما يخص مدارس وفصول التربية الخاصة من قواعد القبول بتلك المدارس والفصول ، ونظام الدراسة والامتحانات ، وإعداد معلم التربية الخاصة للعمل بتلك المدارس كما اشتمل على الأنصبة الخاصة بالمعلم ، وكثافة الفصول ، وقواعد فصل الطلاب ومعايير تقويم الطلاب ذوي الإعاقة والمواد الدراسية الخاصة ببعثات إعداد معلم التربية الخاصة ، ونوع وأعداد قطع الملابس الخاصة بكل تلميذ ذي إعاقة ملتحق بمدارس التربية الخاصة ، ونظام العمل بالفترة المسائية أو ما يطلق عليها فترة ما بعد اليوم الدراسي وأيضا المقابل المادي الخاص بالعمل بتلك الفترة .

ومع تعاظم الاهتمام بالتربية الخاصة تم عقد المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة بالقاهرة في الفترة من ١٦ - ١٩ أكتوبر عام ١٩٩٥ بالقاهرة ، ومع اتساع نطاق مفهوم التربية الخاصة ليتجاوز تعليم أو تأهيل عدد من فئات ذوي الإعاقة فقط ويشمل كل طفل أو تلميذ تتطلب قصورات نموه أو إمكاناته التعليمية عناية خاصة (لفترة قد تقصر أو تطول حسب الحاجة) لكي تصل إلى أقصى تجلياته.

في عام ٢٠١٥ تم إعادة هيكلة وزارة التربية والتعليم واستحداث بعض الإدارات المركزية الجديدة ومنها الإدارة المركزية لشئون التربية الخاصة والتي تضم تحت رئاستها كل من : الإدارة العامة للتربية الخاصة والإدارة العامة للموهوبين والتعلم الذكي . وفي عام ٢٠١٧ وتحديدًا ٢٨ / ٨ صدر القرار الوزاري رقم ٢٩١ لسنة ٢٠١٧ بشأن اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة .

وفي ال ١٩ عشر من شهر فبراير لعام ٢٠١٨ صدق الرئيس عبد الفتاح السيسي على قانون الأشخاص ذوي الإعاقة والذي نشر في الجريدة الرسمية ليكون بذلك خطوة هامة لتمكين ودمج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع واشتمل هذا القانون ضم الأقرام تحت فئة ذوي الإعاقة.

أهداف التربية الخاصة:

تهدف التربية الخاصة إلى:

- ١- التعرف على الأشخاص ذوي الإعاقة وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة .
- ٢- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة .
- ٣- إكساب الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الخبرات والمهارات التي تمكنهم من الاندماج في المجتمع وتحقيق أكبر قدر من التوافق الذاتي والاجتماعي.
- ٤- إكساب الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الخبرات والمهارات التي تمكنهم من الاندماج في المجتمع وتحقيق أكبر قدر من التوافق الاجتماعي.
- ٥- تنمية العادات والاتجاهات الاجتماعية السليمة وغرس القيم الدينية والخلقية.
- ٦- إعداد طرق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة ، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس الخطة التربوية الفردية .
- ٧- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة
- ٨- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة ، بشكل عام ، والعمل إن أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق البرامج الوقائية .
- ٩- مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداداتهم وميولهم .
- ١٠- تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها وإتاحة الفرصة أمامهم في مجال نبوغهم .
- ١١- تأكيد كرامة الفرد وتوفير الفرص المناسبة لتنمية قدراته حتى يستطيع المساهمة في نهضة الأمة.

- ١٢- تقديم مناهج ومحتوى تعليمي يتناسب مع قدرات وإمكانات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ١٣- التقليل من آثار الضغوط التربوية والنفسية والسلوكية والاجتماعية على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم.

مبادئ التربية الخاصة:

تقوم التربية الخاصة على مجموعة من المبادئ تتضمن:

- ١- تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في بيئة تربوية أشبه ما يكون من البيئة العادية.
- ٢- تتضمن التربية الخاصة تقديم برامج تربوية فردية تشمل:
 - أ- تحديد مستوى الأداء الحالي
 - ب - تحديد الأهداف طويلة المدى
 - ج - تحديد الأهداف قصيرة المدى
 - د - تحديد معايير الأداء الناجح
 - هـ - تحديد المواد والأدوات اللازمة
 - و- تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج وموعد الانتهاء منها.
- ٣- إن توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال المعاقين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه .
- ٤- إن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة . والأسرة هي المعلم الأول والأهم لكل طفل .
- ٥- إن التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتأخرة فمراحل الطفولة المبكرة مراحل حساسة على صعيد النمو ويجب استثمارها إلى أقصى حد ممكن.
- ٦- تستلزم التربية الخاصة مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال.
- ٧- استشارة الدافعية لدى التلاميذ من خلال التشجيع والتعزيز الإيجابي.
- ٨- من أهم مبادئ التربية الخاصة تحليل المهارات التدريبية إلى مهارات صغيرة بما يتناسب مع قدرات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ٩- الأسرة جزء لا يتجزأ من العملية التعليمية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ١٠- تدريب الأطفال يتم في ضوء فريق متعدد التخصصات يشمل المعلم والإخصائي والطبيب وغيرهم.

١١- تهيئة المعلم مزيد من فرص النجاح أمام التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة أمر لا بد منه.

أساليب التعلم في التربية الخاصة

تتعدد أساليب التعلم المتبعة في التربية الخاصة بل إنه عند التحدث عن تلك الأساليب نجد أنفسنا أمام مجال يتسم بالمرونة والإبداع والابتكار إذ أن مجال التربية الخاصة وتعليم أبنائنا من ذوي الإعاقة يتطلب من القائم على العملية التعليمية أن يكون مبدعاً في ابتكار الوسيلة والمنهجية وأسلوب التعلم الذي يتناسب مع قدرات الطفل. وفيما يلي سوف نعرض نماذج لبعض الأساليب التعليمية في التربية الخاصة.

أسلوب التعلم القائم على الحث

يعتبر أسلوب الحث أحد أهم الأساليب التدريبية في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة وهو يمثل نوع من المساعدة التي تقدم للطفل للمساعدة على إكمال العمل بالطريقة المنشودة وعندما يعجز الطفل عن أداء سلوك ما يمكن اللجوء إلى مساعدته بقصد إعانته على الأداء، وكلما تقدم الطفل في أداء المهارة التي يتم التدريب عليها يتم التخفيف من التلقين أو المساعدة، حتي يتوقف تمامًا من أجل تحقيق الهدف ويشتمل الحث على

أنواع التلقين والحث:

- التلقين الإيمائي: يمكن مساعدة الطفل على تعلم السلوك باستخدام الإشارة الحركية ويشمل على (النقر، الإشارة المتتابعة، التصفيق)
- التلقين اللفظي: أي نذكر للطفل ما نريد أن يفعله من مهارة باستخدام الكلمات.
- التلقين الجسدي: استخدام اليدين لقيادة الطفل أثناء أداء المهارة في هذه الطريقة يقدم المعلم المساعدة للطالب من خلال مسك يدي الطالب لمساعدته على تأدية المهمة المطلوبة، مثل أن يوجه الطالب يدويًا لمسك القلم بطريقة صحيحة، أي يستخدم التوجيه اليدوي في توجيه الطالب خلال السلوك المستهدف دون أن يقوم المعلم بأداء هذا السلوك له.
- التلقين الإيضاحي ويتضمن التعليم بالقدوة حيث يقوم المعلم كنموذج يقلده الطفل

أسلوب التعليم الفردي:

من أهم استراتيجيات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة التعليم الفردي والذي يتمثل في تطوير منهج خاص لكل طفل معاق على حده يضم الأهداف التعليمية والأساليب التي سيتم استخدامها لتحقيق تلك الأهداف والمعايير التي سيتم اعتمادها للحكم على فاعلية أداء التلميذ، فهو ضروري للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة جميعاً نظراً لتباين الفروق الفردية بينهم .

يتم التعليم الفردي من خلال عمل برنامج تربوي فردي يطلق عليه الخطة التربوية الفردية تشتمل الخطة على المعلومات العامة عن الطفل وبياناته الأولية

- الهدف التعليمي ويكون مصاغاً في عبارات محددة
 - أساليب التعزيز المستخدمة
 - الأهداف طويلة المدى والأهداف التعليمية قصيرة المدى
 - الأدوات اللازمة والوسائل التي يستخدمها المعلم لتحقيق الهدف التعليمي
- الخطوات التي تمر بها عملية التعليم الفردي
- ١ - تهيئة الطفل للمهارة والسلوك المراد تعليمه.
 - ٢ - استخدام الحث بأنواعها (اللفظية - الجسمية - الإيحائية).
 - ٣ - تقديم المهارة أو السلوك المراد تعليمه كما هي.
 - ٤ - تثبيت عملية التعلم واكتساب المهارة عن طريق التكرار .
 - ٥ - عند الانتقال إلى مهارة أو إلى تحقيق أهداف تعليمية أخرى لابد من التأكد من اكتساب الطفل للمهارة التي يتعلمها.

أسلوب النمذجة

يوجد ٣ أنواع للنمذجة

- أ- نمذجة مباشرة (صريحة) حيث توجد قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب إتقانه، أو قدرة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك.
- ب- النمذجة الضمنية: وفيها يتخيل المتدرب نماذج تقوم بالسلوك
- ج- النمذجة بالمشاركة : وفيها يتم عرض السلوك المرغوب بواسطة نموذج، كذلك أداء هذا السلوك من جانب المتدرب مع توجيهات تقويمية من جانب المدرب، وقد أعتمد الباحث على النموذج الأول والثالث.

تحليل المهام Task analysis:

يقصد بتحليل المهام ، تجزئة المهارة وتقسيمها إلى مكوناتها الأولية ثم ترتيب هذه الأجزاء أو المكونات في نظام حتى تصل إلى المهارة الأساسية، إن أسلوب تحليل المهام هو الأمثل في تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة المهارات الحياتية ومهارات الرعاية الذاتية، حيث يتطلب تعليم المهارة القيام بهذه المهام حتى نستطيع إكساب الطفل المهارة النهائية التي نحاول تعليمها له.

مثلاً لتعليم الطفل مهارة عمل سندوتش من الجبن نحاول في البداية أن نعرف المهمات التي تكون هذه المهارة. فيتم تجزئة المهارة إلى أجزاء حتى نصل بالطفل إلى القدرة على القيام بهذه المهارة وقد تكون بإتباع مجموعة الخطوات التالية.

- ١ - مسك السكين

- ٢- أحكام الإصبع حول السكين
- ٣- وضع السكين في علبة الجبن
- ٤- تحريك السكين داخل علبة الجبن
- ٥- سحب السكين من العلبة
- ٦- وضع السكين على حافة الخبز
- ٧- فرد الجبن على الخبز
- ٨- مسك الخبز بيديه
- ٩- رفع السندوتش ناحية الفم.

التعليم القائم على المحاولة والخطأ

يقوم هذا الأسلوب على نظرية ثورنديك- التعلم بالمحاول والخطأ- ومن أهم مزاياه إتاحة الفرصة أمام الطفل لإدراك طبيعة الأشياء وخصائصها، وهذا الأسلوب يمكن أن يستخدم في بعض التركيبات مثل عمل نماذج من الخرز أو تركيب بازل، فمثلاً يمسك الطفل قطعة البازل ويبدأ في وضعها في المكان المناسب لها فيبدأ في التجريب في أي مكان إلى أن يصل إلى المكان المناسب لها ويمكن أن نعيد ونكرر تركيب البازل مرة أخرى بالتالي يمكن القول ان التعلم عن طريق المحاولة والخطأ يتيح للطفل بيئة تعلم طبيعية تسمح للطفل بالتعلم عن طري التجربة ثم الاستبعاد التدريجي للأخطاء بعد تكرار المحاولات الناجحة حتى يتعلم الطفل المهارة والاستجابة الصحيحة وفي كل مرة نلاحظ قلة المحاولات الخاطئة وكثرة المحاولات الناجحة.

أسلوب التعلم المبني على طرق تعديل السلوك:

يعتبر تعديل السلوك شكل من أشكال العلاج الذي يهتم بتغيير السلوك الإنساني. لذا فإن عملية تعديل السلوك في جوهرها تعتبر عملية محو وإعادة تعلم. محو تعلم السلوك غير المرغوب فيه والعمل على إطفائه وإعادة تعليم من جديد لأنماط سلوكية تحل محل الأنماط السلوكية التي محيت وهناك أساليب كثيرة لتعديل السلوك منها التعزيز بأنواعه - التقليد- العقاب- المحاكاة... الخ إن الأطفال ذوي الإعاقة لديهم مشاكل سلوكية عديدة تظهر في غرفة الصف مثل العناد- مص الأصابع- الحركة الزائدة- قلة الانتباه- قد تقف عائق في تعليم أو اكتساب المهارات التعليمية للطفل فمن هنا جاءت أهمية تعديل السلوك في تعليم الأطفال المعاقين.

أسلوب التعلم القائم علي الخبرة المباشرة

هذه الطريقة هي إحدى طرق التدريس الحديثة والمتطورة التي تقوم على التفكير في المشروعات التي تثير اهتمامات الطلاب الشخصية ، وأهداف المنهج . حيث تجسد مبدأ الممارسة داخل الصف وخارجه بهدف ربط الجانب

النظري من المعرفة بالجانب العملي التطبيقي ، فضلاً عن تنمية قدرات الطلاب المعاقين عقلياً الشخصية والاجتماعية. حيث يتفاعل الطالب مع الشيء المراد تعلمه كما يحدث في واقع الحياة ، ويتم التعلم عن طريق الخبرة المباشرة الهادفة التي يحتاج الطالب فيها إلى عملية توجيه من المعلم حتى يستطيع أن يعبر عن إحساساته .

أسلوب التعلم القائم علي اللعب

تعتبر طريقة التدريس باستخدام الألعاب من أبرز الطرق والاستراتيجيات التدريسية المناسبة لتعلم الأطفال بصفة عامة وذوي الإعاقة بصفة خاصة ، فمن خلالها يصبح للطفل دور إيجابي يتميز بكونه عنصر نشط وفعال داخل الصف لما يتسم به هذا الأسلوب التدريسي من التفاعل بين المعلم والمتعلمين خلال العملية التعليمية وذلك من خلال أنشطة وألعاب تعليمية تم إعدادها بطريقة عملية منظمة . وبإغراء المتعلم على التفاعل مع المواقف التعليمية بما تتضمنه من مواد تعليمية جيدة وأنشطة تربوية هادفة . فاللعب يساعد الطالب على أن يدرك العالم الذي يعيش فيه ، ومن خلال اللعب يتعرف الطالب على الأشكال والألوان والأحجام والحروف والأعداد ، ويقف على ما يميز الأشياء المحيطة به من خصائص وما يجمع بينها من علاقات . أيضاً يتعلم الطالب من خلال اللعب معنى بعض المفاهيم مثل أعلى وأسفل أو جاف ولين ، وكبير وصغير .

وتسهم خبرات اللعب في إنماء معارف الطالب عند بناء وترتيب الأشياء في مجموعات، فيتعلم كيف يصنف الأشياء ويدرك الوظيفة ، ويعمل على الربط بين الشيء ووظيفته.

التعلم باستخدام الأنشطة(القصص)

تعرف القصة على أنها طريقة تعليمية تقوم على العرض الحسي المعبر، الذي يتبعه المعلم مع طلابه لتعليمهم حقائق ومعلومات عن شخصية أو موقف أو ظاهرة أو حادثة معينة ، بقالب لفظي أو تمثيلي أو قد تستخدم لتجسيد قيم أو مبادئ أو اتجاهات .إن هذه الطريقة تساعد في جذب انتباه الطلاب وإكسابهم خبرات ومعلومات وحقائق بطريقة شيقة وجذابة ، ويحقق التعلم عن طريقها النجاح الذي يساعد في تحقيق الأهداف ويسهم في تثبيت مواد التعلم في أذهان الطلاب ويبعد الملل والسأم اللذين قد تسببهما الطرق التي تسير على وتيرة واحدة ، وتهيئ المتعة والفائدة في آن واحد للطلاب . وهي عنصر تربوي هام له أهميته في المواقف التعليمية ، فمن خلال القصة يكتسب الطفل المعاق الكثير من المترادفات اللغوية سواءً عند سماعه للقصة أو عندما يقوم بروايتها ، وهي تساعد في علاج الكثير من المشكلات التي يعاني منها ، وتعمل على غرس السلوكيات

الحميدة المرغوبة بطريقة شيقة ، وتنمى القدرة على الإصغاء الجيد والتميز بين الأصوات ، و من هنا جاءت أهمية مسرح العرائس في تعليم الأطفال المعاقين الكثير من المهارات و السلوكيات.

فئات التربية الخاصة:

تشمل فئات التربية الخاصة كل من انحراف مستوى أدائه عن المتوسط سواء كان هذا الانحراف في الإتجاه السلبي (ذوي الإعاقة) أو في الإتجاه الإيجابي (الموهوبون والمتفوقون) وعلى ذلك تشتمل فئات التربية الخاصة الأشخاص ذوي الموهبة والتفوق، الإعاقة العقلية، الإعاقة السمعية، الإعاقة البصرية، الإعاقة الحركية، الإعاقة الإنفعالية، التوحد، صعوبات التعلم، ، وفيما يلي نتناول عرضاً مبسطاً عن كل فئة

أولاً: الإعاقة العقلية

تعريفات الإعاقة العقلية : Mental Retardation Definition

تعريف منظمة الصحة العالمية :

تعرف الإعاقة العقلية على أنها قصور جوهري في الأداء الوظيفي العقلي مصحوب بقصور في السلوك التكيفي وذلك خلال مرحلة النمو (١٨) عام.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization الطفل المعاق عقلياً "بأنه حالة بطء النمو العقلي أو عدم اكتماله، ويتصف باختلال في المهارات يظهر أثناء فترة الطفولة ،ويؤثر على المستوى العام للذكاء ،أى القدرات المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية".

وقد اختلف العلماء فى تناول تعريف الإعاقة العقلية ،على حسب التخصص فركز بعضهم على جانب دون آخر، فركز البعض على السلوك الاجتماعى ،وركز اخر على مستوى الذكاء، وأخر على أساس النضج الاجتماعى ،على أن التعريف الأشمل هو الذى يركز على مستوى الأداء الفعلى ومستوى النضج الانفعالى ونتناول بعض التعريفات للإعاقة العقلية.

ويمكن القول أن الإعاقة العقلية مصطلح يصف تلك الفئة التي تتسم بتدنى الوظيفة العقلية عن المستوى العادى وبصورة دالة، ويظهر ذلك التدنى بصورة جلية فى عدم القدرة على التكيف مع مهارتين أو أكثر من المهارات التالية :التواصل ،العناية بالذات ،الحياة المنزلية ،المهارات الاجتماعية ،التوجه الذاتى ،الأمان ،التحصيل الوظيفى ،العمل ،قضاء وقت الفراغ . ونلاحظ أن الإعاقة العقلية تظهر قبل سن الثامنة عشرة

وفي ضوء التعريفين السابقين يمكن القول أن مصطلح الإعاقة العقلية لا بد أن يحتوي على :

١- محدودية الأداء الوظيفي :

باعتبار أن تلك الفئة ذات مستوى وظيفي محدود؛ حيث يواجهون صعوبة في تعلمهم وفي أدائهم للمهارات الحياتية؛ نتيجة لتدني الذكاء الاجتماعي والمفاهيمي واللغوي والموسيقى وغيرها من الذكاءات.

٢- القصور الوظيفي العقلي:

تنعكس الإعاقة العقلية على مستوى الأداء الوظيفي العقلي حيث ينحرف مستوى الأداء العقلي بمقدار انحرافين معيارين في الاتجاه السالب ويوضح عبد المطلب القريطي (٢٠٠٥) أن القصور الجوهرى في الأداء الوظيفي العقلي أهم ما يميز ذوي الإعاقة العقلية والذي يبدأ من انحرافين معيارين فما أكثر، أي تكون درجة ذكاء الأطفال المعاقين أقل من درجة ذكاء الأطفال العاديين بما يوازي (٣٠) أو (٣٢) درجة ذكاء فما أكثر حيث يساوي الانحراف المعياري الواحد (١٦) درجة وهناك بعض التأويلات التي ترى أن الانحراف المعياري يعادل ١٥ درجة وفي ضوء ذلك تم تصنيف الإعاقة العقلية من درجة ذكاء ٧٠ فما أقل.

٣- قصور في السلوك التكيفي (مهارات الموائمة) :

وتعد جزءا مكملا للمحدودية العقلية عند تشخيص الإعاقة العقلية، حيث يعاني المعاقون عقلياً من العديد من مظاهر القصور في السلوك التكيفي الذي يمكنهم من التوافق مع البيئة التي يعيشون فيها وبالتالي يقلل من فرص استقلاليتهم واعتمادهم على أنفسهم، وبعد القصور في السلوك التكيفي أحد أهم المظاهر التي يعتمد عليها تشخيص الإعاقة العقلية بجانب قصور الأداء الوظيفي العقلي ومن أهم المقاييس التي تقيس السلوك التكيفي مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي.

٤- ظهور الإعاقة خلال مرحلة النمو.

أي ظهور الإعاقة قبل السن التي يقوم فيها الفرد بدور الكبار (وهي سن الثامنة عشرة) ، وبذلك تختلف الإعاقة العقلية عن المرض العقلي فالإعاقة العقلية يشترط لها الظهور خلال الثمانية عشر الأولى بينما المرض العقلي لا يشترط عمر معين، كما أن المرض العقلي يخضع للعلاج بينما ذوي الإعاقة العقلية يخضعون للتأهيل.

تصنيفات الإعاقة العقلية :

تعددت تصنيفات الإعاقة العقلية ومن أهم هذه التصنيفات التصنيف التربوي والذي يقسم المعاقين عقليا إلى ثلاث مجموعات :

أولاً: القابلون للتعلم تتراوح نسبة الذكاء من (٥٠-٧٠)

وهم حالات الإعاقة البسيطة، البسيطة يمثلون حوالي ٢٤،١ % من إجمالي عدد السكان ، ونسبة ذكائهم بين " ٥٠ و ٧٠ " وهم لا يستطيعون مواصلة

الدراسة وفقا للمناهج العادية ويمثلون ما يقرب من ٨٥% من المعاقين عقليا على مستوى العالم ، كما يعانون من قصور في القدرة تعلم التحدث و الكلام ،ولديهم القدرة على التحصيل بدرجة بسيطة من الاستقلال ،ولكن عملية تقدمهم تكون بطيئة مقارنة بالطفل العادى.

ويكتسب الأطفال المعاقون عقليا القابلين للتعليم اللغة مع بعض التأخير إلا أن معظمهم يحققون القدرة على استخدام الكلام لأغراض الحياة اليومية ،وقد يصل معظمهم إلى الاستقلالية فى الرعاية الذاتية (تناول الطعام، النظافة ، وارتداء الملابس والإخراج)، وكذلك المهارات المنزلية والعملية ،ويكون ذلك النمو فى هذه المهارات أبطأ من الطفل العادى.

وفي ضوء القدرات الواقعية نجد أن الطفل المعاق عقليا أعلى حد لقدراته يصل إلى قدرات طفل عادى لديه من العمر ١١ عام وبالتالي يصل أكاديمياً إلى مستوى الأطفال في الصف الخامس الابتدائي.

ثانياً: القابلون للتدريب : وتتراوح درجات ذكائهم (٢٥-٤٩) وهؤلاء الاطفال تقل لديهم مستوى المهارات العقلية التي تمكنهم من عملية التحصيل الأكاديمي حيث يصل أعلى مستوى أكاديمي لهم بما يوازي الصف الأول الابتدائي لذلك يبدأ تدريبهم على مهارات مهنية تمكنهم من الاندماج في المجتمع حيث لا تتطلب هذه المهن مهارات عقلية عليا.

ثالثاً: المعتمدون: وهم من تقل نسب ذكائهم عن ٢٥ وهم ذوي الإعاقة الشديدة والحادة ويعتمدون بدرجة كبيرة على الآخرين ولا يتم تدريبهم أكاديمياً إنما في الغالب تأويهم دور الرعاية الداخلية.

خصائص الأطفال المعاقين عقلياً :

خصائص عقلية

يعد التأخر فى النمو العقلى وانخفاض نسبة الذكاء من أهم خصائص الأطفال المعاقين عقليا حيث يستطيع الطفل المعاق عقليا القيام بكثير من الأعمال اليدوية ولكنه يظل يعاني من قصور واضح فى فهم الرموز المعنوية والقدرة على التخيل كما يعجز عن تكوين الروابط والعلاقات حيث لا يستطيع تركيز انتباهه ويحتاج لمثيرات حسية لجذب انتباهه كما يعاني من قصور في القدرة على التعميم، وتتلخص أهم السمات العقلية للأطفال المعاقين عقليا فيما يلى :

١ - انخفاض نسبة الذكاء

تقع نسبة ذكاء المعاقين عقليا من فئة القابلين للتعليم ما بين ٥٠-٧٠ درجة أى أن القدرة العقلية للمعاقين عقليا ذوى الدرجات البسيطة لا تتعدى ثلاثة أرباع القدرة العقلية لدى الفرد غير المعاق المساوى له فى العمر الزمنى أو أقل من ذلك وتزداد فروق التباين فى الأعمار العقلية بين الشخص غير المعاق والشخص ذوى الإعاقة العقلية كلما زاد العمر

الزمنى لأن الطفل السوى ينمو بمتوسط سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره بينما الطفل المعاق عقليا ينمو تسعة أشهر عقلية فقط أو أقل في كل سنة زمنية ولا يستطيع أن يصل ذوي الإعاقة العقلية البسيطة إلى أكثر من الصف الخامس في المرحلة الابتدائية مهما بلغ تأهيلهم وتدريبهم هذا في البلدان العربية بينما ازداد العمر العقلي في العديد من الدول المتقدمة وفقا للخبرات التي يقدمونها للطفل إلا أنه يظل هناك فرقاً بين النمو العقلي للطفل غير المعاق والطفل ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

٢ - قصور القدرة على التعميم

يعاني المعاق عقليا من قصور في القدرة على التعميم لهذا ينبغي على من يقوم بتربية هؤلاء الأطفال أن يهتم بتنمية قدرتهم على التعميم وأن يهتم كذلك بإجراء تدريب على المحسوس والمجرد في أثناء عمله مع هذه الفئة حتى يصل بالطفل لمرحلة التمكن في القيام بالمهارة والقدرة على تعميمها في مواقف جديدة.

٣ - ضعف القدرة على التركيز والتذكر

تتخفف قدرة الطفل المعاق عقليا على التذكر وكذلك قدرته على تركيز انتباهه في نشاط تربوي معين انخفاضاً ملحوظاً عن قدرة الطفل غير المعاق كما توجد فروق فردية كبيرة بين المعاقين في قدرتهم على التذكر طبقاً لدرجة الإعاقة العقلية من الإعاقات البسيطة إلى الإعاقات الحادة .

٤ - التأخر في النمو اللغوي والكلامي

يرتبط النمو اللغوي بعلاقة طردية مع القدرة العقلية حيث كلما ارتفعت نسبة الذكاء كلما ارتفعت الحصيلة اللغوية والعكس كلما كان هناك انخفاض في القدرة العقلية كلما انتشرت اضطرابات النطق والكلام وانخفضت الحصيلة اللغوية فنجد أن الطفل المعاق عقليا يتأخر في الكلام عن الطفل غير المعاق لأن النمو اللغوي للطفل المعاق عقليا يساير نموه العقلي، ويتسم المعاق عقليا بمستوى أقل في القدرة على الفهم لما يقال له من ألفاظ أو ما يدور حوله وما يحيط به من أشياء ولا يستطيع الطفل المعاق عقليا القابل للتدريب وصف الأشياء ولا يستطيع في نموه اللغوي أن يصل إلى مستوى القابل للتعلم فقد يتأخر الفرد من هذه الفئة إلى سن الخامسة دون أن يستطيع النطق إلا بعض الكلمات البسيطة ويكون لديه اضطراب واضح في النطق والكلام ويكون بعض كلامه غير واضح وغير مفهوم.

الخصائص الجسمية:

تشمل الخصائص الجسمية صفات الطول والوزن والتأزر الحركي والحالة الصحية العامة والبنيان الجسمي للفرد من حيث قابليته للعدوى أو المرض والقدرة على مقاومته، ويلاحظ أن ذوي الإعاقة العقلية البسيطة لا يختلفون عن أقرانهم غير المعاقين في النمو الجسمي خاصة في مرحلة ما قبل المدرسة بينما نلاحظ الفروق في الخصائص الجسمية مع ارتفاع درجة الإعاقة فنجد انخفاض وزن الأطفال المعاقين عقليا مقارنة

بالأطفال غير المعاقين فى نفس السن بالإضافة إلى تأخر مستوى نموهم العام وعادة ما يعانون من تأخر فى النمو الحركى وخاصة فى المشى والحركة كما يلاحظ تأخرهم فى استخدام المهارات الحركية للعضلات الصغير أو الدقيقة وغالبا ما يتسم المعاقون عقليا من ذوى الإعاقات الشديدة ببطء نموهم الجسمى فهم أصغر بالحجم والوزن عن غيرهم من الأطفال غير المعاقين وينقص حجم وزن المخ لديهم عن المتوسط وهم أكثر عرضة للأمراض بالإضافة إلى بطء النمو الحركى وتأخر الحركة واضطرابها مع ضعف فى حاستى السمع والبصر وفى حالات متعددة تنعدم حاستا الشم والتذوق مع تشوه شكل وتركيب حجم الجمجمة والأذنين والعينين والفم والأسنان واللسان ووجود بعض الاضطرابات فى النشاط الجنسى وقصور واضح فى القدرة الحركية . ويمكن إجمال أهم خصائص المعاقين عقليا في المجموعة التالية:

- انخفاض الذكاء عن الأطفال غير المعاقين.
- ضعف القدرة على التفكير المحدد واستخدام الرموز الأمر الذى يترتب عليه ضعف استخدام اللغة أو فهم معانى الكلمات .
- انخفاض مستوى القدرة العقلية المعرفية لدى المعاق عقليا يؤدى إلى التأخر فى الحصيلة اللغوية ويزيد هذا التأخر بتقدم العمر ويكون أكثر لدى الذكور من الإناث.
- صعوبة التذكر السمعى والبصرى وصعوبة تكوين مفاهيم الشكل والتصنيف .
- انخفاض مستوى طول الكلمات المنطوقة وصعوبة تركيب مقاطع الكلمات وتركيب الجمل والحصيلة اللغوية للكلمات المنطوقة .
- عدم القدرة على تركيز الانتباه لوقت طويل وقصور فهم الرموز المعنوية وصعوبة تعلم التمييز بين المثيرات من حيث الشكل واللون والوضع.
- صعوبة القدرة على التعميم وصعوبة انتقال أثر التدريب من موقف لآخر.
- النقص الواضح فى القدرة على التعلم من تلقاء أنفسهم مقارنة بالأطفال غير المعاقين فى نفس السن.
- صعوبة إتقان مهاراتى القراءة والكتابة .
- قصور في عملية تكوين المفاهيم .
- انتشار الأمراض المختلفة التي تؤثر على صحتهم العامة.

ثانياً: الإعاقة السمعية

تعددت التعريفات التي تناولت الإعاقة السمعية، ومن أهم هذه التعريفات " أن الإعاقة السمعية مصطلح عام يشير إلى درجات متفاوتة من فقدان السمعى يتراوح بين الصمم أو فقدان الشديد الذي يعوق عملية تعلم الكلام واللغة،

وضعف السمع أو فقدان السمع الخفيف الذي لا يعوق استخدام الأذن في السمع وتعلم الكلام واللغة".

كما تعرف الإعاقة السمعية بأنها: تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي يترتب عليه آثار اجتماعية أو نفسية أو الاثنان معاً، وتحول بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الاجتماعية بدرجة كافية، وقد يكون القصور السمعي جزئياً أو كلياً وقد يكون شديداً أو متوسطاً أو ضعيفاً، وقد يكون مؤقتاً أو دائماً وقد يكون متزايداً أو متناقصاً أو مرحلياً".

ومن التعريفات السابقة يتضح أن مصطلح الصمم وضعف السمع يشتمل على الأصم كلياً أو ضعيف السمع، وأن هذه الإعاقة تتطلب توفير بدائل، وبيئة تعليمية مناسبة لتجعل هذا الفرد قادراً على أن يحصل على ما يستطيع الحصول عليه من خبرات الآخرين والتواصل مع المجتمع المحيط به وفقاً لما تفرضه عليه ظروف الإعاقة.

الفرق بين الأصم وضعيف السمع:

يشمل مصطلح الإعاقة السمعية كلا من الصمم (الفقدان الكلي للسمع) وضعيف السمع (الفقدان الجزئي للسمع)،

الأصم من الناحية الطبية هو "الطفل الذي يعاني فقداناً سمعياً مقداره (٩٠) ديسيبل فأكثر"، أما الناحية التربوية فهو "الطفل الذي تمنعه إعاقته السمعية من اكتساب المعلومات اللغوية بواسطة السمع سواء باستخدام السماعات الطبية أو بدونها"، أما منظمة الصحة العالمية عرفته بأنه: "الطفل الذي وُلد فاقداً لحاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق مستحيلاً مع أو بدون المعينات السمعية، أو الطفل الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، فهو يعاني عجزاً أو اختلالاً يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع لأنها معطلة لديه ولذلك فهو لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية".

كما يعرف الصم بأنهم: "أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية سواء من وُلدوا منهم فاقدي السمع تماماً، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على أذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة، أو من أصيبوا بالصمم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم تلاشت تماماً مما يترتب عليه في جميع الأحوال افتقار القدرة على الكلام وتعلم اللغة".

ضعف السمع: تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم ضعف السمع ومنها أنه "الشخص الذي يستطيع استخدام سمعه كأداة أساسية في التواصل

باستخدام السماع الطبية، ويتراوح القصور في حاسة السمع لديه ما بين (٣٠) ديسبل إلى (٧٠) ديسبل".

ومن الناحية الطبية فإن ضعيف السمع هو "الطفل الذي يقل مقدار فقدان السمع لديه عن (٩٠) ديسبل"، أما من الناحية التربوية فهو "الذي يعاني ضعفاً سمعياً، إلا أن القدرة السمعية المتبقية لديه لها وظيفة تمكنه من اكتساب المعلومات اللغوية كحاسة السمع أو باستخدام السماع الطبية أو بدونها". ومما سبق يمكن تلخيص الفروق بين الأصم وضعيف السمع كالتالي:

وجه المقارنة	ضعيف السمع	الأصم
درجة السمع	لديهم سمع ضعيف يتراوح ما بين (٣٠-٧٠) ديسبل.	درجة فقدان السمع من (٧٠) ديسبل فأكثر.
طريقة التواصل	يستخدم ما تبقى لديه من درجات للتواصل بالإضافة إلى لغة الإشارة والشفاه.	يستخدم لغة الإشارة والشفاه فقط في التواصل
المعينات السمعية	يستفيد من المعينات السمعية.	لا يستفيد من المعينات السمعية.
درجة الاستجابة للأصوات	يستجيب للأصوات وفقاً لما تبقى لديه من درجات وبشرط أن يقع الصوت في حدود قدرته السمعية.	لا يستجيب لأصوات من حوله.
التواصل الاجتماعي	أفضل لقدرته على اكتساب اللغة وفهم ما يدور حوله.	أقل من ضعيف السمع وذلك لعدم قدرته على اكتساب اللغة وفهم الكلام المنطوق.

تصنيفات الصم وضعاف السمع :Classification of Hearing Loss

لقد تعددت تصنيفات الصم وضعاف السمع وذلك نظراً لدراساتها من كل اتجاه وأهم هذه التصنيفات، التصنيف الطبي، والفسيسيولوجي، والوظيفي، والتربوي. وفيما يلي توضيح كل منها على حده:

أولاً: التصنيف الطبي According to medical diagnosis

يصنف الصم وضعاف السمع على أساس التشخيص الطبي، وتبعاً لطبيعة الخلل الذي قد يصيب الجهاز السمعي إلى ما يلي:

١- صمم توصيلي conductive deafness:

ينتج هذا النوع عن وجود عائق يحول دون انتقال الصوت من خلال الأذن الخارجية إلى الأذن الوسطى إلى الأذن الداخلية ومن ثم لا يتصل إلى المخ، وقد يحدث هذا النوع نتيجة لوجود مادة شمعية في قناة الأذن أو يحدث نتيجة لتلف في العظيومات، والقصور السمعي الناتج من هذا النوع يمكن علاجه ويستفيد من المعينات السمعية.

٢- صمم حسي عصبى sensory neural deafness:

وهو نوع دائم من الصمم قد يكون ولادياً أو مكتسباً ويحدث نتيجة تلف في القوقعة بالأذن الداخلية، ومن الصعب علاج هذا النوع من التلف المباشر في الألياف الحسية والعصبية صمم مختلط أو مركب mixed deafness: وهو عبارة عن خليط من أعراض كل من الصمم التوصيلي والحسي العصبي، ويصعب علاجه نظراً لتداخل أسبابه وأعراضه.

صمم مركزي center deafness:

ويعود هذا النوع إلى خلل يمنع تحويل الصوت من جذع المخ إلى المراكز السمعية في المخ وترجع أسبابه إلى وجود أورام أو جلطات أو عوامل ولادية. (سميرة شندي، ٢٠٠٢، ٩٢).

ثانياً: التصنيف التربوي:

يتم تصنيف الصمم وضعف السمع على حسب العمر عند الإصابة إلى صمم ولادي أو ما قبل تعلم اللغة، وصمم عارض أو ما بعد تعلم اللغة، ويعني أصحاب هذا التصنيف بالربط بين درجة الإصابة بفقدان السمع، وأثرها على فهم الكلام وتفسيره، وتمييزه في الظروف العادية، وعلى نمو المقدرة الكلامية واللغوية لدى الطفل، وما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية خاصة، وبرامج تعليمية لإشباع هذه الاحتياجات (وفي هذا التصنيف يتم تقسيمهم إلى فئتين

الصمم:

وهم الذين لا يمكنهم سماع وفهم الأصوات في البيئة سواء باستخدام معينات سمعية أو بدونها.

ضعاف السمع:

وهم الأفراد الذين لديهم بقايا سمعية تمكنهم من سماع الأصوات في البيئة وعليهم استخدام معينات سمعية تحسن من درجة استجاباتهم لهذه الأصوات.

ثالثاً: التصنيف الوظيفي:

ويعتمد على توظيف القدرات السمعية للفرد في بيئة ما كبيئة التعلم أو بيئة العمل ويتم تقسيم القدرة السمعية الوظيفية إلى أربع مستويات:

- ١- قدرة وظيفية عادية:

حيث لا يعاني الطفل من صعوبات في استقبال المعلومات السمعية.

٢- قدرة وظيفية محدودة بدرجة بسيطة:

وفيها يحتاج الطفل إلى عملية تكرار منتظمة للكلام المنطوق مع التواصل بالمشيرات البصرية.

٣- قدرة وظيفية محدودة بدرجة شديدة:

وفي هذه الحالة تكون قدرة الطفل على الاستفادة من التواصل السمعي محدودة جداً ولا يستطيع التفاعل داخل حجرة الدراسة بدون التواصل البصري اليدوي أو الشفهي أو كلاهما.

٤- اللاوظيفية السمعية:

وفي هذه الحالة تتعذر قدرة الطفل على الاستفادة من حاسة السمع في التواصل عبر الكلام المنطوق، ويكون الاعتماد كلياً على نتيجة القدرة على التواصل الكلي.

رابعاً: التصنيف الفسيولوجي (وفقاً لدرجة فقدان السمع):

يعتمد هذا التصنيف على القدرة على سماع وفهم الكلام من خلال بعض وسائل التشخيص السمعي وبالتالي يشتمل التصنيف على:

أ- فقدان سمع خفيف slight: وهو يقع بين (٢٦-٤٠) ديسيبل حيث يسمع الطفل الكلام بعيد المصدر ويتم عرضه على مدرسين ومسؤولين ويستخدم المعينات السمعية.

ب- فقدان السمع المعتدل mild: وهو ما يقع ما بين (٤١-٥٥) ديسيبل، حيث يفهم الطفل الكلام من مسافة قريبة، ويكون هناك بعض التداخل والتشويش في النمو اللغوي لدى الطفل، ويمكن لأطفال هذا المستوى الالتحاق بالمدارس العادية مع مراعاة الضعف لديهم.

ج- فقدان السمع الملحوظ marked: وهو يقع ما بين (٥٦-٧٠) ديسيبل حيث لا يفهم الطفل المناقشة إلا بصوت مرتفع، ويعاني من عيوب في النطق والكلام.

د- فقدان السمع الشديد server: وهو ما يقع بين (٧١-٩٠) ديسيبل وأصحاب هذا المستوى لا يستطيعون سماع المحادثات أو الكلام، وهم في حاجة إلى الالتحاق بفصول التربية الخاصة.

هـ- فقدان السمع الحاد Profound: ويصل لأكثر من ٩١ ديسيبل، حيث يشعر الطفل بالترددات الصوتية أكثر من النغمات الصوتية، ويعتمد على القناة البصرية كوسيلة اتصال، ويحتاج إلى استخدام الطرق اليدوية العادية.

ثالثاً: التوحيد

مفهوم التوحيد :

اختلف الباحثون والمتخصصون حول تعريف موحد لاضطراب التوحد حيث أُطلق على هذا الاضطراب العديد من المسميات والمصطلحات، ومن أهم هذه التسميات اجترارية الطفولة المبكرة، ذهان الطفولة، والنمو غير السوي و التوحدية، ويرى البعض أن هذه المصطلحات المختلفة تعكس التطور التاريخي لاضطراب التوحد ، واختلاف اهتمامات وتخصصات الدارسين في مجال التربية الخاصة.

وقد ذُكر في الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV) أن الطفل التوحدي هو الطفل الذي يعاني من القصور في النمو الارتقائي ولديه تأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الإدراك الحسي والنمو الحركي وتظهر هذه الأعراض خلال الثلاث سنوات الأولى، كما يؤثر اضطراب التوحد على التفاعل الاجتماعي وعلى مهارات التواصل لدى الطفل، بالإضافة إلى أن بعض الأطفال يكون لديهم إعاقة حسية تظهر في ما يقومون به من أفعال متتالية وثابتة وحساسيتهم المفرطة في التذوق والشم.

وتعرف الجمعية الوطنية للتوحد اضطراب التوحد The (2008) National autistic Society بأنه: "اضطراب نمائي يستمر مدى الحياة مما يعوق الجانب التواصل لدى الأطفال التوحديين مع الآخرين، كما يظهر لدى الصغار والبالغين ممن يعانون من هذا الاضطراب صعوبات في جانب التفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على تكوين صداقات مع الآخرين، وقصور في التعبير الوظيفي.

وحديثاً أصبح المصطلح الشائع Autism Spectrum (ASD)Disorde والذي يعني اضطراب طيف التوحد وبالتالي أصبح طيف التوحد بمثابة مظلة يقع تحتها مجموعة متنوعة من الاضطرابات تحدث خلال مرحلة الطفولة المبكرة ، تتسم جميعها بقصور في التواصل الاجتماعي وخلل في السلوكيات والاهتمامات حدد الدليل التصنيف الإحصائي الخامس DSM5 الصادر عن الجمعية الأمريكية (٢٠١٣) هذه الاضطرابات بثلاثة اضطرابات هي:

- التوحد (التوحد) Autism
- اضطراب النمو الشامل غير المحدد PervasiveDevelopmental Disorder (PPD).
- متلازمة اسبيرجر Asperger syndrome .
- مظاهر القصور الناجمة عن التوحد:

- (١) - القصور الحسي: وهو غياب مظاهر الإدراك والاستجابة للمثيرات الحسية حيث يبدو الطفل الذي يعاني من التوحد كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، فإذا مر شخص قريباً منه وضحك أو أصدر أي صوت أو نادى عليه مثلاً فإنه يبدو كأنه لا يرى، أو يسمع، أو أنه قد أصابه الصمم، أو كف البصر وما إن تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم استجابته للمثيرات الخارجية .
- (٢) - العزلة العاطفية والبرود الإنفعالي: وبالتالي غياب القدرات الاجتماعية حيث لا يتجاوب الطفل مع أي محاولة لإبداء الحب أو العطف له، وكثيراً ما يشكو الآباء من عدم استجابته لمحاولتها ضمه أو تقبيله أو مداعبته بل وربما لا يجدان منه اهتماماً بحضورهما أو غيابهما عنه وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما، وفي عزلته لا يهتم بالخروج أو تواجد الآخرين معه ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين وبالتالي غياب القدرات الاجتماعية .
- (٣) - الاندماج الطويل في تصرفات نمطية متكررة: واهتمامات غريبة بأشياء تافهة، وكثيراً ما يقوم الطفل بأداء حركات معينة يستمر في تكرارها لفترات طويلة مثل هز الرجل، الجسم، الرأس أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو مهمة بشكل متكرر، وقد تمضي الساعات مركزاً نظره في اتجاه معين أو نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين، بل هي في الواقع استثارة ذاتية تبدأ وتنتهي بشكل مفاجئ وتلقائي ثم يعود إلى وحدته المفردة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص به .
- (٤) - موجات من الغضب والعدوان على النفس والغير: ضحك وبكاء وصراخ بسبب غير واضح، بالرغم من أن الطفل التوحدي قد يمضي ساعات طويلة مستغرقاً في أداء حركات نمطية ولا يشعر بمن حوله فإنه أحياناً ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو ذاته وأفراد أسرته أو العاملين على رعايته أو تأهيله ويتميز هذا السلوك العدواني باليدائية مثل (العض، الخدش، الرفس) أو يقوم بإصدار أصوات كالصراخ أو تدمير الأثاث أو الكتب أو الملابس.
- (٥) - قصو أو توقف في النمو اللغوي: يتمثل ذلك في تعذر أو غياب كلي للتواصل اللفظي وغير اللفظي تعبيراً وفهماً وبالتالي غياب القدرة على التعلم والنمو المعرفي والتدريب الآلي فنجد أن كثيراً من أطفال التوحد لا يمكن أن ينتقوا الكلام أو يعبروا عن أنفسهم أو عن رغباتهم بل يصدروا أصواتاً غير ذات معنى أو غير مفهومة، وأحياناً يردد الطفل نفس الكلام فإذا سألت الطفل

ما اسمك فإنه يردد نفس السؤال ما اسمك بنفس الشكل ونفس شدة الصوت والنعمة التي توجه بها السؤال وفي بعض الأحيان قد يتأخر الرد على السؤال الذي يوجه إليه.

(٦)- التفكير المنكب على الذات: يتميز تفكير الأطفال التوحديين بالتركيز على حاجات ورغبات النفس ببعده هذا التفكير عن الواقعية فهو يدرك العالم المحيط في حدود الرغبات والحاجات الشخصية دون أي مبالاة أو إحساس بالآخرين.

(٧)- قصور في السلوك التوافقي للطفل: الطفل التوحدي لا يشارك أقرانه في اللعب أو الأنشطة مع غياب التقليد واللعب الخيالي ويعجز عن رعاية نفسه، أو حمايتها أو إطعام نفسه ويحتاج إلى من يطعمه أو من يلبي له حاجاته ويعجز عن فهم وتقدير الأخطار التي يتعرض لها .

(٧) - رفض أي تغيير في السلوك الروتيني: غالباً ما يغضب الطفل عند إحداث أي تغيير في سلوكه الروتيني اليومي أو في المحيط الذي يعيش فيه، فبمجرد تغيير الكوب الذي اعتاد على أن يشرب فيه أو تغيير ترتيب الأثاث يغضب بشورة عارمة وإلى جانب الأعراض التي ذكرناها سابقاً توجد خصائص أخرى لاضطراب التوحد نوردتها في ما يلي:

أولاً: الخصائص الاجتماعية:

يعد قصور التفاعل الاجتماعي هو العرض الأساسي، وأحد المحكات الأساسية المرتبطة بتشخيص التوحد ، وغالباً ما يوصف أطفال التوحد بأنهم يعيشون في عالمهم الخاص، حيث إن مهاراتهم الاجتماعية محدودة ، ويتسم تفاعلهم الاجتماعي بالآلية والجمود، ونادراً ما يظهرون اهتماماً بمن حولهم ويصنف (Smith, Deborah,2000)الأطفال حسب المشكلات الاجتماعية إلى ثلاث فئات:

المنعزل (المتوقع) اجتماعياً:

يتجنب هؤلاء الأفراد فعلياً كل أنواع التفاعل الاجتماعي، والاستجابة الأكثر شيوعاً هي الغضب/ أو الهرب بعيداً عندما يحاول أحد الناس التعامل معه/ معها. وبعضهم مثل الأطفال يحنون ظهورهم للوراء لمن يقدم لهم المساعدة لتجنب الاحتكاك.

اللامبالي اجتماعياً:

لا يبالي هؤلاء الأطفال بالتفاعل الاجتماعي مع الآخرين (ما لم يريدوا هم شيئاً) ولا يتجنب المواقف الاجتماعية بفعالية، فلا يبدو أنهم يكرهون الاختلاط بالناس، ولكن في الوقت نفسه لا يجدون بأساً في الخلو مع أنفسهم، ويعتقد بأن هذا النوع من السلوك الاجتماعي شائع لدى أغلبية الأفراد التوحديين. الأخرق اجتماعياً:

هؤلاء الأفراد قد يحاولون الحصول بشدة على الأصدقاء ولكنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بهم، وهذه المشكلة شائعة لدى الأفراد الذين لديهم عرض (اسبيرجر) وأحد الأسباب في فشلهم في إقامة علاقات اجتماعية طويلة الأمد مع الآخرين قد يكون عدم وجود التبادلية في تعاملاتهم حيث أن أحاديثهم تدور غالباً حول أنفسهم وأنهم أنانيون

ويمكن تلخيص الخصائص الاجتماعية للأطفال التوحديين في ما يلي:

- جامد المشاعر لا يهتم كثيراً بمن حوله .
- يتجنب التواصل البصري .
- لا يفرح لرؤية أمه أو أبيه مثل بقية الأطفال .
- لا يحاول الالتصاق بهم أو التقرب إليهم، فهو مثلاً لا يرفع يديه لكي تحمله أمه، ولا يتفاعل إذا رآها تبكي.
- لا يهتم بمشاركة أحد من إخوانه أو والديه.
- لا يلعب مع الأقران مثل من هم في نفس عمره الزمني.
- ضعف استعمال التعابير الاجتماعية والإشارة في موقف معين.
- ليس لديه القدرة على فهم المعاني غير المرئية في الأشخاص الآخرين، فهو لا يعرف بالنظر في وجه أمه ما إذا كانت سعيدة أم حزينة

ثانياً: القصور في مهارات التواصل:

يظهر معظم الأطفال التوحديين المؤشرات الدالة على الاضطراب في النمو اللغوي في الأشهر الثلاثة الأولى من حياتهم، حيث يلاحظ الهدوء غير المعتاد، وكذلك غياب المناغاة المعتادة في هذه الفترة، وفي قلة أو توقف الأصوات التي يصدرها، كذلك في عدم مناسبة الطريقة التي يطلب بها الاحتياجات الخاصة به، فتبدو طريقته غريبة وغير معتادة وعديمة المعنى وقد ينطق عدداً من الكلمات ثم يفقدها مرة أخرى . وتشمل صعوبات اللغة شذوذاً ملحوظاً في

(١) طريقة الكلام: والتي تتضمن ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع مثل الكلام بنبرة أو وتيرة واحدة، أو بطريقة تشبه السؤال، أو بصوت مرتفع.

(٢) شذوذ في شكل ومحتوى الكلام: ويتضمن الكلام بصورة آلية متكررة (مثل التردد المباشر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانات التلفزيون) بالإضافة إلى استخدام كلمات في غير مواضعها.

أ- التواصل اللفظي لدى الأطفال التوحديين

يعد العجز في النمو اللغوي من بين المحكات الرئيسية في تشخيص اضطراب التوحد، فالأطفال التوحديون ليسوا كارهين للكلام، كما أن كلامهم غير

السوي لا يرجع إلى نقص الدافعية، ويختلف التأخر اللغوي عند أطفال التوحد عنه عند الأطفال المعاقين عقلياً، فالمعاقين عقلياً يستخدمون قليلاً من المعاني من ذاكرتهم ويوظفونها، بينما نجد أطفال التوحد قد يرددون كلمات ليس لها علاقة بالموقف .

وكثيراً ما نجد أن الطفل التوحدي قد ينطق كلمة معينة ولكنه قد يعجز عن نطقها مرة أخرى، وأن من أهم مظاهر اضطرابات اللغة لديه أنه عندما يوجه إليه سؤال فإن إجابته تكون مجرد إعادة للسؤال أو للكلمة الأخيرة منه، وهو ما سبق أن عرفناه بصدى الصوت Echolalia وقد يعيد بعض الكلمات أو جمل ليست مناسبة للموقف، والتي قد يكون قد سمعها من قبل من أشخاص آخرين، ومن العجيب أنه قد يعيد تلك الكلمات أو الجمل بنفس صوت الشخص الذي سمعها منه، كما يلاحظ وجود فروق فردية في النمو اللغوي عند هؤلاء الأطفال فبعضهم لديهم القدرة على تكوين واستخدام بعض الجمل، ومع ذلك يخلطون بين الضمائر أنا وأنت وحتى هؤلاء الذين يتكلمون يعاني العديد منهم من المشكلات اللفظية المتنوعة ما بين ترديد الكلام، وفقدان اللغة، وقلب الضمائر، والمعالجة السمعية، والقدرة على تبادل الحديث وغيرها من المشكلات اللفظية من أهم هذه المشكلات:

- (١) التعارض بين استخدام وفهم اللغة:
يملك غالبية الأفراد العاديين مفردات لغوية عند مستوى معين بحيث تمكنهم من بناء جمل تعبيرية بشكل جيد، أما في حالات التوحدية فإن الأمر يختلف حيث نجد أن هؤلاء الأطفال يمتلكون لغة ظاهرية منطوقة تبدو أنها تتطور بشكل جيد إلا أنهم لديهم غالباً مشكلات إنشائية تعبيرية عميقة خاصة في المضمون الاجتماعي والتعبير عنه، وتظهر تلك المشكلات بوضوح أثناء اختبارات اللغة.
- كما أن الأطفال التوحيديين من الممكن أن يتطور فهمهم للكلمات الشخصية بشكل أفضل مقارنة بقدرتهم على فك شفرة التراكيب اللغوية والمفاهيم المعقدة وهوما يجعل من الصعب على الأفراد الآخرين التواصل معهم
- (٢) فقدان اللغة:

تشير الدراسات إلى أن (٢٥ - ٥٠%) من الأطفال التوحيديين يتم وصفهم بأنهم صامتون طوال حياتهم أو ربما يتحدثون بكلمات قليلة، وغالباً ما يرتبط الصمت بالتأخر العقلي، وكلما زاد التأخر العقلي المصاحب للذاتوية زاد احتمال أن يظل الطفل صامتا، وقد ذكر ما يقرب من ربع آباء الأطفال التوحيديين أن أطفالهم ينمو لديهم الكلام بشكل طبيعي ثم يبدأ في التوقف فجأة فاقدين ما اكتسبوه من كلمات بعد شهور قليلة.

وهناك نمطان لفقدان اللغة:

- النمط الأول: تنمو لدى الطفل مفردات لغوية قليلة عادة من (١٠ - ٢٠) كلمة أو جمل قصيرة، وتختفي تلك المفردات أو الجمل بالكامل.
- النمط الثاني: حيث ينمو لدى الطفل نفس العدد من الكلمات، لكن عند تعلمه كلمات جديدة فإن الكلمات القديمة تفقد، على سبيل المثال كلمة "شيبسي" والتي تعلمها الطفل ونطق بها بالفعل والتي من المتوقع أن ينطق بها يومياً أو كلما يريد الشيبسي، ربما يتم سماعها مرة واحدة في الأسبوع أو الشهر أو لا ينطقها مرة أخرى.

يبدأ فقدان اللغة في العمر من (١٥ - ٢٢) شهر ويظل لعدة أشهر أو حتى يبدأ العلاج ولكن في بعض الحالات يكون الفقدان دائماً فلا يستجيب الطفل للعلاج ومن أهم مشكلات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد أنهم يقومون بعكس الضمائر، فمثلاً عند التعبير عن الضمير أنا قد يقول أنت، كما تنتشر بينهم المصاهاة "echolalia" حيث يكررون الكلام كما يقال فمثلاً عن سؤاله كيف حالك يرد قائلاً كيف حالك ويستخدم هؤلاء الأطفال خصائص النغمة والطبقة والشدة بصورة غير عادية، كما يكون لديهم لزمات صوتية يكررونها من وقت إلى آخر مثل الإصرار على صوت أو كلمة أو جملة معينة

التواصل غير اللفظي:

يعاني أطفال التوحد من العديد من مظاهر ضعف التواصل غير اللفظي نوضحها فيما يأتي:

١ - استخدام الإيماءة (Use of gesture)

تتمثل أهم مظاهر العجز عن استخدام الإيماءات فيما يأتي:

- (٣) يصعب على الطفل التوحيدي استخدام الإيماءات في التواصل مع الآخرين، حيث لا يرفع الطفل يديه علامة على أنه يريد أن يحمله أحد الوالدين، وإن فعل ذلك فإنه لا ينظر إلى الآباء عند حملهم له.
- (٤) يجد الطفل التوحيدي صعوبة في الإشارة بإصبعه (السبابة) إلى الأشياء في حين يستطيع الأطفال الأسوياء في السن من (٨ - ١٠) شهور استخدام السبابة في الإشارة تجاه ما يريدون دون أن يعلمهم أحد ذلك، وتعد تلك هي البداية أو المقدمة لظهور الكلام.

٢ - الدلائل الوجهية (Facial cues)

- (٥) الابتسام في العمر من ٢-٣ شهور: يمكن للطفل العادي أن يتعرف على وجه أحد الوالدين أو كليهما ويبتسم ليبيد تعرفه عليهم وسعادته بوجودهم بجانبه، وهو ما يفتقد إليه الطفل التوحيدي، وقد يلاحظه الوالدان منذ البداية.

(٦) التواصل بالعين: في نهاية السنة الثانية من العمر يظهر أطفال التوحد درجة من ضعف التواصل بالعين فتغيب النظرة المتعمقة للأشخاص وربما للأشياء.

٣ - استخدام المسافة بينهم وبين الآخرين (use interpersonal space). حيث يصعب على الأطفال التوحديين الاقتراب من الآخرين وربما يرجع ذلك إلى أنهم يفتقدون القدرة على تنظيم المسافة بينهم وبين الآخرين أو التحكم فيها.

٤ - مقدار التعبير الانفعالي (range of emotional expression) حيث يستطيع الأطفال الأسوياء في سن مبكر استخدام نغمة الصوت لتوصيل حالتهم الانفعالية للآخرين، فيصدرون في حالة شعورهم بالسعادة صوتاً يشبه الصهيل أو الفهقهة عند بعض الأطفال، وعند الغضب أو الحزن يكشرون وجوههم ويصدرون صوتاً يوحي بالتذمر والغضب وقد يصرخون ويبكون، بينما نجد أن الطفل التوحدي يجد صعوبة في ذلك.

وهذا لا يعني أنهم ليس لديهم تلك المشاعر، ولكنها موجودة بداخلهم بل إنها تظهر أحياناً، ولكنها غالباً ما تظهر في الوقت غير المناسب، حيث يضحك الطفل أو يبكي بشدة بشكل فجائي وبدون سبب واضح، وقد يبدي بعضهم بعض الانفعالات في الوقت المناسب، على سبيل المثال بعد أن ينتهي الطفل من عمل ما بذل فيه الكثير من المجهود (Puzzle) قد لا ينظر إلى أحد الأشخاص أو يبتسم، ولكنه أحياناً يبتسم ولكن لنفسه بدلاً من النظر إلى الشخص الذي يشاهده ويشاركه الابتسام.

ثالثاً: النمطية و محدودية النشاطات والاهتمامات.

يتميز الطفل التوحدي بالنمطية والرتابة في السلوك، وهو ما يمكن الاستفادة منه في بعض جوانب التدريب مع الطفل التوحدي، ومن أهم السلوكيات النمطية (هز الرأس بشكل متكرر أرجحة الجسم للأمام والخلف أو أرجحة الجسم يميناً ويساراً بالارتكاز على إحدى القدمين بالتناوب، أو الرفرقة بالذراعين والنقر بالأصابع والمشي على أطراف القدمين والتصفيق أو ثني اليدين بطريقة معينة) ويظهر الطفل انفعالاً شديداً عند حدوث أي تغيرات بسيطة في بيئته مثل تغيير مكانه في الصف الدراسي أو حتى تغيير مكان وضع كتابه أو أي قطعة من ملابسه.

رابعاً: الإعاقة البصرية: Visual Impairment

مفهوم الإعاقة البصرية

تعددت التعريفات التي أطلقت على الإعاقة البصرية إلا أن جميعها لا يختلف في معايير تحديد الشخص المعاق بصرياً ، وأحد هذه التعريفات هي

تعريف عبد العزيز الشخص (٢٠٠٨) حيث عرف الإعاقة البصرية على أنها " حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية وكفاية واقتدار ، الأمر الذي يؤثر سلباً في نموه وأدائه ، وتشمل هذه الإعاقة ضعفاً وعجزاً في الوظائف البصرية ، وهي البصر المركزي والمحيطي والذي يكون ناتجاً عن تشوه تشريحي ، أو الإصابة بالأمراض ، أو الجروح في العين ومن جهة أخرى تعرف الإعاقة البصرية من عدة جوانب ، ولعل أهم هذه الجوانب هما الجانبان الطبي والاجتماعي ، فقد عرف الجانب الطبي الإعاقة البصرية على أنها " الحالة التي يفقد فيها الفرد قدرته على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهو العين " . كما أن الإعاقة البصرية تقسم إلى عدة أقسام سواء كانت من الجوانب الطبية أو الاجتماعية أو القانونية ، فتعرف الإعاقة البصرية من الناحية القانونية على أنها " الشخص الذي يكون مجاله البصري أقل من ٢٠ درجة قطرياً ، بغض النظر عن حدة إبصاره ضمن مجاله البصري المتبقي " .

أما الإعاقة البصرية من الناحية التربوية فتعرف الكفيف على أنه " الشخص الذي لا يستطيع الرؤية أي أنه فقد القدرة على الرؤية بشكل كامل ، أو الشخص الذي يستطيع إدراك الضوء فقط ، ومن أجل ذلك يتعين عليه أن يعتمد بشكل كامل على الحواس الأخرى ، حتى تساعد على عملية التعلم وبهذا فإن الإعاقة البصرية هي حالة تؤدي إلى عرقلة القدرات الاجتماعية والتعليمية

أما التعريف الطبي للإعاقة البصرية يعرف المعاق بصرياً على أنه الفرد الذي لديه مشكلات في حدة الإبصار ، أي القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة على أبعاد معينة مثل قراءة الأحرف والأرقام والرموز .

التعريف التربوي " هو ذلك الشخص الذي فقد قدرته البصرية بشكل كلي ، أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط ، ويكون بحاجة للاعتماد على حواسه الأخرى في عملية تعلمه كتعويض عن حالات تعليمية تحتاج حالة البصر

التعريف المهني: المعاق بصرياً من جانب مهني هو الذي تمنعه حالة بصره من العمل مما يؤدي إلى العجز الاقتصادي ويمنعه من كسب عيشه بطريقة عادية.

التعريف الوظيفي يقوم على أساس وظيفة البصر ودرجة حدته ويرى أن المعاق بصرياً هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة برايل .

تصنيف الإعاقة البصرية:

الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن ٢٠ على ٢٠٠ قدم في أفضل رؤية للعينين وإن كان ذلك باستعمال النظارة الطبية ، مع العلم بأن الكفيف لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب بالطريقة العادية ومثل هذه الفئة لا يمكنها

الاستفادة من الخبرات التي تقدمها البرامج التربوية والتعليمية للأسوياء، وينطبق عليها التعريفان القانوني، والتربوي.

ضعيف البصر فهو الشخص الذي تقع حدة بصره بين ٢٠ على ٢٠٠ إلى ٢٠ على ٧٠ قدماً، وذلك طبقاً للعين الأفضل رؤية بعد تقديم كافة الخدمات الطبية والمعينات البصرية، وبالتالي فهو الشخص الذي يستطيع أن يقرأ الكلمات المكتوبة بخط عريض أو باستخدام النظارة الطبية أو أي وسيلة من الوسائل التكبيرية الحديثة.

خامساً: صعوبات التعلم Learning Disabilities

تعريف صعوبات التعلم

يشير مفهوم صعوبات التعلم كما يذكر كيرك إلى وصف مجموعة من الاطفال لديهم ضعف فى النمو اللغوى والهجاء والقراءة والمهارات اللازمة للتفاعل الاجتماعى مع الآخرين وأن هذه المجموعة من الأطفال ليست لديهم معوقات حسية كالمكفوفين والصم وتعبر صعوبات التعلم عن اضطراب فى العمليات العقلية أو النفسية الأساسية التى تشمل الانتباه والإدراك وتكوين المفاهيم والتذكر وحل المشكلات يظهر صدها فى عدم القدرة على تعلم القراءة والكتابة والحساب وما يترتب عليه سواء فى المدرسة الابتدائية أو فيما بعد من قصور فى تعلم المواد الدراسية المختلفة.

أبعاد مصطلح صعوبات التعلم

- التباين الشديد بين التحصيل الفعلى والمتوقع للطفل .
- أن تكون الإعاقة التى يعانى منها الطفل ذات طبيعة خاصة وليست ناتجة عن حالة إعاقة عامة كالتخلف العقلى أو الإعاقات الحسية أو الاضطرابات الانفعالية أو المشكلات البيئية .
- أن تكون الصعوبة التى يعانى منها الطفل ذات طبيعة سلوكية كالتفكير او تكوين المفاهيم أو القراءة أو الكتابة أو الرياضيات وما يرتبط بها من مهارات.

مظاهر القصور الناجمة عن صعوبات التعلم

- ضعف مستوى التمكن من المهارات أو المعلومات المحددة كما يكشف عنه سلوك التلميذ فى تفاعلاته مع مدرسيه وأقرانه كما ينعكس فى درجات الاختبارات والتدريبات .
- اعتماد الطفل الدائم على الآخرين وعدم ثقته بنفسه نتيجة كثرة اعتماده على الآخرين .
- البطء فى اكتساب المعلومة من أعراض صعوبات التعلم .

- اضطراب في سير التعلم وعدم سلاسة ويسر عملية التعلم .
- الأعراض المصاحبة لصعوبة التعلم
- قلة الاهتمام بالمدرسة .
- الغياب المتكرر .
- تشتت الانتباه .
- ضعف الذاكرة .
- اضطراب المحادثة .
- كثرة الشجار والسلوك العدواني .
- عدم تقبل زملاء الطفل له .
- الانطواء أحياناً .

محكات التعرف على ذوي صعوبات التعلم

١- محك التباعد:

ويقصد به تباعد المستوى التحصيلي للطلاب في مادة عن المستوى المتوقع منه حسب حالته وله مظهران:

أ/ التفاوت بين القدرات العقلية للطلاب والمستوى التحصيلي.

ب/ تفاوت مظاهر النمو التحصيلي للطلاب في المقررات أو المواد الدراسية.

فقد يكون متفوقاً في الرياضيات، عادياً في اللغات، ويعاني صعوبات تعلم في العلوم أو الدراسات الاجتماعية، وقد يكون التفاوت في التحصيل بين أجزاء مقرر دراسي واحد ففي اللغة العربية مثلاً قد يكون طلق اللسان في القراءة، جيداً في التعبير، ولكنه يعاني صعوبات في استيعاب دروس النحو أو حفظ النصوص الأدبية .

٢- محك الاستبعاد:

حيث يستبعد عند التشخيص وتحديد فئة صعوبات التعلم الحالات الآتية: التخلف العقلي - الإعاقات الحسية - المكفوفين - ضعاف البصر - الصم - ضعاف السمع - ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة مثل الاندفاعية والنشاط الزائد - حالات نقص فرص التعلم أو الحرمان الثقافي).

٣- محك التربية الخاصة:

ويرتبط بالمحك السابق ومفاده أن ذوي صعوبات التعلم لا تصلح لهم طرق التدريس المتبعة مع التلاميذ العاديين فضلاً عن عدم صلاحية الطرق المتبعة مع المعاقين ، وإنما يتعين توفير لون من التربية الخاصة من حيث (التشخيص والتصنيف والتعليم) يختلف عن الفئات السابقة.

تصنيف صعوبات التعلم

١ - صعوبات تعلم نمائية: وهي تتعلق بنمو القدرات العقلية والعمليات المسؤولة عن التوافق الدراسي والشخصي والاجتماعي والمهني للطالب وتشمل (الانتباه - الإدراك - التفكير - التذكر - الاسترجاع - حل المشكلات).

ومن الملاحظ أن الانتباه هو أولى خطوات التعلم وهو مرتبط بالإدراك وغيره من العمليات العقلية المؤدية إلى التعلم .

٢ - صعوبات تعلم أكاديمية: وهي تشمل صعوبات القراءة والكتابة والرياضيات، وهي محصلة لصعوبات التعلم النمائية .

ساساً: الموهوبون والمتفوقون والتفوق Giftedness & Talent

يمثل ذوو الموهبة والتفوق ثروة بشرية لا بد من استثمارها والاستفادة منها فهم مصدر عطاء وإسهام متميز تحتاج إليه جميع المجتمعات الإنسانية. وعندما ننظر للشخص الموهوب أو المتفوق لا ينبغي أن تقتصر نظرنا على الجوانب الإيجابية التي يبدئها إنما ينبغي علينا أن نأخذ بعين الاعتبار احتياجاتهم المختلفة وهو ما يجعلهم بحاجة لرعاية تربوية خاصة من قبل المؤسسات الاجتماعية المتمثلة بالأسرة والمدرسة والإعلام والرفاق وغيرهم .

تعريف التفوق هو مفهوم شامل نفسي اجتماعي تربوي يعني القدرة على أداء أعمال منظمة وتكاملة وبدرجة تفوق المتوسط وهي قدرة غير موجودة بذاتها إنما تستشف من خلال السلوك ومن المظاهر الدالة على التفوق ما يلي:

- تفوق في نسب الذكاء متوسط أو أعلى من المتوسط

- القدرات الرياضية والحركية

- المواد الأكاديمية

- تفوق في الاستعدادات الإبداعية

- التميز بحس جمالي متفوق

- درجة عالية من الدافعية للإنجاز

تعريف الموهبة

إذا ما نظرنا إلى التعريف القاموسي للموهبة نجد أن الاسم مشتق من الفعل وهب، أي أعطى الشيء للفرد دون مقابل، أما المورد فيذكر الموهبة بمعنى المقدرة والموهبة تعرف على أنها استعداد فطري وطاقة كامنة في مجال أو أكثر من المجالات الاستعداد الإنساني التي تحظى بالتقدير الاجتماعي في مكان وزمان معينين يستدل على تلك الاستعدادات من خلال مظاهر عديدة سلوكية مثل تعليقات الطفل اللفظية، أعماله الفنية، نشاطه التخيلي والحركي.

التداخل في المفاهيم بين الموهبة والتفوق:

تتداخل الآراء كثيراً ويختلط الأمر حينما نرغب في التمييز بين الموهبة ومصطلح التفوق فكثيراً هم الذين استخدموا المفهومين بشكل مترادف فنجد مثلاً في قاموس وبستر نجد أن مصطلح موهوب Talented يشير إلى من لديه قدرة أو استعداد طبيعي، كما يذكر هذا القاموس أن مصطلح (متفوق) Gifted أيضاً يشير إلى من لديه قدرة أو استعداد طبيعي.

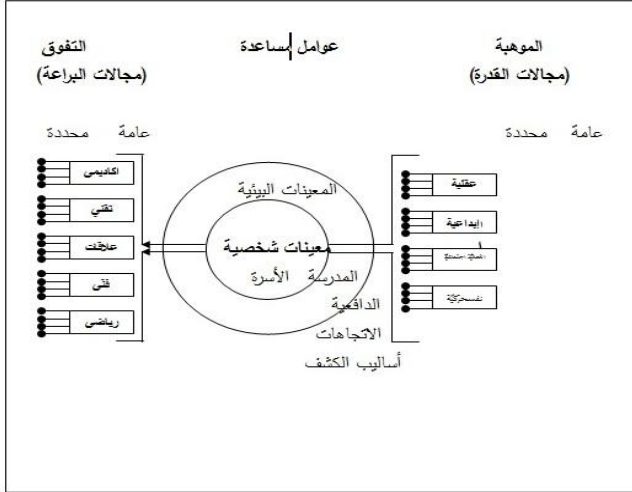
إلا أن الفرق الأساسي بينهما الذي يقترحه البعض هو أن التفوق يشير إلى قدرات عقلية متميزة وأن الموهبة تشير إلى مهارات متميزة في مجالات محددة وبخاصة المجالات الفنية. وعلى وجه التحديد، يستخدم مصطلح التفوق للإشارة إلى قدرة متميزة في حل المشكلات.

وللتمييز بين الموهبة والتفوق بمثال عملي نجد على سبيل المثال أطفال ذوي إعاقة عقلية تنخفض قدراتهم العقلية عن المتوسط بدرجة ملحوظة ورغم ذلك نجد منهم الموهوبين في الفن فيقدمون لنا تحف فنية يعجز الأشخاص العاديون عن تقديمها أو موهوبون في تلاوة القرآن بقراءات متعددة تتطلب قدرة عقلية عالية. وكثيراً من أطفال التوحد يبهروننا بقدرات فائقة أعلى بكثير من قدرتهم العقلية مثل القدرة على النحت أو التصوير وهو ما يطلق عليه متلازمة SAVANT كل هذه أمثلة عن الموهبة بينما يمكن أن نوضح التفوق في قدرة عقلية عامة أعلى من المتوسط.

ويرى رينزولي Renzulli أن الموهبة والتفوق تتكون من تفاعل ثلاث مجموعات من السمات الإنسانية، وهي: قدرات عامة فوق المتوسط، مستويات مرتفعة من الالتزام بالمهمة (الدافعية) ومستويات مرتفعة من القدرات الإبداعية. والموهوبون والمتفوقون هم أولئك الذين يمتلكون أو لديهم القدرة على تطوير هذه التركيبة من السمات واستخدامها في أي مجال قيم للأداء الإنساني. إن الأطفال الذين يبدون تفاعلاً أو الذين بمقدورهم تطوير تفاعل بين المجموعات الثلاث يتطلبون خدمات وفرصاً تربوية واسعة التنوع لا توفرها عادة البرامج التعليمية الدارجة.

إن هذا التعريف مقبول في ميدان تعليم الموهوبين والمتفوقين داخل الولايات المتحدة الأمريكية وخارجها لأنه يشكل جزءاً مكملًا لبرنامج رينزولي الإغنائي الذي أجريت عليه دراسات كثيرة حتى أصبح من أكثر البرامج المعروفة اكتمالاً وتفصيلاً. وقد عبر رينزولي عن مفهومه الثلاثي للموهبة أو التفوق بحلقات متداخلة.

نموذج فرانسوا جانبيه في لتفريق بين الموهبة والتفوق



يتضمن النموذج ثلاثة عناصر رئيسة ينضوي تحت كل منها عدة مكونات هي:

الموهبة ومجالات القدرات العامة والخاصة التي تندرج تحتها:

المعوقات البيئية والشخصية:

التفوق وحقوقه العامة والخاصة:

وكما يظهر في الشكل، يصنف جانبيه الموهبة ضمن أربعة مجالات للاستعداد أو القدرة،

وهي: العقلية والإبداعية والانفعالية الاجتماعية والنفسحركية. بينما يحصر حقول التفوق

أو البراعة ضمن خمسة

يتضمن النموذج ثلاثة عناصر رئيسة ينضوي تحت كل منها عدة مكونات هي:

الموهبة ومجالات القدرات العامة والخاصة التي تندرج تحتها:

المعوقات البيئية والشخصية:

التفوق وحقوقه العامة والخاصة:

وكما يظهر في الشكل، يصنف جانبيه الموهبة ضمن أربعة مجالات للإستعداد أو

القدرة، وهي: العقلية والإبداعية والانفعالية الاجتماعية والنفسحركية. بينما

يحصر حقول التفوق أو البراعة ضمن خمسة حقول: أكاديمية، تقنية، علاقات مع

الآخرين، فنية، رياضية. أما المعوقات البيئية فتضم المدرسة والأسرة وطرائق

الكشف المستخدمة، بينما تضم المعوقات الشخصية الميول والدافعية والاتجاهات

وغيرها.

لقد لاحظ جانبيه وجود سلوكيات تلقائية أو طبيعية وسلوكيات أخرى ناجمة عن تدريب منظم تلعب البيئة فيه دورا هاما، وأعطى أمثلة عديدة على هذه السلوكيات التي يرتبط بعضها بالموهبة وبعضها الآخر بالتفوق.

خصائص ذوي الموهبة والتفوق:

ثمة مجموعة من الخصائص العامة تتمثل في:

- يتعلمون القراءة مبكرا (قبل دخول المدرسة أحيانا ولديهم ثروة مفردات كبيرة).
- يتعلمون المهارات الأساسية أفضل من غيرهم وبسرعة ويحتاجون فقط إلى قليل من التمرين.
- أقدر على تفسير التلميح والإشارات من أقرانهم.
- لا يأخذون الأمور على علاتها، غالبا ما يسألون كيف؟ ولماذا؟
- لديهم القدرة على العمل معتمدين على أنفسهم عند سن مبكرة ولفترة زمنية أطول
- لديهم القدرة على التركيز والانتباه لمدة طويلة.
- غالبا ما يكون لديهم رغبات و هوايات ممتازة وفريدة من نوعها.
- لديهم القدرة المتميزة للتعامل الجيد مع الالاء والمدرسين والراشدون ويفضلون الأصدقاء الأكبر منهم سنا.

خصائص إبداعية (ابتكارية)

- مفكرون سلسون فصحاء قادرين على التصور لعدد من الاحتمالات والنتائج والأفكار التي لها علاقة بالموضوع المطروح للنقاش.
 - مفكرون مرنون قادرين على طرح بدائل واختيارات واقتراحات عند اشتراكهم في حلول المشاكل.
 - أفضل من أقرانهم في بناء الفكر والتعبير التجريدي واستيعابه
 - لديهم القدرة و الإبداع والربط بين المعلومات والأشياء والأفكار والحقائق التي تبدو وكأن ليس لها علاقة ببعضها.
 - مجتهدون وجادون في البحث عن الجديد من الخطوات والأفكار والحلول
 - لديهم الرغبة و عدم التردد في مواجهة المواقف الصعبة والمعقدة ويبدون نجاحا في إيجاد الحلول للمواقف الصعبة.
 - لديهم القدرة على التخمين الجيد وبناء الفرضيات أو الأسئلة
 - يعرفون باندفاعيتهم وحدهم داخل نفوسهم ويبدون حساسية عاطفية تجاه الآخرين.
 - تمتعون بمستوى عال من غريزة حب الاستطلاع والأفكار و المواقف والأحداث
 - عادة ما يمارسون المزاح والتخيلات الذكية.
 - أنشط ذهنيا من أقرانهم وغالبا ما يظهرون ذلك عند اختلاف وجهات النظر.
- ### الخصائص الدافعية:
- يتمتعون بطاقة غير محدودة.

- يتميز الأشخاص الموهوبون والمتفوقون بدرجة عالية من الدافعية والتحفيز الداخلي وقدرة عالية على مواجهة الضغوط حيث تراهم يبذلون مجهود كبير سعيًا خلف تحقيق الهدف

الخصائص الأكاديمية

- غالباً ما يقررون الكتب والمجلات المعدة للأكبر منهم سناً.
- يستمتعون كثيراً بالأنشطة الذهنية والمهام التي تتطلب منهم إعمال العقل
- لهم القدرة على التفكير التجريدي وابتكار وبناء المفاهيم.
- يتصفون بقوة الملاحظة لكل ما هو مهم وكذلك رؤية التفاصيل المهمة.
- لهم نظرة ثاقبة لعلاقات الأثر والمؤثر.
- محبوبون للنظام والترتيب في حياتهم العامة.
- عندهم حب الأسئلة لغرض الحصول على المعلومات كما هي لقيمتها الاستعمالية.
- عادة ما يكونون ناقدين مقيمين وسريعين في ملاحظة التناقض والتضارب في الآراء والأفكار.
- عندهم القدرة على الإلمام بكثير من المواضيع واسترجاعها بسرعة وسهولة.
- يستوعبون المبادئ العلمية بسرعة وغالباً ما تكون لديهم القدرة على تعميمها على الأحداث والناس أو الأشياء.
- لهم القدرة على اكتشاف أوجه الشبه والاختلاف وكشف ما يشذ عن القاعدة.
- غالباً ما يقسمون المادة الصعبة ويجزئونها إلى مكوناتها الأساسية ويعملون على تحليلها وفق نظام معين.
- لديهم القدرة الجيدة على الفهم والإدراك العام.

الخصائص القيادية:

- لديهم القدرة على المبادرة والمبادأة
- قدرة على اتخاذ القرارات والعمل تحت ضغط.
- القدرة على تحمل المسؤولية حيث ينجز ما يوكل له من أعمال.
- يتمتع بثقة كبيرة في نفسه، فلا يعبأ بالجمهور إذا تحدث إليهم.
- لديه القدرة على تكوين فريق والعمل معه في ضوء قيادته.
- اجتماعي بطبعه يهيمن على من حوله، ويدير الأنشطة التي يشارك بها.
- لديه روح المخاطرة والمجازفة

الخصائص السلوكية:

- لديهم الرغبة لفحص الأشياء الغريبة وعندهم ميل وفضول للبحث والتحقيق.
- تصرفاتهم منظمة ذات هدف وفعالية وخاصة عندما تواجههم بعض المشاكل.
- لديهم الحافز الداخلي للتعلم والبحث وغالباً ما يكونون مثابرين و مصرين على أداء واجباتهم بأنفسهم.

- يستمتعون بتعلم كل جديد وعمل الأشياء بطريقة جديدة.
- لديهم القدرة على الانتباه والتركيز أطول من أقرانهم.
- أكثر استقلالية و أقل استجابة للضغط من زملائهم.
- لديهم القدرة على التكيف من عدمه مع الآخرين حسب ما تقتضيه الحاجة.
- يتمتعون بروح الدعابة والطرفة والفكاهة، فالموهوب أو المتفوق مرهف الحس ذو عاطفة جياشة وسريع التأثر، ذواق للجمال وملم بالإحساس الفني.
- لديهم القدرة على الجمع بين النزعات المتعارضة كالسلوك الهادم والبناء.
- عادة ما يظهرون سلوك أحلام اليقظة.
- يخفون قدراتهم أحيانا حتى لا يبدو شاذين بين أقرانهم.
- غالبا ما يكون لديهم الإحساس الواضح والحقيقي حول قدراتهم وجهودهم.

أساليب رعاية الموهوبين

الإثراء

تعتمد استراتيجية الإثراء على تقديم مناهج إضافية للمناهج العادية في نفس الصف، بحيث تنمي هذه المناهج مواهب الطفل وقدراته وتتيح له الفرصة في اشباع احتياجاته العقلية من خلال التعمق في المناهج الإضافية ومن الأمثلة على ذلك: الأنشطة المدرسية ذات الصلة بالمنهج مثلا يتم وضع تدريبات إضافية، تكبير قاعدة الموضوع الذي يتم دراسته في الصف أو الرحلات والزيارات ويجب على المعلم تشجيعهم التلاميذ على دراسة ما شاهده تسجيل نتائج الدراسة ومناقشتهم فيما وصلوا إليه، كذلك إعطائهم تكاليفات خاصة كالواجبات الإضافية والمشروعات الابتكارية وكتابة التقارير، تعريفهم بالكتب المفيدة مع مساعدتهم وتوجيههم حتى تكون القراءة محببة إليهم، كذلك عقد حلقات دراسية خاصة بالموهوبين يتم إلحاقهم بها بعد إنجازهم لواجباتهم المدرسية العادية لأن الموهوبين ينجزون الأعمال والواجبات المدرسية في نصف الوقت المخصص لها أو أقل من النصف، النوادي المدرسية يشترك فيها التلاميذ بعد انتهاء فترة الدراسة أو في أوقات فراغهم وتقوم هذه النوادي على اساس الميول.

التسريع ACCELERATION:

يقصد بالتسريع السماح للتلميذ أن يدرس المواد الدراسية المخصص لصف معين في فترة زمنية أقل من المعتاد أو بمعنى آخر السماح للطفل الانتقال من صف لآخر وفقا لسرعته في اجتياز تلك المقررات وبالتالي يصبح الطفل غير مرتبط بدراسة المقررات وفقا لمن هم في عمره الزمن بل يدرس المقررات وينهيها وفقا لقدراته وإمكاناته، ومن وطرق ذلك السماح للطفل الموهوب الالتحاق بالمدرسة الابتدائية في سن مبكرة أي دخوله قبل السن القانوني أو السماح للتلميذ أن يتخطى بعض الصفوف ولا أدل على ذلك من النماذج الصغيرة

التي نراها في الغرب وقد حصلت على أعلى الدرجات في سن مبكرة مثلاً نجد شباب يحصل على الدكتوراه في سن ١٩ سنة.

التجميع:

يتمثل هذا الأسلوب في تجميع الطلاب الموهوبين في مدارس خاصة أو فصول خاصة أو في جماعات خاصة أو غير ذلك مثل إلحاقهم بدورات أو نوادي ومثال على ذلك مدارس الموهوبين الموجودة في مصر ومدارس STEM للموهوبين والمتفوقين في العلوم والتكنولوجيا .

سابعاً: الإعاقة الجسمية والصحية: physical & Health Impairments

تشتمل الإعاقات الجسمية على قائمة متنوعة من الإعاقات التي تتنوع في ضوئها احتياجات هؤلاء الأطفال ذوي الإعاقة من حاجات اجتماعية وطبية وتربوية .

تعريف الإعاقات الجسمية

المعاقين جسماً هم أولئك الأشخاص الذين يعانون من حالة عجز كلي أو جزئي في الوظائف الجسمية (عضلية أو عصبية) ممثلة حالة مرضية مزمنة تحد من قدرة أولئك الأشخاص على المشاركة في النشاطات المختلفة وتفرض عليهم قيوداً في الجوانب الاجتماعية، ولا تعيق الإعاقة الحركية والجسمية عملية التعلم اذ ليس لها تأثير على القدرات العقلية ولكن تأثيرها على الجوانب النفسية والاجتماعية والمادية مما يستلزم بعض الاجراءات للتخفيف من حدة الإعاقة.

تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية:

١ - الإعاقات العصبية

من الصعب وضع تعريف اصطلاحي الا إنه يمكن القول بأن المعاقين جسماً هم أولئك الذين يعانون من اصابات جسمية غير فقدان الحسي السمعى والبصري تتدخل في جوانبهم الحياتية التطورية والتعليمية والاجتماعية، بينما تنتج الإصابات العصبية من قصور وظيفي أو خلل في الدماغ أو الحبل الشوكي أو الاثنين معا يحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة.

وتشمل الإعاقات العصبية

- الشلل الدماغى (هرمى أو تشنجرى، خارج الهرمى) (التوائى او تخلجى) الشلل الدماغى المختلط).
- الصرع
- العمود الفقرى المفتوح
- الاستسقاء الدماغى
- شلل الأطفال

٢- إصابات الهيكل العظمي وتشمل

- عدم اكتمال نمو العظام
 - التهاب العظام
 - التهاب المفاصل
 - شق الحلق والشفة
 - انحراف العمود الفقري
- كما يمكن تقسيم الإعاقة الجسمية والصحية إلى ثلاث أنواع
- ١- الإعاقات العصبية الحركية :

وهي تنجم عن إصابات مختلفة في الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والنخاع الشوكي) وقد تكون هذه الإصابات بسيطة أو شديدة، وقد تكون في مواقع محددة أو في مواقع واسعة في الجهاز العصبي، ولذلك فإن المظاهر الجسمية والسلوكية والنفسية للإصابات العصبية تختلف اختلافاً كبيراً من حالة إلى أخرى. ومن أكثر الاضطرابات العصبية شيوعاً (الشلل الدماغي - الصرع - الاستسقاء الدماغي - شلل الأطفال - إصابات النخاع الشوكي - العمود الفقري المفتوح) .

٢- الأمراض المزمنة:

وهي عديدة ومتنوعة وتشترك جميعها في حاجة الإنسان المصاب بها إلى رعاية صحية مستمرة. ومن أكثرها شيوعاً (اضطرابات القلب - الربو - الهيموفيليا - التليف الحويصلي - فقر الدم المنجلي - سكري الأحداث - شق الحلق والشفة)

٣- الإعاقات العضلية العظمية :

وهذه الاضطرابات تصيب العضلات والعظام وتؤثر على قدرة الفرد على الحركة والتنقل باستقلالية ، وغالبا ما تكون هذه المشكلات في اليدين أو الرجلين أو المفاصل أو العمود الفقري ، وقد تكون هذه المشكلات ولادية أو مكتسبة. ومن أكثرها شيوعاً (البتر - الوهن العضلي - الحثل العضلي - الروماتيزم - هشاشة العظام - مرض لج بيرنر - إنحناءات العمود الفقري) .

مشكلات ذوي الإعاقة في مصر

البيئة الفيزيائية:

يعاني ذوي الإعاقة وخاصة ذوي الإعاقة الحركية من العديد من مشكلات التوجه والحركة في مصر حيث لا توجد أماكن انتظار خاصة بهم ولا الطرق ممهدة لحركتهم كما أن وسائل المواصلات لا تضع في الاعتبار أماكن للمعاقين وإن وجدت يجلس بها الأصحاء كما تحتاج وسائل المواصلات عند تصميمها مراعاة ظروف المعاقين وكيفية الصعود لوسيلة المواصلات، لذلك

ينبغي على الدولة أن توفر الكراسي المتحركة لذوي الإعاقة الحركية حتى تسهل حركتهم وتوفر مجهودهم.

الاتجاهات المجتمعية:

تعد النظرة السلبية تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة والتي لا يتوقف أثرها على المعاق فقط انما يمتد إلى أسرته أحد أهم المشكلات التي يعاني منها الأشخاص ذوي الإعاقة حيث لازال المعاقون يواجهون نظرة الشفقة التي تقلل من قيمتهم وتعكس احساس الآخرين تجاه المعاق بأنه شخص ناقص، ولا أدل من ذلك من نسبة ال(٥%) التي أقرها القانون كنسبة عمالة تلتزم بها المؤسسات الا أن الأشخاص ذوي الإعاقة لم يلمسو ذلك من جهات العمل التي لم تطبق النسبة وإن طبقتها تطبقها فقط على الورق، وعلى ذلك نحن بحاجة ماسة الى توجيه الإعلام لتبني وجهة ايجابية عند التحدث عن الأشخاص ذوي الإعاقة وتبصير الشعوب بحقوق ذوي الإعاقة وأهمية دمجهم في المجتمع.

كما يجب ان نغير نظرة المجتمع تجاه ذوي الإعاقة من خلال الاعتراف بهم كفئة يمكن أن تكون فعالة ومنتجة اذا ما اعطيت حقها في الحياة الكريمة من تعليم وتدريب وتأهيل، كما يتم ذلك من خلال تفعيل دمج ذوي الإعاقة في المجتمع بشكل علمي ومقبول، واعطائهم فرص المشاركة في كافة مجالات الحياة . ولعل هناك العديد من النماذج البارزة للأشخاص ذوي الإعاقة التي استطاعت تحقيق العديد من الإنجازات التي عجز الأشخاص غير المعاقين عن تحقيقها وبالتالي يتحتم على الإعلام وكافة مؤسسات الدولة إظهار تلك النماذج للتوضيح للعيان أن الإعاقة من الممكن أن يتم تحويلها الى طاقة.

الدمج

على الرغم من الجهود التي تبذلها الدولة تجاه دمج الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة في المجتمع بصفة عامة والتعليم بصفة خاصة نجد العديد من العواقب التي تواجه عملية الدمج من أهمها

١ - الاتجاهات الاجتماعية السلبية

٢ - عدم توافر الكوادر المدربة

٣ - عدم وجود خطة واضحة المعالم نحو الارتقاء بذوي الاحتياجات الخاصة

٤ - على الرغم من تسارع التشريعات التي تهدف للدمج الى أننا لازلنا بحاجة لتشريعات أكثر تطوراً.

٥ - عدم تهيئة البيئة الحقيقية للدمج

٦ - الأهتمام بالدمج على مستوى الكم وليس الكيف إذ يزداد عدد التلاميذ المدمجين عاما بعد عام الا أن الخدمات المقدمة لهم تتردى عاما عن اخر.

توظيف ذوي الاحتياجات الخاصة:

تبقى النظرة المجتمعية للمعاق العائق الأكبر أمام تشغيله، خصوصاً في القطاع الخاص الذي يهتم بالإنتاجية، فضلاً عن مخاوف من استغلال المعاق والأجور المتدنية وأسباب أسرية أخرى، وعلى الرغم من القانون الذي ينص على نسبة الـ ٥% تشغيل المعاقين إلا أنها غير مفعلة بالشكل الصحيح حيث يرفض أصحاب الأعمال تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة أو التملص من تشغيلهم عن طريق الاتفاق معهم على الجلوس في منازلهم وإرسال مرتب ضئيل لهم حوالي (١٠٠) جنيه وبالتالي يدعي انه يوظف المعاقين في حين أن الحقيقة على العكس من ذلك، لذا نحن بحاجة الى عمل برامج تأهيل مهني للمعاقين تتناسب مع سوق العمل ، ويمكن أن يتم ذلك عن طريق عمل مسح شامل للشروط التي يرغبها أصحاب العمل في العامل المعاق ومحاولة التأهيل في ضوء تلك الشروط والمحكات ، والبدء بمن هم قادرون على العمل من الصم والمكفوفين وذوي الاعاقات الحركية، والإعاقات البسيطة.

كما يجب على الوزارات تبني برامج تدريبية كشرط لحصول المعاق على وظيفة بها وبالتالي يتم تأهيل المعاق بما يتناسب مع الوظيفة وهذه البرامج التدريبية التأهيلية تقوم بها العديد من الدول مثل دولة الامارات العربية المتحدة وبالفعل يعمل المعاقون فيها باقسام الشرطة والاعمال الادارية والكتابة على الكمبيوتر وغيرها من الاعمال اليدوية وفقاً لنوع إعاقاتهم وقدراتهم.

التعليم:

من أهم المشكلات التي يعانيها أطفالنا ذوي الاحتياجات الخاصة المشكلات التربوية التي يواجهونها وأسرهم في العملية التعليمية، حيث تتعدد المشكلات التربوية فتشمل عدم وجود أدوات تقييم مقننة لقدراتهم من جانب المتخصصين خاصة في المدارس الحكومية وكذلك عدم وجود مناهج متخصصة ترفع من قدراتهم وهو ما يجعل الكثير من أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يذهبون بأبنائهم الى المراكز الخاصة أملاً في خدمة أفضل.

وإذا ما نظرنا للمدارس الخاصة بتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة نجد انها لازالت في حاجة الى مناهج وطرق تعليم أكثر تطوراً وتخصصاً واتباع البرامج الفردية مثل بورتاج ولوفاس وتيتش وغيرها من البرامج العالمية المتبعة لتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما يحتاج هؤلاء الأطفال لتصنيفهم وفقاً لقدراتهم وليس أعمارهم وبالتالي ينبغي أن يصل الطفل لمرحلة معينة من التأهيل اللغوي والمعرفي والاجتماعي يليها البرنامج الأكاديمي ثم التأهيل المهني بشكل فردي. وبالنسبة للمدارس التي بها دمج ينبغي تدريب المدرسين في المدارس العادية على كيفية التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة المدمجين،

وتوفير مدرس تربية خاصة داخل المدرسة التي بها دمج، كذلك دعم غرفة المصادر الموجودة بالمدرسة لتدعيم تعليم الطفل المعاق وان لم نجد من الممكن استغلال جزء من المكتبة

الصحة:

يحتاج الأشخاص ذوي الإعاقة للعديد من النفقات وخاصة في الجانب الصحي فهم يحتاجون للعديد من العمليات الجراحية كما يصابون بالعديد من الامراض نتيجة ضعف الجهاز المناعي لديهم بالتالي فهم بحاجة إلى أدوية مستمرة، بالإضافة إلى المتابعة المستمرة مع الأطباء والأخصائيين، وهو ما يمثل عبء كبير على الاسر التي يعاني كثيرا منهم من تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي. وعلى ذلك لابد من وجود دعم مادي لأسرة المعاق يمكنها من الانفاق عليه، كما ينبغي تفعيل التأمين الصحي لهم منذ تشخيص حالاتهم وحتى وفاتهم وذلك حق اصيل لهم بما يمكن هذه الأسر من رعاية ابنائهم صحيا بما لا يخل برعاية ابنائهم الأسوياء. كما ينبغي توفير التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة غير الملحقين بالتعليم الحكومي.

عدم وجود مؤسسات لتأهيل اطفال التوحد تابعة للدولة

على الرغم من تزايد نسب انتشار حالات التوحد عامًا بعد عام وفقا لإحصاءات مركز الأمراض الأمريكي (CDC) إذ توصلت أحدث الإحصاءات الى أن نسب التوحد وصلت الى ١: ٦٨ حالة أي ولادة طفل توحدي مع ميلاد ٦٨ طفل عادي، وهي نسبة كبيرة حيث أصبح التوحد ثاني أكثر الاضطرابات انتشارا بعد الإعاقة العقلية، وعلى الرغم من ذلك لا نسمع عن مراكز تتبناها الدولة للكشف المبكر عن حالات التوحد وتأهيلها، وبالتالي يضطر الأباء إما للذهاب بأبنائهم للمراكز الخاصة والتي يعلم القاصي والداني بقلة المتخصصون فيها، ويدفعون فيها مبالغ طائلة، أو يضطر ولي الأمر للذهاب بأبنه لمدارس التربية الفكرية حيث لا يوجد مدارس أو فصول متخصصة لتأهيل أطفال التوحد على المستوى الحكومي.

نقص المراكز التأهيلية:

على الرغم من توجه الدولة نحو الاهتمام بذوي الإحتياجات الخاصة الا انه لازال يقلصنا الكثير في هذا المسار اذ أن كثير من حالات المعاقين تكون بحاجة الى جلسات تأهيل في النمو اللغوي والنطق والرعاية الذاتية والنمو الإدراكي في حين انه لا توجد مراكز متخصصة لذلك وخاصة في الصعيد والمحافظات غير المركزية مما يضطر بالأسرة للسفر للقاهرة والاقامة بها لتأهيل ابنائهم وذلك اذا كان لديهم القدرة المادية، بينما من ليس لديهم ذلك لا يستطيعون تأهيل ابنائهم التأهيل المناسب.

لذلك يمكن عمل قسم خاص بالتخاطب وتنمية مهارات ذوي الاحتياجات الخاصة والحاقه بالمستشفيات الحكومية لتأهيل هؤلاء الأشخاص على مستوى الجمهورية بأسعار مناسبة.

قلة الكوادر اللازمة لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة:

أصبح مجال تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة مهنة من لا مهنة له وأسلوب استثمار لإدخال المال دون وجود خبرات وكفاءات، فنجد معظم العاملين في مجال التربية الخاصة من الحاصلين على مؤهل الخدمة الاجتماعية أو علم نفس أو غيره مما لا يمت للتربية الخاصة بشيء فقط يأخذ دورة أو دبلومة ويعمل أخصائي لتأهيل هؤلاء الأطفال وهو ما يضيع على الطفل سنوات بلا تأهيل حقيق وعلى الأسرة أموال بلا مردود.

وفي الأونة الأخيرة بدأت تلوح أقسام وكليات التربية خاصة في مصر مثل كلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة بني سويف ومثيلتها بالزقازيق على المستوى الحكومي، وكلية التربية الخاصة بجامعة مصر للعلوم والتكنولوجيا، إلا أننا لازلنا بحاجة لمزيد من خريجي التربية الخاصة المؤهلين وخاصة ان المؤهلين من خريجي التربية الخاصة يجدون فرص أفضل في دول الخليج التي تولي اهتماما كبيرا بذوي الاحتياجات الخاصة.

عدم وجود حصر حقيقي

من أهم مشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة بمصر عدم وجود حصر حقيقي عن الأشخاص ذوي الإعاقة علي مستوي الجمهورية أو قاعدة بيانات كاملة وبالتالي صعوبة تجميعهم أو حصر احتياجاتهم ولعل ذلك يرجع الى نقص الوعي الاجتماعي والاتجاهات المجتمعية السلبية من ناحية وعدم وجود قاعدة بيانات خاصة بالمواطنين تعدها الدولة من ناحية أخرى.

أسر الأشخاص ذوي الإعاقة مابين التحديات والاحتياجات

تعاني أسر الاشخاص ذوي الإعاقة من العديد من الضغوط والمشكلات التي تؤرق عليها حياتها تتمثل في

أولاً: مشكلات أسر الأطفال ذوي الإعاقة: وهي الصعوبات التي تعاني منها أسر الأطفال المعاقين و تتمثل في مشكلات اجتماعية واقتصادية تستلزم طريقة تدخل مناسبة للحد منها،

وتنقسم هذه المشكلات إلى:

مشكلات اقتصادية: هي الصعوبات المتصلة بالضغوط المادية الناجمة عن إعاقة الطفل نتيجة لإحاقه بمراكز التربية الخاصة وعرضه على الأطباء واحتياجات الطفل، وتدني الدخل الشهري.

مشكلات اجتماعية: وهي الصعوبات التي تواجه الأسرة سواء أكانت على صعيد العلاقات داخل الأسرة أي بين الزوجين، وبين الأم والطفل المعاق، وبين الأم والأطفال الآخرين، وبين الأخوة والطفل المعاق، أو على صعيد العلاقات الخارجية، أي بين الأسرة والجيران والأصدقاء والأقارب.

مشكلات أسرية: فإعاقة الفرد تعد إعاقة لأسرته في نفس الوقت، حيث أن الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن الحدي ووضع المعاق في أسرته يحيط بعلاقات على قدر من الاضطراب طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي بالكامل.

مشكلات الصداقة: إن عدم شعور المعاق بالمساواة مع زملائه وأصدقائه وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم، يؤدي إلى استجابات سلبية لينكمش المعاق على نفسه وينسحب من هذه الصداقات.

المشكلات الترويحية: حيث إن الإعاقة تؤثر في قدرة المعاق على الاستمتاع بوقت الفراغ وحيث تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده، كذلك الأسرة لا تتمتع بأوقات الفراغ بسبب الرعاية المتواصلة للطفل.

مشكلات العمل: هناك بعض المشكلات التي تواجه الأسرة وهي عدم قبول أرباب العمل لتشغيل المعاق، أو عدم تكييف جوانب العمل مع الإعاقة.

المشكلات الطبية: يحتاج المعاق في كثير من الأحيان إلى العناية الطبية والإقامة في المستشفى للعلاج، وهذا يجعل الطفل منفصلاً عن والديه وأسرته وينفرد عنهم، فيشعر الوالدان أنهما لا يستطيعان مساعدة الطفل على تخطي هذه المشاعر.

المشكلات التعليمية: تنتج هذه المشكلات نتيجة عدم توفر مدارس خاصة لبعض الإعاقات أو بعد المراكز أو المدارس عن المنزل، أو العبء المادي المترتب على دخول الطفل المعاق المركز.

المشكلات النفسية: الناتجة عن الإعاقة: هي الصعوبات التي تتعرض لها الأم المتمثلة في مشاعر القلق والحزن واليأس والخوف على مستقبل الطفل المعاق.

ثانياً: بعض الحاجات الخاصة بأسر الأشخاص ذوي الإعاقة:

لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات العديد من الاحتياجات المشروعة وتتمثل تلك الاحتياجات في:

الحاجة إلى الدعم النفسي من الأخصائيين طلباً للمساعدة بسبب ما تعانيه الأسر من

وجود معاق كأحد أفراد الأسرة، وعندما تكون الأسرة تحت وطأة الضغوط وعدم القدرة على التعايش مع الإعاقة.

الحاجة إلى الدعم الاجتماعي بسبب ما تعانيه الأسرة من تمييز ضدها نظراً لوجود فرد معاق في الأسرة، ومساعدة الوالدين على عدم الانسحاب والعزلة الاجتماعية وتشجيعهم على التفاعل الاجتماعي وما يتطلب ذلك من مساعدة كاملة من المجتمع المحلي ومن جميع المصادر

المختلفة.

الحاجة إلى توفير المعلومات الدقيقة عن طبيعة الإعاقة التي يعاني منها احد أفراد الأسرة وكيفية التعامل معه ضمن نطاق روتين الحياة اليومية.

الحاجة المرتبطة بوظيفة الأسرة وتحديد الأدوار وإيجاد وتوفير وقت للراحة الاستمتاع بأوقات الفراغ بسبب استنزاف طاقات أفراد الأسرة ووقتهم لرعاية المعاق.

الحاجة إلى الدعم المادي وتوفير الأموال اللازمة للعناية بالمعاق، مثل فقد السمع وما يتطلبه الحالة من معينات سمعية وتخطيط سمعي وتدريب سمعي .. وكل ذلك يعد عبئاً على الوالدين.

الحاجة إلى تشكيل جمعيات أو نواد تضم أسر الأفراد المعاقين.

الحاجة إلى الخدمات المجتمعية التي تلبي احتياجاتهم ومعرفة كيفية الوصول إلى تلك الخدمات الموجودة في المجتمع