

[٧]

الوقاية والتدخل المبكر للإعاقات
الجسمية والصحية

د. منال يحيى إبراهيم باعمر

دكتوراه في التربية الخاصة

الوقاية والتدخل المبكر للإعاقات الجسمية والصحية

د. منال يحيى إبراهيم باعمر *

ملخص:

هدفت هذه الورقة إلى التعريف بالوقاية والتدخل المبكر للإعاقات الجسمية والصحية، حيث تنطوي "الإعاقات الجسمية والصحية" على مدى متسع ومتباين من الإعاقات غير المتجانسة، وتدل جميعها على المشكلات التي تواجهها صحة الفرد وسلامته الجسدية ووظيفيته. وتترك هذه الإعاقات كغيرها من الإعاقات أثراً عدة على الفرد سواء على أداءه الوظيفي أو حياته اليومية، أو على وضعه النفسي والاجتماعي. ومن هنا تكمن أهمية التعرف على إجراءات الوقاية، والتدخل المبكر، لهذه الإعاقات، أو الأمراض المزمنة والتي تعيق أداء الفرد.

وفي هذه الورقة سيتم استعراض مايتعلق بالوقاية والتدخل المبكر للإعاقات الجسمية والصحية. تناولت هذه الورقة الوقاية ومستوياتها، وأهدف كل مستوى منها، إضافة إلى دور الأسرة في الكشف المبكر عن حالات الإعاقات الجسمية والصحية. كما تم التطرق للاختبارات النمائية الكشفية، ومن ثم الانتقال إلى التدخل المبكر، ومبرراته، وعلاقة القياس به، وشم التعريف بفريق عمل التدخل المبكر، والعناصر التي يجب أن يتضمنها التدخل المبكر في التربية الخاصة، إضافة إلى مبادئ التدريب وتعليم الأسرة في برامج التدخل المبكر، وأخيراً تم التطرق إلى برامج التدخل المبكر للإعاقات الجسمية والصحية، وبدائل تقديم الخدمة إضافة إلى خدمات البورتيج.:

* دكتوراه في التربية الخاصة.

Abstract:

This paper aims at giving an introduction on prevention and early intervention in physical and health disabilities especially when the term "physical and health disabilities" covers a wide range of dissimilar disabilities which causes different problems for the individual's health, safety and wellbeing. Like other types of disabilities, these disabilities have different effects on the individual's daily life, his psychological and social status and that stress the importance of the preventive measures and early intervention steps to deal with these disabilities and terminal illnesses at early stages.

This paper discusses the related aspects to prevention and early intervention in physical and health disabilities. The paper assesses the level of prevention, the objectives of each level and the role of the family in early diagnosis as well as developmental screening tests. The paper then moves to review the early intervention, its justifications in relation to screening and diagnosis. After that, the author defines the early intervention team and elements that should be provided in the early intervention in special education in addition to the basic family education and training. Finally, the early intervention programmes for physical and mental disabilities, it alternatives and portage services will be discussed.

مقدمة:

الوقاية مفهوم عام وشامل ينطوي على العديد من الإجراءات، منها ما يتعلق بالوقاية كوسيلة لمنع للأخطار، والإعاقات، إضافة للكشف المبكر عن الإصابات، والأمراض، والإعاقة، وإجراء التدخل المبكر لها، ومساعدة الفرد، وأسرته على التكيف مع الإعاقة، وأن نصل بالفرد إلى أقصى إمكانياته.

بحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية فإن هناك تزايداً في أعداد الأفراد المعاقين والمصابين، بسبب الحروب والنزاعات، والاضطرابات، إضافة إلى الحوادث المرورية؛ مما دعا إلى اللجوء لوسائل واستراتيجيات منع حدوث الإعاقة، وقد عززت منظمة الصحة العالمية WHO إجراءات متنوعة للوقاية من الإعاقات، والأمراض المؤدية للإعاقة.

وإذا ما تأملنا المصطلحات التالية:

- **الإصابة Impairment:** وهي اضطراب أو ضعف خلقي مكتسب في الوظائف الجسمية، أو الحسية.
- **العجز Disability:** عبارة عن المشكلات الوظيفية، أو القصور الناجم عن الإصابة أو الضعف ويشير إلى الصعوبات الجسمية.
- **الإعاقة Handicap:** هي عدم قدرة الفرد على تأدية وظائفه الطبيعية في الحياة اليومية.

وتشتمل الوقاية ثلاثة مستويات:

- **المستوى الأول من الوقاية:** تعزز إجراءاتها منع حدوث الأمراض المسببة للإعاقة، والتي تتضمن التطعيم ضد شلل الأطفال، والحصبة

الألمانية، والرعاية قبل الولادة لضمان رعاية صحية للأُم والجنين، والتغذية الملائمة وخاصة الحديد، واليود والفيتامينات، والوقاية من الإصابات والعوامل البيئية.

• **الوقاية من الدرجة الثانية:** تكون الإصابة أو المرض قد حصلت فيتم اللجوء إلى التدخل الطبي وذلك لعلاج الإصابة، أو المرض، أو لمنع تفاقم الإصابة أو الإعاقة، إضافة للكشف عن الأمراض والإعاقات، وتتضمن هذه التدخلات: المعالجة بالعقاقير، العلاج الطبي للأمراض المعدية، علاج إصابات الحبل الشوكي، والدماغ والوقاية من سوء التغذية والعلاج الطبي للاضطرابات العقلية.

• **الوقاية من الدرجة الثالثة:** تكون الإصابة قد حدثت، وتتركز الإجراءات إلى علاج الإصابة، وإجراء التدخلات بغرض تقليل آثار الإعاقة (Goerdt,1995).

وتهدف الوقاية من الدرجة الأولى إلى إنجاب أطفال بلا إعاقة ومنع حدوث الإعاقة بأنواعها المختلفة. وتأخذ الوقاية من الدرجة الأولى اتجاهاً من الأنشطة:

• **الإرشاد الجيني:** وهو من الخدمات التي يلجأ إليها الراغبون في الزواج، أو الآباء الراغبين في إنجاب أطفال آخرين غير معاقين أو غير مصابين بأمراض وراثية، وكذلك الحال بالنسبة للآباء المنحدرين من أسر أنجبت أطفالاً معاقين، إضافة للأمهات الأكبر من ٤٠ عاماً. وغيرهم من الآباء الذين يواجهون احتمالات خطر إنجاب أطفال معاقين.

ويهدف الإرشاد الجيني إلى:

- تحديد الأفراد المعرضين للإصابة بالأمراض الوراثية، وتقديم الفحوصات المتاحة، وتوضيح الأخطار المستقبلية إذا كانت هناك مخاطر.

- التقليل من ولادة أطفال مهيبين لخطر الإعاقة. و الوقاية من الولادات المعاقة.

- لفت الانتباه إلى حالات الخطر الخاصة التي يمكن أن تولد مع الطفل؛ وذلك لأعراض التشخيص المبكر والذي يحدث قبل الولادة ومن ثم اتخاذ الاحتياطات اللازمة.

ويشتمل الإرشاد الجيني على:

- تشخيص دقيق لحالات الإعاقات، أو الاضطرابات، أو الأمراض الوراثية الموجودة في الأسرة.

- تاريخ الأسرة، والتعرف على بعض حالات الإعاقة أو الحالات المرضية الموجودة في العائلة. من خلال دراسة شجرة العائلة، والتنبه للمخاطر المحتملة، وأخذ الاحتياطات اللازمة لذلك.

- التعرف على عمر الأم ومدى ملائمتها للإنجاب.

• ويقوم المرشد الجيني بحساب احتمالات إنجاب طفل ذو إعاقة، أو اضطراب جيني، إلا أن المرشد الجيني لا يستطيع التأكيد بنسبة ١٠٠% من أن الطفل سيولد معاقاً؟

والأم هي من يقرر إبقاء الطفل أو عدم إبقائه في حالة احتمالية

الإعاقة.

<http://docs.ksu.edu.sa/DOC/Articles40/Article400013.doc>

الإعاقة	الانتقال الجيني
الشلل الدماغي	ليس وراثياً ولكن هناك حالات نادرة يمكن أن يكون للوراثة دور فيها.
الصرع	ليس وراثياً، ولكن وجد لدى بعض الأفراد شذوذ في جينات محددة تسبب تغيرات في بعض المواد الكيميائية في الدماغ كالكالسيوم والبوتاسيوم والصوديوم
العمود الفقري المفتوح	أسابه غير معروفة ويعتقد بأنه يحدث نتيجة تفاعل عوامل جينية وبيئية تسبب ضئيلة منه وراثية"
شق الحلق والشفة	تعتبر الوراثة عامل رئيسي في حدوثه
خلع الورك الولادي	هناك عامل وراثي يسببه عندما يكون لدى الطفل ارتخاء المفاصل الوراثي. ووجود حالة في أسرة ما يعني احتمالية الإصابة لفرد آخر من أفراد الأسرة.
ضمور العضلات	وراثي: الإصابة لدى الذكور عن طريق جينات متحفية، ولدى الإناث عن طريق جينات سائدة.
سكري الأحداث	تلعب الوراثة فيه دورا كبيرا.
الأنيميا المنجلية	مرض وراثي ينتقل كصفة متنحية.
الثلاسيميا	مرض وراثي.
التليف الحويصلي	مرض وراثي.
الهيموفيليا	مرض وراثي.

العناية بمرحلة ما قبل الولادة:

إن العناية في مرحلة ما قبل الولادة تقلل وبشكل فعال الولادات ناقصة الوزن، والغير مكتملة، وفي هذا النوع من الرعاية يقوم الطبيب بالتأكد من صحة الأم، وتطور الحمل، وتحذير الأم الحامل من بعض الممارسات الخطرة والمتضمنة في: تعاطي المخدرات، الكحول، التدخين، تناول العقاقير الطبية التي قد تؤثر على الجنين، إهمال الأم لتناول الكالسيوم، والحديد، والفيتامينات.

ويصف الطبيب المواد الناقصة لدى الأم والجنين، ويتم تثقيف الأمهات في هذه المرحلة حول كيفية العناية بالطفل القادم.

(Kirk, Gallagher, Anastasiow, 1993)

هناك عدد من الفحوصات التي تتعرض لها الأم الحامل؛ للتأكد من سلامة الطفل وخلوه من الأمراض، أو الإعاقات. حيث تظهر هذه الفحوصات ما إذا كان الطفل معرضاً لخطر الإعاقة أم لا؟.

إن التوقعات التي نحصل عليها من خلال هذه الفحوصات توفر المعلومات اللازمة للأسرة حول الإصابة، أو الإعاقة، والإجراءات التي يمكن اتخاذها بالإضافة للتهيئة النفسية للأسرة.

ومن هذه الفحوصات:

فحص ألفا فيتوبروتين Alpha fetoprotein:

فحص يتم إجراؤه للحوامل، اللاتي يبلغن من العمر أقل من ٣٥ سنة. ويتم فحص دم المرأة؛ للتعرف على عدد من الإعاقات. يتم أخذ عينة الدم ما بين الأسبوع ١٦ وال ١٨ من الحمل، ويتم تحليل المواد الكيميائية الموجودة فيه (ARC, 2001).

الموجات فوق الصوتية Ultrasound:

استخدام الموجات الصوتية، وأخذ صورة للجنين بحيث تمكن الأخصائيين من تحديد الاضطرابات المختلفة، ومنها كبرا صغرا استسقاء الدماغ، وحالات متلازمة داون. كما يوضح بشكل مبكر مشكلات العمود الفقري المفتوح، والمشكلات المتعلقة بالسائل الشوكي وزيادته. وتقوم الأم الحامل بعمل هذه الفحوصات في الشهر الثالث، ثم الخامس لمراقبة تطور الجنين (kirk,Gallagher,Anastasiow,1993).

فحص السائل الامينوسي Amniocentesis:

يتم استخدام هذا الاختبار لاكتشاف بعض العيوب لدى الجنين، ويتم إجراءه في الأسبوع السادس عشر من الحمل، ويتضمن سحب عينة من السائل المحيط بالجنين، ومن ثم تحديد حالات الشذوذ. (ARC,2001)

فحص خملات الكوريون Chorionic Villus Biopsy:

هذا الاختبار لا يحبذه الأطباء لما قد يؤدي إليه من أخطار، وفي هذا الاختبار يتم أخذ خزعة من نسيج الرحم للمرأة الحامل في بداية الحمل، ويتم فحصها بواسطة الميكروسكوب حيث يمكن الكشف عن بعض الإعاقات كمتلازمة داون.

(kirk,Gallagher,Anastasiow,1993)

الفقر والإعاقة:

الفقر، والإعاقة يرتبطان بعلاقة سببية، حيث تزداد احتمالية الإصابة بالإعاقة بنسبة ٤٠% في الأسر الفقيرة. ويرتبط الفقر بسوء

التغذية، والحوادث والأمراض المزمنة، وارتفاع معدلات الجريمة، ورداءة الخدمات المقدمة.

الأفراد الفقراء..... لا يتمتعون بالتأمينات الطبية، وحتى وإن توفر لديهم التأمين الطبي فهو لا يغطي جميع المصاريف، وأحياناً لا يستخدمونه. حتى الخدمات الصحية المقدمة لهم هي أقل جودة.

وتمتاز الأحياء الفقيرة بـ:

رداءة الخدمات التعليمية، وافتقار المناطق الفقيرة للتدفئة الجيدة، والمياه النقية، وزيادة تعداد الأفراد في حيز صغير، وعدم حصول الأمهات والأطفال على الرعاية الصحية الأولية، وسوء التغذية أثناء الحمل وبعد الولادة، مع ملاحظة أن الفقراء هم أكثر عرضة للإساءة، والعنف والتعرض للحوادث المرورية.

جميع ما سبق يؤدي إلى الإصابة بالأمراض المزمنة، ويزيد من احتمالية ولادة أطفال من ذوي الإعاقات (Strauser, Lustig, 2007).

الوقاية من الإصابات:

أوردت منظمة الصحة العالمية بأن ما تعداده ٦٠٠ مليون فرداً يعيشون مع الإعاقات، ولكن الأغلبية العظمى كانت من ذوي الدخل المنخفض، وأن نسبة كبيرة من هذه الحالات ناتجة عن الحوادث المرورية، والحروق، والانهيارات، وأعمال العنف مثل: الاعتداء على الأطفال، العنف لدى الشباب، الحروب والنزاعات، وقد أثبتت الدراسات بأن ٤١ حالات الإعاقات ناتجة عن الإصابات والعنف. (كالبتز الجزئي أو الكامل للأطراف، الشلل بسبب الصدمات) www.who.int/entity/violence/injeiry-prevention/en/index

تشتمل الوقاية من الإعاقة منع حدوث الأسباب المؤدية إليه، والتي يمكن تقسيمها إلى ثلاثة مجموعات:

- أسباب متعلقة بمرحلة ما قبل الولادة.
- أسباب متعلقة بمرحلة الولادة.
- أسباب متعلقة بمرحلة ما بعد الولادة.

مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة:

- تعرض الأم الحامل للأمراض الخطيرة مثل الحصبة الألمانية-التهاب السحايا.
- وترتبط الأمراض الخطيرة بأمراض (القلب- الكلى- الغدد- الربو الشديد- تسمم الحمل) بالإضافة إلى عدد من الإعاقات.
- تعرض الأم الحامل إلى عوامل ضارة كالتدخين- الكحول- والعقاقير الطبية- والأشعة السينية.
- الخداج والذي يعني ولادة الطفل قبل موعده الطبيعي، وانخفاض وزنه عند الولادة.
- عدم توافق العامل الريزيسي.
- نقص الأكسجين لسبب أو لآخر مثل الأنيميا أو تعرض الأم الحامل للاختناق أو النفاف الحبل السري حول عنق الجنين. (الخطيب، والحديدي، ٢٠٠٧).

مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة الولادة:

- إصابة دماغ الطفل أثناء عملية الولادة.
- صعوبات الولادة مثل الولادات المقعدية أو بالملقط أو الشفط.
- ارتفاع نسبة المادة الصفراء لدى الجنين.

- النزيف أثناء الولادة.
- نقص الأكسجين بسبب انفصال المشيمة قبل موعدها، أو إصابة الطفل بالأمراض الرئوية الحادة أو الاختناق.
- استخدام العقاقير المخدرة أثناء الولادة (الخطيب، الحديدي، ٢٠٠٧).

مجموعة الأسباب المتعلقة بمرحلة ما بعد الولادة:

- تعرض الطفل للأمراض الخطرة مثل التهاب السحايا والتهاب الدماغ.
- الظروف الأسرية المضطربة والحرمان البيئي الشديد.
- الإصابات المختلفة وخاصة إصابات الرأس الناتجة عن الحوادث المختلفة داخل وخارج المنزل.
- الإصابة بالأمراض المزمنة والخطيرة.
- إساءة استخدام العقاقير الطبية.
- التسمم بالرصاص أو بثاني أكسيد الكربون.
- الحمى الشديدة وخاصة إذا لم يتم علاجها في الوقت المناسب (الخطيب، والحديدي، ٢٠٠٧).

الكشف والتقييم لحالات الإعاقات الجسمية والصحية:

تعد مرحلة الكشف، والاختبارات الطبية الخطوة الأولى للكشف عن الإعاقات الجسمية والصحية، ومن خلال الاختبارات السابقة يتم الكشف عن حالات الإعاقة، وخطر التعرض للإعاقة وإجراء اللازم للجنين، والأم وتهيئة الأسرة لاحتمالية استقبال طفل معاق. بعض الأطفال يولدون وإعاقاتهم ظاهرة من الناحية الشكلية، كحالات العمود الفقري المفتوح، أو استسقاء الدماغ، أو حالات الـ pku.

كيف يستطيع الأطباء والمختصين الحكم على طفل حديث الولادة بأنه معاق أو معرض لخطر الإعاقة، وذلك من خلال الدقائق الأولى لولادته؟ عند ولادة الطفل يقوم الأطباء بالكشف الأولي؛ لتحديد ما إذا كان الرضيع يعاني من أي مشكلة، أو أنه غير عادي. والاختبارات الكشفية هي اختبارات سهلة التطبيق، ومن هذه الاختبارات أول اختبار كشمي يجرى للطفل حديث الولادة، في المستشفى في الدقيقة الأولى إلى الخامسة من عمره، والمعروف باختبار أبقار The Apgar scale، في هذا الاختبار يقوم الطبيب باختبار: لون الجلد، معدل ضربات القلب، الجهد التنفسي، حالة العضلة، ردود الفعل الانعكاسية. الأطفال الذين يسجلون درجة أقل من المتوسط على الاختبار تتم ملاحظتهم من قبل الأطباء؛ وذلك لتحديد ما إذا كانت هناك إعاقة أو مشكلة طبية تستدعي التدخل الفوري. كما أن هناك المزيد من الكشوف الطبية التي تشتمل على تحليل الدم، والبول، والتحاليل الخاصة بالغدة الدرقية وغيرها (kirk, Gallagher, Anastasiow, 1993).

إن حالات الأمراض المزمنة، مثل: سكري الأحداث، وفقر الدم المنجلي، والمشكلات الولادية الأخرى التي يولد بها الطفل، كأمراض القلب، والكلى وغيرها من الأمراض يتم الكشف عنها بسرعة وبسهولة بالتالي يتم إجراء التدخلات الطبية بالعلاج الطبي.

إن أغلب حالات استسقاء الدماغ هي حالات ولادية (٦٠%)، والباقي مكتسبة بسبب الأورام، الإصابات الدماغية، والالتهابات... ويتجمع السائل المخي، ويضغط على الخلايا العصبية الدماغية ويؤدي إلى تلف الدماغ مما يعني الإعاقة العقلية، والشلل، والنوبات التشنجية،

والضعف البصري، إذا لم تتم معالجته مبكراً. والتجمع المفرط للسائل قد يؤدي إلى توسيع حجم الجمجمة.

والعلاج هو الجراحة العصبية، حيث يتم وضع أنبوب دائم في حجيرات الدماغ؛ لتصريف السائل من الدماغ إلى الأحشاء، ويطلق على هذه العملية "العملية الصارفة"، وقد تحدث مضاعفات لهذه العملية مثل: الالتهاب، أو الانسداد للأنبوب مما يتطلب إجراء العملية مرة أخرى. تشير الدراسات بأن أكثر من ٥٠% من الحالات تموت إذا لم يجرى لهم التدخل الجراحي، ومن يبقى على قيد الحياة فهو يعاني من التخلف العقلي أو ببطء التعلم (الخطيب، ٢٠٠٦).

العمود الفقري المفتوح من الحالات التي يمكن الكشف عنها قبل الولادة في أغلب الأحوال، وهذه الإصابة لها عدة مضاعفات محتملة: إضافة إلى الشلل، فالمصابون يعانون من الاستسقاء الدماغي الذي يؤدي إلى التخلف العقلي إذا لم تتم معالجته جراحياً في أسرع وقت ممكن. وقد يحدث شلل في عضلات الجذع وذلك اعتماداً على مكان الفتحة في الظهر؛ لذلك فالعلاج الوحيد في الحالات الخطيرة هو: الجراحة العصبية الفورية، بإعادة الحبل الشوكي إلى مكانه، وإغلاق الفتحة، ولكن للعملية عدة مضاعفات حيث تقود إلى الشلل في الأطراف السفلى، وفقدان السيطرة على المثانة والأمعاء. (الخطيب، ٢٠٠٦)

هناك العديد من الحالات لا يتم الكشف عنها عن طريق هذه الفحوص، فقد تحدث بعد الولادة بفترة قصيرة مثل: بعض حالات الشلل الدماغي، أو يتم ملاحظتها بعد فترة مثل الصرع، وقد لا تظهر أعراضها إلا ما بين السنة الثانية والسادسة من العمر، وبعضها يظهر فجأة مثل

الضمور العضلي "مرض وردنج هوفمان" ويقود إلى الوفاة في مرحلة ما قبل المدرسة.

دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة:

تقوم الأسرة بالكشف المبكر عن الأطفال الذين يظهرون أنماطاً نمائية غير عادية؛ بغرض التزود بالخدمات الطبية، والنفسية والتربوية في أسرع وقت ممكن. وذلك من خلال ملاحظة انحراف الطفل عن المسار الطبيعي للنمو، والذي قد يكون أو لا يكون إعاقة في بعض الأحيان، ويلعب الآباء دوراً هاماً في الكشف المبكر عن إعاقات أبنائهم، وأفضل معين لهم هو الاطلاع على الخصائص النمائية للأطفال في المجالات المختلفة (الحركية- المعرفية- الاجتماعية- اللغوية- الانفعالية) (الخطيب، والحديدي، ٢٠٠٧).

يقوم الآباء بمراجعة الأطباء وذلك للتأكد من سلامة أطفالهم عند ملاحظتهم بأن طفلهم غير طبيعي، ويقوم الطبيب بدوره بتوجيه الأسرة إلى المراكز الخاصة بالتشخيص. وبالتالي التزود بخدمة التدخل المبكر إذا كانت هناك إعاقة.

هناك عدداً من المؤشرات التحذيرية التي تنبئ باحتمالية وجود الإعاقة الجسمية، وذلك من خلال ملاحظة الطفل، ومقارنة نموه بالتسلسل الطبيعي للنمو في مجالات عدة حيث يعتبر الانحراف عن النمو الطبيعي من المؤشرات الهامة الدالة على وجود الإعاقة.

الاختبارات الكشفية النمائية:

في المراكز المختصة بالكشف وتشخيص الإعاقة، يتم اللجوء إلى عدد من المقاييس النمائية، والتي تتناول جميع جوانب النمو. أكثر هذه

الاختبارات الكشفية النمائية استخداما: اختبار دينفر النمائي للكشف عن التأخر النمائي Denver Developmental Screening Test (DDST).

يتم تطبيق الاختبار في مدة تتراوح بين ١٥-٢٠ دقيقة، وهو مصمم للاستخدام مع الأطفال من عمر أسبوعين إلى ست سنوات، ويقاس الاختبار ١٠٧ مهارة، من خلال أربعة أبعاد نمائية: المهارات الحركية الصغيرة، المهارات الحركية الكبيرة، اللغة، المجال الشخصي الاجتماعي. ويتم ملاحظة التأخر عندما لا يستطيع الطالب الأداء لمهارة معينة يستطيع ٩٠% من الأطفال العاديين الأصغر سنا القيام بها. ويعتبر أداء الطفل غير عادي إذا أخفق في بعدين نمائيين في أكثر من فقرة في كل بعد، ومن ثم تتم إحالة الطفل لتقييم أكثر دقة.

كما يوجد العديد من الاختبارات النمائية الكشفية مثل: The Battelle Developmental Inventory Test يتم استخدامه مع الأطفال العاديين وغير العاديين، منذ الولادة وحتى عمر ٨ سنوات، وهو مكيف للاستخدام مع جميع الإعاقات بحيث يتناسب مع كل إعاقة The Developmental Profile وهو مصمم للأطفال منذ الميلاد وحتى عمر ٩ سنوات ونصف، يشتمل على ٥ اختبارات فرعية: المجال الجسمي، المساعدة الذاتية، المجال الاجتماعي، الأكاديمي، التواصل، المعرفي (Heward, 1996).

وتعتمد أغلب المقاييس النمائية على الجداول النمائية لجيزل Gesell Developmental Schedules والتي تصف المعايير الطبيعية النمائية في: النمو الحركي، السلوك التكيفي، اللغة، السلوكيات الاجتماعية الشخصية، لدى الأطفال حديثي الولادة والصغار.

ولابد أن يتم إجراء الاختبارات الكشفية بشكل متكرر، منذ الولادة إلى عمر ٦ سنوات، ويعتمد التعرف المبكر على الاهتمام، وخبرة العاملين مع الطفل وهم: طبيب الأطفال، الممرضات، الأخصائي الاجتماعي، موظفي الرعاية النهارية في المركز، معلمات رياض الأطفال، والأكثر أهمية هم الآباء (Heward,1996).

القياس وبرامج التدخل المبكر:

تعتبر ممارسات القياس من الأجزاء الأساسية في التدخل المبكر، والتربية الخاصة في الطفولة المبكرة، ويتم استخدام ممارسات القياس مع الأطفال الصغار، وأسرهم وتهدف هذه العملية إلى تزويدنا بمعلومات مفيدة تسهم وبشكل مباشر في التقييم، وتصميم التدخل الملائم وهناك ثلاثة اتجاهات في القياس:

• **تقييم نمو وتطور الطفل:** إن الغرض الرئيسي للتدخل المبكر، والتربية الخاصة في الطفولة المبكرة، تحسين المهارات، والكفايات لدى الطفل، إضافة إلى تحقيق التكيف بالنسبة للطفل والأسرة، ويحرص الآباء والعاملون مع الطفل على معرفة التقدم لدى الطفل. وتظهر أهمية التقييم في الحكم على البرنامج التربوي الفردي، ويصف القياس المتكرر التغيرات التي تطرأ على الطفل من وقت لآخر، ومعرفة نقاط القوة والضعف للطفل وبناء البرنامج على أساس التقييم.

• **تقييم العوامل المساهمة في تطور الطفل:** ويشمل هذا التقييم العوامل البيئية، والسلوكية، وذلك يحسن من قدراتنا على معرفة الحالات المرتبطة بالمرجات المرغوبة وغير المرغوبة، ومعرفة المكونات البيئية الفعالة المرتبطة بالسلوك لدى الطفل ومستويات هذا الارتباط.

ويزودنا بمعلومات تسهل علينا اختيار وتحديد المكان الأمثل للخدمة وتقديم العلاج سواء كان في المركز أو العيادة أو المنزل.

- **التقييم بغرض التخطيط وتحسين الخدمات:** ويتم مزج التقييمين السابقين، وتحليل نتائجهما بغرض إعادة النظر في برنامج التدخل المقدم ومناسبته، وإيجاد مدى من خيارات العلاج والتدخل الأكثر فعالية (McConnell,2000).

هناك عدد من المعايير يجب أن تتوافر في عملية القياس والتقييم للأطفال الصغار في مرحلة الطفولة المبكرة:

- يجب أن يتم التقييم للطفل ضمن البيئة الطبيعية للطفل، وأن تكون البيئة مريحة وغير مخيفة بالنسبة للطفل.
- تعتبر الملاحظة المباشرة للسلوك ضرورية لتحديد قدرات الطفل وبدقة/قوائم التقدير/ فعالة في تحديد نقاط القوة والضعف في جوانب محده.
- يجب أن تتم إعادة التقييم لعدة مرات لأنه من الخطير بأن نقرر بأن هذا الطفل يعاني، أو لا يعاني من الإعاقة، أو التأخر النمائي اعتماداً على مصدر وحيد.
- فالأطفال الصغار تتغير سلوكياتهم اعتماداً على الموقف، والبيئة فتفاوت استجاباتهم ما بين السيئة إلى الممتازة؛ لذلك يجب أن يتم تحديد الخط القاعدي للسلوك وتكرار القياس.
- لتحديد الأهلية لخدمات التدخل المبكر لا يجب الاعتماد على معيار واحد أو محدود بل عن طريق عدد من المصادر.

- يجب أن يشمل التقييم الآباء والأسرة، وإجراء المقابلات والتفاعل مع الأسرة، وجمع المعلومات عن تاريخ الحالة وضم هذه المعلومات مع البيانات من مصادر التقييم الأخرى.
- يجب المحافظة على اهتمام الطفل ونشاطه خلال التقييم لنضمن استجابته.
- يجب تعديل فقرات الاختبار بشكل يتناسب مع وضع الطفل وإعاقته (Heward, 1996).

ويركز القياس على الجوانب التالية:

- **المهارات المعرفية:** وتقاس عند تحفيز الطفل للأداء على المهارات ما قبل الأكاديمية مثل: التصنيف، الترتيب، التذكر، الانتباه، التخطيط واتخاذ القرار، ربط المعرفة الجديدة بالمعارف السابقة، مهارة حل المشكلات، ابتكار أفكار جديدة.
- **المهارات الحركية:** قياس مدى قدرة الطفل على تحريك الجسم، والاستدارة أو المشي نحو المثير، والتطور الحركي يشتمل على قوة وقدرة عامة على: التآزر البصري العضلي، المرونة، التحمل، الحركات العضلية الكبيرة/ المشي/ الجري/ رمي الأشياء/ القدرة على التحكم بالعضلات الصغيرة، القدرة على التقاط اللعب، ربط الحذاء.
- **التواصل والمهارات اللغوية:** ويشمل التواصل إيصال الرسالة، المعلومات حول الاحتياجات، والمشاعر، والمعرفة، والرغبات. يقوم الأطفال باستخدام مهارات التواصل عندما يتلقون المعلومات من الآخرين ويتشاركون فيها مع الآخرين/و يستخدمون اللغة لإبداء ردود الأفعال، والتحكم بالبيئة ويشتمل هذا المجال تطوير جميع طرق التواصل اللفظية(القدرة على إنتاج اللغة المنطوقة/ الأصوات/

الكلمات/ العبارات/ تركيب الجمل/ وغير اللفظية (بالإشارات والإيماءات، التبسم، أو أي ردة فعل أخرى. بالإضافة إلى المهارات الاجتماعية من خلال التشارك في اللعب والتعاون مع الآخرين وحل النزاعات (Heward,1996).

- **الفعالية والنمو الانفعالي:** يجب أن يشعر الأطفال بالرضى نحو الذات، وأن تكون لديهم القدرة على التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم.
- **العناية الذاتية والمهارات التكيفية:** تطوير المهارات التي تتناسب مع أعمار هؤلاء الأطفال الصغار، كخلع، وارتداء الملابس، تناول الطعام، استخدام الحمام، تنظيف الأسنان، غسل الأيدي....، وقدرة الأطفال على العمل باستقلالية في البيئات المختلفة، وتوفير فرص تعليمية أكبر للطفل (Heward,1996).

مبررات التدخل المبكر:

من خلال الدراسات، والبحوث التي استهدفت الأطفال منذ الميلاد وحتى عمر ست سنوات، من مختلف الإعاقات، وبرامج التدخل المبكر المقدمة، لهم أثبتت بأن التدخل المبكر ينطوي على عدد من المبررات كالتالي:

- إن السنوات الأولى من حياة الأطفال المعاقين الذين لا تقدم لهم برامج التدخل المبكر تعتبر سنوات من تضييع الفرص والتدهور النمائي.
- وآباء الأطفال المعاقين بحاجة إلى المساعدة في المراحل الأولى لكي حتى لا تترسخ لديهم أنماط تنشئة خاطئة غير بناءة.

- يعتبر التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشراً خطيراً فهو يعني احتمالات معاناة ومشكلات مختلفة مستمرة طوال الحياة.
 - إن النمو ليس نتاجاً للبنية الوراثية فقط، ولكن البيئة تتفاعل مع العوامل البيئية وتنتج الإعاقة.
 - إن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين، وأن المدرسة ليست بديلاً عن الأسرة.
 - إن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.
 - إن حدوث التدهور النمائي يعتمد على تقديم، أو عدم تقديم خدمة التدخل المبكر مما يجعل الفرق بين الطفل وأقرانه العاديين أكثر وضوحاً.
 - إن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد الجوانب حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في الجوانب الأخرى (الخطيب، الحديدي، ٢٠٠٧).
 - التدخل المبكر يقلل من الاعتمادية ويزيد من الاستقلالية لدى الطفل.
 - يخفف من الآثار النفسية المرتبطة بالإعاقة لدى الآباء.
 - تقليل كم ونوع الخدمات التي ستقدم للطفل في عمر المدرسة.
 - تخفيض الكلفة المادية المخصصة لبرامج الرعاية في المستقبل.
- www.in.gov/fssa/files/BestPractice_July_2006.pdf

فريق العمل في برامج التدخل المبكر:

يعتمد نجاح التدخل المبكر على العمل التعاوني بين الفريق المتعدد التخصصات، والمؤلف من الكوادر التالية:

- اختصاصي النسائية والتوليد.
- اختصاصي طب الأطفال.
- الممرضات.
- طبيب العيون.
- اختصاصي القياس السمعي.
- اختصاصي علم النفس.
- الاختصاصي الاجتماعي.
- اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة.
- اختصاصي العلاج الطبيعي.
- اختصاصي العلاج الوظيفي.
- المعلمون والمعلمات.
- معلمو ومعلمات التربية الخاصة.
- أولياء الأمور (الخطيب، والحديدي، ٢٠٠٧).

أهم عناصر برنامج التدخل المبكر في التربية الخاصة:

- المهارات أو العمليات الأساسية مثل: الانتباه، والإدراك، اللغة، التذكر، المهارات الحسية، المهارات الحركية.
- المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات، المهارات الحياتية اليومية، والمهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية.
- المهارات الحركية الكبيرة: المشي، الزحف، التسلق، القفز، الرمي، تساعد الطفل في تطوير الأنشطة الآلية الجسمية.
- المهارات الحركية الدقيقة: مثل حركة الأصابع.
- المهارات السمعية.

- المهارات البصرية.
 - مهارات الاتصال واللغة، وتتضمن القدرة على الاستماع والكلام.
 - المهارات الاجتماعية (يحيى، ٢٠٠٦).
- يقوم الفريق متعدد التخصصات بوضع الخطة التربوية الفردية، وتشتمل على التالي:
- مستوى الأداء الحالي للطفل.
 - الأهداف السنوية.
 - الأهداف قصيرة المدى.
 - خدمات التربية الخاصة، والخدمات المساندة التي سيتم تقديمها للطفل.
 - التاريخ المتوقع لبدء تنفيذ الخطة وتاريخ الانتهاء منها.
 - المعايير الموضوعية، والإجراءات التقييمية ومواعيد تنفيذها للحكم على الطفل ومدى تحقيقه للأهداف المنشودة (الخطيب، ٢٠٠٥).
- الخطة الفردية للخدمات الأسرية هي أهم مكونات التدخل المبكر في التربية الخاصة، حيث أن الطفل هو جزء من الأسرة، ويقضي أغلب وقته في المنزل ومع الأسرة، وتشتمل هذه الخطة على:
- تقييم أداء الطفل الحالي، بمختلف المجالات، المعرفية/ الحركية/ الاجتماعية/ التواصل...
 - بيان باحتياجات الأسرة، ونقاط القوة اللازمة لتعزيز تطور الطفل والأسرة.
 - بيان بالمرجات التي يتوقع من الطفل والأسرة إنجازها.
 - بيان بخدمات التدخل المبكر، الضرورية لتقابل احتياجات الطفل والأسرة، متضمنة طريقة تقديم الخدمة، ومدتها وتكرارها، وكتافتها.
 - التاريخ المتوقع لبدء تقديم الخدمة وتاريخ الانتهاء منها.

- اسم منسق الخدمة ومسؤولياته.
- خطوات التي ستتخذ لدعم الانتقال للطفل من مرحلة إلى التالية (Irk, Gallagher, Anastasiow, 1993).

تصميم خدمات التدخل المبكر:

يجب أن يتم تصميم البرنامج والخدمات بحيث تلبى الاحتياجات النمائية للأطفال حديثي الولادة، والأطفال الصغار، وأسره مع مراعاة تفرد كل أسرة وكل طفل. ويختلف كل برنامج من برامج التدخل المبكر باختلاف الأسرة والطفل، وهناك خمسة مكونات أساسية يجب توافرها لضمان جودة البرنامج:

- أن يتم تقديم الخدمة في البيئة الأقل تقييداً، كما يجب أن تكون البيئة طبيعية قدر الإمكان.
- يجب أن تتمركز الخدمة حول الأسرة، وأن تتجاوز مع أولويات واحتياجات الأسرة.
- يجب أن يتم تقديم الخدمة بشكل منظم ومجدول.
- أن تكون الخدمات فردية، وأن تكون مناسبة نمائياً.
- يجب أن يتم اختيار استراتيجيات أثبتت فعاليتها من خلال الأبحاث التجريبية.

.www.in.gov/fssa/files/BestPractice_July_2006.pdf

كما أن هناك عدداً من المبادئ يجب مراعاتها عند تدريب الأطفال المعاقين جسماً:

- تعزيز الاستجابة الصحيحة للطفل، فالتعزيز يقوي السلوك، كما يجب أن يكون مناسباً للطفل وفورياً.
- تأكيد المحاولات الناجحة، وعدم التركيز على خبرات الفشل وذلك يتطلب استخدام الأدوات والوسائل التي تساعد الطفل على تأدية المهمة المطلوبة.
- استخدام المواد والأدوات الطبيعية في عملية التدريب كلما كان ذلك ممكناً.
- جذب انتباه الطفل وذلك بتنظيم المواد والمثيرات، والتقليل من المثيرات المشتتة وتعزيزه عند الانتباه واستخدام مثيرات ذات خصائص واضحة محددة واستخدام التلقين بأنواعه.
- الانتقال التدريجي من المهارات البسيطة إلى الأكثر تعقيداً. واستخدام أسلوب تحليل المهمة: حيث يتم تحليل المهمة إلى أجزاء، ويفترض أن تعليم مهمة ما لها مهارات سابقة يجب أن يتم التعليم بشكل متسلسل.
- تطوير قدرة الطفل على التذكر ونقل أثر التعلم، وذلك يتطلب المزيد من التدريب والتكرار.
- توزيع التدريب وذلك يعني تدريب الطفل من خلال جلسات قصيرة نسبياً، تتخللها فترات اختبار، والتوقف عن التدريب في حالة الحصول على استجابات متشابهة (يحيى، ٢٠٠٦).

تعليم الأسرة في برامج التدخل المبكر:

تعتبر الأسرة مصدراً هاماً في برامج التدخل المبكر من مصادر المعلومات، كما أن أفضل معلم للطفل هو الأسرة حيث يقضي الطفل معها أغلب الوقت، لذلك تحرص برامج التدخل المبكر على تثقيف

الأسرة تأكيداً على العلاقة التكاملية بين تأثير الآباء على أبنائهم، وكلما كان إشراك الأسرة في البرنامج أكثر كلما كان البرنامج أكثر نجاحاً. وتعتبر الخدمة المتمركزة حول الأسرة عبارة عن علاقة صداقة وشراكة محترمة بين الآباء والعاملين مع الطفل في برنامج التدخل المبكر.

مخرجات	محتوى
<p>زيادة معرفة الآباء. يقوم الآباء بتزويد أبنائهم بعناية أفضل ورعاية أفضل. زيادة وتعزيز علاقة الآباء بالطفل من الناحية العاطفية والاجتماعية. زيادة التواصل الإيجابي مع الآباء. يكتسب الطفل مهارات محددة.</p>	<p>معلومات حول حالة الطفل النمائية، واحتياجات التعلم. استراتيجيات عامة للرعاية الوالدية. استراتيجيات عامة لزيادة التفاعل بين الآباء والطفل. استراتيجيات محددة لزيادة تفاعل الطفل. خلق مهارات محددة لدى الطفل. استراتيجيات لتسهيل أداء الطفل في السياق اليومي. استراتيجيات للتدريس المباشر للمهارات المحددة. تعزيز المهارات المعقدة عبر الوقت.</p>

(Mahoney, et all,1999)

بالنسبة لبرامج التدخل المبكر الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية تظهر أهمية العلاج الوظيفي، والطبيعي، وعلاج اللغة والنطق بشكل واضح عند العمل مع هذه الفئة، والتي يعاني أغلب

أفرادها من مشكلات حركية سواء في الحركات الكبيرة، أو الصغيرة، بالإضافة إلى مشكلات في اللغة والنطق.

العلاج الوظيفي: الفلسفة الأساسية للعلاج الوظيفي: هو أن النشاط شيء أساسي لسلامة الفرد ويهتم المعالج الوظيفي بالنشاط كوسيلة علاجية، وضمان أن الأفراد يمكنهم القيام بأفضل أنواع النشاط (العامري، ٢٠٠٤).

يسعى العلاج الوظيفي إلى تنمية المهارات الحركية الدقيقة للفرد المعاق جسمياً، وتنمية التأزر الحركي البصري، وزيادة قدرة الفرد المعوق على القيام بالمهارات الحياتية اليومية، ومهارات العناية بالذات، وذلك عن طريق تحسين وتطوير وإعادة الوظائف المصابة أو المفقودة لديه، ومنع تطور الإعاقة والإصابة من خلال التدخل المبكر.

يقوم المعالج الوظيفي ب:

- المشاركة في تقييم الفرد المعاق وذلك من أجل تحديد الحاجة للعلاج المهني ووضع أهداف العلاج.
- المشاركة في وضع الخطة والأهداف مع الاختصاصات الأخرى وذلك لتنسجم مع الأهداف التعليمية الأخرى.
- تطبيق برامج التدخل المبكر لتسهيل حصول الفرد على أقصى درجة ممكنة من الوظائف، وتحسين قدرته على العيش المستقل.
- تقديم العلاج الوظيفي في المجالات التالية:
 - مهارات الحياة اليومية والنواحي النفسية التي تؤثر على عمله وحياته المستقبلية وممارسة نشاطاته الترفيهية.

- المهارات الحس حركية والمتعلقة بالتكامل الحسي والنواحي الحسية العصبية العضلية.
- المهارات النفسية والاجتماعية كالتعبير عن النفس، ضبط النفس، التفاعل مع الآخرين.
- التكليف باستخدام الوسائل والأجهزة التعويضية وكذلك المقترحات المتعلقة بتحرير البيئة من الموانع.
- الوقاية وتتضمن المحافظة على طاقة الفرد وطريقة جلوسه وحركته والتنسيق في الأنشطة الحياتية اليومية (السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٨).

العلاج الطبيعي: ينصب اهتمام المعالج الطبيعي على تقييم حاجة الطفل المعوق إلى العلاج الطبيعي، ومن ثم تحديد البرامج والأنشطة التدريبية التي من شأنها مساعدته على الاعتماد على نفسه في المجال الحركي الكبير مثل: الوقوف، والمشي، والتوازن، ويقوم المعالج الطبيعي بتدريب الطفل على استخدام الأدوات، والأجهزة المساعدة والتصحيحية (الخطيب، ٢٠٠٦).

ويقوم المعالج الطبيعي ب:

- استعادة مجال حركة المفصل والاحتفاظ به من خلال وسائل الحركة والتمرينات.
- تقييم طول العضلة وإنجاز تمرينات التمدد وحركة الألياف الطرية لتعزيز العضلة.
- تنفيذ التقويم الخاص بقوة الحركة.
- التقويم والتدريب على الجلوس والوقوف، وكذلك التحولات والتنقلات بما في ذلك استخدام الكرسي المتحرك.

- تقييم مستوى الاستقلالية لدى المعوق خلال الوضعية وإعطاء تدريبات حركية لتعزيز القدرة الوظيفية.
- إعطاء تمارين خاصة بهدف زيادة القوة والتحمل والتنسيق لمجموعة محددة من العضلات أو لكامل الجسم.
- المساعدة في عمل تقييم للوضع المنزلي بهدف جعل البيئة المحيطة به خاليه من المعوقات وقابلة لأن يستفيد منها (المغلوث، ١٩٩٩).

أنواع العلاج الطبيعي:

- العلاج باستخدام الأجهزة الحرارية: ويشمل التدفئة العميقة والتبني الكهربي.
- العلاج المائي: ويتضمن أحواض سباحة متعددة الأحجام ومزودة برافعات لحمل المصاب ونقله من وإلى الحوض، وبعض الأحواض مزودة بأجهزة مساج، وبعضها مصمم ليستخدم مع عضو واحد.
- العلاج بالتمارين العلاجية: هي تمارين تعطى للمصاب مخصصه لكل عضو من أعضاء جسمه، اعتمادا على طبيعة الحالة وشدة الإصابة. وتهدف التمارين إلى تقوية العضو المصاب، ومرونة المفاصل وتحسين الدورة الدموية بتوصيل الدم للعضو المراد علاجه.
- العلاج بالتدليك: ويتم تحت إشراف الطبيب، ومن يقوم به يجب أن يكون ملماً بعلم التشريح ووظائف الأعضاء، ويؤدى بطريقه خاصة حيث أن التدليك غير الصحيح تكون له نتائج عكسية (السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٨).

اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة: من مهام أخصائي عيوب النطق والتخاطب تقييمه ومعالجته للمعاقين المصابين بالاختلالات

العصبية (المصابين بعدم القدرة على النطق أو فقدانه أو صعوبة النطق مثل ذوي الشلل في عضلات النطق والتلعثم، وغالباً ما يصاحب الإعاقات الجسمية صعوبات في النطق، والتواصل ويقوم الأخصائي بـ:

- تقييم مفصل لعملية سير اللغة والعلاجات الموصوفة للعجز عن الكلام، التعبير.

- تقييم آلية البلع.

- تقدير وتحديد حركة الكلام والعلاج (الملغوث، ١٩٩٩).

يجب أن تهتم برامج التدخل المبكر بجميع أبعاد النمو لدى الطفل وتطورها، اعتماداً على نتائج التقييم، وبحسب احتياجات الطفل، سيتم إيراد لمحة عن التدريب على مهارات التواصل والمهارات الحركية للأطفال المعاقين جسماً نظراً لاعتماد المهارات الأخرى على هاتين المهارتين بشكل أساسي.

التدخل المبكر في مهارات التواصل لدى المعوقين جسماً:

يقوم أخصائي اللغة والنطق بتقييم الطفل وتحديد مستواه الحالي، في مجال اللغة الاستقبالية، والتعبيرية، ومن ثم يقوم بتصميم البرنامج اعتماداً على نتائج التقييم، ويجب أن يستند البرنامج إلى مبادئ النمو والتسلسل الطبيعي للنمو اللغوي.

التدريب على اللغة التعبيرية: يتم تدريب الأطفال على مهارات التواصل عن طريق تدريب الطفل على إعطاء تسميات للأشياء، ويتضمن البرنامج التدريب على الكلمات التي تصف أشياء معينة، ومن ثم وضع مسميات الأشياء والأفعال وربطها مع بعضها بحيث تشكل في

مجملاً سلسلة من المعاني والمفاهيم، ويضم إلى تلك المفاهيم الصفات والضمائر والحروف.

اللغة الاستقبالية: تركز البرامج على مهارات التعرف على الأشياء وإتباع التعليمات والإشارة إلى الأشياء عند سماع أسمائها. وعلى الرغم من ذلك فإن العديد من المعاقين لا يتقنون ولا يوظفون مهارات التواصل بشكل فعال فتكون هذه المهارات بدائية مما يضطرهم للتواصل البصري والحركي فقط (السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٨).

التدريب على المهارات الحركية لدى الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية:

أول خطوة في برنامج التدخل تكمن في عملية التقييم التي يقوم بها كل من المعالج الطبيعي، والمعالج الوظيفي؛ وذلك بغرض تقييم الحركات الكبيرة، والحركات الدقيقة ومن ثم بناء البرنامج وفق احتياجات الطفل.

وقبل البدء بوضع برنامج للتدريب على المهارات الحركية يجب أن نضع بعين الاعتبار أن الأطفال المعوقون جسمياً يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية:

• **التشنج:** وهو زيادة في حركة العضلات ومداها. يظهر ذلك في الثني واللي في المفاصل والكوعا الرسغا الوركا الركبة، بالإضافة إلى الحودية في الظهر والعمود الفقري. وهناك حالة أخرى يكون الجسم فيها بوضع الاستقامة يندفع الرأس للخلف والأذرع قاسية وممدودة والأرجل على شكل مقص.

- إن هناك تردد وعدم ضبط لحركة العضلات ومداهها، ويظهر ذلك في حركات الرأس والأطراف وقد تكون الحركة دائرية أو عشوائية. وتزداد إذا أثير الطفل وحاول الإمساك بشيء.
- ضعف ونقصان في الحركات ومداهها، يظهر الأطفال ضعف عام في العضلات.
- يتميز المعاقون جسميا بالانعكاسات أو الحركات الأولية البدائية الغير طبيعية تظهر عند الأطفال حديثي الولادة وتزول عندما يكبر الطفل وتستبدل بالحركات الإرادية المتناسقة (السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٨).
- إن النمو الحركي يتطور وفق أنماط محددة ويتسلسل على نحو قابل للتنبؤ وتتخلص هذه الأنماط فيما يلي:
- يسير النمو الحركي من الرأس إلى القدمين: إن التطور الحركي يحدث في الرأس أولاً ومن ثم الذراعين فالقدمين.
- يسير النمو الحركي من المركز إلى الأطراف: أي أنه يحدث في الجذع أولاً ثم الأطراف. (يسيطر أولاً على حركات الجذع والرأس قبل أن يستطيع السيطرة على حركات اليدين والرجلين).
- يسير النمو الحركي من العام إلى الخاص: تتطور الحركات غير الهادفة أولاً ثم تتطور الحركات الهادفة.
- يسير النمو الحركي من الحركات الكبيرة إلى الحركات الدقيقة.
- يسير النمو الحركي بشكل متسلسل: تتطور الحركة بشكل نظامي وتختلف سرعة النمو من طفل لآخر (الخطيب، ٢٠٠٥).
- ويشمل علاج الصعوبات الحركية وتطوير مدى الحركة، وكبح التوتر العضلي المضطرب، وتشجيع الحركة الطبيعية والتوتر العضلي

الطبيعي.ومن الطرق العلاجية الأساسية المعروفة بطريقة العلاج العصبي التطوري "طريقة بوبات":

- تطوير الحركات العضلية العادية، وذلك عن طريق وضع الطفل وإجلاسه بطريقة سليمة. إضافة إلى تحريكه الحركة السليمة مما يؤدي بالتالي تقليل الحركات غير الطبيعية.
- منع وإيقاف الانعكاسات غير العادية وذلك لأن الوقوف والجلوس وتحريك الطفل بشكل سليم يؤدي إلى التقليل من الأنماط الحركية غير العادية.
- تسهيل الحركة وتنشيطها من خلال تسلسل النمو العادي للحركات (السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٨).

برامج التدخل المبكر للإعاقات الصحية:

إن الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة والتي لا تفرض قيوداً على الحركة، ولا على القدرة العقلية مثل: الفشل الكلوي، الربو، الهيموفيليا، التليف الحويصلي، الشفة الأرنبية وشق الحلق، اضطرابات القلب الولادية، الثلاسيميا، الانيميا المنجلية، سكري الأحداث، الصرع وغيرها من الحالات.....

تتمثل برامج التدخل المبكر الخاصة بها في العلاج الطبي، عن طريق العقاقير، أو عن طريق إجراء العمليات الجراحية في بعض الحالات.

أما من الناحية التربوية فتتمثل في التقليل من الآثار النفسية للإصابة، والتقليل من آثار كثرة الغياب عن المدرسة، وتراكم الدروس والواجبات، مما يشكل مشكلة أكاديمية حقيقية بالنسبة للطفل ويفوت عليه

الكثير من المعارف والمهارات الاجتماعية، وتختلف الحالات من حيث تجنب بعض الحالات النشاط الحركي المجهد، وفي بعض الحالات ينصح بالتمارين الرياضية. وتشتمل الإجراءات على توضيح حالة الطفل ذو الإعاقة الصحية في الصف، وطريقة التعامل معه في الحالات الطارئة مثل حالات الصرع، وأزمة الربو.

على المعلمين:

- تزويد الطفل بالدعم والتشجيع.
- التعليم المباشر للمهارات الشخصية والاجتماعية.
- تشجيع المواقف والاتجاهات الواقعية لدى الأسر.
- مساعدة الطفل والأسرة على الحصول على الدعم المناسب.
- تقديم التغذية الراجعة للزملاء والآخرين في المدرسة حول الطفل وحالته. (الخطيب، ٢٠٠٦)
- السماح للطلاب في حالات معينة مغادرة غرفة الصف مثل (حالات التليف الكيسي).
- الحصول على المساعدة واستدعاء الطبيب في حالات الطوارئ.
- ملاحظة التطورات على حالة الطفل وإخبار الأسرة أو الطبيب.
- السماح للطلاب بتناول الأدوية الطبية داخل الصف (السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٨).

بدائل تقديم الخدمة:

من الممكن أن يتم تقديم خدمات التدخل المبكر في عدة أماكن كالمستشفى، أو المنزل، أو مراكز التدخل للطفولة المبكرة.

تقديم الخدمات في المستشفيات: يتم تقديم المساعدة والخدمات للأطفال المعاقين عند الولادة أو إتمام الرعاية للأطفال غير مكتملي النمو، أو بعد إجراء التدخل الطبي الجراحي، وتزويد الأطفال ذوي الإعاقات الصحية بالرعاية الطبية حيث تستدعي بعض الحالات دخول الأطفال إلى المستشفى وتلقي العلاج بها بشكل متكرر (kirk,Gallagher&Anastasiow,1993).

التدخل المبكر في المنزل: في هذا النوع من البرامج يقوم المعالجين، والمعلمين، وأعضاء التدخل الآخرين بتقديم الخدمة في المنزل لعدد من الأسباب: إن الأطفال حديثي الولادة يقضون معظم وقتهم في النوم، ولا يعتبر أخذهم إلى مركز تقديم الخدمة أمراً عملياً، كما أن الأم غالباً ما تكون في مرحلة التقبل لإعاقة طفلها وغير مستعدة للخروج مع الطفل للأماكن العامة.

كما أنه لا تتوفر مراكز التدخل المبكر في كل مكان وكل مدينه بالنسبة للمدن الصغيرة، كما أن من أهداف البرنامج خلق روتين منزلي للعناية بالطفل. ويوفر التدخل المنزلي خدمات متكاملة (علاجية، وتعليمية). ويقوم البرنامج على تعليم مقدم الخدمة كيفية التعامل مع الطفل (kirk,Gallagher,Anastasiow,1993).

خدمات برنامج البورتيج:

تعد هذه الخدمات بمثابة أسلوب يتم من خلاله التعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، جميع العاملين في هذا البرنامج حاصلون على شهادة في هذه الخدمات وعلى تدريب متقدم. يهدف البرنامج إلى مساعدة الآباء لأن يصبحوا أفضل من يتعامل مع

طفلهم، وفي هذه الخدمة يقوم العاملون بزيارة الأسر بصورة أسبوعية لتقديم المساعدة؛ وذلك عن طريق تقييم الأطفال أولاً ثم تحديد نقاط الضعف واختيار الأهداف، وتعمل الزائرة المنزلية على هدف واحد مع الأسرة، وخلال الأسبوع تقوم الأسرة على تدريب الطفل ومحاولة تحقيق الهدف، وتترك الزائرة المنزلية بعض الألعاب والأدوات اللازمة لتحقيق الهدف. وتعود الزائرة في الأسبوع التالي وتقييم عمل الأم مع الطفل، فإذا تحقق الهدف يتم التقدم نحو الهدف التالي، وإذا لم يتحقق الهدف تقوم الزائرة بإعادة تعليم الأم للهدف. ولا يتم الانتقال لهدف جديد حتى يتم تحقيق الهدف السابق (العامري، ٢٠٠٤).

التدخل المبكر في المركز: وهنا يأخذ الطفل إلى مركز التدخل المبكر، والذي يضم فريق متخصص ويستفيد من هذه الخدمات الأطفال من عمر سنتين إلى ٦ سنوات، ويقضي الأطفال في هذه المراكز ٣-٥ ساعات، بواقع ٤-٥ أيام أسبوعياً ويتم تدريب الطفل في مختلف المجالات، وتعمل الأمهات مع المعلمات في متابعة أداء الطفل، ومن عيوب هذا النموذج الكلفة المادية العالية، ومشكلة توفر المواصلات، وعدم مشاركة الآباء بنفس فعالية التدخل في المنزل (الخطيب، والحديدي، ٢٠٠٧).

التدخل المبكر في المركز والمنزل: يعتبر أكثر مرونة في تلبية احتياجات الطفل والأسرة من نموذج تقديم الخدمة في المركز، ويبدأ الأطفال الالتحاق بالمركز وتلقي الخدمة في نفس الوقت عندما يبلغ الأطفال عمر ٣-٦ أشهر بحيث يتلقى الطفل الخدمة في المركز في أيام محددة وتقوم الزائرة بتقديم الخدمة للطفل والأسرة بحسب احتياجات الطفل والأسرة (kirk, Gallagher, Anastasiow, 1993).

المراجع:

- جمال الخطيب (٢٠٠٦). مقدمة في الاعاقات الجسمية والصحية، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- خالد العامري (٢٠٠٤). ذوو الاحتياجات الخاصة في المراحل الدراسية المبكرة. القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع.
- خولة يحيى (٢٠٠٤). البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- السرطاوي عبد العزيز، جميل الصمادي (١٩٩٨). الاعاقات الجسمية والصحية. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- فهد الملغوث (١٩٩٩). رعاية وتأهيل المعوقين المبادئ والممارسة. الرياض: مطابع التقنية.
- منى الحديدي، جمال الخطيب (٢٠٠٧). التدخل المبكر التربوية الخاصة في الطفولة المبكرة الطبعة الثالثة. عمان: مكتبة دار الفكر.
- منى الحديدي، جمال الخطيب (٢٠٠٧). التدخل المبكر التربوية الخاصة في الطفولة المبكرة الطبعة الثالثة. عمان: مكتبة دار الفكر.
- منى الحديدي، جمال الخطيب، (٢٠٠٥). استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. عمان: مكتبة دار الفكر.
- Goerdt, Ann (1995). Disability prevention and rehabilitation. World Health, 00438502, Vol. 48, Issue 5. WHO's Rehabilitation Unit.
- Heward, William L. (1996). Exceptional Children an Introduction to Special Education 5th ed. Prentice-Hall, Upper Saddle River.
- Kirk, Samuel A.; Gallagher, James; Anastasiow, Nicholas (1993). Educating Exceptional Children. Houghton Mifflin

- Lustig, Daniel C. Strauser, David R.(2007). Causal Relationships Between Poverty and Disability. Rehabilitation Counseling Bulletin. Volume 50, No. 4.pro.ed
- Mahoney, Gerald. Kaiser, Ann. Girolametto, Luigi. MacDonald, James, Robinson. Cordelia, Safford & Philip, Spiker(1999). Parent Education in Early Intervention:A Call for a Renewed Focus.Topics in Early Childhood Special Education.pro.ed.
- McConnell, Scott R. (2000). Assessment in Early Intervention andEarly Childhood Special Education:Building on the Past to Project Into Our Future. Topics in Early Childhood Special Education 20:1.pro.ed.
- www.in.gov/fssa/files/BestPractice_July_2006.pdf.
- www.thearc.org.
- www.who.int/entity/violence/injeiry-prevention/en/index