



ذوو الإعاقات الحادة والمتعددة (خصائصهم - تشخيصهم - برامجهم)

إعداد

أ.د. جمال عطية فايد

أستاذ علم نفس الفئات الخاصة ورئيس قسم العلوم النفسية
كلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة



ذوو الإعاقات الحادة والمتعددة

(خصائصهم - تشخيصهم - برامجهم)

أ.د. جمال عطية فايد

الملخص:

تركز هذه الورقة على عدة محاور، المحور الأول يركز على التعريفات والمناحي التي اعتمدت عليها، ومنها المنحى النمائي؛ والذي يركز على التباين في النمو في ضوء المقارنة بين العمر الزمني والجوانب الأخرى للنمو. كما يركز المحور الثاني على خصائص ذوي الإعاقات الحادة والمتعددة والمزمنة منها. يتناول هذا المحور الخصائص العقلية والنفسية والاجتماعية، ومنها وأهمها الخصائص اللغوية. يركز المحور الثالث على نسب الانتشار في عدم وجود إحصاءات دقيقة تماماً، وفي ضوء وجود أكثر من فئة فرعية متضمنة مثل التصنيف على أساس الحدة أو الأزمان أو التعدد. ويركز المحور الرابع على الاستراتيجيات الخاصة والبرامج التدريبية والتعليمية والتأهيلية المناسبة، وعلى الخصائص التي من الضروري توافرها في هذه البرامج من حيث الوظيفية والمشاركة الفاعلة للأسرة.

Severe and Multi-handicapped Individuals

(Characteristics – Diagnosis – Programs)

Abstract:

This paper focuses on several dimensions the first

dimension focuses on basic Approaches to define sever and multi-handicap individuals, such as developmental approach, that focuses on differential variance between all aspects of development like that chronological age and other aspects of development.

The second dimension focuses on characteristics of severe and multi-handicap students.

The third title of paper focuses on prevalence rates of severe and multi-handicap students depend on accurate statistics.

The fourth dimension focuses on qualifying Rehabilitation, Academic, Strategies and Programs.

مقدمة:

يختلف الأطفال ذوي الإعاقات الحادة عن الأطفال العاديين في بعض النواحي وكذلك يختلفون عن مختلف الأطفال المعاقين الآخرين في بعض النواحي أو الخصائص الأخرى، ومن أهم تلك الاختلافات الاعتمادية الزائدة على الآخرين وكذلك حاجتهم الملحة إلى تعلم كثير من المهارات في سن مبكرة عن الأطفال العاديين وكذلك عن الأطفال المعاقين، إضافة إلى ما سبق فإن التباين والفروق بين سلوكيات ومهارات الأطفال العاديين أو ذوي الإعاقات الأخرى.

كذلك فإنه وبسبب محدودية قدرات هؤلاء الأطفال متعددي الإعاقة وذوي الإعاقات الحادة - الجسمية والعقلية والمعرفية فإن قدراتهم على التعلم والاستفادة من البرامج التي تقدم لهم أكثر ببطئاً من ذوي الإعاقات الحسية أو الفكرية أو ذوي صعوبات التعلم.

وفي الواقع فإنه وبدون التعلم المباشر (Direct Instruction) فإن بعض الأطفال ذوي الإعاقات الحادة والمتعددة لا يستطيعون أداء معظم المهارات اليومية أو الحياتية مثل تناول الطعام أو الإخراج أو التواصل مع الآخرين.

كذلك فإننا نلاحظ أن الأطفال ذوي الإعاقات الحادة غالباً ما يوجد لديهم إعاقات أخرى قد تكون ظاهرة أو غير ظاهرة وبالتالي فإنهم يحتاجون إلى ترتيبات خاصة جداً في تعليمهم أو تربيتهم، ولكن ليس بالضرورة أن تحول الإعاقة الحادة دون حدوث إنجازات قيمة وذات معنى لدى بعض الأفراد، وبالرغم من حدة الإعاقة وتعددتها في بعض الأحيان لاحظنا أن ذوي الإعاقات الحادة يمكنهم أن يتعلموا ويستفيدوا من التعلم.

والآن وبعد التقدم العلمي فإن عديد من ذوي الإعاقات الحادة يتعلمون مهارات مفيدة وكذلك يتفاعلون مع أقرانهم العاديين في المدارس أو في المنازل أو بعض أماكن العمل وهذا دليل قوي على أن إعداد برامج تعلم مناسبة لهم تساعدهم كثيراً على الاندماج والتفاعل وتحقيق فوائد عديدة وقيمة وأنشطة تحقق الرضا لذواتهم وعن شخصياتهم.

ورغم المجهودات الكبيرة لتحسين وتطوير فاعلية أساليب التعليم للفئات الخاصة عموماً فإنها ما زالت حديثة العهد بالنسبة لفئة الأطفال ذوي الإعاقات الحادة والمتعددة، فإلى وقت قريب جداً كانت تلك الفئات مهملة، وكان الاعتقاد الشائع هو عدم إمكانية إكسابهم أي مهارات مفيدة وكانوا يحجزون في أماكن معزولة ويعتبرون كرضع أو أطفال صغار وخارج نطاق مسئولية النظام التعليمي العام للمجتمع وبالتالي لا يتلقون أي تعليم أو تدريب ويتم

إمدادهم فقط بمستويات العناية الأساسية.

وبالرغم من أن الأطفال ذوي الإعاقات الحادة والمتعددة مستثنون من البرامج التربوية أو الاندماج في المجتمع في الماضي - فإن الفلسفة الحالية السائدة تهدف إلى إدماجهم في البرامج التعليمية للمجتمع، ومما ساعد على ذلك النمو السريع والمتلاحق لقوانين اكتساب الحرية وتطور برامج التعليم العام وبرامج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة وقد أفادت كل تلك الجهود في أنها أثبتت أن الأطفال ذوي الإعاقات الحادة والمتعددة يمكنهم أن يتعلموا بفاعلية في مدرسة مشتركة وكذلك في مجال العمل ومؤسسات المجتمع الأخرى وازداد الاعتقاد بأن البرامج المدمجة هي البديل المناسب الذي يجب أن يطبق ويساند الفلسفة الحديثة.

تعريفهم وخصائصهم (ذوي الإعاقات الحادة والمتعددة):

لوحظ أن التعريفات وقوائم الخصائص التي تستخدم في وصف فئة معينة من الفئات الخاصة ذات أهمية محدودة بالنسبة للطفل نفسه وبالطبع أيضاً بالنسبة للتربية الخاصة للطفل وكذلك القرارات حول ما يدرس الطفل وكيف ندرسه له.

وإذا وضعنا في اعتبارنا الطرق المختلفة لتعريف الأطفال ذوي الإعاقات الحادة والمتعددة، يجب أن نضع في أذهاننا أن فئة الأطفال ذوي الإعاقات الحادة يتكونون من مجموعة غير متجانسة بشكل كبير من الأطفال وفقاً لرأي (Guess & Mulligan: 1982) فقد أشار إلى أن التباين بين الأطفال ذوي الإعاقات الحادة أكبر من التشابه بينهم.

كذلك فقد أفادت نتائج الدراسات أن الأطفال ذوي الإعاقات الحادة والمتعددة لديهم قصور شديد وملحوظ في الوظائف العقلية ويبدو أنهم في حاجة إلى خدمات خاصة بسبب القصور الحركي والقصور البصري والسمعي في عملية التواصل، وكذلك فإن الظروف الطبية غير الطبيعية مثل اضطرابات الإغماء (Seizure)، كما أن العديد منهم لديه مشكلات صحية وجسدية وبحاجة إلى عناية مستمرة، وتتضمن تلك الفئة ذوي الإعاقة الفكرية الحادة والمزمنة وكذلك التوحديين وذوي الاضطرابات الجسدية والحسية المتداخلة مع التأخر الملحوظ في النمو ولهذا فإن المصطلح الذي يستخدم في تعريف تلك الفئة لا يستخدم عموماً للإشارة إلى الاضطرابات الجسدية أو الحسية والذين ليس لديهم إعاقة فكرية (Wolery & Haring: 1990) كذلك يوجد كثير من ذوي الإعاقات الحادة لديهم أكثر من إعاقة وحتى مع استخدام أفضل أساليب التشخيص المتاحة فإنه من الصعب غالباً تحديد طبيعة ودرجة حدة اضطراب الطفل متعدد الإعاقات أو تحديد كيفية تداخل تلك الإعاقات مع غيرها من الاضطرابات وتأثيرها على سلوك الطفل، وعلى سبيل المثال فإن بعض الأطفال لا يستجيبون بأي طريقة ملحوظة للمثيرات البصرية مثل الأضواء الساطعة أو الأشياء المتحركة، هل هذا يحدث بسبب كف بصر الطفل نتيجة تلف العين أو بسبب إصابة معينة في المخ؟ أسئلة كثيرة متكررة في تخطيط البرامج التربوية لهؤلاء الأطفال.

وبناء على ذلك فإنه لا يوجد تعريف واحد مقبول على إطلاقه لذوي الإعاقات الحادة فمعظم التعريفات تعتمد على اختبارات للوظائف أو التحسن النمائي أو مدى الحاجات التربوية المطلوبة، ووفقاً لنظام مستويات تصنيف الإعاقة الفكرية فإن الأطفال الذين نسبة ذكائهم (35 - 40) يعتبرون ذوي

الإعاقة الفكرية الحادة والذين نسبة ذكائهم (20 25) أو أقل يعتبرون من ذوي الإعاقة الفكرية المزمنة، وفي الممارسة الفعلية يوجد عديد من الأطفال من ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة (40 - 55) وفي بعض الأحيان يعتبرون ذوي إعاقة حادة (Wolery & Haring: 1990).

واستناداً إلى الطرق التقليدية في قياس الذكاء فإن التعريفات تكون غير مفيدة واقعياً مع عديد من الأطفال ذوي الإعاقات الحادة فلو اختبرناهم فإنهم يحصلون على نسب ذكاء متدنية وفي نهاية المنحنى فمجرد معرفة أن طفل نسبة ذكاؤه 25 ليست ذات قيمة في تصميم برنامج تربوي مناسب ولذلك فإن التربويين في مجال الأطفال ذوي الإعاقات الحادة والمتعددة يفضلون عند الحديث عن تعريف لهؤلاء الأطفال التركيز على مهارات معينة يحتاجها الطفل للتعليم.

والياً أصبح من الشائع عند تعريف الأطفال ذوي الإعاقات الحادة أن نعتمد على المنحنى النمائي للطفل وبناء على ذلك فإن (Justen: 1976) قدم اقتراح مفاده "أن الطلاب الذين تقل أعمارهم عن 21 سنة توازي الوظائف في المنحنى النمائي النصف أو أقل على أساس ما هو متوقع في ضوء العمر الأورجانيزمي (Chronological Age) ويمكن اعتبارهم ذوي إعاقات حادة، إلا أن معظم التربويين يؤكدون أن المنحنى النمائي أقل شيوفاً لدى عينة الأطفال ذوي الإعاقات الحادة والبدليل هو اعتبار أن الطفل ذوي الإعاقات الحادة هو الذي يحتاج إلى تعلم المهارات الأساسية مثل التنقل من مكان إلى مكان مستقلاً، والتعامل مع الآخرين وإطعام نفسه دون مساعدة الآخرين.

وإذا كان لمعظم الأطفال العاديين بإمكانهم اكتساب تلك المهارات في

السنة الخامسة من العمر، فإن ذوي الإعاقات الحادة بحاجة إلى تعليم خاص لاكتساب تلك المهارات كما أن تحديد وتعريف المهارات الأساسية للطفل يجعلها واضحة لتربية وتعليم الأطفال ذوي الإعاقات الحادة ولا يجب التقييد بالتعليم الأكاديمي التقليدي.

من أهم التعريفات لذوي الإعاقات الحادة تعريف مكتب التربية الأمريكي والذي يركز على الحاجات التربوية والخدمات الأعمق مما يقدم في فصول التربية الخاصة لبقية الفئات الخاصة والذي ينص على أن "ذوي الإعاقات الحادة هم هؤلاء الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات طبية ونفسية واجتماعية وتربوية أعمق بكثير من الخدمات المقدمة في فصول التربية الخاصة الحالية وذلك بسبب حدة مشكلاتهم الانفعالية والعقلية والجسدية أو تدخل أكثر من مشكلة معاً وذلك بهدف الاستفادة إلى أقصى ما تمكنهم طاقاتهم بغرض المشاركة في المجتمع والثقة في الذات (Federal Register: 1988, 118).

يوجد فئتين في هذا التعريف يشيران إلى ظروف الإعاقة المختلفة:

الإعاقة الفكرية الحادة المزمنة.

أو الإصابة المخية مع الصم أو الخصائص السلوكية مثل تشويه الذات (Self-Mutilation) والتي تعتبر إعاقة حادة أيضاً.

ووفقاً لرأي (Wolery & Haring 1990) فقد أشارا إلى أن تضمين مشكلات وتحديات شديدة مثل سلوك إيذاء الذات (Self-Injurious) ليس المقصود به أن كل الأطفال ذوي الإعاقات الحادة تظهر لديهم مثل هذه الخصائص وإنما الغرض من ذلك أننا يجب أن يؤهل كل طفل لكي يكون أكثر تحملاً في التعلم في بيئة أقل تقييداً مهما كانت درجة صغرية التعلم أو تحدي

المشكلات الطبية.

تعريف رابطة ذوي الإعاقات الحادة:

The Association for Persons with Severe Handicaps:

هم هؤلاء الأفراد في كل الأعمار الذين يحتاجون إلى مساعدة عملية مكلفة وفي أكثر من جانب رئيسي واحد من الأنشطة وذلك لكي يشاركون في المؤسسات الاجتماعية المختلفة وذلك للاستمتاع بجودة الحياة المتاحة للأفراد الذين لديهم إعاقة واحدة أو العاديين وهذه المساعدة يجب أن تكون في تعليمهم كيفية التحرك أو التواصل مع الآخرين أو العناية بالذات والتعلم من أجل حياة مستقلة وفاعلية ذاتية (Lindley: 1990).

وبالنظر إلى التعريف السابق نجد أنه لا يركز فقط على المستوى أو مدة المساعدة المطلوبة للأشخاص ذوي الإعاقات الحادة ولكنه يركز أيضاً على الأهداف والنتائج المتوقعة من تلك المساعدة.

وبمقارنة تعريفات ذوي الإعاقات الحادة مع تعريفات مجالات أخرى من مجالات التربية الخاصة مثل الإعاقة الفكرية أو صعوبات التعلم أو الاضطرابات السلوكية خصوصاً فإنه يوجد تركيز أقل على تعريف ذوي الإعاقات الحادة، هذا ليس إشارة إلى أن المهنيين لا يهتمون بتعريف ذوي الإعاقات الحادة ولكنه يعكس سمتين جوهريتين لمجال ذوي الإعاقات الحادة هما:

أولاً: ليست هناك حاجة كبيرة إلى التعريف الذي يصف بدقة الفرد الذي يمكن اعتباره ذوي إعاقة حادة أو الذي يمكن اعتباره كذلك،

المحك المستخدم في المدارس لتحديد صعوبات التعليم يركز أكثر على الفرد المرشح لخدمات التربية الخاصة، ولكن طالما كان الفرد ذوي الإعاقة الحادة يحتاج إلى برنامج التربية الخاصة فمن النادر أن تكون قضية التعريف قضية محورية.

ثانياً: وبرغم التباين الشاسع في التحديات المادية وبرامج التعلم وخبرات الدارسين، فإن الصفة الوحيدة المرتبطة بهؤلاء الأفراد هي "الإعاقة الحادة" والخاصة بهؤلاء الأفراد مثل تلك الصعوبات والحاجات الفردية (Sontag, Sailor, & Smith: 1997).

الخصائص السلوكية:

إذا كان الفرز يعتبر الخطوة الأولى في تقييم إعاقة الطفل فإنه يعتبر غير ضروري في حالة ذوي الإعاقات الحادة، والخاصية الأولى المعروفة لذوي الإعاقات الحادة هي ظهور القصور الواضح في المهارات الحياتية المتعددة أو النواحي النمائية (Sailor & Guess: 1983)، ولا يوجد سلوك خاص شائع لدى كل الأطفال ذوي الإعاقات الحادة، كل طفل منهم يعتبر تركيبة أو توليفة فريدة في الخصائص العقلية والجسدية والاجتماعية، وقد اتفق التربويون عموماً على أن الخصائص التالية هي الأكثر شيوعاً لديهم:

1- القصور الحاد في المهارات والتواصل: فمعظم الأطفال ذوي الإعاقات الحادة محدودين جداً في قدرتهم على التعبير عن أنفسهم وفهم الآخرين فالعديد منهم لا يستطيع التحدث أو إعطاء إيماءات ذات معنى، ولا يستجيبون عند محاولة التواصل معهم، وبالطبع فإن هذا القصور يعوق

عملية التعليم والتفاعل الاجتماعي كذلك فإن بعضهم لا يستطيع إتباع التعليمات البسيطة.

2- القصور في النمو الجسمي والحركي: كل الأطفال ذوي الإعاقات الحادة لا يتحركون إلا في نطاق ضيق ومنهم من لا يستطيع المشي، وبعضهم لا يتمكن من الوقوف أو الجلوس دون مساعدة ولديهم بطء شديد في أداء المهام الأساسية مثل تناول الأشياء أو (Rolling Over) أو الاحتفاظ برؤوسهم ثابتة إلى أعلى، ولذلك فإن التشوهات الجسدية شائعة وربما تكون هي الأسوأ من نوعها إذا لم يتم التدخل بالعلاج المستمر.

3- القصور في مهارات العناية بالذات: كذلك فإن العديد من هؤلاء الأطفال لا يقدرون على العناية بأنفسهم في الحاجات الأساسية مثل الملابس أو تناول الطعام وتدريبات التحكم في المثانة والأمعاء، أو المحافظة على الصحة الشخصية، ولكي يتم تعلم تلك المهارات الأساسية فإنهم يحتاجون إلى تدريب خاص مكثف يتضمن تسلسل للمهارات التوافقية.

4- عدم اتساق التفاعل والسلوك البناء: الأطفال العاديين والمعاقبين الأقل حدة يلعبون مع غيرهم من الأطفال ويتفاعلون مع الكبار ويبحثون عن المعلومات في البيئة المحيطة بهم، أما الأطفال ذوي الإعاقات الحادة فإنهم لا يستطيعون رؤية أو متابعة الانفعالات الإنسانية العادية، ويبدو من الصعب جذب انتباههم أو استثارة أي استجابة من الطفل ذوي الإعاقة المزمنة.

5- تكرار السلوكيات غير الملائمة: يقوم العديد من الأطفال ذوي الإعاقات الحادة بفعل أشياء وسلوكيات ليس لها هدف بناء وتتخذ هذه السلوكيات شكل طقوس مثل الهز إلى أعلى وإلى أسفل (Rocking) (back & forth) ويموج بأصابعه أمام وجهه (Waving fingers) أو يدور بجسمه (in front of face) أو يدور بجسمه (Twirling by body) أو الإثارة الذاتية (Self-stimulatory) مثل ضغط الأسنان (Grinding the teeth) ضرب الجسم (Patting the body)، وكذلك سلوكيات إيذاء الذات (Head banging) وضرب الرأس، وبتف الشعر (Hair pulling)، وضع الأصابع في العين (Eye poking) الارتطام أو الخربشة بأظافره أو يقوم بعض نفسه (Hitting scratching, biting oneself) وبالرغم من أن بعض هذه السلوكيات لا يعتبر غير عادياً في حد ذاتها في بعض الأحيان إلا أن تكرارها لدى بعض الأطفال يعتبر ظاهرة خطيرة وذلك لأنها تؤثر على فاعلية التدريس لهم والتقبل الاجتماعي لهم ورغم أن الخصائص السلوكية التي ذكرت تعطينا انطباعاً سلبياً عنهم إلا أن لديهم بعض الصفات الإيجابية مثل الدفء (Warmth)، والجلد والمثابرة (Persistence)، الثبات (Determination) والإصرار، والشعور بالحب (Sense of humor) الاجتماعية (Sociability)، وسمات أخرى مرغوبة (Forest & Lusthaus: 1990)، (Stainback & Stainback: 1991).، وجد كثير من المحللين أن سلوكيات هؤلاء الأطفال في بعض الأعمال تحظى برضا أكثر في العمل وفي المدرسة والمنزل والمؤسسة.

ذوو الإعاقات الحسية المزدوجة:

توجد مجموعة أخرى من الأطفال أكثر تحدياً من ذوي الإعاقات الحادة هؤلاء هم ذوي القصور الحسي المزدوج (Dual Sensory Impairments) ومن أكثر تلك الفئات صعوبة فئة العميان - الصم (Bullis & Otos: 1988) وقد وجد الآلاف من هؤلاء الأطفال العميان الصم في أمريكا وكندا وذلك بسبب تأثير الحصبة الألمانية على الأمهات الحوامل سنة 1960.

تعتبر فئة الأطفال العميان الصم هي الفئة الأولى التي تتلقى التربية الخاصة تحت رعاية الحكومة الفيدرالية، وأنشأت الحكومة شبكة خاصة ومراكز لرعايتهم في الولايات سنة 1968 وكذلك فإن القانون 142 - 94 في سنة 1975 تضمن فئة الصم - العميان وعرفهم كما يلي والصم العميان هم الذين لديهم إعاقة بصرية وسمعية، وتتداخل تلك الأسباب مؤدية إلى مشكلات حادة في التواصل ومشكلات تربوية ونمائية أخرى مما يجعلهم غير قادرين على التكيف مع برامج التربية الخاصة للمعاقين سمعياً أو بصرياً (U. S Office of Education: 1977).

ومن المعروف أن البرنامج التربوي الخاص بالطفل الأصم غير مناسب للطفل ذوي القصور البصري وذلك لأن هناك طرق تدريس وطرق تدريب تعتبر صعبة للاستخدام لدى المعاقين بصرياً، وبرامج المعاقين بصرياً هي أيضاً عادة تحتاج إلى سمع جيد وذلك لأن كثير من التعلم يعتمد على السمع وبالرغم من أن 94% من الأفراد المصنفين على أنهم صم ومكفوفين لديهم بعض وظائف السمع أو البصر (Fredericks & Baldwin, 1987) فإن التداخل بين القصور المزدوج والإعاقة يؤثر على نمو مهارات التواصل والمهارات

الاجتماعية وخصوصاً إذا كان هناك قصور عقلي إضافي.

يتراوح المستوى العقلي للأطفال الصم - المكفوفين بين التفوق (مثال ذلك حالة هيلين كليير، والتي فقدت سمعها وإبصارها في سن 16 شهر) إلى الإعاقة الفكرية الحادة وغالبية الأطفال الذين لديهم قصور بصري وسمعي منذ الميلاد يمرون بخبرات عديدة وصعبة في اكتساب مهارات التواصل ومهارات التوجه والحركة وكذلك السلوك الاجتماعي المناسب.

وبسبب أن هؤلاء الأطفال لا يستقبلون معلومات واضحة ومتسقة من كلا الحاستين، فإن النزعة أو الميل الموجود هو التوجه إلى الداخل Tum Inward وذلك للحصول على مستوى مرغوب من الإثارة، لذلك فإن هؤلاء الأفراد يبدو لديهم السلبية وعدم الاستجابة وعدم الطاعة، كذلك فإنهم لا يستجيبون للتفاعلات الأولية المناسبة مع الآخرين وغالباً ما يظهر لديهم سلوك يمكن اعتباره غير اجتماعي (Downing & Eichinger, 1990).

وعن البرامج التربوية التي تقدم للأطفال الصم - المكفوفين الذين يحتاجون إلى برامج تعليم في المهارات الأساسية، ويتشابهون بصفة عامة مع هؤلاء الأطفال ذوي الإعاقات الحادة، وبالرغم من أن معظم التلاميذ ذوي القصور الحسي المزوج بإمكانهم الاستفادة من تلك التكييفات أو التعديلات في المعلومات المقدمة لهم، فإن المثير البصري السمعي للمستخدم في التعليم (المنهج) يجب أن يوضع في الاعتبار جيداً إضافة إلى ذلك انتباه التلاميذ يجب أن يوجه مباشرة إلى هذا المثير.

كذلك فإن تكنيكات التدريس والتي تعتمد على حاسة اللمس يتم استخدامها لدعم المعلومات التي تصل إلى التلاميذ (بصرياً أو سمعياً) في سنة

1981 قام (Smithdas) وهو أصم وكفيف بالإشارة والتأكيد على أهمية دعم المعلومات التي تصل إلى التلاميذ عن العالم من خلال أنظمة عديدة.

ومما لا شك فيه فإن الإبصار والسمع هما الطريقتان الأساسيان اللذان تعتمد عليهما في اكتساب المعارف والمعلومات المباشرة للفرد عن العالم المحيط به وعندما يحدث اضطراب أو قصور فيهما يكون الفرد مقيداً بشكل كبير ومحدوداً في مجال ضيق من المفاهيم، ويكون معظم ما يصل إليه من معلومات عن طريق حواسه الثانوية الأخرى تكون معلومات غير مباشرة وتصل عن طريق الآخرين وبالتالي فإن صورة العالم تكون مشوشة ولذلك بسبب القيود المفروضة على حواسه الأساسية.

في سنة 1968 كان عدد المكفوفين - الصم أقل من (100) طفل أصم - كفيف هم فقط الذين كانوا ملتحقين ببرامج تربوية خاصة وفي الحقيقة فإنهم جميعاً كانوا ملتحقين في مدارس داخلية للمكفوفين.

والياً فإنه هناك حوالي (6000) طفل كفيف - أصم يتعلمون في الولايات المتحدة في مئات البرامج التربوية المختلفة بما في ذلك هؤلاء الملتحقين في مدارس الصم، ومراكز الطفولة المبكرة للأطفال، ومراكز التدريب المهني، والفصول المنتظمة في المدارس الحكومية (Dantona, 1986).

الصم المكفوفين الذين يتقدمون إلى المدارس الأعلى أو الثانوية عادة ما يندمجون في البرامج التربوية للدارسين من ذوي الإعاقات الأخرى أو برامج الدارسين غير المعاقين، مع الدعم والمساندة من مدرسين متخصصين أو مترجمين أو أقران أكبر سناً وفي سنة 1990 قام كلاً من (Downing & Eichinger, 1990)، بتقديم استراتيجيات منهجية لدعم تعليم الدارسين ذوي

الإعاقات المزدوجة في فصول منتظمة.

ولقد اتضح أن الأشخاص ذوي الإعاقات الحسية المزدوجة لديهم القدرة الكاملة لتحقيق النجاح والاستمتاع بالعمل والاستقلال في الحياة ولكنهم يحتاجون إلى منهج أو تعليم منظم يساعد في تيسير وتسهيل التواصل وتعميم المهارات ونمو السلوكيات الاجتماعية الملائمة (Bullis & Bull: 1986).

الانتشار والشبوع Prevalence:

وعن نسب انتشار أو وجود هذه الفئة فإنه لا توجد إحصاءات أو تقديرات دقيقة وذلك بسبب عدم وجود تعريف عام ومقبول لذوي الإعاقات الحادة والتقديرات المبدئية تشير إلى أن نسبتهم تتراوح بين (0.1%: 1%) من السكان (Ludlow & Sobsey: 1989).

وبالرجوع إلى تقارير العاملين في رابطة ذوي الإعاقات الحادة (Brown, 1990) فقد أشارت تقاريرهم إلى أن نسبة ذوي الإعاقات الحادة أو الذين لديهم تدهور عقلي تمثل (1%) من المجتمع وأن عدد الدارسين ذوي الإعاقات الحادة الذين يتلقون خدمات تربوية خاصة في ظل القانون 142/94 لم يمكن تحديدهم من خلال البيانات المستمدة من قسم التربية في أمريكا وذلك بسبب أن فئة ذوي الإعاقات الحادة لم تكن بين فئات الإعاقات الأخرى التي تم تقريرها (Brown, 1990).

والسبب في أنه لم يتم إحصاء الدارسين ذوي العجز الحاد بين الفئات الأخرى لغير العاديين بما في ذلك التخلف العقلي والإعاقات المتعددة وذوي الاضطرابات الصحية أو الصم المكفوفين تتمثل الصعوبة في الحصول على تقارير دقيقة عن انتشار أو شبوع تلك الفئة وهذا هو سبب التشككات التي

تحيط بتعريف وتصنيف ذوي الإعاقات الحادة.

وعلى أي حال فإن المعلومات المتاحة حالياً تشير إلى أن تلك الفئة ليست صغيرة جداً أو معدومة بل في الواقع فإن عينة أو مجتمع ذوي الإعاقات الحادة يتشكل من جماعات فرعية عديدة من الأطفال والتي تختلف حاجاتهم عادة، واليوم فإن معظم المدارس المحلية أو السلطات المدرسية المحلية يوجد من بين الأطفال الملحقين بها أطفال ذوي الإعاقات الحادة والمتعددة.

خلفية تاريخية عن فئة ذوي الإعاقات الحادة:

ما تم معرفته عن علاج الأطفال ذوي الإعاقات الحادة من خلال تاريخهم يعتبر قليلاً، وذلك بسبب أن الإعاقات الحادة غالباً ما تكون مقترنة بنواحي عجز طبي أو جسدي والعديد من هؤلاء الأطفال لا يعيشون طويلاً بعد مرحلة الطفولة المبكرة في عديد من المجتمعات القديمة كان هناك تردد في قتل الأطفال ذوي الإعاقات الحادة (Anderson, Gressr & Rich: 1982).

فلسفة البقاء للأصلح (Survival of the Fittest) ما زالت سائدة في مجتمعات اليوم، والدعوة إلى العلاج الإنساني وتربية الأطفال ذوي الإعاقات الحادة لم تبدأ إلا في القرن العشرين وكانت في نطاق محدود، ووفقاً لرأي (Scheerenberger, 1983) فإن المراجعة الفاحصة تشير إلى أن الجهود عبر التاريخ كانت تهدف إلى فهم أسباب الإعاقات الحادة، وكذلك المساعدة في العناية والتدريب في القرن التاسع عشر قام أطباء مثل إيتارد (Jean Itard)، وإدوارد سجوين (Eduard Seguin)، وصمويل جردلي (Samuel Gridely)، قدموا إنجازات جديرة بالملاحظة في التدريس المنظم للتواصل

ومهارات مساعدة الذات للأطفال ذوي الإعاقات الحادة، وبالتأكيد فإن المدرسين وأولياء الأمور ومن يقوم بعنايتهم يساعدون ذوي الإعاقات الحادة ولم تذكر أسماءهم في التاريخ.

وفي أثناء النصف الثاني من القرن التاسع عشر أنشأت بعض الولايات مؤسسات داخلية في أمريكا، وكانت تلك الفلسفة المتفائلة بفضل التأثيرات القوية لجهود الرواد من الأطباء، وقد شجع تلك البداية نجاح الأفراد ذوي الإعاقات الحادة في التعليم (Wolfenberger, 1976).

وفي البداية فإن البرامج المؤسسية لتلك الفئة كانت تسمى ملاجئ البلهاء أو المعتوهين عقلياً وبعد ذلك سموها مستشفيات ثم مدارس داخلية ثم مراكز تدريب، وأياً كان الاسم فإنه لم يكن يتم إمداد تلك المؤسسات بالمتخصصين في التربية والتعليم.

وقد أفاد العديد من المهنيين إلى أن تلك المؤسسات تعد بيئات غير مساعدة على التعلم وتنقصها الرعاية الملائمة، ومن المستبعد أن يتركها الطفل إذا لم يستطع والدي الطفل أن يمدوه بالعناية والتدريب في المنزل أو يتحملوا خدمات مدرسة خاصة، والخلاصة فإنه لا توجد فرص مجدية وفعالة للأطفال ذوي الإعاقات الحادة للتعلم.

في العشرين سنة التي مضت حدثت مجموعة من التطورات والقوانين أثرت تأثيراً كبيراً في تحسين الخدمات التربوية للأطفال ذوي الإعاقات الحادة وخصوصاً رابطة نسلفانيا للأطفال المتخلفين عقلياً (PARC, 1972)، وقبل ذلك فإن بعض الولايات كانت لديها القوانين التي تسمح للمدارس العامة برفض تقديم الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات الحادة.

في ولاية بنسلفانيا قرر مجلس الولاية مقاومة منع تعليم الأطفال ذوي الإعاقات الحادة وأشار إلى أن تربية هؤلاء الأطفال ستكون مجدية ومفيدة، بدون استثناء فإن رأي الخبير أشار إلى أن كل المعاقين فكرياً قادرين على الاستفادة من أغلبية البرامج التربوية وأنها قادرة على تحقيق كفاءة ذاتية وعدد قليل من هؤلاء الأطفال مع نفس التعليم والتدريب يجعل الطفل يستفيد منه أكثر وفي كل الأحوال فإن الطفل يستفيد من التعليم والتدريب (PARCV. Commonwealth of Pennsylvania, 1972).

وفي مراكز أخرى كثيرة مثل (Halderman V. Pennhurst: 1971, Wyatt V. Stickeny: 1978) دعمت حق الأطفال ذوي الإعاقات الحادة في الحرية في تلقي البرنامج المناسب من التعليم على نفقة الحكومة التدابير المستمدة من قانون التعليم لكل الشعب (142 - 94 PL) يطبق تماماً بخصوص ذوي الإعاقات الحادة وينص على:

"التلاميذ ذوو الإعاقات الحادة لهم الحق في الالتحاق في أي برنامج تربوي يكون الأقل تقييداً، ويجب أن يشارك والديهم في تطوير خطة تعليم فردي مناسبة لهم، إضافة إلى ذلك فإن القانون يعطي الأسبقية في تحديد وخدمة الأطفال ذوي الإعاقات الحادة.. وتدريب تدريبات واضحة لهم، تلك التحسينات القانونية تشترك مزدوجة مع الوعي مع إمكانيات هؤلاء الأطفال وتظهر مع البرامج التربوية في المدارس العامة والتيسيرات المهنية وغيرها من الإجراءات المؤسسية".

وفي بداية العصر الحديث فإن تعليم ذوي الإعاقات الحادة يمكن أن تحدد بدايته سنة 1975 عندما وجدوا مجموعة من 30 شخص يقودهم نوريس

هارنج (Nouris Haring) رئيس جامعة واشنطن وابتكرت الرابطة الأمريكية لتعليم وتربية ذوي الإعاقات الحادة والمزمنة تلك المنظمات غيرت اسمها إلى رابطة ذوي الإعاقات الحادة (TA|SH) وحالياً يدخل في عضويتها أكثر من 9000 مربّي وأب وأم وأفراد آخرين من المهتمين بتحسين جودة حياة هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات الحادة في كل الأعمار وتضم في عضويتها باحثين مبتكرين ومدرسين يلعبون أدوار قيادية في تحسين فاعلية وكفاءة الممارسة التربوية للدارسين ذوي الإعاقات الحادة.

كذلك شهدت الأعوام القليلة الماضية زيادة مطردة في عدد الكتب والدراسات والمناهج والمواد التعليمية التي تدرس حاجات هؤلاء الأطفال والراشدين ذوي الإعاقات الحادة، هذه الجهود جميعاً يمكن أن تجعل تربية الأطفال ذوي الإعاقات الحادة من أكثر مجالات التربية الخاصة ديناميكية وإثارة.

أسباب الإعاقات الحادة:

توجد عديد من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإعاقات الحادة أكثر هذه الأسباب هي الأسباب البيولوجية التي تحدث قبل وأثناء الولادة أو بعد الولادة، وفي معظم الحالات فإن الإصابات المخية كثيرة وتوجد نسبة مئوية دالة وكبيرة من هؤلاء الأطفال الذين يولدون ولديهم شذوذ مثل زملة داون (Down Syndrome) أو اضطرابات الأيض أو الجينات والتي تسبب مشكلات خطيرة جسدية وعقلية، وكذلك تعقيدات الحمل (Complications Pregnancy) بما في ذلك عدم اكتمال النضج (Prematurity)، وعامل (RH) والالتهابات التي تصيب الأم الحامل يمكن أن تسبب كلها إعاقات حادة، وكذلك العقاقير أو

شرب الكحوليات أثناء فترة الحمل.

الأم الحامل التي تستخدم العقاقير أو تشرب أو تدمن الشراب، أو تكون تغذيتها ضعيفة يكون الاحتمال أكثر في أن تلد طفل ذو إعاقة حادة، ومن الجدير بالذكر أن الأطفال ذوي الإعاقات الحادة يمكن التعرف عليهم بعد الميلاد مباشرة وأكثر من الأطفال ذوي الإعاقات المتوسطة أو الخفيفة وذلك لأن إعاقتهم أكثر قابلية للملاحظة والظهور.

تتضمن عملية الولادة ذاتها عدة مخاطر وتعقيدات مثل احتمال نقص الأكسجين، وإصابات المخ أثناء الولادة، ومن الملاحظ أن ذوي الإعاقات الحادة يتأخرون في النمو أكثر من الأطفال الذين يصابون في رؤوسهم في حوادث سيارات أو دراجات أو السقوط من أماكن مرتفعة أو الإساءة أو سوء التغذية أو الإهمال.

وبالرغم من مئات الأسباب الطبية المرتبطة بالإعاقات الحادة فإن بعض الحالات ذوي الإعاقات الحادة تكون أسباب غير واضحة وكذلك فإن الإعاقات الحادة تعتبر عادة أقل ارتباطاً بالأسباب الاجتماعية والاقتصادية من الإعاقات الخفيفة (Snell & Renzaglia: 1986) وعلى أي حال فإن تحديد عناية طبية جيدة، والاكتشاف المبكر لظروف الإعاقة، والتربية، والبيئة المنزلية المثيرة تتأثر كلها بمستوى تعليم الأسرة والدخل، وغيرها من العوامل الاقتصادية والاجتماعية.

الاتجاهات التربوية في تعليم الإعاقات الحادة:

توجد ثلاث أسئلة أساسية يجب الإجابة عليها قبل التعرض لموضوع

الاتجاهات التربوية في تعليم ذوي الإعاقات الحادة هذه الأسئلة هي:

- أين يتعلم هؤلاء الأطفال؟
 - ما هي المهارات التي يجب أن يتعلموها؟
 - ما هي الطرق التي يمكن توظيفها في تعليم هؤلاء الأطفال؟
- وسنتناول كل سؤال من تلك الأسئلة بالعرض والتفصيل كما يلي:

السؤال الأول:

ما هي المؤسسة التربوية التعليمية المناسبة التي تكون أقل تقييداً لذوي الإعاقات الحادة؟ هذا السؤال هو أكثر الأسئلة إثارة للجدل والمناقشة في مجال التربية الخاصة عامة وقد ناد بعض التربويين الباحثين (Brown et al., 1989; Sailor et al., 1989; Stainback & Stainback: 1997)، وتبنى هؤلاء أسلوب دمج وتكامل ذوي الإعاقات الحادة في المدارس والمؤسسات المجتمعية وكذلك دافعوا عن المدارس المنزلية (Home School) (Brown: 1979).

الأماكن التي لها تأثيرات جوهرية وفاعلية التي توجد فيها الأطفال ذوي الإعاقات الفكرية الحادة ويتلقون فيها خدمات تعليمية وتوجد تساؤلات هامة تتعلق بكيف وأين يقضي هؤلاء الأطفال حياتهم بعد المدرسة "العزل يؤدي إلى العزل" (Segregation begets) ويعتقد أن إلحاق الأطفال ذوي الإعاقات الفكرية في مدارس منعزلة نحرهم من بقية الفرص في المجتمع والتي يمكن توظيفها في أنشطة وبيئات مدمجة وكذلك فإن أقرانهم العاديين لا يعرفونهم ولا يفهمونهم ولا يعلمون عنهم شيئاً وغالباً ما يفكرون بسلبية عنهم ويترتب على ذلك أيضاً أن آبائهم يصبحون خائفين من مخاطرة السماح لهم بفرص توظيف

ما يتعلمون من المدرسة في بيئات مدمجة في حياتهم فيما بعد أنا دافعي
الضرائب فيفترضون أنهم يحتاجون إلى العزل في منازل منعزلة ومراكز
للأنشطة وورش محمية ومدارس داخلية (Brown et al., 1989).

وقد قدم براون وزملائه أربع أسباب لاعتقادهم أن المدارس المنزلية هي
إعادة عزل أو مدارس عنقودية بمعنى أن المدارس العنقودية "هي مدرسة
منتظمة تعتني بعدد كبير من الأطفال غير العاديين أو ذوي الإعاقات الفكرية
ولكنها لا تستقبل أي من الأطفال العاديين" (Brown et al., 1989, p. 1).

عندما يذهب الأطفال العاديين إلى مدرسة تعمل بنظام دمج البرامج مع
أقرانهم ذوي الاحتياجات الخاصة فإنهم يكونون أكثر تحملاً للمسئولية كراشدين
في مجتمع جمعي.

المصادر المختلفة للمعلومات التي تدعم المدارس المدمجة لكي تكون
بيئات أكثر تعليمية على سبيل المثال، يتم فيها مقارنة خطة التعليم الفردي
(IEP)، وأهدافها كما تقدم للأطفال ذوي الإعاقات الحادة والذين يتعلمون في
مدارس مدمجة في مقابل، المدارس المعزولة، قد وجدوا أن جودة أهداف خطة
التعليم الفردي في ضوء السن، والفرص المتاحة وظيفياً وكذلك القدرة على
إمكانية تعميم ونقل ما تعلموه إلى بيئات أخرى - يكون ذلك أعلى وأفضل لدى
الأطفال الذين تعلموا في مدارس مدمجة (Hunt, Goetz, and Anderson, 1986).

كذلك فإن الوالدين والأسرة لديهم تأكيد أكثر على الأنشطة المدرسية
عندما يلتحق أطفالهم بالمدارس المنزلية إضافة إلى ذلك وربما توجد قناعة تامة
لدى الوالدين على أن هناك فرص أكبر لتطوير وتحسين مدى واسع من

العلاقات الاجتماعية مع الأقران غير المعاقين عندما يلتحقون في مدرسة منزلية واحدة.

وكما يتضح من جدول رقم (1) تظهر أمثلة لـ 11 نوع من العلاقات الاجتماعية التي يمكن أن تتطور بين الأطفال، و جدول (2) يركز على الطفولة المبكرة والتي تشمل كل نمط من العلاقات التي تنمو وتتطور في المدرسة المنزلية أو العنقودية.

وقد أظهرت بعض البحوث أن إلحاق الأطفال ذوي الإعاقات بمدارس منتظمة أو فصول في مدارس لا يؤدي بالضرورة إلى زيادة التفاعلات الاجتماعية الإيجابية (Gresham, 1982; Guralnich, 1980).

كذلك فقد حدثت تطورات عظيمة في أنواع الاستراتيجيات التي تعزز العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين الأطفال وبعض تلك الاستراتيجيات تركز على سلوك الأطفال مثل أنشطة التعليم التعاوني (Eichinger, 1990:) و بعض المناحي النظرية الأخرى ضمنت أو دمجت التغييرات في الأدوار والمسئوليات في التيسيرات المنهجية مثل التدريس كفريق (Giangreco, 1991; Thousand & Villa: 1990) وفيما يتعلق بالتحديات التي تواجه التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة من حيث تعليمهم أو إعاقاتهم الجسدية والذين يتعلمون في المدارس المنزلية اليوم تعتبر ذلك أكثر مثالية من الواقع ذاته فقد قدر سالور وهارنج (Sailor & Haring, 1988) نسبة حوالي 60% إلى 70% من الأطفال ذوي الإعاقات الحادة في أمريكا يتم رعايتهم في مدارس منعزلة وتوجد أدلة على أن نجاح التكامل والدمج يمكن أن يحدث ويكون أكثر انتشاراً على أي

حال للتلاميذ ذوي الإعاقات الحادة عندما يلتحقون بالمدارس المنزلية.

ما هو المنهج الذي نعلمه لذوي الإعاقات الحادة؟

منذ زمن ليس بالبعيد ركز التربويون كثيراً على مفهوم العمر النمائي أو العقلي للأطفال، وبالرغم من أن هذا المفهوم يساعد على تحديد مهارات الطفل وما يمكن وما لا يمكن أن يعمله ويتعلمه إلا أنه يقلل من الاستخدام الفعال لوقت التعليم، هذا الاتجاه يفترض أن تسلسل نماذج أو أنماط السلوك أو سلوك معين للأطفال غير المعاقين مناسب للأطفال ذوي الإعاقات الحادة أو المزمنة (Brown: 1987).

الاعتماد الصارم على الاتجاه النمائي ربما يؤدي إلى التركيز على المهارات المطلوبة، وكذلك على استعدادات ما قبل التدريس والتي لا تكون الأساس الواقعي للخطوات الأخيرة (Ludlow & Sobsey: 1984) والاتجاه النمائي يمكن أن يؤدي إلى إدراك أن التلاميذ ذوي الإعاقات الحادة سيستمرون أطفالاً (Bellamy & Wilcox: 1982).

معظم التربويين ومعلمي التلاميذ ذوي الإعاقات الحادة يدركون أنه من المهم أن يكونوا على دراية تامة بالتسلسل لنمو الطفل العادي ولكنهم يدركون أن هؤلاء التلاميذ غالباً لا يكتسبوا المهارات بنفس طريقته وفي نفس الوقت الذي يكتسب فيه غير المعاقين المهارات النمائية.

وعلى سبيل المثال: لو أن هناك طالب من ذوي الإعاقات الحادة يبلغ من العمر 16 سنة أمكنه تعلم أن يطعم نفسه وأن يستخدم الحمام ولكنه لم يتعلم ذلك بنفس طريقة الطفل العادي الذي يبلغ من العمر سنتين عند مقارنة الخبرات الماضية والبيئات الحالية والتوقعات المستقبلية لهذين الطفلين -

بالطبع - تكون مختلفة تماماً إلا أنه من خلال قدراتهم على أداء مهارات عديدة ربما تكون متشابهة، ومما يبرهن على ذلك ما قدمه (Freagon: 1982) من انتقاد لموضوع استراتيجية التسلسل النمائي في الفقرة التالية:

عندما نقوم بتوظيف استراتيجيات المنهج النمائي فإن من الجدير بالملاحظة أن نعتبر التلاميذ ذوي الإعاقات الحادة يواجهون صعوبات لإنجازاتهم التالية بعد المدرسة وكراشدين وتتشابه مع ما يواجهه التلاميذ العاديين وذلك لاعتبارين هما:

الاعتبار الأول: عندما تعتمد أنشطة المنهج على النمو العقلي الاجتماعي واللغوي الحركي أيضاً، فإن التلاميذ ذوي الإعاقات الحادة نادراً ما يكتسبون أكثر من 1: 2 من أعوام النمو من خلال الكورس المقدم لهم لذا فإن الطالب ذو الإعاقة الحادة في سن 18 سنة ينخفض أدائه إلى مستوى طفل ما قبل المدرسة أو المرحلة الابتدائية من العاديين ولا يكونون جاهزين لاستيعاب أنشطة 18 سنة.

الاعتبار الثاني: نادراً ما يوجد دليل تجريبي يدعم فكرة أن الأطفال ذوي الإعاقات الحادة يمكنهم التعلم والنمو عبر نفس نماذج النمو والتعلم لدى التلاميذ العاديين لكي ينجز نفس الأهداف من التعليم، كذلك فإن محتوى المنهج الحديث للتلاميذ ذوي الإعاقات الحادة يوصف بأنه يركز على المهارات الوظيفية التي يمكن أن تستخدم حالياً ومستقبلاً ومهنياً ومؤسسياً من خلال بيانات استجمام وقضاء وقت فراغ، ويجب توجيه البرامج

التربوية مستقبلياً لتدريس المهارات والسلوكيات التي تمكن التلاميذ ذوي الإعاقات الحادة أن يكونوا أكثر استقلالاً ومنتجين كلما أمكن ذلك بعد تركهم المدرسة.

:الوظيفة Functionality

تعتبر المهارة الوظيفية هي المهارة التي تفيد الفرد حالاً ويحتاج إلى توظيفها باستمرار في المواقف والبيئات الطبيعية، كذلك هي المهارة التي يجب أن توظف مواد حقيقية وتوظف قدرة التلميذ على الأداء المستقل كلما أمكن ذلك.

من أمثلة تلك المهارات الضرورية للطفل مهارة ركوب أتوبيس المدرسة بصفة يومية، أو استخدام ماكينة صرف العملة (Robinson, Griggith, McComish & Swasbrook: 1984).

مدى مناسبة العمر الزمني- Chronological Age- :Appropriatenss

سوف يشارك ذوي الإعاقات الحادة في الأنشطة التي تكون مناسبة لغير المعاقين والذين هم من نفس عمرهم الزمني كلما كان ذلك ممكناً، كذلك فإن الراشدين منهم لا يستطيعون استخدام نفس المواد المناسبة لصغار الأطفال المعاقين ومن المناسب أن تدرس المهارات الابتكارية مثل البولنج وعملية تسجيل الشرائط أو اشتراكهم في مشروعات في وقت الأجازة مثل طباعة كروت الاحتفالات، كذلك فمن المناسب تجنب تزيين جدران الفصول بأشياء تجذب اهتمام الطفل أكثر من اللازم مثل طائر كبير أو ميكي ماوس وهذا غير

مرغوب أيضاً في رياض الأطفال.

من المهم عند بناء خطة التعلم الفردي (IEP) للتلاميذ ذوي الإعاقات الحادة أن تراعي المهارات المتضمنة بها العمر الزمني، وكذلك أن تكون وظيفية ليس فقط بسبب أن هذه المهارات هي المرغوبة والمطلوبة لهؤلاء التلاميذ ويجب تعلمها، ولكن بسبب آخر هو أن المؤسسات الأخرى غير المدرسية تتطلب تعلم تلك المهارات وكذلك لأن السلوكيات المناسبة للعمر والوظيفية تكون معززة أكثر في البيئات الطبيعية ونتيجة لذلك تصبح جزء من حصيلة السلوك (Horner, Dunlap, & Koegel, 1981; Stokes & Baer, 1977).

المشاركة الجزئية Partial Participation:

قدم هذا المبدأ (Baumgart et al: 1982) ومفاده أننا لو اعترفنا أن هناك بعض الأطفال من ذوي الإعاقات الحادة غير قادرين على أداء جميع خطوات المهمة أو النشاط المعين باستقلالية فإنهم في الغالب يمكنهم أن يفعلوا خطوات معينة من المهمة مثال ذلك: التلميذ الذي لا يستطيع التحدث يمكنه أن يشير إلى الصور الموجودة في القائمة.

وقد قام كلاً من (Snell, Lewis & Houghton, 1989) بتعليم ثلاث أطفال في المرحلة الابتدائية لديهم شلل مخي وإعاقة فكرية أن يؤديوا مهمة مختارة ومكوناتها لغسيل الأسنان، وأثناء قيام التلاميذ الثلاثة كانوا يقيمون التلاميذ من حيث مدى المشاركة الجزئية في نشاط غسل الأسنان كنشاط له معنى ويظهر سعادة لدى الأطفال.

القدرة على الاختيار Making Choices:

فيما سبق كانت الفرص للتلاميذ ذوي الإعاقات الحادة لتنمية قدراتهم على اختيار بديل من الاختيارات والقرارات أو التعبير عن تفضيلاتهم فرص قليلة وكان التركيز على تطبيق منهج تعليمي معين للتلاميذ وتقليدياً كان الهدف هو تعليمهم العناية بأنفسهم وأن يكونوا مطيعين Compliant وإيجابيين.

أما الآن فقد بدا واضحاً أن بعض القائمين على رعاية ذوي الإعاقات الحادة يشعرون أنه من السهل والأسرع إكمال المهام لذوي الإعاقات الحادة عن أن يقوموا بها بأنفسهم، بينما هناك آخرون لديهم اتجاه أن هؤلاء التلاميذ لديهم مشكلات كثيرة مرتبطة بنواحي عجزهم، وفيما يتعلق بما يترتب على ذلك فإن النتيجة يمكن أن تكون حماية زائدة أو تشجيع العجز المكتسب أو حرمان الفرد من الخبرات المتاحة (Gues, Benson, & Siegl-causey, 1985).

كذلك فإن الجهود التي تقدم لمساعدة هؤلاء الأطفال ذوي الإعاقات الحادة تهدف إلى تعليمهم أن يكونوا أكثر استقلالية وأن يكونوا أكثر قدرة على اختيار القرارات المناسبة عن الموضوعات المهمة بالنسبة لهم، مثال ذلك أنماط المؤسسات ونظمها وكذلك الأطعمة التي يتناولونها والمشاركين معهم في عملية التطبيع الاجتماعي، وكذلك مدى إمكانية مشاركتهم في روتين الحياة اليومية ومشكلاتها وأنشطتها (Bannerman, Sheldon, Sherman & Harchik: 1990)، حتى ذوي الإعاقات الحادة المزمنة والذين لا يتواصلون لفظياً لديهم القدرة على اختيار القرارات المناسبة لو أعطوا الفرصة، وقد قرر كلاً من (Wacher, Wibbins, Fowler & Berg: 1988) ذلك من خلال نتائج ثلاث تجارب مع ذوي الإعاقات المزمنة استحدثت برامج تفضيلهم لبعض

الألعاب والأساليب الاجتماعية.

وقد قدم كلاً من (Shevin & Klein: 1989) عدة اقتراحات لدمج بعض أنشطة عمل الاختبارات المناسبة مع برامج الصف الدراسي لذوي الإعاقات الحادة. مثال ذلك تقديم صور للطفل لنوعين من الأنشطة وأن نطلب منه أن يشير إلى واحد يفضله عن الآخر، ونسأل طفل آخر من تحب أن يشترك معك في هذا النشاط؟ أو يسأل المدرس بشكل آخر سوف نعيد مرتين هذا النشاط؟ في مثل هذه الأنشطة يجب على المدرس أن يكون جاهزاً لتقبل البديل الذي يختاره التلميذ.

مهارات التواصل Communication Skills:

يوجد تناول جيد من البحوث لموضوع الطرق الخاصة لتدريس مهارات التواصل للأطفال والشباب ذوي الإعاقات الحادة، وتعتبر المهارات الأساسية التواصل ذات أهمية للتوظيف الناجح للدارسين للبرامج المهنية وبرامج الحياة التي تنمي الاستقلالية (Orlansky, 1986: Rusch, Chadsey-Rusch & Iagomarcino, 1987) كذلك فإن تعلم وفهم وإنتاج لغة الحديث والنطق عادة ما يعتبر هدف مهم ومرغوب بالطبع للعديد من التلاميذ ذوي الإعاقات الحادة، والطفل الذي يستطيع التخاطب لفظياً يكون لديه مدى واسع من إمكانية التعلم والتوظيف وابتكار الفرص والاستفادة منها أكثر من الطفل الذي لا يستطيع التواصل اللفظي.

المراجع

- Anderson, R.M., Greer, J.G., & Rich, H.L. (1982). An introduction to severely and multiply handicapped persons. In J.G. Greer, R.M. Anderson, & S.J. Odle (Eds.), *strategies*
- Baumgart, D., Brown, L., Pumpian, I., Nisbet, J., Ford, A., Sweet, M., Messina, R., & Schroeder, J. (1982). Principle of partial participation and individualized adaptations in educational programs for severely handicapped students. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*, 7, 17-27.
- Bellamy, G.T., & Wilcox, B. (1982). Secondary education for severely handicapped students: Guidelines for quality services. In K.P. Lynch, W.E. Kiernan, & J.A. Stark (Eds.), *Prevocational and vocational education for special needs youth: A blueprint for the 1980s*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Brown, L. (1990). Who are they and what do they want? An essay on TASH. *TASH Newsletter*, 16 (9), 1.
- Brown, L., Branston-McClean, M. B., Baumgart, D., Vincent, L., Falvey, M., & Schroeder, J. (1979). Using the characteristics of current and subsequent least

restrictive environments in the development of curricular content for severely handicapped students. *AAESPH Review*, 4, 407-424.

Brown, L., Long, E Udvari-Solner, A., Davis, L., VanDeventer, P., Ahlgren, C., Johnson, F., Gruenewald, L., & Jorgensen, J. (1989a). the home school: Why students with severe disabilities must attend the schools of their brothers, sisters, friends, and neighbors. *The Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, 14, 1-7.

Bullis, M., & Bull, B. (1986). *Review of research on adolescents and adults with deaf-blindness*. Washington, DC: Catholic University of America, DATA Institute.

Bullis, M., & Otos, M. (1988). Characteristics of programs for children with deaf-blindness: Results of a national survey. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 13, 110-115.

Dantona, R. (1986). Implications of de-mographic data for planning of services for deaf-blind children and adults. In D. Ellis (Ed.), *Sensory impairments in mentally handicapped people*. San Diego: College-hill.

- Downing, J., & Eichinger, J. (1990). Instructional strategies for learners with dual sensory impairments in integrated settings. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 15, 98-105.
- Eichinger, J. (1990). Effects of goal structures on social interaction between elementary level nondisabled students and students with severe disabilities. *Exceptional Children*, 56, 408-417.
- Federal Register*. (1988). Code of federal regulations. 34: Education: Parts 300-399, revised as of July 1, 1988. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Forest, M., & Lusthaus, E. (1990). Everyone belongs with the MAPS Action Planning system. *Teaching Exceptional Children*, 22(2), 32-35.
- Freagon, S. (1982). Present and projected services to meet the needs of severely handicapped children (Key-not address). In *Proceedings of the National Parent Conference on Children Requiring Extensive Special Education Programming*. Washington, DC: U.S. Department of education, Special Education Programs.
- Fredericks, H.D., & Baldwin, V. (1987). Individuals with sensory impairments: Who are they? How are they

- educated? In L. Goetz, D. Guess, & K. Stremel-Campbell, (Eds.), *Innovative program design for individuals with dual sensory impairments* (pp. 3-14). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Giangreco, M.F. (1991). Curriculum in inclusion-oriented schools: Trends, issues, challenges, and potential solutions. In S. Stainback & W. Stainback (Eds.). *Teaching in the inclusive classroom: Curriculum design, adaptation and delivery*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Gresham, F.M. (1982). Misguided mainstreaming: The case for social skills training with handicapped children. *Exceptional Children*, 48, 422-433.
- Guess, D., Benoson, H.A., & Siegel-Causey, E. (1985). Concepts and issues related to choice-making and autonomy among persons with sever disabilities. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 10, 79-86.
- Guralnick, M.J. (1990). Social competence and early intervention. *Journal of Early Intervention*, 14, 3-14.
- Halderman V. Pennhurst State School & Hospital, 446 F. Supp. 1295 (E.D. Pa. 1977).

- Horner, R.H., Dunlap, G., & Koegel, R.L. (1988). *Generalization and maintenance: Life-style changes in applied settings*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Hunt, P., Goetz, L., & Anderson, J. (1986). The quality of IEP objectives associated with placement on integrated versus segregated school sites. *The Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, 11, 125-130.
- Justen, J.E. (1976). Who are the severely handicapped? A problem in definition. *AAESPH Review*, 1(2), 1-12.
- Lindley, L. (1990, August). Defining TASH: A mission statement. *TASH Newsletter*, 16(8), 1.
- Ludlow, B.L., & Sobesy, R. (1984). *The School's role in educating severely handicapped students*. Bloomington, IN: Phi Delta Kappa Educational Foundation.
- Putnam, J. W., Rynders, J. E., Johnson, R. T., & Johnson, D. W. (1989). Collaborative skill instruction for promoting positive interactions between mentally handicapped and nonhandicapped children. *Exceptional Children*, 55, 550-557.

- Robinson, D., Griffith, J., McComish, L., & Swasbrook, K. (1984). Bus training for developmentally disabled adults. *American Journal of Mental Deficiency, 89*, 37-43.
- Sailor, W., & Guess, D. (1983). *Severely handicapped students: An instructional design*. Boston: Houghton. Mifflin.
- Sailor, W., & Haring, K. (1988). *Annual report: Year 1*. San Francisco State University, Department of Special Education, California Research Institute on Placement of Students with Severe Disabilities.
- Sailor, W., Anderson, J.L., Halvorsen, A.T., Doering, K., Filler, J., & Goetz, L. (1989). *The Comprehensive Local School: Regular Education for All Students with disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Scheerenberger, R.C. (1983). *A history of mental retardation: A quarter century of promise*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Snell, M. E., Lewis, A. P., & Houghton, A. (1989). Acquisition and maintenance of toothbrushing skills by students with cerebral palsy and mental retardation. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 14*, 216-226.

Snell, M.E., & Renzaglia, A.M. (1986). Moderate, severe, and profound handicaps. In N.G. Haring & L. McCormick (Eds.), *Exceptional children and youth* (4th ed) (pp. 271-310). Columbus, OH: Merrill.

Snell, M.E., Lewis, A.P., & Houghton, A (1989). Acquisition and maintenance of toothbrushing skills by students with cerebral palsy and mental retardation. *The Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, 14, 216-226.

Snell, M.E., Renzaglia, A.M. (1986). Moderate, severe, and profound handicaps. In N.G. Haring & L. McCormick (Eds.), *Exceptional children and youth* (4th ed.) (pp. 271-310). Columbus, OH: Merrill.

Sontag, E., Sailor, W., & Smith, J. (1977). The severely/profoundly handicapped: Who are they? Where are we? *The Journal of special Education*, 11(1), 5-11.

Sontag, E., Sailor, W., & Smith, J. (1977). The Severely/Profoundly Handicapped: Who are They? Where are we? *The Journal of Special Education*, 11(1), 5-11.

Stainback, S., & Stainback, W. (Eds.). (1991). *Teaching in the*

inclusive classroom: Curriculum design, adaptation and delivery. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Stokes, T.F., & Baer, D.M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*, 349-367.

Sues, D., & Mulligan, M. (1982). The severely and profoundly handicapped. In E.L. (Ed.), *Exceptional children and youth: An introduction* (2nd ed.), Denver: Love.

Thousand, J.S., & Villa, R.A. (1990). Sharing expertise and responsibilities through teaching teams. In S. Stainback & W. Stainback (Eds.), *Support networks for inclusive schooling: Interdependent integrated education* (pp. 151-166). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

U.S. Office of Education. (1977a). Implementation of Part B of the Education of the Handicapped Act. *Federal Register, 42*, 42474-42518.

Wolery, M., & Haring, T.G. (1990). Moderate, severe, and profound handicaps. In N.G. Haring & L. McCormick (Eds.), *Exceptional children and youth* (5th ed.) (pp. 239-280). Columbus, Oh: Merrill.

Wolfensberger, W. (1976). The origin and nature of our

institutional models. In R.B. Kugel, & A. Shearer, (Eds.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded* (pp. 35-82). Washington, DC: President's Committee on Mental Retardation.

Wyatt V. Stickeny, 344 F. Supp. 387, 344 F. Supp. 373 (M.D. Ala. 1972), 334 F. Supp. 1341, 325 F. Supp. 781 (M.D. Ala. 1971), aff'd sub nom. Wyatt V. Aderholt, 503 F. 2d 1305 (5th Cir. 1974).