وزارة التربية

الصحة المدرسية

منظمة الصحة العالمية

الكشف المبكر عن الإعاقة وتدبير ذوي الحاجات الخاصة

دليل العاملين في الصحة المدرسية

مركز تطوير موارد التعليم الصحي - وزارة الصحة

الجمهورية العربية السورية
وزارة التربية
مديرية الصحة المدرسية

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

الكشف المبكّر عن الإعاقة وتدبير ذوي الحاجات الخاصة

دليل العاملين في الصحة المدرسية

دمشق 2003

الكشف المبكّر عن الإعاقة وتدبير ذوي الحاجات الخاصة

دليل العاملين في الصحة المدرسية

الإعداد

د. عبد العزيز النهـار د . بييـرشـنياره د. سـهـــام داود

أ. فريال القحف أ. نعمت حاج إبراهيم

التدقيق اللغوي

أ . سـليم الجـابر

تقديم :

يجيء هذا الدليل المتعلق بالكشف المبكر عن الإعاقة ثمرة للتعاون بين وزارة التربية ومنظمة الصحة العالمية "المكتب الإقليمي لشرق المتوسط "ويسعد وزارة التربية أن تضعه بين أيدي العاملين في الصحة المدرسية وأيدي المعلمين والأهلين أيضاً لتزويدهم بالمعلومات المتعلقة بالإعاقة وأنواعها ومسبباتها واضطراباتها ومنعكساتها على التحصيل الدراسي .

ويركز الدليل على دور المؤسسة التربوية في الكشف المبكّر عن الإصابات ، وأهمية التعاون بين المدرسة والأسرة في رعاية ذوي الحاجات الخاصة من المعوقين .

وإذا كانت وزارة التربية قد اعتمدت مشروع دمج الأطفال المعوقين مع الأسوياء فلإيمانها بأن قدرات ذوي الحاجات الخاصة من المعوقين مماثلة لقدرات زملائهم الأسوياء ، وأَنّ التوعية لعملية الدمج من الأهل والعاملين في المدرسة تؤدي إلى تسهيل انخراط هذه الشريحة في المجتمع في جو من الرعاية الحانية والعناية المفعمة بالمحبة والحنان .

وتتوجه وزارة التربية بالشكر إلى منظمة الصحة العالمية ومكتبها الإقليمي لشرق المتوسط على تعاونها معها لإنجاز هذا الدليل وتنفيذ الدورات المتعلقة بالكشف المبكّر عن ذوي الحاجات الخاصة من المعوقين في المدارس ، كما تشكر في الوقت نفسه جميع الذين أسهموا في إنجاز هذا الدليل ، وكلّنا أمل في أنه سيسد فراغاً في مكتبة الصحة المدرسية ، وسيكون خير معين لزملائنا في العملية التربوية معلمين كانوا أم عاملين في الصحة المدرسية أم من الأهلين .

والله الموفق

وزير التربية
الأستاذ الدكتور محمود السيد

المحتوى

كلمة السيد وزير التربية .
المحتوى .
الإعاقة ٩
أنواع الإعاقات .
حجم المشكلة ١٠
الأسباب العامة للإعاقة .
التوجهات العالمية لحل مشكلات ذوي الحاجات الخاصة ١٤
أهمية الكشف المبكّر عن الإعاقات ١٥
الإعاقة السمعية..... ١٦
أنواع الصمم : (الصمم الولادي ـ الصمم المكتسب) .
المشكلات التي يمكن أن تنجم عن نقص السمع .
أهمية الاكتشاف المبكّر للصمم : تقييم السمع ـ طرائق فحص السمع ـ تقنية الفحص المستخدم لطلاب المدارس (بشكل مسحي) ـ التقييم المتقدم .
العاملون على إنجاز الفحص المسحي (لجميع الطلاب) ـ برنامج فحص الطلاب .
ماذا نفعل للطفل الذي يعاني من مشكلة في سمعه ؟
الوقاية من الصمم .
الإعاقة البصرية : الأسباب : (السبب الولادي ـ السبب المكتسب)..... ٢١
الكشف المبكّر : (في المدرسة ـ في الحياة الاجتماعية) .
الوقاية من كف البصر .
الإعاقة الحركية..... ٢٦
الصعوبات التي يواجهها الطفل المصاب بإعاقة حركية .
ماذا يجب أن نفعل للطفل المصاب ؟

الإعاقة العقلية.....٢٧
أسباب الإعاقة العقلية .
أنواع الإعاقة العقلية .
كيفية تشخيص الإعاقات .
العوامل الوقائية للإصابة بالإعاقة العقلية .
الاضطرابات النفسية عند الأطفال.....٢٩
(متلازمة داون/ تثليث الصبغي٢١) - (التوحد Autism) .
اضطرابات عسر الانتباه - فرط النشاط.....٣١
اضطرابات التعلم - اضطراب الكلام والتعبير - اضطراب القراءة والكتابة والحساب .
سلس البول (او التبول اللاإرادي) غير العضوي ٣٥
دور المؤسسات التربوية في الكشف.....٣٦
دور التربية .
دور الصحة المدرسية .
دور المعلمين في كشف وتدبير الحالات لذوي الحاجات الخاصة .
دور الأهل .
التعاون بين المدرسة والأهل .
دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية ٤٣
مفهوم الدمج وأهميته .
أساليب تنفيذ الدمج .
متطلبات الدمج .
عناصر عملية الدمج .
دور الأهل في عملية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ٤٨
المشروع التجريبي للدمج في سورية ٥٠

الإعـاقــة

تعريف : هي حالة انحراف أو تأخر ملحوظ في النمو الجسمي أو الحسي أو العقلي أو السلوكي أو اللغوي أو التعلّمي مما ينجم عنه صعوبات وحاجات خاصة لا توجد لدى الأطفال الآخرين . وتختلف التسميات التي يتم إطلاقها على الأطفال المعوقين تبعاً لمتغيرات عديدة ، ولعل التسمية التي أصبحت أكثر قبولاً هي (الأطفال ذوو الحاجات الخاصة) وذلك لإزالة كل التعاريف التي تحمل وصمة ، كما أن استخدام كلمة (معوق) تبدو وكأنها تبرز مواطن الضعف وتلغي الخصائص الأخرى للذي يعاني من الإعاقة .

أنواع الإعاقات :

- **التخلف العقلي :** وهو انخفاض ملحوظ في مستوى القدرات العقلية العامة ، وعجز في السلوك التكيفي (عدم القدرة على الأداء المستقل أو تحمل المسؤولية المتوقعة ممن هم في العمر نفسه).
- **صعوبات التعلم :** اضطراب في العمليات النفسية الأساسية (الانتباه ـ التذكر ـ التفكير ـ الإدراك) اللازمة لاستخدام اللغة أو فهمها ، أو للتعلم من خلال الأساليب التربوية العادية .
- **الإعاقة السمعية :** فقدان السمع يؤثر بشكل ملحوظ في قدرة الطفل على استخدام حاسة السمع للتواصل مع الآخرين والتعلم من خلال الأساليب التربوية العادية .
- **الإعاقة البصرية :** ضعف بصر شديد حتى بعد تصحيح الوضع جراحياً أو بالعدسات، مما يحد من قدرة الطفل على التعلم عن طريق حاسة البصر بالأساليب التعليمية التعلمية الاعتيادية.
- **الإعاقة الجسمية :** اضطرابات شديدة عصبية ، أو عضلية ، أو عظمية ، أو أمراض مزمنة تفرض قيوداً وظيفية على إمكانية تعلّم الطفل .
- **الاضطرابات السلوكية :** انحراف السلوك من حيث تكراره أو مدته أو شدته أو شكله عما يُعَدّ سلوكا عادياً ، مما يجعل الطفل بحاجة إلى أساليب تربوية خاصة .
- **اضطرابات الكلام واللغة :** اضطراب ملحوظ في النطق ، أو الصوت ، أو الطلاقة ، أو التأخر اللغوي ، أو عدم تطور اللغة التعبيرية ، الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية وتربوية خاصة .

حجم المشكلة

تشير التقديرات إلى أن ١٠٪ من سكان العالم معوقون إما جسدياً ، وإما نفسياً ، وأنَ ٨٠٪ من المعوقين هم من سكان الدول النامية . وترتفع هذه النسبة مع تفاقم سوء التغذية والمرض في أثناء الحمل وفي الطفولة المبكّرة . وقدرت هيئة الأمم المتحدة أن ٢٥٪ على الأقل من سكان العالم متورطون في مشكلة العجز بسبب أو بآخر. آخذين بعين الاعتبار عائلات المعوقين وكل من يسهم في مساعدتهم .

إن الإعاقة مشكلة اجتماعية سواء للمعوق نفسه أم لأسرته وهي بالتالي تستدعي تركيز الجهود للحد منها والعمل على دمج المعوقين في مجتمعاتهم ليتاح لهم إظهار طاقاتهم الكامنة وإمكاناتهم الخفية وليسهموا في التنمية الاقتصادية والاجتماعية لبلدانهم ، وإن رفع المستوى الاجتماعي والاقتصادي لأي بلد ، وتطوير الخدمات الصحية والرعاية الاجتماعية ، والتوعية الصحية وتحسين الظروف البيئية ، وتوفير وسائل الاتصال والمواصلات ، والحد من زواج الأقارب ، والقضاء على العادات الاجتماعية والغذائية السيئة ، كل ذلك يسهم في تخفيض الإعاقات وأثارها السلبية في المعوقين أنفسهم ، في أسرهم ومجتمعهم .

تم في سورية في خلال مسح صحة الطفل عام ١٩٩٤ إجراء دراسة حول انتشار الإعاقة حيث أظهرت هذه الدراسة نسبة انتشار ٨٥ ر٠٪ أي إعاقة واحدة لكل ١١٨ نسمة مع تقارب المعدلات بين الريف والحضر . في حين ظهر تباين حسب النوع حيث كان انتشار الإعاقة لدى الذكور ١٠٣ ر١٪ وعند الإناث ٦٥ر٠٪ ، وفي مسح خاص حول الإعاقة عام ١٩٩٨ بالتعاون بين وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والمكتب المركزي للإحصاء شمل الأطفال بعمر دون الثامنة عشرة ، بيّن المسح أنّ نسبة انتشار الإعاقات عند الذكور ٩٩ ر٠٪ وعند الإناث ٧٧٪ والإجمالي ٨٢ ر٠٪ . وفي خلال المسح السوري لصحة الأسرة عام ٢٠٠٢ تم السؤال عن أفراد الأسر المقيمين فرداً فرداً لمعرفة وجود إعاقة لدى أي منهم بعد أن عُرّفت الإعاقة بأنها :

(أي حالة جسدية أو عقلية أو أي حالة صحية أخرى دامت أو قد تدوم ٦/ شهور أو أكثر تحد من القدرة على ممارسة الحياة اليومية بالشكل المألوف لشخص عادي وفي السن نفسها) .

وقد بيّن المسح النتائج الآتية :

ـ من حيث الانتشار : جميع الأشخاص موضع الدراسة والبالغ عددهم ٥٣٠٦٧ بلغت نسبة الذين لا يشكون من وجود أية أعراض تحول دون قيامهم بالأعمال المطلوبة ٩ر٩٧٪ في حين أن ١٪ لديهم مشاكل تعوقهم بشكل حاد و١٪ بشكل متوسط أي أن ٢٪ لديهم شكل من أشكال الإعاقات مع وجود قليل من الاختلاف بين الحضر٢٪ والريف ٩ر١٪ كما أن الإعاقات أكثر عند الذكور ١ر٢٪ مقارنة مع الإناث ٨ر١٪ . ولعل ذلك راجع إلى ميل الأسر لإخفاء وجود الإعاقات عند الإناث لأسباب اجتماعية ، كما يختلف الانتشار حسب الفئات العمرية فهو في الأطفال بالفئة العمرية (٠-١٤) بلغ ٣ر٩ في كل ألف ، ثم يزداد تدريجياً إلى ٣ر٦٨ بالألف بعمر (٦٩- ٦٠) وهذا طبيعي بسبب الآفات التنكسية التي تظهر مع تقدم العمر سواء في السمع أم في البصر أم في الجهاز الحركي .

ـ من حيث أنواع الإعاقة : مثلت الإعاقات الحركية أعلى نسبة بين الإعاقات حيث مثلت نسبة١ر٤٨ ٪ من إجمالي المعوقين في حين أن ١ر١٧٪ منهم لا يستطيعون رعاية أنفسهم ، أما الإعاقات في الفهم والتواصل فبلغت ٣ر٢٠٪ ، أما التعامل مع الناس فبلغت ٩ر١٧٪ والبصرية ٦ر٢١٪ والسمعية ١ر١٥ ٪ .

ـ من حيث الأسباب : مثّلت العوامل الخلقية والوراثية أعلى سبب من أسباب الإعاقة حيث بلغت ٢٥٪ . يليها كبر السن ٣ر١٩٪ والإصابة خارج المنزل ٥ر١٠٪ . في حين أن الأمراض الوبائية وغيرها كانت مسؤولة عن ٧ر١٧٪ من الإعاقات ، أما ظروف الولادة فمثلت ٥ر٤٪ فقط ، وأمراض الطفولة ٢ر٨٪ . والملاحظ أن بعضهم لا يزال يعتقد بالحسد والسحر والعين حيث مثّل ذلك ٦ر٣ ٪ من الأسباب .

ـ من حيث العمرعند اكتشاف الإعاقة : فهو منذ الولادة ٢٥٪ وبعمـــر(٢-٩) ١٢,٩٪.

الأسباب العامة للإعاقـة

تلعب المعرفة العلمية بأسباب الإعاقة دوراً حيوياً في تصميم الإجراءات الوقائية منها وهي تسهم في تحديد المجموعات التي ينبغي أن تستهدفها البرامج والخدمات بوجه خاص ، وكذلك تساعد في توفير المعلومات اللازمة لتشخيص حالة الإعاقة والتنبؤ بتأثيراتها المحتملة في النمو والتعليم والسلوك . وعلى الرغم من أن نسبة غير قليلة من حالات الإعاقة لا يعرف لها سبب محدد أو ظاهر فإن الأسباب تختلف من إعاقة إلى أخرى .

إن جملة الأسباب يمكن أن تصنف إلى عدة مجموعات كما يلي :

١- مجموعة أسباب قبل الحمل : (في كل حمل مهما كان ترتيبه) .

وهنا لابد أن ننوه إلى أهمية الاستشارة الطبية قبل الحمل ، إلى ضرورة معرفة الأمراض الوراثية لدى الزوجة والزوج والزمرة الدموية والعمر والوزن والأمراض المزمنة للمرأة التي ستحمل ، ونؤكد على عدم زواج الأقارب لأنه يخفف من معظم الإعاقات ، ولا بد من الإشارة إلى سوء التغذية وتأثيرها السلبي في الحامل .

٢- مجموعة أسباب في أثناء الحمل :

- إصابة الأم الحامل بأمراض خطرة : مثل الحصبة الألمانية - الإيدز- السفلس - داء المقوسات - التهاب الكبد البائي وغيرها .

- تعرّض الحامل لعوامل ضارة : مثل التدخين والكحول وبعض العقاقير الطبية والأشعة السينية المكثفة وسوء التغذية و فقر الدم .

٣- مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة الولادة :

- صعوبات الولادة : (المقعدية - بالملقط) وما ينجم عنها من أذية دماغية للطفل .

-إصابة الوليد ببعض الأمراض الخطيرة : مثل (ارتفاع البيلروبين أو إصابته بداء الأغشية الهلامي أو نزيف يصيب الوليد بسبب نقص فيتامينK) أو لأي سبب آخر .

٤ـ مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة الطفولة:

- **تعرض الطفل لأمراض خطرة** مثل التهاب السحايا والتهاب الدماغ والتهاب الأذن الوسطى المتكرر .
- **الظروف الأسرية المضطربة والحرمان البيئي الشديد .**
- **الإصابات المختلفة :** خاصة إصابات الرأس التي تنتج عن الحوادث داخل المنزل أو خارجه .
- **الأمراض المزمنة الخطرة .**
- **إساءة استخدام العقاقير الطبية والمنظفات المنزلية والمشتقات البترولية .**
- **التسمم بالرصاص أو غاز أول أكسيد الكربون :** وغير ذلك .
- **الحمى الشديدة :** خاصة إذا لم تتم معالجة سببها في الوقت المناسب .

التوجهات العالمية لحل مشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة

منذ سنوات مضت تسعى الدول ، بجهود مركزة للحد من الإعاقة والكشف المبكّر عنها والعمل على دمج المعوقين في مجتمعاتهم . ولقد كان العام الدولي للمعوقين عام ١٩٨١ ومؤتمرات الأمم المتحدة حافزاً لتعزيز البرامج التربوية والاجتماعية والصحية الهادفة إلى تطوير الخدمات الصحية للمعوقين وتحقيق هدفي (المشاركة الكاملة والمساواة) وانطلق الإعلان العالمي عام ١٩٩٠ حول التربية للجميع وهيكلية العمل لتأمين حاجات التعليم الأساسية ملبياً الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام ١٩٤٨ (لكل شخص حق في التعليم) ، كما جاء تلبية للإعلان العالمي لحقوق الطفل عام ١٩٥٩وخاصة المبدأ الخامس (يجب توفير العلاج الخاص والتربية والرعاية التي تقتضيها حالة الطفل المصاب بعجز بسبب إحدى العاهات) كما تم وضع مشروع العقد العربي للمعوقين ٢٠٠٣ /٢٠١٢ . اقتناعاً بأن الأشخاص المعوقين لديهم من القدرات والإمكانات إذا ما توافرت لهم الظروف الملائمة (التدريبية والتأهيلية) والفرص المتكافئة سيتمكنون من المشاركة بفاعلية إلى جانب شرائح المجتمع الأخرى في تحقيق التنمية الشاملة .

وقد تضمن مشروع العقد العربي جملة من التوجهات منها :

١- دمج الأطفال المعوقين في المدارس الحكومية النظامية دمجاً كاملاً ، وعند الضرورة فتح صفوف خاصة للإعاقات الشديدة .

٢- تطوير المناهج الدراسية الخاصة بإعداد معلمي المعوقين ، وتعديلها لتتلاءم مع الخصوصية العربية .

٣- مواصلة توحيد أدوات الاتصال والتواصل بين المعوقين كلغة الإشارة ، أو توحيد اختصارات برايل .

٤- تأسيس مركز معلومات لتسهيل تبادل الخبرات والتجارب العربية الناجمة في مجالات التعليم والتأهيل والعمل والدمج وغيرها .

٥- تنظيم حملات مكثفة لتوعية المجتمع بقضايا الإعاقة وحقوق المعوقين ، وتوعية الأسر والمعوقين بأهمية التعليم ودوره في تحقيق الاعتماد على الذات والاندماج في المجتمع .

٦- تأكيد إشراك الأشخاص المعوقين في الأنشطة اللامنهجية والأنشطة الصفية التي تنظمها

المؤسسات التعليمية .

٧- مشاركة الأطفال المعوقين وأسرهم في تخطيط البرامج المخصصة لهم وتنفيذها ، ومتابعة تنفيذها ، وفي اتخاذ القرارات التي تخصهم .

٨- رصد الانتهاكات وأوجه الاستغلال وسوء المعاملة التي يتعرض لها الأطفال والأشخاص المعوقون من الجنسين في المدارس ومراكز الرعاية .

أهمية الكشف المبكّر عن الإعاقات

١- إن أغلبية حالات الإعاقة قابلة للوقاية فهي نتيجة لعوامل ومسببات نستطيع تجنب حدوثها.

٢- إن المجتمع هو العامل العائق في كثير من الأحيان - فالشخص قد يولد بضعف ما أو يصاب به في أثناء الطفولة - إلا أن موقف المجتمع ونظرته هما اللذان يحوِلان هذا الضعف إلى إعاقة ، ولكي يعيش المعوقون حياة طبيعية ، وليسهموا في بناء المجتمع علينا أن نتعرّفهم والتركيز على ما يستطيعون وليس على مالا يستطيعون أداءه .

٣- إن الشخص المعوق عقلياً بصرف النظر عن درجة إعاقته هو إنسان يعيش في مجتمع ، ولابد أن تتاح للمعوقين الفرص المتكافئة التي تعُدّ حقوقاً وليس شفقةً أو إحساناً .

٤- الاهتمام بالشخص المعوق عقلياً لا يبعد الإعاقة عنه ، ولكن على الأقل لا يعطي تراجعاً حتمياً لديه .

٥- كلّما تم الكشف عن الإعاقة العقلية بعمر مبكّر كان التطور أجدى .

الإعاقة السمعية

بين كل /١٠٠٠/ حالة ولادة حية إصابة واحدة بنقص سمع ولادي ، ولكن درجة نقص السمع تختلف من حالة إلى أخرى ، فقليلون هم الأطفال المصابون بصمم كلي ، وفي أكثر الأحيان يكون الطفل مصاباً بصمم جزئي ، وقد يدهش الطفل أو يدير رأسه باتجاه الصوت العالي ، ولكنه لا يتأثر بالأصوات الأخف . وقد يستجيب لطبقات الصوت المنخفضة كصوت الرعد أو الطبل أو خوار البقرة ولا يستجيب للطبقات العالية كالصفير أو صياح الديك . ويكون هؤلاء بطيئين عادة في البدء بالكلام وكثيراً ما يتكلمون بوضوح ويخلطون بين بعض الأصوات المعينة أو يبدون وكأنهم يتكلمون من الأنف ، وللأسف فإن الأهل والأطفال والآخرين والمعلمين لا يعرفون أحياناً أن الطفل يواجه صعوبة في السمع ، وقد يعاملونه كما لو كان بطيئاً عقلياً أو غبياً وهذا يزيد من مشاكل الطفل .

أنواع الصمم :

١- الصمم الولادي : وهو صمم دائم عادةً وأسبابه :

أ- أسباب وراثية : وجود أفراد آخرين في العائلة مصابون بالصمم . وقد يترافق مع تشوهات أخرى مثل (كبر الرأس - اختلاف في لون العينين ....الخ) .

ب - أسباب في أثناء الحمل : إصابة الأم بأمراض معينة ، أو تناولها بعض الأدوية .

ج - أسباب الولادة : تتضمن الولادة الراضة إصابة الوليد باليرقان الشديد أو نقص الأكسجة في أثناء الولادة .

٢- الصمم المكتسب : إصابة الطفل في السنوات الأولى ببعض الأمراض مثل (الحصبة والنكاف أو التهاب السحايا) ، أو تناول بعض الأدوية السامة للعصب السمعي .

ولكن معظم الصمم المكتسب عند الأطفال نقلي ويدعى بشكل شائع الأذن الغروية (تجمع سائل كثيف داخل الأذن الوسطى) ولحسن الحظ تمكن معالجته دوائياً أو جراحياً .

المشكلات التي يمكن أن تنجم عن نقص السمع :

إن السمع واللغة أمران مهمان جداً بالنسبة للأطفال قيد النمو ، وذلك في مجالات المعرفة والفهم والاتصال مع الناس والأشياء حولهم ، المشكلة الأكبر بالنسبة للطفل المصاب في سمعه هو عدم تعلّم الاتصال ، وهذا يؤدي إلى الشعور بالوحدة والإهمال ، ويمكن أن ينشأ لديه مشاكل سلوكية .

تعتمد كيفية تأثير الصمم في :

١- متى أصيب الطفل بالصمم ؟

٢- درجة سمع الطفل .

٣- الإعاقات الأخرى المرافقة .

٤- سرعة اكتشاف مشكلة السمع .

٥- مدى تقبل الطفل والتبكير في مساعدته على تعلم طرائق أخرى للاتصال .

٦- نظام الاتصال الذي يتم تعليمه للطفل .

أهمية الاكتشاف المبكّر للصمم :

يكون الطفل في السنوات الأولى من حياته كالإسفنجة يتعلم اللغة بسرعة كبيرة وإن أفضل سنوات تعلّم الاتصال (مابين الولادة وسبع سنوات) ، وكلما اكتشف الصمم باكراً وبدأ التدريب الخاص مبكّرا ازدادت قدرة الطفل على تعلّم الاتصال .

تقييم السمع :

١- يقيس درجة ضياع السمع .

٢- معرفة موقع ضياع السمع (حسي أو نقلي) .

٣- يساعد في وضع قرار فيما إذا كانت الإصابة قابلة للعلاج دوائياً أو جراحياً أو بحاجة لوضع سماعات .

٤- يزود في المعرفة فيما إذا كان الطفل قابلاً للاتصال أو لا.

طرائق فحص السمع :

١- ملاحظات الأهل .

٢- ملاحظات المعلم .

٣- الفحوص السلوكية : نطلب منهم أن يقولوا فيما إذا كانوا يسمعون الصوت أولاً. ولابد من استخدام ألعاب متنوعة مثل إجراء حركة متفق عليها في كل مرة يسمعون الصوت فيها، وينقص مستوى الصوت بالتدريج ، ويستعمل أيضاً أصواتاً أو ألحاناً بسرعات مختلفة .

لعبة اختبار سمع الأطفال

١- يقف طفل أكبر على بعد عدة أمتار من صف من الأطفال الأصغر .

٢- يقف وراء كل طفل صغير طفل أكبر معه ورقة وقلم .

٣- يقول الطفل الأول اسم حيوان ما بصوت عال جداً .

٤- يهمس الأطفال الأصغر بالكلمة لشركائهم الكبار .

٥- يكتب الأطفال الكبار ما همس به الصغار على الورقة

٦- ثم يذكر الطفل الأول أسماء حيوانات أخرى بأصوات تنخفض تدريجياً تصل حد الهمس .

* إن كل طفل لم يسمع كل الكلمات التي سمعها الآخرون ، أو لم يسمعها بشكل صحيح ، قد تكون لديه مشكلة في السمع .

تقنية الفحص المستخدم لطلاب المدارس (بشكل مسحي)

الإجراءات المجراة للتحري عن نقص السمع الحسي أو النقلي في جانب واحد أو في الجانبين بمقدار أكثر من /٢٠/ ديسيبل في مجال تردّد ٤٠٠٠- ١٠٠٠ هيرتز.

التقييم المتقدم :

١- تخطيط السمع الجذعي الدماغي : للأطفال الصغار وفي أثناء النوم .

٢- تخطيط السمع العادي (في غرفة خاصة) .

٣- تخطيط السمع الكلامي يُبث بعض الكلمات المختارة من خلال سماعات ويطلب إلى الطفل أن يردد الكلمات المسموعة .

العاملون على إنجاز الفحص المسحي (لجميع الطلاب)

١- أطباء أذنية ـ أطباء عامون مدرّبون .

٢- فريق داعم وبمراقبة أطباء مختصين أو مدربين .

إذا لم يتجاوز الطالب الفحص يحال إلى مركز متخصص ويجب أن نؤكّد إحالته في خلال شهر وليس أكثر من ثلاثة أشهر بعد الفحوص الأولى .

برنامج فحص طلاب المدارس :

١- الصف الأول (السنة الأولى من الحلقة الأولى)

٢- الصف الخامس (السنة الأولى من الحلقة الثانية)

٣- الصف العاشر (السنة الأولى من التعليم الثانوي)

٤- عند دخول التعليم المتخصص .

ينبغي إعادة الفحص بعد سنة في حال :

١- وجود قلق من قبل الأهل،أوالمعلم حول السمع ،أوالنطق ،أواللغة ،أو قابلية التعلم لدى الطفل.

٢- قصة عائلية لنقص سمع وراثي بدأ متأخراً .

٣- التهاب أذن وسطى مع سيلان متكرر أو مستمر لمدة ثلاثة أشهر .

ماذا نفعل للطفل الذي يعاني مشكلة في سمعه ؟

١- نجعل الطفل يجلس في المقعد الأمامي من الصف .

٢- نتأكد من أن الجميع يتكلمون بوضوح وبصوت عال بما يكفي ، ولكن لا ضرورة للصراخ لأن الصراخ يجعل الكلمات أقل وضوحاً ، ويجب التأكد من أن الطفل يفهمك .

٣- يجلس طفل يسمع جيداً قرب الطفل ضعيف السمع لكي يكرر له الأشياء ويوضحها إنْ لزم الأمر.

٤- نحاول دوماً أن ننظر إلى الطفل عندما نتحدث إليه .

ملاحظات هامـــــة:

١- من الأفضل أن نحيل الطفل إلى طبيب مختص في حال وجود أدنى شك بإصابته حتى لو أظهر التقييم المتقدم بأنه سليم عوضاً من أن نهمل حالة نقص سمع .

٢- اهتمام خاص بالأطفال شديدي الخطورة :

- قصة وراثية .
- إصابة الأم في أثناء الحمل بمرض .
- إصابة الطفل ببعض الأمراض (حصبة - نكاف - التهاب سحايا) .

٣- علاج دوائي أو جراحي أو تدريب على اللغة في أقرب وقت .

٤- معظم الأسباب الشائعة لنقص السمع في الطفولة نتيجة الأذن الغروية قابل للعلاج .

الوقاية من الصمم :

١- اتخاذ الخطوات اللازمة للوقاية من التهاب الأذن وعلاجه فور حدوثه .

٢- تعليم الأطفال عدم وضع أوراق نباتات أو فتائل من القطن في الأذن المتقيحة. بل ترك القيح ينساب .

٣- نشر التوعية للحوامل بعدم تعاطي أدوية دون استشارة طبيب .

٤- تلقيح الفتيات والنساء ضد الحصبة (ولكن ليس في خلال الحمل أبداً) وإبعاد النساء الحوامل عن المصاب بالحصبة .

٥- العناية بغذاء الحامل ولاسيما الأطعمة الغنية بالحديد والفيتامينات والأملاح واليود.

٦- متابعة الفحوصات الطبيعية العامة بشكل منتظم في خلال الحمل .

٧- البحث عن علامات تناذر داون .

٨- تلقيح الأطفال ضد الحصبة والنكاف .

٩- اتخاذ إجراءات احتياطية لتجنب تلف الدماغ والشلل الدماغي .

١٠- تعليم الأطفال عدم وضع أجسام حادّة أو ثابتةٍ في الأذنين .

١١- عدم الاقتراب من الأصوات العالية جداً وعندما لا يستطيع الطفل ذلك نعلمه كيف يسد أذنيه .

الإعاقة البصرية

الأسباب

١ـ ولادية :

أ ـ وراثية .

ب ـ أسباب في أثناء الحمل : إصابة الأم بأمراض معينة في أثناء الحمل .

٢ـ مكتسبة :

آ ـ العينان الجافتان : يحصل هذا عند الأطفال الذين لا ينالون كفايتهم من الفيتامين(أ) الذي يوجد طبيعياً في الفواكه والخضار واللبن والحليب واللحوم والبيض ، وكثيراً ما يظهر المرض أو يشتد بسرعة عند إصابة هؤلاء بالإسهال أو الحصبة أو السعال الديكي أو السل ، وهذا المرض أكثر شيوعاً عند الأطفال الذين لا يرضعون حليب الأم .

أما علامات جفاف العينين فقد يكون العشا (العمى الليلي) من أولى العلامات .

ب ـ التراخوما : السبب الأكثر شيوعا لكف البصر ويمكن تجنّبه فهو قابل للعلاج ، وتجب معالجته مبكّراً بوساطة المضادات الحيوية ، ويمكن تجنّبه بالمحافظة على نظافة العينين وإبعاد الذباب لانه ينتشر باللمس أو بوساطة الذباب .

ج ـ السيلان عند الوليد : تصل العدوى من الأم للطفل في أثناء الولادة .

د ـ الكلاميديا : تصل العدوى أيضاً من الأم للطفل في أثناء الولادة ، لذلك فإن وضع قطرات التتراسكلين في عيني الوليد ثلاث مرات يومياً لمدة ثلاثة أيام يقيهما من التلف سواء بسبب السيلان أم بسبب الكلاميديا .

هـ ـ العمى النهري : ينتشر بوساطة ذبابة سوداء تتوالد في الأنهار ولاعلاج له .

و ـ الحصبة .

ز ـ تلف الدماغ .

ح ـ إصابة العين في الحوادث .

ط ـ بعض الأمراض الأخرى : مثل (استسقاء الرأس ـ التهاب المفاصل ـ أورام الدماغ ـ رض الدماغ أو بتأثير بعض الأدوية ـ متلازمة داون ـ قصة عائلية) .

ملاحظة : لا تبدو عيون الأطفال المكفوفين كلها مختلفة في مظهرها ، فقد تبدو عيونهم واضحة وطبيعية وقد يكون التلف خلف العينين أو في جزء من الدماغ ، ولذلك يجب التأكد من البحث عن علامات أخرى تدل على ما إذا كان الطفل يعاني صعوبة في الرؤية .

ومن العلامات التي تعني أن الطفل يعاني مشكلة في الرؤية :

١- عينان أو جفنان مُحْمَرّان ومتقيحان أو يدمعان باستمرار .

٢- عينان تبدوان بليدتين ومتغضنتين أو ضبابيتين أو فيهما تقرحات .

٣- أحد البؤبؤين أو كلاهما رمادي وأبيض .

٤- عينان متصالبتان أوعين حولاء إلى الداخل أو إلى الخارج أو تتحرك بشكل مختلف عن الأخرى .

٥- ينظر الطفل بعينين نصف مغلقتين ، أو يميل رأسه إلى النظر للأشياء .

٦- يكون الطفل أبطأ من المعتاد في استعمال يديه والتنقل أو المشي وكثيراً ما يصطدم بالأشياء أو يبدو مفتقراً إلى الانسجام مع ما حوله .

٧- يبدي الطفل اهتماماً ضئيلاً بالأشياء أو بالصور والكتب الملونة بألوان براقة أو يقرّب هذه الأشياء كثيراً إلى وجهه .

٨- يجد الطفل صعوبة في الرؤية بعد الغروب (العمى الليلي).

٩- لا يستطيع الطفل قراءة الأحرف من على السبورة في المدرسة أو يعجز عن قراءة الأحرف الصغيرة في الكتب أو يصاب بالصداع عند القراءة .

الكشف المبكّر :

يجب إجراء الفحص الطبي العيني لجميع الطلاب من أجل تحديد القدرة البصرية والمشاكل العينية الأخرى . ويجرى الفحص الطبي البدئي (المسحي) من قبل أطباء مدربين ضمن برنامج زمني محدد للصفوف الأول والخامس والعاشر وعند الدخول إلى مرحلة التعليم المتخصص .

ولكي يكون الفحص متواصلاً يجب اتباع ما يأتي :

١- وضع سجل لكل طالب .

٢- مراجعة القصة الدوائية والعائلية للطالب .

٣- تشجيع الأهل والمعلم لتزويد الفريق الطبي بأي ملاحظات عن مشاكل عينية .

٤- يجب أن يكون الفحص مع وجود أشخاص مقربين للطالب (الأهل أو المعلم) .

٥- وضع الطفل في المكان المناسب (على بعد ٦ أمتار أو ٣ أمتار) في أثناء فحص القدرة البصرية وذلك حسب اللوحة المجهزة للفحص .

٦- تسجيل شكوى مثل (ألم - غشاوة - صداع - حكة العين - رؤية مزدوجة) .

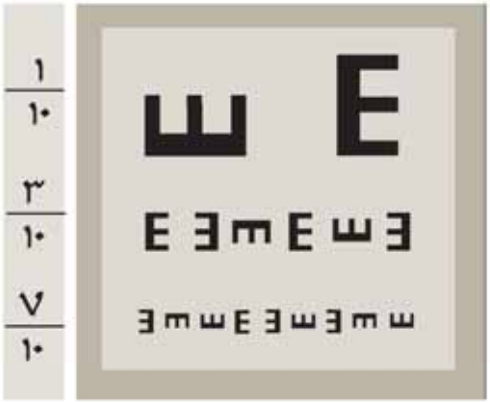
٧- فحص كل عين على حدة (حجب الرؤية عن عين بتغطيتها إلى حدود الزاوية الإنسية للعين مع الانتباه إلى ضرورة عدم الضغط عليها وفحص العين غير المغطاة)، ثم إعادة فحص العين الأخرى بالطريقة نفسها ٠ وإذا كان الطفل يضع نظارات يتم الفحص مع إبقاء النظارات.

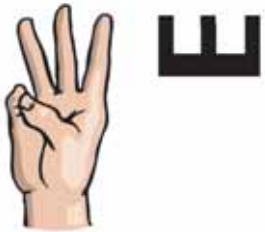
٨- فحص المنعكس القرني للضوء (بالمصباح) .

٩- تسجيل لون البؤبؤ فيما إذا كان أسود أو لا .

١٠- فحص مساحة الرؤية ومهارات حركة العين مثل تثبيت الرؤية المركزية وملاحقة الرؤيا.

١١- توثيق الفحص الطبي وإحالة الطلاب الذين لم يتجاوزوا الفحص البدئي إلى مراكز متخصصة .





النتائج المحتملة بعد الفحص :

- **لا مشكلة :** يفحص في المرة القادمة في عمر آخر .
- **واحد أوأكثر من عوامل الخطورة ، ولكن حالياً لا مشكلة في الرؤية :** يجب أن يعلم المعلم والأهل عن هذه العوامل ، كما يجب نصحهم للمتابعة في مراكز أخرى فيما إذا ظهرت أي مشاكل فيما بعد .

وهكذا : إحالة كل طالب إلى اختصاصي إذا ظهر عنده أحد الأعراض الآتية :

أ - تدمع غزير - عين حمراء - انحراف محور العين - سوء تنظيم العين - رأرأة - انسدال جفن - ضبابية في البؤبؤ أو القرنية .

ب - إجهاد في العين في أثناء فحص حدة الرؤية .

ج - وجود أي قلق من قبل المعلم حول نتيجة الفحص أو إذا لم يستطع الفريق الطبي الإقرار فيما إذا الطفل يعاني صعوبة في الرؤية ، وهذا قد يكون بسبب الاختلاف في حدة الرؤية في العينين (الغطش) ، أو ميل غير طبيعي في الرأس أو حول العينين .

ملاحظة : الإيجابية الكاذبة ٣٠٪ ولكن من الأفضل إحالة الطالب إلى متخصص للتدقيق في حال وجود أدنى شك بإصابته وإن ظهر بأنه سليم عوضاً عن إهمال حالة صعوبة في الرؤية .

التعامل مع الطفل المصاب بصعوبة في الرؤية :

في المدرسة

١- يحتاج الطفل الكفيف إلى مساعدة لمتابعة دروسه ويمكن لطفل آخر أن يقرأ له، كما يحتاج إلى مزيد من المساعدة بعد المدرسة ، وقد يستطيع أخ أو أخت أكبر أو تلميذ آخر تخصيص بعض الوقت لتدريسه في البيت ، ويجب أن نتذكر أن معظم الأطفال المكفوفين يتمتّع ببعض القدرة على الرؤية ، لذلك يجب أن نشجعهم على استخدام ما يملكون من إبصار، وإذا كان باستطاعتهم رؤية الأحرف الكبيرة على السبورة ، فعلى المعلم أن يكتب أحرفاً كبيرة وواضحة .

٢- وضع الطالب في المقعد الأمامي .

في الحياة الاجتماعية :

يجب أن يحصل الطفل الكفيف على كل الفرص التي يمنحها المجتمع للأطفال الآخرين مثل أخذه إلى السوق والنهر والمدرسة ومكان العبادة والسينما ومسرح العرائس ونشرح له مالا يستطيع أن يراه .

الوقاية من كف البصر :

١- توفير التغذية الجيدة والنظافة والشروط الصحية الجيدة للأطفال والأم الحامل .

٢- إبعاد الأم الحامل عن الأشخاص المصابين بالحصبة والأدوية .

٣- معالجة الأم الحامل بالأمراض المنقولة جنسياً (مثل السيلان الكلاميديا) .

٤- حماية أعين الأطفال حديثي الولادة كلهم بمرهم أو قطرات التتراسكلين .

٥- تشجيع الإرضاع الوالدي .

٦- نظافة البيت والمراحيض وغسل اليدين بالماء والصابون بعد استخدام المراحيض وحماية الطفل من الذباب .

٧- إعطاء الأطفال المصابين بالحصبة أو الملقحين فيتامين (أ) .

٨- إبعاد الأدوات الحادة والثاقبة والرصاص والمتفجرات والحموض والأسس وسوائل التنظيف عن متناول الأطفال .

٩- تحذير الأطفال من رمي الحجارة والعصي وإطلاق الحجارة بالمقلاع .

١٠- فحص الطلاب جميعهم في الصف الأول والخامس والعاشر .

تحذيرات :

- عدم استعمال الأدوية المنتهية مدة صلاحيتها .
- يجب ألا يستعمل بكثرة مراهم الكورتيكوستيروئيد ، ويتم استعمالها بحذر .
- إن استعمال حبوب أو قطرات الكورتيكوستيروئيد مهم للوقاية من كف البصر الناجم عن التهاب القزحية ، ولكن يجب أولاً التأكد من عدم الإصابة بالتهاب فيروسي .
- عدم استعمال العلاجات المنزلية مثل وضع الليمون في العين وغيره .

الإعاقة الحركية

الأسباب

١- أسباب ولادية :

أ - خلل صبغي

ب- في أثناء الحمل مثل (تناول بعض الأدوية أو أمراض خطرة تصيب الحامل) .

ج - الولادة الراضة مثل (إصابة الضفيرة العضدية) .

٢- أسباب مكتسبة :

أ - الحوادث وهي أهم الأسباب .

ب - عقابيل أمراض مثل (شلل الأطفال أو التهاب السحايا والدماغ) ، وبعض الأمراض المزمنة مثل التهاب المفاصل .

ج - تشوهات وعائية في الدماغ .

الصعوبات التي يواجهها الطفل المصاب بإعاقة حركية :

١- صعوبة الوصول إلى المدرسة ، وصعوبة في الجلوس ، فبعضهم يحتاج إلى أن يجلس في صندوق أو يحتاج إلى أن يسند إلى كرسي لذا نجلس الطفل في المكان الذي يراه مناسباً .

٢- بعضهم يجد صعوبة في استخدام يده في الكتابة وهؤلاء يمكن أن يكتبوا بسهولة إذا استخدموا أقلاماً غليظة ، وبعضهم لا يستطيع الكتابة لذا يمكن للمعلم أن يكتب عنه .

٣- قد يصاب الطفل ببعض المشكلات السلوكية أو النفسية . وقد يشعر بأنه أقل شاناً من الآخرين ويفقد الثقة بنفسه ، وقد يصاب بالحزن أو يعزف عن أداء أي عمل حتى لو كان قادراً على إنجازه وهذا يؤدي إلى صعوبة في التعلّم .

ماذا يجب أن تفعل للطفل المصاب :

١- تشجيع الطفل على التغلب على مشكلته والجلوس في الفراش وتشجيعه على التجول وتحريك المفاصل للوقاية من تيبسها .

٢- التشجيع على ممارسة بعض الأنشطة اليومية .

٣- التشجيع على العناية بنفسه والقيام بالأنشطة اليومية والتحدث معه عن المشكلات النفسية التي تصيبه ومنحه الحب والأمان .

الإعاقة العقلية

تعريف : قصور في القدرة العقلية الفطرية العامة التي تساعد على التعلم واكتساب الخبرة في الأعمال الجديدة ، وتطبيقها فيما يَجدُّ من أحداث ، وإدراك العلاقات الهامة بين عناصر المعضلات الجديدة مما يُمكِّن الشخص من مقاربة المواقف الجديدة باستجابات ملائمة .

أسباب الإعاقة العقلية :

آ- وراثية أو صبغية :(متلازمة داون - متلازمة الصبغي×الهش - متلازمة تورنر - التصلب الحدبي) .

ب- في أثناء الحمل : (الرضوض - الإنتانات - الأدوية - النز وف) .

ج - في أثناء الولادة : (رضوض دماغية - نقص الأوكسجين) .

د- استقلابية : (خلل تمثيل البروتين الفنيل كيتون - نقص إفراز الغدة الدرقية) .

هـ - في أثناء الطفولة المبكّرة والطفولة:(التهاب سحايا ، والتهاب دماغ - رضوض دماغية)

أنواع الإعاقة العقلية : إما أن تصنف حسب المستوى العام للذكاء :

١- **خفيف الشدة :** (معدل الذكاء من ٧٠ - ٥٠ ٪) قادر على التأقلم الاجتماعي والمهني ضمن بيئة محمية من خلال تربية وتعليم تخصّصيّيْن .

٢- **متوسط الشدة :** (معدل الذكاء من ٣٥ - ٤٩ ٪) قادر على العناية بنفسه ، وتعلم مهن بسيطة ضمن بيئة محمية يمكن أن يتعلم الكتابة والقراءة البسيطة . لا يتقن الحساب .

٣- **شديد :** (معدل الذكاء من ٢٠ - ٣٤ ٪) قادر على العناية بنفسه جزئياً وحماية نفسه أيضاً جزئياً ، وذلك بالمساعدة . يمتلك القدرة على التعبير الكلامي بشكل بسيط . غالباً ما يكون مترافقاً بإعاقة حركية .

٤- **عميق :** (معدل الذكاء أقل من ٢٠٪) وهو قادر على امتلاك بعض الحركات وإصدار بعض التعبير الصوتي . غير قادر على العناية بنفسه ويستوجب العناية والمراقبة المستمرتين وهو يترافق دائماً بإعاقة جسدية . أحياناً نوبات صرعية .

أو تصنف حسب السبب المؤدي للإعاقة والمذكور سابقاً . والحالة الأكثر شيوعاً هي المنغولية أو ما يسمى علمياً :

متلازمة داون (تثليث الصبغي ٢١) : تحدث في ولادة واحدة من أصل ٧٠٠ ولادة ، وتكثر بين أطفال الأمهات المنجبات فوق سن الأربعين ، وتتظاهر ب:(عيون منغولية الشكل - ضخامة في اللسان مع تشققات عرضية فيه - الرقبة مجنحة - الكف مربع - الأصابع قصيرة ومدببة - مرونة زائدة في مفاصل الأطراف) تترافق غالباً بتشوهات قلبية وراثية ، وإنتانات متكررة في الطرق التنفسية . تتراوح درجة الذكاء لديهم من (٥٠- ٣٠٪) أي يُعدّون من فئة المتخلفين عقليا متوسطي الدرجة . ومن صفاتهم أنهم اجتماعيون يميلون إلى المرح والموسيقا . ومن خلال تدريبهم فإنهم يستطيعون القيام بمهن بسيطة ، أو التمثيل ، أو الأعمال المنزلية .

في مدينة تريستا في إيطاليا ، تم إدماجهم بنجاح في المعامل تحت إشراف المراكز الطبية المتخصصة بالتعاون مع نقابة العمل .

كيفية تشخيص الإعاقات :

١- الاستقراء الدقيق للتاريخ الشخصي للطفل :

أ - ظروف الحمل والولادة .

ب - أمراض الطفولة المبكرة .

٢- التركيز على التطور الروحي الحركي :

أ - عمر الجلوس وعمر المشي .

ب - عمر النطق .

ج - عمر امتلاك المصرات البولية والشرجية (استمساك البول والبراز) .

العوامل الوقائية للإصابة بالإعاقة العقلية :

- التنبيه لخطورة زواج الأقارب .
- الرعاية الطبية للمرأة الحامل .
- الوقاية من الأمراض .
- شروط الولادة الصحية .
- المتابعة الصحية للطفل الرضيع وتطبيق اللقاحات الضرورية لتفادي الأمراض أو عواقبها مثل (انحلال الدم - التهاب الدماغ - السحايا) .
- التنبيه على خطر الإنجاب في عمر متأخر نظراً لتزايد حدوث التخلف العقلي الناجم عن اضطراب الصبغي مثل : متلازمة داون .

الاضطرابات النفسية عند الأطفال

وتشمل الاضطرابات النفسية عند الأطفال عدة أنواع منها :

- ما يؤثر في التطور الشامل للطفل رغم سلامة نموه العضوي والدماغي .
- ومنها ما يتناول إحدى فعاليات تعبيره أو تواصله مع الآخر .
- ومنها ما يكون مظهراً لمعاناته النفسية .

الاضطرابات النفسية عند الأطفال التي تؤثر في التطور الشامل للطفل وأهمها :

التوحد أو تناذر كانير (Autism) . كان هذا الاضطراب قديماً يُعدّ من حالات الإعاقات العقلية حتى ميزه الطبيب النفسي kanner عام ١٩٤٣ بين مجموعة أطفال التخلف العقلي الذين تابعهم. يبدأ هذا الاضطراب غالباً حوالي السنة الثالثة من العمر ، ويكون التطور الروحي الحركي قبل الإصابة طبيعياً ، نسبة انتشاره (١٠٠٠٠/٤) ونسبة إصابة الذكور إلى الإناث ١٠/٤)) يؤدي هذا الاضطراب إلى انطواء الطفل ومحاولة تجنب الآخرين بشكل ملحوظ وعدم تفاعله حتى مع أبويه، **ومما يميزه :**

١- غياب التلاقي البصري : فالطفل التوحدي لا يلاقي نظره مع الشخص المقابل ، وإذا حدث أَن اضطر إلى توجيه نظره إلى الشخص المقابل نشعر بأنه ينظر إلى ما وراء الشخص إلى نقطة بعيدة كثيراً .

٢- غياب التعبير الوجهي .

٣- حركات أو وضعيات للجسم غير طبيعية .

٤- عدم مشاركة الآخر بشكل تلقائي بفرحه أو اهتماماته .

٥- تأخر أو غياب تام لتطور التعبير الكلامي : دون اللجوء إلى التعويض ببقية أنواع التعبير وإذا استعمل التعبير الكلامي يكون بأسلوب الصدى اللفظي أو يتكلم عن نفسه بصيغة الشخص الآخر .

٦- اهتمام وفعالية ووضعيات محددة متكررة ونمطية : فهو لايهتم إلا بالأشياء الجامدة أو جزئيات الأشياء وغالباً ما تكون اهتماماته نمطية (مثل تشغيل الضوء وإطفائه لمدة طويلة أو تقليب صفحات مجلة لعدة ساعات أوأن يصفق أو يلوي يديه أو أصابعه بشكل متكرر ولساعات) .

٧- قد توجد أذية ذاتية نمطية ومتكررة : مثل (عض اليد أو ضرب الرأس باليد أو بالحائط).

المعالجـــة :

١- العلاج النفسي العميق : ويجب أن يجرى من قبل اختصاصي لاختراق الحاجز العاطفي الذي يفصل الطفل عن محيطه .

٢- العلاج السلوكي : تعديل السلوك التوحدي من خلال تنمية السلوك الملائم وإنقاص السلوك غير الملائم .

٣- العلاج الدوائي : مثل استعمال الهالوبيريدول بمقادير قليلة أو الميثيل فينيدات هدروكلورايد. مع الحذر من وجود صرع مرافق .

متلازمة ريت : وهي إحدى اضطرابات النمو الشامل والتي تُعدّ من أشدّها :

- تظهر حوالي الشهر السادس من العمر بعد فترة من النمو الطبيعي .
- نسبة انتشارها أقل من التوحد وتحدث غالباً عند الإناث .
- تظهر أعراض التوحد نفسها **وتتميز منه بالآتي :**

١- تباطؤ في نمو الجمجمة بين عمر ٥ - ٤٨ شهراً .

٢- وجود حركات نمطية في اليدين على شكل يد الغسالة .

٣- مع التقدم في العمر يظهراضطراب واختلال في التناسق الحركي خاصة في الطرفين السفليين مع ضعف عام في عضلات الجسم .

٤- نوب اختلاجية مرافقة تحدث بنسبة ٧٥٪ من الحالات .

المعالجـــة :

تتبع الطرائق العلاجية المتبعة نفسها في التوحد مضافاً إليها علاج النوب الاختلاجية المرافقة وتأكيد العلاج الفيزيائي لتفادي حدوث الضمورالعضلي .

اضطراب عسر الانتباه - فرط النشاط ADHD

وهو اضطراب يظهر بمسببات مرضية نفسية متعدد ة عند الأطفال مثل : (الذهانات الطفلية - الاكتئاب الطفلي - التخلف العقلي) .

- يبدأ في خلال السنوات الخمس الأولى من العمر .
- نسبة حدوثه عند الذكور إلى الإناث ١/٢ .

إن تلازم عسر الانتباه مع فرط النشاط ضروري للتشخيص ويستمر على الأقل لمدة ستة أشهر

ويتظاهر عسر الانتباه بما يأتي :

١- عدم الاهتمام بالتفاصيل أوارتكاب أخطاء طائشة في الوظائف المدرسية أوالأنشطة المختلفة.

٢- صعوبة في التركيز على العمل أو اللعب وطرائق التعليمات وليس بهدف المشاكسة .

٣- فقدان المثابرة في النشاطات التي تستدعي اندماجاً معرفياً وميل إلى الانتقال من نشاط إلى آخر دون الانتهاء منه .

٤- يتأثر بشكل كبير بالمنبهات الخارجية ويشغله ذلك عن عمله .

أما فرط النشاط المتميز بالحركة المفرطة غير الهادفة يتظاهر بما يأتي :

١- الحركة المستمرة لليدين والقدمين أو التلوي على المقعد . وعدم الثبات في مكانه . خاصة في المواقف التي تستدعي بقاءه جالساً .

٢- الاندفاعية في العلاقات الاجتماعية ، والاستهتار في بعض مواقف الخطر يتضح ذلك :

- في التطفل على الآخرين أو مقاطعتهم في نشاطهم .
- أو الإجابة المتسرعة عن أسئلة لم تستكمل بعد وعدم احترام الأدوار وانتظارها .

المعالجـــــة:

١- يجب وضع التشخيص الدقيق ومعرفة ما إذا كان هناك مرض نفسي مسبب لعسر الانتباه وفرط النشاط .

٢- المعالجة النفسية المتخصصة .

٣- يمكن استعمال العلاج الدوائي . كالميثيل فينيدات هدروكلورايد . مع الحذر من الأرق وفقدان الشهية ، أو استعمال الهالوبيريدول بمقادير قليلة أو مضادات الاكتئاب بكميات خفيفة أواستعمال الكاربامازيبين أو الفالبروات أسيد .

اضطرابات التعلـــم

وتنقسم إلى : اضطراب الكلام والتعبير - اضطراب القراءة والكتابة والحساب .

١ـ اضطراب الكلام والتعبير :

اضطرابات تختل بسببها الأنماط الطبيعية لاكتساب اللغة منذ المراحل المبكرة للنمو دون وجود إصابة عصبية أو حركية أو حسية أو تخلف عقلي أو عوامل بيئية .

آـ اضطراب الكلام التعبيري : ويتظاهر بوجود مفردات قليلة جداً لدى الطفل مقارنةً بأقرانه مع أخطاء في استخدام الزمان في اللغة ، وصعوبة في إخراج الكلمات وتشكيل جملة متناسبة مع ظروف عمره مع بقاء فهم اللغة في إطار الحدود الطبيعية .

ب ـ اضطراب الكلام الاستقبالي : صعوبة في فهم بعض الكلمات أو بعض الجمل أو مجموعة خاصة من الكلمات مثل (المفردات التي تتعلق بالفراغية) أو التركيب النحوي مثل(النفي).

ج ـ اضطراب نطق الكلام والتأتأة :

١- اضطراب النطق : صعوبة في نطق بعض الأحرف أو أجزاء الكلمة لا تتناسب وإمكانية أقرانه ، مع وجود معدل ذكاء طبيعي لديه علماً بأن الطفل يمتلك اللفظ الصحيح والكامل بعمر اثنتي عشرة سنة .

٢- التأتأة : وهي اضطراب في الدفق وإيقاع الكلام **ويتميّز بالأتي:**

- ترداد نطق حرف أو مقطع لفظي ، أو كلمات بسيطة ذات مقطع لفظي واحد .
- إطالة نطق الحرف .
- توقف فجائي في أثناء نطق الكلمة أو في أثناء الكلام غير مبرر .
- توتر شديد في أثناء نطق بعض الكلمات الصعبة مع حركات مصاحبة في الوجه أو الجسم أوكليهما .

المعالجـــة :

١- التدريب الخاص بواسطة اختصاصيين في النطق والتواصل والجلسات النفسية الداعمة .

٢- يمكن استعمال بعض العقاقير التي تخفض مستوى التوتر في معالجة التأتأة مثل مضاد القلق ومضادات الاكتئاب بجرعات خفيفة .

٢ـ اضطراب القراءة والكتابة والحساب :

ويشمل مجموعة من الاضطرابات تتميز بخلل واضح في تعلم إحدى المهارات الدراسية وهي غير ناجمة عن اضطرابات أخرى كالتخلف العقلي أو إصابات عصبية أو حسية تظهر في أثناء سنوات الدراسة المبكّرة .

آـ اضطراب القراءة : ويظهر من خلال استعمال الروائز المتخصصة لقياس فهم القراءة فتُبين انخفاضاً في مستوى الفهم مقارنة بمستوى عمر الطفل ، ولا يتناسب ومستوى ذكائه ، ولا التحصيل الدراسي المعطى له ، ولا بنجاحه الدراسي العام في بقية الحقول ، ولا فاعليته في الحياة اليومية .

مظاهـــره:

ـ إسقاط أو استبدال أو تشويه أو إضافة في الكلمات أو أجزاء الكلمات مثل (بر) عوضاً عن (رب) ، (٥٦) عوضاً عن (٦٥) .

ـ بطء في القراءة أو فقدان الرغبة والشعور بالإرهاق .

ـ تقسيم غير سوي للجمل .

ـ عدم الوصول إلى استنتاجات أو مدلول للمادة المقروءة أو استعادة للمعلومات الواردة فيها .

ـ التردد أو التوقف المتكرر عند بعض الكلمات مع حركات مصاحبة في الرأس وتذبذب سريع في مقلة العين .

ب ـ اضطراب الكتابة : ويظهر من خلال استعمال الروائز المتخصصة لقياس التعبير الكتابي مما يدل على انخفاض في المستوى مقارنة بمستوى عمر الطفل ولا يتناسب ومستوى ذكائه ولا التحصيل الدراسي المعطى له ولا نجاحه الدراسي العام في بقية الحقول ولا فاعليته الحياتية اليومية .

مظاهـــره :

ـ خط رديء ومشوش .

ـ تباين في أحجام الحروف أو الكلمات وفي المسافات بينها.

ـ ميل السطر إلى الأعلى أو الأسفل أو تماوجه .

ـ صعوبة في كتابة الأفكار .

- أخطاء في ترتيب حروف الكلمة أو ترتيب الكلمات في الجمل .

ج - اضطراب المهارات الحسابية : ويظهر من خلال استعمال الروائز المتخصصة لقياس استيعاب المواد الحسابية مما يدل على انخفاض في المستوى مقارنة بمستوى عمر الطفل ولا يتناسب ومستوى ذكائه ولا التحصيل الدراسي المعطى له ولانجاحه الدراسي العام في بقية الحقول ولا فاعليته الحياتية اليومية .

يشمل الخلل المهارات الحسابية الأولية كالجمع والطرح والضرب والقسمة أكثر من المهارات الحسابية الأكثر تجريدية كالجبر والمثلثات .

المعالجـــــة : من المبادئ الأساسية التركيز على **النقطة المهمة الآتية :**

- إصابة الطفل بإحدى هذه الإعاقات لاتعني عدم إبداعه في مجالات أخرى من المهارات المدرسية .

-لابد من التنبيه إلى سلوك المعلم بعدم إحباط الطفل المصاب بإحدى هذه الإعاقات أمام زملائه .

وتنفذ المعالجة نفسها التي ذكرت في معالجة اضطرابات الكلام والتعبير.

سلس البول (أو التبول اللاإرادي) غير العضوي

هو اضطراب يتميز بالآتي :

- إفراغ لاإرادي للبول في أثناء النهار أو الليل أوفي كليهما . لا يتناسب مع عمر الطفل العقلي .
- التبول غير ناجم عن اضطراب عصبي أو نوبات صرعية أو شذوذ بنيوي في مجرى البول .
- يستمر منذ الولادة أو يظهر بعد فترة من التحكم المكتسب في المثانة .
- يمتلك الطفل الطبيعي التحكم في المثانة بين عمر السنة والنصف والسنتين والنصف ، لذا لا يشخص السلس البولي قبل سن الثالثة ، **ويجب أن يتكرر عدة مرات في الأسبوع**

أسباب سلس البول :

١- من أهم أسباب سلس البول غير العضوي إحساس الطفل بعدم الأمان والنقص العاطفي .

٢- من الأسباب الأخرى ، المنافسة والغيرة المكبوتة الناجمة عن ولادة طفل آخر .

٣- تعرض الطفل لصراعات نفسية مختلفة وكبت انفعالاته .

٤- قد يكون السلس البولي مرافقاً لاضطرابات نفسية أخرى مثل التوحد أو الاكتئاب أومرافقاً للتخلف العقلي وفي كلتا الحالتين يكون الاهتمام بالاضطرابات النفسية أو التخلف العقلي هو الأساسي .

المعالجـــــة:

١- دوائية : يمكن أن تستعمل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مثل (الايميبرامين أو الكلوميبرامين أو الا ميتر بتيلين) بمقادير تتراوح بين (١٠-٥٠ ملغ) حسب عمر الطفل وبجرعة واحدة مساءً، كما يمكن أن يستعمل عقار (الميتيل فينيدات هيدروكلورايد) بمقادير قليلة .

٢- الامتناع عن التأنيب والعقاب والتهديد : لأن هذا السلوك يثبت الطفل في مشكلته .

٣- الدعم النفسي وإتاحة المجال للطفل للتعبير عن معاناته النفسية : ويفضل أن يقوم بذلك اختصاصيون نفسيون .

٤- استعمال العلاج السلوكي الشرطي : كاستعمال جرس يرن عند بدء الطفل بالتبول فيستيقظ ويضبط الطفل الإفراغ البولي تدريجياً .

دور المؤسسات التربوية في الكشف عن ذوي الحاجات الخاصة وتلبية حاجاتهم

المدرسة عنصر أساسي في تنمية الأطفال ، ولها دور حيوي في تعليم المهارات الأساسية للحياة ، ويعد التعليم والتعلم الذي يتلقاه الأطفال في المدرسة من الركائز الأساسية للاستجابة للحاجات التنموية للأطفال وخاصة ذوي الحاجات الخاصة ، ومساعدتهم ودفعهم نحو حياة مستقلة وفاعلة . لقد أكّدت دول العالم من خلال المؤتمرات العالمية وما انبثق عنها من إعلانات وتوصيات ومقررات ضرورة تأمين فرص تعلّمية ومتكافئة لجميع الأطفال وخاصة المعوقين لأنهم يعدّون جزءاً من النظام التربوي .

وثمة توجّه عالمي نحو الإقرار بحاجة ذوي الحاجات الخاصة إلى التعلم ودمجهم في التعليم النظامي أو ما يعرف **بالمدرسة الجامعة** وهو محاولة لمساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة من أجل أن يتقدموا عقلياً وشخصياً واجتماعياً من خلال التواصل والتفاعل مع أقرانهم وهو محاولة لتغيير المدارس العادية وتشجيعها لتبني أساليب أكثر مرونةً وأكثر حساسيةً في تقديم تعلم للجميع بشكل يتطابق مع احتياجاتهم ، ويسمح لهم بإنهاء مسار تعلمهم بدلاً من بقائهم في المنازل ، أو تسربهم من المدرسة في وقت مبكّر دون تلقي أي تعلّم يُذكر بسبب عدم الاهتمام بهم في المدارس أو عدم تعرّف حاجاتهم الخاصة .

دور التربية :

تُتيح أنظمة التعليم لدينا مجالاً واسعاً لتعليم الأطفال ، وتوفر تسهيلات جيدة لدخول الأطفال إلى المدرسة مهما كانت ظروفهم وأوضاعهم ، ويعد ذلك فرصة جيدة في الكشف والتعرف على ذوي الحاجات الخاصة منهم ، وفسح المجال لهم في الدمج بالمجتمع المدرسي بغية تنمية مهاراتهم وتطويرها وتأهيلهم للحياة الاجتماعية ، فنظام التعليم الإلزامي يدعو الأهل جميعهم إلى إلحاق أطفالهم بالمدارس مهما كانت ظروفهم دون تمييز ، كما أن مجانية التعليم أزالت العقبات المالية أمام الأهل وسهلت عليهم تكاليف تعليم أولادهم في المدارس ، وإن الانتشار الواسع للمدارس في المدن والأرياف والقرى سهّل وصول الأطفال إلى المدارس بيسر حيث لا تخلو أي منطقة مأهولة من مدرسة مهما كان عدد الأطفال فيها، وكذلك توفير المعلمين المؤهلين.

دور الصحة المدرسية :

من التسهيلات التي تُسهم في توفير تعليم أفضل للأطفال أو الكشف عن ذوي الحاجات الخاصة وجود عناصر طبية وصحية خاصة للمدارس (العاملين في الصحة المدرسية من أطباء ومساعدات صحيات ومثقفات) ، وبرامج تنظيمية لأعمالهم ومنها :

- **الفحص الطبي :** الذي يُطبق على جميع الأطفال الذين يسجلون بالمدرسة وهو عامل مهم ومساعد في الكشف عن الأمراض وذوي الحاجات الخاصة وتحديد بعض الإعاقات.
- **البطاقة الصحية :** التي يسجل فيها نتائج الفحوص وما يكشف من حالات لدى ذوي الحاجات الخاصة وأمور صحية أخرى تفيد المعلمين بعد التحاق الطفل بالمدرسة خاصة في تفسير ما يظهر لدى بعض التلاميذ مثل البطء في التعلم .
- **برنامج التلقيح المدرسي :** الذي يوفر للأطباء والمساعدات الصحيات من خلال زيارات المدارس التعرف على حالات لم تكشف في أثناء الفحص الدوري .
- **برنامج كشف الإصابات .**
- **الحالات التي يكشفها المعلمون :** ويبلَّغ عنها ، وتُحال إلى الصحة المدرسية لاستكمال الفحوص والتأكد من الإصابات .

يضاف إلى ذلك الإرشاد النفسي والاجتماعي المحدث مؤخراً والذي سيكون أيضاً عوناً جيداً للمؤسسات التربوية في عملية الدمج .

دور المعلمين في الكشف وتدبير الحالات لذوي الحاجات الخاصة :

يستطيع المعلمون تعرّف الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في صفوفهم وذلك من خلال ما دوّن في البطاقات الصحية ونتائج الفحوص الطبية - وهذا الإجراء ضروري - كما يلعب المعلمون دوراً هاماً في الكشف عن الحالات التي لم تكشف والتي لا يمكن كشفها من خلال الفحص ، بينما يمكن أن يتم ذلك بعد فترة قصيرة من بداية العام الدراسي ، وذلك من خلال تعاملهم مع التلاميذ في الصف ومشاهداتهم أموراً غير مألوفة لدى التلاميذ قد تكون ناجمة عن مشكلات في السمع أو البصر أو صعوبات النطق أو عيب في الكلام أو مشكلات سلوكية (فرط نشاط - الإنطوائية) أو تأخر أو بطء في التعلم ناجم عن الإصابة بأمراض منهكة وحالات ناجمة عن اضطراب (انفعالي - اجتماعي - ثقافي أو حرمان بيئي - ثقافي اجتماعي) .

يُصرح العلماء التربويون بأن المعلم الناجح والمعد إعداداً جيداً هو الذي بإمكانه أن يسهم وبشكل فاعل في تشخيص حالات صعوبات التعلم واكتشافها تلك التي لا يمكن أن يقوم بها الطبيب أو الاختصاصي الاجتماعي بتشخيصه من مقابلة واحدة مع التلميذ أو ذويه ، ويعود الفضل في ذلك الاكتشاف بالنسبة للمعلم إلى ملاحظاته المستمرة ومعايشته التلاميذ ومعرفة نقاط الضعف والقوة لديهم ، وكذلك تعرّف مهارات القراءة والكتابة ومهارات التعامل مع الأرقام . عادةً يشتبه المعلم بوجود صعوبات التعلم لدى التلميذ عندما يلاحظ ضعفاً في تحصيله الدراسي مع بطء في عملية التعلم أو صعوبة في الإدراك البصري أو السمعي أو النشاط العام وذلك من خلال الأنشطة ، ويمكن أن تعزى تلك المظاهر أيضاً إلى وجود إعاقات أخرى حسية أو حركية أو نفسية ينشأ عنها تأخر في التحصيل الدراسي أو بطء التعلم . من السهل على المعلمين دون الحاجة إلى مهارات متطورة ملاحظة الاضطرابات الكلامية واللغوية واضطرابات تتعلق برموز اللغة الشفوية ، أو عملية التواصل ، أو الضعف اللغوي ، أو اضطراب اللفظ الذي يؤثر سلباً في الأداء المدرسي .

إن الكشف عن ذوي الحاجات الخاصة منذ بداية دخول الطفل إلى المدرسة يُساعد في اتخاذ التدابير اللازمة في التفهم المبكّر لوضعه ومعالجته قبل الدخول في حلقة الفشل .

ومن أهم هذه التدابير :

١- اعتماد المدرسة أساليب تربوية خاصة في التعامل معهم والتدخل بفاعلية للتخفيف منها وتهيئة البيئة الدراسية الملائمة وإن كان بعض الحالات بحاجة إلى التدخل التربوي المتخصص. وقد لا يستطيع بعض الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة تعلم القراءة أو الكتابة أو الحساب ولا يكملون الانتظام في المدرسة إلا لسنوات قليلة ، ولكن بعضهم يستطيع إتمام دراسته ويتوجه إلى التعليم الجامعي . ولكنَّ هناك أموراً تزيد من تفاقم مشكلة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. منها عدم اهتمام المدارس بهم وعدم تفهم أوضاعهم واحتياجاتهم مفسرين عدم تقدمهم في الدراسة وضعف تحصيلهم بأنه غباء موروث وأنها حالة لايمكن أن يتقدم فيها الطفل في التعلم أو أداء أي نشاط مهما قُدم له الدعم التربوي ، وإن كانوا ينظرون إليهم بعين الشفقة والعطف دون التفكير بتقديم العون لهم من النواحي التعليمية مكرسين معظم جهودهم ووقتهم للأطفال الأكثر نشاطاً وتفاعلاً بصفتهم أطفالاً أذكياء ومستجيبين وهم الأجدر بالعناية .

٢- التواصل مع الأهل وتعرّف طبيعة المشاكل التي تواجه طفلهم وتعريفهم بأهمية الدمج في الصفوف العادية ودفع الأهل إلى العمل يداً واحدة لمعالجة احتياجات الطفل وتعريفهم بأهمية تسليح الطفل بالمهارات الضرورية للتعلم والحياة .

٣- معالجة الحالات التي يمكن أن يتم فيها الدمج دون تحميل أعباء زائدة على كاهل المعلمين ومعالجتها بشكل مبكّر وعلى الأخص تلك التي يمكن حلها في حال التدخل السريع بينما يستعصي حلها آجلاً .

٤- كسر حلقة الفشل في حالات صعوبات التعلم التي تؤدي إلى تعلم التلميذ **سلوك العجز** في حال إهمال المسألة بدلاً من سلوك التقدم ، والذي يؤكده الكثير من الدراسات أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم قد ينتابهم العجز المتعلم ، ويعزى ذلك إلى أن التعرض المستمر للإخفاق الأكاديمي يسهم في وجود العجز المُتَعلم (الانسحاب) وعدم الرغبة في تناول مهام جديدة ونقص الاستمرار في مهمة ما . أي سلوك غير تكيفي مع مواقف جديدة يكونون قادرين على النجاح الأكاديمي فيها ، ولكن يعتقدون أن جهودهم لا فائدة لها .

هنـاك عوامل أخرى تسهم في العجز الأكاديمي للمتعلم مثل :

- تجميع التلاميذ الذين يعانون من الصعوبات تحت إشراف معلم واحد والقيام بتدريب شامل واستخدام التعزيز الخارجي .
- نقص التحديد المبكر لصعوبات التعلم .
- نقص تقديم الإثابـة للجهد الفردي في مقابـل التحصيل الـذي يجب أن يؤخذ بالحسبان. ننوه هنا بأنّه لابد من التعزيز الإيجابي من قبل المعلمين للنواتج التعلمية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم مثل النجاح والفشل داخل الصف وفي الأنشطة والعمل على استخدام عزاءات تقلل من الإخفاق الذي يسهم في وجود العجز المتعلَم .

دور الأهل :

إن اكتشاف حالة الإعاقة في سن مبكرة قبل دخول المدرسة ومعالجة بعض المشاكل يجعل فرص نجاح التعليم والتعلم والتأهيل أيسر وأوسع أيضاً لـدفع قدرات الطفل ، كما يسـهل تنظيم برنامج لبناء القدرات اللغوية والفكرية والأساسية ، حيث يبنى على نطق اللغة تنشيط القدرة الإدراكية الحسية والقدرة على التمييز من خلال القنوات الحسية والبصرية والسمعية ، ثم بناء النواحي المعنوية للأشياء والأفعال تدريجياً لتضمن تقدم الطفل في جميع النواحي إلى الدرجة التي

تسمح به درجة الإعاقة . ولكن قد يكون لدى الأهل قناعة بعدم جدوى التحاق طفلهم بالمدرسة وأنّه لن يتعلم شيئاً ولا يمكنه القيام بالأنشطة اليومية أو التواصل مع الآخرين كبقية الأطفال ومن الأفضل بقاؤه في المنزل ، أو الاعتقاد بأن المنزل أكثر أماناً له وقد يتعرض في المدرسة لمشاكل قد تزيد وضعه سوءاً ، أو يفضلون حجب طفلهم عن أعين الناس لاعتبارات اجتماعية أو معتقدات خاطئة غير واعين القدرات التعلمية لدى طفلهم سواء أكانت هذه القدرات عالية وجيدة وإن كان لديه إعاقة جسدية ، أم ضعيفة في حالات أخرى ولكنها تنمو في حال معرفتها وفهمها وتوفير حاجات تنميتها . كما أن هناك أطفالاً يسجلون في المدرسة ويكون لديهم بعض المشكلات نظراً لوجود إعاقة ما جسدية أو عقلية أو نفسية أو صعوبات في التعلم ، وقد تكون حالتهم غير مكشوفة بجهل من الأهل أو تجاهل منهم لاعتقادهم بعدم الكشف كما ذكر سابقاً ، وكي لا يتعرض طفلهم للوصْم أو التمييز أو الاستبعاد عن الأنشطة ، ولكن عكس الواقع فهم محتاجون إلى مساندة من الأفراد والمعلمين والأهل ودعم المجتمع .

التعاون بين المدرسة والأهل :

إن إقرار الأهل وتعريفهم حال طفلهم قبل دخول المدرسة يُعدّ عاملاً هاماً في مساعدة الطفل منذ بداية حياته المدرسية وتفهم المدرسة مشكلته وكلما كانت قدرة الوالدين على مواجهة المشكلة وقبول الواقع كانت فرصتهم أكبر في النجاح لبدء التفكير بأهمية البرامج المناسبة لطفلهم وإعداده لدخول المدرسة ومساعدة القائمين على العمل التربوي فيها ، وإن التعاون بين

أسرة الطفل ذي الحاجة والمدرسة هو الأساس الأول لتقدم الطفل ، فكلا البيت والمدرسة يمثل مؤسسة تربوية في غاية الأهمية وتتوحد أهدافهما في تأهيل الطفل وتعليمه وتربيته بأسلوب سليم يؤدي إلى نمو شخصيته وتكاملها من النواحي النفسية والاجتماعية والثقافية حتى يمكن دمجه في المجتمع ومساعدته على حياة قويمة .

وتزداد أهمية التعاون بين المدرسة والبيت في تقبل الأهل وضع طفلهم وتفهّمه وإدراك أنهم باستطاعتهم أن يساعدوه ، ولكن قصور معلومات الوالدين فيما يتعلق بحقائق نمو أطفالهم وخصائصهم الجسمية والعقلية والنفسية وأساليب التعامل معهم يُعد **حجرعثرة** في جهود تعليم هؤلاء الأطفال مما يوجب معه تعرّف الأساليب المناسبة التي تمكن الوالدين من التعامل الصحيح والفعال مع أبنائهم. وأي تناقض بين البيت والمدرسة في أساليب التربية يكون الطفل وحده ضحية هذا التناقض بحيث يعرضه لمشاعرالإحباط وعدم الثقة بالنفس والشعور بالخوف من المستقبل .

إن اللقاءات المتكررة بين الأولياء والمعلمين والتي تهدف إلى مناقشة الأمور التي تتعلق بسلوك الطفل والأمور التي تحدث في المنزل والتي يجب ألا تخفى على المعلم توصل إلى فهم أعمق لأفضل أساليب التعامل مع الطفل سواء في المدرسة أم في المنزل ، ويستطيع الأهل الذين يزورون المدرسة تعلم طرائق التعامل مع أطفالهم أو حتى تعلمهم من خلال مراقبتهم للمعلمة ، ويمكن للمعلمين أنفسهم أن يتعلموا من الأهل أيضاً .

وأخيراً : من المهم أن يذهب الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة جميعهم إلى المدرسة فهم محتاجون إلى التعلم **لتحقيق ما يأتي :**

- الحصول على قدر من التعلم يساعدهم ويدفعهم نحو حياة مستقلة وفاعلة ، وأن يصبحوا أعضاء فاعلين في المجتمع .
- تنمية عقولهم وتعلم أشياء عن العالم المحيط بهم .
- تنمية القدرات وتطويرها والإمكانات لديهم وإن كانت قدرات قليلة .
- تكوين الصداقات وتقوية الشعور بالانتماء إلى الجماعة .
- تعلم كيفية التعامل مع الآخرين والعمل معهم وكيفية التصرف عندما يكونون ضمن جماعة .
- قبول القواعد وتحمل المسؤولية .
- القيام بدورهم كأفراد في الأسرة والمجتمع من خلال الأنشطة .
- الاعتماد على الذات .

دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية

لقد خطت الدول المتقدمة خطوات واسعة في مضمار الدمج حتى أصبحت حركة الدمج هي الغالبة في تعليم الطفل ذي الاحتياج الخاص وتأهيله وإعداده كمواطن صالح . وبدأ الاتجاه بالضرورة إلى استخدام مفهوم ذوي الحاجات الخاصة ليحل محل ما سبق من مصطلحات ، وذلك لإزالة كل التعاريف والتصنيفات التي تحمل وصمه ، فمصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة يدل على الأطفال الذين تنشأ لهم احتياجات خاصة بسبب عجز أو صعوبات في التعلم والتعليم ، وتشمل هذه الفئة الأطفال (المعوقين - المتفوقين والموهوبين - أطفال الشوارع - الأطفال الذين يُعزلون - الأطفال العاملين- جماعات البدو- الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم) ، ولكي تنجح عملية الدمج بكل أبعادها لابد لأي مجتمع من أن يؤمن بأنّ هناك فلسفة للدمج لابد من الأخذ بها ومراعاة مبادئها واستراتيجيتها .

مفهوم الدمج وأهميته :

الدمج حركة تربوية اجتماعية اقتصادية إنسانية منطلقة من الإيمان بحق كل طفل في التعليم العادي ضمن أقرانه ، وبوجوب تقديم تعليم لكل طفل وفقا لحاجاته التربوية وما يتصل بها على نحو مرض ٠المقصود بالدمج هو دمج الأطفال غير العاديين المؤهلين مع أقرانهم دمجاً زمنياً تعليمياً واجتماعياً وفق خطة وبرنامج وطريقة تعليمية مستمرة تتناسب وحاجة كل طفل على حدة ويستخدم مفهوم الدمج على نحو واسع مع الطلبة ذوي الصعوبات التعليمية دمجاً اجتماعياً وتدريسياً في التعليم العادي قدر الإمكان ، وإتاحة الفرصة لهم للالتحاق بالمدارس العادية في التعليم النظامي بغض النظر عن حالاتهم الجسدية والسمعية والبصرية والعقلية والعاطفية ، وعلى المدرسة الدامجة أن تقر بتنوع احتياجات تلاميذها وتستجيب لها فتجمع بين تنوع أساليب العمل واختلاف سرعات التعليم وتكفل تعليماً رفيع المستوى للجميع بفضل مناهج دراسية مناسبة مرنة، وترتيبات تنظيمية ملائمة واستراتيجيات تدريس سديدة ، وعن طريق استغلال الموارد المتاحة وإقامة علاقات التشارك مع المجتمعات المحلية التي تخدمها .

إن تطبيق الدمج يأتي من خلال النهوض بمستوى المدرسة العادية ، وتحسين مرافقها وفعالياتها وخدماتها كافة لتصبح قادرة فعلياً على تلبية احتياجات الأطفال بفئاتهم كلها وقدراتهم وتؤهلهم مستقبلاً مواطنين قادرين على الإسهام بشكل متنوع في خدمة أنفسهم ومجتمعهم على حد سواء.

أساليب تنفيذ الدمج :

تتعدد أساليب دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وفقاً لعوامل متعددة منها :

مستوى الإعاقة - وطبيعة وتكوين الشخص المعوق - وطبيعة الإصابة ودرجتها .

ومن هذه الأساليب :

١- **الدمج المكاني :** وهو خطوة أولى في طريق الدمج ويقصد به اشتراك مدرسة عادية مع مدرسة تربية خاصة في البناء المدرسي الواحد فقط . وتكون لكل مدرسة إدارتها وخططها الدراسية المختلفة وأساليب تدريبها وهيئتها التدريسية ، ويجوز أن تكون الإدارة واحدة للمدرستين .

٢- **الدمج الاجتماعي :** ويُعَدّ هذا النوع من الدمج متقدماً عن سابقه في فلسفة الدمج ، وذلك لما يترك من انطباع جيد لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بعد مشاركتهم أقرانهم ،

ويقصد به إتاحة الفرصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يلتحقون بصفوف التربية الخاصة في المدرسة العادية للمشاركة مع أقرانهم من خلال الأنشطة المدرسية المختلفة (كالرحلات - التربية الرياضية ـ حصص الفنون والموسيقا - الأنشطة الاجتماعية الأخرى - فترات الراحة).

٣- الدمج التعليمي أو الأكاديمي : ويقصد به اشتراك الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة مع الطلبة الآخرين في مدرسة واحدة ، تشرف عليها الهيئة التدريسية نفسها وضمن البرنامج الدراسي نفسه **ويتضمن الدمج التعليمي الأشكال الآتية :**

- الدمج الكلي : ويتم في صف عادي ، حيث يلتحق الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين في غرفة الصف وفي الأفعال والبرامج والأنشطة جميعها .
- الدمج الجزئي : ويتم في صف عادي حيث يتم تجميع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة مع الطلاب العاديين معظم الوقت بالإضافة إلى غرفة مصادر مجهزة بمستلزمات متنوعة لتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تعليماً خاصاً أحياناً حسب الحاجة .
- الدمج في صف خاص داخل مدرسة عادية : ويتم ذلك بوجود معلم متدرب تدريباً خاصاً ويكون الدمج في أوقات الأنشطة المدرسية وأوقات الاستراحة .

٤- الدمج المجتمعي : ويقصد به إتاحة الفرصة أمام ذوي الاحتياجات الخاصة للاندماج في مختلف أنشطة المجتمع . مع ضمان حق العمل باستقلالية ، وحرية الحركة والتنقل والتمتع بكل ما هو متاح في المجتمع من خدمات ترويحية أو اجتماعية او اقتصادية أو وظيفية في سبيل أن يكونوا أعضاء فاعلين .

متطلبات الدمج واحتياجاته :

يحتاج الدمج إلى متطلبات أساسية لازمة تظهر من خلال الآتي :

١ـ الطفل والوالدان والأسرة : وذلك عن طريق :

ـ تنمية وعي الوالدين بحقوق طفلهم في الدمج الكلي مع غيره من الأطفال العاديين .

ـ توعية الوالدين بدورهما في الوقاية الأولية والثانوية ، وتعرّف الحالة ، والتوجه والمطالبة بالخدمات .

ـ تدريب الوالدين على التعامل مع الطفل حسب احتياجاته ودمجه مع أخوته وأسرته .

ـ مشاركة الوالدين والمدرسة في تعرّف احتياجات طفلهم وفي تخطيط البرنامج المقدم له واقتراح

تعديلات للخدمات وفقاً لفاعليتها وجودتها في تطور الطفل .

٢ـ تجهيز المدرسة : لتصبح بيئة مناسبة للدمج **وتتضمن تهيئة النواحي الآتية :**

آ- التعديلات الهندسية لتصبح ملائمة لاستيعاب الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة منها : (السعة - التجهيزات - المرافق وتناسبها - الممرات وسهولة الحركة فيها - غرفة المصادر) .

ب- مرونة المناهج التي تسمح للطفل بالمشاركة في الأنشطة .

٣ـ الإدارة المدرسية والمعلمون والاختصاصين والعاملون في المدرسة : وذلك عن طريق

آ- تنمية الاتجاه الإيجابي نحو الدمج وتقبل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

ب ـ توعية مجتمع المدرسة والمجتمع المحلي بمفهوم الدمج وأهميته وخصائصه .

ج ـ إعادة النظر في دور المدرسة وتدريب المعلمين والعاملين في المدرسة على أساليب تلبية احتياجات الأطفال جميعهم خاصة ذوي الاحتياجات الخاصة .

د ـ تدريب المعلمين على إتقان وضع الخطط الفردية والتعليم التعاوني بالاستعانة بالتكنولوجيا المناسبة والمتعددة ، وتنويع الأنشطة بحيث تسمح بمشاركة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال مرونة المناهج وتكييفها ، وعن طريق استخدام أساليب عمل واستراتيجيات تدريسية متناسبة للجميع .

هـ ـ إعداد المعلم والاختصاصي والكوادر المتخصصة في الجامعات وتدريبهم قبل الخدمة وبعدها، وتدريب متعدد التخصصات للعاملين جميعهم على الدمج .

و ـ تُعَدّ عملية الدمج عملية مجتمعية تتطلب ترسيخ دور الفريق التعاوني ، وتجميع الموارد البشرية والمؤسسية من أجل تقديم خدمات لذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية .

ز ـ تشكيل هيئة استشارية في الوزارات والمراكز والجمعيات .

ح ـ القيام بالبحوث الميدانية والتطبيقية والتقويمية .

ط ـ العمل على مراجعة القوانين والتشريعات للانتقال إلى سياسة التعليم الجامع لتتناسب وأهداف الدمج وتحت مظلة الخطة الوطنية للتعليم للجميع .

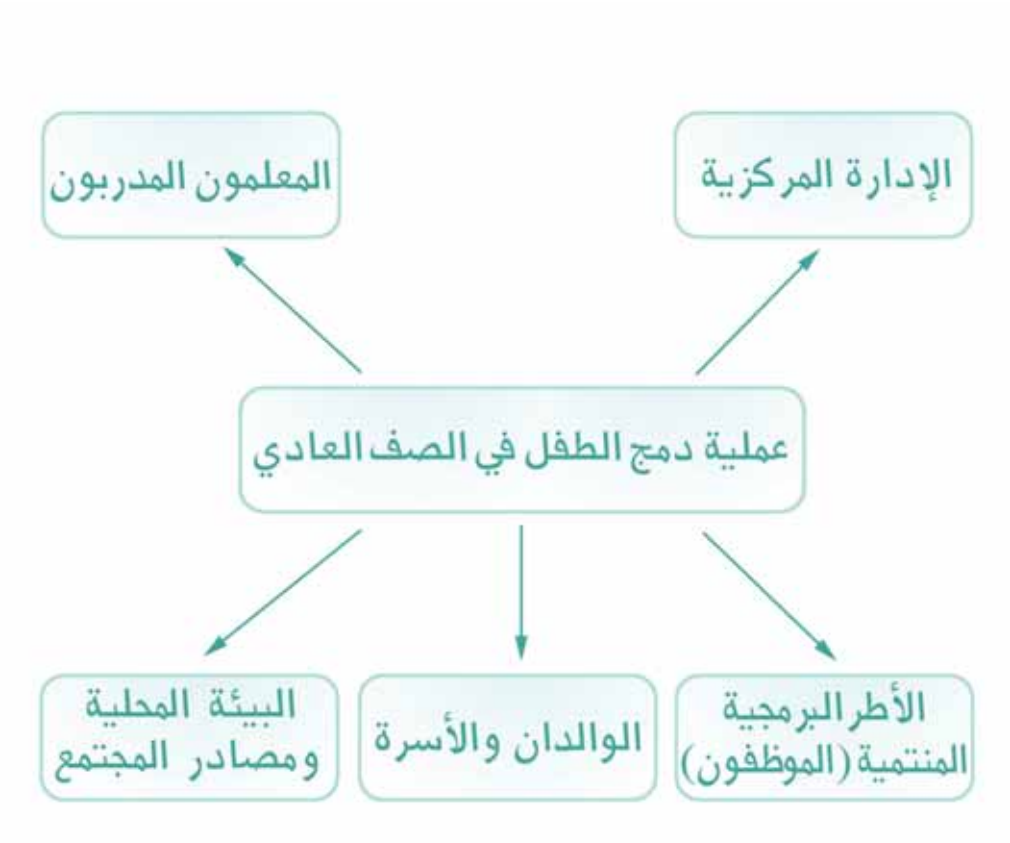
ي ـ تعبئة الرأي العام وبناء توافق في الآراء نحو التعليم الدامج .

ك ـ تعاون المؤسسات الحكومية وغير الحكومية (الجمعيات الأهلية - المنظمات المهنية ...)

عناصر عملية الدمج :

تعتمد عملية الدمج على عدة عناصر أساسية لا غنى عنها عند العمل مع الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة ، وتحتاج عملية دمج الطفل في الصف الدراسي في المدرسة العادية إلى تخطيط وتهيئة كل من المدرسة والمعلم والكوادر التي تعمل مع الطفل ، لتعليمه وإعداده وإرشاده وإرشاد أسرته . ولابد من أن يكون البرنامج محققا للمشاركة بين عناصر العملية التعليمية كلّها ، كما ينبغي أن يمتد التخطيط والتنفيذ إلى البيئة المحلية التي يأتي منها الطفل ويعود إليها بعد انتهائه من البرنامج .

ويوضح الشكل الآتي عناصر عملية الدمج :



دور الأهل في عملية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

إن تحقيق النجاح في الدمج وبلوغ هذا الهدف يُعَدّ مسؤولية مشتركة تقع على عاتق أفراد المجتمع جميعهم ومؤسساته وجميعاته الخيرية بشكل عام ، وأُسر الأطفال بشكل خاص، ويُعد تعاون آباء الأطفال ومشاركتهم في الدمج ومساندتهم وتعبئة جهود المجتمع المحلي كافة تقدماً في تحقيق تكافؤ فرص التعليم للأطفال من ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة. ويكون أداء الأطفال بالشكل الأفضل عندما يبدي الأهل اهتماما مباشراً بتعليمهم . ويظهر دور الآباء النشط والفاعل في التعليم الدامج جلياً **من خلال الآتي :**

١- إن اتخاذ القرار حيال الخدمات المقدمة لهؤلاء الأطفال مهمة يشترك فيها الآباء والاختصاصيون لتيسير تحقيق عملية الاندماج المدرسي والاجتماعي .

٢- ولكي يقوم الآباء وأسر الأطفال بدورهم تجاه أطفالهم فإنهم يحتاجون إلى توفير المعلومات اللازمة لاحتياجات أطفالهم .

٣- كما أن الأهل يشاركون في رسم الخطة الفردية لأطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة .

٤- ويتم تدريب الآباء على اكتساب المهارات اللازمة لتنشئة أطفالهم وتعليمهم وفق أفضل الشروط المرجعية لاحتياجاتهم .

٥- مساندة الآباء والمعلمين معاً ومشاركتهم في تعلم العمل معاً كشركاء ، وتعزيز دورهم في تحقيق هدف الدمج .

٦- يمكن اشتراكهم في تخطيط الأنشطة المناسبة وتنفيذها لأبنائهم من ذوي الاحتياجات .

٧- اختيار الآباء وموافقتهم على نوع الخدمات التعليمية التي ستقدم لأطفالهم بصفتهم شركاء حقيقيين .

٨- تشجيع الآباء على تبادل الدعم والمساندة والتواصل مع المدرسة في عملية اتخاذ القرارات المتنوعة داخل المدرسة والبيت .

٩- تشجيع الأهل على مساعدة أطفالهم في واجباتهم المدرسية المنزلية والإشراف عليهم وتقديم الدعم والمساعدة لهم .

١٠- يُطلب إلى الأهل المساعدة في النشاطات خارج ساعات دوام المدرسة كالرياضة والحفلات الموسيقية والرحلات المدرسية ، كما يتم تواصل الآباء مع أعضاء المدرسة من خلال دفتر الملاحظات الذي ينتقل بين المنزل والمدرسة مع الطفل كل يوم أو مرة واحدة كل أسبوع على الأقل إذ يتبادل الأهل والمعلمون من خلاله الملاحظات والمعلومات حول عمل الطفل المدرسي وتعلمه .

١١- ويتم تنظيم دورات تدريبية قصيرة للأهل ، تركز على النشاطات العملية التي تساعد الطفل في تعلم مهارات جديدة داخل بيئة الأسرة .

١٢- يتم دعوة ممثلين عن مجموعات الأهالي للانضمام إلى مجالس إدارات المدارس ، كما يتم تشكيل هيئة محلية يمكن من خلالها أن يتعلم بعض الأهل من بعضهم الآخر ، ونقل الخبرات والتجارب التي اكتسبوها من خلال أطفالهم المعوقين .

المشروع التجريبي للدمج في سورية

نشأت في سورية محاولات كثيرة فردية في عدة مدارس لدمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة انطلاقاً من النظرة الإنسانية التي يتمتع بها بعض الأفراد العاملين في مجال التربية والتعليم ، وبجهود خاصة دون تخطيط وإعداد برنامج للدمج أو التدريب ، منطلقة من الخبرة المستقاة من التجربة الذاتية في مضمار التعليم .

وإيماناً من القيادة بضرورة التحديث والتطوير في جميع مناحي الحياة ، والحرص على حق المواطنين جميعهم في تلبية احتياجاتهم ورفدهم بأفضل الشروط لتكوين مواطن صالح يحقق ذاته وقدراته وقادر على التكيف في المجتمع والعمل كسائر المواطنين ، ألّفت وزارة التربية لجنة وطنية من المختصين والخبراء من معظم القطاعات الحكومية (وزارة الصحة -الشؤون الاجتماعية - وزارة الثقافة - جامعة دمشق - وزارة الإعلام) وغير الحكومية (المنظمات الشعبية كالاتحاد العام النسائي والطلائع ، والشبيبة - والجمعيات الأهلية والخيرية - ووكالة غوث اللاجئين الفلسطينيين) لمناقشة سياسة للدمج ، واقتراح الخطط وإقرارها لتحقيق هدف الدمج من خلال التعاون والتخطيط والتنفيذ والمتابعة في دمج بعض حالات الأطفال المعوقين (البسيطة والمتوسطة) في مدارس التعليم النظامي، وقد تم وضع أسس لاستيعاب بعض هؤلاء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في العديد من المدارس .

وفي هذه الفترة عبّر بعض المنظمات الدولية عن رغبته في تطبيق مشروع تجريبي في الدمج في سورية وهي (اليونسكو - مؤسسة كريم رضا سعيد - منظمة رعاية الأطفال السويدية - منظمة الأطفال البريطانية - اليونيسيف) وبذلك تكللت جهود اللجنة الوطنية التي أُلفت سابقا وبمشاركة وتعاون وتنسيق مع المنظمات الدولية كشركاء دوليين في مشروع دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس النظامية أولاً والمجتمع ثانياً .

وتنفيذا لتوصيات الورشة الوطنية والندوة الوطنية التي أقيمت حول الدمج في سورية تم وضع مبادئ عمل مشتركة في مجال الدمج **تتضمن الآتي :**

١- إن تنفيذ المشروع يتم تحقيقاً لروح اتفاقية حقوق الطفل .

٢- لا يختلف بعض الأطفال عن بعضهم الآخر في حقوقهم في التعليم والمشاركة في أسرهم

ومدارسهم وأحيائهم ومجتمعهم ، بغض النظر عن إعاقاتهم أو احتياجاتهم الخاصة .

٣- التنوع أمر طبيعي في المجتمع وعلينا أن نقيمه ونحتفي به .

٤- يجب أن نقيّم فردية كل طفل وكرامته و نحترمهما ، و نحترم أراءه ، ونعزّز عملية القرار لديه .

٥- يجب ألا نتوقع من جميع الأطفال أن يخضعوا إلى معايير موحدة في أي برنامج مدرسي أو لا صفي يشاركون فيه .

٦- يحق للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الآخرين أن يتعرّف بعضُهم بعضَهم الآخر.

٧- كل برنامج دمج يحتاج إلى مشاركة بين المدرسة والعاملين في المدرسة وبين الأطفال والآباء والعائلات والمجتمع المحلي والمجتمع بشكل عام . من أجل جعل المدرسة أكثر ترحيباً ودمجاً من خلال المرونة والملاءمة التي تساعد على تحسين نوعية التعليم للجميع .

٨- إن عملية الدمج عملية طبيعية ، وتضمن أن كل طفل بغض النظر عن جنسه أو إعاقته أو وضعه الاجتماعي...) لديه فرص متساوية أمام الدمج التعليمي والدمج عموماً .

٩- التدخل المبكّر والدمج التربوي هما الخطوتان الأوليان اللتان تؤديان إلى الدمج المجتمعي الذي هو الهدف بعيد الأمد .

ولتنفيذ خطوات المشروع التجريبي للدمج تم تأليف فريق عمل مركزي يدير المشروع تخطيطاً وتنفيذاً ومتابعةً وتقييماً . ويتألف الفريق من الخبراء والمختصين من المؤسسات المهتمة بعملية الدمج ، وممثلين عن الشركاء الدوليين وتمتد فترة المشروع التجريبي عاماً كاملاً بدءاً من نيسان عام ٢٠٠٢ حتى غاية آب /٢٠٠٣/ م .

إن الهدف العام للمشروع هو مساعدة وزارة التربية في مهمتها من أجل ضمان الوصول إلى تعليم جيد أطفال سورية كافة أياً كانت احتياجاتهم وذلك من خلال هدف محدد الغاية هو تحقيق أهداف الدمج وفلسفته من خلال تطوير عمل فريق أساسي قادر على التخطيط من أجل تنفيذ هذا المشروع ومشاريع دمج مستقبلية وتقييمها .

تم اختيار خمس مدارس تجريبية وفق **أسس معينة :**

١- قرب المدرسة من جمعية خيرية تطوعية لتقدم الدعم والمساندة حين الحاجة .

٢- أن يتوفر في البناء المدرسي المقومات المكانية والغرف الصفية والصالات والساحات والملاعب اللازمة لتحقيق أهداف الدمج .

٣- الفئات المدموجة (ضعف بصر - إعاقة حركية - صعوبات تعلم - إعاقة عقلية - فرط نشاط - ضعف التركيز والاستيعاب والتذكّر والحفظ والتخيل - صعوبات في النطق - الانطوائية وعدم الثقة) .

تم تقسيم أعضاء فريق العمل المركزي إلى عدة مجموعات تهتم كل مجموعة بأحد الجوانب الهامة في عملية الدمج وتتوزع على النحو الآتي :

- مجموعة التوعية .
- مجموعة التكييف الهندسي .
- مجموعة تدريب المعلمين .
- مجموعة التقويم (التعلم بالمشاركة) .
- مجموعة الفريق الفني .

يعمل كل من هذه المجموعات في مجال اختصاصه ويتم التشاور والتنسيق فيما بينها ثم تعرض أعمال كل مجموعة على فريق العمل المركزي لتتم دراستها واعتمادها وتم تأليف لجان محلية بهدف دعم المشروع وتقديم الخدمات المناسبة . وتم تصنيف الخطوات الإجرائية كالآتي :

١- اختيار مدارس مناسبة من حيث الموقع والبناء لتطبيق برنامج الدمج وإجراء التعديلات والتكييفات الهندسية اللازمة لها ولمرافقها (ممرات مناسبة - الحمامات) وفقاً لمواصفات البناء المتعلقة بأبنية ذوي الاحتياجات الخاصة .

٢- تزويد المدارس بالتجهيزات والوسائل التعليمية المناسبة للفئات المستهدفة وللمنهاج .

٣- تدريب المعلمين والأطر المختصة وتثقيفهم من خلال توفير برامج تدريبية تتناسب وأهداف الدمج وتحقق إكساب المهارات اللازمة لمعلمي الدمج للتعامل مع التلاميذ بفئاتهم كافة ولتحقيق تكييف للمنهاج يحقق الهدف المنشود .

وتتضمن البرامج التدريبية ما يأتي :

١- طرائق تقييم الأطفال (تحديد احتياجاتهم التعليمية) .

٢- وضع الخطط التربوية الفردية بناء على أولويات احتياجات الطفل .

٣- تزويدهم بأهم المعلومات والمهارات والأساليب اللازمة للتعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

٤- إعداد ملف للطالب ذي الاحتياجات الخاصة يتضمن حالته الصحية والاجتماعية والظروف الأسرية ونموه التعليمي وتطوره والتقارير التشخيصية ....الخ) بحيث يكون مرآة للطفل في

جوانب شخصيته ونموه المتكامل .

٥- أساليب التعليم الفعالة والتعلّم التعاوني بوساطة المجموعات والمعتمد على أساليب النمذجة ولعب الدور والدراما وتقسيم الصف إلى مجموعات تعليمية .

٦- توفير بيئة صفية تناسب الاستراتيجيات التدريسية التي تلبي متطلبات الأطفال واحتياجاتهم ضمن إطار التربية العامة .

٧- وضع الأهداف التعليمية وخطة تنفيذها بحيث يراعى عند تحليل الهدف إلى مهمات فرعية قدرة الطفل الاستيعابية وسرعة تعلمه والأنشطة المتناسبة معه .

٨- التركيز على نقاط القوة عند الطفل ذي الاحتياجات الخاصة وتقوية الجوانب الإيجابية لديه.

٩- التغذية الراجعة الموثقة لكل هدف تعليمي ، لإكساب الطفل المهارات اللازمة لكل هدف .

١٠- تكييف محتوى المنهاج وتعديله بحيث يتناسب مع احتياجات الأطفال كافة ، وتحضير أنشطة إضافية للأطفال المتفوقين حسب سرعة إنجازهم .

١١- تحديد أهداف برنامج الدمج وتصنيفها إلى أهداف قريبة وأهداف بعيدة المدى وصياغتها صياغة موضوعية وقابلة للقياس .

١٢- الاختيار السليم المناسب لفئة الأطفال المستهدفين بالدمج للتأكد من حسن استفادتهم من أهداف الدمج ، وبصورة تساعد على تحديد معايير اختيارهم ، وأن يكون مكان سكن الطفل قريباً من المدرسة ، وذلك تجنباً لصعوبة المواصلات والتكيف البيئي وألا يكون الطفل مزدوج الإعاقة حتى لا تؤثر مدى استفادته من البرنامج .

١٣- مشاركة أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في التعرف على نقاط القوة والضعف عند الطفل والحصول على معلومات عنه وفي التخطيط والتنفيذ والمتابعة للدمج بمراحله كافة .

١٤- تهيئة تلاميذ المدرسة العادية لتقبل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال برامج إرشادية وتوعية وشرح بعض حقوق الأطفال والأنشطة اللاصفية الهادفة .

١٥- توفير التقانات والوسائل التعليمية الحديثة والملائمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الآخرين ولعملية الدمج .

١٦- توفير مرشد اجتماعي متفرغ في المدرسة .

١٧- العمل على تعديل الاتجاهات الخاطئة والسلبية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال

برامج التوعية الإعلامية بأشكالها المختلفة .

١٨- مشاركة الآباء والمجتمع المحلي في مساندة عملية الدمج في جوانبها كافة .

١٩- إعادة النظر في الأنظمة والتشريعات القائمة والتعليمات المدرسية والامتحانات فيما يتعلق بأسس القبول والنجاح والامتحانات الفصلية والعامة وتعديلها بما يتناسب مع حاجة الطلبة ، ومع الدمج .

من الأهمية أن ندرك أن فلسفة الدمج تحتاج إلى تعديل المفاهيم المجتمعية التي تؤيد فكرة العزل ، إلى مفاهيم إيجابية تنادي بضرورة تقديم الخدمات ضمن إطار الدمج في المجتمع ، وتغيير نظرة المجتمع إلي ذوي الاحتياجات الخاصة من منظار القدرة وليس من منظار العجز . مما يسهم في اكتشاف قدراتهم ، وبالتالي دمجهم مع أقرانهم من غير المعوقين .

حيث أن تطور الطفل أشبه بعملية بناء ، وفي كل مرحلة يوضع الأساس فيه للمرحلة التي تليها ، أما إذا سمح لأي ضعف وظيفي أن يؤثر في العملية يتحول الضعف عجزاً .

وزارة التربية
مديرية الصحة المدرسية بالتعاون مع
مركز تطوير موارد التعليم في وزارة الصحة
لمزيد من المعلومات الاتصال بـ وزارة التربية / مديرية الصحة المدرسية
رقم الهاتف: ٣٤٢٠٦٤٤
الفاكس : ٣٣١٩٩٥٨

من حقي أن أتعلم و أنمي مواهبي وشخصيتي

وزارة التربية

مديرية الصحة المدرسية

بالتعاون مع

مركز تطوير موارد التعليم الصحي - وزارة الصحة

دمشق - ٢٠٠٣