

## مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة

### 1- تمهيد:

لقد تغيّر مفهوم الإعاقة خلال العشرين سنة الماضية بصفة جذرية، وقديماً كان يُنظر عادة للإعاقة على أنها عاهة دائمة، عقلية كانت أو جسدية، وخطلاً أصلياً في الفرد، يجعل منه كائناً مُختلفاً عن الآخرين وكان الشخص المعوق يعتبر بصفة نهائية مختلفاً.

ويميّز اليوم بوضوح بين عاهة أو عجز شخص من ناحية وبين الإعاقات التي قد لا تتمخّض عن صعوبات العيش أو التعلّم فحسب، بل أيضاً عن المواقف والظروف التي يتواجد فيها الفرد وأصبح يُنظر إلى الإعاقات على أنها مرتبطة بأوضاع وبمتطلبات، وتوجد في أصل هذا المفهوم الجديد للإعاقة فكرة مفادها أن الشخص الذي يعاني عجزاً لا يختلف عن الآخرين، بل هو فرد عادي له احتياجات خاصة، ومنه سنتناول من خلال هذا الفصل: مدخل إلى دراسة مفهوم الإعاقة ومفهوم ذوو الاحتياجات الخاصة وتصنيفاتهم والأسباب الكامنة وراء حدوث هذه الظاهرة بالمجتمعات ونسبة حدوثها وكيفية الوقاية منها.

### 2- مدخل إلى دراسة مفهوم الإعاقة:

إن قضية الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة أصبحت من أهم القضايا التي تشغل تفكير العديد من العلماء، لأنها أحد المعايير الأساسية التي يقاس بها تقدّم أي أمة في هذا العصر، وقبل الخوض في تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن نُفرّق بين مفهوم الإعاقة بمفهومها التقليدي وكذا مفهوم العجز، وبين مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة الحديث الذي اندرج تحته فئتي الموهوبين والمتفوقين عقلياً، وفيما يلي توضيح لتلك المصطلحات:

#### 2-1. المصطلحات المستخدمة للإشارة إلى الإعاقة:

- **الاعتلال أو الخلل:** هو أي فقدان أو شذوذ في التركيب أو الوظيفة النفسية أو الفسيولوجية أو التشريحية.

- **العجز:** هو الحدّ أو فقدان القدرة (نتيجة الخلل) للقيام بتنفيذ النشاطات في الإطار الذي يُعتبر طبيعياً للكائن البشري.

- **الإعاقة (العاهة):** هي وضع غير موات بالنسبة لشخص ما نتيجة الخلل أو العجز، مما يُعيّد أو يمنع أداء دور يعتبر عادياً لذلك الشخص، اعتماداً على عوامل العمر والجنس والمتغيرات الثقافية والاجتماعية الأخرى (Soyez-papiernik, 2005: 58).

السبب في اختيار مصطلح (ذوي الاحتياجات الخاصة) ، لتجنّب الواقع السيئ والوصمة التي يحملها وصف الإعاقة، فلا يجوز على الأقل أن نُحمّله عبئ المصطلح (المعاق) إضافة إلى الأعباء الحياتية والاجتماعية التي يواجهها (المعاق).

وفي مناقشة مثيرة للاهتمام حاول "مايرسون" (Meyerson,1971) التفريق بين استخدام مصطلحي العجز والإعاقة، ورغم أن هذا التمييز قد يكون واضحاً لذوي الحاجات الجسمية الخاصة، إلا أنه مفيد أيضاً لتحديد فئات التربية الخاصة الأخرى وتطوير استراتيجيات التدخّل الملائمة لها فالعجز (Disability) يمكن تعريفه على أنه خاصية ملحوظة قابلة للقياس يحكم عليها بالانحراف أو الاختلاف عن المعايير المقبولة، أما الإعاقة (Handicap) فيمكن تعريفها على أنها الحواجز والعوائق والمتطلبات والضغوط البيئية العامة المفروضة على الشخص من قبل البيئة بما فيها الأشخاص الآخرون، وعلى ذلك فإن فقدان الرجلين عجزٌ في حين وجود الأدرج كوسيلة وحيدة للوصول إلى الهدف إنما هي إعاقة. ومفاهيم العجز والإعاقة إنما هي ظواهر اجتماعية، بمعنى أنها تتضمّن إطلاق أحكام اجتماعية ولكننا نرى أن الدلالات الاجتماعية تكون أقوى عند النظر في حجم الإعاقة، وفي هذا السياق، فالعجز يكون جانباً ثابتاً من الحاجات الخاصة أما الإعاقة فهي تميل إلى التباين اعتماداً على الموقف (الخطيب، الحديدي، السرطاوي، 2002، 21-22).

## 2-2. إطاران نظريان لتفسير مفهوم الإعاقة:

كان طبيعياً أن يظهر العديد من الأطر والنماذج التي تحاول تفسير طبيعة الانحراف عن المعيار العادي وأسبابه الأولية، ويشير (سليمان، 2001: 12-13) لإثنين من هذه الأطر يُمثّلان موقفين متطرفين:

- الإطار الأول: يتمثل في النموذج التفسيري الذي يقوم على التوجيه العضوي ويتمركز حول الفرد (Person Centered).

- الإطار الثاني: يتمثل في النموذج التفسيري النفسي-الاجتماعي (الذي يعرف أحياناً بنموذج التعلم الاجتماعي Social Learning) ويتمركز حول الموقف (Situation Centered).

الذين يأخذون بالنموذج الأول المتمركز حول الفرد يعتقدون أن الإصابات العضوية، والعيوب العقلية، ومظاهر الخلل البيوفيزيائية والبيوكيميائية الغددية هي الأسباب الأولية للانحرافات التي تؤدي إلى حالات الإعاقة، وإيماناً بأن عوامل العدوى والتسمّم والاضطرابات الأيضية وسوء الأداء الوظيفي العضلي والعوامل الجينية تعبر عن نفسها في مظاهر الضعف العضلي والشلل وبطء النمو وكفّ البصر والتصم والاضطرابات الذهنية والتخلّف العقلي، فإن أصحاب النظرة المتمركزة حول الفرد يؤسعون من نطاق نموذجهم التفسيري ويرون أن أسباباً متشابهة عضوية وجينية وبيوكيميائية يمكن أن توجد بالنسبة لمعظم العيوب الذهنية وأشكال السلوك الشاذ وسلوك سوء التوافق، ومن الواضح أن أصحاب هذا التوجّه النظري يرون أن الأسباب الأولية للإعاقات تكمن في الأفراد أنفسهم ومن ثمّ فإن مظاهر الضعف والقصور توجد

بداخلهم، مما يترتب عليه أن الجهود العلاجية يجب أن تتركز حول الأسباب التي من شأنها أن تؤدي إلى تغيير في الأفراد.

وعلى عكس وجهة النظر السابقة فإن أصحاب النظريات التي تتركز حول الموقف يرون أن الأسباب الرئيسية للانحرافات التي تؤدي إلى الأوضاع المعوقة تكمن في البيئة وليس في الأفراد، قام هؤلاء بتجميع الملاحظات التي تشير إلى أن المرض العقلي، والتخلف العقلي، وسوء التوافق الاجتماعي، ترتبط بالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية وغيرها من المتغيرات البيئية، وذلك بقصد مساندة وتعزيد الافتراض القائل بأن معظم - إن لم يكن جميع- مظاهر القصور المعوقة تحدث نتيجة للظروف الاجتماعية والنفسية في حياة الأفراد.

إن تفسير وجهة نظر التعلم الاجتماعي للانحراف العقلي والسلوكي هو أن مظاهر هذه الحالات تكتسب وتستمر ويمكن تعديلها بنفس الطرق التي تستخدم في العمليات التي نعتبرها عادية، وطبقاً لما ينادي به أصحاب هذه النظرة، فإذا أمكن أن تتوافر للأفراد البيئات المادية والاجتماعية والنفسية الملائمة، يصبح بالإمكان تجنب مظاهر المرض العقلي والتخلف العقلي والإعاقات الاجتماعية.

ومما تجدر الإشارة إليه أن هذا النموذج التفسيري للظروف المعوقة في إطار التعلم الاجتماعي يعلّق أهمية بالغة على الآثار والنتائج التي تترتب على عمليات تصنيف الأطفال وإطلاق التسميات عليهم وأساليب العزل التي يتعرّض لها الأفراد الذين يُصابون بأشكال مختلفة من الإعاقات.

## 2-3. ذوي الاحتياجات الخاصة:

### 2-3-1. مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة:

هناك العديد من التعريفات التي تناولت المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة، وقد اختلف الباحثون في الزوايا التي تناولوا منها معنى الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة حسب تخصصاتهم فمنهم من تناولها من زاوية جسمية وحسية واهتمّ بالجوانب الطبّية بها، وبعضهم اهتم بها من زاوية نفسية واجتماعية ومنهم من نظر إليها من وجهة نظر شاملة للجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية وهناك من تناول تعريف المعاق بناءً على أساس طبيعة العجز، وما هو على أساس سبب العجز، وما هو على أساس آثاره، وما هو على أساس نسبته، ومن بين أهم التعاريف التي تطرقت لذوي الاحتياجات الخاصة ما يلي:

يعرف "كيرك" (Kirk, 1997) الفرد ذو الحاجات الخاصة بأنه: الفرد الذي يعاني من قصور في جانب أو أكثر من جوانب النمو، وكذلك الفرد الذي يمتلك قدرات عالية أو استثنائية، ويُنظر إليه على أنه الفرد الذي يختلف عن الفرد العادي أو المتوسط بدرجة يحتاج عندها إلى التعديل في الخبرات أو الممارسات التربوية لتنمية قدراته الخاصة واستعداداته (خليفة وعيسى، 2006: 16).

ويُعرفهم كل من "الخطيب والحديدي" بأنهم الأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة والتأهيل والخدمات الداعمة لهما ليتسنى لهم تحقيق أقصى ما يمكنهم من قابليات إنسانية، إنهم يختلفون جوهرياً عن الأفراد الآخرين في واحدة أو أكثر من مجالات النمو والأداء التالية: المجال المعرفي والمجال الجسدي، والمجال الحسي، والمجال السلوكي، والمجال اللغوي، والمجال التعليمي (الخطيب والحديدي، 2005: 16).

كما تُعرفهم "يحي" بأنهم أولئك الذين ينحرفون عن المتوسط انحرافاً ملحوظاً من النواحي الأربع: العقلية أو الجسمية أو الانفعالية أو الاجتماعية، طرفي المنحنى إلى الدرجة التي يحتاجون فيها إلى برامج تربوية خاصة (يحي، 2008: 11).

ويُعرفهم "الطريقي" بأنهم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المستوى العادي أو المتوسط في خصيصة ما من الخصائص، أو في جانب ما - أو أكثر - من جوانب الشخصية، إلى الدرجة التي تُحتم احتياجاتهم إلى خدمات خاصة، تختلف عما يقدّم إلى أقرانهم العاديين، وذلك لمساعدتهم على تحقيق أقصى ما يمكنهم بلوغه من النمو والتوافق (الطريقي، 2005: 25).

ويشير مصطلح الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى تلك الفئة من الأطفال الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن المتوسط العام للأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي اهتماماً خاصاً من المربين بهذه الفئة من حيث طرائق تشخيصهم ودفن البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس الملائمة لهم (القمش والسعيدة، 2008: 19).

### 2-3-2. تصنيفات ذوي الاحتياجات الخاصة:

يواجه التصنيف الدولي للإعاقات الكثير من النقد بسبب إفراطه في التركيز على المنظور المرّضي في تحديد العجز وإهماله الواضح لتلك الظروف البيئية المحيطة المؤثرة في تشكيل الإعاقة ويؤدي كثير من العاملين في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين قلقهم بسبب حصر إجراءات تطبيق هذا التصنيف بالأخصائيين الطبيين المؤهلين والمدربين لإجراءات تشخيص الأمراض، إلا أنه ورغم ذلك يبقى المرجع الأهم في توصيف الإعاقات وتشخيصها بمنظور علمي أقرب ما يكون إلى الدقة والموضوعية، ولا يزال الأداة الأكثر استخداماً على نطاق واسع في مجالات إعادة التأهيل والتعليم والإحصاء والسياسة والتشريع والديموغرافيا وعلم الاجتماع وعلم الاقتصاد وغيرها من المجالات (داود، 2006: 39).

و يُقسّم فئات ذوي الاحتياجات الخاصة حسب "الخطيب والحديدي" (2005) إلى الفئات الثمانية

التالية:

- الإعاقة العقلية: هي انخفاض ملحوظ في الذكاء والسلوك التكيفي، واعتماداً على مستوى تحسين الذكاء عن المتوسط تُصنّف الإعاقة العقلية إلى أربعة مستويات هي: بسيطة (55-70)، متوسطة (40-55)، شديدة (25-40)، شديدة جداً (دون 25).
- صعوبات التعلّم: اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات السيكلولوجية الأساسية اللازمة لفهم اللغة واستخدامها، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو الحساب.
- اضطرابات السلوك: اختلاف السلوك الانفعالي أو الاجتماعي اختلافاً جوهرياً عما يُعتبر سلوكاً طبيعياً مثل، الانسحاب، والعدوان، وعدم التكيف، والافتقار إلى النضج، والجنوح، واضطرابات الشخصية.
- الإعاقة الجسمية: هي أنواع مختلفة من العجز أو الاضطراب الجسدي أو الحسي أو الصحي مما يحدّ من قدرة الفرد على استخدام جسمه بشكل طبيعي أو التحمّل الجسدي أو القدرة على التنقّل بشكل مستقل.
- الإعاقة البصرية: فقدان البصر الكلي (العمى) أو الجزئي (الضعف البصري)، مما يحدّ من قدرة الفرد على استخدام حاسة البصر بشكل وظيفي في التعلّم والأداء في الحياة اليومية.
- الإعاقة السمعية: فقدان السمع الكلي (الصمم) أو الجزئي (الضعف السمعي)، مما يحدّ من قدرة الفرد على استخدام حاسة السمع في تعلّم اللغة والتواصل مع الآخرين.
- الاضطرابات الكلامية واللغوية: أخطاء أو عجز في الكلام أو اللغة مما يحدّ من قدرة الفرد على التواصل مع الآخرين بشكل طبيعي.
- الموهبة والتفوق: قدرات متميزة في الأداء العقلي أو التحصيل أو القيادة الاجتماعية أو الإبداع والتميز في الفنون الأدائية والبصرية وغيرها مما يتطلب توفير برامج وخدمات لا توفرها المدارس التقليدية (الخطيب والحديدي، 2005: 17).

### 2-3-3. العوامل المسببة للإعاقة:

تشير دراسات هيئة الأمم المتحدة أن الإعاقة ترجع في مجملها إلى مجموعة من الأسباب الوراثية أو المرضية أو لأسباب تتعلق بالحوادث أو الإصابات والظروف الاجتماعية الثقافية الأخرى، وتقدّر منظمة الصحة العالمية أن (70%) من الإعاقات ترجع لإصابات الولادة أو لأسباب مرضية أو الحوادث وسوء التغذية، ومهما يكن فإن هناك نوعاً من الإجماع عالمياً على أن الإعاقة ترجع سببياً كما يبيّنها "داود" إلى العوامل الواردة في الجدول (1) (داود، 2006، 275-275).

## الجدول رقم (1): يبيّن العوامل المسبّبة لحدوث الإعاقة

أسباب الإعاقة	
- الحروب والمنازعات وغيرها من أشكال العنف.	- التسارع الحضاري وما يتبعه من ضغوطات.
- الظروف الاقتصادية والاجتماعية السيئة.	- العلاج الخاطئ.
- ارتفاع مستوى الأمية.	- سوء استعمال الأدوية.
- انخفاض الوعي بالتدابير الصحية والتعليمية.	- العقاقير والمخدرات.
- عدم كفاية البرامج الصحية الأولية والرعاية.	- الانفجار السكاني.
- العوائق الجغرافية التي تُسهّل الوصول للخدمات.	- الأسباب الوراثية والخلقية.
- تمركز خدمات التخصص في المناطق الحضرية.	- الأمراض السارية والمعدية.
- ضعف برامج الوقاية بمستوياتها الأول والثاني.	- أسباب أخرى.
- الحوادث الصناعية والزراعية وحوادث السير.	
- الكوارث الطبيعية.	
- تلوث البيئة.	

ويمكن تلخيص الأسباب الرئيسة المؤدّية أو المحتملة لحدوث الإعاقات على أساس المرحلة

الزمنية التي حدثت فيها ما يلي:

**أولاً- الأسباب الوراثية:** تعتبر الأسباب الوراثية من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى حدوث الإعاقات حيث أن صفة وراثية سائدة لدى أحد الوالدين تحتل ظهورها لدى الطفل بواقع (1: 3) وقد تكون صفة متنحية يحملها كلا الوالدين وهما قادران على توريثها للطفل، ومما يجدر ذكره هنا إلى ارتفاع العوامل الوراثية المسبّبة لبعض الإعاقات في الوطن العربي نتيجة زواج الأقارب وعدم الفحص الطبي قبل الزواج، وتعتبر الاضطرابات الكروموسومية أيضاً من العوامل الوراثية المسبّبة لحدوث الإعاقات وكذلك الاضطرابات في عملية التمثيل الغذائي والأيض (Metabolic disorders).

**ثانياً- الأسباب ما قبل الولادة:** تعتبر الأمراض التي تصيب الأم الحامل قبل الولادة أو أثناء الحمل كالحصبة الألمانية حيث يعمل فيروس الحصبة على حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وخاصة في المراحل الأولى للحمل مما يؤدي للإصابة بإحدى الإعاقات العقلية أو السمعية أو البصرية أو الحركية، وكذلك إصابة الأم بأحد الأمراض الجنينية أو سوء التغذية للأم الحامل أو تعرّضها لأشعة (x) أو تناول العقاقير والأدوية دون استشارة الطبيب، من العوامل المسبّبة لحدوث الإعاقات، كما أن البيئة الملوثة بالمواد الكيماوية خاصة الصناعية حيث مخرّجات المصانع السامة تؤدي بطريقة مباشرة وغير مباشرة إلى حدوث الإعاقة وكذلك اختلاف العامل الرايزيسي (RH) بين الأم والجنين خاصة عند الولادة الثانية والذي يعمل على تكوين أجسام مضادة تقضي على الجنين أو تؤدي إلى حدوث إعاقة.

**ثالثاً- أسباب أثناء الولادة:** تعتبر الأسباب التالية من العوامل المسببة لحدوث الإعاقة أثناء

الولادة وهي:

- نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة والتي تؤدي في كثير من الأحيان إلى الوفاة أو الإصابة بإحدى الإعاقات وذلك لعدم تغذية خلايا الدماغ أو القشرة الدماغية عند المولود مما يؤدي إلى تلفها.
- الصدمات الجسدية التي تحدث للجنين خصوصاً في منطقة الدماغ مما يؤدي لإصابة خلايا الدماغ، وسببها خطأ طبي من الطبيب أو القابلة.

- الالتهابات المختلفة التي قد يصاب الطفل بها والناجمة عن استخدام أدوات في جو ملوث مما يشكّل خطر على الطفل المولود مثل: الموت أو الإعاقة.

**رابعاً- أسباب ما بعد الولادة:** حيث تعتبر الأسباب التالية من العوامل المسببة لحدوث الإعاقة بعد

الولادة وهي:

- سوء التغذية للطفل والذي يؤدي إلى شكل من أشكال الإعاقة ويعتبر سوء التغذية من العوامل المسببة للإعاقة عند الفئات الفقيرة.
- الحوادث والصدمات وخاصة التي تحدث في الرأس.
- الأمراض والالتهابات وخاصة التي يصاحبها ارتفاع في درجة الحرارة مما يؤدي إلى الإصابة بالسحايا وخاصة في السنوات الثلاث الأولى من العمر.
- إصابات شبكية العين مما يؤدي إلى إعاقة بصرية.
- إصابات طبلّة الأذن أو زيادة المادة الصمغية قد تسببان الإعاقة السمعية دون غيرها والالتهابات وتصلّب الأذن كذلك (كوافحة وعبد العزيز، 2007: 24-26).

### 2-3-4. نسبة حدوث الإعاقة:

يرى "هالان وكوفمان" (Hallahan & Kauffman, 2002) أن تحديد نسبة حدوث الإعاقة في المجتمعات أمر بالغ الصعوبة، فذلك يعتمد بالضرورة على التعريفات المعتمدة وعلى نظم التصنيف المستخدمة لتمييز فئات الإعاقة وعلى الأدوات والمقاييس المتداولة، ولكن تعريفات الإعاقة تتصّف عموماً بكونها عامة مما يسمح بتغيرات مختلفة وبالتالي إلى تباين كبير في تقديرات نسبة حدوث الإعاقة، كذلك فإن تعريف الإعاقة يتطلّب تطوير معايير وأساليب كشف وتقييم مُحدّدة تتمتع بالوضوح والمصدقية ولكن ذلك ما يزال أمراً صعباً، وأخيراً فإن تحديد نسب حدوث الإعاقة يتقرّر في ضوء مصادر الدعم المتوفرة

لدراسات المسحية الشاملة والعلمية وفي ضوء الكفايات التي يمتلكها المهنيون ذوو العلاقة، فإذا كان الدعم محدوداً وإذا كان هناك نقص كبير في المهنيين القادرين على تصميم وتنفيذ الدراسات الميدانية فإن مدى معرفتنا بالنسب الحقيقية لحدوث الإعاقات ستكون محدودة (الخطيب والحديدي، 2005: 19).

ويضيف "القمش والسعايدة" (2008) أنه لا توجد إحصائيات دقيقة حول نسبة شيوع وانتشار الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أن حجم المشكلة يختلف من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من المتغيرات أهمها:

- المعيار المستخدم في تحديد مفهوم ومعنى كل فئة من فئات التربية الخاصة.
  - المتغيرات المتعلقة بالعوامل الصحية والثقافية والاجتماعية.
- وتقدّر بعض المصادر ومنها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية في هذا الصدد أن ما نسبته (3-10%) من سكان أي مجتمع يعانون بشكل ما من حالات الإعاقة، وقد أشارت منظمة اليونسكو وفق نتائج المسوح إلى أن ما نسبته (10-15%) من الأطفال هم من ذوي الاحتياجات الخاصة، ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الإعاقة في المجتمعات الصناعية (10%) وهي أقل منها في المجتمعات النامية حيث تبلغ (3,12%) من مجموع السكان.

هذا وتشير الإحصائيات إلى نوعين من فئات التربية الخاصة حسب معدلات انتشارها وهي:

- الإعاقات ذات معدلات الانتشار المرتفعة وتشمل: صعوبات التعلم، الإعاقة العقلية واضطرابات السلوك واضطرابات النطق.

- الإعاقات ذات معدلات الانتشار المنخفضة وتشمل: الإعاقة البصرية والسمعية والإعاقات الجسمية والصحية والتوحد وإصابات الدماغ وفئة الصمّ والمكفوفين (القمش والسعايدة، 2008: 23-24).

ويقدّر العدد الإجمالي للأشخاص المعوقين في العالم بحوالي (600) مليون إنسان وما يقرب من (25) مليون إنسان في الدول العربية، ويبين الجدول (2) النسب التقديرية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة التي أشار إليها "هيوارد" (Heward, 2002) نقلاً عن (الخطيب وآخرون، 2007: 12-17).

الجدول رقم (2): يوضح النسب التقديرية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة في المجتمعات الإنسانية.

النسبة التقريبية	فئة الإعاقة
2,3%	التخلف العقلي
3%	صعوبات التعلم
0,6%	الإعاقة السمعية
0,1%	الإعاقة البصرية
0,5%	الإعاقة الجسمية
2%	الإعاقة الانفعالية
3,5%	الاضطرابات الكلامية اللغوية
12%	المجموع

### 2-3-5. الوقاية من الإعاقة:

أصبح الاهتمام في العصر الحالي ببرامج الوقاية بشكل كبير من خلال ما يسمى ببرامج التدخل المبكر وتقسّم برامج الوقاية إلى ثلاث مستويات هي:

- المستوى الأول: يهدف إلى منع حدوث الإعاقة ويكون التركيز في هذا المستوى على الفحوصات الطبية قبل الزواج ودراسة التاريخ الأسري والوراثي للعائلات لمنع حدوث الإعاقة قدر الإمكان، ويتضمّن هذا المستوى توفير الرعاية للأمهات والأطفال وتحسين المستوى الغذائي وتقديم التطعيم ضد الإصابات المختلفة.

- المستوى الثاني: ويشمل الرعاية والعناية لمنع حدوث العجز بعد الإصابة وبذلك يكون الهدف من البرامج الوقائية الثانوية هو الكشف عن الأطفال المرضى والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر.

- المستوى الثالث: الوقاية الثلاثية وتهدف هذه البرامج من هذا المستوى إلى وقف تدهور حالة الطفل وضبط المضاعفات الناجمة عن العجز وتوفير الوسائل المساعدة مثل الأطراف الاصطناعية، وغيرها من الوسائل لمساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف في المجتمع (كوافحة وعبد العزيز، 2007: 26).