

## التدخل المبكر والتكفل العلاجي بذوي الاحتياجات الخاصة - مقارنة اجتماعية طبية -

أ. عبد الله صحراوي  
جامعة فرحات عباس سطيف

المخلص:	Résumé :
<p>يحتل التكفل العلاجي بالأوضاع الاجتماعية والنفسية والعضوية لفئة الأطفال ذوي القصور في القابليات والكفايات العامة مركز اهتمامات منظومات الصحة والسكان والحماية الاجتماعية والتربية، للأنظمة السياسية والاجتماعية المختلفة. فتمتد ضروريا من الدفاع والانزعاج، بقابلها انعكاسات من اللامبالاة وعدم الاهتمام أحيانا. ومع هلامية مصطلح التكفل العلاجي، فقد أمكن استخدامه على نحو غامض، ليوافق مقاييس بيولوجية وتكوينية وسيكولوجية وطبية واجتماعية شتى، بشكل اعجز عن الدنو بعمق نحو مقارنة نفسية واجتماعية فاعلة لمشكلة ذوي الاحتياجات الخاصة، التي تطالب بفرص عادلة للاندماج العادي والسليم في اوضاع الحياة المعاصرة. وتأتي ورقة البحث هذه لتسلط الضوء على مفاهيم التدخل المبكر والتكفل العلاجي، مقترحة اسب المداخل في اطار الوقاية والصحة النفسية الاجتماعية، ومؤسسة لنظام من الفاعليات العلاقية في ضوء المهمة التي يحددها المجتمع لنفسه تجاه ذوي الاحتياجات الخاصة.</p>	<p>La prise en charge des personnes a besoins spécifiques (approche socio -médicale). Il est évident que la prise en charge socio -médicale des enfants ayant des besoins spécifiques constitue l'une des grandes préoccupations du système sanitaire et la protection sociale et suscite parfois des contradictions inhérentes a sa mise en application de ces préoccupations. Cette réflexion relate d'une façon explicite les concepts de l'intervention précoce ainsi que la prise en charge sanitaire de cette catégorie de citoyens pour leur assurer une vie décente tant sur le plan physique, et psychologique que social .</p>

### مقدمة :

يحدد المجتمع الحديث لنفسه ضمن ما يحدده من أدوار تجاه الطفولة غير المتكيفة والمسعفة من ذوي الاحتياجات الخاصة أدوارا تدخل في نطاق الوقاية والصحة النفسية والاجتماعية، وبرغم ما يقدمه العلم الحديث من رؤى وتصورات في محاولات الفهم السليم لتلك الأدوار و تفعيلها، يبقى الطفل غير المتكيف وكأنه يعاني ( مثلما كان قديما ) من ذلك الانزواء الذي يبعده عن الكثير من الفاعليات الاجتماعية والعلائقية، وكأنه " المجنون " أو المتخلف القاصر " ، وفي أحسن الأحوال ينعت

"بالعاجز المسكين" رحمة به ، والذي قد يعتقد البعض أن من الأحسن تجنبه ونسيانه أو اللامبالاة به ...

لقد تطور طب الأطفال في أيامنا هذه إلى الدرجة التي هيات لذوي الحاجات الخاصة من الأطفال والراشدين غير المتكيفين ، إمكانات التكفل التام من طرف دوائر تعددت بين الطبية والاجتماعية وسمحت إلى حد ما بإيجاد الوسائط والوسائل والاستراتيجيات المعينة لأسر مثل هؤلاء الأفراد مما يرسمه المجتمع لنفسه إزاءهم في إطار الأدوار التي جيء على ذكرها انفا ، والتي تسمح بالتدخل في زمن مبكر جدا ، والمشكلة برغم ذلك أن ما يعيق عملها إلى جانب قصور السياسات الاجتماعية والطبية ، وعدم ترشيد الإمكانيات المتاحة مما يوفره الأسوياء لهم إلى جانب لا مبالاتهم أحيانا، هو تردد الأسر في تسليم الأطفال أو قيادتهم نحو العيادات الطبية ومراكز التأهيل والاستقبال ، فيما يشبه التورية والتغطية عليهم لسبب أو آخر ، فيضع الآباء والأولياء أنفسهم من حيث لا يشعرون موضع التواطؤ مع أمراض أطفالهم .

**إشكالية صعوبة تكيف ذوي الاحتياجات الخاصة (القصور العقلي كمثال) :**

يمثل عدم التكيف أو صعوبته إحدى المشكلات الاجتماعية الكبرى للحياة المعاصرة ، وفيما يختص بذوي الاحتياجات الخاصة من أطفال وراشدين ، تملأ أقوال الوزراء وتصريحات المسؤولين صفحات الجرائد والمجلات ، وتغطي مقالات الكتاب والباحثين بطون الكتب وظهورها ، ليثير الموضوع غالبا رهافة حس على درجة عالية من القبول عند عامة الناس وخاصتهم ، لكل ما يثار حول مسألة ذوي الاحتياجات الخاصة خصوصا إذا ما تعلق الأمر بصغار الأطفال، شعورا بالرغم من كونه لا يزال غامضا إلا أنه يخرج الناس في الوقت الحالي على المستوى الفردي وأكثر من ذلك على المستوى الاجتماعي من لا مبالاتهم وربما "احتقارهم" أحيانا إلى دائرة الاهتمام والانشغال بهموم ومشكلات الإدماج وتهيئة الأطفال لممارسة حياة مقبولة ،.....

وعلى الرغم من ذلك لا يزال هذا الشعور هو الآخر يوحى بوجود آثار للانزعاج والدفاع فيما يمثل منعكسات اجتماعية ، أو نيات للاستغلال الدعائي في المجالات الاجتماعية والسياسية . لقد عرف لافون Lavoou الطفل غير المتكيف بكونه : "فتى تضعه ضروب شذوذه والقصور في قابلياته أو كفاياته العامة ، أو العيب في طبعه على الهامش ، أو تضعه في نزاع طويل الأمد مع وقائع محيط يطابق عمره ، ومنشأه الاجتماعي أو مع مقتضياته" . ( روجيه أسعد ، 1993، ص160).

كما يعرفه مرة أخرى لافون نفسه بكونه : " فتى غير متكيف ، مصاب بالقصور يعيش في وسط غير مناسب بوصفه قاصرا كذلك " ( روجيه أ ، 162، 1993)، والواقع



أن بعض الناس لا يزالون ينصدون للأفراد غير المنكبين من ذوي الاحتياجات الخاصة ، كما لا تزال الأوساط الاجتماعية وهي في حالة من اللاشعور تتصدى لهم بصروب وأصناف من الإنكار ، باعتبار صورهم تتحدى في شكل الموجودات المشوهة وغير السوية ، أو ذات الحركات المشوثة ، التي يمكن أن تصادف في البيوت والشوارع أو ترى أعضائها المشوهة في الصحف والمجلات ، ويبقى الشيء المثير للقلق في المسألة هو ذلك التضايق الذي يشعر به الأسوياء على غامض في تصالهم الأول والذي يتصف أحيانا بالنفور ، ويتوزع الرأي العام هاهنا بين موقفين متجاذبين يمثلان الأول الشعور والحس الاجتماعي ويمثل الموقف الآخر التنبذ الكلي في مقابل التعاطف والإحسان : ' فعندما يجد الرائد نفسه إزاء شبيهه به ليس على الصورة التي يتوقعها منه ، فإنه يتأرجح بين موقف التنبذ وموقف الإحسان ،.... وكل موجود إنساني يجعل بعض الإسقاطات غير ممكنة بفعل حالته يتأثر لدى الآخر ضربا من الضيق ' كما يقول الباحث مودموني Modmoni في كتابه ' المجنون والتحليل النفسي ' (روجه ، 163، 1993).

إن الفهم غير السليم لعدم التكيف الذي يلزم المجتمع نفسه به أحيانا يجعله يعاقب عالم الطفولة القاصرة من ذوي الاحتياجات الخاصة بالإبعاد تقاديا للزوم تحمل هؤلاء القاصرين من المعوقين الذين ينظر إليهم أحيانا بكونهم تحد لطهارة النوع الإنساني وجماله ، و تتواطأ السياسات والهيئات والمراكز في تلك النظرة حين تجعل من عدم التكيف مشكلة صحية واجتماعية .

لذلك نجد أن علم الأمراض يمثل المكان الأكثر استمالاتا لفيض من التسميات والبطاقات التصنيفية ، والتصنيفات الطبية والاجتماعية لتمييز عدم التكيف ، حيث تظهر لانسائية ولا شاعرية المصطلحات المستخدمة ، وهو القصور في لغة التصنيف الذي يراه البعض انعكاسا للقصور في فهم المجتمع وتحيزه السلبي إزاء عدم التكيف ، فالبطاقات الطبية التصنيفية بوصفها علمية وعقلانية كما يفترض تتجه لتكون أقل جمالا وخالية من الحس الإنساني ، وبذلك يظهر المجتمع وكأنه يتحاشى قدر المشؤوم ( في اعتقاد البعض ) الذي يضطهد هذا العدد الهائل من الأطفال والراشدين ، من الذين تدوا الأقدار وكانها في تفسيرنا الساذج للمسألة لم تكن رحمة بهم ، ولا المجتمع ولا حتى قوانين الوراثة التي نكتشف عنها ونظهر العجز حيالها ، وبذلك تذكر مصطلحات ' المعاقين ' و ' غير الأسوياء ' و ' المتخلفين ' و ' ضعاف العقل '..... الخ بما كان سائدا في العصور الغابرة .

إن الأرقام المخيفة التي سمح التقدم العلمي ونوافر وسائل المسح والإحصاء بالاطلاع عليها لإعداد ذوي الحاجات الخاصة في المجتمعات المتقدمة ، وأكثر منها في المجتمعات والدول الفقيرة والنامية تجعل الإمكانيات المسخرة لخدمتهم ،

والجهود المبذولة لأجلهم قليلة النفع قاصرة عن تحقيق التكفل اللازم بهم ، فالأرقام التي تكشف عنها منظمة الصحة العالمية حيث 12% من الأفراد في المتوسط يدخلون تحت مسمى المعاقين من ذوي القصور في القابليات والكفايات العامة منهم حوالي 2.5% من المعاقين ذهنيا ، يجعل المسألة في بؤرة الاهتمام ، حيث يفترض في السياسات الصحية والاجتماعية والتربوية أن تجد لهؤلاء سبل تاهيل وإدماج حقيقية في حياة تزداد صعوبة على المقعد العاجز .

وإذا كانت المشكلة تفرض نفسها بحدة في الدول الصناعية والعالم المتقدم ، فهي في الدول والمجتمعات النامية والفقيرة أشد حدة ، لتأخذ أبعادا إنسانية واجتماعية وتنموية خطيرة على المديين القصير والطويل ، ففي فرنسا وعلى سبيل المثال و بالرغم من الإمكانيات المسخرة تعلن الدوائر المتخصصة عن قصور العمل الموجه لتأهيل وإدماج ذوي الاحتياجات الخاصة الذين بلغت أرقامهم حدودا مخيفة تقتضي مضاعفة الوسائل والجهود ، فقد أعلنت المجلة المتخصصة " أطفالنا غير المتكفين " في عدد خاص سنة 1986 في أعقاب المؤتمر الذي عقد لدراسة موضوع الطفولة غير المتكيفة أن حوالي 2300 ألف طفل ممن تقع أعمارهم دون سن 19 يصنفون ضمن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة ، وأوضحت الدراسات المقدمة بهذا الشأن كما يوضح الجدول اللاحق طبيعة الإعاقات ونسبها المنوية في أرقام عالية مخيفة . (روجيه أ، 165، 1993) .

النطور العددي لعدد المتكفين	عدد المراحل الموجودة			توزيع الاختصاصات		النسبة المئوية لدى الفتيان	طبيعة عدم التكيف
	المجموع ع	أكثر من 14 سنة	أقل من 14 سنة	الشؤون الاجتماعية	تربية		
369000	54878	1973	52905	0.30%	3%	3%	القاصرون عقليا - المصابون بالضعف العقلي البسيط
67650	12984	4992	7992	0.65%	0.25%	0.55%	- المصابون بالضعف العقلي الخفيف (اضطرابا ت مقترنة) - المصابون بالضعف العقلي المتوسط
123000	20248	6995	13253	0.75%	0.35%	1%	



92250	13436	4427	9009	% 0.25	-	%0.75	- المصابون بالضعف العقلي العميق
30750	-	-	-	%0.47	-	%0.25	- المصابون بتخلف عميق
144525	6459	2820	3639	%0.04	%0.70	%1.75	- المصابون بالقصور الحركي
19311	10631	3614	7017		%0.12	%0.175	- المصابون بالضعف الحسي

**-Le Monde 6,7/10/1970**

وقد بينت الدراسات المقدمة حينذاك أن ثمة 5% من مجمل السكان يعتبرون بصورة أو بأخرى في عداد غير المتكفيين جسمياً أو نفسياً ، ليلبغ تعدادهم إذ ذاك 2700 ألف ، ليلبغ عدد المعوقين الراشدين في نهاية السبعينات حدود 1200 ألف ، منهم ما يقارب 170 ألف مصاباً بالضعف العقلي . كما يوضح الجدول التالي :

مصابون باضطرابات في السلوك	مصابون بالضعف العقلي العميق و المتوسط	مصابون بالضعف العقلي الخفيف	ذوو العاهات الحسية /صمم، عمى..	المصابون بالعاهات ( دماغية و غيرها)	العدد الإجمالي	فئة العمر
600 ألف	250 ألف	450 ألف	35 ألف	165 ألف	14 مليون	من 3 إلى 20 سنة

ومع هذه الأعداد الهائلة من الأفراد سيئي التكيف في الأوساط الاجتماعية ، فالدراسات تبين أن الأماكن المعروضة لاستقبالهم تعاني نقصاً كبيراً ، وأن ما يمكن للمؤسسات المختصة أن تستوعبه لا يمكن أن يتجاوز في أحسن الأحوال حدود 40% من المصابين بالضعف العقلي ، كما أن 2% فقط من مجمل حاجات هذه الفئة مستجابة ( Le Monde,6-7/10/1970 ) ، كما بينت الدراسات المقدمة أن نسبة ما يقدم من حلول للمشكلات الخاصة بهذه الفئة لا يتجاوز في أحسن الظروف 3% إذا كان الأمر كذلك بالنسبة لفرنسا كما في المثال السابق بالرغم من كون المر يتعلق بوضع اجتماعي واقتصادي جيد فإنه في الحالة الجزائرية لا يمكن إلا أن يمثل ما يشبه المأساة الإنسانية والاجتماعية ، فالممارسات تبقى في كل التقديرات المقدمة دون المستوى المطلوب للظروف الحياتية والمعيشية لأفراد هذه الفئة .

فالدراسات المتواجدة وعلى الرغم من قلتها توضح أن 12% من فئة الأطفال يتوقع إصابتهم بالعاهات والإعاقات المختلفة ، وقد بقيت هذه النسبة ثابتة كما بينته نفس الدراسات بالرغم من التحسن الملاحظ في الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع ، وحتى نهاية 2005 فإن 2.5% من مجموع ذوي الاحتياجات الخاصة يتوقع بسبب قلة الوقاية الصحية وانعدام الضروري منها سيصابون بأمراض التخلف الذهني بنوعيه البسيط والعميق ، إذ لا تتعدى نسبة ما يقدم من رعاية سقف 20% من جملة الحاجات الضرورية أو أقل من ذلك ، إذا ما أخذ بعين الاعتبار تركز الخدمات المقدمة في المناطق الحضرية الكبرى ، وانعدامها أو قلتها في البيئات الريفية الفقيرة .

ففي إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء ONS الصادرة سنة 2002 لم يزد عدد الذين استفادوا من الخدمات الطبية أو الرعاية الاجتماعية عن 317421 من مجموع ذوي الإعاقات والإعاقات ( الاحتياجات الخاصة ) ، والذين بلغ تعدادهم في نهاية سنة 1997 حدود 1605160 معاقا مسجلا ممن شملهم الإحصاء ، يتوزعون على مختلف الإعاقات ، ولا يحصل من بين هذا العدد الكبير على تغطية الضمان الاجتماعي للحقوق الطبية والرعاية الاجتماعية إلا حوالي 11419 معاقا .  
الديوان الوطني للإحصاء، 2002 ) . والجدول التالي تبين حقيقة الوضع حتى سنة 2002 .

Désignation	1997
Handicapés recensés	
Handicapés moteurs	123.365
Handicapés mentaux	88.402
Handicapés visuels	81.970
Handicapés auditifs	23.684
<b>Total</b>	<b>317.421</b>
<b>Nombre d' Handicapés assurés</b>	<b>111.419</b>
<b>Taux de couverture sociale en %</b>	<b>35,10</b>

Source : Ministère du Travail et de la Protection Sociale.  
والجدول التالي يوضح أعداد فئة ذوي الاحتياجات الخاصة ممن شملهم الإحصاء في نهاية سنة 1997 موزعين بحسب الجنس :



Désignation	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Handicapés Moteurs	150.900	83.406	234.307
Handicapés mentaux	90.366	47.640	138.005
Handicapés visuels	83.740	59.226	142.966
Handicapés auditifs	37.626	23.420	61.046
Poly-Handicap	38.500	32.107	70.607
Malades Chroniques	250.928	266.115	517.043
Autres	190.969	225.977	416.946
N.D	11.991	12.248	24.239
<b>Total</b>	<b>855.020</b>	<b>750.139</b>	<b>1.605.160</b>

Source : ONS/RGPH 1998 (\*) Recensement général de la Population et de l'Habitat (Exploitation exhaustive).

N.B. : Les totaux en lignes ou en colonnes peuvent diverger aux arrondis de par le système de tabulation utilisée.

أما الجدول التفصيلي الآتي فهو يوضح أنواع الإعاقات بحسب الفئات العمرية :

Tranches d'âge	Handicapés Moteurs	Handicapés Auditifs	Handicapés Visuels	Handicapés Mentaux	Poly-handicap	Malades Chroniques	Autres	ND	Total
0-4 ans	36.768	2.710	1.583	2.249	1.870	52.778	7.781	3.129	108.870
5-9 ans	8.992	3.527	6.249	6.579	5.211	17.430	19.690	2.596	70.274
10-14 ans	12.261	4.658	9.806	10.525	5.777	24.353	25.672	2.285	95.337

Total	ND	80 ans et +	65-79 ans	55-64 ans	45-54 ans	35-44 ans	25-34 ans	20-24 ans	15-19 ans
234.307	233	8.277	24.970	22.626	22.928	28.669	36.096	16.708	15.779
61.046	75	4.125	10.000	5.963	5.460	6.919	8.427	4.474	4.707
142.966	268	15.312	34.199	18.803	13.969	12.591	12.999	8.062	9.125
138.005	344	1.843	7.996	10.160	14.547	23.713	32.749	14.707	12.590
70.607	150	6.981	13.479	7.703	5.458	6.042	7.968	4.449	5.519
517.043	519	17.582	93.041	92.701	74.080	56.797	41.897	21.135	24.729
416.946	445	16.985	74.196	69.284	61.041	54.268	43.075	20.945	23.566
24.239	1.797	434	1.127	1.000	1.236	2.187	3.873	2.255	2.320
1.605.160	3.830	71.540	259.010	228.239	198.719	191.188	187.084	92.734	98.335



Source : O.N.S / Exploitation exhaustive du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 1998).

N.B. : Les totaux en lignes ou en colonnes peuvent diverger aux arrondis de par le système de tabulation utilisée.

تبدي أرقام الجداول الثلاثة مشكلة في غاية الخطورة بالمجتمع الجزائري من الممكن أن تكون لها مضاعفات خطيرة على الجوانب الاجتماعية والاقتصادية التنموية وربما على الجوانب السياسية أيضا ، ولذلك فإنه من الضروري أن ترسم أفاق معاينة ومتابعة الأمر بالحلول الناجعة والاستراتيجيات الصحية الوقائية والعلاجية المناسبة ، بعد تشخيص الواقع ومتابعته بتوفير الإمكانيات اللازمة والكفاءات الضرورية .

### القصور في القابليات والإعاقة الجسمية :

من بين أشهر التعريفات التي تقترحها منظمة الصحة العالمية لتمييز وتحديد القصور الجسدي نجد التعريف التالي : " كل طفل يتعذر عليه خلال رده من الزمن لا يستهان به من جراء حالته الجسمية أن يشترك اشتراكا كاملا في نشاطات سنه في المجال الاجتماعي والترويحي والتربوي ، أو في مجال التوجيه المهني الخاص به " ، وتصنع المنظمة العالمية باعتماد هذا التعريف التصنيف التالي لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة من بين المصبيين بالقصور والإعاقة الجسمية ليأخذ تصنيفها الترتيب التالي :

#### 1 - المعوقون حركيا :

الذين يحتمل أن يبلغ عددهم 400 فرد لكل 100 ألف نسمة ، وضمن هذه الفئة يمكن تمييز أربعة زمر يشملها مفهوم عدم التكيف المصحوب بالقابلية للتربية كما يوضح الجدول التالي :

الفئة الأولى	العدد	النوع	منشأ التشوه
المعوقون حركيا	400 فردا لكل 100 الف نسمة	1 - القصور الجسمي من دون مشاركة البنيات العصبية	- تشوه العظام والمفاصل - الأمراض المعدية والرضوض والجروح الخطيرة .
		2 - القصور الجسمي بمشاركة البنيات العصبية	- الناشئ مع الولادة - التهاب النخاع الشوكي - الأفات الخلقية - الجروح والرضوض في الظفائر العصبية
		3- القصور مع مشاركة البنيات العصبية مشاركة أساسية ( عاهات حركية دماغية كشلل الدماغ لدى الأطفال )	- التهاب الدماغ - الإنحلال الخلوي في الدماغ الشوكي والعمود الفقري أو الدماغ .
		4- عاهات حركية خطيرة ذات قابلية للتطور كالتقلص العضلي .	- التهاب العضلات - الضعف الجسدي

2 - المعوقون حسيا : وهم فئة المصابين بالقصور السمعي كالصمم الكلي ، أو فئة الصم البكم ، وأنصاف الصم ، وضعاف السمع أو القصور في الرؤية ، أو انعدامها كلية .



الفئة الثانية	التصنيف	محك التمييز	الأثار
المعوقون حسيًا	1- المصابون بالصمم الكلي والصم البكم	قصور أعلى من 60-70 وحدة سمع	- عدم القدرة على سماع الصوت الأشد - عدم القدرة على اكتساب اللغة ، الذاكرة الضعيفة ، التأخر في النمو الوجداني والعقلي على وجه الاحتمال .
	2- أنصاف الصم وضعاف السمع	يقع صممهم بين 20-60 وحدة سمع	- يشكلون 5% من المتمدرسين - يمكنهم أن يتحسنوا وبإمكانهم اكتساب اللغة .
	3- المصابون بالقصور في الرؤية	- عدم أدراك الأشكال والألوان كليًا أو جزئيًا - أقل من 10/1 من حدة البصر - أقل من 10/1 من حدة البصر .	- يبلغ تعدادهم بين المتمدرسين من 1 إلى 2% - للبعض منهم القابلية للتربية المعادة ممن لهم بقايا بصر - التواتر في الصعوبات العقلية - فقر المفردات ، التباس الزمان والمكان - نقص النضج المعرفي والحركي ، الاضطرابات الوجدانية وفقر التعبير اللفظي .

- 3 - الأطفال المصابون بالأمراض المزمنة :
- من بين أكثر الأمراض التي تشير إليها منظمة الصحة العالمية انتشارا بين الأطفال نجد :
- \* - الآفات النفسية المزمنة : كالتدرن الرئوي ، والربو ، وتوسع القصبات الهوائية وهي الأمراض التي تتسبب في اضطرابات التكيف .

- \* - المصابون بمرض السكري : وهو المرض الذي يخلق لدى الطفل فقدان التوازن الناشئ من ارتفاع الغليكوز في الدم ، مما يسبب له صعوبات في التكيف مع مرضه الخاص ومع المحيط .
  - \* - الآفات العصبية أو الروماتيزمية الخلقية أو المكتسبة : والمصابون بها من الأطفال تعتبرهم الهيئات الصحية معوقين إلى حدود 70-80 % منهم حوالي 30% بحاجة إلى حوالي المنتئين من التربية الخاصة في المراكز المتخصصة .
  - \* - أطفال يعانون من امراض مزمنة أخرى : كالأفات الدموية والعصبية المفصلية ، وأمراض الحساسية ، وآفات الغدد الصم... الخ ، أو الإصاوية بالهزال والضعف الجسدي والقرم والعملاقة .
- إن مشكلة الطفولة المصابة بالقصور والإعاقة تطرح على المستوى الأول مشكلات في العناية الطبية ، وتتحدد خطورة الإعاقة تبعاً لطبيعتها ومنتئها ومدتها ، وهي في الغالب " تابعة للإعاقة الوظيفية الناجمة عنها في اغلب الأحيان ، ومع تلك لا ينفك الجانب الطبي يؤكد نظيره السيكولوجي الذي يتبلور حول علاقة الطفل بمرضه في المؤسسة الإستشفائية أو مؤسسة التربية المعادة ، أو في الإطار الأسري ، وعجزه الغالب عن التكيف الاجتماعي والمهني والتقني ( روجيه أ،1993،169).

فإلى أي مدى يمكننا تربيتهم واستعانتهم واستخدامهم ليكون لهم مكانا في المجتمع ؟

القصور العقلي ومشكلات التربية الخاصة :

تتبدى بعض المشكلات التي يطرحها القصور العقلي على التعريف نفسه الذي يتبو صعوبته وفقاً لمقاييس القصور وخطورته ، ودرجة قابلية المصاب للتربية ، فمنظمة الصحة العالمية تركز إلى حساب حاصل الذكاء محتفظة بتنوع من المصطلحات التقليدية في تصنيفها لذوي القصور العقلي ، وذلك على النحو التالي ( منظمة الصحة العالمية ، تقرير 75 )



درجة القصور العقلي				مصطلحات وحاصل الذكاء
حالة حدية	خفيفة	متوسطة	خطيرة	
ضعيف الموهبة مصاب بالضعف العقلي الخفيف	ضعيف عقليا	أبله أبله عميق/خفيف	معتوه	مصطلحات
90/80-70	69-50	49-20	19-0	حاصل الذكاء التقريبي

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي فتتبع هي الأخرى في تصنيفها للفئة متوسط الذكاء باستعمال المصطلحات التالية :

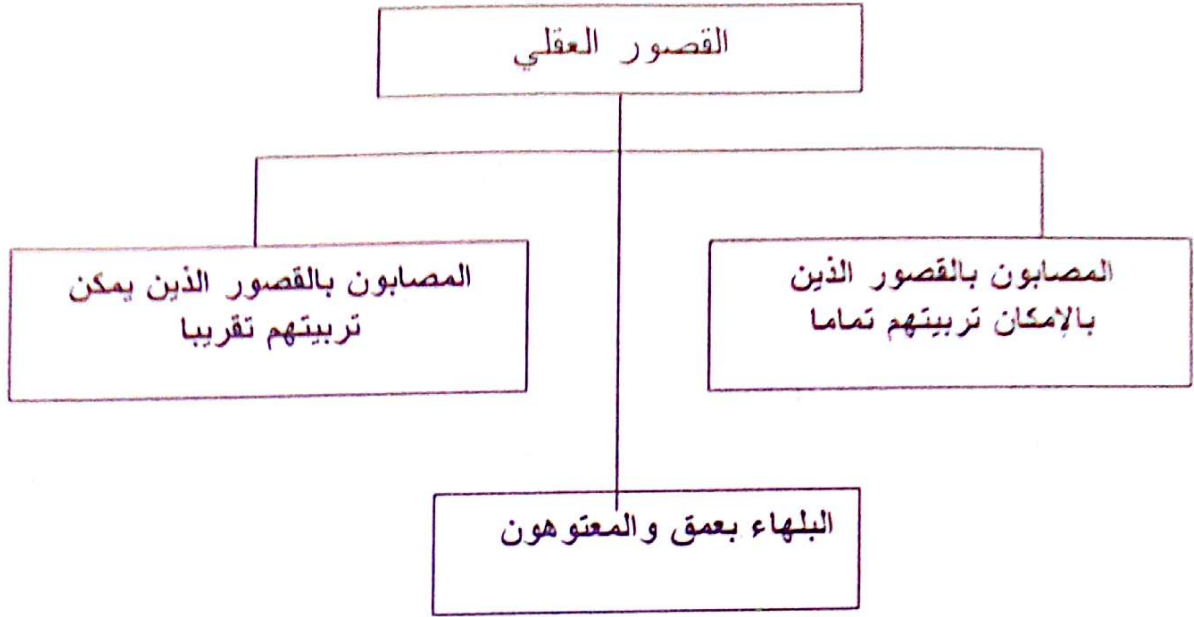
درجة القصور العقلي			مصطلحات وحاصل الذكاء
زمرة عليا	زمرة متوسطة	زمرة دنيا	
مصاب بضعف عقلي خفيف مستقل هامشي ، يمكن تربيته	أبله شبه تابع يمكن تربيته نصف تربية متأخر عميق	معتوه ، تابع لا يمكن تربيته حالة خاصة بمؤسسة	مصطلحات
75-50	متوسطة درجة عميقة 50-25	درجة دنيا عميقة جدا 25-0	حاصل الذكاء التقريبي

وبمعزل عن أية إعاقة جسمية تشكل الإعاقة العقلية بالنسبة لمثل هؤلاء عقبة في طريق التكيف على المستوى الثقافي و العلائقي كما على المستوى المدرسي ، وفي الجانب النفسي البيكولوجي قد تكون هذه الإعاقة :

1- أولية / كالتخلف الخلقي أو الاستعداد المسبق لاضطرابات في السيرة والسلوك أو استعدادات بنيوية مسبقة... الخ.

2 - ثانوية / اضطرابات في السلوك بفعل قصور تربوي ، أو خلل أسري واجتماعي... الخ .

وعلى ذلك تذهب المنظمات والهيئات الصحية الدولية إلى تصنيف هؤلاء كالتالي :



كشفت الضعف العقلي وملاحظة الأطفال غير المتكفين :  
يمكن للاضطرابات أن تكتشف في الوسط الأسري من قبل الوالدين أو الطبيب ، أو المساعدة الاجتماعية ، كما قد يتم الكشف عنها في الوسط المدرسي ، وبحسب الوسط الذي يتم التعرف فيه على الاضطرابات سترتب النتائج . ذلك مؤسسات مختلفة ستتعهد الطفل بعد اكتشافه .

- فالمصاب بالضعف العقلي الخفيف سيوجه نحو المؤسسة الطبية البيداغوجية ، إذا ما تم كشفه وفحصه في عيادات الصحة النفسية .
- أما إذا تم اكتشافه في المدرسة فسيوجه نحو صفوف الاستكمال والاستدراك .
- وإذا كشفته الشرطة فمصيره قد يتحدد من قبل قاضي التحقيق الذي يعهد به إلى المؤسسات التربوية المراقبة .

لأجل ذلك يصبح مكان استقبال الطفل منوط بطريقة الكشف عنه وطبيعة الهيئة التي كشفته ، وبسبب عامل الصدفة الذي يلعب دورا مميذا في ذلك ، يشكل الطابع غير المنهجي وسيء التنظيم لسياسة الوقاية نموذجا أعرجا للعلاج البيداغوجي وتوجيه الأطفال ، والامر المنطقي في ذلك كله أن يتم الكشف مبكرا عن القصور لدى الطفل في الوسط الذي يعيش فيه ، كما تحتم الضرورات التعرف إلى عوامل عدم التكيف من النسق الطبي والسيكولوجي ، حتى يكون ممكنا استخدام العلاجات الطبية الممكنة على نحو سريع وفعال ، كما الحال بالنسبة للعلاجات النفسية والتربوية المتخصصة الواجبة في الحالات التي يفرضها الفحص والتشخيص ، تقاديا لجعل الطفل في وضع يصعب من نموه وتطوره ، وتشير التقارير الطبية للهيئات المتخصصة إلى وجوب إجراء الفحص السريري العام ، والسيكولوجي الكامل منذ الولادة حتى يكون من الممكن توجيه ومتابعة الطفل منذ الأشهر الأولى لحياته .



وهاهنا ينبغي التساؤل عن المؤسسات والهيئات التي بإمكانها عمليا وعلميا كشف القصور ووضع التشخيص الملائم له .

لقد مكن العلم الحديث والتطور المعاصر من إيجاد العديد من هذه المؤسسات ، فبإمكان عيادات ما قبل الولادة ، ومساعدات المعاهد الطبية البيداغوجية ، ومستشفيات الأمومة والطفولة ورعاية النسل ، وأطباء الأطفال ، ودوائر الصحة المدرسية ،... كشف الاضطرابات عند الولادة أو خلال النمو ، وبذلك يتلقى الطفل الإجراءات الأولية التي قد تكون تربوية أو طبية أو سيكولوجية ، ليتم بعدها تعميق الفحص تحديد التشخيص الملائم للحالة ، ثم توجيه الطفل حال تأكيد الإعاقة .

لقد حدد الطبيب الباحث لافون الدوائر التي بإمكانها رسميا القيام بتلك المهمات وحصرها في :

- عيادات الوقاية والصحة النفسية والطفولة .
  - مراكز التشخيص والعلاج كالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية ذات المهمات العلاجية ، والتي يمكن لها القيام بالتشخيص .
  - العيادات المتخصصة .
  - اللجان والهيئات الطبية البيداغوجية المنصوص عليها قانونا .
  - الدوائر الاجتماعية وعيادات التوجيه التربوي .
  - الدوائر التابعة للعمل الصحي الاجتماعي .
  - دوائر المراقبة الطبية لهيئات الضمان الاجتماعي .
- فهي إلى جانب الهيئات واللجان التابعة لها من يمكنه القيام بمهمة التدخل المبكر فكيف يتم ذلك ؟

### التدخل المبكر و تربية ذوي الاحتياجات الخاصة

#### التدخل المبكر :منطلقات ومفاهيم

تطور ميدان التربية الخاصة تطورا مكن لمناهج وأساليب وآليات تقديم الخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة أن تتحول من الخصوصية التقليدية نحو مفاهيم الدمج ، ليعاد النظر في طبيعة العلاقة بين التربية الخاصة والعامة ، وبين أدوار كل من المدرسة والأسرة ، فتتغير تبعا لذلك الممارسات المتصلة بالتقويم والتصنيف ، وطرق إعداد المعلمين والمربين والمكونين ، وبالنسبة للطفولة المبكرة فإن الاهتمام يزداد بشأنها بفضل ما قدمته البحوث العلمية الحديثة حول أهمية السنوات الأولى من العمر في تغيير مسارات النمو .

لقد بين جوزيف هنت ( Hunt,1961 ) في كتابه " الذكاء والخبرة " أن النمو لا يتقرر في ضوء الوراثة فقط ، وأن "الذكاء الإنساني متغير وليس ثابتا، والإثارة البيئية ذات

تأثيرات عميقة على القابليات التعلمية والأداء العقلي " (الخطيب ج، الحديدي م، 2004، 15) ، كما أكد بلوم في كتابه " الثبات والتغير في الخصائص الإنسانية " ( Bloom,1964 ) على إمكانية التنبؤ بالذكاء الإنساني في مرحلة مبكرة من عمر الفرد، الأمر الذي يفهم منه قابلية الذكاء للتأثر بالعوامل البيئية في المراحل الأولى من عمر الإنسان ، إلى جانب ذلك فهناك الكثير من الدراسات العلمية الجادة التي بينت أن " الخبرات في الطفولة المبكرة تحدث تغييرا كبيرا في النمو من حيث معدله أو تسلسله أو نوعيته " ( Safford,1975 ).

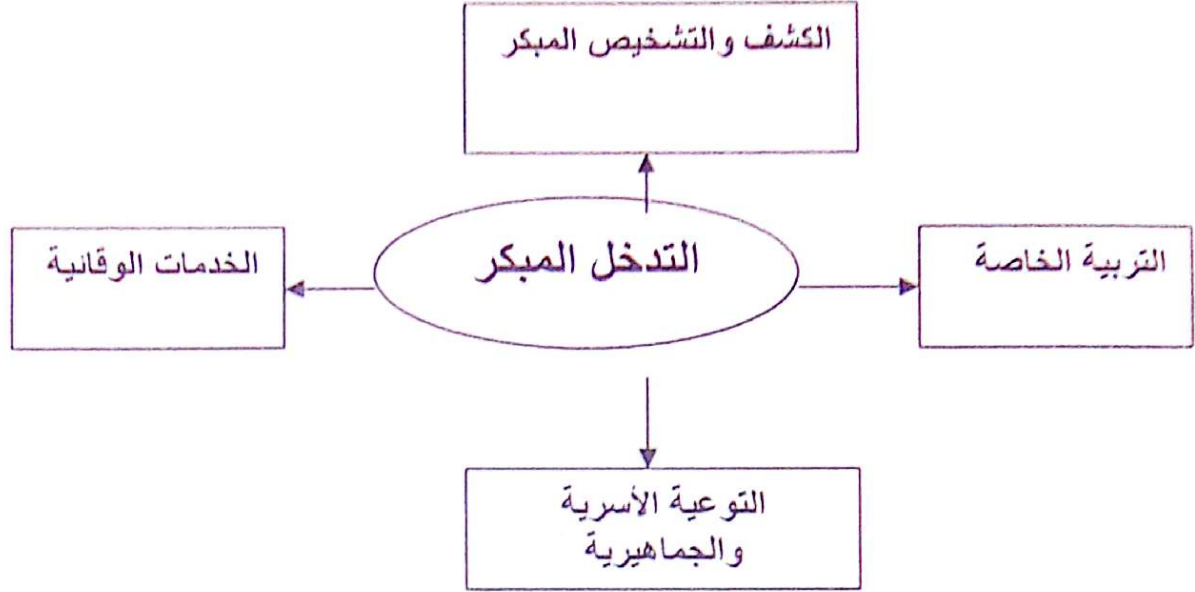
وإذا كانت الطفولة المبكرة مرحلة حاسمة في نمو الأسوياء فهي أكثر أهمية للأطفال المعوقين وغير العاديين ، لتصبح بذلك قضية التدخل المبكر ذات أهمية قصوى في الميادين العلاجية والتربوية .

لقد أصبح من الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة أو حتى الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها في وقت مبكر جدا ، فالتدخل المبكر يلعب دورا وقائيا حيويا يتمثل أساسا في مساعدة الطفل على:

- اكتساب الأنماط المقبولة اجتماعيا في المدرسة وغيرها .
- اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية .
- تطوير مفهوما إيجابيا عن ذاته ، وتنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز .
- فهم مشاعره ومشاعر الآخرين .
- تطوير اتجاهات إيجابية نحو المدرسة . ( الخطيب ج، الحديدي م، 2004، 17).

لا يقتصر التدخل المبكر على التربية الخاصة في دعمه للأطفال المتأخرين نمائيا أو الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة أو المعاقين ، ولكنه يشمل إضافة لذلك على خدمات الكشف والتشخيص المبكر ، والخدمات المساندة ( العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي )، والإرشاد والدعم والتدريب الأسري ، والخدمات الوقائية متعددة الأوجه .





لقد تأكد الاهتمام الدولي المتزايد ليس فقط بحماية حقوق الأطفال وإنما بتلبية حاجاتهم التربوية أيضا ، فمنذ أن عقدت ندوة التربية للجميع سنة 1990 بمبادرة من اليونيسيف واليونيسكو ، تدخل البنك الدولي لدعم الكثير من المشاريع لصالح البرامج الصحية والغذائية والتربوية للأطفال صغار السن وهو الدعم الذي أكدت التقارير العلمية أن التدخل المبكر بشأنه يترك تأثيرات هامة على الجوانب التالية :

- ا - النمو الدماغي السليم .
- ب - التغذية والرعاية والصحة والقدرة التعليمية .
- ج - زيادة مستوى الإنتاجية الاقتصادية .
- د - خفض التكلفة .
- هـ - الحد من عدم تساوي الفرص الاجتماعية والاقتصادية .
- و - إفادة البنات .
- ي - ترسيخ القيم .
- ن - الحراك الاجتماعي .
- ل - إفادة المجتمع والأسرة .

لقد كان من نتائج البرامج الدولية للطفولة المبكرة أن تأكدت الحاجة إلى تبني تعريف واسع جدا إذا كان يرجى من التربية في مرحلة الطفولة المبكرة أن تكون فعالة على المدى الطويل .

### ماذا يعني التدخل المبكر ؟

يتضمن مفهوم التدخل المبكر " تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي ، أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة". وتشتمل العمليات والنشاطات الأساسية في برامج التدخل المبكر على ما يلي :

#### - الخدمات النفسية

- 1- التقييم النفسي
- 2- العلاج باللعب
- 3- الإرشاد النفسي
- 4- تعديل السلوك

#### - التعليم الخاص

- 1- التقييم التربوي النمائي
- 2- تطوير المناهج
- 3- إعداد الخطة التربوية الفردية
- 4- اختيار الوسائل التعليمية وتكييفها
- 5- تصميم الاستراتيجيات التعليمية

#### - الخدمات الأسرية

- 1- الزيارات المنزلية
- 2- الإرشاد الأسري
- 3- التدريب والتوعية
- القياس السمعي
- العلاج اللغوي
- الخدمات الاجتماعية
- 1- الدفاع عن حقوق الطفل المعوق
- 2- دراسة الحالة
- 3- الدعم .

#### - الخدمات الصحية العامة

- 1- العلاج والجراحة
- 2- الفحوصات الطبية الروتينية
- 3- التنظيم الغذائي
- 4- الخدمات التمريضية
- 5- الخدمات التشخيصية الدقيقة
- العلاج الطبيعي
- العلاج الوظيفي

وتتحدد الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر بتحديد نسبة التأخر أو الانحراف النمائي ( الانحرافات النمائية عن المتوسط ) ، وتشتمل تلك الفئات من الأطفال الذين لديهم حالات إعاقة جسمية أو عقلية ، **Children with Established Disabilities** أي فئة الأطفال الذين يعانون من - اضطرابات جينية . - اضطرابات في عملية الأيض . - تشوهات خلقية . - حالات التسمم . - اضطرابات عصبية . - اضطرابات حسية .



إلى جانب الأطفال الذين يعتبرون في حالة الخطر ( **At- Risk Children** ) من الذين يتعرضون إلى ما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بينية ( مثل عمر الأم عند الولادة - تدني مستوى الدخل - عدم استقرار الوضع الأسري - وجود إعاقة لدى الوالدين - استخدام العقاقير الخطرة ) . أو بيولوجية ( مثل الخداج - الاختناق - النزيف الدماغي ) .

مبررات التدخل المبكر :

لقد أسدل الستار وإلى الأبد عن الاعتقاد الذي كان سائدا والذي مفاده أن النمو ظاهرة ثابتة لا يمكن تغييرها ، وأكدت الدراسات العلمية الرصينة أن التدخل المبكر له ما يبرره ( **Fewell,1982,Hayden,1974** ) ومن أهم مبرراته :

- 1 - تجنب الأطفال المعوقين الحرمان والفرص الضائعة والتدهور النمائي في سني حياتهم الأولى .
- 2 - سهولة التعلم الإنساني في المراحل العمرية الأولى .
- 3 - مساعدة الأولياء على تجنب أنماط التنشئة غير البناءة .
- 4 - خطورة التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر .
- 5 - خطورة الدور الذي تلعبه البيئة في النمو إلى جانب البنية الوراثية .
- 6 - جدوى التدخل المبكر من النواحي الاقتصادية .
- 7 - دور الأولياء في تعليم أبنائهم ، فالمدرسة ليست بديلا عن الأسرة .
- 8 - وقوع القابلية للنمو والتعلم في المراحل الحرجة التي تحدث في السنوات الأولى من العمر .
- 9 - تجنب نمو الفروق بين الطفل المعوق وأقرانه الأسوياء .
- 10 - معالجة ضعف النمو حال اكتشافه تجنباً للتدهور .
- 11 - يسهم التدخل المبكر في تجنب الأولياء وأطفالهم المعوقين مواجهة الصعوبات النفسية اللاحقة .

## المراجع :

- 1 - الحديدي، منى (2004) . مقدمة في الإعاقة البصرية ، ط2 ، مكتبة دار الفكر ، عمان ، الأردن .
- 2 - الحديدي ، منى . الخطيب ، جمال (1996) . أثر إعاقة الطفل على الأسرة ، مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة ، ع31 ، القاهرة ، مصر .
- 3 - الخطيب ، جمال (2004) . الإعاقة السمعية ، ط2 ، مكتبة دار الفكر ، عمان ، الأردن .
- 4 - القريوتي ، يوسف (1995) . المدخل إلى التربية الخاصة ، دار القلم ، دبي ، الإمارات العربية المتحدة .
- 5 - القريوتي ، يوسف (1990) . الإعاقة بين الوقاية والتأهيل ، جامعة العين ، الإمارات العربية المتحدة .
- 6 - فريق من الباحثين (1993) . علم النفس وميادينه ، ترجمة روجيه أسعد ، الدار المتحدة ، دمشق ، سوريا .

7 - FEWELL ,R.(1982) .The early years in N.G. Haring(Ed) exceptionnel children and youth. Columbus, Ohio :Charles E. Merrill.

8 - FEWELL ,R.(2000).Assessment of young children with special needs. Topics in early childhood special Education .

9- HAYDEN,A.(1974). Perspectives of early childhood education in special education .In N .Haring (Ed).Behavior of exceptionnel children. Columbus. Ohio :Charles E. Merrill.

10 - LE MONDE ,6-7 octobre ,1976.