

المعوقون حركياً وصحياً/٢/

السنة الثانية : تربية خاصة



منشورات جامعة دمشق

كلية التربية

قسم التربية الخاصة

المعوقون حركياً وصحياً/٢/

السنة الثانية: قسم التربية الخاصة

تأليف

الدكتور

آذار عبد اللطيف

الدكتورة

دانية القدسي

أستاذ مساعد في قسم التربية الخاصة أستاذ مساعد في قسم التربية الخاصة

١٤٣٦ - ١٤٣٧ هـ

جامعة دمشق

٢٠١٥ - ٢٠١٦ م

الفهرس

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
١١-٩	- مقدمة.....
٢٨-١٢	- الفصل الأول.....
	لمحة عامة عن الإعاقات الجسمية والصحية
٥٤-٢٩	- الفصل الثاني.....
	الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية.
	أولاً: الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على
٣١	الصعيد الفردي.....
	ثانياً: الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على
٤١	الصعيد الأسري.....
	ثالثاً: الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على
٤٩	الصعيد المجتمعي.....
٧٩-٥٥	الفصل الثالث
	الحاجات الخاصة واستراتيجيات إرشادها وتقييمها لدى المعوقين جسماً
	وصحياً.....
٩٧-٨٠	الفصل الرابع
	علم نفس الفرد المعوق جسماً وصحياً.....

رؤية حديثة لعلاج الإعاقة الجسمية والصحية وفقاً لتصنيفاتها.

أولاً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن

١٠٠ إصابة الجهاز العصبي المركزي.....

١٠٢ ١- الأساليب العلاجية لحالات الشلل المخي وبرامج تأهيلها....

١١٥ ٢- الأساليب العلاجية لحالات تشقق العمود الفقري وبرامج تأهيلها...

١١٨ ٣- الأساليب العلاجية لحالات الإصابة بالاستسقاء الدماغي....

١١٩ ٤- الأساليب العلاجية لحالات شلل الأطفال.....

٥- البرامج التربوية لعلاج حالات الصرع ودور معلم التربية

١٢٢ الخاصة في إعدادها وتطبيقها.....

١٢٤ ٦- الأساليب العلاجية لنوبات الصرع للحالات التي تعاني من الصرع

١٢٤ آ- العلاج الدوائي (الطبي).....

١٢٧ ب- العلاج النفسي.....

١٢٨ ج-العلاج الاجتماعي.....

ثانياً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن إصابة

١٢٩ أو تشوه الهيكل العظمي.....

١٣٠ ١- الأساليب العلاجية لحالات تشوه أو بتر الأطراف:.....

١٣١ آ- العلاج الطبي.....

١٣١ ب- العلاج الطبيعي.....

١٣١ ٢- الأساليب العلاجية لحالات الجنف.....

١٣٣	٣- الأساليب العلاجية لحالات تصلب الورك.....
١٣٤	٤- الأساليب العلاجية لحالات الخلع الخلقي.....
١٣٥	٥- الأساليب العلاجية للتخلص من التهاب المفاصل الروماتيزمي...
١٣٦	٦- الأساليب العلاجية لحالات الشفة المشقوقة وشق الحلق....
	ثالثاً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن
١٣٧	أعطاب في العضلات.....
١٣٧	١- الأساليب العلاجية لضمور العضلات:.....
١٣٧	أ- البرامج التربوية والتدريبية.....
١٣٨	ب- العلاج بأساليب علاجية مختلفة.....
١٣٩	٢- الأساليب العلاجية لضمور العضلات الشوكية.....
	رابعاً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن
١٣٩	عوامل متعددة مثل:.....
١٣٩	١- مشوهي الوجه.....
١٤٠	٢- اضطرابات القلب.....
١٤٢	٣- أزمة الربو.....
١٤٣	٤- المصابين بمتلازمة /داون/.....
١٤٤	٥- مرضى الجذام.....
١٤٥	٦- النشاط الزائد.....
١٤٧	٧- النقرس.....
	٨-

١٧٠-١٥٠

الفصل السادس.....

رؤية حديثة في مساعدة المعوقين جسدياً وصحياً :

١٥١

١- التكيف مع الذات والإعاقة.....

١٥٨

٢- الدمج مع الآخرين والمجتمع.....

١٦٤

٣- التعلم والتعليم.....

١٦٨

٤- التأهيل والعمل.....

١٩٦-١٧١

الفصل السابع.....

المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل المعوقين جسدياً وصحياً.

٢١٧-١٩٧

الفصل الثامن.....

تجارب أنموذجية لحالات من الإعاقات الجسمية والصحية في

المجتمع السوري.....

٢٢٣-٢١٨

المراجع العربية.....

٢٢٨-٢٢٤

المراجع الأجنبية.....

مقدمة

عانى المعوقون حركياً وصحياً (كغيرهم من المعوقين) عبر التاريخ من قضايا متعددة لاسيما على الصعد النفسية والاجتماعية والتربوية. وقد أعتُمِدَ قديماً في تربية وتعليم وتأهيل المعوقين على عزلهم عن أقرانهم العاديين عزلاً كاملاً من جهة والعمل على تخصيص مدارس ومعاهد خاصة بهم من جهة ثانية، إضافة إلى أن السجلات التاريخية تُبين قيام بعض الأطباء المتخصصين برعاية المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً.

ومع التطور التقني والتكنولوجي وانعكاس ذلك على تطور المجتمعات الحديثة والمتمدنة فقد بات عزل المعوقين بأمكان خاصة يدل على التخلف الحضاري. الأمر الذي أدى إلى بروز نظرة حديثة قوامها أن تطور المجتمعات بات يُقاس من خلال ما تُقدمه من تسهيلات وخدمات للأفراد المعوقين الذين يعيشون في كنفها. وبدأ أولياء الأمور يطالبون أيضاً بأنه من حق أطفالهم التعلّم مع أقرانهم العاديين لذلك باتت معظم الدول المتقدمة تُصمّم وفق نموذجها التربوي صفوفًا تتناسب وطبيعة الأطفال المعوقين حركياً وصحياً، وكذلك تُعدُّ الكوادر البشرية الملائمة للتعامل معهم.

وعلى الرغم من الدور الإيجابي لمدرس التربية الخاصة من جهة ولمدرس غرفة المصادر من جهة ثانية فيما يُقدمونه من خدمات للأطفال المعوقين حركياً وصحياً فقد بات من الضروري أن يكون المدرس العام للصف التعليمي والمدرس المتخصص للمادة التعليمية التخصصية على دراية بخصائص وحاجات وسمات

كل فئة من فئات المعوقين بالإضافة إلى المعرفة بأساليب وطرق تدريسهم لتؤكد بذلك من تعزيز دور معلم التربية الخاصة.

لقد جاء هذا الكتاب بفصوله الثمانية لتلبية حاجات المتخصصين بالتربية الخاصة والمعلمين بالمدارس العامة للتعرف على إحدى الإعاقات ذات الشروع الواسع والتي يتواجد عدد لا بأس به من أفرادها بالمدارس العامة إنها الإعاقات الجسمية والصحية.

ففي الفصل الأول تم عرض لمحة عامة وشاملة عن الإعاقات الجسمية (الحركية) والصحية. وتناول الفصل الثاني الأبعاد النفسية والاجتماعية لهذه الإعاقات على كل من الصعيد الفردي والصعيد الأسري والصعيد المجتمعي. وتناول الفصل الثالث أهم الحاجات الخاصة المتعلقة بهذه الإعاقات واستراتيجية إرشادها. أما الفصل الرابع فقد تناول الناحية السيكلولوجية للفرد المعوق جسماً وصحياً.

وفي الفصل الخامس تم تناول مسألة هامة وهي الرؤية الحديثة لعلاج الإعاقات الجسمية والصحية وفقاً لتصنيفاتها سواء أكانت الإصابة تتمركز بالجهاز العصبي المركزي أو فيما إذا كانت ذات صلة مباشرة بتشوه الهيكل العظمي.... وأيضاً تم عرض بعض الأساليب العلاجية الناجمة عن عوامل متعددة مثل تشوه الوجه - اضطرابات القلب - مرض الجذام.....

أما الفصل السادس فقد وضع أهمية مساعدة المعوقين جسماً وصحياً من حيث التكيف مع الذات والإعاقة - ومن حيث الدمج مع الأقران والمجتمع - ومن حيث التعلم والتعليم - ومن حيث التأهيل والعمل.

وجاء الفصل السابع ليتناول موضوعاً مهماً وهو دور المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل المعوقين جسدياً وصحياً.

أما الفصل الأخير فقد تناول مجموعة من النماذج عن حالات من الإعاقات الجسمية والصحية في المجتمع السوري.

وأخيراً نرجو من الله العليّ القدير أن يُسهم هذا المؤلف في ردم الهوة الموجودة بين النظرية والتطبيق في مجال الإعاقة سواء لدى طلبتنا الأعزاء أم لدى المتخصصين الممارسين لمهنة التربية الخاصة.

المؤلفان

د. آذار عبد اللطيف

د. دانية القدسي

الفصل الأول

لمحة عامة عن الإعاقات الجسمية والصحية

الفصل الأول

لمحة عامة عن الإعاقات الجسمية والصحية

د. دانية القدسي

يشير مصطلح "الإعاقات الجسمية (الحركية) والصحية" إلى حالات متنوعة تعود لأسباب مختلفة وتأخذ مسارات عيادية متباينة وتترك تأثيرات جسمية ونفسية مختلفة. فتعد فئة الإعاقة الجسمية (الحركية) أقل فئات الإعاقة تجانساً فهي تشمل عدد كبير جداً من حالات الاضطراب العظمي والعضلي والعصبي والأمراض المزمنة وبعض هذه الإعاقات بسيطة نسبياً، أما بعضها الآخر فهو شديد ومتطور وقد تؤدي إلى مضاعفات صحية خطيرة. وقد تكون الإعاقات الجسمية والصحية منذ الولادة وقد تكون مكتسبة وناتجة عن الإصابة بالحوادث أو الأمراض في أي مرحلة عمرية بعد الميلاد.

ولذلك تعددت التسميات والمصطلحات التي تستخدم للإشارة إلى الإعاقات الجسمية والصحية. ومن المصطلحات المستخدمة للإشارة إلى هذه الفئة من فئات التربية الخاصة مصطلح الإعاقة الحركية Motor Disability ، والإعاقات العظمية، والأمراض المزمنة Chronic Illnesses ، والاضطرابات العضلية، والاضطرابات العصبية، العجز الجسمي physical Disability ، المقعدون Crippled. ولكن المصطلح الأكثر استخداماً هو مصطلح الإعاقات الجسمية والصحية.

وعلى الرغم من تنوع وتعدد المصطلحات إلا أنه من الضروري التمييز بين بعض المصطلحات فالعجز الجسمي يعني الضعف الجسمي أو العضوي

الذي يلي حدوث قصور أو اعتلال في الوظائف الجسمية وهو مصطلح يمكن للأطباء وصفه بموضوعية، وهو يشير إلى البعد القابل للقياس كمياً للحالة الطبية الموجودة لدى الفرد. فحالة العجز ذات أبعاد موضوعية يمكن قياسها ووصفها بدقة من الناحية الطبية كما في شلل الرجلين أو فقدان إحدى اليدين مثلاً.

أما مصطلح الإعاقة (Handicap) فهو يستخدم للإشارة إلى تأثيرات العجز على أداء الفرد في مواقف معينة. فهو يشير إلى النتيجة التراكمية للحواز والعوائق التي يفرضها العجز على الإنسان من حيث القدرة على تأدية وظائفه في الحد الأقصى الممكن. وجدير بالذكر أن الأشخاص الذين يعانون من أشكال عجز مختلفة قد يصبحون معوقين ليس نتيجة العجز ذاته وإنما بسبب الاتجاهات السلبية غير البناءة والحواز التي تحول دون مشاركتهم في الحياة العامة للمجتمع أو الاعتماد على أنفسهم. وإذا كانت أدبيات التربية الخاصة تميز بين الإعاقة والعجز عموماً فهي أكثر ما تكون حرصاً على التمييز بينهما عندما يتعلق الأمر بفئة الإعاقة الجسمية. فليس بالضرورة أن يكون الشخص الذي يعاني من عجز ما إنساناً معوقاً وربما يكون معوقاً في ظرف ما وغير معوق في ظرف آخر. فالطالب الذي يعاني من شلل سفلي ودرجة ذكائه (١٢٠) درجة هو شخص معوق حركياً وقد يحتاج إلى كرسي عجلات ولكنه ليس معوقاً على مستوى التحصيل الأكاديمي. كذلك فإن الطالب الذي فقد أحد أطرافه لن يكون معوقاً إذا استخدم طرفاً اصطناعياً بنجاح واستطاع تأدية الأدوار المتوقعة منه في المدرسة دون صعوبات.

وتوخياً للدقة العلمية لا بد من عرض موجز لهذه المصطلحات

المتنوعة:

-الاعتلال (Impairment):

انبثق مصطلح الاعتلال من الأدبيات الطبية للإشارة إلى الوضع الذي يعقب الإصابة بمرض ما. فالاعتلال هو أي فقدان لجزء من أجزاء الجسم أو أي وضع جسمي غير طبيعي. والاعتلال كحالة إذا لم يتم التعامل معها بشكل فعال وفي الوقت المناسب قد تتحول إلى حالة عجز أو إلى حالة إعاقة دون المرور بحالة العجز.

- العجز (Disability):

يشير مصطلح العجز إلى أي حالة مؤقتة أو دائمة تنتج عن اعتلال ما وغالباً ما يستخدم هذا المصطلح لوصف نقص القدرة على تأدية الوظائف أو إلى فقدان عضو من أعضاء الجسم أو أحد أجزائه. فهو حالة تحدّ من قدرة الفرد على تأدية بعض المهمات كغيره من الأفراد. (الخطيب، ٢٠٠٨)

- الإعاقة (Handicap):

وهي عبارة عن المشكلات التي يواجهها الفرد الذي يُعاني من عجز عند تفاعله مع البيئة. فالعجز يُسبب إعاقة في بيئة محددة و لا يُسببها في بيئة أخرى. فالطفل الذي يعتمد على قدم صناعية في حركته مثلاً هو طفل معوق إذا ما أراد منافسة أقرانه العاديين في الجري حول ملعب لكنه ليس معوقاً بالمقارنة مع أقرانه في غرفة الصف.

- الأطفال المعرضون للخطر (AT Risk children):

أُعْتُمِدَ هذا المصطلح للدلالة على الأطفال غير المعروفين حالياً بالعجز أو الإعاقة لكن فرصتهم أكبر من غيرهم لتطوير العجز لاحقاً بسبب تعرضهم لعوامل خطر بيولوجية أو بيئية. ويستخدم الأطباء مصطلح المعرضين للخطر عند الإشارة إلى حالات الحمل التي تحتمل أكثر من غيرها فرصة إنجاب أطفال عاجزين حيث يُتوقع لهم أن يُعانوا أو يواجهوا مشكلات نمائية في وقت لاحق نتيجة لظروف ومشكلات حدثت في أثناء الولادة أو نتيجة للظروف البيئية التي يعيشون فيها.

(Bauer & Shea, 1999).

ومن الأفضل ألا نُجهد أنفسنا كثيراً في تحديد مصطلح تسمية المعوقين جسماً والأنسب أن نبذل الجهد في تقديم يد المساعدة والرعاية لهذه الفئة وسواها من الفئات الخاصة.

ومن الأهمية بمكان أن نتعرف إلى مزايا وعيوب تسمية الأطفال (الأفراد) المعوقين جسماً وصحياً تبعاً لهذه التسمية.

- من أهم المزايا:

(أ) - تساعد التسمية في التحديد الدقيق لطبيعة العلاج الطبي والتربوي والاجتماعي الذي يحتاجه المعوق جسماً (حركياً) وصحياً.

(ب)- تساعد التسمية في جعل الحاجات الخاصة للأفراد المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً أكثر وضوحاً في نظر الأفراد الآخرين ضمن نطاق البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها.

(ج)- تُساعد التسمية المختصين في التواصل فيما بينهم وفي تصنيف وقياس النتائج البحثية ذات الصلة بهذه الشريحة.

(د)- تساعد التسمية في تحديد منابع التمويل الاقتصادي الاجتماعي لبرامج التربية الخاصة.

- أما أهم العيوب كما يراها بعض المختصين:

(أ)- تدفع هذه التسمية الآخرين إلى النظر للفرد المعوق جسمياً وصحياً من زاوية الضعف التي يُعاني منها دون الاهتمام بمواطن القوة لديه.

(ب)- تُسبب هذه التسمية انخفاض توقعات الآخرين من الطفل المعوق جسمياً وصحياً.

(ج)- هذه التسمية تكون السبب وراء التفسير الخاطئ للسلوك الصادر عن الطفل المعوق جسمياً وصحياً.

(د)- هذه التسمية قد تُسبب تدني وانخفاض مفهوم الذات لدى الطفل المعوق جسمياً وصحياً.

(هـ)- هذه التسمية قد تُسبب رفض الأقران للطفل المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً.

(و)- هذه التسمية تتسم بالديمومة وبالتالي من الصعب إزالة هذا الوصف عن الطفل لاحقاً. (Who,2001)

ولقد تناول كثير من العلماء والباحثين مفهوم الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية من وجهات نظر مختلفة نظراً لاختلاف مجالات عمل كل منهم، و لاختلاف زاوية الرؤية التي نظر كل منهم إلى الإعاقة من خلالها. ومنها:

- المجال الطبي: ينظر إلى المعوق جسماً (حركياً) باعتباره إنسان محدود القدرة من حيث القيام بالأعمال الطبيعية بصورة مستمرة نتيجة للقصور البدني أو الذهني نتيجة الإصابة في الجهاز العصبي المركزي أو الجهاز العظمي أو العضلي، أو غيرها من أعضاء الجسم.

- المجال الاجتماعي: يعد الفرد معوقاً جسماً (حركياً) حين لا تتوفر لديه القدرة على الاستجابة لمتطلبات الحياة اليومية في مجتمع معين بصورة عادية.

- المجال الاقتصادي: ينظر إلى الإعاقة من زاوية قدرة الفرد في الحصول على عمل معين والتكسب منه، فالمعوق جسماً حركياً وصحياً فرد تتخفف فرصته في الحصول على عمل ما والاحتفاظ به، نتيجة لنقص في مؤهلاته البدنية والجسمية.

- المجال التربوي: ينظر إلى الإعاقة من زاوية عدم قدرة المعوق على مسايرة نظم التعليم العادية، وعدم القدرة على الإنجاز والنجاح والمنافسة في الظروف العادية، الأمر الذي يتطلب ضرورة تهيئة ظروف تربوية مناسبة، وإعداد أساليب رعاية تربوية تتفق مع نوع الإعاقة حتى يتمكن الطفل المعوق من اكتساب المهارات اللازمة لممارسة أنشطة الحياة والاندماج في المجتمع بشكل أفضل. (عبد المعطي، ٢٠٠٥).

ونظراً لأهمية تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية فقد أُنفِقَ على تقسيمها إلى فئة الإعاقات الجسمية وتشمل الإعاقات العصبية والإعاقات العظمية والعضلية وفئة الإعاقات الصحية وتشمل الإعاقات الخلقية والإعاقات المكتسبة:

أولاً: الإعاقات الجسمية (الحركية): وتشمل:

آ- الإعاقات العصبية: وهي المشكلات التي تنجم عن اضطراب أو تلف في الجهاز العصبي المركزي (الدماغ - النخاع الشوكي) وقد تكون شديدة أو خفيفة ولهذه المشكلات جملة من الأعراض أهمها: الحركات غير الإرادية، الغيبوبة، التشنجات المتكررة، رجفة في أحد الأطراف، ارتخاء في الأطراف، الشلل، اضطراب في المشي، الصداع. ومن الاضطرابات العصبية الشائعة:

- الشلل الدماغي Cerebral Palsy

- الصرع Epilepsy

- شلل الأطفال Poliomyelitis

- إصابات النخاع الشوكي Spinal Cord Injuries

- العمود الفقري المفتوح Spina Bifida

ب- الإعاقات العظمية العضلية: هي إصابات في العضلات والعظام تؤثر في قدرة الفرد على الحركة والتنقل باستقلالية. وبينت الدراسات الطبية أن هذه الإعاقات قد تنجم عن عوامل وراثية أو مكتسبة وتظهر على شكل اضطرابات مختلفة بأطراف الجسم أو المفاصل أو العمود الفقري ويواجه المصابون بهذه الإعاقات

صعوبات في الجلوس أو الوقوف أو المشي ومن أعراض الإعاقات العظمية العضلية ما يلي:

- ١- وقوف الشخص منحنيًا إلى الأمام أو الخلف.
 - ٢- وقوف الشخص مائلاً إلى أحد الجانبين.
 - ٣- عدم استناد الجسم في أثناء الوقوف.
 - ٤- ارتفاع أو هبوط أحد الكتفين في أثناء الوقوف.
 - ٥- التعثر والسقوط على الأرض بشكل متكرر في أثناء المشي.
 - ٦- الجلوس غير المتناسق.
 - ٧- ميلان الحوض عند الطالب المعوق.
 - ٨- الشكوى من آلام الظهر.
- ومن الاضطرابات العضلية العظمية الشائعة:

- البتر Amputation
- الحثل العضلي Muscular Dystrophy
- الروماتيزم Rheumatism
- هشاشة العظام Osteogenesis Imperfecta
- انحناءات العمود الفقري Vertebral Column Curvature

ثانياً: الإعاقات الصحية:

وهي مجموعة من الاضطرابات التي تحد من الوظائف الحركية للإنسان منها ما هي تشوهات ولادية أو مكتسبة. وتُقسم أسباب الإعاقات الناجمة عن المشكلات الصحية إلى قسمين:

١- الإعاقات الخلقية: وهي الإعاقات التي ترافق الطفل بعد الولادة مباشرة

وتُكتشف عند الولادة أو بعدها بقليل. وغالباً ما تعود أسبابها إلى الوراثة.

٢- الإعاقات المكتسبة: وهي الإعاقات التي لا تولد مع الطفل وتحدث له في

مراحل الطفولة المختلفة أو حتى لدى الكبار وغالباً ما تكون أسبابها بيئية
مثل الحوادث والأمراض.

ومن الأمراض الصحية المزمنة الشائعة:

- اضطرابات القلب Heart Defects

- الهيموفيليا Hemophilia

- التليف الحويصلي Cystic Fibrosis

- سكري الأحداث Juvenile Diabetes

- شق الحلق والشفة Cleft Lip & Palate

وتفرض الإعاقة الجسمية والصحية كغيرها من الإعاقات تأثيرها في
الجوانب النمائية للفرد، إلا أن هذا التأثير ليس بدرجة واحدة، فالأفراد
المعوقون جسماً (حركياً) توجد بينهم فروق كبيرة، وهذه الفروق تعود إلى
نوع الإعاقة ودرجتها وطبيعتها والعمر عند الإصابة وغيرها من العوامل
المتعددة.

ولذلك يصعب الحديث عن خصائص عامة لدى الأفراد المعوقين
جسماً (حركياً). وعلى الرغم من ذلك سنحاول تقديم وصف لبعض
الخصائص لدى المعوقين جسماً وصحياً كما يأتي:

- الخصائص الحركية :

إن النمو الحركي هو أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة الجسمية، حيث يواجه المعوق جسماً (حركياً) صعوبات كبيرة في التنقل من مكان إلى آخر وفي ممارسة أنشطة الحياة اليومية، ولاسيما مع تزايد تعقيدات الوسط البيئي داخل المنزل أو خارجه. فالمشكلة الأساسية لدى المعوقين جسماً (حركياً) هي مشكلة جسمية حركية ولكنها متفاوتة في الشدة من مشكلات حركية بسيطة إلى مشكلات حركية شديدة، حيث تختلف الخصائص الحركية للأشخاص المعوقين جسماً وفقاً لنوع الإعاقة وشدتها. مثلاً الأشخاص المصابون بإصابات في الحبل الشوكي يستطيع بعضهم السير بصورة مستقلة ويحتاج بعضهم الآخر إلى مساعدة، في حين يستخدم بعضهم الكراسي المتحركة. وعلى وجه العموم فإن الإعاقة الجسمية تؤثر في حركة الطفل و تمنعه عن الحركة بشكل مستقل وتمنعه من القيام بالأنشطة التي تحتاج إلى الأداء الحركي، كما أنها تؤثر في قدرة الطفل على العناية بالذات والتنقل من مكان إلى آخر.

- الخصائص المعرفية :

يتأثر النمو المعرفي بحدوث الإعاقة الجسمية كغيره من الجوانب النمائية الأخرى نظراً إلى ما تفرضه الإعاقة من قيود على الحركة والتنقل والتعرف على البيئة والتفاعل معها مما يؤثر سلباً في النمو المعرفي الذي يتطور بفعل الحركة والتفاعل المستمر مع البيئة المحيطة. ولكن هذا التأثير كما ذكرنا ليس بدرجة واحدة لدى جميع المعوقين جسماً (حركياً) لأن مقدار تأثر النمو المعرفي لدى الفرد يتوقف على نوع الإصابة ودرجتها ومكانها. فحالات الشلل الدماغي تختلف عن حالات الصرع، أو حالات

الأمراض المزمنة. فإذا تناولنا فئة الشلل الدماغي، فإن نسبة الذكاء تكون تبعاً لموقع التلف وشدته وتتراوح من درجة ذكاء متدنية إلى درجة متوسطة وفوق المتوسط، في حين أن الأطفال المصابين بالصرع غالباً ما تكون نسبة ذكائهم متوسطة. وبذلك فإننا لا نستطيع الحديث عن خصائص معرفية واحدة لكل فئات الإعاقة الجسمية وإنما لابد من تناول كل فئة على حدة. وعموماً تتراوح القدرات العقلية للمعوقين حركياً بين التفوق والتخلف الشديد، ولذلك يجب تقييم القدرات العقلية لدى المعوق جسماً باستخدام اختبارات مناسبة له مهما كانت درجة إعاقته الجسمية لأن المظهر الحركي والجسمي لا يقدم معلومات حول القدرات العقلية للفرد، فالإعاقة الجسمية الشديدة لا تعني بالضرورة الإعاقة العقلية الشديدة.

- الخصائص اللغوية :

إن النمو اللغوي لا يتطور بمعزل عن النمو المعرفي والاجتماعي، لأن مظاهر النمو جمعياً يتأثر بعضها بالبعد الآخر. وعند الحديث عن الخصائص اللغوية لدى المعوقين جسماً (حركياً) لا يمكن تحديد خصائص ثابتة وواحدة للجميع لأن ذلك يتوقف على نوع الإعاقة ودرجتها. إلا أن نسبة غير قليلة من الأفراد المعوقين جسماً (حركياً) يعانون من مشكلات في اللغة الاستقبالية أو التعبيرية، خاصة أولئك الذين يعانون من مشكلات عصبية. ففي معظم حالات الشلل الدماغي يتأثر النمو اللغوي، وتقدر نسبة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ويعانون من اضطرابات كلامية ولغوية بـ ٥٠ %، ومن هذه الاضطرابات الحبسة الكلامية الناتجة

عن تلف مناطق الكلام في الدماغ، وتأخر الكلام، وعسر الكلام بسبب عدم القدرة على ضبط حركات اللسان والشفاه. (الخطيب ، ٢٠٠٣)

- الخصائص السلوكية والشخصية:

ثمة صعوبة في الحديث عن مجموعة ثابتة من الخصائص السلوكية والشخصية لدى الأفراد المعوقين جسمياً (حركياً) لأن هذه الخصائص تتأثر بمجموعة من العوامل منها نوع الإعاقة وشدتها، وطبيعة هذه الإعاقة هل هي ثابتة أم تطويرية؟ وهل الإعاقة ولادية أم مكتسبة؟ وحتى هذه العوامل لا تكون ذات تأثير موحد، فالخصائص السلوكية والشخصية لدى المصابين بالشلل الدماغى تختلف عنها لدى المصابين بالصرع على الرغم عن أن كليهما من الإعاقات العصبية. والطفل الذي أصيب بالإعاقة بعد الولادة يختلف عن الطفل الذي أصيب بها منذ الولادة. والطفل الذي يعاني من إعاقة حركية بسيطة قد يكون سيئ التوافق بدرجة كبيرة، وأكثر قلقاً، وأقل قدرة على القيام بأي مهام، قياساً بطفل آخر يعاني من إعاقة حركية شديدة.

إضافة إلى العوامل السابقة المتعلقة بنوع ودرجة وطبيعة الإعاقة، فهناك عوامل أخرى تؤثر في الخصائص السلوكية والشخصية لدى المعوقين جسمياً، منها استجابات وردود فعل الآخرين نحوهم، لأنها تؤثر في الطريقة التي ينظر بها الأطفال المعوقين جسمياً إلى أنفسهم. فإذا كان رد الفعل اتجاههم هو الشفقة أو توقع العجز، فإن هؤلاء الأفراد سوف يميلون إلى أن يكونوا اعتماديين، أما إن كان رد الفعل نحوهم التقبل والتشجيع فإنهم سيحاولون الاعتماد على أنفسهم والاستقلالية عن الآخرين.

وعموماً فإنه من المستحيل الوصول إلى تعميمات تتعلق بالخصائص الشخصية والسلوكية للأطفال المعوقين جسماً (حركياً) لأنهم فئة غير متجانسة وتباين في طبيعتها بدرجة كبيرة، وكذلك تتباين في مستوى حدتها وشدتها، فضلاً عن أن المتغيرات البيئية تتباين هي الأخرى بدرجة كبيرة.

وعلى الرغم من تقسيم الإعاقات الجسمية (الحركية) والصحية إلى قسمين هما المشكلات الجسمية والمشكلات الصحية إلا أن هذا لا يعني أن لكل نوع من أنواع الإعاقة الجسمية نمط محدد من الشخصية أو خصائص محددة، حتى إننا قد نجد اختلافاً في نمط الشخصية في نوع واحد من الإعاقة بسبب تأثير الكثير من المتغيرات منها، عمر الفرد، درجة الإعاقة، وضوح الإعاقة، مدى تطور الإعاقة، والبيئة التي يعيش فيها المعوق وغيرها من المتغيرات. (الخطيب، 2009)

كما أن المجتمع الذي يعيش فيه المعوق جسماً (حركياً) وصحياً له تأثير في شخصيته وهناك عدة حقوق وواجبات يجب أن يمنحها كل من المجتمع والأسرة للمعوقين جسماً وهي:

- ١- حق العيش باحترام وتقدير من الآخرين، وذلك بعدم إشعاره بقصد أو بدون قصد بعجزه أو بإعاقته. كما يجب أن نحافظ على كرامته وعدم إشعاره بأن وجوده عبء على الأسرة.
- ٢- حق التعلم قدر الإمكان، فالمعوق شخص لديه إمكانيات لا بد من استغلالها واستثمارها، وذلك بتقديم العلم والمعرفة له عن طريق توفير المدارس المتخصصة حسب نوع الإعاقة. إذ أن هناك الكثير من

المعارف التي يمكن للمعوق أن يتعلمها ويكون بذلك من الأفراد المنتجين في المجتمع.

٣- حق الرعاية الصحية والاجتماعية، كما يتمتع بها الآخرون من العاديين ، لذلك يجب على الأسرة والجهات الحكومية المختصة توفير الرعاية الصحية اللازمة للمعوقين جسماً، وأن توفر لهم الوسائل المعينة كالدراجات والسيارات الخاصة، وكل وسائل الحركة المساندة.

٤- حق العمل والإنتاج في المجالات التي يتعلمها. يفترض بنا ألا نكتفي بتعليمه فقط. علينا أن نسعى لتوفير فرص العمل المناسبة له.

٥- حق الزواج والإنجاب: المعوق جسماً إنساناً سوي غالباً من الناحية الجنسية وبالتالي له الحق في الزواج والإنجاب.

٦- حق المشاركة في الأنشطة الرياضية والاجتماعية، وممارسة الهوايات وهذا مطلب أساسي وضروري. لذلك من واجب الأندية والجمعيات أن توفر المراكز الخاصة للأفراد المعوقين جسماً. (الهواملة، ٢٠٠٣)

وليستطيع الأفراد المعوقين جسماً (حركياً) و صحياً الحصول على حقوقهم في المجتمع لابد من اتخاذ مجموعة من الخطوات المهمة إضافة إلى تأهيل وتعليم وتدريب الأفراد المعوقين جسماً و صحياً للتكيف مع مجتمعهم فلا بد من تكييف البيئة الطبيعية أيضاً لتلبي احتياجاتهم ومتطلباتهم حتى يكون هناك تفاعلاً مستمراً بين الطرفين، لذلك نالت البيئة الطبيعية الاهتمام وولدت فكرة البيئة المحررة من العوائق أي تعديل البيئة بما يتناسب مع الإعاقة ولعل أكثر البيئات أهمية هي البيئة المدرسية

ومواقع العمل. فهذه البيئات يجب أن تسمح للأشخاص المعوقين حركياً بالتنقل فيها بسهولة وأمان، والاعتماد على الذات فيجب أن تكون الصفوف الدراسية مهياً بشكل مناسب بحيث تسمح للمعوق بالتنقل والجلوس وتأدية الواجبات الدراسية بأقل قدر من الصعوبات والعوائق، وكذلك تعديل المباني المدرسية وغيرها من خلال إزالة الحواجز وإقامة المنحدرات بإضافة الممرات الخاصة ووضع المصاعد في المباني التي تتألف من أكثر من طابق، وإجراء تعديلات على الأبواب وصنابير المياه والحمامات، إلخ. وإن أهم عاملين يجب مراعاتهما في تقييم مدى خلو البيئة من الحواجز هما حرية التنقل وإمكانية الوصول (Accessibility) والسلامة (Safety). فالمباني المدرسية أو غيرها التي تمنع الشخص المعوق من التنقل وتفرض قيوداً على حركته هي بيئة تحد من الاستقلالية، وتشكل خطراً على السلامة، وتولد ضغوطاً نفسية شديدة. (العنبي، ٢٠٠٣)

وفي إطار الدفاع عن حق الأشخاص المعوقين في المشاركة في الحياة العامة إلى أقصى ما تسمح به قدراتهم بادرت عدة دول إلى اعتماد معايير خاصة للأبنية التي تخلو من الحواجز والتي تتيح الفرص للأشخاص المعوقين وبخاصة منهم ذوي الإعاقات الجسمية للوصول إلى حيث يصل الآخرون بأقل قدر ممكن من المساعدة. وتأكيداً لهذا التوجه، رفعت الأمم المتحدة منذ عدة سنوات شعار "أزيلوا الحواجز".

كما لا بد من توظيف التكنولوجيا لخدمة المعوقين جسمياً (حركياً) بشكل لا تكون الإعاقة الجسمية عائقاً يمنعهم من التعلم. فالطفل الذي يعاني من إعاقة جسمية يواجه صعوبات في التعلم، تكمن في عدم قدرته على الكتابة، في حال كانت الإعاقة في اليدين، أو عدم قدرته على الذهاب إلى المدرسة ولمساعدته على تجاوز هذه المشكلات تم توفير أدوات تفاعل بديلة للأدوات التقليدية التي يتفاعل عن طريقها المتعلم، ومنها:

- استخدام الحاسب الآلي في التعلم، مع إيجاد طرائق بديلة للتفاعل مع الحاسب تعوضه عن الأدوات التقليدية فالحاسب الآلي يعد بيئة خصبة للتعلم، حيث يقدم فرص التعلم من خلال البرامج التعليمية والألعاب التعليمية من دون الحاجة إلى بذل مجهود حركي مثل ذلك المبذول في البيئة الطبيعية.

- تطوير ما أطلق عليه كبائن الحاسوب المتحركة بالنسبة إلى المتعلمين الذين يواجهون صعوبات في الحركة وصعوبة استخدام أجهزة الكمبيوتر التقليدية.

- تطوير برامج خاصة تعمل من خلال الأوامر الصوتية بما يعرف بتكنولوجيا التعرف الصوتي.

- تطوير لوحات المفاتيح، حيث تم تطوير فأرة الحاسوب لتتناسب مع المعوقين جسمياً، بحيث لا تتطلب منهم مهارات متقدمة في استخدام أيديهم.

- استخدام شاشات الحاسوب القابلة للمس، لكي يتمكن المتعلم من التفاعل مع عناصر البرنامج التعليمي. كما زود نظام التشغيل بلوحة مفاتيح تظهر على

الشاشة لتدعم تلك التقنية، بحيث يمكن للمتعلم مباشرة الكتابة على شاشة الحاسوب من خلال لوحة المفاتيح المرئية.

إن مواجهة مشكلات الإعاقة ليست قضية فردية بل هي قضية مجتمع بأكمله وتحتاج إلى مشاركة جميع المؤسسات والقطاعات العامة والخاصة لتقليل منها والحد من آثار الإعاقة السلبية قدر الامكان.

الفصل الثاني

الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية

أولاً: الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على الصعيد الفردي.

ثانياً: الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على الصعيد الأسري.

ثالثاً: الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على الصعيد المجتمعي.

الفصل الثاني

الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية

د. دانية القدسي

تؤثر الإعاقات الجسمية (الحركية) والصحية في الجوانب النفسية والاجتماعية لدى الفرد المعوّق وأسرته وبالتالي تنعكس تلك الآثار على المجتمع. وتعتمد شدة هذا التأثير على محددات عدة أهمها نوع الإعاقة الجسمية والصحية وشدتها وزمن حدوثها وكذلك على الظروف الأسرية والمجتمعية التي يعيش الفرد في كنفها.

وتشكل الإعاقة الجسمية والصحية مجموعة من الإعاقات المتباينة من حيث الأسباب والنتائج ولا تشترك فيما بينها إلا في الخصائص العامة. لذلك فإن نوع الإعاقة وشدتها لهما أهمية كبيرة في التعرف على ما يمكن أن تحدثه هذه الإعاقة من تأثير في الجوانب النفسية والاجتماعية. وبما أن الإعاقات الجسمية والصحية تحدث في مراحل العمر المختلفة فإن العمر الذي تحدث فيه الإصابة يؤثر في مدى استجابة الفرد لتلك الجوانب. ومن المعروف أن الإعاقات الجسمية والصحية قد تولد مع الفرد، وقد يُصاب بها في المراحل العمرية المبكرة، أي إن آثارها تمتد معه في المراحل العمرية اللاحقة، وقد يكتسبها الفرد في مراحل عمرية متقدمة وفي هذه الحالة تقتصر آثارها النفسية والاجتماعية على ما اكتسبه الفرد من خبرات خلال مسيرة حياته.

وقد أكدت رايت (Wright,1982) في كتابها المعروف بـ "الإعاقة الجسمية: الأبعاد السيكولوجية" أن البحوث العلمية لا تدعم الرأي القائل بأن أنماطاً سيكولوجية محددة ترتبط بإعاقات محددة أو أن شدة الإعاقة ترتبط بدرجة التكيف النفسي. ولاشك أن الإعاقة تؤثر على الفرد المصاب بها، ولكن يختلف أثرها من شخص لآخر وذلك تبعاً لحالة كل فرد معوق؛ لذا فهناك أثر للإعاقة على الفرد وعلى الأسرة وكذلك على المجتمع أيضاً.

وفيما يلي سنتناول الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على الصعيد الفردي والأسري والمجتمع.

أولاً: الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على الصعيد الفردي:

إن السمات أو الخصائص النفسية لفئة المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً تشترك أو تتشابه مع فئات الإعاقة الأخرى من حيث بعض الآثار النفسية للإعاقة بشكل عام، كالقلق والتوتر والانفعال وغيرها من السمات. إلا أنها قد تتصف بسمات أو خصائص نفسية ربما لا توجد لدى بعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وتكون ناجمة عن المشكلات الخاصة بالإعاقة الجسمية (الحركية) (الحركية) والصحية مثل عدم القدرة على الحركة أو ضعفها، وما ينتج عن هذه المشكلة من حاجة إلى الاعتماد على الآخرين.

ويُعد الضغط النفسي من أكثر الحالات النفسية التي ترافق الفرد المعوق جسماً وصحياً. والضغط النفسي (Stress) هو الموقف الذي يُطلب فيه

من الفرد القيام باستجابات تكيفية ويظهر على شكل استجابات انفعالية. ولتقدير شدة الضغط النفسي الذي قد يُعانيه المعوق جسمياً وصحياً لا بد من الأخذ بعين الاعتبار العوامل التالية:

- المدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط.
 - مدى تحمل الفرد للإحباط.
 - تعدد المواقف الضاغطة.
 - إدراك الفرد للموقف على أنه ضاغط.
- وجود تهديد مع الموقف الضاغط. (السرطاوي ،الصمادي، ١٩٩٨)

هذا ومن شأن تعدد المواقف الضاغطة وتنوعها أن تجعل الأفراد المعوقين جسمياً وصحياً يُعانون وبدرجة أكبر مما لو كانت المواقف الضاغطة التي يواجهونها قليلة فهناك الكثير من المواقف الضاغطة التي تتطلب منهم التكيف معها.

ومن جهة ثانية فإن إدراك الفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً للموقف الذي يواجهه على أنه ضاغط يُعتبر أحد العوامل التي تحدد شدة الضغط لأن شدة الضغط تعتمد على تفسير الفرد للمواقف التي يمر بها. وبالتالي فإن إدراك الفرد المعوق جسمياً وصحياً أن إعاقته في غاية الإزعاج والإحباط وأن حياته لا تستقيم معها ستجعله يشعر بالضغط النفسي بدرجة شديدة في حين أن إدراكه لطبيعة إعاقته وفهمه لما تركته من آثار يجعله يشعر بأن الموقف غير ضاغط بالرغم عن شدة إعاقته كما أن

المواقف الضاغطة التي تحمل تهديداً للفرد يشعر بها أكثر من تلك التي لا تحمل هذا التهديد.

ويتأثر تقييم الفرد المعوق للموقف أو الحدث الضاغط بمجموعة من العوامل منها:

- العوامل الاجتماعية التي تشمل الدعم الاجتماعي والانفعالي.
- العوامل النفسية كالخصائص الشخصية للفرد والقيم والمعتقدات والاتجاهات النفسية.
- العوامل البدنية التي تتضمن قوة الفرد وصحته الجسدية.
- العوامل المادية التي تساهم في تقييم الفرد للموقف. فمثلاً تقييم فرد ذي دخل منخفض لحدث أو موقف يتطلب إنفاق مقدار كبير من المال بأنه موقف ضاغط يختلف عن تقييم فرد آخر ذي دخل مرتفع للموقف نفسه، فتقييم الفرد للموقف يتأثر بمدى توافر الموارد المتاحة له.

ولقد دلت الدراسات التي قام بها (Mandel, 2001) أن

مصادر الضغوط الرئيسة لدى المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً هي:

- المطالب (الرغبات الاجتماعية): وتشمل ما يفرضه المجتمع من توقعات من المعوق جسماً وصحياً وغالباً ما تكون تلك التوقعات غير واقعية من جهة ومن الصعب تحقيقها من جهة ثانية الأمر الذي يُزيد من شدة ضغوطه النفسية ويجعله ضحية للضيق والحرَج وبالمقابل العكس صحيح.

- **الصراعات الداخلية:** قد يضطر المعوق جسماً وصحياً إلى ربط أهدافه وطموحاته وتطلعاته بما يريده الآخرون وإن كان ذلك يتعلق بالعمل المهني مستقبلاً أو بالدراسة أو قضايا أخرى.

- **الإحباطات:** أحد تعاريف الإحباط بينت أنه الحالة النفسية التي يمر بها الفرد بسبب العقبات أو الموانع التي تحول دون تحقيق الفرد لحاجاته البيولوجية والمكتسبة. والإحباط لدى المعوق جسماً وصحياً قد ينجم عن عاملين أحدهما بيئي ويتمثل بالمحددات المادية الموجودة بالبيئة التي يعيش فيها الفرد المعوق جسماً وصحياً كما هو الحال لدى المصابين بحالات الشلل الدماغي. والعامل الثاني يتمثل بالعقبات الاجتماعية والتي تتميز بالتحيز الاجتماعي والاتجاهات السلبية نحو المعوقين جسماً وصحياً واستبعادهم من النشاطات الحياتية المختلفة التي يمارسها غيرهم في المجتمع.

ومثل هذه الإحباطات تمثل درجة من الإيذاء النفسي لأفراد هذه الفئة من المعوقين لأنها تمنعهم من ممارسة حياتهم العادية خاصة إذا ما علمنا بأن هذا النوع من الإحباطات لا سيما الاجتماعية منها يُمارس بشكل خفي وغير معلن والمبرر لذلك فإن القوانين يمكن أن تعالج حقوق المعوقين ولكنها لا تستطيع أن تمنع الممارسات غير المعلنة من قبل المجتمع (Mandell, 2001)

وأيضاً من مصادر الضغوط النفسية التي يتعرض لها

الأفراد المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً:

- ١- الحاجة إلى دخول المشفى وتلقي الرعاية الطبية بشكل متكرر.
- ٢- المتطلبات التربوية والمهنية والصعوبات المرتبطة بها.
- ٣- الصعوبات في العلاقات الاجتماعية.
- ٤- الاعتماد على الآخرين.
- ٥- ردود فعل الوالدين نحو الإعاقة.
- ٦- القيود على الحركة سواء ناتجة عن عوامل خارجية أو عوامل داخلية. (الخطيب، ٢٠٠٩)

- **تكيف المعوق مع إعاقته:** في الحقيقة يتعرض المعوق جسماً وصحياً للعديد من الضغوط النفسية والاجتماعية وخصوصاً لدى أولئك الذين باتوا يُعانون من إحدى الإعاقات بعد أن عاشوا وتعايشوا مع الحياة الطبيعية الاعتيادية. لذلك نلاحظ أنهم يواجهون عدداً كبيراً ومتكرراً من مصادر الضغوط التي تُطالبهم بالقيام باستجابات محددة كي يحقق التكيف مع إعاقتهومعها بسلام وأمان في المجتمع. وثمة ثلاثة أنماط من الاستجابات يُمارسها الفرد المعوق للتكيف مع إعاقته وهي:

- الاستسلام والخضوع للإعاقة والفشل في التكيف.
- استخدام وسائل الدفاع الأولية.
- الاستجابات الموجهة نحو المهمة.

(١)- الاستسلام والخضوع للإعاقة والفشل في التكيف:

قد يعني الاستسلام والخضوع للإعاقة بأن المعوق جسماً وصحياً قد وصل إلى حالة من اليأس لا تُسغفه في القيام بأيّ استجابات تكيفية إيجابية فَيَعُكِّس ذلك على ذاته ويعتبر نفسه سيء الحظ وأنه لا

يملك القدرة على إتمام أي مهمة يريد القيام بها. ومثل هؤلاء غالباً لا يميلون لاستخدام أساليب تكيفية تُساعدهم في التغلب على المشكلات المرتبطة بنوع إعاقاتهم وشدتها وإنما يعانون من مشاعر الخوف والقلق والتوتر والإحباط والاكتئاب الأمر الذي يُسهم بتكوين اتجاهات سيئة نحو الآخرين. وأشار (Best,1995) إلى أن هؤلاء الأفراد يعززون فشلهم في تحقيق أي مهمة تُطلب منهم إلى إعاقاتهم وهذا بدوره يُولد لدى الآخرين توجهاً سلبياً نحوهم ويؤمنون بأنهم غير قادرين على التعلم وممارسة المهن... (Best,1995,p55). لذلك فإن المعوقين جسمياً وصحياً الذين استسلموا لإعاقاتهم بحاجة ماسة إلى خدمات الإرشاد النفسي والتعامل مع مشكلاتهم بشكل مباشر كي يتمكنوا من الاستفادة من البرامج التربوية والتأهيلية.

(٢) - استخدام وسائل الدفاع الأولية (Defence mechanisms):

إن استخدام المعوقين جسمياً وصحياً لوسائل الدفاع الأولية ما هو إلا نمط من أنماط الاستجابات التي قد يلجؤون إليها للحد والتخفيف من معاناتهم والتخلص من حالات القلق والخوف والتوتر التي يعيشونها عيشاً دائماً أو مؤقتاً.

وتسمى بوسائل الدفاع الأولية أو وسائل دفاع الأنا. فعندما يواجه المعوق جسمياً وصحياً موقفاً ضاعطاً فإنه يلجأ إلى حماية نفسه باستخدام الحيل اللاشعورية التي تهدف إلى حماية نفسه ومفهومه عن ذاته، وذلك عن طريق تغيير أو تشويه أو إخفاء الحقيقة. واستخدام وسائل الدفاع الأولية لا يُعد بحد ذاته مظهراً من مظاهر الاضطراب الانفعالي إلا إذا

بالغ الفرد باستخدام هذه الوسائل فيصبح عند ذلك غير واقعي ويعيش بعيداً عن الحقيقة. هذا ولا يقتصر استخدام وسائل الدفاع الأولية على المعوقين فحسب بل يستخدمها الأفراد غير المعوقين أيضاً عندما يواجهون مواقف حياتية ضاغطة لا يستطيعون التعامل معها ولو مؤقتاً.

وتتميز وسائل الدفاع الأولية بأنها تحمي الفرد من الناحية النفسية عن طريق تغيير الحقيقة وذلك لأن مستواها لاشعوري وغالباً ما يكون الفرد فاقداً لـ (وعيه) عندما يلجأ إليها. والحقيقة التي لا بد من الاعتراف بها أن هذه الوسائل غير كافية وغير فعالة في إزالة أو تقليل مصادر الضغوط مقارنة بالاستجابات الموجهة نحو المهمة ولكنها بالتأكيد لا تُعبر عن الفشل والاستسلام للإعاقة إلا إذا استخدمت باستمرار.

ومن أهم وسائل الدفاع الأولية التي قد يلجأ إليها الفرد المعوق جسماً وصحياً:

- **الإنكار (Denial):** ويعني رفض الحقيقة وعدم الاعتراف بالواقع المؤلم لدى الفرد المعوق عند تشخيص الحالة، ثم إنكار حقيقة أن الإعاقة دائمة ولا يمكن الشفاء منها طبيياً باستخدام العقاقير والأدوية والجراحة وغيرها. ونتيجة للإنكار فإن الفرد المعوق وأسرته لا يسعون إلى التعامل مع حالة الإعاقة ولا يبذلون جهوداً من أجل الالتحاق ببرامج تعليمية وتأهيلية. ولا بد من التنويه إلى أن الإنكار قد يستمر لدى الفرد المعوق لسنوات عدة لاسيما عندما يُحرم من برامج التدريب والتأهيل اللازمة.

- **النكوص (Regression):** هو العودة إلى مرحلة نمائية سابقة وإظهار استجابات طفولية وسلبية. ويعني ذلك استخدام المعوق جسماً وصحياً لأساليب كان يستخدمها في مراحل عمرية سابقة. ومثل تلك الأساليب كانت نافعة ومفيدة في تخفيف الضغط لديه ولكنه الآن يستخدمها مع أنها لا تتناسب وطبيعة المرحلة العمرية التي هو فيها لاقتناعه بأن تلك الأساليب مفيدة.

- **الانسحاب الاجتماعي (Withdrawal):** ويعني تمركز الفرد المعوق جسماً وصحياً حول ذاته وعدم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والانعزال عنهم بسبب قناعته بأن الإعاقة التي يعاني منها قد تكون دائمة وذلك كرد فعل للواقع المؤلم الذي يواجهه. ومن ناحية أخرى فإن الانسحاب الاجتماعي قد يفيد المعوق جسماً وصحياً في مراجعة ما قد حصل معه ومع ذلك قد تؤدي الدرجة الشديدة منه إلى الاكتئاب.

- **التبرير (Rationalization):** وهو تفسير يبدو منطقياً لمواقف أو أحداث تخص الفرد ذاته بينما تكون الأسباب الكامنة وراءها انفعالية. فقد يعزو المعوق جسماً وصحياً إعاقته وعجزه أو نواحي القصور لديه إلى أشخاص وأشياء غالباً ما تكون بعيدة عن الأسباب الحقيقية.

- **الخيال (Fantasy):** وهي وسيلة الدفاع التي يحقق المعوق جسماً وصحياً من خلالها الأهداف والطموحات التي يعجز عن تحقيقها في الواقع فيلجأ إليها الفرد المعوق بسبب إعاقته التي تحد من قدرته

على تحقيق طموحاته وتلبية رغباته وحاجاته كوسيلة بديلة وبذلك يمكن أن تخف حدة التوتر والضغط لديه.

- **الكبت (Repression):** حيث يسعى الفرد المعوق جسماً وصحياً إلى تحويل الأفكار السلبية والصراعات التي يُعاني منها إلى مستوى اللاشعور لأن وجودها في مستوى الشعور يبقى على شكل صراعات أو أفكار غير مقبولة اجتماعياً. هذا ويحدث الكبت عندما تتعارض الرغبات عند الإنسان بين الهو والأنا الأعلى، وعندما يصعب على / الأنا/ حل هذا الصراع فإنه يكبت في مستوى اللاشعور.

- **الإسقاط (Projection):** هو تحميل شخص آخر مسؤولية ما يحدث. فهو يعني إلقاء ما لدى الفرد المعوق من خصائص وصفات لديه لا يحبها على الآخرين فقد يلجأ الفرد إلى وصف الآخرين بما لديه هو من تقصير أو جوانب سلبية. فمثلاً الشخص المعوق الذي يشعر بعدم الكفاية ويصعب عليه تحمل هذا الشعور يسقط مشاعره على الآخرين فيدعي أن لا أحد يريد مساعدته.

- **التعويض (Compensation):** هو الاهتمام بأحد جوانب القوة لدى الفرد لتعويض النقص أو القصور في جوانب أخرى. فمن الممكن أن يعوض الفرد المعوق نواحي الضعف في خصائص إعاقته إلى نواحي أخرى وإبرازها على أنها نقاط قوة لديه مما يُخفف مشاعر الإحباط والقلق.

(٣) - الاستجابات الموجهة نحو المهمة (Task mechanisms):

وثمة من يطلق عليها الاستجابات التكيفية وهي تلك الاستجابات الواقعية التي تأخذ بعين الاعتبار حقيقة الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية وديمومتها وآلية التعامل معها. إن الاستجابات الموجهة نحو المهمة تتضمن الاعتراف بالإعاقة وما يترتب عليها من ضغوط وآثار نفسية واجتماعية وبالتالي القيام باستجابات من شأنها أن تجعل حياة الفرد المعوق جسماً وصحياً أكثر سهولة وكذلك استغلال مصادر الدعم المتوفرة في المجتمع للتغلب على مصادر الضغوط النفسية.

وثمة من يرى أن هذه الاستجابات الموجهة نحو المهمة تتضمن استخدام أسلوب حل المشكلات وتحليل الموقف ووضع الحلول المناسبة لأنه مشكلة تعترض تكيف الفرد المعوق جسماً وصحياً مع المجتمع. وهذه الاستجابات لا تتضمن القلق وإنما تعبر عن التقبل والاعتراف بوجود المشكلة وبالتالي محاولة وضع الحلول العملية الواقعية وهذا إن دلّ على شيء فإنما يدل على تكيف المعوق جسماً وصحياً.

ويمكننا القول بأن هذه الاستجابات تركز على حاضر المعوق جسماً (حركياً) وصحياً وعلى مستقبله وبالتالي هي التي تجعله يعمل باتجاه التغلب على الإعاقة والقيام بسلوكات تكيفية للواقع الجديد الذي حصل بسبب الإعاقة والتركيز على جوانب القوة لديه وليس على جوانب الضعف. (السرطاوي، الصمادي، 1998)

إن الأنماط الثلاثة الأنفة الذكر هي خبرات قد يمر بها الفرد المعوق جسماً وصحياً كغيره من الأفراد العاديين أو المعوقين.

فمن الممكن أن يشعر بلحظة ما باليأس والإحباط ثم لا يلبث أن يتحول بعد ذلك إلى القيام باستجابات تكيفية، أو يميل لاستخدام وسائل الدفاع الأولية. ومن السياق العام يمكن أن نستنتج أن معوقاً ما متكيفاً مع إعاقته وآخر غير متكيف ويحتاج إلى مساعدة للوصول إلى تقبل لإعاقته والتعايش معها والعمل للمستقبل.

ثانياً: الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على الصعيد الأسري:

مما لا شك فيه أن الأسرة تتأثر تأثيراً مباشراً بوجود طفل أو يافع في كنفها يُعاني من إعاقة جسمية وصحية. فالأسرة تمر وفقاً لذلك بخبرات نفسية مؤلمة وبردود فعل نفسية تتباين في شدتها وحدتها من أسرة إلى أخرى وذلك وفقاً لطبيعة الإعاقة وشدتها ومدى توافر مصادر الدعم المختلفة.

وقد أشارت الدراسات الأجنبية إلى أن ردود الفعل النفسية التي تحدث لدى الآباء والأمهات تشكل حاجزاً حقيقياً يحد من قدرتهم على العناية بالطفل المعوق ورعايته كما أنها قد تحد من الاستفادة من البرامج المقدمة للطفل المعوق. ولذلك فإن مثل ردود الفعل هذه تُمثل استجابات متوقعة تمر بها الأسرة ولكنها تعدُّ غير طبيعية عندما لا تصل الأسرة إلى مرحلة التكيف والتعامل مع الإعاقة على أنها حقيقة واقعة.

ونحن لا نستطيع الحديث عن ردود فعل متشابهة لدى جميع الأسر فلكل أسرة خصائصها الفريدة ولها مواطن قوة ومواطن ضعف ولكن باستطاعتنا أن نتحدث عن مجموعة من ردود الفعل العاطفية العامة التي

يتوقع أن تحدث لدى معظم الآباء والأمهات. وقد ورد في الكثير من أدبيات التربية الخاصة أهم ردود الفعل النفسية التي قد تؤثر على تكيف الأسر والمجتمع مع الإعاقة:

● الصدمة:

وهي أول ردة فعل تحدث عندما يتم إعلام الوالدين بأن الطفل معوق سواء بعد الولادة مباشرة أم في سن متقدمة. فيكون مثل هذا النبأ بمثابة صدمة وخبر قاسٍ وحدث مؤلم يُعاني منه الوالدان حيث يمثل اكتشاف الإعاقة لدى الطفل أزمة حقيقية بالنسبة للوالدين. فمواجهة الإعاقة والحقائق المتصلة بها أمر بالغ الصعوبة ويشعر معظم أولياء الأمور أنهم لن يتمكنوا من تحمله والتعامل معه. وتكون الصدمة عنيفة إذا كانت توقعات الوالدين لميلاد طفل طبيعي توقعات عالية أو كان المولود الأول الذي رزقوا به بعد سنوات من عدم الإنجاب. ويستمر شعور الصدمة لفترة قصيرة في العادة وغالباً ما يتبعه شعور الإنكار.

● الإنكار:

يستخدم الوالدان في هذه المرحلة الإنكار كإحدى وسائل الدفاع الأولية، ويتخذ عدة أشكال منها عدم التصديق وإنكار حقيقة إعاقة الطفل خاصة عندما تكون الإعاقة بسيطة وغير مرئية، فنجد الوالدين ينكران نتائج الفحوصات والتشخيص والتقييم ويتعاملان مع الطفل على أنه طفل عادي لأن الاعتراف بإعاقة ابنهما يؤذيها ويهددهما لذلك يلجأ الوالدان إلى عدم الاعتراف بالواقع والإنكار اللاشعوري الذي يريحهما ويُشعرهما بدرجة ما من الاستقرار النفسي والعاطفي. وقد يتخذ النكران شكلاً آخر وهو إخفاء

الطفل وإبعاده إلى مراكز الإقامة الدائمة للحفاظ على المكانة الاجتماعية (الصفدي، ٢٠١٣).

• التسوق الطبي:

عندما يواجه الوالدان بالحقيقة المرة أن ابنهما يختلف عن أقرانه بشكل واضح، فإنهما يحاولان جاهدين نفي حالة الإعاقة عن الابن من خلال مراجعة العديد من الأطباء والاختصاصيين فيتنقلون من طبيب إلى آخر ومن اختصاصي إلى آخر علّهما ينفيان أن الطفل معوّق ولذلك أطلق الباحثون عن هذه المرحلة (التسوق الطبي).

• الغضب واللوم:

عند مواجهة الوالدين حقيقة أن ابنهما معوق جسماً (حركياً) وصحياً ينتابهما شعورٌ مفعم بالغضب ويبدأن بلوم المشفى والأطباء أو المعلمين أو الاختصاصيين... من حيث أنهم لم يبذلوا الجهود الكافية للتعامل مع مشكلة الطفل تعاملاً صحيح. ومن جهة ثانية قد ينتاب الغضب الزوج ملقياً اللوم على الزوجة ومتهماً إياها بأن الإعاقة ناجمة عن العوامل الوراثية العائدة لها ولأسرتها والعكس صحيح.

• الاكتئاب:

يشعر الوالدان بالاكتئاب في مرحلة لاحقة نتيجة معاناتهما من الإحباط واليأس عندما يشعران أن لا شيء يمكن عمله ليتجاوز أو يتخلص طفلها من الإعاقة وأنهما أمام أمر واقع عليهما مواجهته. وبينت الدراسات أن الكثير من الآباء ونتيجة لمثل هذه المشاعر يغدون أكثر ميلاً

للمعتقدات الدينية فيصبحون أكثر تديناً من السابق مما يعطيهم شعوراً بالراحة والطمأنينة.

• التكيف والتعايش مع الإعاقة:

على الرغم من الصعوبات النفسية الشديدة التي تواجهها أسرة الطفل المعوق، فإنها تتعلم التعايش مع الإعاقة والضغط التي تنشأ عنها تدريجياً. فهذه المرحلة هي الأخيرة من مراحل ردود الفعل النفسية، وفي هذه المرحلة يتقبل الوالدان إعاقة الطفل ويسعيان إلى توفير البرامج التربوية والتأهيلية ويحاولان مساعدة الطفل على النمو السليم. وهذه المرحلة متقدمة وتتطلب درجة من التفهم لحالة الإعاقة الحركية.

ولكن الوصول إلى مرحلة التكيف لا يعني انتهاء الشعور بالحزن والأسى. فثمة أزمت تمرّ بها الأسرة في المراحل الانتقالية المختلفة ولكنها توظف جميع الموارد المتاحة للتغلب عليها.

وتبرز آثار الإعاقة الجسمية والصحية على الأسرة في محورين

أساسيين:

(أ) - المحور الأول: التأثير على الوالدين:

تؤثر الإعاقة الجسمية والصحية على الوالدين من عدة جوانب منها العلاقة بين الزوجين فقد تؤدي الإعاقة إلى خلافات بين الزوجين وتفكك العلاقة الزوجية حيث يقوم كل منهما باتهام الآخر بأنه السبب في تلك المشكلة وبالتالي يؤدي ذلك إلى إضعاف العلاقة بينهما خاصة إذا كانت ضعيفة في الأصل أو ربما في بعض الحالات تؤدي إلى تقوية العلاقة ودعم كل منهما الآخر.

كما قد تسبب الإعاقة مشاعر الحزن والاكتئاب لدى الوالدين وتزداد هذه المشاعر السلبية عند الفترات الحرجة في النمو التي يُتوقع من الطفل أن يُتقن فيها مهمات محددة مثل المشي والكلام والالتحاق بالمدرسة والوصول إلى مرحلة البلوغ. الأمر لا يختلف كثيراً فيما لو حدثت الإعاقة بالنسبة لابنهما في مرحلة متقدمة من العمر فالاهتمام سيتضاعف والأزمات ستبرز وهكذا...

وتواجه الأم في المنزل مسؤوليات إضافية نتيجة رعايتها لابنها المعوق جسماً وصحياً لأن رعايته تتطلب جهداً كبيراً لتلبية احتياجاته الأساسية من طعام ونظافة....، بالإضافة إلى الحركة والتنقل والعناية بمضاعفات الإعاقة الجسمية والصحية التي تتطلب جهوداً مستمرة على مدى الأيام والأشهر والسنوات. كما أن عزل الطفل المعوق جسماً وصحياً عن أمه بعد الميلاد مباشرة للعناية به طبياً يُكسر حالة الفقرة والاعتزاف بين الأم والطفل المعوق وتزداد لدى _ الأم نتيجة الانفصال غير الطبيعي للطفل عنها _ مشاعر الخوف من وفاة الطفل.

كما أن الإعاقة قد تضيف عبئاً مادياً على الوالدين فقد يحتاج الطفل إلى أجهزة طبية أو رعاية طبية مستمرة مما يسبب ضغطاً مادية على الأسرة.

(ب) - المحور الثاني: التأثير على الأشقاء :

أشارت الدراسات التي اهتمت بدراسة تأثير الإعاقة على الأشقاء إلى وجود العديد من التأثيرات التي تنعكس على أخوة الأطفال المعوقين بالمقارنة مع غيرهم من الأطفال منها زيادة تحمل المسؤولية، والقلق، وقد

أكدت نتائج الدراسة التي قام بها (عبد اللطيف، ٢٠٠١) أن وجود طفل معوق جسمياً وصحياً في الأسرة من شأنه أن يؤثر سلباً على أشقائه ولاسيما من الجنس الآخر كون وجوده في الأسرة يؤثر على نظرة المجتمع نحو الأسرة من حيث تقبل أفرادها كالزواج منهم.

ومن ناحية ثانية فإن العناية بالطفل المعوق جسمياً وصحياً غالباً ما تكون على حساب أخوته بالإضافة إلى الأثر النفسي الذي يحدثه وجود الطفل المعوق في الأسرة فيما يتعلق بالصورة المثالية للأخ أو الأخت وانعكاس ذلك على مفهوم الذات لدى الأشقاء.

ومن الأهمية بمكان أن نبين أن الأسرة بكل أفرادها تعاني من وجود المعوق جسمياً وصحياً بكنفها وتختلف درجة المعاناة بين أفراد الأسرة تبعاً لدور كل فرد ومسؤولياته.

ومن أهم المشكلات التي تتعرض لها الأسرة:

- انعزال الأسرة عن الوسط الاجتماعي الداعم والذي يتمثل في الأقارب والأصدقاء الذين يمكن أن يقدموا العون للأسرة والدعم النفسي لها. ويترتب على ذلك شعور الوالدين بالاستنزاف والجهد الكبير بسبب عدم دعم الآخرين من خارج الأسرة لهم مما يجعل الوالدين أقل فاعلية في مسايرة الطفل المعوق وتلبية احتياجاته.
- تطرف أدوار أفراد الأسرة وعزل الأدوار بين أعضائها، حيث يُلقى عبء العناية بهذا الطفل على الأم التي تحتاج إلى مساعدة الأب والذي بدوره يميل إلى العمل والبقاء خارج المنزل ويرى أن دوره لا يشمل العناية المباشرة بالطفل. ويؤثر استنزاف جهود الأم للعناية

بالطفل المعوّق على إشباع حاجات الأب والأخوة والأخوات فينشأ عدم التوازن في الأدوار مما يؤثر بالتالي على الأسرة.

- صعوبة الحصول على الخدمات المناسبة للطفل فيحاول الوالدان السعي للحصول على الخدمات المناسبة للطفل. وفي كثير من الأحيان لا يقتنع الوالدان بما يقدمه لهما الاختصاصيون في المجالات المختلفة ويصبح لديهما شك وعدم تيقن مما يدفعهما لاستشارة أكثر من اختصاصي. وغالباً ما ينتابهما شعور سلبي ضد الاختصاصيين لتغدو علاقتهما معهم سلبية لا يسودها التفهم والثقة وإنما العداء وعدم الثقة، ويتضح ذلك في حالات الإعاقة الغامضة التي لا تتضح مظاهرها.

- احترام الذات للوالدين ومكانتهما إذ يتأثر إدراك الوالدين للذات والطريقة التي ينظر بها الآخرون تجاههما وينعكس ذلك في طريقة معاملة الآخرين لهما، إذ إنّ الوالدين يشعرون بأنه لم يعد لهما مكانة عالية في المجتمع كما كانا قبل وجود الطفل المعوّق، ويشعرون بأن الناس لا تحترم مشاعرهما وحاجاتهما الخاصة، إضافة إلى تأثر احترام الذات لديهما. (Vincent,L,1988)

- الخوف من المستقبل إذ إنّ الطفل المعوّق جسماً وصحياً يحتاج إلى رعاية وعناية خاصة بشكل مستمر خاصة في الحالات الشديدة. هذا ويُعاني الوالدان من الخوف على مستقبل الطفل بعد وفاتهما، فما الذي يمكن أن يحصل مع المعوّق بعد ذلك؟ ومن

الذي سيساعده؟ وهل من الممكن أن يتدبر أمره؟ ... كل هذه التساؤلات تثير لدى الوالدين حالات نفسية مثل القلق والخوف.

- نقص مهارات العناية بالفرد المعوق جسمياً وصحياً قد يُشعر الوالدان بأنهما لا يحسنان العناية بالطفل وليس لديهما مهارة في التعامل مع الطفل وإعاقته وذلك لعدم توافر المعلومات وانعدام التجارب الشخصية والعائلية، مما يزيد من أعباء الوالدين وسعيهما إلى التعرف على الإجراءات التي يجب استخدامها لتلبية احتياجات الطفل المعوق.

- عدم التمتع بأوقات الفراغ بسبب الرعاية المتواصلة التي يجب توفيرها للطفل المعوق جسمياً وصحياً من قبل الأسرة. حيث لا تجد الأسرة وقتاً لتروح عن نفسها خاصة أيام العطل والإجازات، وقد يكون السبب في ذلك عدم وجود مؤسسات العناية المؤقتة التي يمكن أن توفر خلالها خدمات للفرد المعوق عندما تشعر الأسرة بالحاجة الماسة للراحة والترويح.

- آثار العلاج الطبي إذ يحتاج المعوق جسمياً وصحياً في كثير من الأحيان إلى العناية الطبية والإقامة في المشفى للعلاج. (السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٨)

ثالثاً: الأبعاد النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على الصعيد المجتمعي:

مما لا شك فيه أن أكثر المتأثرين بالإعاقة وآثارها النفسية والاجتماعية وبالدرجة الأولى المعوق ذاته، ويتضح ذلك للآخرين من خلال

ردود أفعاله في مواقف لا تتطلب مثل هذه الانفعالات. وتأتي الأسرة بالدرجة الثانية إلا أن المجتمع هو المتأثر الأكبر كونه الحاضن للأسر وبكل ما يصدر عنها من ردود أفعال نفسية واجتماعية. وتتضح الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقات الجسمية والصحية على المستوى المجتمعي من خلال:

- حجم مشكلة الإعاقة:

الإعاقات الجسمية (الحركية) والصحية رافقت البشرية منذ أقدم العصور إن لم تكن منذ بداية وجود البشرية وستستمر بمرافقة البشرية مدى الحياة، وخلال تلك المسيرة التاريخية برزت جملة من المصطلحات التي حاولت فرز هذه الفئة من الفئات المجتمعية الأخرى. ويُعد مصطلح تكرار حدوث الإعاقة (Incidence) من أشهر المصطلحات المعبرة عن حجم الإعاقة ويعني نسبة أو عدد حالات الإعاقة في فترة زمنية محددة. وبرز كذلك مصطلح تكرار حدوث الإعاقة (Prevalence) ويعني نسبة أو عدد حالات الإعاقة بشكل عام دون تحديد الفترة الزمنية في مجتمع ما. ويُستخدم هذا المصطلح ليعبر عن حجم مشكلة الإعاقة. وبالنسبة لحجم الإعاقة ومشكلاتها وأثرها في مجتمعاتنا العربية مازالت الأرقام غير دقيقة فليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقة خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث تتفاوت التقديرات حول هذه النسبة فمنهم من يقدرها بحوالي 3% ومنهم من يقدرها (١٥%) إلا أن هناك اتفاقاً عاماً على أن حوالي (١٠%) من الأطفال في سن ما قبل المدرسة لديهم إعاقة أو أنهم معرضون

لخطر الإعاقة. ولكن هذا التباين والتفاوت الكبير في التقديرات خاصة في الدول العربية يعود إلى مجموعة من الأسباب وهي:

- ١- عدم وضوح التعريفات، فليس هناك تعريف موحد متفق عليه أو اتفاق على المدى العمري للأطفال المستهدفين من برامج التدخل المبكر وغياب التعريفات الإجرائية.
- ٢- صعوبة تشخيص الإعاقات البسيطة في السنوات الأولى من العمر مثل المشكلات الكلامية، والإعاقة العقلية البسيطة، وبعض الاضطرابات السلوكية، والصعوبات التعليمية.
- ٣- النمو في مرحلة الطفولة المبكرة يتصف بالتغير بسرعة وبشكل ملحوظ إضافة إلى أن مظاهر النمو متداخلة لذلك فإن إثبات أو نفي وجود إعاقة في هذا السن أمر بالغ الصعوبة.
- ٤- وجود حالات غير مطمئنة قد تصاب بالإعاقة ولكن بشكل غير مؤكد.
- ٥- عدم توفر أدوات القياس التي تتمتع بالخصائص السيكومترية المناسبة ، والنزعة نحو إخفاء الأطفال المعوقين لأسباب اجتماعية وثقافية .

إضافة الى صعوبة تحديد حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة المبكرة ، فهناك مشكلة أخرى وهي أن نسبة المعوقين تكون غالباً من كبار السن في معظم المجتمعات إلا أنه يلاحظ العكس في دول العالم العربي حيث إن نسبة الإعاقة أكثر ارتفاعاً بين الأطفال ويرجع هذا إلى أسباب لعل من أهمها:

١- الزيادة الكبيرة في نسبة الحوادث المنزلية بصفة خاصة، تليها حوادث الطرق وخاصة بالنسبة لمن هم دون السادسة من العمر.

٢- سلسلة أمراض سوء التغذية التي يعاني منها الرضع والأطفال نتيجة قصور الوعي وعزوف الأمهات عن الإرضاع الطبيعي واستعمال الأغذية المستوردة في غياب نظم وأجهزة الرقابة الغذائية المحكمة .

٣- ارتفاع حالات الولادة المبكرة ونقص وزن الجنين عند الميلاد؛ نتيجة الزواج المبكر وسوء التغذية بين الأمهات وتكرار الحمل والولادة على فترات زمنية متقاربة .

٤- انتشار الأمراض الخطيرة التي تصيب الأطفال رغم توفر الخدمات الصحية وذلك نتيجة قصور الوعي الصحي وتركيز هذه الخدمات على الجانب العلاجي على حساب الخدمات الوقائية .

٥- قصور برامج التطعيم والتحصين ضد الأمراض .

٦- انتشار أمراض العيون ونقص فيتامين (أ) مما يؤدي الى حالات كف البصر .

٧- غياب برامج التوعية بأسباب ومظاهر الإعاقة في برامج التلفاز والإذاعة وغيرها من وسائل الإعلام .(الخطيب، الحديدي، ٢٠٠٧)

وعموماً فإن نسبة المعوقين في الوطن العربي أعلى عند مقارنة بالمجتمعات الغربية ويرجع ذلك إلى مجموعة من الأسباب من أهمها :

١- ارتفاع معدل الفقر وتدني مستوى الخدمات الصحية والاجتماعية وخاصة بين أوساط الفئات الدنيا.

- ٢- ارتفاع مستوى الأمية خاصة بين النساء .
- ٣- الحرب و نتائجها وما تخلفه من إعاقات .
- ٤- السرعة الهائلة للتغير المادي والاجتماعي .
- ٥- زيادة التقدم الطبي والتقني أسهم في تقليل عدد الوفيات بين حالات الإصابات الشديدة مما أدى إلى زيادة عدد حالات الإعاقة .
- ٦- الكوارث الطبيعية ونتائجها. (البلاوي، ٢٠٠٦)

قد يقول قائلٌ إن أسباب الإعاقة غالباً ما تنحصر نتائجها بالفرد ذاته أو بأسرته. إلا أن التصنيفات التي ذكرها الباحثون حول أسباب الإعاقة بيّنت أن أسباب الإعاقة يشترك فيها الفرد والأسرة والمجتمع، فقد ذكرت (سميث، 1992) قائمة بالأسباب المؤدية لحدوث كل فئة من فئات الإعاقة، وكذلك ذكر (ماكميلان، 1982) أن ما يُناهِز (٧٥٪) من أسباب الإعاقة هي أسباب مجهولة وأن (٢٥٪) من أسبابها معروفة. ومهما اختلفت طبيعة التصنيفات فقد أُنْفِقَ على أن ثمة ثلاثة أسباب أساسية للإعاقة هي:

- أسباب ما قبل الولادة (Pre-Natalcauses).
- أسباب أثناء الولادة (Peri-Natalcauses).
- أسباب ما بعد الولادة (Post-Natalcauses).

ويُمكننا القول بأنه مهما كانت طبيعة الأسباب التي تنجم عنها الإعاقات الجسمية (الحركية) والصحية فإنَّ أثارها تصب في خانة المجتمع. وهنا يبرز دور المجتمع المتمثل بمؤسساته

الحكومية والخاصة التي تتصدى لقضايا المعوقين وبالتالي إما أن يكون دوره إيجابياً من خلال تدريبهم وتأهيلهم ودمجهم وزجهم بالعمل... أو العكس.

ويمكن حصر دور المجتمع في التعامل مع الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة الجسمية والصحية في:

- وضع برامج تثقيفية لأبنائه انطلاقاً من أن الإعاقة قضية اجتماعية.
- وضع آليات مدروسة وممنهجة لتدريب الكوادر البشرية القادرة على التعامل مع الإعاقة والمعوقين .
- وضع آليات عملية لتدريب المعوقين وتأهيلهم بهدف التكيف مع ذاتهم وإعاقته.
- وضع آليات عملية لتنفيذ شروط الكود الهندسي ليتناسب مع وضع كافة الإعاقات من ضمنها الإعاقات الجسمية والصحية.
- وأخيراً: التنسيق بين الجهات المعنية منذ بداية التشخيص إلى وضع خطوات العلاج بما يتناسب مع الإعاقة من حيث شدتها وطبيعتها وأثارها.

الفصل الثالث

الحاجات الخاصة واستراتيجيات إرشادها وتقييمها لدى
المعوقين جسمياً وصحياً

الفصل الثالث

الحاجات الخاصة واستراتيجيات إرشادها وتقييمها

لدى المعوقين جسمياً وصحياً

د. آذار عبد اللطيف

لا تختلف عناصر شخصية الفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً عن عناصر شخصية الفرد العادي إلا من حيث ما يترتب على الفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً من أثر للإعاقة على سلوكه نظراً لعدم قدرته على القيام بالأدوار المطلوبة لإنجاز عمل ما للدرجة التي يمكن القول عنها بأنه حقق المستوى المطلوب من الإنتاج، وهذا بالطبع يتوقف على طبيعة الإعاقة الجسمية والصحية ومدى شدتها وزمن حدوثها، لذلك يمكن القول بأن سلوك الشخص المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً لا يتأثر بإعاquته فقط فثمة عوامل أخرى تسهم في هذا التأثير ليغدو سلوكه غير سوي بنظر الآخرين ولكي يكون سلوك الشخص المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً مرضياً عنه لا بد من تلبية احتياجات ذاك المعوق من جهة وكذلك وضع الاستراتيجيات المناسبة لتقييمها وإرشادها من جهة ثانية انطلاقاً من أن تلبية تلك الاحتياجات أمر ضروري وملح لكل فرد سواء أكان سويّاً أم معوقاً.

وسنتناول في هذا الفصل أهم تلك الحاجات وطرق إرشادها وآلية تقييمها.

أولاً: الحاجات الخاصة بالأفراد المعوقين جسمياً وصحياً:

تزايدت بالعقود الأخيرة درجة الاهتمام بأهمية دراسة الظروف الأسرية للأفراد المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً من أجل التعرف على حاجاتهم من جهة وتفهم الصعوبات التي تواجههم من جهة ثانية. وبالتالي غدت الدراسات النفسية التي تناولت هذه الشريحة وأسرهم مجالاً يحظى باهتمام خاص من العاملين بمجالات التربية الخاصة إضافة إلى العاملين بالحقول النفسية والتربوية الاجتماعية والطبية والتربوية.

فئة المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً هي فئة هامة من فئات المجتمع التي كان لها نصيب اللقاء مع القدر لتعاني من إعاقة ما تقلل من قدرتها على القيام بالأدوار الاجتماعية على الوجه الأمثل كأقرانها من العاديين. وهذه الفئة كغيرها من الفئات الخاصة بحاجة إلى أن نتعرف ونتفهم أهم احتياجاتها النفسية والاجتماعية والتأهيلية كي يُسهم المجتمع والأفراد العاديون بتنمية قدراتها وبالتالي تؤدي دوراً ما في تحقيق التنمية المجتمعية.

ثانياً: مفهوم الحاجة

إن حاجات الإنسان في حاجة دائمة للإشباع الكلي والجزئي لذلك تتسم بالتجدد الدائم. كما أن إشباع الحاجات قد يكون بطريقة مباشرة أو بطريقة غير مباشرة مما يعني أن عدم إشباع الحاجات يسبب قصوراً ما أو اضطراباً نفسياً أو جسمياً أو نفسياً أو جسمياً.

إن حاجات الفرد مترابطة متساندة متكامل فيما بينها فإشباع حاجة المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً إلى الشعور بالانتماء/على سبيل المثال/ يؤدي إلى إشباع

حاجة للشعور بالحب والتعاطف وذلك يُساعده على إشباع حاجته إلى التوافق مع ظروفه الجديدة لاسيما إذا كانت الإعاقة التي ألمت به حدثت ووقعت منذ فترة زمنية قريبة بعد أن عاش لسنوات عدة كفرد سوي وعادي، وهذا بالضرورة يؤدي إلى تحقيق حاجة هذا المعوق إلى شعوره باحترام ذاته وثقته بنفسه مما يعني أنه قد أشبع حاجته إلى الأمن والطمأنينة والنتيجة أنه ينظر إلى ذاته بأنه مواطن إيجابي ومنتج وهذا يتطابق مع تعريف علماء النفس للحاجة بأنها رغبة طبيعية يهدف الكائن الحي إلى تحقيقها بما يؤدي إلى التوازن النفسي والانتظام في الحياة.

وتعتبر الحاجة حالة من عدم التوازن يشعر بها الفرد نتيجة رغبته في إنجاز هدف معين ويحتاج هذا القرار إلى توافر إمكانيات وظروف شخصيته وبيئته مناسبة للتعبير عنها ومحاولة تحقيق هذا الهدف. فالحاجة حالة من النقص أو الافتقار أو الاضطراب الجسدي أو النفسي إن لم تلق إشباعاً أثارت لدى الفرد نوعاً من التوتر أو الضيق لا يلبث أن تزول متى أُشبعَت الحاجة.

فالحاجة مجموعة من المطالب التي يشعر بها الفرد ويبذل الجهد من أجل الحصول عليها، وقد يُغير سلوكياته في محاولة للوصول إليها (Lamb,1998).

بناءً على ما تقدّم يمكن تعريف الحاجة بأنها حالة من التوتر أو عدم الإتيان تتطلب نوعاً معيناً من النشاط يؤدي إلى إشباع الحاجة، والحاجات تُشبع بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وغالباً ما تعمل وفق نظام مُركب كونها تعتمد على بعضها بعضاً كما أنها تتأثر فيما بينها.

وقسم (فهيم، ١٩٩٨) الحاجات إلى:

١- احتياجات فردية وتتمثل في:

آ- بدنية مثل استعادة اللياقة البدنية وتأمين الأجهزة التعويضية.
ب-إرشادية مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف وتنمية الشخصية.

ج-تعليمية: مثل إفراح فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم.
د-تدريبية: مثل فتح مجالات التدريب تبعاً لمستوى المهارات.

٢- احتياجات اجتماعية وتتمثل في:

آ-علاقية: مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.
ب-تدعيمية: مثل الخدمات المساعدة التربوية والمادية واستثمارات الانتقال والاتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية.
ج-ثقافية: مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجالات المعرفة.
د-أسرية: مثل تمكين المعوق من الحياة الأسرية الصحيحة.

٣- احتياجات مهنية وتتمثل في:

آ-توجيهية: مثل تهيئة سبل التوجيه المهني مبكراً والاستمرار فيه لحين انتهاء عملية التأهيل.
ب-تشريعية: مثل إصدار التشريعات بهدف تشغيل المعوقين وتسهيل حياتهم.
ج-محمية: مثل إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات من المعوقين يتعذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء.

د-اندماجية: مثل توفير فرص الاحتكاك والتفاعل المتكافئ مع بقية المواطنين جنباً إلى جنب (فهيمى، ١٩٩٨).

ونتيجة للدراسات التي أُجريت على الأطفال في المجالات النفسية والصحية والتربوية والاجتماعية فقد قسم المختصون مرحلة الطفولة إلى ثلاث مراحل:

• **المرحلة الأولى:** تبدأ من الولادة حتى نهاية السنة الخامسة.

• **المرحلة الثانية:** وتمتد من السادسة حتى الثانية عشرة.

• **المرحلة الثالثة:** وتمتد من الثالثة عشرة حتى الثامنة عشرة.

ويوضح هذا التقسيم ومن وجهة النظر هذه أن مرحلة الطفولة تمتد للسنوات العمرية المتقدمة تختلف عن تلك النظرة التي قسمت مرحلة الطفولة إلى مرحلة مبكرة وتمتد من ٠-٥ سنوات، وإلى مرحلة متوسطة وتمتد من ٦-٩ سنوات ، وإلى مرحلة متأخرة وتمتد من ١٠-١٣ أو ١٤/.

لقد تبين بأن هناك جملة من الحاجات التي لا بد من تلبيتها لعالم الطفولة سواء أكان الطفل سوياً أم معوقاً. إن هذه الحاجات في معظمها متعلمة لكنها مهمة وأساسية بالوقت نفسه ومن أهمها: (وكما أوردها عبد اللطيف، ٢٠٠٣)

١- **الحاجة إلى الاستقلال:** فلدى الطفل رغبة ماسة في الاستقلال وتحمل المسؤولية منذ الشهور الأولى من عمره وطبعاً وفق الإمكانيات والقدرات التي يمتلكها، لذا فإن توفير هذه الفرص تولّد لديه مشاعر الثقة بالنفس والسعادة.

٢- **الحاجة إلى تأكيد الذات:** حيث يسعى الطفل من خلال الحركات التي يقوم بها للفت انتباه الوالدين إليه مما يؤكد بأنه شخص له كيان وكل الأساليب

التي يلجأ إليها الطفل فيما بعد في المدرسة والشارع والحدائق والزيارات الاجتماعية..... ما هي إلا رغبة في التعبير عن ذاته.

٣- الحاجة إلى الأمان: قلة هم الأطفال الذين لا يسعون إلى الشعور بالأمان والطمأنينة ويتضح ذلك من خلال فترة لعبهم. إذ إن الطفل يُعبر ووفقاً لمبدأ العلاج باللعب عن عدم شعوره بالأمان في أثناء لعبه وحسب الطريقة التي يتبعها فيه.

٤- الحاجة إلى المحبة والتقدير: فمهما كان الموقف الذي يعيشه الطفل ومهما كانت طبيعته فإن القلق والخوف سيتولد لديه نظراً لعدم شعوره بود وحب الآخرين.

ولكن لا يمكن لهذه الحاجات أن تتحقق وتلبى إن لم يكن الوالدان على دراية جيدة بعناصر تطور الطفل من الناحية الجسمية والمعرفية واللغوية والعاطفية والاجتماعية انطلاقاً من البيئة المحيطة بالطفل. ومن أهم تلك العناصر:

(أ) - الإطار البيئي للطفل وتطوره: يشكل الطفل محور الاهتمام ومحور العملية التربوية والعلاقة بينه وبين المؤثرات البيئية المحيطة به علاقة تبادلية. فالطفل ووفق عملية النمو لديه ثلاثة محاور رئيسة هي: التطور الجسدي، والتطور العاطفي والاجتماعي، والتطور المعرفي واللغوي. وتنمو هذه المحاور وتتضج نتيجة التفاعل بين الطفل وبين كل من الأسرة والجماعة وثقافة المجتمع

(ب) محاور تطور الطفل منذ الولادة حتى سن الخامسة:

١- التطور الجسدي: ويشمل

• التغذية.

- مكافحة المرض.
 - علاج الأمراض علاجاً مناسباً.
 - فرص اللعب والتدريب.
- ٢- التطور الاجتماعي والعاطفي: ويشمل

- المحيط الآمن.
- تأمين التفاعل المناسب.
- تشكيل المشاعر والسلوك.
- دعم الثقة وبناء توكيد الذات.

- ٣- التطور المعرفي واللغوي: ويشمل
- فرص التفاعل مع البيئة والناس.
 - تطور وسائل الاستكشاف.
 - تطور الوضعيات.

(ج) - محاور تطور الطفل من عمر السادسة حتى الثانية عشرة

- ١- التطور الجسمي: ويشمل
- التغذية.
 - مكافحة المرض.
 - علاج الأمراض علاجاً مناسباً.
 - فرص اللعب والتدريب.
 - التربية الصحية وقائياً وعلاجياً.
- ٢- التطور الاجتماعي والعاطفي: ويشمل
- المحيط الآمن.

- تأمين التفاعل المناسب.
- تشكيل المشاعر والسلوك.
- دعم الثقة وبناء توكيد الذات.
- امتداد فرص التفاعل خارج نطاق المنزل والمدرسة والجماعة.

٣- التطور المعرفي واللغوي: ويشمل

- فرص التعلم وهي أساس التعليم الأساسي.
- فرص التفاعل مع الناس والبيئة الأوسع خارج نطاق المدرسة.

(د) - محاور تطور الطفل من عمر الثالثة عشرة حتى الثامنة عشرة

١- التطور الجسمي: ويشمل

- التغذية.
- مكافحة المرض.
- علاج الأمراض بشكل مناسب.
- فرص اللعب والتدريب.
- التدريبات الصحية والمعلومات عن خصائص سن البلوغ والحياة الاجتماعية.

٢- التطور الاجتماعي والعاطفي: ويشمل

- المحيط الآمن.
- تأمين التفاعل المناسب.
- تشكيل المشاعر والسلوك.

- دعم الثقة وبناء توكيد الذات.
- امتداد فرص التفاعل خارج نطاق المنزل والمدرسة والجماعة.
- الدعم لاستكشاف علاقات واستقلال ذاتي أكثر.

٣-التطور المعرفي واللغوي: ويشمل

- فرص لامتداد التعلم منهجياً وأكاديمياً أو خلاف ذلك فكرياً. (Best,2000)

ثالثاً: حاجات المعوقين جسماً وصحياً:

لا تختلف معظم حاجات المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً عن حاجات المعوقين في الفئات الأخرى ويعود ذلك إلى التشابه بين المشكلات التي تعاني منها فئات المعوقين بشكل عام. ولكن في نهاية المطاف لا يمكن القول إلا أنه للمعوقين جسماً (حركياً) وصحياً متطلبات تربوية ونفسية وجسمية واجتماعية تختلف عن متطلبات الأفراد العاديين والتي تختلف بالطبع وفقاً لطبيعة الإعاقة وشدتها وما يترتب عليه من آثار. والاهتمام بتلبية متطلبات هذه الحاجات عائد إلى أهمية الاستفادة من طاقات هذه الفئة وانعكاس ذلك على التنمية المجتمعية وإلا فإن الانحراف سيكون الملاذ الأكثر خطراً في حياة المعوقين بشكل عام والمعوقين جسماً (حركياً) وصحياً بشكل خاص.

ويمكن تقسيم احتياجات المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً إلى ما يلي:

أ- الاحتياجات التعليمية:

التعليم حق مشروع لكل فرد معوقاً كان أم سويّاً لذلك تعتبر تلبية المتطلبات التعليمية الضرورية لتعليم المعوقين إحدى مقومات تطور المجتمع آخذين بعين الاعتبار الخصوصية التي تتطلبها كل فئة. وتعليم المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً يساعدهم على إشباع احتياجاتهم التعليمية بإتاحة الفرصة أمامهم للاستفادة من التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم وذلك إما بإلحاقهم بصفوف المدارس العادية إن كانت ظروفهم تسمح بذلك أو بتوفير فرص التعليم لهم في صفوف دراسية داخل المدرسة أو المؤسسة التعليمية حتى لا تفوتهم فرص التعليم (غباري، ٢٠٠٣)

ب- الاحتياجات المهنية:

يُعد العمل الهدف الأسمى في حياة الأفراد وتزداد قيمة هذا الهدف أهمية في حياة المعوقين وبالتالي يعتبر دور التأهيل المهني في حياة المعوقين من الأولويات كونه يتعامل مع كل إعاقة وفقاً لطبيعة الإعاقة وشدتها فتلبية المتطلبات المهنية للمهنة التي سيمارسها المعوقين حركياً على سبيل المثال تختلف كلياً عن المتطلبات المهنية للمهنة التي سيمارسها المعوق سمعياً أو بصرياً أو عقلياً. (Rosen&Foord,1995).

ومن حسن الحظ أنه بالنسبة لمن يتعذر إلحاقهم بالمهن المجتمعية يتم مساعدتهم للالتحاق بالمهن المحمية التي تدعمها الدولة لمساعدة المعوقين حيث يتم إنشاء مصانع تُسمى /المصانع المحمية/ يتحقق فيها شروط الأمان للعاملين المعوقين فيها. (غباري، ٢٠٠٣)

ج- الاحتياجات الصحية:

العديد من المعوقين وأسرههم ومن يهتم برعايتهم يعتبرون تلبية المتطلبات الصحية من أهم القضايا التي تمس حياتهم وهذه حقيقة ولكنها ليست الحقيقة الكاملة فتلبية المتطلبات الصحية جزء هام من بقية المتطلبات. والعاملون في مجال الرعاية الاجتماعية يدركون أهمية دورهم في هذا المجال من حيث تقديم المساعدة الفنية المناسبة لكل حالة من حالات الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية كي يتحقق لهم أقصى رعاية صحية ممكنة. ومن أمثلة تلك الاحتياجات استعادة اللياقة البدنية والحصول على الأجهزة التعويضية اللازمة لكل حالة إضافة إلى تلبية متطلباتهم من العلاج الطبيعي(Buter,1995)

د- الاحتياجات الاجتماعية:

إن تلبية المتطلبات الاجتماعية يعدّ خطوة مهمة في أي بيئة اجتماعية، لأن المعوق جسماً (حركياً) وصحياً هو فرد من أفراد البيئة الاجتماعية التي تفرض عليه التفاعل البناء معها وهذا يحقق لهم الشعور باستمرار الارتباط الأسري والاجتماعي. ويمكن إيجاز الاحتياجات الاجتماعية للمعوقين جسماً (حركياً) وصحياً كما يلي:

١- الحاجة للحب والتعاطف:

وهذا لا يعني الشفقة والرأفة فالإنسان منذ ولادته وحتى مماته بحاجة ماسة لأن يحب ويُحب فقد بينت البحوث أن افتقاد الفرد لحب المحيطين به يعني شعوره بالضياع وافتقاده للأمن والأمان وتظهر لديه العديد من المشكلات التي تترتب على فقدان حب وتعاطف المحيطين به ويصبح عاجزاً عن تبادل الحب معهم وقد يضطر إلى العزلة والانطواء (Buter,1995). هذه المظاهر

بالواقع تظهر لدى المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً وباقي فئات الإعاقة كما تظهر لدى العاديين. ولكن بالنسبة للمعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً وبسبب الإعاقة تزداد حساسيتهم ودرجة خوفهم وخجلهم لذلك هم أكثر حاجة من غيرهم للحب والتعاطف من الأسرة والمحيطين بهم كي لا يغدو عرضة للضياح.

٢- الحاجة إلى التوافق مع الظروف الحياتية الجديدة:

التوافق أو التلاؤم حالة من التكيف والانسجام بين الفرد ونفسه من جهة وبين الفرد وبيئته من جهة ثانية ويتضح ذلك من خلال قدرته على إرضاء أغلب حاجاته وتصرفه تصرفاً مرضياً نحو مطالب البيئة على الصعيد المادي والاجتماعي. هذا ويتضمن التوافق قدرة الفرد على تغيير سلوكه وعاداته عندما يواجه موقفاً جديداً أو مشكلة مادية أو اجتماعية أو خلقية...تغييراً يُناسب هذه الظروف الحديثة.

ويُعرّف التوافق على أنه معيار للسلوك، وهو تلك الحالة من التوظيف النفسي (**psychological functioning**) التي تجعل الفرد قادراً على العمل بفاعلية مع متطلبات البيئة، والعمل بمجالات تتناسب مع قدراته وهذا ما يؤدي إلى الحصول على اتجاه عقلي مناسب، وحالة انفعالية تهيئه للاستجابة المناسبة مع الواقع الاجتماعي./Zimbardo,1979/ وبالتالي يمكن أن نُعرف التوافق على أنه الجهد النفسي الذي يبذله الفرد لتحقيق التوافق والتكيف مع متطلبات بيئته الاجتماعية في كل مرحلة من مراحل النمو التي يمر بها.

وعندما فُرضت الإعاقة على المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً لسبب أو لآخر فُرضت عليهم تغيرات وظروف جديدة جعلتهم في أمس الحاجة للتوافق معها

وخاصة إذا كانت هذه الظروف متصلة بالأسرة، أو بالعمل، أو فقدان الوظيفة والدخل، وقد فوجئوا بها ولم يُهيئوا التهيئة المناسبة لمواجهتها. وهنا يأتي دور العاملين (النفسيين والاجتماعيين) في مجال رعاية الإعاقة والمعوقين من خلال بذل طاقة جهدهم بما يمتلكون من مهارات وقدرات لمساعدة المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً على تحقيق التوافق مع الظروف الجديدة من خلال إيجاد فرص عمل للقادرين وتأهيلهم وتدريبهم لاستثمار قدراتهم المتبقية في هذا العمل الجديد الذي يُراعى فيه مناسبته لظروفهم وقدراتهم، وكذلك مساعدتهم في إيجاد مصادر جديدة للدخل وتخفيف حدّة مشكلاتهم النفسية عندما يعانون من القلق والخوف والخلج والسخرية فيشجعهم ليشعروا بالطمأنينة والدفع العاطفي وبذلك قد يُساعدهم في تغيير الوضع الذي يمرون به سواء على الصعيد الأسري أو الاجتماعي.

٣- الحاجة على الانتظام في الحياة:

هذه الحاجة من أهم الحاجات لدى المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً وتلبية متطلباتها حاجة مجتمعية ملحة نظراً لاضطرابات حياتهم لأسباب عدّة منها: فقدانهم للعمل، وعدم تأمين فرصة عمل تتناسب وقدراتهم، وإحساسهم بأنهم عالة على أسرهم أو مجتمعهم.. لذلك من الأهمية بمكان تدخل كلٍ من الاختصاصي النفسي والاجتماعي لمساعدتهم على خلق أدوار جديدة تناسب وضعهم الجديد أو القديم (فيما لو كانت الإعاقة منذ الطفولة المبكرة) مع الإعاقة. وبالنسبة للأفراد الذين في موقع قيادي أو القرار وغدوا معوقين جسماً أو صحياً فمن الواجب الاستفادة من خبراتهم وعدم تهميتهم جانباً. ويُسهم ذلك

في التخفيف من حدّة مشكلاتهم وآثارها وبالمقابل تقوي من أواصر العلاقة بينهم وبين المحيطين بهم. (غباري، ٢٠٠٣)

٤- حاجة المعوقين جسمياً(حركياً) وصحياً إلى المكانة الاجتماعية:

لهذه الحاجة موقع مهمّ على الصعيد النفسي بالنسبة لهذه الفئة من المعوقين وخاصة إذا ما اهتزت مكانتهم الاجتماعية بعد الإصابة أو بعد فقدانهم لعملهم أو في حال عدم وجود عمل لهم. وهنا على المهتمين الاستفادة من الخبرات التي يتمتع بها الأفراد قبل الإعاقة وتوظيفها في خدمة الفرد ذاته وخدمة الآخرين. وهذه الخبرات قد تكون في مجال الحياة أو في مجال العمل فيساعد القادرين على العمل من خلال تشغيلهم بأماكن تتناسب وخبراتهم ويساعد غير القادرين على العمل من خلال استثمار قدراتهم المتبقية لديهم بعد الإصابة وكثيراً من الأحيان يُساعدهم من خلال اكتشاف قدراتهم الكامنة مما يساعد في دمجهم النفسي والاجتماعي والمهني.

٥- احتياج المعوقين جسمياً(حركياً) وصحياً لتكوين شبكة علاقات اجتماعية:

إن حاجة المعوقين جسمياً(حركياً) وصحياً لتكوين شبكة علاقات اجتماعية مع المحيطين بهم لا تقل أهمية عن الحاجة بالاحتفاظ بالمكانة الاجتماعية، فكلما قويت شبكة علاقاتهم الاجتماعية كلما ازداد شعورهم وإحساسهم بالانتماء والأمن والأمان وبالتالي تخف حدّة مخاوفهم ودرجات قلقهم وهذا يُعيد إليهم الشعور بالدفء العاطفي من جهة ويُقويه من جهة ثانية.

٦- حاجة المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً إلى الانتماء مع الجماعة:

تسبب الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية ضعفاً في ارتباط المعوقين مع أسرهم وكذلك ارتباطهم بالمحيطين يغدو مفككاً وتتدهور علاقاتهم بالعمل، ومن جهة ثانية افتقارهم للعيش ضمن الجماعة يفقدهم الشعور بالدفع العاطفي والتعاطف الذي يجدد عندهم الأمل ويحببهم بالحياة وهذا كله وسواه يجعل حاجتهم إلى وجود جماعة ينتمون إليها حاجة مهمة لهم على الصعد كافة. ومن الاستراتيجيات التي قد يلجأ إليها الاختصاصي لمساعدتهم في تلبية متطلبات هذه الحاجة إعادة العلاقة الحميمة التي تربط المعوقين جسمياً وصحياً بأسرهم ويدعم علاقاتهم بها ويدمجهم في جماعات عمل جديدة وبالوقت نفسه يستغل التفاعل الذي يحدث داخل الجماعة ليشعرهم بالحب والتعاطف السائد بينهم وهذا بدوره يشجعهم للمشاركة الإيجابية والاندماج مع الجماعات الأخرى الأمر الذي يلي حاجة توافقهم مع الظروف الجديدة.

٧- الحاجة إلى تقبل الآخر لهم:

معظم أدبيات التربية الخاصة بينت أن المشكلة /في معظم الأحيان/ ليست مع المعوقين بل مع أقرانهم العاديين. والحاجة للتقبل تعتبر من الحاجات الأساسية لكل البشر. والأفراد المعوقين جسمياً وصحياً هم بحاجة إلى أن يتقبلهم الآخرون على أنهم أشخاص لهم قيمة ومكانة بنفس الدرجة التي من الواجب على المعوقين أنفسهم أن يتقبلوا ذواتهم بها.

هـ- الاحتياجات النفسية:

كي يتمكن المعوقين جسدياً وصحياً من التكيف والتعيش مع إعاقاتهم ويتجنبوا العديد من مواقف الإحباط ومشاعر الحزن والأسى والألم إضافة إلى التوتر والقلق والتي غالباً ما تجعلهم عاجزين عن إقامة علاقات مع المحيطين بهم.... لا بد من مساعدتهم على إشباع احتياجاتهم وخاصة النفسية. وبطبيعة الحال إن سعي الفرد المعوق /كالسوي/ إلى التكيف النفسي والاجتماعي مع الذات والآخرين إنما يهدف بالدرجة الأولى إلى أن يُغير من سلوكه حتى تكون علاقته أكثر توافقاً وانسجاماً مع البيئة التي يعيش فيها.

هذا ولن تتم عملية التكيف للمعوقين جسدياً وصحياً بدون إشباع حاجاتهم النفسية ومن أهمها:

- الشعور بالانتماء:

الانتماء عبارة عن علاقة متبادلة التأثير والتأثر بين طرفين وهنا بطبيعة الحال هذه العلاقة تنحصر بين الفرد المعوق جسدياً وصحياً والطرف الذي ينتمي إليه سواء الأسرة أو الجماعة أو مكان العمل.... ومن شروط نجاح هذه العلاقة إحساس كلا الطرفين بالرضا والحب والاطمئنان ... ولكي يكتمل الانتماء لا بد من توافر مثل هذه المعطيات. (Albert,1968).

ويرى (كولي،COOLY) أن قدرة الفرد وكفاءته في التفاعل مع هذه الجماعات تتوقف على حقيقة حاجته للانتماء داخل الجماعة. فإذا تركت الإعاقة الجسمية والصحية بصماتها وآثارها السلبية على العلاقة التبادلية البناءة بين المعوق والمحيطين به وتركته دون الشعور بأن احتياجاته أُشبعَت وتركته من جهة ثانية عاجزاً عن مواجهة مشكلاته وحرمته من مشاعر الرضا والحب التي سرعان ما تتحول وتتبدل إلى مشاعر سلبية كالتوتر والقلق والخوف والإحباط، وهذا غالباً

ما يؤدي إلى افتقاد المعوّق لانتماءاته وبالتالي يغدو عاجزاً عن التمتع بحياة نفسية مستقرة. وهنا لا بدّ من التدخل من قبل الأخصائيين لمساعدته وإعادة مشاعر الانتماء للجماعة من خلال مساعدته على حل مشكلاته وحصوله على حقوقه الأساسية في العمل المناسب لقدراته، وكذلك من خلال الاستفادة الممكنة من الرعاية الصحية والتعليمية. وبذلك يشعر بالأمن والاطمئنان والاستقرار في مجتمعه الذي ساعده على استعادة العلاقة التبادلية مع أسرته وعمله.... وعندئذ يعود شعوره بالانتماء بعد عودة شعوره بالرضا والحب والاشباع. وهنا نذكر ما قاله (وليم شوتز، William C.Schutz) نظراً لأهميته: إن كل إنسان يعيش في جماعة لا بدّ أن يُقيم علاقات تتصف بالتوازن بينه وبين بيئته الإنسانية، وأن تكوينه الاجتماعي يدفعه لتحقيق حاجات معينة من الجماعات التي ينتمي إليها، وخاصة فيما يتعلق بالعلاقات المتبادلة مع الأفراد والتي يجب تحقيقها بدرجة ما، وفي الوقت نفسه يتجنب ما من شأنه أن يُهدد مكانته في الجماعة، ويهدد علاقاته مع الأعضاء الآخرين في الجماعة. (غباري، ٢٠٠٣)

- الشعور بالأمن:

لا يمكن إشباع الحاجات النفسية التي يسعى كل فرد إلى إشباعها إلا من خلال توفر بيئة اجتماعية مناسبة ومُشبعة قادرة على تأمين متطلبات ذلك الإشباع . والحاجة إلى الأمن هي إحدى أهم الحاجات النفسية وتعني شعور الفرد بالأمن على صحته ودخله وأسرته ومستقبله ومكانته الاجتماعية لذلك على المجتمع أن يُقدم لأفراده أنواعاً مختلفة من التأمين الاجتماعي ضد حوادث العمل وضد البطالة والعجز. ومن جهة أخرى تعتبر الثقة بالنفس والتقدير الاجتماعي داعمين حقيقيين للشعور بالأمن. يؤدي فقدان أو عدم شعور الفرد بالأمن إلى شعوره

بالخوف وقلة الطمأنينة وكذلك الشعور بالعزلة والخوف وبالتالي يشعر بالتوتر والقلق وقلة الاطمئنان وقلة التوازن والاستقرار النفسي. وقد تسبب الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية للفرد عدم الشعور بالأمن على صحته ودخله وأسرته ومستقبله ومكانته الاجتماعية. ويعتبر (كوكي، Cooky) أن حاجة الفرد المعوق للشعور بالأمن تعتبر حاجة ماسة وعلى كافة مؤسسات وفعاليات المجتمع تلبيتها وإلا سيكون عرضة للخوف والقلق وسيعيش غير آمن نفسياً واجتماعياً وصحياً ومادياً.

وخلال العمل مع هؤلاء المعوقين على الاختصاصيين السعي وراء تحقيق أربعة جوانب أساسية لتعزيز شعورهم بالأمن هي:

(أ) - الأمن المادي: وذلك من خلال مساعدة المعوق على استثمار ما تبقى من قدراته في تأهيله وتشغيله ليضمن بذلك دخلاً مناسباً يكفي حاجاته وأسرته أيضاً. (ب) - الأمن النفسي: من خلال مساعدته على إشباع حاجاته النفسية المختلفة التي تجنبه القلق والتوتر واختلال الشخصية وعدم اتزانها وتشعره بالحب والرضا عن الذات وكذلك الإشباع والحب.

(ج) - الأمن الاجتماعي: من خلال مساعدته على الاحتفاظ بمكانته بالأسرة وتدعيم مركزه ومكانته الاجتماعية وعلاقاته الأسرية والمجتمعية الجيدة.

(د) - الأمن الصحي: من خلال مساعدته للاستفادة من أوجه الرعاية الصحية المختلفة التي تشمل التشخيص والعلاج والأدوية... إن تأمين متطلبات هذه المحاور الأساسية للشعور بالأمن لدى المعوقين يبعدهم عن شبح الخوف وعدم الاطمئنان والقلق وتعيد إليه مشاعر الأمن والطمأنينة. (Randall.M,1987)

- احترام الذات:

اعتبار الذات لدى الفرد المعوّق جسمياً وصحياً من أهم العواطف بالنسبة له ولكي تتعمق هذه العاطفة لديه لا بدّ من إشباع حاجته لاحترام ذاته. والعواطف ما هي إلا نوع من أنواع الدوافع المكتسبة والتي يترتب على تكوينها تعديل السلوك ومن ميزاتنا أنها تُكسب الفرد مزيداً من الثبات والاستقرار. وتنقسم العواطف إلى قسمين: عواطف رئيسية مثل الحب والكراهية وعواطف سائدة مثل العاطفة نحو المال أو العمل أو الوطن أو العلم أو الأبناء. وعاطفة الفرد نحو ذاته هي فكرته عن نفسه وهي التي تستثار فيشعر بالغضب من نفسه إن فعل أمراً لا يرتضيه لنفسه ويشعر بالسرور إذا ما حقق لنفسه ما يريد وهكذا. ولعل هذا ما دفع بـ(ماكدوجل) للقول بأن عاطفة اعتبار الذات هي المنظم الأساسي للسلوك، وهي المنظم الأكبر للشخصية وهي التي يتوقف عليها قوة الشخصية. (غباري، ٢٠٠٣)

وعاطفة اعتبار الذات يمكن استغلالها لتوجيه صاحبها للسلوك الصحيح كونها تنشأ من التفاعلات المستمرة القائمة بين الفرد والمحيطين به، وكذلك تنشأ من أثر الثواب والعقاب، والمدح والذم... أي إنها نتيجة التفاعل مع البيئة الاجتماعية (Randall.M, 1987) أي يمكن القول هنا إن فكرة المرء عن نفسه (عاطفة اعتبار الذات) مشتقة من رضا المجتمع منه أو سخطه عليه وهي التي تجعل الفرد راضياً عن نفسه، وموجهاً كل جهوده نحو ذاته لإرضائها وإسعادها وتجعل معظم نشاطه موجهاً نحو ذاته، وهذا ما يُشعره بالسعادة. وبما أنّ الإعاقة الجسمية والصحية تسبب للفرد نقصاً واضحاً في قدراته أو فقدان معظمها، وهي السبب وراء فقدانه لما له من حقوق وتقف حائلاً دون قيامه بواجباته وما يترتب على ذلك من مشاعر النقص والقلق والحساسية الزائدة اتجاه احترام الآخرين له أو عدم احترامها..... كل ذلك يجعله بأمس الحاجة إلى احترام الذات التي افتقدها

بسبب الإعاقة وخاصة فيما لو كان التأثير الحقيقي للإعاقة على الجانب المهني والعملي في حياته. ويمكننا القول هنا: إن عمل المعوق جسماً (حركياً) وصحياً هو جواز السفر الذي يُحقق له احترام الذات. والخطوة الأهم هنا تنحصر في إعادة الاعتبار له من خلال تأمين فرصة عمل جديدة تتناسب مع قدراته وطاقاته الجديدة. وهنا علينا التأكيد على نقطتين هامتين تتمثل الأولى بأن احترام الذات لدى المعوق جسماً وصحياً تكملها الحاجة إلى تأكيد الذات والتي تتمثل في حاجته إلى أن يُظهر إمكانياته وقدراته، وأن يُعبر عن نفسه وتكمن أهميتها كونها النواة لثلاث حاجات فرعية هي: الحاجة للإنجاز، الحاجة للنمو والتقدم، والحاجة إلى الاستقلال والاعتماد على النفس. أما النقطة الثانية فتتمثل بأن الحاجة إلى احترام الذات ترتبط لحد كبير بالحاجة للتقدير الاجتماعي. والمعوق جسماً (حركياً) وصحياً عندما يُشبع حاجته إلى تقدير الذات فإنه سيُشبع حاجته إلى التقدير الاجتماعي وحينئذٍ يحتفظ بمكانته الاجتماعية وتقوى شبكة علاقاته الاجتماعية فيشعر بالانتماء والأمن فتخف جذّة توتراته وتزول مخاوفه بعد أن استعاد أدواره الاجتماعية على الصعيد الأسري والمجتمعي.

- الثقة بالنفس:

غالباً ما تحرّم الإعاقة الجسمية والصحية صاحبها من التمتع بالثقة بالنفس، وكذلك الشعور بأنه يتمتع بدرجة مقبولة من الاستقلالية. فحرمانه من العمل يفقده هذه المشاعر على الصعيدين الشخصي والأسري فتضعف ثقته بنفسه ويغدو متردداً منكشأً متوقفاً الشر من الآخرين في أي زمان ومكان. ومن مظاهر عدم الثقة بالنفس التردد، الجبن، توقع الشر، ومن مظاهره أحياناً عدم الاهتمام بالعمل والخوف منه واتهام الظروف عند الإخفاق به ومن مظاهره التي لا يمكن

إغفالها التشرد والمبالغة في الاتقان للوصول لدرجة معقولة من درجات الكمال وهذا الاندفاع وراء الكمال إن دلّ على شيء فهو يدل على ما وراءه من خوف من نقد الآخرين. ومن مظاهره أيضاً اللجوء المكثف لأحلام اليقظة وسوء السلوك والمبالغة في التظاهر بطيب الخلق والآداب العامة..... وهذا قد يؤدي لدى بعض المعوقين جسماً وصحياً إلى أساليب تعويضية كالنقد وتَصْنَعِ الوَقَارِ والسُّخْرِيَةِ والانسحاب أو الكَسَلُ والانزواء....وما إلى ما هنالك من أساليب. وأكد (Randall.M,1987) أن هذه الأساليب السلوكية بنوعها قد تظهر بصور مَرَضِيَّةٍ وكل معوّق جسمي (حركي) وصحي قد تظهر عليه بعض هذه المظاهر بحسب قُردِيَّتِهِ وخصوصيّة مشكلته وطبيعته وإعاقته وما تبقى لديه من قدرات بعد الإصابة ومدى تمتعه بمفهوم ذات بناء يُسَعِّفه للاستجابة لخدمات التأهيل والتدريب كي يعود إلى حضن المجتمع فرداً وعنصراً منتجاً ومنسجماً ومساهماً بالتممية المجتمعية.

انطلاقاً من ذلك كله فكل معوّق جسمي(حركي) وصحي بأمس الحاجة إلى الاستقلال والاعتماد على ذاته بعد أن جعلته الإعاقة عالة على غيره وعلى مجتمعه. وهنا تأتي أهمية المختصين بمجال الإعاقة من حيث مساعدة هذا المعوّق ليغدو شخصاً يعتمد على نفسه في الفكر والعمل بعد تأهيله وتدريبه وتشغيله من جديد ليشعر بمسؤوليته نحو ذاته ونحو مجتمعه ويغدو مدركاً لحقوقه وواجباته وبالتالي ينسجم مع المجتمع ولا يتلاشى فيه الأمر الذي يُساعده للاحتفاظ بفرديته مما يُشعره بالأمن على الصعيد الشخصي والنفسي والاجتماعي والاقتصادي وبالتالي تعود إليه استقلاليته وثقته بنفسه. ويمكن تحقيق ذلك من خلال خطوات

عدة يمكن أن يلجأ إليها الاختصاصي النفسي والاجتماعي والتي يمكن تلخيص أهمها بما يلي:

(أ) - أن يقوم الاختصاصي بإشراك المعوق جسماً (حركياً) وصحياً بمواجهة الصعوبات التي تواجهه ولا يُقدم له الحلول المناسبة لتجاوزها بل عليه مساعدته بإيجاد بدائل مناسبة للحل وعلى المعوق اختيار الحل وتحمل مسؤولية قراره.

(ب) - أن يقوم الاختصاصي بإسناد مسؤوليات متدرجة تتناسب مع المعوق جسماً وصحياً من حيث طبيعة الإعاقة وشدتها. وعندما يغدو قادراً على تحمل ذلك فإن ذلك يُساعده على استعادة الثقة بنفسه.

(ج) - أن يقوم الاختصاصي بمساعدة المعوق جسماً (حركياً) وصحياً في التعبير عن مشاعره السلبية وتغييرها وتبديلها بمشاعر إيجابية.

رابعاً: مقترحات عامة لإرشاد وتقييم الحاجات الخاصة للمعوقين جسماً (حركياً) وصحياً

- تقييم احتياجات المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً ووضع خطط إرشادية لمواجهة المشكلات النفسية وسواها وتحديد عواملها المسببة بهدف مساعدة المعوقين جسماً وصحياً على التوافق النفسي والاجتماعي.
- تقييم الاحتياجات التدريبية والتأهيلية والتشغيلية ووضع خطوات تطبيقها وفق جداول زمنية واضحة ومحددة بهدف مساعدة المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً للعودة إلى جو العمل المنتج وبالتالي يغدو مواطناً منتجاً.

- تقييم الاحتياجات الخدمية لقطاع /فئة/ المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً ووضع خطوات العملية للتواصل مع المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً لتأمين المساعدات المالية والتسهيلات الأخرى.
- تقييم الخدمات التشريعية المناسبة للمعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً والتي تحقق لهم أو بالأصح تضمن لهم حقوق عدة كالحق في التعلم والحق في العمل...
- تقييم الاحتياجات المجتمعية ووضع خطوات مدروسة عن الآلية التي ستتبعها الدولة في توفير الخدمات الممكنة لهم بالمجان أو بأقساط شبه مجانية. (غباري، ٢٠٠٣)
- تشجيع الأخوة على التوكيد الذاتي ومواجهة المواقف الصعبة بطرق بناءة وتزويدهم بالمعلومات اللازمة عن حالة الإعاقة وحثهم على تقديم تلك المعلومات للآخرين.
- عدم التحيز في المعاملة لصالح الطفل المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً وتجنب إسقاط الانفعالات الناتجة عن إعاقته على أخوته.
- قيام الاختصاصيين بتشجيع الأسرة على التفاعل مع الأسر الأخرى التي لديها أطفال معوقون ومحاولة الإفادة من خبراتها ومن الطرق التي نجحت في التغلب على المشكلات والتعايش مع حالة الإعاقة.
- أما قضية التعايش مع الإعاقة فهي ترتبط بتطوير الاستراتيجيات الملائمة للتغلب على الصعوبات النفسية أو المادية أو الاجتماعية أو التربوية وأساساً تتمثل هذه الاستراتيجيات في:

- تبني المواقف والاتجاهات الواقعية من الفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً وإبلاء العمر النمائي أو العقلي له اهتماماً كافياً.
- تجنب النظر إلى الفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً من زاوية إعاقته فقط.
- محاولة تعليم وتدريب الفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً باستخدام الأساليب المناسبة له.
- تعزيز وتدعيم التقدم في أداء الفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً حتى ولو كان بسيطاً أو بطيئاً.
- تزويد الفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً بالفرص الكافية للممارسة والتحلي بالصبر.
- تجنب القيام بتأدية كل شيء نيابة عن الفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً وتجنب الحماية الزائدة له.

الفصل الرابع
علم نفس الفرد المعوّق جسمياً
وصحياً

الفصل الرابع

علم نفس الفرد المعوّق جسمياً وصحياً

د. آذار عبد اللطيف

العديد من الاختصاصيين في مجال التربية الخاصة وعلم النفس والتربية وعلم الاجتماع نظروا للجانب النفسي للفرد المعوّق جسمياً (حركياً) وصحياً على أنه حجر الأساس في تكوين شخصيته وكذلك توافقه مع ذاته ومع إعاقته سواء أحدثت في مرحلة عمرية مبكرة أم في مراحل متقدمة من العمر.

إن ميلاد الطفل يُشكل حالة توتر بالنسبة للأسرة، فالأم التي تنتظر مولودها تعاني من صعوبات كبيرة، والأب والأطفال يدركون أن على الأسرة أن تُغير نمط حياتها. والانتباه يتحول من أفراد الأسرة إلى الأم ومنها إلى طفلها.

إن القلق الذي تواجهه الأسر أثناء الأزمة التي تُحيط بولادة طفل يُعاني من إعاقة جسمية (حركية) وصحية ما ينشأ من مصادر متعددة ففي البداية هناك انخفاض عام في مستوى تحمل المشكلات بسبب التعب والتأثيرات السلبية على مجريات الحياة الأسرية، وذلك أمر طبيعي لأن ولادة طفل مريض يُؤدّ قلقاً أكبر، فالوالدان يتوقعان أن يكون الطفل القادم طفلاً مثالياً وسليماً ولا يعاني من أي

عيوب، وذلك التوقع يواجه باستثناءات بشكل شائع وحتمي، وهناك صدمة بسبب إنجاب طفل معوّق، وهناك نزعة طبيعية لمحاولة تحديد الأسباب، والشعور بالمسؤولية الشخصية عن حالة الطفل، إنما هو رد فعل شائع في ذلك كأن يقوم الزوج بتوجيه اللوم إلى الزوجة أو العكس. ويمكن القول بأن ردود فعل الآباء متفاوتة، ويبدو أن لدى الآباء آلية جاهزة، تتمثل وببساطة بتحميل الأم المسؤولية الكاملة وفي مثل هذه الحالات تكون أسس السلوك اللاحق قد أرسيت وهي تدور في مجملها حول تجنب المسؤولية.

أولاً: مشكلات الإعاقة الجسمية والصحية في السنوات الأولى من حياة

الطفل:

تُعتبر السنوات الأولى التي تعيشها أسر هذه الفئة من المعوقين سنوات صعبة مليئة بالصعوبات والمواقف الصعبة فهي ليست سنوات سهلة على الإطلاق. والمراقب لهذه الأسر يدرك هذه الصعوبات لدى أسر الأطفال الذين يُعانون من الشلل الدماغي أو التشوهات أو البتور والشلل العام أو النصفي. وأغلب تلك المشكلات تتمثل في عدم معرفة الأسر الآلية الصحية التي يُمكن من خلالها إطعام الطفل، وكذلك تتمثل بالأمراض المتكررة لدى الطفل والتي تجعل من جسمه جسماً ضعيفاً ومريضاً، وهذا يؤدّد لدى معظم أولياء الأمور إن لم يكن كلهم مشاعر القلق والإحباط.

وعلى سبيل المثال المشكلات الصحية التي يتجاوزها الأطفال العاديون بسهولة يتجاوزها الطفل المعوق جسماً (حركياً) وصحياً ببطء شديد، فالزكام يتجاوزها الطفل العادي بإسبوع في حين يتجاوزها الطفل المعوّق بأسابيع أو أشهر. وأكد

(Pallsana&Toma,1983) أن النتائج الثانوية لمرحلة المرض هي مشاعر الإهمال نحو الأطفال الآخرين بالأسرة واضطراب الروتين الأسري، وقد يغدو التعامل مع الأخوة الآخرين صعباً لحدٍ ما وقد يشعر الآباء أيضاً أنهم مهملون وذلك قد يؤدي إلى بروز مشكلات زوجية جديدة وتفاقم المشكلات الزوجية السائدة بينهما (Pallsana&Toma,1983).

من جهة ثانية تُعتبر ولادة طفل مشوه أو غير مكتمل النمو سبباً فورياً لقلق الوالدين، وكما هو معلوم فإن معظم حالات الإعاقة الخلقية غالباً ما تكون غير واضحة وغير مرئية. وبالطبع معظم حالات الشلل هي حالات غير واضحة أمام الآخرين إن لم يتحرك الطفل، والأطباء هم الذين يكتشفون الحالات الصعبة المرافقة للصعوبات العصبية والحركية ذات الطبيعة الواضحة لدى الأطفال الرضع، أما الحال بالنسبة للآباء /وخصوصاً لدى الذين ينجبون لأول مرة / فإنهم يعتقدون أن الأطفال يصدرن حركات جسدية لاشعورية عشوائية غير هادفة وكذلك اضطرابات في الوتر العضلي، وإذا ما أخبرهم أحد ما بأن طفلهم يُعاني من مشكلة ما أو إعاقة ما فإنهم يتعرضون لمشاعر القلق والإحباط، وتترافق هذه المشاعر بتساؤلات عدة مثل: هل سيُشفى الطفل أم لا؟ هل هناك لقاحات خاصة أم لا؟....

هذا وتختلف ردود فعل أمهات الأطفال المعوقين جسمياً وصحياً ومعاناتهن من أم لأخرى، فردود فعل الأم التي تبين لها بعد الولادة مباشرة بأن طفلها يُعاني من شلل دماغي أو تشوه تختلف عن ردود تلك الأم التي غدا طفلها معوقاً بعد سنة أو أكثر من عمره، فإدراك الأم أن طفلها لديه مرض ما أو عاهة غير مرئية قد لا يكون أمراً سهلاً على الإطلاق خاصة إذا كانت استجابات الطفل

لا تتطابق لحدٍ كبير مع تصورات وتطلعات الوالدين نحو الأطفال، وهنا نبين أهمية تمتع كلا الوالدين بالثقافة الطبية، فردود أفعال الطفل ليست بالضرورة تدلّ على أنّها تسير في المنحى الطبيعي وعلى الاختصاصي بالتربية الخاصة امتلاك مثل هذه الثقافة كي يكون قادراً على أن يوضح للوالدين الفروق بين التقلصات السوية والأخرى المرضية.

إن استجابة /مورو/ على سبيل المثال هي استجابة تُشير إلى أن الانبساط المفاجئ في رأس الطفل يؤدي إلى الانبساط في الأطراف العليا ومن ثم الانقباض، على الآباء معرفة أن هذه الاستجابات تنتهي تقريباً وبشكل طبيعي في نهاية الأشهر الثلاثة الأولى من العمر، أما استمرار حدوثها فهو أمر شاذ وغير صحي، وهذا مؤشر على التأخر في النمو العصبي الحركي، وقد يكون معظم الآباء جاهلين لهذه الحقيقة العلمية.

وكذلك مسألة تحكم الطفل برأسه والتي عادة ما تتحقق بنهاية الشهر الثالث من العمر وهذا الأمر يمكن أن يُدركه الآباء اليقظون والمدركون والذين يعلمون بأن نمو طفلهم يسير وفقاً لمعايير نمو محددة. وبالطبع تؤدي الخبرة دوراً واضحاً في ذلك فالآباء الذين لديهم أطفال أكبر سناً هم أكثر قدرة من الآباء الآخرين على إدراك مراحل نمو الطفل ومن ثم تقييم معدل نموه.

ومن المشكلات الأخرى التي يُعبر عنها آباء هذه الفئة من المعوقين تتمثل في حقيقة أن أطفالهم لا يُمكنهم عمل شيء لأنفسهم وبأنفسهم، وبالتالي هم يعتمدون عليهم في كل شيء تقريباً. وفي الواقع إن مثل هذا الاعتماد يتوقف على أمور عدة: أهمها طبيعة الإعاقة وشدتها، ومكان توضعها. ولعلّ الحالة الأكثر بروزاً تتمثل في تلك العلاقة القائمة بين الأم وطفلها والتي عنوانها الاعتمادية، أي

اعتماد الطفل على الأم اعتماداً جسدياً يرافقه اعتماداً نفسياً. وإذا ما كانت هذه الاعتمادية في مرحلة الرضاعة أمراً طبيعياً ومتوقفاً فإن استمرارها في السنوات القادمة يُخفي في طياتها الاعتماد غير الطبيعي. وأكد (Bigge, 1995) أن نمط التفاعل بين الأم والطفل في أثناء الرعاية إنما هو شكل من الاعتمادية الشديدة والذي يسمح عادة بانخفاض مستوى الاعتمادية عندما يحاول الطفل العناية بذاته، وقد لا يدرك آباء الأطفال المشلولين دماغياً لفترة معينة، أن الاعتمادية المناسبة والطبيعية في مرحلة ما ليس لاحقاً وهذه مشكلة تتطور مع الأيام إلى القلق. والمشكلة العصبية - الحركية موجودة ولكن بدون قلق أو اهتمام من الوالدين، ويتطور قلق الوالدين تدريجياً عندما لا يبدي الطفل أي رغبة في التحدث، أو إطعام نفسه، أو يتقدم تلقائياً نحو الاستقلالية. وفي هذه الحالة قد تكون ردود الفعل لدى الوالدين نتيجة المشكلات الاجتماعية وليس نتيجة المشكلات العصبية - الحركية. (Bigge, 1995)

ثانياً: مشكلات الإعاقة الجسمية والصحية خلال سنوات الدراسة

والمراقبة:

إذا ما تتبعنا المراحل النمائية اللاحقة للأطفال المعوقين جسدياً (حركياً) وصحياً لرأينا أن دخولهم للمدرسة يعتبر خبرة مزدوجة المعايير، فهي خبرة للأطفال من جهة وكذلك هي خبرة للوالدين من جهة ثانية فالآباء يسعون وراء هذه الخبرة بهدف إكساب أطفالهم المعرفة والتحصيل العلمي. وبالطبع فإن نجاح دخول الطفل المعوق جسدياً (حركياً) وصحياً في المدرسة بالمراحل العمرية المبكرة يسهم في نجاح دمجهم وتعلمهم بالمراحل الدراسية التالية، أي إن الإخفاق في المدرسة

بالسنوات الأولى يُحدث مشكلات وهموم لدى الوالدين وهذه الهموم تشكل ردود فعل ظاهرة عندما يكون الأطفال معوقين جسماً (حركياً). ويبدو أن التشوهات المرئية لدى الأطفال تجعل ردود فعل الوالدين أكثر تشوشاً كما أشار (Zuk، زك) إلى ذلك، ولذلك فإننا نتوقع أن بلوغ الطفل سنة الدراسة أمر مهم جداً والأهم أنه يُحدث أو يهيئ الفرصة لحدوث ردود الفعل المناسبة. (البواليز، ٢٠٠٠)

لقد تغيرت الاتجاهات الأسرية نحو المدرسة والمحيط بشكل إيجابي وخاصة بعد أن افتتحت المدارس أمام أطفالهم المعوقين، فمجرد رؤية أطفالهم وهم ذاهبون للمدرسة كان يُحدث أو يُؤدّد لديهم شعوراً إيجابياً. ولم يعد مهماً بالنسبة لهم أن المدارس لم تُحقق النجاحات المطلوبة مع طفلهم أو أن الأطفال لم يُحققوا تقدماً ملحوظاً بل المهم أن الأطفال المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً شاركوا في نشاطات كان من المتوقع أن يمارسونها بالمرحلة الدراسية المتوسطة وبالتالي ما يبرر انخفاض القلق لديهم أن حاجاته الخاصة ذات الصلة بالطفل قد تمّ تلبيتها.

وتتفاقم المشكلات بالنسبة للوالدين والأسرة خلال مرحلة المراهقة وتؤدّد لديهم استجابات نوعية ومتنوعة. وغالباً ما تتوقف تلك الاستجابات على التصور الذي تضعه الأسرة نحو المراهق المعوق جسماً وصحياً. وبالنسبة للعديد من المراهقين المعوقين قد يواجهون مشكلات جديدة لم تعترضهم مسبقاً. فقد أكدت دراسة (Giltian, 2000) أن المراهقين المعوقين قد يجدون ويلاحظون مشاعر القلق والإحباط لدى آباءهم بسبب تخيلاتهم اللامنتظية، فقد يحلم الشاب أو البنت أحلاماً غير واقعية، وبأنهما سيغدوان أصحاب اختصاص مهني ما، وقد تراءوهم أحلام يؤكد الآباء أنه لا أساس لها (Giltian, 2000). ويمكننا القول بأن للمجتمع دوراً بارزاً في ذلك، فهو يقَدّم الفرد العادي على أنه شخص خارق قادر على تجاوز

الصعاب والمحن، في حين يّقدّم الفرد المعوق وإن كان مبدعاً على أنه عاجزٌ غير قادر على تجاوز صعاب حياته، وبالتالي فإن ذلك يولّد مشاعر سلبية مثل مشاعر النقص والإحساس بالدونية.

إن حاجة المراهق المعوّق جسمياً(حركياً) وصحياً للقبول أو للتقبل الذاتي للمظهر الجسمي غالباً ما يُسبب مشكلات له ولأسرته. وذلك لأنه يُقارن بين شكل جسمه وجسم أقرانه العاديين فيسبب له ذاك التفاوت انزعاجاً ما علاوة على عدم شعوره بالطمأنينة الذي يُسببه الواقع الاجتماعي المحيط به ومثل هذا الشعور يتعاضم عند إدراكه عدم قدرته على أن يغدو ذا مظهر طبيعي.

وأكد (Bigge,1995) أن شعور المعوق المراهق بعدم القيمة الشخصية يؤدي إلى مشكلات غالباً ما تنجم عن التوقعات المرتبطة بكسب قوته اليومي وتكوينه لأسرة. وبالطبع أعدادٌ كبيرةٌ من المعوقين جسمياً(حركياً) وصحياً غير قادرين على الاعتماد على أنفسهم اقتصادياً، ولعل أقلية منهم قادرة على الزواج وتحمل مسؤولية الأسرة ومتطلباتها (Bigge,1995).

ثالثاً: العوامل المؤثرة على شخصية المعوّق جسمياً وصحياً:

أكد (Polger,N,2004) أن تطوّر الفرد المعوق جسمياً(حركياً) وصحياً وتكيفه مع إعاقته يتأثر كثيراً بالعوامل الذاتية التالية:

١- درجة الإعاقة وشدتها:

من خلال التعريف الشامل للمعوّق جسمياً(حركياً) وصحياً يتبين لنا بأن هناك عدة فئات من الأفراد الذين يختلفون فيما بينهم في الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية من حيث درجة الإعاقة وشدتها. فمن يُعاني (على سبيل

المثال) من الصرع كإعاقة جسمية (حركية) وصحية يختلف عن ذاك الذي يُعاني من شلل الأطفال فهو قادر على الحركة والتنقل والتمشي (التعايش) مع متطلبات الحياة الأخرى ما دامت النوبة الصرعية (الكبرى أو الصغرى) غير موجودة في حين أن من يُعاني من شلل الأطفال ثمة ما يحول دونه ودون الكثير من التعايش مع متطلبات الحياة اليومية.

٢- أسباب الإعاقة الجسمية والصحية:

تبدو أهمية هذا العامل حينما يتضح لنا أن بعض عيوب الإعاقات الجسمية والصحية تنتج عن أمراض جسمية (ناجمة عن عوامل وراثية) تؤثر على مناطق عدة في الجسم وقد تسبب تشوهات أو إعاقات دائمة مثل وجود كيس سحائي على العمود الفقري فيؤثر على أداء الأطراف السفلية.

٣- العمر الذي حدثت به الإعاقة:

الأفراد الذين يُصابون بإحدى الإعاقات الجسمية (الحركية) والصحية في مقتبل العمر أو في مراحل متقدمة يحتاجون إلى خدمات نوعية وأساليب مختلفة لتدريبهم نظراً للمشكلات النوعية التي يُلاقونها. والسؤال المطروح هنا هل من الأنسب لضمان نجاح تلك التدريبات أن يكون الفرد معوقاً إعاقة جسمية (حركية) وصحية منذ الولادة أم أن يُصاب بها في إحدى مراحل حياته. وللإنصاف نقول إن مثل هذا التساؤل يطرح أمامنا مجاًلاً واسعاً للبحث والدراسة. فلكل حالة من حالات الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية مشاكلها وصعوباتها الخاصة التي يُمكن للشخص التغلب عليها أو العكس، وعندها يغدو ضحية للتعاسة والحزن.... وبالتالي يُمكننا القول بأن العمر الذي تحدث به الإعاقة هو الذي يقرر مدى

إمكانية اللجوء والاعتماد على القدرة الجسمية (الحركية) والصحية التي يتمتع بها هذا الفرد المعوق.

٤- كيفية حدوث الإعاقة الجسمية والصحية:

تحدث هذه الإعاقة إما بشكل مفاجئ أو تدريجي وأحياناً ببطء. فالإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية التي تحدث بشكل مفاجئ يحدث كصدمة لا يفقد فيها الفرد المعوق أحد أعضائه فحسب بل يحس ويشعر نحو إعاقته بنفس شعور وإحساس الأفراد العاديين نحو إعاقته. فتبرز لديه أفكار متعددة منها أنه أصبح شخصاً عاجزاً، وبأنه قد أصيب بمأساة، وبأنه أصبح في خطر في نواح عدة أبرزها الاقتصادية، وأنه غير قادر على أداء مهمته كرجل أو امرأة.... كل هذه الأوهام تتنابه جراء إعاقته وقد تولد لديه حالة من الانطواء أو التبدل الانفعالي الشديد وقد تتنابه أفكار شيطانية تقوده للانتحار. أما في حالة الإصابة بالإعاقة بشكل تدريجي فيغلب لديه الشعور بعدم الاستقرار وعدم الأمان لدرجة أننا نلاحظ لديه ما يُعرف بالتسوق الطبي فيغدو منتقلاً من طبيب لآخر متعلقاً بالأمل ولو بدرجة ضئيلة. (Lazarus,R,1998)

رابعاً: أثر الاتجاهات البيئية على الفرد المعوق جسماً وصحياً

أكدت المراجعة التي قام بها (باركر Barker) للدراسات التي تناولت قضايا الأفراد المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً ووجد أن هناك تجانساً بين أفكارهم وأفكار القائمين على رعايتهم على أنّ الأفراد المعوقون جسماً وصحياً هم أشخاص

معوقون لا حول لهم ولا قوة يعتمدون على غيرهم، وغالباً ما يوضعون في مواقف اجتماعية لا تمنحهم أي امتياز. (Bigge,1995)

وقد بينت دراسات (روسالم Rusalem) أنّ من أهمّ السمات الفيزيائية لمعظم حالات الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية أنه قد يحتاج كرسي متحرك، مساعدة آخرين..... ومن أهمّ السمات الاجتماعية أنه يتعلم بمدارس نموذجية تتناسب من حيث كودها الهندسي وحالته. أما من أهم سماته النفسية فهو فرد حساس شديد الدقة بتعامله ويتمتع بذاكرة أعلى من المتوسط وأقرب للذاكرة الجيدة. (Willaimsm1989)

ومما لا شك فيه أن اتجاهات الوالدين تؤثر في طفلها المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً تؤثر وإلى حد بعيد في حياته. ولقد بينت الدراسة التي قام بها (عبد اللطيف، ٢٠٠١) على عينة من (٤٢٥) فرداً من المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً لديهم مشكلة ناجمة عن (شلل أطفال، أو شلل نصفي، أو بتر طرف علوي، أو بتر طرف سفلي) أنّ اتجاهات الأسرة وخاصة الوالدين كان لها دورٌ حاسمٌ في حُسن توافقه مع ذاته ومع حياته الاجتماعية وكان لطبيعة العلاقة بين الاتجاهات والتصرفات الوالدية وبين سلوك طفلها المعوق واتجاهه نحو إعاقته.

ومن أهم الأسباب الكامنة وراء إظهار الآباء لصراعاتهم في أثناء تفاعلهم مع أطفالهم المعوقين جسمياً وصحياً هي:

- ١- نظرة معظم أولياء الأمور للإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية على أنها نوع من العقاب الإلهي لهم لارتكابهم إثمٍ ما.

٢- خوف معظم أولياء الأمور من أن يُشتبه بهم على أنهم مصابون بأحد الأمراض الخطيرة وبالتالي هم السبب الكامن وراء إصابة ابنهم.

٣- قد تعود مشاعر الإثم إلى نظرتهم السلبية نحو القوانين والأعراف الاجتماعية السائدة، أو إلى رفضهم السلبي للحمل، أو محاولات الإجهاض...

٤- وجود طفل معوق في الأسرة يُسبب الخزي والعار الاجتماعيين. (Willaimsm1989).

وبناءً على تلك الأسباب قد نلاحظ أن طرق تعامل الوالدين نحو طفلهم المعوق تأخذ أحد الأشكال التالية:

• التقبل:

أي تقبل الطفل بما لديه من إعاقة وعجز على نحو موضوعي فيظهران حبهما للطفل وتقديرهما له ولا يُشعرانه بأي من مشاعر الإثم من جهة ولا يثوران ضد حالة عجزه من جهة ثانية.

• انكار الإعاقة وعدم الاعتراف بها:

حيث يُظهر الوالدان ومن خلال احتكاكهما بالطفل بأنه لا يوجد أي تأثير للإعاقة أو للعجز الناجم عنها أي تأثير عليهما وبالتالي يبدو سلوكهما للآخرين كما لو أن طفلهم طبيعي. وتبين خططهما المهنية والتعليمية بالنسبة لطفلهم أنهما لا يتقبلان قصوره ولا يعترفان به فلهيما الأفكار الطموحة التي تكفل للطفل تحقيق الانجازات العالية المستوى.

• الحماية الزائدة:

إن إفراط الوالدين بحماية الطفل والمبالغة برعايته وحمايته الزائدة ناجم عن شعورهما بالشفقة، وبالتالي قد تؤدي حاجة الأم إلى شيء تحبه وتُعنى به إلى إبقاء طفلها في مستوى الوليد. هذا وتُوضح العناية بالطفل مشاعر الحب والمبالغة بالاهتمام به.

• النبذ المقنع:

إذا ما اعتبر الوالدان أن إعاقة طفلهما وعجزه ضرب من الخزي والعار فإن اتجاههما السلبي نحوه سيظهر جلياً كذلك الاستياء منه ولو كان ذلك بطريقة مستترة. فيبدو للمراقب أن شفقة الوالدين واضحة من خلال سعيهما الدائم لإشعاره بالسعادة.

• النبذ الصريح:

يُمكننا القول بأن كره الوالدان لطفلهما يكون بطريقة واضحة وصريحة ويشعران بمشاعر عداوة نحوه ولكنهما يلجأان إلى أساليب دفاعية لتبرير مشاعرهما تلك. وبمثل هذه الحيل الإسقاطية يُحقق الأبوان شعوراً بتبرير عداوتهما وكرههما للطفل وبالتالي يُخففان من حدة الشعور بالإثم. (Bigge,1995)

ويُمكننا القول بأنه لا يمكن إقامة حدود فاصلة بين هذه الأشكال الخمسة من الأنماط السلوكية التي تظهر لدى أولياء أمور الأطفال المعوقين جسمياً(حركياً) وصحياً. ومن المتوقع لا بل من أن تتداخل فيما بينها فتقبل الطفل وإنكار إعاقته هما اتجاهان موجبان يمكن أن يسمحا للطفل بالنمو

والاشتراك مع الآخرين بأنشطتهم. وبالنسبة للحماية الزائدة والنبذ بصورتيه المقنعة والصريحة تعتبر اتجاهات سالبة تتداخل مع نمو الطفل أو تقف حجر عثرة في أو أمام مستقبله.

خامساً: التكيف نحو الإعاقة الجسمية والصحية

انطلاقاً من أن للتكيف بُعدان أحدهما نفسي والثاني اجتماعي فإن نجاح المعوق جسماً وصحياً بالتكيف مع إعاقته يتوقف على مدى إشباع حاجات كلا منهما. ويتضح ذلك من خلال رضا المعوق وقبوله لإعاقته ومن خلال تكيفه الشخصي وتكيفه المهني.

١- الرضا بالإعاقة الجسمية والصحية وقبولها:

يتوقف تنظيم المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً لحياتهم وتكيفهم معها على درجة الإعاقة وشدها وزمن حدوثها فهناك من أُصيب بها في حياة مبكرة ومنهم من أُصيب بها بعمر متقدم.

للبيئة الأسرية والمدرسية والاجتماعية تأثير واضح على من أُصيبوا بهذه الإعاقة في عمرٍ مبكرٍ وبالتالي فإن تعليم هؤلاء الأطفال يجب أن يستهدف مساعدتهم على تفهم الحقائق المحيطة بهم، وعلى تنمية روح الثقة بالنفس لمجابهة مثل هذه الحقائق وليفهموا بأنهم أشخاص مقبولون في مجتمعهم في سياق ما يتمتعون به من حقائق. ويجب أن توجه الأنشطة التعليمية لإشباع حاجاتهم من الناحيتين النفسية والعاطفية تمهيداً لاندماجهم بالمجتمع، أما بالنسبة للإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية المفاجئة فإنها تُلقي على الفرد القيود والمضايقات المتعلقة بهذه الإعاقة وأخطرها عدم القدرة على الحركة

والتحكم بالمكان. إضافة لشعوره بالضيق لمرافقة هذه الإعاقة له مدى الحياة... كل ذلك يُسبب له القسوة والألم. (Willaimsm1989)

٢- مشكلات التكيف الشخصي مع الإعاقة الجسمية والصحية:

غالباً ما يُعاني الفرد حالة من القلق النفسي بمجرد شعوره بأنه مختلف عن العاديين فكما نعلم لا يمكن لأحد الفصل بين نواحي القصور الجسدي والشعور النفسي إذ إن الارتباط بينهما وثيق جداً.

وقد دلت البيانات لدى (Bigge,1995) على:

- ارتفاع نسبة المصابين بالعصاب بين المعوقين جسماً وصحياً هي أكثر من النسبة المعتادة. وغالباً ما يكون العصاب ناجماً عن عدم معرفته بطبيعة النقص الذي عنده.
- كلما كانت درجة الإعاقة وشدتها أكبر وأعظم كلما كانت المظاهر والمشكلات النفسية أسوأ.
- نصيب هذه الفئة من عناية المتخصصين والمهتمين بالخدمات النفسية والاجتماعية أقل من نصيب الفئات الأخرى من الإعاقات.
- من الأفضل أن يُشرح للفرد المعوق جسماً وصحياً تفاصيل إعاقته ويُشرح له كيفية التغلب على هذا النقص، وبالمقابل تُعطى له الفرصة تلو الفرصة لِيُنشِط قدراته وطاقاته التي يمتلكها كي نضمن تحسن حالته الانفعالية.
- ما تفرضه هذا النوع من الإعاقات على الفرد المعوق من النواحي الانفعالية والاجتماعية متنوع ومتعدد ومع ذلك لا يمكن لنا أن نقول أن نتائج أو أثر الحالات الانفعالية يُمكن تعميمها. فأثر هذه الحالة أو تلك يختلف من

معوّق لآخر. وعلى سبيل المثال لا الحصر فإن الاستجابات التي يُثيرها أفراد المجتمع نحو المشكلات الشخصية تختلف من شخص لآخر / معوّقاً كان أم عادياً/ وتؤثر بالنهاية على مقدار تكيفه.

- عيوب الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية قد ترتبط مباشرة بنمو شعور المعوّق بالخوف وضرورة الاعتماد على غيره. وعلى الرغم من أن اعتماد الطفل المعوق جسماً (حركياً) وصحياً على غيره جزئياً فإنه قد يتمادى بذلك ولا يثق بنفسه ويعتمد كثيراً على غيره. ولتفادي ذلك من الأنسب العمل على التشخيص المبكر والبدء في العلاج بأكبر سرعة ممكنة قبل أن يكون الطفل قد امتلك تلك العادات وتأصلت في شخصيته.
- يزداد الخوف والشك لدى المعوق جسماً (حركياً) وصحياً نتيجة المنافسات غير المتكافئة مع الآخرين سواء في المنزل أو المدرسة. وغالباً ما يُصاب هؤلاء بالارتباك لعدم فهمهم السبب الكامن وراء تأخرهم الدراسي عن أقرانهم.
- الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية قد تكون منذ بدء حياة الفرد أو قد يكتسبها في أي فترة. ويتوقف أثر النقص الناتج عنها في نمو شخصيته على الوقت الذي تبدأ فيه الإصابة، وعلى الوقت الذي يبدأ أثرها في الظهور لصاحبها ولأفراد المجتمع الخارجي.
- وأخيراً: الشخص المعوق جسماً (حركياً) وصحياً الذي يعاني من درجة شديدة من الإعاقة عادة ما يكون منطوياً ويركز اهتمامه حول نفسه ويُشغل نفسه دائماً بأنواع من النشاط التي لا تضطره للاختلاط بالآخرين وبالتالي

لا تؤدي حياة أو صحة نفسية سوية. ونلاحظ عند آخر مظاهر الكسل والخمول وعدم الاكتراث والانبساطية بالحياة.

٣- مشكلات التكيف المهني مع الإعاقة الجسمية والصحية:

من واجبات المدرسة والمعلم أن يكتشفا استعدادات كل طالب وقدراته وميوله، ومدى تبصره حتى يعمل على إنمائها كي يستطيع أن يقرر اتجاهًا مناسبًا لمهنته المستقبلية.

هذا ويجب أن تكون توجيهاتنا الإرشادية لهذه الشريحة مدروسة فلا نُعوقهم سيكولوجياً بأن نمنحهم مساعدات أكثر من اللازم، أو على العكس وبالتالي نؤكد على أصحاب المهن ضرورة مراعاة الفروق الفردية بين المعوقين والتي تفرضها طبيعة الإعاقة.

ويلاحظ عند توجيه المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً للعمل أن بعضاً منا ينسى أنه في استطاعة الكثيرين منهم أن يعملوا الكثير من الأعمال التي يقوم بها أقرانهم العاديين خصوصاً تلك الأعمال ذات الصلة بالتعلم والخبرات السابقة. ويمكننا أن نذكر ثلاثة احتياجات أساسية تُسهم في تحقيق الفائدة المرجوة من عمل المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً:

- التعرف الدقيق على المؤهلات والإمكانات والاتجاهات التي يتمتع بها المعوق.
- التحليل المدروس لماهية العمل الذي سيمارسه المعوق ومدى ملاءمته لحالته.
- توظيف المعوق على أساس هذه الدراسة والتوفيق بين احتياجات العمل وإمكانات المعوق.

سادساً: دور المعلم في مساعدة المعوق جسماً وصحياً على التكيف

الاجتماعي

أدلة قوية تؤكد أن الإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية تولّد مشكلات أمام المعوقين وتكيفهم لا سيما من الجانب الاجتماعي. فالمعوقون يعانون من مشكلات التمييز التي تعاني منها الفئات الاجتماعية الخاصة كما أن انشغال الوالدين بالتبعات الجسمية للإعاقة ومعالجتها ينجم عنه حرمان الإنسان المعوق من العلاقات الاجتماعية. ويتضح دور المحيطين في مساعدة المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً على التكيف الاجتماعي وخاصة المعلم بما يلي:

- ١- مساعدته على تقبل إعاقته وتقبل نفسه كمعوق جسمي (حركي) وصحي.
- ٢- تعزيز القناعة لديه بأنه قادر على أن يعيش حياة سعيدة وطبيعية.
- ٣- مساعدته على اكتساب المهارات والمعارف والأدوات اللازمة للاستقلال الذاتي والمساواة مع الآخرين.
- ٤- الاعتراف بحقوقه كي يشعر بالطمأنينة والقبول.
- ٥- تزويد العاديين بالمعلومات الصحيحة والمناسبة عن الإعاقات الجسمية (الحركية) والصحية وحقيقة قدراتهم وإمكاناتهم.
- ٦- عدم إشعاره بالفشل والضعف وضرورة زيادة فرص التنافس والشعور بالنجاح.
- ٧- ترسيخ فكرة إمكانية الاعتماد على ذاته في كل الأمور لديهم.
- ٨- وأخيراً: تهيئة الظروف الاجتماعية الملائمة للمعوق جسماً (حركياً) وصحياً لتحقيق ذاته وليتمتع بالمسؤوليات والواجبات التي يتمتع بها أقرانه العاديون.

الفصل الخامس

رؤية حديثة لعلاج الإعاقة الجسمية والصحية وفقاً لتصنيفاتها

أولاً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي.

- ١- الأساليب العلاجية لحالات الشلل المخي وبرامج تأهيلها.
- ٢- الأساليب العلاجية لحالات تشقق العمود الفقري وبرامج تأهيلها.
- ٣- الأساليب العلاجية لحالات الإصابة بالاستسقاء الدماغي.
- ٤- الأساليب العلاجية لحالات شلل الأطفال.
- ٥- البرامج التربوية لعلاج حالات الصرع ودور معلم التربية الخاصة في إعدادها وتطبيقها.
- ٦- الأساليب العلاجية لنوبات الصرع.

آ- العلاج الدوائي (الطبي).

ب- العلاج النفسي.

ج-العلاج الاجتماعي.

ثانياً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن إصابة أو تشوه الهيكل العظمي.

١- الأساليب العلاجية لحالات تشوه أو بتر الأطراف:

آ- العلاج الطبي.

ب- العلاج الطبيعي.

٢- الأساليب العلاجية لحالات الجنف.

٣- الأساليب العلاجية لحالات تصلب الورك.

٤- الأساليب العلاجية لحالات الخلع الخلقي.

٥- الأساليب العلاجية للتخلص من التهاب المفاصل الروماتيزمي.

٦- الأساليب العلاجية لحالات الشفة المشقوقة وشق الحلق.

ثالثاً: الأساليب العلاجية للإعاقات الناجمة الجسمية والصحية عن أعطاب في العضلات.

١- الأساليب العلاجية لضمور العضلات:

آ- البرامج التربوية والتدريبية.

ب- العلاج بأساليب علاجية مختلفة.

٢- الأساليب العلاجية لضمور العضلات الشوكية.

رابعاً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن

عوامل متعددة مثل:

- ١- مشوهي الوجه.
- ٢- اضطرابات القلب.
- ٣- أزمة الربو.
- ٤- المصابين بمتلازمة /داون/.
- ٥- مرضى الجذام.
- ٦- النشاط الزائد.
- ٧- النقرس.

الفصل الخامس

رؤيا حديثة لعلاج الإعاقة الجسمية والصحية وفقاً لتصنيفاتها

د. آذار عبد اللطيف

ينظر بعضهم إلى علاج الإعاقات الجسمية والصحية على أنه المرحلة المهمة التي تسبق البدء بمرحلة التأهيل الهادفة إلى تدريب الفرد وتزويده بالخدمات اللازمة لتحسين أدائه عامة وبما يتناسب مع إعاقته خاصة. وثمة فرق بين التأهيل وإعادة التأهيل (Habilitation) والتي تعني أن الفرد كان يؤدي عملاً ما بصورة اعتيادية غير أن تعرضه لإعاقة ما استلزم إعادة تدريبه وتأهيله مرة ثانية (الشخص -الدماطي، ١٩٩٢). والعلاج في نهاية المطاف عبارة عن خطوة مهمة من خطوات عملية إعادة التأهيل (Social rehbittitation) والتي تهدف إلى تحقيق مستوى أعلى في أداء الوظائف الاجتماعية والترويحية من خلال المشاركة في الأنشطة أو

النشاطات الأخرى (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي، ١٩٩٥). وهذا ما أكدته (توفيق، ١٩٨٩) عندما أشار أن عملية التأهيل تتضمن خمسة عناصر أساسية هي: البرامج - الخدمات - الكوادر المتخصصة -العنصر المكاني -الأبنية والأجهزة. (سليمان، ١٩٩٧)

أولاً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي:

إذا ما استعرضنا الدراسات المتواترة عن الوراثة لتبين لنا أن الوراثة لا تقوم بعملها وتأثيرها على السلوك والتطور عند الفرد بطريقة مباشرة بل يحدث ذلك بطريقة غير مباشرة معتمدة على وسائط معينة منها الجهاز العصبي وهي التي تقرر إمكانات التفاعل مع البيئة. وهذه الوسائط هي:

١-الأعضاء الحسية:

وهي واسطة الإحساسات سواء من العالم الخارجي كالرؤية والسمع أو الذاتي كالإحساس بالألم والبرودة وارتفاع درجات حرارة الجسم.

٢-الجهاز العصبي:

الذي يستقبل هذه الإحساسات مستخدماً في ذلك أعصاباً خاصة فيه ويقوم بتأويل الإحساسات وتوضيح ماهيتها للكائن ويرسل بها ثانية إلى الأعضاء الناقلة.

٣-الأعضاء الناقلة:

التي تتكفل بمهمة القيام برد الفعل بالكيفية أو الكمية التي يأمرها به الجهاز العصبي . وتتكون هذه الأعضاء من العضلات والغدد. (الوقفي، ١٩٩٨)

إن الجهاز العصبي يُشكل واسطة العُقد في الكيان العضوي فهو من جهة وسيلة تلقي الإثارة المنفعلة الآتية عبر عضو أو أكثر من أعضاء الحس ووسيلة إصدار إثارة فاعلة /للإجابة عن الأولى/ إلى الأعضاء المعنية برد الفعل أو الاستجابة من جهة أخرى فهو بهذا يُعتبر مركز الرسائل أو المعلومات في أجسامنا. لذلك فإن إصابة الجهاز العصبي بأي عطب سيؤثر على عملية انتقال الأوامر المستقبلية والصادرة من وإلى كل من الدماغ والأجزاء المسؤولة عن الحركة والإحساس. (Bigge, 1995) ومن الإصابات التي تتجم عن إصابة الجهاز العصبي لاسيما المركزي الشلل المخي وتشقق العمود الفقري والاستسقاء الدماغي وشلل الأطفال والصرع وسواها وسنتناول أهم الطرق أو الأساليب المناسبة لعلاج كل منها.

١- الأساليب العلاجية لحالات الشلل المخي وبرامج تأهيلها:

١-١ - الأساليب العلاجية للمصابين بالشلل المخي:

أطلق العلماء مصطلح الشلل المخي على تلك الحالات من الإصابات الي ينجم عنها اضطرابات نمائية أو عصبية ناجمة عن إصابة المخ في مراحل مبكرة من عمر الطفل وخاصة في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة وتتجم هذه الاضطرابات عن خلل أو تلف دماغي وتؤدي إلى عدد غير محدود من الأعراض والمشكلات الحركية والحسية والعصبية التي تظهر على شكل تشنج أو توتر في الحركة والأوضاع الجسمية وما يصاحبها من تشوهات بالأطراف. وأكد كلٍ من (الخطيب، ١٩٩٢ والقريوتي وآخرون، ١٩٩٥) أن الشلل

المخي قد يُصاحبه شلل وعدم توازن حركي وكذلك اضطرابات عقلية أو نوبات من الصرع التي قد تصل لـ ٦٠٪/ من الحالات أو صعوبات بالنطق وعدم تناسق الكلام والتي تصل لـ ١٥-٢٠٪/ من الحالات أو ضعف في بعض الأجهزة الحسية وكالسمع والأبصار (سليمان، ١٩٩٧)

وبالنسبة لحالات الشلل المخي يرى بعض المختصين أنه لا يوجد علاج يُشفي الأطفال المصابين بالشلل المخي ولكن ثمة طرق ووسائل تسهم في منع حدوث أي مضاعفات أو تخفف من حدة الإصابة. وتهدف هذه الوسائل إلى زيادة النتائج الإيجابية وإلى التقليل من النتائج السلبية قدر الإمكان. وتتمثل هذه الوسائل بـ:

(أ) - إخضاع الفرد المصاب للعلاج الطبيعي والحركات التدريبية الموجبة والسالبة لمساعدة الأطراف على المحافظة على قدرتها على الحركة وعدم توقفها أو إصابتها بالشلل.

(ب) - العلاج الطبي عن طريق إجراء العمليات الجراحية الهادفة إلى تصحيح الحالات إلى أفضل درجة ممكنة.

(ج) - اللجوء إلى وسائل معينة كالأحزمة والمشدات وفق الحاجة.

(د) - تقديم الأنشطة الاجتماعية المناسبة لتنمية كل ما لدى الفرد من مهارات وإمكانات تساعده في الاعتماد على ذاته (القذافي، ١٩٩٤). وثمة إجراءات تشريعية وطبية وتنظيمية تخفف من حالات الإصابة بالشلل المخي في حال تم توافرها وذلك من خلال: (العمل على تأمين مراكز الأمومة والطفولة وزيادة عددها في المناطق بحيث تُسهم في فحص الأم الحامل للتأكد من عدم وجود أمراض أو اضطرابات قد تؤدي إلى حدوث الإصابة. كما يُسهم ذلك في التأكد من سلامة

الصحة العامة للأم الحامل قبل الحمل وأثنائه. وفي حال عدم إمكانية تأمين هذه المراكز في بعض المناطق والأرياف ويمكن تفادي المشكلة من خلال إقامة دورات تدريبية وندوات توعوية وخاصة للقبالات القانونية العاملات بتلك المناطق وتوعية الشباب المقبلين على الزواج عن أهمية إجراء الفحوص الطبية بهدف التأكد من عدم وجود أي تأثير للعامل الريزي (R H). والعمل قدر الإمكان على حماية الطفل من الحوادث والإصابات سواء في البيت أو في المدرسة أو في الأماكن العامة (القريوتي-السرطاوي-الصمادي، ١٩٩٥).

أما بالنسبة للأساليب العلاجية للشلل المخي لدى المصابين وخاصة لدى الأطفال فيمكن حصرها بما يلي:

- العلاج الطبيعي (Physical Therapy): أي تدريب أجزاء الجسم على القيام بالأداء الوظيفي للعضلات. وهذا الأسلوب من العلاج يُساعد المصابين بالشلل المخي على ممارسة نوع من الضبط على الحركة مما يُساعدهم على أداء بعض أشكال السلوك الحركي بشكل ملائم نسبياً. هذا ويُعتبر تدريب العضلات على الاسترخاء وكذلك ممارسة نوع من الضبط والتحكم في الحركات اللاإرادية من الأساليب العلاجية طويلة المدى.
- العلاج المهني (Occupational Therapy): من الأساليب التي تُساعد على القيام بالأنشطة اللازمة للحياة اليومية، كما تُساعد على القيام بأنواع الحركة اللازمة لبعض الأعمال المهنية. ويمكن أن تُطبق البرامج العلاجية التي تهدف إلى تعديل النشاط الزائد وضبط الانفعالات وتحقيق الاسترخاء للمجموعة العضلية (فتحي عبد الرحيم، ١٩٩٠).

وأخيراً: يُعتبر الأطفال المصابون بالشلل المخي من أكثر الفئات تحدياً أمام الأخصائيين في مجال التربية الخاصة سواء في البرامج التعليمية التي تقدم لهم أم في تدريبهم على الحياة لضمان المستقبل.

٢-١ - برامج تأهيل المصابين بالشلل المخي

أشار كل من (فريزر وهنزنجر، 1983، F raser& Hensinger) إلى أن خدمات التأهيل التي تقدم إلى الأفراد المصابين بالشلل المخي تشتمل على سلسلة من الخدمات المنظمة في الجوانب التربوية أو الطبية أو الاجتماعية أو المهنية (Best,c,2000). وتهدف هذه البرامج إلى تنمية قدرات الفرد المصاب ومساعدته في الوصول إلى أقصى درجة ممكنة من الاستقلالية على المستويين الشخصي والمهني. ومن المعلوم أنّ الشلل المخي يؤثر على قدرات الفرد وإمكاناته، ويحدّ من قدرته على الاستفادة من البرامج المقدمة للأفراد العاديين. وهذا الأمر يتطلب تقديم برامج متخصصة ومعدلة بهدف تحسين أداء الفرد المصاب في الجوانب النمائية المختلفة الحركية والاجتماعية والانفعالية والمهنية ومهارات التواصل وكذلك العناية بالذات. ويسبق تعديل هذه البرامج الفردية وتصميمها تقييم الفرد المصاب بشكل شامل عن طريق الاستفادة من فريق التقييم المتعدد التخصصات وذلك لتحديد مستوى أدائه وميوله وقدرته المهنية. وكما أشار الخطيب (١٩٩٢) فإن توفير هذه البرامج المتخصصة لا يعني بأي حال من الأحوال عزل المعوق في مؤسسات خاصة بعيداً عن أقرانه العاديين ولكنها تعني توفير البدائل التربوية المختلفة والملائمة لكل حالة فردية، وكذلك توفير الخدمات المساندة سواء كانت طبية أم غير طبية كالعلاج الطبيعي أو الوظيفي والعمل دوماً على تعديل البيئة التربوية

والوسائل والأجهزة التعويضية والتربوية المساعدة. وأشار (سليمان، ١٩٩٧) أنه وفي هذا الشأن يمكن إجراء تعديلات في الجوانب والموضوعات التي تخص المنهاج الدراسي وبيئة التعلم بحيث يتم تعديل المنهاج الدراسي تعديلاً يلبي متطلبات الطفل المصاب لاسيما فيما يتعلق بحاجاته الأساسية ويضيف بالوقت ذاته مهارات أساسية تتضمنها عادة المناهج المقدمة للأفراد العاديين. وبالنسبة لبيئة التعلم لا بدّ من إجراء تعديلات ضرورية للبيئة الصفية والمدرسية والأثاث المدرسي والأجهزة المساندة والمواد التعليمية ووسائل النقل والمواصلات وذلك لأن المصابين بالشلل المخي يحتاجون إلى توفير بيئة صفية خاصة تختلف عن البيئات الطبيعية التقليدية. أما فيما يتعلق بالخدمات المساندة فإن خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي والمهني تعتبر من أكثر البرامج إلحاحاً وذلك نظراً لطبيعة ودرجة وشدة الإصابة والآثار السلبية المترتبة عليها. وتركز هذه البرامج على أهمية التدخل المبكر وضرورته سواء أكان ذلك بتشخيص الحالة أو معالجتها والتخفيف من مضاعفاتها عن طريق خفض مستوى التوتر العضلي والحركات اللا إرادية إلى أكبر درجة ممكنة، ومحاولة الوصول بها إلى المستوى الطبيعي ما أمكن ذلك. ولابد من التنويه إلى أن معالجة هذه الحالات تعتمد على مبدأ التأهيل الحسي الحركي وذلك كي يستطيع الفرد المصاب الاستفادة من المعلومات الحسية وتكاملها على هيئة استجابات وأنماط حركية طبيعية وعدم تحويلها إلى أنماط حركية وتشنجية أو انعكاسية وغير إرادية. وتعددت النماذج العلاجية الحسية الحركية ومن أهمها:

(أ) - طريقة بوباث العلاجية (Bobath Therapy):

نشأت هذه الطريقة منذ أربعينيات القرن الماضي على يد الأخصائية في العلاج الطبيعي (البرتا بوباث) وزوجها الأخصائي في علم الأعصاب (كارل بوباث). وهذه الطريقة هي الأكثر فاعلية لمعالجة العديد من اضطرابات الجهاز العصبي المركزي إضافة إلى أهميتها في معالجة الشلل الدماغي.

ويعتمد هذا الأسلوب العلاجي على نقطتين أساسيتين هما:

- إن تأخر النمو الحركي الطبيعي ينتج عن تلف أو خلل في الدماغ يعيق النضج الدماغي العادي أو يُعيقه.

- إن الحركات الانعكاسية غير الطبيعية أو غير المتطورة هي السبب وراء ما يظهر من أنماط حركية ووضعية غير عادية. (سليمان، ١٩٩٧)

وبناءً على التجارب التي قام بها السيدان (بوباث) تبين أن الهدف

الأساسي الذي يسعى العلاج العصبي النمائي تحقيقه هو:

١- إعادة التوتر العضلي لوضعه الطبيعي وبشكل أدق للمستويات العادية: إن التوتر العضلي غير الطبيعي يُعيق النمو الحركي العادي ويأخذ الخلل في التوتر العضلي ثلاثة أشكال أساسية هي:

(أ)- زيادة التوتر العضلي وفي هذه الحالة يكون مدى الحركة

محدوداً وهذا الوضع يحدُّ من قدرة الطفل على تطوير الأنماط الحركية الهادفة المتزنة.

(ب)- انخفاض التوتر العضلي وفي هذه الحالة تكون العضلات

ضعيفة وبطيئة لذلك يُعاني الطفل من عدم القدرة على الاستجابة للمثيرات ويواجه صعوبة في الحفاظ على الوضع الطبيعي للرأس والجذع والأطراف.

(ج) - وأخيراً فإن تغير مستوى التوتر العضلي الذي يحدث أثناء تأدية النشاطات الحركية يؤدي إلى عدم القدرة على ضبط الحركة ولذلك قد يُعاني الطفل من عدم القدرة على الوقوف والمشي وإلى ذلك ويوضح الجدول التالي استراتيجيات ضبط التوتر العضلي غير الطبيعي.

جدول (١) يوضح استراتيجيات ضبط التوتر العضلي غير الطبيعي

وصف الحالة	الوضع الجسمي	طريقة حمل الطفل	التنظيم البيئي
انخفاض مستوى التوتر العضلي	متماثل (الرأس والجسم دعم الرقبة والظهر والقدمين في وضع الجلوس تغيير الوضع تغييراً متكرراً	بلطف ولكن بشكل متكرر تقديم الدعم اللازم فقط	تنويع ملمس الأشياء
ازدياد مستوى التوتر العضلي	متماثل (الرأس والجسم الاستلقاء على الجانب وإبقاء الحوض والركبتين في وضع انقباضي	تجنب الحركات المفاجئة مساعدة الطفل على الاسترخاء وذلك بتثبيت مراكز الجسم الرئيسية	تغيير النشاطات وتنويعها تدريجياً وضع الأشياء قريباً من الطفل في البداية، ومن ثم إبعادها عنه تدريجياً
تغير مستوى التوتر العضلي	تثبيت مراكز الجسم الرئيسية عند الحاجة	تثبيت حركات اليدين	زيادة مدى الحركة تدريجياً تنويع النشاطات تدريجياً

/سليمان، ١٩٩٧/

إن العمل على كبح الاستجابات الحركية غير الطبيعية والتي تظهر لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي أمر مهم جداً كونها تسبب أنماطاً حركية انعكاسية أولية، وإذا ما تُركت تلك الأنماط دون أيّ تدخل علاجي مبكر فإنها تحدّ من قدرة الطفل على الحركة والتعلم. وفي الحقيقة فإن الانعكاسات الأولية تحدّ من قدرة الطفل على الانتباه إلى المثيرات البيئية وإدراكها والاستجابة لها بشكل مناسب.

وفيما يلي وصف موجز لاستراتيجيات كبح ردود الفعل الأولية الأساسية.

• استجابة الرقبة التوتيرية غير المتماثلة:

إنّ هذه الاستجابة التي تحدثها المستقبلات الحسية في الرقبة تحدّ من قدرة الطفل على استخدام اليدين وكذلك تحدّ من قدرة الطفل على التآزر العيني اليدوي. ومن أهم الطرق العلاجية لهذه المشكلة تتمثل بوضع الطفل بإحدى الوضعيات التالية: الاستلقاء على أحد الجانبين - الجلوس - الاستلقاء على البطن.

• استجابة الرقبة التوتيرية المتماثلة:

تحدّ هذه الاستجابة من قدرة الطفل على الزحف لأن الذراعين ينقبضان عند انحناء الرأس إلى الأسفل، وكذلك تحدّ من قدرة الطفل على الجلوس لأن انحناء الرأس قد يؤدي إلى انبساط الأطراف السفلى أيضاً. ومن أهم الطرق العلاجية لهذه المشكلة تتمثل بوضع الطفل بإحدى الوضعيات التالية: الوقوف على ركبة واحدة - الوقوف على ركبتيين - الاتكاء على الأطراف الأربعة.

• استجابة الأذن الداخلية التوتيرية:

يؤدي حدوث هذه الاستجابة في أثناء استلقاء الطفل على بطنه إلى عدم قدرته على رفع رأسه وصدره وكذلك عدم قدرته على الاتكاء على يديه وعدم قدرته أيضاً على الزحف. ومن أهم الطرق العلاجية لهذه المشكلة تتمثل بوضع الطفل بإحدى الوضعيات التالية: الاستلقاء على البطن والطفل على وسادة مائلة الارتفاع أو الاستلقاء على البطن والوسادة تحت الرأس واليدين فوقها. أما حدوث هذه الاستجابة أثناء استلقاء الطفل على ظهره فيؤدي إلى امتداد الرأس إلى الوراء مما يحد من قدرة الطفل على الجلوس ويعاني الطفل كذلك من سيلان باللعب وصعوبة بالبلع والمص والمضغ ولعلاج الحالة يفضل استلقاء الطفل على الظهر. أما الحركات المرافقة للانعكاسات الأولية المختلفة فيمكن معالجتها من خلال تحديد الأوضاع الجسمية غير الطبيعية وتصحيحها.

٣- تطوير الأنماط النمائية الطبيعية: بعد أن يصبح مستوى التوتر العضلي عادياً أو قريباً من العادي يركز المعالج اهتمامه على تسهيل عملية النمو الحركي الطبيعي التي تشمل ردود الفعل الانتصابية وردود الفعل التوازنية.

• ردود الفعل الانتصابية:

تشمل انتصاب الرأس الذي يشير إلى ردّ الفعل الذي يحدث في الرأس نتيجة تغيير الوضع الجسمي من أجل إبقاء الرأس في حالة توافق مع الجسم. هذا وانتصاب الجسم الذي يشير إلى ردّ الفعل الذي يحدث في الجسم ويهدف إلى إبقائه في حالة توافق مع الرأس. ومن أهم الطرق العلاجية الانتصابية في حالة استلقاء الطفل على بطنه: رد الفعل الانتصابي في أثناء الاستلقاء على البطن - التدرج - حضن الطفل باستلقائه على بطنه على الرجلين - تدرج الطفل على كرة وهو مستلقٍ على بطنه.

وتؤدي ردود الفعل الانتصابية الوظائف التالية:

- تهيئة الفرصة ليأخذ الرأس وضعاً ملائماً بالنسبة للجذع والأطراف. ومن أمثلة ذلك استجابة العنق الانتصابية التي تكون موجودة منذ لحظة الولادة وتستمر بالحدوث على الشهر السادس من العمر.
- تهيئة الفرصة لإبقاء الرأس في وضع عادي في الفراغ. إذ إن استجابة الأذن الداخلية التوازنية تسمح برفع الرأس باتجاه معاكس للجاذبية أثناء انبطاح الطفل على بطنه. وبالفعل تبدأ هذه الاستجابة بالظهور في الشهر السادس من العمر عندما يكون الطفل مستقياً على ظهره.
- تهيئة الفرص لحدوث التوجه في الفراغ والتكيف الجسمي من خلال حاسة البصر.
- تهيئة الفرص لحدوث الدوران في الجسم من منطقة المحور ومثل هذا التدرج من الظهر إلى البطن وبالعكس تهيئ الظروف للجلوس والزحف بالانكاء على اليدين والرجلين. ومن الأوضاع العلاجية المستخدمة لتنمية ردود الفعل الانتصابية في حالة استلقاء الطفل على ظهره: حمل الطفل مستقياً على ظهره - دحرجة الطفل على كرة وهو مستقياً على ظهره - تغيير الوضع من الاستلقاء على الظهر إلى الجلوس.

• ردود الفعل التوازنية:

تشير ردود الفعل التوازنية إلى الاستجابات الأوتوماتيكية التي تحدث عندما يتغير وضع الجسم. وتشمل ردود الفعل هذه الاستجابات الانتصابية والانبساط الوقائي التي تعمل معاً للحفاظ على التوافق الجسمي من خلال ضبط مركز الجاذبية في الجسم لمنع الطفل من السقوط على الأرض. وفي حالة تأخر

ردود الفعل التوازنية أو غيابها فإن الطفل يُعاني من عدم القدرة على الاستجابة للتغيرات في وضع الجسم مما يؤدي إلى عدم التوازن وظهور بعض الأنماط الحركية غير الطبيعية. هذا ويلجأ المعالجون عادة إلى تطوير ردود الفعل التوازنية في أثناء استلقاء الطفل على بطنه أولاً وفي أثناء جلوسه ووقوفه.

وأخيراً يمكننا القول بأن هذه الطريقة من أهم أساليب العلاج الطبيعي كونها تركز على كبح الأوامر المنعكسة (التشنجات) كطريقة أساسية في علاج الشلل المخي (عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي، ١٩٩٢). وتقوم هذه الطريقة على العلاج العصبي النمائي وذلك بهدف تحقيق غايتين أساسيتين هما:

- تطوير الأنماط النمائية الطبيعية.
- لجم التوتر العضلي والاستجابات اللاإرادية ومحاولة الوصول إلى أنماط حركية عادية ما أمكن ذلك.

وبالواقع تعتمد هذه الطريقة على فعالية توظيف مختلف الخبرات الحسية الحركية من أجل تدريب الفرد المصاب على تطوير أنماط حركية جديدة. (سليمان، ١٩٩٧)

(ب) - طريقة دومان - ديلاكاتو (Doman-Delacato Method):

اعتمد كلٌّ من (جلن دومان & كارل ديلاكاتو) مؤسساً هذه الطريقة (وهما من علماء مركز تنمية الإمكانات البشرية في بريطانيا) في تطويرها إلى العلاج الانعكاسي العصبي العضلي الذي كان جراح العصاب (تمبل في، Temple Fay) قد طورّه في أربعينيات القرن الماضي فهو يعتقد أن مراحل النمو العصبي للفرد تشبه مراحل النشوء والارتقاء الذي وصفها ووضعها /دارون/ حيث تبدأ رحلة

التطور والنشوء كالتالي (التطور من سمكة إلى البرمائيات إلى الزواحف إلى الإنسان) وبناء على ذلك افترض (تمبل في، Temple Fay) أن غياب التسلسل النمائي الطبيعي ينم عن فوضى في النمو العصبي.

تتضمن هذه الطريقة العلاجية ضرورة تدريب الطفل المشلول دماغياً بهدف اكتساب الطفل للأنماط الحركية الأساسية ولهذا سُميت بطريقة (التميط).
لقد اعتقد (تمبل في، Temple Fay) أنه بالإمكان تنمية الأنماط الحركية الوظيفية المعقدة إذا تم تطوير الأنماط الحركية الانعكاسية البسيطة. وانطلق في نظريته هذه من أن حركة الفرد تعتمد على أنماط محددة من النشاط العضلي وليس على استجابات عضلية منفردة. وبناء على ذلك استندت طريقة (جلن دومان & كارل ديلاكاتو) على مفاهيم أساسية أهمها:

١- ضرورة تقويم مستوى الأداء الحركي للطفل بما في ذلك الاستجابات الإرادية والانعكاسية وبعد ذلك ينصب اهتمام المعالج على توظيف المعالج على توظيف ردود الفعل الانعكاسية بغية تطوير النمط الحركية البسيطة.

٢- إن النمو الطبيعي عملية متسلسلة وتراكمية، وتبعاً لذلك يجب أن يهتم المعالج ويركز على مظاهر النمو البسيطة وترسيخها بالدرجة الأولى ومن ثم الانتقال إلى المظاهر النمائية الأكثر تعقيداً.

٣- إن ردود الفعل الانعكاسية وترسيخها ليست مظاهر غير طبيعية بالضرورة ولكنها قد تعني وجود تلف أو خلل دماغي إذا أعاققت النمو الحركي العادي. وبناءً على ذلك يمكن توظيف ردود الفعل الانعكاسية لتطوير النمو العضلي والنمو الحركي العادي.

٤- إن الأنماط الحركية التي يتم تأديتها عادية متكررة ومنظمة تسهّل عملية تطوير المظاهر النمائية الجسمية المعقدة.

إن هذه الطريقة أسلوب عصبي فسيولوجي يُستخدم في علاج وتربية الأفراد المصابين بالشلل المخي بالإضافة إلى غيرهم من الأفراد المعوقين.

وتعتبر المحاكاة من أفضل الصفات التي يمكن أن تُطلق على هذه الطريقة (Patterning) حيث تتم مساعدة الطفل جسدياً من خلال الأنشطة النمائية كالحبو، والزحف. (عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي، ١٩٩٢) وعند استخدام هذه الطريقة فإنه يُمكن تنمية الأنماط الحركية الوظيفية المعقدة إذا تم تطوير الأنماط الحركية الانعكاسية البسيطة أولاً.

(القريوتي، السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٥)

(ج) - طريقة رود (Rood Therapy):

إحدى أساليب العلاج الطبيعي المستخدمة مع الأفراد المصابين بالشلل المخي وتتضمن استعمال الضغط بهدف تنشيط العضلة المتصلبة وكذلك تتضمن استخدام التدليك (الدعك) الخفيف لتنشيط العضلات الهشة الخفيفة (عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي، ١٩٩٢). وتقوم هذه الطريقة على الإثارة الحسية وتستفيد من حالات الشلل المخي التي تعاني من ارتخاء الأطراف والمفاصل حيث إنها تعمل على زيادة مستوى النشاط العضلي باستخدام وسائل العلاج الطبيعي التقليدية كالتدليك واستخدام الحرارة والبرودة.

إن هذا المنحى العلاجي يُعتمد فيه مبدآن أساسيين هما:

- إن النشاطات الحركية تعتمد على طبيعة الإثارة الحسية حيث يتم توظيف الإثارة الحسية لتنشيط الاستجابات الحركية أو تثبيطها.

* إن تنشيط الاستجابات الحركية يتم وفقاً للتسلسل النمائي الطبيعي وبناءً على ذلك تمت عملية النمو العضلي على مراحل متسلسلة كما هو موضح بالجدول التالي:

الجدول رقم (٢) يوضح مراحل التسلسل النمائي

المهارة	الحركة	الوضع الجسمي	التدخل العلاجي
٨-الزحف على البطن ١١-الزحف على الأطراف ١٣-المشي	٦-الرجوع للوراء ٧-الدفع للأمام ١٠-دفع الجسم للأمام والخلف ومن اليمين لليسا	٤-انقباض الرقبة وانبساط الظهر . ٥-الانبطاح على الظهر والانتكاء على الكوعين وانقباض الرقبة والكتفين. ٩-الانتكاء على الأطراف السفلى والعليا معاً بوضع ثابت ١٢-الوقوف بثبات	١-الانسحاب: انقباض تام في أثناء الانبطاح على الأرض ٢-التدحرج: انقباض الجزء الأعلى من الجسم وانبساط الجزء الأسفل منه. ٣-النمط المحوري: انبساط تام في أثناء الانبطاح على البطن باستثناء الكوعين

(د) - طريقة نابات- نوت:

تركز هذه الطريقة العلاجية على المستقبلات الذاتية. وقد طور هذه الطريقة كلٌّ من (هيرمان كابات & مارجريت نوت). وتهدف هذه الطريقة إلى توظيف الأجزاء القوية وغير المصابة من الجسم من أجل تقوية الأجزاء الضعيفة وتطوير ردود الفعل الانعكاسية والمجموعات العضلية وعناصر الحركة الأخرى. ومما يميز هذه الطريقة أنها تشمل التمارين العلاجية التي تهدف إلى إثارة الدماغ من خلال الأنماط الحركية الموجهة نحو تحقيق أهداف معينة.

٢- الأساليب العلاجية لحالات تشقق العمود الفقري وبرامج تأهيلها:

٢-١ - الأساليب العلاجية لحالات تشقق العمود الفقري:

النقطة الجوهرية التي يجب أن يتمتع بها المرافق للمعوق جسماً وصحياً والذي يعاني من حالات تشقق العمود الفقري عدم الإقدام على تحريكه إلا تحت إشراف طبي مدروس أي عليه اتباع دورات طبية وإسعافية خاصة بذلك. ويهدف ذلك إلى ضمان نقله من وإلى أي مكان وخاصة إلى المستشفيات بسلام، وعدم حدوث انتكاسات إضافية للمريض وغالباً ما يكون بغنى منها. ولا بدّ من التنويه إلى أن معظم الحالات تتطلب الراحة التامة و الأدوية خاصة تضمن للمريض بقاء العضلات مسترخية وبعيدة عن التشنج مع وجود/طوق عنقي/ حول الرقبة لتثبيتها والحدّ من حركتها حتى تلتئم كسورها أو يُخفف تصدعها والتواءها وذلك لعدة أسابيع انطلاقاً من أن الإصابة التي يتعرض لها العمود الفقري غالباً ما تمتد على طول العمود الفقري وهذا ما جعل الأطباء المتخصصون يؤكدون على أهمية إخضاع المريض لعملية تصوير شعاعي لمنطقة الإصابة بهدف تحديد دقيق لنوع ودرجة وشدة الإصابة. وتبدأ بعد هذه المرحلة مرحلة العلاج الطبيعي على شكل "مساج" وتمارين لعضلات الرقبة لمساعدتها على استعادة حركتها وقوتها وليونتها.

ومن جهة ثانية إذا تركزت الإصابة بالفقرات الصدرية أو القطنية الجزية فإن المعوق جسماً وصحياً في هذه الحالة قد يحتاج لأن يوضع في جهاز مصمم من مادة الجبس يُطلق عليها بلغة الطب "صديري من الجبس" ويرى بعضهم أنه في مثل هذه الحالة يكتفى بتثبيت ظهر المريض باستعمال حزام طبي خاص مُزوّد بعدد من الأسلاك المعدنية التي تحد من حركة الظهر وذلك حتى تلتئم الكسور. (السرطاوي - الصمادي، ١٩٩٨)

وبين (Heward&orlandsky,1988) أن ذلك يهدف إلى تخفيف الضغط على و / عن / النخاع الشوكي الأمر الذي قد يُساعد المريض في تجاوز حالة من الشلل الذي قد يُقعه مدى الحياة. (Horne,1990)

ومن أهم الأساليب العلاجية الأساسية لهذه الشريحة من المعوقين جسمياً وصحياً تلك التي تركز على الجهود التربوية انطلاقاً من أن الإصابة قد وقعت وبالتالي لا بدّ من الحد من أثارها.

إن نجاح البرامج التربوية المرافقة لحالات تشقق العمود الفقري يعتمد بالدرجة الأولى على اقتناع الاختصاصيين التربويين والتخصصيين بقدرتهم على إقناع الأسرة والمصاب بطبيعة الإصابة وكيفية مساعدتهم على تجاوز صعوباتها للدرجة التي يشعرون من خلالها بالاستقلالية. ومن ناحية ثانية يجب أن تُقدم وتنفذ تلك البرامج التربوية بالمدارس العادية كونها الأقدر على تلبية متطلبات هذه الشريحة من المعوقين جسمياً وصحياً وخاصة للحالات التي تُعاني من الالتهاب الشوكي البسيط وحالات تشقق العمود الفقري المستتر ولا بدّ من أن تركز هذه البرامج على نقاط القوة وكذلك يجب أن تتسم بالمرونة والأصالة والتجديد الدائمين (Hanson,1986) ومن ضمن الأهداف التي على البرامج التربوية تحقيقها تنمية القدرات الحسية عند المصابين ومساعدتهم على الانتقال باستخدام الوسائل المعينة كالكرسي المتحرك..... بهدف تواصلهم المثمر مع البيئة ومثيراتها. على أن ذلك لا يُغني عن استمرارية التواصل مع فريق العمل الطبي والتأهيلي لإجراء التعديلات المناسبة لكل مرحلة.

٢-٢- برامج تأهيل للمصابين بحالات تشقق العمود الفقري:

معظم أدبيات التربية الخاصة والعلاج الفيزيائي ركزت في هذا الشأن على أن البرامج الصحية والتأهيلية لهذه الشريحة من المعوقين جسمياً وصحياً في أنهم بحاجة ماسة إلى الرعاية الطبية بالدرجة الأولى للتخفيف من الالتهابات البولية والعمل على التخلص من الفضلات بشكل مستمر. ومن الإجراءات التي يمكن تدريب المعوق وأسرتة عليها:

(أ) - الضغط على أسفل البطن للتخلص من الفضلات.

(ب) - تدليك موقع التقرحات وكيفية استخدام المراهم الخاصة.

(ج) - كيفية التخفيف من حدة الألم والآثار الناجمة عن حدوث التقرحات أو عن الالتهابات الناجمة عن عدم الحركة وذلك من خلال تحريك المعوق المصاب وفق جدول زمني محدد. (Horne, 1990)

ومن القضايا التي على المرافق للمعوق جسمياً وصحياً المصاب بإحدى حالات تشقق العمود الفقري الانتباه لها وأخذها بعين الاعتبار أن أطرافه غالباً ما تكون هشة وضعيفة والسبب الجوهري وراء ذلك عدم تدفق الدم تدفقاً مناسباً بين أوردة وشریان العضو المصاب.

أي على المرافق أثناء تدريبه عدم الضغط على قدميه كي لا يتعرض إلى حالات مزعجة كالكسر أو تمزق العضلات أو.. لذلك يوصى دائماً بإسناد ودعم الأطراف المصابة بالأجهزة والوسائل المعينة والمساعدة والاستفادة من خبرات أخصائيي العلاج الفيزيائي والعظام. (القريوتي، السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٥)

٣- الأساليب العلاجية لحالات الإصابة بالاستسقاء الدماغية:

يرى البعض أن الأدوية والعقاقير قد فشلت في علاج الاستسقاء الدماغي (فاروق صادق، ١٩٨٢). في حين يرى بعضهم الآخر أنه من الممكن اللجوء إلى الجراحة لعلاج هذه الحالات كأن نستخدم صماماً صناعياً يوصل طرفيه بين مكان تراكم السائل في المخ وبين الدورة الدموية.

أما من حيث التدخل الجراحي فإن استسقاء الدماغ يعالج بإجراء عملية جراحية معقدة تهدف إلى إيصال أنبوب من مؤخرة الرأس إلى المنطقة المصابة بهدف سحب السائل الزائد. وقد تؤدي العملية الجراحية إلى بعض التعقيدات مثل الالتهابات أو انسداد الأنبوب، مما يستدعي إجراء العملية الجراحية مرة أخرى، وهذا يُسبب مخاطر على حياة الفرد واحتمال زيادة تعقيدات الإصابة لديه. (سليمان، ١٩٩٧)

٤- الأساليب العلاجية لحالات شلل الأطفال:

يُعتبر شلل الأطفال من الأمراض المزمنة التي سببت الكثير من الإصابات على مر الزمن وقد بلغت نسبته ببعض المجتمعات إلى (١٢٪) من نسب الإصابات بالإعاقات الجسمية والصحية وكما هو معروف فإن الشفاء من هذا المرض ليس شفاءً تاماً وبالتالي فإن الهدف الأساسي من استخدام التمارين الرياضية والعمليات الجراحية وأجهزة التدعيم منح الطفل فرص أداء المهارات الحركية والعودة إلى أقصى درجة ممكنة من الحالة الطبيعية. فيمكننا القول بأن العمليات الجراحية لحالات شلل الأطفال تهدف إلى:

(أ) - تثبيت المفاصل.

(ب) - إصلاح التشوهات بالمفاصل.

(ج) - نقل الأوتار.

(د) - تعويض فارق القصر بأحد الطرفين السفليين.

وتمر عملية علاج شلل الأطفال برحلة طويلة لذا يجب التركيز على جانبين أساسيين هما:

١- العلاج الجسمي (الفيزيولوجي): على الرغم من طول الفترة الزمنية التي

يتطلبها العلاج الفيزيولوجي فإنه يمر في مرحلتين متتاليتين وأساسيتين هما:

- الخطوة الأولى: تهدف مرحلة العلاج في هذه الخطوة إلى تدريب الطفل على إرخاء عضلاته ويكون ذلك في جلسات خاصة يُطلب منه خلالها القيام ببعض الحركات الجسمانية التي تُيسر له التحكم في استخدام هذه الأعضاء بعبارة أدق يتعود على أن يستعمل هذه الأعضاء بطريقة إرادية وتعطى هذه التمرينات كل يوم خلال فترات تبلغ حوالي نصف ساعة في أول مرحلة للعلاج ثم تنخفض إلى ١٥/دقيقة يومياً في النصف الثاني من العام الأول للعلاج. وكي يستفاد الطفل أكثر من الأنسب تدريبه على تلك التدريبات ليمارسها بمفرده وخاصة عند وجوده منفرداً حيث يُطلب من الطفل أن يرقد مستلقياً على الأرض أو على سرير ثم يقوم الاختصاصي بتدليك عضلات الجسم برقة وتناغم حتى تغدو في حالة استرخاء نسبي. وبعد ذلك يقوم بثني كل عضو من أعضاء الجسم المصاب وباتجاهات مختلفة وهنا يستطيع المعالج بجانب ذلك تدريب الطفل المصاب على جذب الأشياء إليه ودفعها عنه بقدمه للحصول على شيء معلق.....

• الخطوة الثانية: وتعتبر مرحلة متقدمة من العلاج وفيها يزود الطفل المصاب بتمرينات خاصة بهدف مساعدته على المشي ضمن الظروف التي تُسغفه بها إصابته. وغالباً ما تكون بداية التدريبات معتمدة على الوسائل المساعدة ومن ثم تخف رويداً رويداً ليغدو الطفل المصاب قادراً على السير دون مساعدة. ولا بد من التنويه إلى أن مراكز تدريب هؤلاء الأطفال لا بد وأن تتمتع بجاهزية تامة من حيث المعدات والأجهزة الرياضية والطبية المناسبة وكذلك مدربين متخصصين.

(Rosen, Foord, 1995)

٢-العلاج النفسي: من يظن أن علاج الأطفال المصابين بحالات شلل الأطفال يقتصر على العلاج الفيزيولوجي نقول له إنك على خطأ والصواب بوضوح أن العلاج الفيزيولوجي لا بد وأن يترافق مع العلاج النفسي والذي يُعتبر من الضمانات الأساسية لنجاح العلاج ومن الوسائل والطرق التي يمكن استخدامها لتحقيق الهدف المنشود:

(أ)- تشجيع الطفل المصاب من فترة لأخرى على الاعتماد على ذاته. إن اعتماد الطفل على الآخرين اعتماداً كاملاً لتلبية احتياجاته يعزز لديه الشعور بالعجز (Helplessness) والذي يراوده من حين لآخر. ولمساعدته على مواجهة ذلك يجب أن نهئى له الفرصة ليقوم ببعض الأعمال اليومية التي تجعله يشعر بأنه يستطيع أن يقوم ببعض الأعمال التي تحافظ على وجوده بصفته فرد له كيان مستقل ومن مثل هذه الأعمال تكليفه بتوزيع أواني الطعام في أثناء تناول الوجبات مع الأهل، الرد على الاتصالات الهاتفية..... ومثل ذلك وسواه شجعه على تعزيز ثقته بنفسه.

(ب)- تشجيع الطفل المصاب على أن يكون عضواً في الجماعة وذلك لما يُعانيه الطفل من عزلة وغربة وعزوفه الدائم عن الاختلاط جراء ما يُعانيه الطفل من عجز حركي وكلامي. ولتجنب الطفل ذلك على الكبار أن يعملوا على تشجيع الطفل المصاب على الاختلاط الدائم مع الأخوة والرفاق لدرجة يشعر من خلال تواجده معهم بأنه عضو في جماعة تحبه وتحنو عليه و/ لا تعطف عليه/ ومثل ذلك ينمي لديه الشعور بالانتماء (Belongingness) وهذا بدوره يُساعده على الشعور بالأمن وسط الجماعة التي يعيش بين أفرادها.

(ج)- ولكي يتسم العلاج بالتكامل لا بدّ من مشاركة الآباء في العلاج وذلك من خلال التشاور معهم وأخذ آرائهم بوضع طفلهم المصاب الأنسب. ومن ناحية أخرى لا بد من العمل مع الوالدين لتحقيق ما يسميه العديد من علماء الاجتماع (بالوئام الأسري) الأمر الذي يضمن التكافل بين أفرادها (Mandell&Fiscus,1981).

٥-البرامج التربوية لعلاج حالات الصرع ودور معلم التربية الخاصة في

إعدادها وتطبيقها:

ينظر العديد من الباحثين للأفراد المصابين بالصرع وبمنظرة شمولية على أنهم أفراد يتمتعون بدرجة جيدة من الذكاء الأمر الذي يُساعدهم رغم مشكلتهم من القيام بالأدوار الاجتماعية والمهنية المنوطة بهم كالأشخاص العاديين، وما يعزز هذا الرأي قدرة نحو ما يناهز/٥٠٪ من الحالات التي تعاني من النوبات الصرعية الكبرى أو الصغرى من ضبط الحالة عن طريق العقاقير الطبية

وحوالي (٣٠٪) منهم يستطيعون السيطرة على الحالة بشكل جزئي أما (٢٠٪) الباقية فتجد صعوبة في التعامل مع الحالة وهنا نؤكد على درجة وشدة الإصابة.

ولا بدّ من النظر إلى الاضطراب أو كما يسميه بعضهم مرض الصرع من زاويتين تتمثل الأولى بمعاناة الفرد المصاب من حالة الصرع فقط وتتمثل الثانية بمعاناة الفرد المصاب من حالة الصرع مع وجود إعاقة أخرى مرافقة كالتخلف العقلي أو الشلل المخي (الدماغي) أو الاستسقاء الدماغي..... ومن الواضح أن الحالة الثانية أشد وأصعب من الأولى والتي تفرض على المهتمين وضع المصابين في صفوف خاصة تتسم بخصوصية لا سيما من حيث وجود برامج تربوية خاصة وهذا يتطلب من معلم التربية الخاصة وبشكل خاص ودون سواه من العاملين في مجال التربية الخاصة من أن يكون واعياً لطبيعة الإصابة وأعراضها وكيفية التعامل معها وتفسيرها لكل من الأسرة والأقران وذلك بهدف التخفيف من آثارها بشكل عام والنفسية بشكل خاص على الطفل وعلى أسرته. (Parton,j,etal,1991)

وعلى الرغم من أن حالة الصرع تعتبر مشكلة طبية بالدرجة الأولى إلا أن للمربين دوراً رئيسياً يمكن تلخيصه فيما يلي:

(أ) - على المعلمين وخاصة بالمدارس العامة العمل على تحديد حالات الصرع والتعرف على أصحابها والتعامل معهم تعاملًا هادئًا وطبيعيًا وخاصة عند حدوث النوبة الصرعية، ولا ضير من أن يقوم المعلم بشرح طبية الحالة للزملاء كي ينظروا لزميلهم المصاب نظرة إيجابية قائمة على الاحترام والمساعدة.

(ب)- بالنسبة لمعلم التربية الخاصة (والذي يتعامل مع مختلف حالات الإعاقة) عليه أن يتوقع حدوث النوبة في أي لحظة وبذلك يجب أن يكون مستعداً وجاهزاً للتعامل معها التعامل الأنسب.

(ج)- على المعلمين تضمين برامجهم وأنشطتهم التعليمية والاجتماعية والترفيهية زوايا خاصة بهؤلاء الأطفال تضمن لهم حُسن المشاركة الاجتماعية البناءة.

(د)- تجنب وجود أماكن خطرة في المدرسة أو الساحة المدرسية للحد من مخاطر النوبة عند حدوثها. (القريوتي، السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٥)

(هـ)- على معلم التربية الخاصة والمعلم الأكاديمي الانتباه إلى أنّ الحركات العشوائية واللاإرادية المصاحبة للنوبات الصرعية تؤثر على عملية التعلم وخصوصاً في فترة الإصابة، وغالباً ما يرافقها مشكلات سلوكية ونفسية واجتماعية والتي قد تتجم عن تناول العقاقير الطبية المضادة للصرع، وبالتالي لا بدّ من أن يكون تعاملهم مع هذه الحالات تعاملأ مدروسأ وممنهجأ. (Bauseiter,A.1990)

(و)- على المربين معالجة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مصاب الصرع والتي غالباً ما تتجم جراء تحاشيه لإساءة زملائه العاديين وسعيه لعدم الاختلاط بهم كونهم لم يفهموا طبيعة مشكلته.

(ز)- إن أهم خطوة في هذا المضمار متابعة أجواء الاتصال المستمر والمباشر بين المربين والطبيب أو فريق العمل الطبي المشرف على الحالة نظراً للتطورات اللحظية التي تطال الحالة مع العلاج. (سليمان، ١٩٩٧)

٦- الأساليب العلاجية للحالات التي تعاني من الصرع:

على الرغم من عدم إمكانية علاج حالات الصرع علاجاً كاملاً فإن إمكانية ضبطها والتحكم بدرجةها وشدتها ممكن التحقيق. ومن هنا نصح المتخصصون بأهمية شمول العلاج فلا يمكن التحدث عن العلاج الدوائي (الطبي) دون مرافقته بالعلاج النفسي، كما أنه لا يمكن التحدث عن العلاج النفسي دون مرافقته بالعلاج التربوي لذلك فإن خطة العلاج تتضمن كلاً من العلاج الدوائي والنفسي والتربوي. وسنوضح ذلك منوهين لأهمية إدراك المربي لخطوات كل جانب من هذه الجوانب فقد يقوم بدور ما حتى يصل الطفل لمركز علاج أو مشفى... إلخ (أ): العلاج الدوائي (الطبي):

كي نتمكن من إدراك أهمية العلاج الطبي في علاج الصرع وحالاته نعرض ما يلي:

١- بدأ علاج الصرع بالعقاقير الدوائية منذ عام/١٩١١/ حين استخدم الدكتور ألفريد هوبتمان (Dr.AlfredHauptman) عقار (الفينوباربيتال Phenobarbital) في علاج المصابين بالصرع. وفي عام/١٩٣٧/ اكتشف (بوتنام وميرت Putnam&Merri) عقاراً هاماً استمرت تجربتهما له لعدة سنوات هو (ديلانتيين Delantien)، وخضع للعلاج بهذا العقار ما يناهز/١١٨/ حالة تعاني من الصرع الحاد، حيث تمّ شفاء/٦٠٪/ من الحالات وتناقص عدد نوبات المرض عند حوالي/٣٠٪/ من الحالات. وبعد ذلك ظهر عقار جديد اسمه (ميزانتون Mesanton)، حيث استمرت المحاولات لعلاج النوبات الصرعية الكبرى والصغرى، حيث تبين فاعلية دواء (تريديون Tridione) في علاج النوبة الصرعية الصغرى (Petit Mal Epilepsy). وبعد تجربة هذا الدواء على حوالي/٢٠٠/ حالة

تبين شفاء/٣٥٪/ وقلت حالات النوبات التشنجية لدى حوالي /٣٥٪/. واستمرت المحاولات إلى أن تمّ اكتشاف مهم لعقار ليس له أي آثار سامة هو عقار (ميزولين Mysoline). وتطورت خطوات وإجراءات العلاج من خلال محاولة بعضهم إحداث نوبات تشنجية عن طريق الصدمات الكهربائية في فترات مختلفة بهدف التحكم بنوبات الصرع. وقد لاقت هذه المحاولات بعض النجاح. (Best,G,1999)

٢- اعتمد بعضهم في علاج الصرع على الحماية الغذائية انطلاقاً من أنّ المصاب بالصرع وعلى الرغم من إمكان تناول النظام الغذائي الذي تتناوله الأسرة فعليه أن يُشبع طعامه بنسبة عالية من المواد الدهنية، وأن يخلو من الكربوهيدرات، وبالوقت نفسه يحتوي على درجة متوسطة من البروتين. ونوه/سوين، ١٩٧٩/ إلى أهمية الاهتمام بغذاء الفرد المصاب بالصرع انطلاقاً من أنّ نقص السكر بالدم يُعجل من ظهور النوبات الصرعية لذلك على المصابين تجنب الجوع الشديد. (سوين، ١٩٧٩)

٣- ركز فريق آخر على العلاج الجراحي للصرع والذي يهدف إلى استئصال جزء من القشرة المخية المسؤولة عن النوبات التشنجية. هذا ومعظم مراكز جراحة المخ والأعصاب يركزون هذه الأيام على العلاج الجراحي لحالات الصرع النفسي الحركي وللحالات التي تتبع من منطقة الفص الصدغي. حيث يتم استئصال الفص الصدغي الأمامي من جانب واحد من المخ أو من خلال كي النواة اللوزانية (شبه اللوزة) كهربائياً وذلك لعلاج بعض الحالات النادرة والمصحوبة باضطرابات سلوكية. ومع ذلك ليس كل

الحالات يمكن أن تخضع للعلاج الجراحي فثمة حالات محددة هي التي تخضع للجراحة وبعد التأكد من قضايا محددة وهي:

* - فشل العلاج بالعقاقير الدوائية المناسبة للحالة مع التأكد من نسبة تركزها بالدم.

* - أن يكون المرضى معوقين جسدياً أو اجتماعياً بسبب هذه النوبات.

* - أن يُسجل جهاز التخطيط الكهربائي للمخ (E E G) وجود بؤرة على الفص الصدغي وفي جانب واحد من المخ.

* - يجب أن يُشير جهاز التخطيط الكهربائي للمخ إلى عدم وجود تغيرات كهربائية غير طبيعية سواء أكانت على شكل نوبات متقطعة ، أم نوبات مستمرة في جميع أجزاء المخ...

* - عندما يُشير جهاز التخطيط الكهربائي إلى أن البؤرة (Focus) متمركزة في الجزء الصدغي الأمامي.

* - عند التأكد من أن نوبات الصرع الجزئي المركب تحدث قبل نوبات الصرع العامة فإن ذلك يعني إمكانية نجاح العمل الجراحي.

* - أن تكون بداية المرض في سن /٥/ سنوات وما دون أو في سن /٢٠/ وما بعد. (سليمان، ١٩٩٧)

إذن من محاذير التدخل الجراحي ما يلي:

- وجود بؤرة في وسط أو خلف الفص الصدغي من المخ.
- أن تبدأ النوبات الصرعية العامة قبل النوبات الصرعية الجزئية.
- عند معاناة المريض من الحالة لسنوات عديدة.

- ظهور الصرع في عمر حرج بالنسبة لمرض الصرع والذي يتراوح بين ٥-٢٠ سنة.

- زواج الأقارب يُسهم في زيادة عدد حالات الإصابة.

- زواج شاب وفتاة يعاني كل منهما من نفس الموجات المخية الصرعية بصرف النظر عن إصابتهما بنوبات صرعية أم لا.

(ب)- العلاج النفسي: يحتاج المصابون بالصرع إلى العلاج النفسي إضافة للعلاج الطبي، وتتوقف طبيعة العلاج النفسي ونوعه على درجة اضطراب الشخصية التي تظهر على الأطفال الذين يعانون من النوبات الصرعية. هذا ويُسهم العلاج النفسي في تحقيق توافق عام مع الآخرين، وكذلك يسهم في إنقاص عدد نوبات الصرع أو توقفها وخاصة إذا ما أُقترن بالعلاج الطبي. وقد أكدت جهود كل من (رافائيل وهملر Raphael & Himler) أنَّ العلاج المفيد والناجح لمرضى الصرع يتطلب عناية فائقة بالشخصية وعوامل التوافق وخاصة في حالة الأطفال الصغار الذين قد يعانون من صعوبات بالغة في تقبل مشكلاتهم الناجمة عن الصرع والتوافق معها. (Piper.M,1993)

ومن ناحية ثانية أكدت دراسات (هاملان Hamlan,2004) معاناة الأطفال المصابين بنوبات الصرع من مشكلات نفسية غالباً ما تؤثر على تحصيلهم الدراسي وتوافقهم الاجتماعي ومن أسباب هذه المشكلات:

- القلق الذي يسود جو الأسرة من جراء وجود مصاب بين أفرادها.

- شعور المصاب بتهديد ما قبل حدوث النوبة.

- القلق الذي يراه المصاب بعيون الآخرين بعد استيقاظه من النوبة.

- ردود فعل الأطفال ذاتهم نحو نوبات الصرع.

- شعور المريض وأسرته بالانزعاج جراء الزيارات الدورية للطبيب.
- الانقطاع عن برامج الدراسة والحياة الأسرة الطبيعية وممارسة المهارات الاجتماعية المعتادة وذلك نظراً للظروف الصحية.

(ج)- العلاج الاجتماعي: يتطلب العلاج الاجتماعي للحالات التي تعاني من الصرع مهارات عالية المستوى نظراً للصعاب التي تواجه الحالة وأسرته. وعلى المعالج أن يأخذ بالحسبان اتجاهات الوالدين نحو طفلها، فالتشنجات القاسية وغير المبررة أحياناً تسبب للمحيطين بالطفل بدءاً من أخوته حالة من الذعر والخوف ومن ناحية أخرى يحس الطفل المصاب باهتمام الآخرين به الأمر الذي يُزيد أو يُضاعف من شعوره بالخوف والقلق. وعلى الطبيب المعالج خلال لقاءاته مع الوالدين التركيز على ضرورة التعبير عن مشاعرهما وأفكارهما واتجاهاتهما نحو الصرع وعن طفلها لاسيما أثناء النوبات الصرعية وبالمقابل على تفهم مشاعرهما وتقبلها وعدم الاكتفاء بتقديم المواعظ. فقد تبين في دراسة قام بها المؤلف على عينة بلغت/ ١٥٠ أسرة/ من أولياء الأمور للأطفال المصابين بالصرع أن الأمهات لديهن إفراط في حماية أطفالهن نظراً للشعور بالخطر من حالة الطفل وخاصة إذا حدثت النوبة أمام الآخرين أو في المدرسة أمام زملائه. ومن جهة ثانية تبين معاناة الأمهات من مشاعر الدونية والعدوانية نحو الذات والآخرين. وبالنسبة للآباء تبين نكرانهم للحالة وميلهم إلى الاعتماد الكلي على الأم وتحميلها المسؤولية التامة في رعاية الطفل، ومن ناحية أخرى أكدت نتائج الدراسة حدوث حالات من الطلاق بين الزوجين لأسباب تُعزى لوجود طفل يعاني من الصرع. وهذه النتيجة تدعم أهمية دور المعالج الاجتماعي في الحدّ من تبعات حالات الصرع. ويمكن تفسير

إفراط الأم في حماية طفلها المصاب بالصرع بأنه إسراف في التعويض لردة الفعل (Formation Reaction) للمشاعر الأساسية للعداوة الموجهة نحو الطفل وهذا يسبب آثاراً سلبية وسيئة على توافق الطفل مع محيطه الاجتماعي الأوسع. ولا بدّ من التنويه إلى أنّ العلاج الاجتماعي يجب أن يرافق الحالة بمختلف المراحل العمرية والدراسية والمهنية (Hallahan, 1991 & Kauffman & z)

ثانياً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن إصابة أو تشوه الهيكل العظمي.

تتوقف طبيعة الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية على قضايا عدة أهمها طبيعة الإعاقة وشدتها ودرجة تأثيرها وخاصة في الحركة. ولا بدّ من التأكيد على أنّ هذه الأساليب يجب أن تتسم بالتنوع من جهة وبدرجة الإصابة ضمن الحالة الواحدة من جهة ثانية. فعلى سبيل المثال حالات تشوه الأقدام أو شلل الأطفال ليست واحدة.

١- الأساليب العلاجية لحالات تشوه أو بتر الأطراف:

تشوه أو بتر الأطراف تُعد من الحالات التي غالباً ما تؤثر على تنقل الفرد المصاب، لذلك هو بحاجة إلى عناية شاملة من حيث المأكل والمشرب والتنقل إضافة إلى ما يتعلق بقضايا الحياة اليومية حتى وإن تطلب الأمر تصميم وصناعة أدوات وأجهزة تعويضية تتناسب وطبيعة الحالة المصابة (القذافي، ١٩٩٤).

ويمكن القول بأن نجاح الأساليب العلاجية لحالات تشوه وبتر الأطراف

يتوقف على العوامل التالية:

- العمر الذي حدثت به الإصابة.
 - عدد الأطراف المصابة.
 - أسباب الإصابة هل هي فطرية أم حدثت بمراحل متقدمة من العمر.
 - درجة الإصابة وشدها.
 - العمر الذي حدثت به الإصابة.
 - فترة التدخل العلاجي المبكر. أي متى تمّ تزويد الطرف المشوه أو المبتور بالأجهزة التعويضية الملائمة ومتى بدأ التدريب لهذا الطرف.
- لقد ساهم التقدم الطبي والتقني الحديث على مساعدة أفراد هذه الفئة وسواها من حيث توفير الأطراف الصناعية الحديثة والتي تشبه في مظهرها الخارجي ووظائفها وإلى حد كبير الأطراف الطبيعية. (القريوتي، السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٥).

ويمكن تقسيم الأساليب العلاجية لحالات تشوه وبتر الأطراف إلى:

(أ)- العلاج الطبي:

يتطلب العلاج الطبي لحالات تشوه أو بتر الأطراف إلى تدخل علاجي من مختلف التخصصات الطبية منها على سبيل المثال: إجراء العمليات الجراحية، واستبدال الأطراف المبتورة بأخرى صناعية.....

(ب)-العلاج الطبيعي:

الهدف من العلاج الطبيعي إعادة تأهيل وتدريب الطرف المصاب وخاصة بعد تثبيت الطرف الصناعي.

ولا بدّ من التأكيد على الاستعانة بالاختصاصيين ذوي الخبرة القادرين على تقديم المعلومات العلمية الدقيقة فور البدء بالتدريب والتأهيل والعلاج ومن أهمهم:

- الاختصاصي النفسي.
- الاختصاصي الاجتماعي.
- اختصاصي التدريب المهني.
- اختصاصي التشغيل.

٢- الأساليب العلاجية لحالات الجنف:

من الأهمية بمكان أن يتعرّف الاختصاصي في التربية الخاصة على حالة الجنف وما تتطلبه من مهارات للتعرف على حالة الجنف ومتطلباتها العلاجية. لقد حظي مرض الجنف على الصعيد الطبي بأهمية بالغة نظراً للآثار التي يتركها على الأقدام من حيث خطورة تفلطحهما لذلك من الضروري أن نبين أهمية ما يلي:

١- أن يسمح للطفل باللعب حافي القدمين زمناً مقبولاً وذلك على أرضٍ مغطاة لا على أرض صلبة.

٢- عدم إرغام الطفل على الوقوف والمشي في سن مبكرة بل تركه حتى تصبح قدرة القدمين على حمل الجسم ممكنة.

٣- السماح للطفل بالراحة عندما يشعر بالتعب جراء الوقوف أو المشي.

٤- تنبيه الطفل بأن الطريقة السليمة للمشي دائماً أن تكون القدمان متوازيتين.

- ٥- اختيار الحذاء المريح وتغييره مع نمو القدم.
- ٦- عدم السماح للطفل بارتداء الجوارب الضيقة. (سليمان، ١٩٩٧)
- ومن الإجراءات العلاجية التي يُمكن أن تُقيد الطفل:
- تثبيت القدم برباط ضاغط لعدة أيام.
 - تنشيط الدورة الدموية بالقدم من خلال التدليك.
 - إجراء حمامات ساخنة للقدم لتنشيط الدم وإزالة التعب.
 - تشجيع المصاب للسير بطريقة سليمة.
 - الحد من زيادة الوزن والإقلال منه ليصل للحد المطلوب. (زيدان- مفيد، ١٩٩٦)

أما بالنسبة لحالات الجنف فبادئ ذي بدء لا بد من الإشارة إلى أن علاج هذا النوع من الإعاقة الجسمية الصحية أمر صعب للغاية وخاصة إذا ما حدث في بدايات النمو، لأنّ العوامل المحددة للنمو لا يستطيع أحد التحكم فيها والتكهن بها. ومن الخطوات التي يمرّ بها العلاج قيام المصاب بتمارين رياضية معاكسة للتحجب، ومن تثبيت العمود الفقري بأجهزة خاصة (كجهاز ميلويكي) يبدأ من الذقن حتى أسفل العمود الفقري على الحوض، وأحياناً تُصنع جاكيت من مادة الجبس تُفتح في اتجاهات خاصة بهدف فرد العمود الفقري ولمساعدة الأجزاء الضامرة من الفقرات في الناحية المقعرة، وكذلك إيقاف نمو الفقرات من الناحية المحدبة حتى يكون بالإمكان فرد العمود الفقري بأقصى درجة ممكنة، وأخيراً إجراء العمل الجراحي باستخدام الرقع العظمية لتثبيت العمود الفقري لإيقاف الانحناء.

طريقة العلاج بهذا الأسلوب تُعد من الطرق المبسطة والطويلة والمملة لكل من الطبيب والمصاب والأسرة. ومع التقدم التقني استحدثت عمليات كثيرة لإصلاح هذا التشوه مثل وضع أعمدة من الصلب لفرد العمود الفقري من الناحية

المقكرة وفتح القوس الظهري، ثم يتم إجراء العمل الجراحي بتثبيت العمود الفقري كي لا يعود التقوس.

وانتبه بعضهم إلى العلاقة الجدلية بين مظاهر النمو والإصابة بالجنف حيث أستخدمت عمليات هدفت إلى إيقاف النمو في المناطق المحدبة في جسم الفقرات وترك الفرصة أمام نمو الفقرات في الناحية المقعرة ليتعدل العمود الفقري مع النمو ومع ذلك ما زالت النتائج غير مؤكدة. (Heward&Orlandsky) ومع ذلك يمكن القول إنّ الاحتمالات العلاجية الكثيرة لهذا النوع من الإعاقات لا يدلّ إلا أنّ النتائج التي تم التوصل إليها ليست كافية وغير مرضية لعلاج حالات الجنف علاجاً تاماً؟

٣- الأساليب العلاجية لحالات تصلب الورك:

الخطوة الأساسية الكامنة وراء نجاح علاج مرض تصلب عظام الورك (مرض لج - كالت) تكمن في اكتشاف الإصابة ومن ثم التدخل العلاجي أو الجراحي بشكل مبكر أيضاً.

ومن أهم فوائد التدخل المبكر لعلاج حالات تصلب الورك تكمن في علاج الإصابة أولاً، وفي حماية المصاب من حدوث أيّ مضاعفات أخرى مثل التهاب المفاصل ثانياً.

ويُعالج هذا المرض بوضع مفصل صناعي مكان المفصل الطبيعي المشوه مما يتيح في الكثير من الحالات للمصاب أن يُشارك في ألعاب رياضية محددة. (Ziter,etal,1976)

٤ - الأساليب العلاجية لحالات الخلع الخلقي (خلع الورك)

بعد الولادة مباشرة يتم إخضاع الطفل لفحص طبي شامل، ومن الأمور التي يسعى إليها الطبيب معرفة ما إذا كان هناك حالة خلع ولادي أم لا. وبعد التأكد من وجود الحالة لا بدّ من الخضوع لعملية العلاج مباشرة. هذا ويتطلب العلاج بعد الولادة استعمال جبائر خاصة مصنوعة من مادة /الجبس/ أو البلاستيك بعد أخذ القياسات المناسبة على أن يتم ردّ مفصل الفخذ إلى وضعه الطبيعي السليم أولاً. وفي حال عدم اللجوء لهذا الإجراء فإن استخدام الجراحة سيكون الإجراء الوحيد لرد رأس الفخذ إلى تجويف المفصل بالحوض ثم استعمال التثبيت الخارجي بجبس يُلازم الطفل من عدّة أسابيع لعدة شهور. ونوه (السيد وهب، ١٩٨٢) إلى أن العلاج الجراحي قد يستدعي إجراء قطع عظمي في عظم الإلية بالحوض فوق المفصل المخلوع بعد رده وذلك لتعميق تجويف المفصل.

وإذا ما ترك الطفل بهذا الخلع حتى يصل إلى سن الخامسة فإنه يحتاج إلى عمليات متعددة من ناحية ومعقدة من ناحية أخرى وثمة احتمال بعدم إعطاء النتيجة المرجوة منها (السيد وهب، ١٩٨٢).

وثمة من يرى أن إمكانية تصحيح هذه الإصابة لدى الأطفال حديثي الولادة وعلاجها يتم من خلال وضع الطفل في جهاز خاص يعمل على انزلاق الحوض وعودته إلى حالته الطبيعية، ويعتمد نجاح هذا الإجراء على الكشف المبكر للإصابة وتوفير العلاج بأقصى سرعة ممكنة. لكن الأطفال الذين يخضعون لهذا النوع من العلاج قد يعانون من مشكلات بسبب تقرح الجلد، مما يحدّ من حركتهم ويسبب لهم آلاماً مستمرة، لذلك على الطبيب أن يُحدد الفترات التي يجب أن يُستخدم بها الجهاز (القريوتي، السرطاوي، الصمادي، ١٩٩٥).

٥-الأساليب العلاجية للتخلص من التهاب المفاصل الروماتيزمي:

غالباً ما يُكتفى بتناول قرص من(الأسبرين) لعلاج التهاب المفاصل الروماتيزمي والذي يُعتبر العلاج الوحيد للتخفيف من الآثار المترتبة على الإصابة. هذا وللعلاج بالأدوية آثار جانبية مثل فقدان حاسة السمع الجزئي أو الكلي وكذلك النزيف الأمر الذي يتطلب متابعة طبية مستمرة هادفة إلى تقييم الوضع الصحي للفرد المصاب على نحو شامل وإعادة النظر في نوعية الدواء المستخدم وكمية الجرعة الدوائية المقترحة في البداية.

وقد يتطلب الأمر أحياناً صرف أدوية تشمل على مادة الحديد في حالة حدوث فقر دم أو إخضاع المصاب لعمل جراحي في حالات النزف. ويشتمل علاج هذه الحالات:

(أ) الخضوع لبرنامج غذائي صحي جيد مع نظام معين لتخفيف

الوزن.

(ب) الحد من الحركة والتمتع بالراحة الدائمة.

(ج) وضع برنامج علاج طبيعي.

(د) توفر برنامج رياضي يتناسب وطبيعة الإصابة.

(هـ) أخيراً: التدخل العلاجي النفسي وذلك مع حالات الإصابة

المتأخرة (Ziter.etal,1976).

٦-الأساليب العلاجية لحالات الشفة المشقوقة وسقف الحلق:

يُعدّ العمل الجراحي التجميلي أمراً ضرورياً نظراً لموقع الإصابة وحساسيته من جهة وللآثار النفسية التي تتركها على الفرد من جهة ثانية. إن إصابة الشفة والشق الحلقى يترافق مع صعوبات عدة مثل تناول الطعام والنطق والكلام... لذا لا بدّ من التدخل الجراحي. ويعتمد نجاح هذه العمليات على سرعة إجرائها إذا سمحت حالة الطفل الصحية بذلك فمن الممكن أن تُسهّم هذه العمليات بتحسين المظهر الخارجي للطفل والوصول به إلى الشكل الطبيعي ما أمكن. ومع ذلك يصعب تحقيق ذلك نظراً لتموضع الإصابة ودرجة تعقدها، ثم إن الأنسجة المكونة للشفة أو للحلق ونظراً لحساسيتها لا تسمح للجراح بأن يُطابقها مطابقة كلية لا سيما إذا كانت الإصابة في موقع عميق في سقف الحلق والتي قد تصل إلى لهأة الحلق. (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥)

هذا ويوصى بعدم إجراء العمل الجراحي لشق الحلق في الأشهر الأولى من حياة الطفل بل يُفضل إجراؤها في السنة الأولى أو الثانية من العمر على أن يشرف على ذلك فريق طبي متكامل يضمّ كلاً من: طبيب الأسنان، اختصاصي سمع، اختصاصي نفسي، اختصاصي نطق، اختصاصي تجميل. ومن أهم كوادِر هذا الفريق اختصاصي النطق الذي يجب أن يبدأ بتدريب الطفل على النطق السليم وعلى تصحيح مخارج الحروف والأصوات وذلك بهدف الحد من صعوبات النطق والكلام (سليمان، ١٩٩٧).

ثالثاً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن

أعطاب في العضلات:

١- الأساليب العلاجية لضمور العضلات:

الجهاز العضلي هو أهم الأجزاء الخاصة بالحركة والتحرك بالجسم. وهذا الجهاز تركيب معقد ودقيق، يتميز بالمرونة والصلابة. وما يميزه اكتسائه بالعضلات التي تنمو رويداً رويداً لتناسب الجهد الذي يقوم به. ولكن ولسبب ما تصاب هذه العضلات بحالة من الضمور أو الشلل أو التصلب تُعيقها عن القيام بواجباتها الأمر الذي يتطلب التدخل العلاجي المناسب، وبما يتناسب مع درجة وشدة الإصابة. ومن البرامج العلاجية:

(أ) - البرامج التربوية والتدريبية:

من الواضح أن هذه البرامج ذات صلة مباشرة بحالات ضمور العضلات لدى المصابين من طلبة المدارس. فقد يُصاب الطفل بضمور العضلات لأسباب عدة منها وراثية ومنها مكتسبة ومنها مرضية وهنا يتحمل الجهازان الإداري والتدريسي عبئاً إنسانياً وتربوياً إضافياً من خلال غشرافهم على البرامج العلاجية للطفل المصاب. هذا ومن القضايا التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أثناء وضع مثل هذه البرامج:

* غالباً ما تكون القدرة العقلية ودرجة الذكاء لهذه الفئة من الأطفال عادية. أي إنهم يُسايرون أقرانهم العاديين رغم صعوباتهم العصبية والحركية الناجمة عن الإصابة. لذلك يجب أن تتسم برامجهم التدريبية بالواقعية وأن تتناسب مع قدراتهم علماً بأن إصابتهم في المراحل الأولى لا تحول دون التحاقهم بالصوف العادية وبالتالي الاستفادة من البرامج التربوية لرفاقهما العاديين.

* بالنسبة للمهارات الحركية والرياضية التي يمارسها الأطفال العاديين يجب الابتعاد عنها مع هذه الفئة من الأطفال لاسيما في الحالات الشديدة كي لا يتولد لديهم شعورٌ بالنقص والإحباط لعدم إمكانية القيام بها.

* يجب توفير وقتٍ كافٍ يُمكن هؤلاء الأطفال إنهاء واجباتهم المدرسية لاسيما عند الأطفال شديدي الإصابة وانطلاقاً من أن الوقاية خير من قنطار علاج يفضل التخفيف من تلك الواجبات.

* وأخيراً: ونظراً لأن أعمار هذه الفئة غالباً ما تكون قصيرة يُنصح بالتوجه إلى البرامج ذات الأنشطة الاجتماعية والترفيهية كي يشعروا بدرجة ما من السعادة وبأنهم يعيشون حياتهم الطبيعية مع أقرانهم العاديين.

(ب)- العلاج بأساليب علاجية مختلفة:

(ب-١)- ثمة عقاقير مختلفة يستخدمها الأطباء محاولة منهم لعلاج هذه الحالات إلا أنّ الفعالية لم تثبت لأي عقار.

(ب-٢)- إجراء العمليات الجراحية مفيد عند حالات تقلص العضلات وتشوهها وذلك بهدف مساعدة الفرد على الحركة، والتنقل وذلك في المراحل الأولى من الإصابة إلا أن ذلك لا يُغني عن العلاج الطبيعي وفائدته القيمة في التخفيف من مضاعفات الإصابة.

(ب-٣)- من النتائج الملموسة لفعالية العلاج الطبيعي المحافظة على المفاصل وعدم انزلاقها وتخفيف وزن المصاب وممارسته لتمرارين رياضية لجهاز التنفس.

(ب-٤)- أخيراً لا بدّ من التأكيد أن العلاج التام من حالات ضمور

العضلات غير متوفر حتى تاريخه.

٢- الأساليب العلاجية لضمور العضلات الشوكية:

العضلات الشوكية من العضلات الهامة جداً لدورها البارز في تحرك الفرد وحتى تاريخه لم يتمكن العلم من تقديم علاج ملائم لهذه الإصابة وخاصة الشديدة منها. ويمكن القول بهذا الصدد: يُمكن لاختصاصي الأعصاب وطبيب العظام واختصاصي التأهيل أن يؤدّوا دوراً بارزاً في التخفيف من الإصابة ومضاعفاتها وكذلك في التخفيف من الآلام المترتبة عليها (Hanson,1986).

رابعاً: الأساليب العلاجية للإعاقات الجسمية والصحية الناجمة عن عوامل

متعددة:

١- مشوهي الوجه:

تأهيل الفرد المشوه بالوجه وتوجيهه لا يختلف من حيث المبدأ عن تأهيل وتوجيه ذوي الإعاقات الأخرى سواء أكانوا من الأطفال أم من الكبار. وتعتبر مشكلة الاختيار والتكيف المهني من أكثر المشكلات صعوبة بالنسبة لهذه الشريحة ففي معظم الدراسات الحديثة وأهمها دراسة (لانج، 2000، Lang) تبين أن جلّ أرباب العمل لا يُفضلون توظيف مشوهي الوجه بالوظائف ذات الصلة المباشرة بالمراجعين، وبالمقابل لم يكن لديهم مانع من توظيفهم في أماكن مستترة. وهنا نشير لما يلي:

* بعض الأفراد المصابين بتشوه الوجه يستخدمون هذا التشوه كأسلوب جذب الآخرين وكسب مودتهم انطلاقاً من أن هذا هو السبيل الأنجح لمجابهة الحياة.

* تزداد خطورة التكيف مع العمل بالنسبة لمشوهي الوجه في حال وجود إعاقة أخرى.

* ثمة من حذر من المشكلات التي قد تظهر بعد اللجوء للعمل الجراحي وخاصة على الصعيد النفسي.

وتقتصر الأساليب العلاجية لمشوهي الوجه على:

- العمل الجراحي التجميلي: يهدف إلى ترميم الخلايا وإعادة أجزاء الوجه المشوهة إلى مكانها الطبيعي قدر المستطاع.

- العلاج أو الإرشاد النفسي: ثبت أن فعالية العلاج النفسي مع هذه الحالات جيدة. وخاصة الحالات التي تعتبر الانطواء والهروب من الواقع طريقها الأفضل للتكيف مع الذات ومع المحيط.

- تأمين فرص عمل مناسبة لمشوهي الوجه كي يتمكنوا من التفاعل مع المحيط.

٢- اضطرابات القلب:

الإجراء الأولي والبدهي الذي يقوم به اختصاصي القلب يتمثل بفحص المصاب من حيث ضغط الدم وعدد دقات القلب بالدقيقة مستخدماً بذلك أجهزة التصوير بالأشعة وأجهزة تخطيط القلب وأيضاً اللجوء إلى عمليات القنطرة القلبية في الحالات الصعبة.

وبعد التشخيص الدقيق يضع الاختصاصي خطة للعلاج الدوائي والجراحي بهدف ضمان حياة المصاب طفلاً كان أم يافعاً أم كهلاً.

أما من الناحية التربوية والتدريبية فيجب أن تأخذ بعين الاعتبار ما يلي لضمان نجاح الأساليب العلاجية الأخرى:

- لا يجوز وضع الأطفال المصابين باضطرابات قلبية في مواقف رياضية تنافسية ترهقهم.

- لا ضير من استشارة الطبيب الاختصاصي بنوعية وطبيعة التمارين الرياضية المناسبة للحالة.

- تأمين التوافق والتعاون بين الفريق الطبي المشرف على حالة الطفل والمدرسة المتمثل بكادرها الإداري والتدريسي بحيث يشعر الطفل بالاستقرار النفسي والاجتماعي وبأنه شخص مرغوب به بالمدرسة.

- على الوالدين عدم تقييد حركة الطفل الذي يعاني من صعوبات قلبية.

- على الوالدين أن يبذلا كلَّ جهد متاح كي يحقق الطفل قدراً معقولاً من الاستقلالية، لكي لا تؤدي به الإصابة الى اضطرابات نفسية.

- على الوالدين تشجيع الطفل المصاب على ممارسة هواياته من رسم وما الى ذلك.

- على الجهاز الإداري بالمدرسة إخضاع الطفل المصاب لجلسات إرشادية مهنية بما يضمن له التعرف على معلومات كافية عن كل مهنة ليتسنى له اختيار المهنة المناسبة له بالمستقبل.

٣- أزمة الربو:

معظم حالات الربو تبدأ مع الطفولة وتستمر مع التقدم بالعمر. وأطلق العلماء على الحالة التي ترافق مرحلة الطفولة بين/٢-١٢/ عاماً بربو الطفولة والذي غالباً ما يتخلص منها الطفل تلقائياً، لذلك فإن الوقاية التامة تمثل دوراً حيوياً في

عدم إصابة الطفل حديث الولادة به من خلال المعالجة الفورية لأي التهاب يصيب الطفل وعدم تعريضه للمثيرات البيئية وجعل سريرته نظيفاً وناشفاً وخالياً من الغبار أو الأغذية المسببة للحساسية الزائدة..... أما في حال حدوث الإصابة يمكن للإجراءات التالية أن تخفف من حدة وشدة وتكرار النوبة:

- إخراج السائل المخاطي المترسب من خلال الضغط على ظهر الطفل بأوضاع جسمية محددة.

- استعمال الأدوية الفعالة لاسترخاء عضلات القصب الهوائية.

- توعية الطفل والأهل بطبيعة الإصابة (ذلك بالنسبة للطفل المصاب في مرحلة الطفولة المتوسطة أو المتأخرة).

- تجنب الطفل من أي انفعالات نفسية لأنها تزيد من حدة الإصابة.

- التركيز على التمارين الرياضية المفيدة لعملية التنفس وعلى السباحة وبذلك يتحقق التوازن بين رغبة الطفل باللعب وبين إصابته بالنوبة أو الأزمة الصدرية.

- التعامل مع الطفل المصاب كالتعامل مع الطفل الطبيعي لكونه يمتلك القدرات العقلية والمهارات السلوكية الطبيعية.

- وأخيراً من المفضل أن يشرب الطفل الماء الفاتر باستمرار لاسيما بالحالات البسيطة (سليمان، ١٩٩٧).

وعلى الرغم من أهمية ما ذكر أنفاً إلا أنه لا بدّ من التنويه إلى أهمية الاعتماد على العلاج الطبي في المراحل الأولى والمبكرة للمرض حيث تُعطى أدوية تساعد على استرخاء عضلات الشعب الهوائية عند حدوث نوبة حادة وعادة ما تعطى هذه الأدوية عن طريق الفم أو بطريقة البخ في الفم. (حسن، اسماعيل، ١٩٩١)

٤- المصابون بمتلازمة داون:

بات من المتعارف عليه أنّ الاضطرابات الكروموزمية في الصبغي/٢١/ ذات اتصال مباشر بحالات الأطفال الذين لديهم متلازمة داون وبأن هذه الاضطرابات هي التي تمنح طفل متلازمة داون الصفات الثانوية المرافقة للطفل، مثل جحوظ العينين، طول اللسان وتشققه، ثقب بالقلب....وأهمها أن الطفل ينتمي لفئة المتخلفين عقلياً. ولا بدّ من التعرف على خصائص أطفال الداون كي نتمكن من وضع البرامج التربوية الخاصة بهم والمناسبة لحالتهم وأهمها:

- يُعاني الطفل المصاب من صعوبة ما في الحواس المختلفة وخاصة حاستي السمع واللمس.

- يُعاني الطفل المصاب من درجة ما في التفكير المجرد وكذلك في عمليتي الفهم والاستيعاب.

- يستطيع الطفل تقليد الغير تقليداً ملحوظاً.

- يتسم أطفال متلازمة داون بأنهم أطفال محبوبون ودودون اجتماعيون وميالون لمصافحة الآخرين باليد.

- أطفال متلازمة داون دائمو البهجة والسرور والمرح.

- المشكلات السلوكية لديهم قليلة ونادرة (القيوتي وآخرون، ١٩٩٥).

٥- مرضى الجذام:

يُعتبر الجذام من أكثر الأمراض التي سببت رعباً حقيقياً للبشرية وللإنسانية منذ عهود زمنية طويلة وذلك لما يحدثه الجذام من تشوهات في الجسم ومن بتر للأطراف ومن شللٍ للأعصاب الطرفية.

وللجذام عدة أنواع منها: الجذام الجذامي، والجذام الدرني، والجذام الحدي. ورغم أن العدوى في حالات الجذام عالية إلا أنّ الإصابة بالمرض ليست عالية وفي الواقع فإن ٥٪ من المخالطين - خلطة شديدة- للمجذومين هم الذين يُصابون بالمرض (Berkow,2002) وفي المناطق المصابة بهذا المرض معظم البالغين من الأصحاء قد أصيبوا بميكروب الجذام ولكنه لم يُسبب لهم أي مرض على الإطلاق (Bullock,2007).

ونظراً للأعداد الكبيرة للمصابين بهذا المرض فقد وضعت المنظمات الدولية وضمن خططها الصحية العمل على التخلص من الجذام من خلال إجراءات عدّة أهمها:

- ضمان حصول جميع المرضى على خدمات المعالجة المتعددة الأدوية بدون انقطاع وذلك بوضع نظم مرنة ومناسبة لهم بغرض تزويدهم بالأدوية.
- ضمان استدامة خدمات المعالجة المتعددة الأدوية وذلك عن طريق خدمات علاج مرضى الجذام في الخدمات الصحية العامة وبناء قدرات عموم العاملين الصحيين على علاج الجذام.
- التشجيع على الإبلاغ الذاتي عن الحالات وعلى العلاج المبكر وذلك بنشر الوعي المجتمعي وتغيير النظرة نحو الجذام.

- مراقبة أداء خدمات المعالجة المتعددة الأدوية وجودة رعاية المرضى والتقدم المحرر في سبيل التخلص من المرض من خلال النظم الوطنية لترصد المرض.

٦-النشاط الزائد:

النشاط الزائد إحدى أهم المشكلات التي يُعاني منها الآباء وكذلك المربين والمعلمين. ومن أكثر التعاريف حداثة للنشاط الزائد ذاك التعريف المنشور في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (*DSM-IV*) لعام/١٩٩٤/ حيث تضمن هذا التعريف ثلاثة أعراض رئيسية هي: الاندفاعية، عدم الانتباه، الحركة المفرطة أو النشاط الزائد. وقد تبين إمكانية العلاج عن طريق الدواء إلا أن ثمة من قال بأهمية اللجوء للعلاج الوقائي من خلال اعتماد طرق تحد منه. ومن أهم تلك الطرق ما ذكرها كل من (داود، حمدي، ١٩٨٢) وهما طريقتان:

٦-١- العمل على تهيئة بيئة صحية للطفل:

من الأنسب أن تبدأ التهيئة النفسية والاجتماعية للطفل منذ فترة الحمل، فالحالة الجسمية والعقلية والعاطفية للأم الحامل لها تأثير مباشر على مستوى نشاط الطفل وقدرته على التركيز فيما بعد فقد تبين أن الإصابة بالأمراض أثناء الحمل أو تعاطي العقاقير أو التعرض للتوتر والقلق الشديد لفترات طويلة ترتبط كلها بالنشاط الزائد لدى الطفل في السنوات الأولى من العمر. وثمة دلائل متزايدة تشر إلى وجود علاقة مباشرة بين النشاط الزائد والطريقة المستخدمة في الولادة لذلك فإن التوجه الأنسب في هذه النقطة الاهتمام بالولادة الطبيعية كونها الأفضل لتجنب حدوث أي ضرر عضوي للجملة العصبية المركزية للطفل الحديث الولادة.

٦-٢- تعليم الطفل نشاطات هادفة:

على الوالدين ومنذ نعومة أظفار طفلهما العمل على اتباع الأسلوب التربوي الذي يركز على أهمية التعزيز الإيجابي للطفل في أي نشاط من نشاطاته الهادفة. فالتناء والمديح لأي إنجاز يحققه الرضيع أو الطفل خلال سنواته العمرية الأولى سيقوي لديه السلوك الفعال في المستقبل، كما في التعليم المبكر بالملاحظة (Observational Learning)، يضع الأساس المتين للسلوك المركز عند الطفل كذلك يُمكن للأبوين توضيح كيفية استخدام اللغة كموجه للسلوك، كما أن اللغة يُمكن أن تستخدم أيضاً كأداة للمتابعة الذاتية (Self-monitoring). (داود، حمدي، ١٩٨٢).

إضافة للأساليب التربوية الوقائية للحد من النشاط الزائد فقد استخدمت عدة أساليب علاجية باستخدام العقاقير وقد بينت دراسات (كريجر و سيفر 1980, Krager & Safer) أن ما نسبته (٢.١٢٪) من أطفال المدارس الذين يُعانون من النشاط الزائد يُعالجون بالعقاقير ذات المفعول السيكلوجي (سليمان، ١٩٩٧). استخدم البعض العلاج السلوكي القائم على أساليب سلوكية متعددة منها:

*التعزيز اللفظي للسلوك المناسب: إن تمتع الطفل بمستوى مقبول من النشاط خصوصاً النشاط الهادف لا يعني أبداً أنه يُعاني من نشاط زائد وعلى الوالدين إبراز أي سلوك فعال يُمارسه الطفل. وعندما يقوم الطفل بالواجبات اليومية من الأنسب للوالدين تعزيز ذلك ومدحه بالقول /على سبيل المثال: **إننا فخوران بك لأنك جلست وأنهيت ما هو مطلوب منك.** /

هذا وإذا كانت قدرات الطفل لا تتناسب مع رغبات الأهل فهذا لا يعني القيام بزم الطفل بل من الأنسب مدحه بعبارات مشجعة له مثل: **/فعلاً لقد حاولت**

وبذلت جهدك لتجلس هادئاً أمام الآخرين/. وأخيراً من المحبذ مكافأة الطفل مباشرة بعد قيامه بتقليد سلوك ما قام به والده، لأن ذلك يُعزز هذا السلوك لديه وبالتالي يميل لتكراره.

*عقد اتفاقية مع الطفل: من أكثر العلماء الذين تحدثوا عن أهمية عقد اتفاق بين الوالدين والطفل والعالم (هوم, Homme) وقام بوضع مجموعة من القواعد الأساسية للتعاقد التبادلي (Contingencycontracting) أي الاتفاق على أن يُقدم الوالدان المكافأة على أن يقوم الطفل بالسلوك المطلوب منه. ويجب أن يكون التعزيز متكرراً وبمقادير صغيرة وفورية على أن يُعطى مقابل تنفيذ المطلوب منه وليس لمجرد الطاعة. هذا وتهدف الاتفاقيات الأولية إلى الاقتراب من السلوك النهائي المرغوب ويجب أن تكون الاتفاقية ضمن شروط أهمها: أن تكون واضحة، عادلة، ممكنة التحقق، ويجب الالتزام بها وأن لا يُعزز السلوك السلبي غير المرغوب به.

٧- النقرس (داء الملوك):

مرض النقرس (Gout) عبارة عن التهاب في المفاصل ناجم عن ترسب حمض اليوريك (Uric acid) في الغضاريف والأنسجة المحيطة بالمفصل مما يؤدي إلى التهاب غير جرثومي في هذا المفصل مسبباً الأعراض المعروفة بمرض النقرس.

إذن يمكن تعريف مرض النقرس بأنه : نوع من التهابات المفاصل ينتج عن ارتفاع مستوى حمض البول في الدم مؤدياً إلى ترسب بلورات هذا الحمض في المفاصل وهذا الشيء بدوره يؤدي إلى التهابات حادة ومن ثم مزمنة.

برزت في عصرنا الحديث مسببات جديدة للنقرس من أهمها مرض ارتفاع ضغط الدم والفشل الكلوي المزمن بالإضافة بالطبع إلى عدد من الأدوية التي يستخدمها مرضى القلب مثل الأسبرين ومدرات البول. ومن الأدوية الأخرى المسببة للنقرس دواء السيكلوسبورين/الذي يستخدم لتنشيط المناعة عند مرضى زراعة الكلى. يعتمد علاج مرض النقرس على ركنين أساسيين هما العلاج الدوائي والحماية الغذائية. ويتم علاج نوبات النقرس الحادة بمضادات الالتهاب أو الأدوية الستيرويدية والتي تعطى إما على شكل أقراص أو حقن في المفاصل أو في العضل. أما العلاج الرئيس لمرض النقرس فهو دواء الالوبيرينول (زيلورك)، والذي يؤخذ على شكل أقراص مرة واحدة في اليوم، ويقوم بخفض مستوى حمض البول في الدم، ويمنع النوبات المتكررة ويحمي المفاصل من التشوهات. ومن المهم أن يدرك المريض أن هذا الدواء يجب أن يؤخذ يومياً وبدون انقطاع مدى الحياة، ومن المهم أيضاً المتابعة المستمرة مع طبيب الروماتيزم.

أما العلاج بالحماية الغذائية فقد أثبتت الدراسات الحديثة أهمية ابتعاد مرضى النقرس عن الكحول واللحوم الحمراء واللحوم البحرية لاحتوائها على كميات كبيرة من حمض البول الضار، أما بالنسبة للألبان ومنتجات الألبان فقد كانت مفيدة لهذا المرض وبالنسبة للبقوليات فلا بأس من تناولها باعتدال. هذا ومن الممكن التعايش مع مرض النقرس وبسهولة من خلال الانتظام والتكيف مع العلاج الدوائي اليومي والحماية الغذائية.

ومن المهم الإشارة بأن هذا المرض لم يعد حكراً على الملوك والأغنياء بل أصبح يشمل كل طبقات المجتمع وخاصة مرضى الكلى والقلب والضغط (www.tamecom.com.1).

الفصل السادس

رؤية حديثة في مساعدة المعوقين جسدياً وصحياً

أولاً: التكيف مع الذات والإعاقة.

ثانياً: الدمج مع الآخرين والمجتمع.

ثالثاً: التعلم والتعليم.

رابعاً: التأهيل والعمل.

الفصل السادس

رؤية حديثة في مساعدة المعوقين جسمياً وصحياً

د. آذار عبد اللطيف

لعل رعاية المعوقين وتطور الاهتمام بهم خلال العقود الستين الماضية كان انعكاساً واضحاً للظروف غير الإنسانية التي تعرضوا لها عبر التاريخ. وكذلك تلبية احتياجاتهم الخاصة والعامة تجنباً لوقوعهم ضحيةً للأمراض النفسية أو للانحرافات الاجتماعية.

وقد ساهم التقدم العلمي والثورات الصناعية والتكنولوجيا العصرية ونظراً لما خلفته تلك القفزات التاريخية بسبب الحروب أو إصابات العمل أو الأمراض الوبائية من أشخاص معوقين) في جعل الاهتمام بهذه الفئات الاجتماعية يتقدم ويقفز خطوة أخرى تعتمد على المشاعر الانسانية والعاطفية والتي كانت وليدة لبعض الحركات الاجتماعية التي حاولت أن تدافع عن حقوق المعوقين ورعايتهم.

أولاً: التكيف مع الذات والإعاقة:

رأى علماء النفس الذين تعرضوا لمسألة مفهوم الذات لاسيما الأوائل منهم أن المجتمع مرآة يرى الفرد فيها نفسه، وعزفوها بأنها ما يُشار إليه في الكلام الدارج بضمائر المتكلم كأنا الفاعلة وياء المتكلم. وكان (وليم جيمس، William James) من أوائل علماء النفس الذين أولوا موضوع مفهوم الذات الصدارة في أبحاثهم. حيث رأى أنّ الذات هي المجموع الكلي لكل ما يُمكن أن يرى الفرد أنه له. وأشار إلى ثلاثة أنواع من الذات هي:

(أ) - الذات المادية: وهي ذات ممتدة تحتوي بالإضافة إلى جسم الفرد على أسرته وممتلكاته.

(ب) - الذات الاجتماعية: وتتضمن وجهة نظر الآخرين نحو الفرد.

(ج) - الذات الروحية: وتتضمن انفعالات الفرد ورغباته.

(عبد اللطيف، ٢٠٠٦)

وتتخذ الذات لدى (فرنون Vernon) شكل مستويات متدرجة من أعلى إلى أسفل، وذلك في ضوء ما تتضمنه من محتويات شعورية ولاشعورية، حيث تتكون الذات في مستواها الأعلى من ذوات فرعية اجتماعية عامة، ثم تجيء الذات الشعورية الخاصة، وهذه تتكون من الذات المدركة التي يستطيع الفرد التعبير عنها لفظياً - وخاصة لأصدقائه المقربين - ثم الذات البعيدة، وهذه يُمكن أن يستشعرها الفرد من خلال إجراءات التوجيه والإرشاد النفسي، ثم تأتي الذات العميقة المكبوتة في نهاية سلم الترتيب، وهذه لا يمكن أن تظهر إلا بالتحليل النفس. أما (مارش، Marsh) فقد حدد مكونات مفهوم الذات بأنها: مفهوم الذات الأكاديمي ويتضمن القراءة والحساب، والوضع المدرسي العام، ومفهوم الذات غير الأكاديمي ويتضمن الجسمي والقدرات الجسمية وعلاقات الرفاق والعلاقات مع الوالدين.

(عبد اللطيف، ٢٠٠١)

وقد عرض عديد من الباحثين تعريفات مختلفة لمفهوم الذات، إلا أنها لم تكن متسقة إلى حد بعيد. فكل منهم عرّف مفهوم الذات حسب الأبعاد التي حددها، والتي رأى أنها تُسهم في وضع تصور شامل لمفهوم الذات. فمنهم من حدد ثلاثة أبعاد فقط للمفهوم وهي:

* الذات الواقعية.

* الذات المثالية.

* الذات الاجتماعية.

ومنهم من حدد خمسة أبعاد لمفهوم الذات هي:

* الذات الجسمية.

* الذات الانفعالية.

* الذات العقلية.

* الذات الاجتماعية.

* البعد العام للذات. (دبيس، ١٩٩٣)

هذا وقسم (يعقوب، مقابلة، ١٩٩٤) مفهوم الذات لدى الفرد إلى أربعة

أقسام هي:

- **مفهوم الذات الأساسي:** ويشير إلى إدراك المرء لنفسه على حقيقته،

وليس كما يرغبها، حيث يتضمن هذا الإدراك جسمه ومظهره وقدراته ومركزه ودوره في الحياة وكذلك قيمه ومعتقداته وطموحاته.

- **مفهوم الذات المؤقت:** وهو مفهوم غير ثابت يحمله الفرد فترة وجيزة ثم

يتخلى عنه، وقد يكون مرغوباً أو غير ذلك معتمداً على الموقف الذي يجد المرء نفسه فيه. ويتأثر هذا النوع من المفهوم بمزاج الشخص وحالته العاطفية وخبراته الذاتية.

- **مفهوم الذات الاجتماعي:** ويشير إلى تصور الفرد لتقويم الآخرين له

معتمداً في ذلك على أقوالهم وأفعالهم نحوه، فمفهوم الذات الاجتماعي يتطور نتيجة لتفاعل الفرد مع المجتمع. فالفرد في البداية، يُقَوِّم قدراته وحاجاته، وقيمه وطموحاته في ضوء تقديرات الآخرين له إلى أن يصل إلى مرحلة من النمو يكون قادراً عندها على فهم وتفسير أقوال وأفعال الآخرين نحوه، يبدأ بعدها بتطوير مفهوم الذات الأساسي.

- مفهوم الذات المثالي: وهو عبارة عن الحالة التي يتمنى المرء أن يكون عليها، سواء ما يتعلق منها بالجانب الجسمي أو النفسي أو كليهما معاً، ومنه ما كان ممكن التحقيق، ومنه ما كان غير ذلك معتمداً على مدى سيطرة مفهوم الذات الأساسي أو المدرك لدى الفرد. (مقابلة، يعقوب، ١٩٩٤)

تحدثنا في السطور السابقة عن مفهوم الذات لدى الفرد العادي كي ندرك أهمية التحدث عن مفهوم الذات لدى المعوقين نظراً للحساسية الخاصة التي يعانون منها جراء الإعاقة.

ينمو مفهوم الذات لدى المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً كما ينمو لدى أي فرد فهو حصيلة خبراته الاجتماعية والذاتية التي يمر بها. ويؤكد العلماء على أهمية إرضاء حاجات الفرد الخاصة في مرحلة الطفولة، وذلك لضمان بناء مفهوم إيجابي للذات، وتطور الشخصية بشكل سليم. وهناك حاجتان هامتان بالنسبة للفرد المعوق وكأي فرد تسهمان في بناء وتشكيل شخصيته هما:

* اهتمام الآخرين به اهتماماً إيجابياً / خاصة في مرحلة الطفولة/ وهذه حاجة أصيلة لدى الإنسان وتعتبر من أهم دوافع سلوكه.

* احترام الفرد لذاته ويتم تحقيقها عن طريق نظرة الفرد إلى نفسه وتقييمه لذاته وشعوره بالتقدير والاحترام الذاتي الذي ينبع من ذاته.

(القذافي، ١٩٩٤)

ولا بدّ من الإشارة على أنه من الصعب جداً التأكيد على أن مفهوم الذات المنخفض لدى الأفراد المعوقين هو نتيجة للإعاقة الموجودة لديه. فمن الناحية النظرية يفترض المختصون بأن وجود إعاقة لدى الفرد يساهم في ظهور

مشكلات لديه بالنسبة لمفهومه لذاته، لأن تقييم الذات المنخفض لديه يرتبط بإدراكه لإعاقته ولرد فعل البيئة السلبي من حوله.

وجهات نظر عديدة تناولت مفهوم الذات لدى المعوقين من خلال العلاقة الوثيقة مع الجسد، وتباينت وجهات النظر حول هذه العلاقة بين صورة الجسد في تكوين وتنمية مفهوم ذات إيجابي أو سلبي لدى الفرد المعوق وبين دور العوامل الاجتماعية بذلك.

* صورة الجسم (Body Image):

أكد (سترويب وزملاؤه) أن للجاذبية الجسمية تأثيراً دالاً على كل من الحب والرغبة في الصداقة العاطفية معه، والأكثر إثارة للاهتمام أن الجاذبية الجسمية كانت ذات تأثير أكبر على الذكر في اختيار صاحبه كصديقة عاطفية أكثر من تأثيرها على مشاعر المحبة له. وأشار كل من (سليمان وشيريل) إلى أن مفهوم الذات لدى الرياضيين الذين يعانون من إعاقات جسمية (حركية) وصحية يساوي مفهوم الذات لدى العاديين.

ولصورة الجسم أهمية بالغة في تكوين مفهوم الذات لدى المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً لأن العيوب والعاهات قد تؤدي إلى تنمية مشاعر النقص وتحول دون تحقيق النمو السوي، فالفرد يتأثر بنظرة الآخرين للعجز أو الإعاقة أكثر من تأثره بهذا العجز أو تلك الإعاقة. وقد قامت (ماكوفر Machover) بدراسة أساسها الإسقاط كما يتمثل في الرسوم للمحددات اللاشعورية التي تتعلق بصورة اليد وقد توصلت إلى أن ما أسقطه الأشخاص عن العجز البدني في رسومهم اختلف حسب شخصية الفرد المصاب ودرجة عجزه ومدة إصابته بالمرض. (عبد الغفار، الشيخ، ١٩٨٨).

فيمكننا القول بأن الاتجاهات التي يحملها الفرد المعوق جسماً (حركياً) وصحياً عن جسمه والتي غالباً ما تكون انعكاساً ونتيجة للعلاقات مع الآخرين هي التي تحدد تصويره عن جسمه الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الذات.

هذا ويجب أن تتغير تلك الصورة التي يمتلكها الفرد المعوق جسماً (حركياً) وصحياً عن ذاته الجسمية السلبية لتواكب التغيرات والإضافات التي تطرأ على الجسم لكي يُحقق درجة معقولة من التكيف مع الذات ومع الإعاقة، وللآخرين دورٌ هامٌ في ذلك لكونه يهتم كثيراً بتعليقات رفاق السن ورفاق الجنس الآخر فيشعر إزاءها بشيء من القلق والانزعاج الأمر الذي قد يثير لديه شيئاً من عدم الشعور بالأمان.

ويرتبط التصور الجسدي ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الذات وعلى المهتمين بالتصور الجسدي أن لا ينظروا إليهما على أنهما متكافئان ولكن يعتقدون أن الإدراكات الجسمية تعكس مشاعر عامة عن النفس. فإذا ما سيطر عامل سلبي على مفهوم الذات للمعوق جسماً وصحياً قد يعمم التصور الجسدي على الشخصية ككل، وينعكس هذا التصور على سلوكه وتكيفه ومدى نجاحه في بناء علاقات اجتماعية سليمة.

إنّ المشكلات المتعددة في حياة المفرد المعوق جسماً وصحياً قد تجعله تعيساً، مراقباً لذاته وفكره الخاص مصداقاً لما يدور بذهنه لحد ما، وليس من السهل تغيير مفهومه لذاته وهو يشعر بأنه بحاجة لمساعدة الآخرين والأسلوب الناجح الذي يمكن من خلاله أن يغير من مفهومه لذاته المنخفض إلى مفهوم مرتفع يتمثل بتحسين علاقاته مع الآخرين.

وهذا ما أكده عالم النفس (مارك ليري Mark Leary,1995) بأن الأفراد المصابين لديهم حساسية في التعامل مع الآخرين، وعندما يشعرون بأنهم مرفوضون ممن حولهم ينخفض تقديرهم وفهمهم لذاتهم مباشرة فشعورهم بأنهم مرفوضون يسبب لهم الشعور بالسوء ونقد الذات وفقدان الأمل.(عبد اللطيف، ٢٠٠٦)

*** العوامل الاجتماعية:**

تؤدي العوامل الاجتماعية دوراً بارزاً في تحديد الفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً لمفهومه لذاته ونظرته لإعاقة. ويبرز أثر البيئة الاجتماعية في ذلك من خلال ما يلي:

١- للإعاقة الجسمية (الحركية) والصحية أثر كبير على تقبل المجتمع للفرد المعوق ويتأثر مفهوم الذات بشكل واضح بالإعاقة.

٢- هناك ارتباط بين مفهوم الذات والعلاقات الاجتماعية.

٣- مفهوم الذات أكثر إيجابية لدى المقيمين مع أسرهم مما هو لدى المقيمين في المؤسسات.

٤- لدى الأفراد العاديين ميل وارتياح للتعامل مع الأفراد العاديين من أمثالهم وهم أقل ارتياحاً أثناء تعاملهم مع الأفراد المعوقين. في حين لدى الأفراد المعوقين ميلاً للتعامل مع العاديين وأقل ارتياحاً من التعامل مع أقرانهم المعوقين لاسيما مع من يختلفون معهم بالإعاقة ولعل القوانين الاجتماعية السائدة بالبيئة المحيطة بالمعوقين هي التي أفضت لهذه النتيجة.

٥- للدخل الاقتصادي والمستوى التعليمي للمجتمع إضافة إلى المستوى الثقافي السائد بالمجتمع دورٌ حيويٌّ في تحسين فرص تفاعل المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً مع المجتمع المحلي الذي يُسهم بتحسين نظرتهم لذاتهم. (عبد اللطيف، ٢٠٠١)

وأخيراً: لا يمكن للفرد المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً من أن يحقق ذاته من خلال فهمه لها إن لم يكن قادراً على أن يُميز بين أنماط سلوكه التي تؤدي به إلى التقدم والنجاح، وبين الأنماط السلوكية التي تؤدي به إلى اللجوء إلى وسائل الدفاع الأولية كالنكوص والكبت. وهذا ما دل عليه (وليم جيمس، W.James) بإشارته إلى أن السعي والكفاح في سبيل تحقيق أهداف معينة يُعد من الوظائف الهامة للذات.

ثانياً: الدمج مع الآخرين والمجتمع:

أسهمت الخدمات الاجتماعية المقدمة للأفراد المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً في تحقيق نقطتين أساسيتين تمثلت الأولى بتعديل السلوك المنحرف أو السلبي وغير المقبول اجتماعياً لدى هؤلاء المعوقين. وتمثلت الثانية بدعم وتطوير السلوك الاجتماعي الإيجابي لديهم. وهذا ما يتبناه ما يُعرف بالمدخل التنموي (Developmental Approach) للخدمة الاجتماعية والذي يُركز على الأداء الاجتماعي وكذلك العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية (Social Functioning) وكذلك يهتم بتحقيق الذات لدى الفرد. (محمد شمس الدين أحمد، ١٩٨١).

وثمة اتجاه آخر يمثلته (ويليام شوارتز William Schwartz) يرى أن المجتمع الحديث والمعقد قد يعجز عن تلبية واشباع احتياجات الفرد للانتماء إلى المجتمع كعضو فعال ومنتج.

وتهدف الرعاية النفسية الاجتماعية للمعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً إلى تحقيق الشخصية المتكاملة لديهم. والمقصود بذلك التنسيق بين جميع سمات الشخصية بحيث تُكَمَّل بعضها، وبالتالي يتمكن الفرد المعوق جسمياً وصحياً من أن يسلك سلوكاً موفقاً في بيئته الاجتماعية (فهيم، ١٩٩١).

ويُعدّ الدمج أحد أهم الخدمات الاجتماعية الواجب تحقيقها من قبل المحيطين بالمعوق وجدت) .

١- مفهوم الدمج (Mainstreaming):

إنّ قضية دمج الفرد المعوق بالمجتمع قضية إنسانية بالدرجة الأولى، وهي قضية تتعلق بالمجتمع ككل وتحتاج إلى كامل جهوده حتى يتحقق الاتصال والتواصل الجماهيري بهدف تبني قضية الإعاقة وما يترتب عليها. وتحقيق الدمج بين المعوقين والعاديين في النواحي الاجتماعية والتربوية والتعليمية والمهنية... في المجتمع يدل على مدى تمتع المعوقين بحقوقهم الإنسانية. وهذا ما أكدته التوصية/١٥/ من توصيات الندوة الدولية عن المعوقين والتي انعقدت في ليبيا عام/١٩٨١/ والتي نصّت على ما يلي: لضمان تكيف المعوق واندماجه كلياً في المجتمع فإن الأمر يتطلب الكشف عن قدراته بمختلف الوسائل، وتبصيره بالمهن والحرف التي تلائمه، وتوفير فرص العمل التي تتفق مع رغباته ومهاراته، والحرص على استمراريته في التدريب والمتابعة. (القذافي، ١٩٩٤).

تعريفات عدة تناولت مفهوم الدمج من أهمها:

- عرفه (اللينج وزملاءه، ١٩٨١) بأنه مفهوم يتضمن مساعدة الأطفال المعوقين على التعايش مع الأطفال العاديين في الصف العادي (الروسان، ١٩٩٨).

- عرفته (هيد ستارت، Headstart) بأنه التجانس أو الدمج الاجتماعي أو التربوي للأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين في صفوف المدرسة العادية وذلك لتوفير الفرصة لمشاركة الأطفال المعوقين مع الأطفال غير المعوقين في المواقف المتشابهة للحياة (وزارة التربية السورية، ٢٠٠٠).

- عرفه (الخطيب، ٢٠٠١) بأنه إتاحة الفرص للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للالتحاق في نظام التعليم العام، وذلك تأكيداً لمبدأ تكافؤ الفرص في التعليم والعمل على تلبية الاحتياجات التربوية المختصة لهم ضمن إطار المدرسة العادية وذلك وفقاً لأساليب ومناهج ووسائل تعليمية مختصة، ويشرف على تقديمها كادر تعليمي متخصص إضافة إلى كادر التعليم في المدرسة العامة (الخطيب، ٢٠٠١).

- وأخيراً: يمكننا أن نعرف الدمج بأنه تعليم الأطفال المعوقين مع أقرانهم العاديين حيث يتم تحديد إمكانيات الطالب المعوق مع الطلاب العاديين على ضوء دراسة شاملة لحاجاته الفردية. آخذين بعين الاعتبار أنّ الدمج لا يتوقف عند الجانب التعليمي التربوي بل هو أشمل من ذلك بكثير حيث إنه يشمل الجانب الاجتماعي والمهني...

٢- أشكال دمج المعوقين جسمياً وصحياً:

تباينت الاتجاهات العامة ووجهات النظر نحو دمج الأفراد المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً لاسيما الأطفال منهم بالرغم مما ينطوي عليه

الدمج من مضامين تربوية ونفسية واجتماعية مختلفة وقد برزت ثلاثة اتجاهات عامة نحو الدمج (من الأنسب ذكرها قبل التحدث عن أشكال الدمج) هي:

* اتجاه يُعارض بشدة المبدأ ويرى أنّ تعليم الأطفال المعوقين يجب أن يكون بمدارس نموذجية خاصة بهم وتتلاءم مع البرامج التربوية المعدة لهم.

* اتجاه يؤيد مبدأ الدمج ويتبين تطبيقه لما له من أثر في تعديل اتجاهات المجتمع والتخلص من عزلة الأطفال المعوقين .

* اتجاه محايد يرى أصحابه أن هناك فئات ليس من السهل دمجها وإنما يتم تقديم الخدمات لهم من خلال مؤسسات خاصة، لذا فإنهم يؤيدون دمج ذوي الإعاقات البسيطة بينما يُعارضون دمج ذوي الإعاقات الشديدة منها (أخضر، ١٩٩٧).

ونحن نقول بأن الدمج يجب أن يحقق شعار الدمج الشامل على أن يقوم على أسس مدروسة واستراتيجيات واضحة أمام كافة الجهات المسؤولة عن إنجاح هذا المبدأ.

أما أهم اشكال الدمج فهي:

(أ) - الدمج المكاني: يُقصد به أن يوضع الأطفال المعوقون جسيماً وصحياً لتعليمهم مع الأطفال العاديين في الصفوف العادية أو في صفوف ملحقة في البناء المدرسي العادي.

(ب) - الدمج الاجتماعي: ويُقصد به إشراك المعوقين جسيماً وصحياً مع العاديين في النشاطات الاجتماعية الترفيهية.

(ج) - الدمج الوظيفي: ويُقصد به تقريب المسافة بين الأطفال الطلبة المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً وأقرانهم العاديين من خلال تعديلات مناسبة في المنهاج وبالوسائل التعليمية التي يستخدمها المعلم أثناء التدريس.

(د) - الدمج المجتمعي: حيث يتم دمج الأفراد المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً في المجتمع بعد أن يتم تأهيلهم للعمل واعتمادهم على أنفسهم لتلبية حاجاتهم. (عبد اللطيف، ٢٠٠٠)

٣- فوائد دمج المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً:

أجمع معظم العاملين في مجال التربية الخاصة على أهمية دمج المعوقين نظراً للفوائد التي يمكن أن يحققها المجتمع ومن أهمها:

- توفير الجهود المبذولة.
 - توفير النفقات.
 - تطوير مفهوم الذات عند المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً.
 - زيادة عدد المستفيدين من الخدمات الاجتماعية.
 - توفير الأجهزة والأدوات اللازمة في عملية الدمج.
 - مساعدة الطفل وأسرته على تجاوز الوصمة الاجتماعية التي يمكن أن تتولد عن وجوده بالمدرسة الخاصة.
 - التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال أنفسهم.
- (عبيد، ١٩٩٩).

هذا ومن الأمور التي يمكن أن تحققها برامج دمج المعوقين جسماً (حركياً) وصحياً:

* تعديل اتجاهات الناس بشكل عام والأسرة والمعلمين والأقران بالمدارس العادية وأماكن العمل والأماكن العامة بشكل خاص وخاصة من ناحية توقعاتهم من المعوقين.

* تخفيض الكلفة الاقتصادية المترتبة على خدمات التربية في المؤسسات والمراكز المتخصصة برعاية المعوقين.

* توسع قاعدة الخدمات التربوية والمهنية للمعوقين جسماً (حركياً) وصحياً الأمر الذي يترتب عليه التوسع في قاعدة قبولهم بالمدرسة أو العمل وبالمجتمع.

٤ - معوقات دمج المعوقين جسماً وصحياً:

بالرغم من تبني العديد من المتخصصين فوائد الدمج إلا أنَّ ثمة من يرى أن لهذا الدمج سلبيات تؤثر على الفرد المعوق وعلى أسرته وعلى مجتمعه. فيرون ثمة معوقات تعيق دمجهم الكامل بالمدرسة والمجتمع من أهمها:

* حرمان المعوقين من الدراسة بسبب صعوبة الحركة التي قد تفرضها الإعاقة الجسمية والصحية والتي غالباً ما تترافق مع عدم اهتمام أسري.

* نقص خدمات الإرشاد النفسي والمهني لمن يكملون دراستهم أو تدريبهم حتى يمكن إلحاقهم بالعمل.

* عدم توفر أماكن العمل المناسبة للمعوقين ونقص الفرص المناسبة للحصول على عمل منتج.

* عدم توفر فرص التدريب أثناء العمل للمعوقين العاملين بهدف رفع كفاءتهم الانتاجية.

* عدم إتاحة الفرص أمام المعوقين وبالقدر الكافي لمناقشة القرارات التي تخصهم والمتعلقة بشؤونهم.

ثالثاً: التعلم والتعليم

قد تحدّ الإعاقة الجسمية والصحية من قدرة الطفل المعوّق المصاب على الاستفادة من البرامج التربوية والتعليمية المقررة لأقرانهم العاديين الأمر الذي يتطلب من العاملين في المجال التربوي وخاصة العاملين في مجال التربية الخاصة من وضع خطط واستراتيجيات تعليمية خاصة بهم. إن مثل هذا الإجراء لا يعني بالضرورة فصل الطفل المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً في مدارس أو فصول خاصة بل يعني تأمين البدائل التربوية المساندة لهم وفي الواقع القاعدة الأساسية التي تقوم عليها مشاريع التربية الخاصة كافة تتمثل بضرورة مراعاة الفروق الفردية. ويتطلب ذلك إجراء ثلاثة تعديلات أساسية في البيئة التربوية من حيث:

(أ) - محتوى التدريس: أي تعديل محتوى المنهاج الدراسي بما يتناسب والحاجات الخاصة للطفل المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً.

(ب) - المهارات المستهدفة: من الضروري التركيز على تعليم الطفل المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً مهارات أساسية لا يتضمنها المنهاج العادي وتتناسب مع حاجاته الخاصة.

(ج) - بيئة التعلم: تستلزم البيئة الصفية الخاصة بالطفل المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً تعديلات تتناسب وحاجاته الأساسية. إن مثل هذا التعديل على مستوى الأطفال المعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً يجب أن يتناسب مع قضايا أساسية هي: طبيعة الإعاقة - شدة الإعاقة ودرجتها - زمن / عمر الطفل / حدوث الإعاقة.

الرؤية الحديثة تربوياً وتعليمياً وبما يتعلق بتعليم وتعلم الطفل المعوق جسمياً وصحياً، تأخذ بعين الاعتبار المبادئ التالية:

١- البرنامج التربوي الفردي:

يقوم التعلم الفردي بمجال التربية الخاصة على أساس تخطيط وتنفيذ خطة تربوية فردية كاملة لكل طفل معوق وبما يتناسب مع حالته الخاصة على أن تتغير الخطة وفقاً لما يحققه الطفل المعوق من تطورات أساسية أو ثانوية أو نوعية. وانطلاقاً من ذلك يجب العمل على تقييم الخطة الفردية للطفل المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً بشكل دوري لتحديد مدى تقدمه وتحقيقه للأهداف البعيدة والقصيرة المدى المتوقع تحقيقها.

٢- التقييم التربوي - النفسي:

تتطلب عملية التقييم التربوي والنفسي للطفل المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً مهارات خاصة من الاختصاصي النفسي نظراً للتعقيدات التي شملها. لذلك ينبغي عليه أن يكون على دراية ومعرفة بطبيعة الأمراض الجسمية والصحية التي قد يعاني منها الطفل مثل (الشلل الدماغي، الصرع، اضطرابات القلب....) وأن يكون كذلك ملماً بالصعوبات العصبية العضلية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال. ويُعرف التقييم التربوي بأنه عملية جمع المعلومات عن أداء الطفل وتفسيرها بهدف اتخاذ القرارات التربوية المناسبة. أي إنّ المعلومات تُجمع لتحقيق أهداف واضحة هي:

* تحديد مدى حاجة الطفل إلى تربية خاصة وبالتالي تحديد الخدمات المساعدة التي ينبغي توفيرها لتحقيق الأهداف المرجوة.

* تخطيط البرنامج التربوي الفردي (الأهداف طويلة المدى - الأهداف قصيرة المدى) فالتقويم التربوي هو الأساس الذي ينبثق منها البرنامج التربوي الفردي.

* تحديد البديل التربوي المناسب.

* متابعة التغيرات التي تطرأ على أداء الطفل وتقييم فاعلية البرنامج واقتراح التعديلات اللازمة.

٣- المعلم ودوره المساند في البرامج العلاجية :

لمعلم التربية الخاصة دورٌ بارزٌ وهامٌ في مساعدة المعالجين على تحقيق الأهداف التعليمية. ومن العوامل التي تُساعد على نجاح دور المعلم في تحقيق البرامج العلاجية للدور المنوط بها اتجاهاته نحو المعوق جسمياً (حركياً) وصحياً فالمشاعر والاتجاهات الإيجابية لا تُساعد فقط على تسهيل سُبُل التواصل بين المعلم والطالب المعوق بل تُعدّ النموذج الذي يُحتذى به الطلبة العاديين أثناء تعاملهم مع زميلهم المعوق. وهذا يؤدي في النهاية إلى توفير جو مناسب من اللفة والمحبة والتفاهم ضمن الغرفة الصفية. وأثناء تطبيق المعلم لخطوات البرامج العلاجية عليه مراعاة ما يلي:

(أ) - تجزئة المهمات الواجب تعلمها من قبل الطفل المعوق إلى وحدات

صغيرة مترابطة مراعيًا نشاطه الصفي والحركي والذهني.

(ب) - منح الطفل المعوق وقتاً إضافياً للإجابة عن الأسئلة أو إنجاز

الأنشطة داخل الصف وبما يتناسب وإعاقته. فالطفل الذي يعاني من شلل دماغي يتطلب وقتاً أكثر من المصاب بالصرع لإنجاز مهمة في الرياضيات.

- (ج)- مراعاة توفير وقت كافٍ لكل معاق للاسترخاء في ركن خاص من أركان الصف كما في حالات الشلل الارتعاشي وحالات مرض السكر والقلب...
- (د)- ملاحظة ومراقبة مدى ملائمة التجهيزات الخاصة في الصف مع الحاجات الخاصة لكل طفل معوق.
- (هـ)- وأخيراً: مراقبة مدى تفاعل الطالب المعوق جسمياً(حركياً) وصحياً مع الأنشطة الدراسية والترفيهية وكتابة تقرير متكامل للإدارة المدرسية لاتخاذ اللازم لتحسين وضع الطالب المعوق بالصف (kuzemko,2000).

٤- طرائق التدريس:

وضع خطط خاصة تشمل الطرائق التعليمية المناسبة للطفل المعوق جسمياً(حركياً) وصحياً تعتبر من أهم أولويات ومسؤولية المخططيين للبرنامج التعليمية كونها تتطلب مهارات خاصة وعلى معلم التربية الخاصة اختيار الطريقة التعليمية الفعالة المناسبة لحالة الطفل وطبيعة إعاقته. ويعتبر النموذج التشخيصي العلاجي من أكثر طرائق التدريس شيوعاً مع هذه الحالات والذي يتضمن تشخيص المشكلة، وضع خطة العلاج المناسبة. هذا ويشمل هذا النموذج الخطوات الأساسية الآتية:

- * تحديد خصائص السلوك المستهدف من خلال خطة الطفل للتعرف على العوامل ذات الصلة بالسلوك الصادر عن الطفل المعوق جسمياً(حركياً) وصحياً من جهة وملاحظة سلوك الأطفال الآخرين نحو الطفل المعوق من جهة ثانية.
- * تحديد الأهداف التعليمية ويشمل ذلك صياغة الأهداف المتوخاة من التعلم.

* اختيار طرائق التعليم المناسبة يتمثل ذلك بتحديد النشاطات والخبرات اللازمة لتحقيق تلك الأهداف.

* وأخيراً: اختيار تحقيق الأفراد والوسائل التعليمية وذلك من خلال تحديد الأدوات الخاصة أو المكيفة التي سيستخدمها الطفل لتحقيق هذه الأهداف.

رابعاً: التأهيل والعمل:

غدا التأهيل المهني للمعوقين عامة وللمعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً خاصة ودمجهم بالمجتمع والعمل من الأولويات التي باتت كافة المجتمعات تسعى لتحقيقها لاسيما تلك المجتمعات التي خطت خطوات حثيثة في مجال رعاية المعوقين نفسياً واجتماعياً. وبالواقع فإن تأهيل المعوقين ودمجهم بالعمل يتطلب وضع استراتيجيات عامة واستراتيجيات خاصة تتناسب وحاجاته الأفراد المعوقين من جهة ومتطلبات المجتمع من جهة ثانية.

ويتطلب التأهيل المهني للمعوقين جسمياً (حركياً) وصحياً تأهيلهم في جوانب عدة طبية واجتماعية وتعليمية ومهنية وهذا ما دعا بعضهم لتعريف تأهيل المعوقين على أنه: استعادة الشخص المعوق كامل قدراته وذلك للاستفادة من قدراته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية بطريقة اقتصادية قدر المستطاع.

وعرفه (Giltian, 2000) بأنه العملية المنسقة التي تهدف إلى أن يستعيد الشخص المعوق جسمياً أو عقلياً ويطور أكبر قدر ممكن من القدرة على العمل وقضاء حياة مفيدة اجتماعياً ومهنياً تنعكس إيجابياً على نفسيته.

ويمكننا تعريف التأهيل المهني للمعوق جسمياً(حركياً) وصحياً بأنه العملية الشاملة والمستمرة والمنسقة الهادفة إلى تقديم الخدمات المهنية والطبية والاجتماعية بما يضمن لهم العمل المناسب.

وتتمثل الرؤية الحديثة للتأهيل المهني ودوره في تهيئة المعوق جسمياً(حركياً) وصحياً للعمل في المحاور التالية:

١- محور التأهيل الصحي: على الحكومات السعي لتحقيق الخطوات

الآتية:

- * تأمين كادر طبي متخصص.
- * القدرة على إجراء خطوات التشخيص بالمعايير المناسبة لكل حالة.
- * العمل على تأمين الكادر الطبي الجراح والمتخصص بكافة الحالات المتوقعة ظهورها.

- * تأمين الكادر الطبي المساعد.
- * توفر الأجهزة التعويضية والأجهزة المساعدة.
- * أن تكون خطة العلاج الطبي متجانسة ومتماشية مع خطة التأهيل.

٢- المحور التأهيلي المهني: على الحكومات السعي لتحقيق الخطوات

الآتية:

- * تأمين كادر تأهيلي مهني متخصص.
- * تأمين المهن التي يمكن للمعوق ممارستها.
- * أن يكون التشخيص التأهيلي الفارقي دقيقاً بحيث يمكن توجيه المعوق للمهنة المناسبة له.

- * إنشاء المعاهد المهنية القدرة على احتضان الحالات وتلبية متطلباتها.
- * تحديد المهن المناسبة للمجتمع لضمان تسويق إنتاج الفرد المعوق.
- ٣- المحور التعليمي: على الحكومات السعي لتحقيق الخطوات الآتية:
 - * وضع خطط استراتيجية شاملة تتناول خطوات تعليم الفرد المعوق جسماً وصحياً.
 - * التهيئة البيئية المناسبة في المدارس الدامجة والعادية لاستقبال مثل هذه الحالات وسواها.
 - * أن تكون المدارس الدامجة هي الركيزة الأساسية لتحقيق مبدأ دمج المعوقين جسماً وصحياً.

الفصل السابع

المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل المعوقين جسماً وصحياً

أولاً: أهمية الأسرة بالنسبة للطفل المعوق جسماً وصحياً.

ثانياً: أهمية علاقة الأسرة بمقدمي الخدمات الخاصة.

ثالثاً: كيفية إعلام (إخبار) الأسرة بحالة الإعاقة الجسمية والصحية.

رابعاً: آثار الإعاقة الجسمية والصحية على الأسرة.

خامساً: المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل المعوقين جسماً وصحياً.

سادساً: أشكال المشاركة الأسرية في تدريب وتأهيل الطفل المعوق جسماً وصحياً.

سابعاً: فوائد مشاركة الأسرة في تدريب وتأهيل الطفل المعوق جسماً وصحياً.

الفصل السابع

المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل المعوقين جسماً وصحياً

د. دانية القدسي

احتل موضوع المشاركة الأسرية Family participation في برامج تأهيل المعوقين ورعايتهم مكانة خاصة لدى الاختصاصيين والباحثين، انطلاقاً من أهمية الأدوار الملقاة على عاتق الأسرة في تنشئة أبنائها ورعايتهم سواء كانوا معوقين أو عاديين. قد أصبحت مشاركة الوالدين في البرامج التعليمية الموجهة لأطفالهم مطلباً وواجباً اجتماعياً وإنسانياً، فالتوجهات الحديثة تؤكد أنّ دور الأسرة لم يعد مقتصرًا على تلبية حاجات الطفل الفسيولوجية فقط، وإنما تلبية الحاجات النفسية والاجتماعية والتأهيلية أيضاً.

وسنتناول في هذا الفصل أهم النقاط التي تتعلق بأهمية المشاركة الأسرية، ومبرراتها وأشكالها، وفوائدها، ومعوقاتها.

أولاً: أهمية الأسرة بالنسبة للطفل المعوق جسماً وصحياً:

تجمع نظريات علم النفس المختلفة على أهمية الدور الذي تؤديه الأسرة في نمو الفرد خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة. فالأسرة لا تلبّي الحاجات الأولية للطفل فقط من طعام وشراب وملبس وإنما تلبّي لديه الحاجات الإنسانية أيضاً كالحاجة إلى الحب والانتماء والمكانة.

وفي منتصف القرن العشرين أخذ مجال دراسات الأسرة في التبلور والوضوح حيث بدأ التركيز على دراسة الفرد داخل الأسرة. ومعرفة أن التركيز على الفرد ذي

الإعاقة وتجاهل باقي أفراد الأسرة يعد قصوراً لأنه يتجاهل الطبيعة الدينامية للأداء الأسري. فالتجربة التي يعيشها أحد أفراد الأسرة تؤثر في النظام الأسري ككل. فالأسرة تعمل كوحدة متفاعلة، وما يؤثر في الفرد يؤثر في باقي أفراد الأسرة.

وبينت العديد من الدراسات أن السبب المباشر أو الكامن وراء تدني أو انخفاض مفهوم الذات لدى العديد من المعوقين هو إحساسهم بالفرض من قبل الوالدين أو أحدهما، كما أنه وعلى الرغم من وجود نماذج جيدة للأسر التي يوجد بها أفراد معوقون حيث تكون ردود فعل الوالدين فيها أقل سلبية فإن الأسرة تبقى تعاني من الكثير من المشكلات التي تتعدد مصادرها وشدتها.

وعلى الرغم من ذلك كله فقد أكدت جلّ الدراسات على دور الأسرة الهام والضروري في المشاركة في برامج تأهيل ابنها المعوق مهما كانت طبيعة إعاقته ودرجة شدتها. ومع تزايد أهمية دور الأسرة في هذا المجال وتأثير هذه المشاركة الإيجابية على نمو وتنشئة وتأهيل ابنها، فإن العناصر التالية تعد مبررات لتلك الأهمية:

- دور الأسرة الكبير في إحداث نتائج إيجابية في نمو الطفل

المعوق وبخاصة في مراحل النمو المبكرة.

- إبقاء الأسرة على اتصال واطلاع مستمرين بطبيعة الخدمات

والبرامج التي تُقدم لابنها لإبداء رأيها وملاحظتها. لأن الفترة

الأطول التي يقضيها المعوق من حياته هي بين أفراد أسرته.

- اشتراك الوالدين في تربية أبنائهما المعوقين من أهم الواجبات

الاجتماعية والتشريعية.

-إن مساعدة الأهل الهامة ودورهم في تربية أبنائهم المعوقين يشكل تعزيزاً طبيعياً، ويحقق تكافؤ الفرص والديمقراطية في تربية الأبناء الآخرين إلى جانب الابن المعوق.

-إن تعاون الوالدين يُزيد من فعالية البرامج المقدمة للأبناء المعوقين.

-إن مشاركة الوالدين تُسهم في زيادة المعلومات لديهما عن الإعاقة وكيفية التعامل معها ويزيد من خبراتهما ويُسهم في تدريبهما.

إذن الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية المهمة والأولى التي تحتضن الطفل لاسيما الطفل المعوق وهي معنية بقيامها بدورها الأساسي والمتمثل بتربية الطفل وتعليمه وتوفير كافة السبل المتاحة لإنجاح برامج التأهيل والخدمات التعليمية والعلاجية التي تقدم له.

ثانياً: أهمية علاقة الأسرة بمقدمي الخدمات الخاصة:

إن طبيعة العلاقة بين الوالدين وطفلهما من أهم العوامل التي يمكن في ضوءها التنبؤ بالتقدم الذي يحرزه الطفل في المستقبل. وكذلك فإن علاقة الوالدين بشكل خاص والأسرة بشكل عام بالاختصاصيين ومقدمي الخدمات ذات تأثير كبير، وهام لذلك يجب على الاختصاصيين أن يتعاونوا مع الآباء والأمهات ويقدموا لهم كل دعم ومساندة ليستطيعوا بدورهم تشجيع وتوجيه نمو أطفالهم المعوقين ودون هذا التعاون قد يقف الكثير من أولياء الأمور موقف المتفرج من أطفالهم ومن القائمين على تربيته وتعليمه. ومثل هذا الموقف لا ينشأ من فراغ فتمة اعتقادات وافتراسات غير بناءة قد يتبناها الاختصاصيون وأولياء الأمور تؤدي إلى الاقتناع

بأن الاختصاصيين فقط هم القادرون على فهم حاجات الطفل وتلبيتها . ولذلك فإن التشريعات في الدول المتقدمة لم تترك قضية مشاركة الأسرة تبعاً لآراء الاختصاصيين ولكنها جعلت هذه المشاركة أمراً إلزامياً يتم التحقق من تطبيقه بطرق متنوعة.

وغالباً ما يواجه العاملون في مجال التربية الخاصة ردود أفعال متنوعة من قبل عدد كبير من الآباء والأمهات وغالباً ما تكون مصادر ردود الأفعال ذات أشكال متعددة من سوء الفهم أو التباين في المعلومات المقدمة لهم من الاختصاصيين وبخاصة في مرحلة التشخيص وتقويم قدرات ابنهم وتحديد شكل الإعاقة عنده ودرجة شدتها. ولأن هذه المرحلة أساسية وهامة فقد تضع الأسرة والأهل على مفترق طرق خطير مع القرارات المتعلقة بمصير ابنهم سواء في المرحلة الراهنة أم المستقبلية لذلك فإن العلاقة بين الآباء والأخصائيين من معلمين ومرشدين ومعلمي تربية خاصة... تعد هامة جداً وحساسة، فعليها يبنى الكثير من الآمال وبسببها قد تزداد المشكلات ومن خلالها قد تتغير وتتعدل اتجاهات الأهل بشكل إيجابي. وسنذكر هنا حادثة ذات مدلول هام جداً ذكرها (الخطيب وآخرون، 1992) في كتاب إرشاد الأطفال ذوي الحاجات الخاصة كي تُساعدنا في استنتاج أهمية العلاقة بين الأسرة والاختصاصي بالتربية الخاصة.

" إنَّ أحد أكثر التفاعلات ذات المعنى أذكرها كأم لطفل معوق عقلياً كانت مع أخصائية نفسية، فقد أجهشت بالبكاء عندما عبرت لها عن همومي، وقد جلسنا معاً في صمت لفترة طويلة نتأمل أفضل الإجراءات لمصلحة الطفل، وعرفت حينها مدى احترامها لي عندما شاركتني مشاعري وأحاسيسي، وقد كانت نتيجة ذلك أن تضاعف احترامي لها مئة مرة".

في الواقع تحمل هذه العبارات في طياتها معاني كثيرة للدور الذي يمكن أن يؤديه الأخصاصيون في كسب ثقة ومودة واحترام الآباء، وهم الذين يكونون بأمس الحاجة لأناس يفهمون مشاعرهم وأحاسيسهم ويقدرّون الصعاب والمشكلات التي يواجهونها والتي قد تبدأ من لحظة تلقيهم خبر إنجاب طفل معوق أو احتمال وجود إعاقة لدى طفلهم.

وقد أكدت الدراسات أهمية اللقاء الأول بين الوالدين والاختصاصيين في مساعدة المعوق على تقبل إعاقته والتكيف معها واستغلال طاقاته بأكبر قدر ممكن. وهذا يعني بأن على الاختصاصي بذل المزيد من الجهد كي تتسم هذه المقابلة بالإيجابية ومن أكثر الأهداف الواجب تحقيقها أو التمهيد لتحقيقها إقناع الأهل بمشاركتهم في عملية تعليم وتأهيل الفرد المعوق. وخاصة أن مثل هذه المشاركة أصبحت تنص عليها معظم التشريعات والأنظمة التربوية في كل البلدان التي تهتم بالإعاقة وقضاياها.

وتتمثل أهداف مشاركة الوالدين بوجه عام في الاطلاع على المعلومات المتعلقة بطفلهم وحقهما في المشاركة في اتخاذ القرار، وتوظيف المعلومات التي يقدمها الوالدان لتحديد الأهداف الوظيفية للطفل، وقيام الوالدين باطلاع الأخصائيين على سلوك الطفل في المنزل ومشاركة الوالدين في تنفيذ البرامج التي سيتم تطبيقها في المنزل، وتطوير شعور الوالدين بالثقة والكفاية وتحسين نوعية التفاعلات بينهما وبين طفلهم (الحديدي، الخطيب، 1993)

وتأخذ العلاقة بين الوالدين والاختصاصيين عدة أشكال منها شكل التعاون المشترك بينهم، وما ينطوي عليه من اتخاذ المبادرات وتحمل المسؤوليات، حيث يتشاركون في تحديد الأولويات وتخطيط الاستراتيجيات. ومما يدعم التعاون

المشترك بينهم هو اعتراف الأخصائيين بمقدرات ومهارات الوالدين في تلبية حاجات الأبناء . وقد تأخذ العلاقة بين الوالدين والأخصائيين المهنيين شكل التنسيق بينهم، كالمشاركة في التخطيط وتبادل المعلومات ويكون التركيز أساساً على تعليم الوالدين المهارات التي تساعد على التعامل مع أطفالهم تحت توجيه من الأخصائيين . ومع ذلك، قد يدرك بعض الآباء والأمهات هذا المنحى التربوي على أنه نوع من التقصّل عليهم؛ وقد يكون تدريب الوالدين زائداً عن الحاجة أو غير وظيفي بالنسبة لهما، لأن بعضهم ربما تكون لديهم بالفعل مهارات كافية للتعامل مع أبنائهم ولتعليمهم وقد تأخذ العلاقة شكل الهيمنة - الإذعان ، أي الهيمنة المهنية من جانب الأخصائيين أو المعلمين وغيرهم من الأخصائيين مقابل الإذعان من جانب الوالدين، وحيث يبدو الأخصائيون كخبراء يمتلكون المعرفة ويتخذون القرارات ويقومون بالإجراءات التي يرونها على أنها الأفضل بالنسبة للأسر وللأطفال، ويكون مستوى مشاركة الوالدين محدوداً بالتقبل السلبي للقرارات والإجراءات التي يراها الاختصاصيون، وبالمشاركة في أنشطة طرفية أو غير جوهرية .وهنا تكون العلاقة متوازنة وليست تفاعلية بين الوالدين والأخصائيين وحيث يعملون في خطوات متوازنة قد تتباعد وربما لا تتلاقى على نحو ما يرجى لها.

ولعله من المفيد هنا أن نتساءل تساؤلاً هاماً مفاده: ما هي مبررات المشاركة الأسرية مع الاختصاصيين في برامج التربية الخاصة؟
نظراً للرعاية والاهتمام اللذين توليهما الأسرة لطفلها المعوّق فثمة مبررات كثيرة لأهمية مشاركتها في تدريبه وتأهيله من أهمها:

* الوالدان هما المعلم الأول والأساسي للطفل وهما أقرب الناس وأقدرهم على مساعدة ابنهما المعوق.

* بما أنه ليس بالإمكان فهم الطفل المعوق فهماً منعزلاً عن بيئته فإن ذلك يعني بالضرورة دراسة الأسرة ومقدراتها بهدف توظيفها في تدريب الطفل وتأهيله.

* بعض المهارات التي يدرّب الاختصاصي الطفل عليها بحاجة لأن يتابعها أحد في المنزل وهذا ما يزيد من مبررات تدخل الوالدين ومشاركتها في تدريب وتأهيل الطفل.

* إن معرفة وخبرة الوالدين في تربية الأطفال غالباً ما تكون كافية لمساعدة طفلها المعوق على النمو، وعند إشراكهما في تربية الطفل المعوق فإن الفائدة تمتد إلى الأطفال الآخرين في المنزل.

* الاعتماد الواضح للاختصاصي على ملاحظات الوالدين لسلوك طفلها داخل المنزل.

* إن تدريب الوالدين على مساعدة وتعليم الطفل المعوق قد يساعده كثيراً في حال حرمانه من التعليم بسبب الدخل الاقتصادي المتدني للأسرة.

* إن سلوك الطفل وتطوره يتأثر بالظروف البيئية، وبيئة المنزل هي البيئة الأكثر تأثيراً فأفراد الأسرة هم عوامل التعزيز الطبيعية في البيئة وإذا ما دعموا الأخصائيين يتطور الطفل ويتحسن أدائه.

* وأخيراً: إن البرامج المقدمة للأطفال المعوقين منظمة وذات أهداف محددة وبالتالي فهي تتطلب تعاون الآباء كي تتسم بالفعالية والفائدة.

ولتحقيق المشاركة الوالدية الفعالة والتعاون المشترك بين الوالدين والاختصاصيين، يجب أن يأخذ هذا التعاون توجهاً دينامياً يعتمد على توظيف

مصادر القوة المشتركة بينهم، مع الأخذ بالحسبان الاختلاف الواضح بين الأسر في مستويات الوعي والخبرة والمهارة، وفي مصادر قوتها ودرجة توافقها الأمر الذي يتطلب مرونة هذا التعاون المشترك حيث يكون لأولياء الأمور اختيار ما يناسبهم من أدوار ومستوى المشاركة والمسؤولية (منصور، طلعت، 2009).

ونسنتج مما تقدم أن عدم مشاركة الأهل في تدريب وتأهيل الطفل المعوق يعني أن مصير التدخل سيكون في أغلب الأحيان الفشل الزريع وبالتالي فإن الاستفادة المحدودة للمعوق جراء التدريب القائم من طرف واحد مآلها الاختفاء والاندثار رويداً رويداً.

ثالثاً: كيفية إعلام (إخبار) الأسرة بحالة الإعاقة الجسمية والصحية:

بما أن الشخص الأول الذي يقوم بتشخيص الإعاقة هو الطبيب المرافق لعملية الولادة أو طبيب الأطفال الذي يفحص الطفل بعد الولادة مباشرة فإن المهمة الأساسية والأولى التي تواجهه تتمثل بكيفية إعلام الوالدين بإعاقة طفلهما. هذا اللقاء بين الطبيب والوالدين هو العملية التواصلية الأولى بالنسبة لهما بعد إتمام إجراءات الولادة. هذه العملية تحمل في طياتها حالة إرشادية بامتياز لذلك يجب أن تتم بحذر وفهم وتقدير نظراً لأثر تلك المعلومات التي سينقلها الطبيب للوالدين من جهة ولأهميتها بالنسبة للطفل من جهة ثانية. ومع ذلك لا يمكننا القول بأن الطبيب لا يواجه مشكلات أو مشاعر قلق أثناء إخباره للوالدين بإعاقة طفلهما. وأكدت دراسة (Kauffman&Hallahan,1981) أن مصدر القلق بالنسبة للطبيب المشخص والتردد الذي قد يُظهره عند إخبار الوالدين ناجم عن خبراته السابقة بشأن الأطفال المعوقين، واتجاهاته نحو عدم كفايتهم الاجتماعية والصعوبة في إطلاق

أحكام قيمية بشأنهم بالإضافة إلى خشيته من مواجهة تساؤلات الوالدين حول ما سيكون عليه مستقبلاً وإمكانات العلاج وغير ذلك.

إن أسلوب المماثلة في تقديم الحقائق للوالدين ليس هو الأسلوب الأمثل وكذلك فإن الأسلوب الإنساني ليس هو المطلوب وفي هذا الشأن يرى (Carr) إن العوامل التي تؤثر في نجاح المقابلة التشخيصية هي ثلاثة: التوقيت، ما الذي يُقال، وكيف يُقال؟

بالنسبة لما يتعلق بالتوقيت فإن القاعدة العامة هي أن الإسراع هو الأفضل. ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى أهمية إخبار الوالدين بنتائج التشخيص الأمر الذي يُقلل من الوقت الضائع في البحث عن الوسائل الموضوعية والعملية في التعامل البناء مع الطفل مع التأكيد على إمكانية إعلام الوالدين ومباشرة بشأن التخطيط للعلاج والتأهيل.

أما فيما يتعلق بماذا يُقال للوالدين، فمن الطبيعي أن لدى الوالدين الرغبة في التعرف إلى الحقيقة مباشرة، إلا أن عدم رغبة الطبيب بإعطاء الحقيقة للوالدين لا ينبع من رغبته بخداعهما وإخفاء الحقيقة عنهما وإنما ينبع من قلقه وتخوفه مما يدفعه إلى تأجيل الأمر، والتأخير بإخبار الوالدين.

وفيما يتعلق بالمعلومات التي يرغب الوالدان بالحصول عليها فإنها لا تقتصر على المعلومات التشخيصية بشأن حالة الطفل الحالية فقط، وإنما تتعداها إلى الرغبة في الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات التشخيصية التنبؤية، وذلك بشأن كيفية التعامل مع الطفل وماذا يمكن أن ينتظره بالمستقبل من حيث التعليم والتدريب والعمل؟.

وفيما يتعلق بكيفية تقديم المعلومات التشخيصية للوالدين فإن هذا الأمر يعتمد بالدرجة الأولى على شدة الإعاقة وطبيعتها وخصائص الوالدين والأسرة بشكل عام. وعلى أي حال أشار الباحثون إلى بعض المبادئ العامة في ذلك وقد حددها كار Carr في ثلاثة مبادئ هي:

- (١) - على الطبيب أن يأخذ وقتاً كافياً ولكن ليس طويلاً .
 - (٢) - على الطبيب أن يكون متعاطفاً مع الوالدين.
 - (٣) - على الطبيب أن يُجيب عن جميع أسئلة الوالدين وبشكل كامل.
- (البواليز، 2000)

وقد أشار كلٌّ من (جراد وتيزارد Grad & Tizard) إلى أن الوالدين قد لا يكونان قادرين أحياناً على طرح الأسئلة التي يرغبان في الإجابة عنها، وقد يكون على الطبيب في مثل هذه الحالة أن يُقدم معلومات أكثر مما يتطلب منه بالفعل. ومن الأهمية بمكان أن يحضر كل من الوالدين جلسة التشخيص كي لا تقع على عاتق أي منهما مهمة إخبار الآخر ونقل المعلومات غير الدقيقة عن الحالة. وأخيراً على الطبيب أو من يقوم بإخبار الوالدين/مرشد نفسي، مرشد اجتماعي، ممرض..../ بنتائج التشخيص أن يؤكد على الجوانب الإيجابية وما يمكن أن يقوم به الطفل بدلاً من التأكيد على الجوانب السلبية ونقاط الضعف. هذا ومن البديهي أن تؤثر مشاعر الوالدين السلبية في فهمهما للمعلومات المقدمة لهما في جلسة التشخيص الأولى ولهذا السبب:

- على الطبيب أو المرشد أن يُعيد إجراء تلك المقابلة وتقديم المعلومات التشخيصية للوالدين مرة ثانية.

- على الطبيب أو المرشد تقبل أسئلة الوالدين وتوضيح ما يمكن أن يكون غير مفهوم لديهما.
- على الطبيب أو المرشد استخدام اللغة والمفاهيم الواضحة والاستغناء عن المصطلحات العلمية التي قد تؤثر على فهمهما وإدراكهما لا سيما إذا كانت تلك المصطلحات جارحة.
- على الطبيب أو المرشد أن يركز على المعلومات الأكثر دقة والأكثر دلالة، وعليه أن يركز على نقاط القوة لدى الطفل وإبراز الميزات الإيجابية عنده وما لديه من قدرات خاصة الأمر الذي يُساعد الأهل على تفهم الأمر وتقبل الإعاقة.

وتوجد عناصر أساسية لتحقيق التواصل الفعال بين الآباء والاختصاصيين وهي :

- ١- قبول ما يقوله الآباء : وهذا لا يعني الموافقة على كل ما يقوله الآباء ولكن يعني الاستماع لهم واحترام رأيهم وصراحتهم فالقبول يعني تقدير وجهة نظر الآخر.
- ٢- الإصغاء الجيد للآباء وليس مجرد الاستماع فقط وإنما الانتباه إلى محتوى الحديث وفهمه والاستجابة له بطريقة ذكية.
- ٣- طرح الأسئلة بفعالية فهي الجزء الرئيس للتواصل الفعال شريطة أن لا تركز الأسئلة على التحديات والمشكلات وأن لا تتضمن أسئلة خاصة.
- ٤- التشجيع :أن يسمع الآباء السلوك الجيد لدى طفلهم والأخبار الجيدة عنه وجوانب القوة لديه بدلاً من التركيز على المشكلات

وجوانب الضعف فقط لأن هذا من شأنه أن يحسن مشاركة الوالدين.

- ٥- الحديث مع الآباء بلغة سهلة وواضحة بعيدة عن الغموض وعدم استخدام مصطلحات مهنية خاصة، لأنها تسبب القلق والتوتر للآباء وتشعرهم بالعزلة وصعوبة المشاركة .
- ٦- مقابلة الآباء في أماكن مريحة وهادئة كالمدرسة أو المنزل والأخذ بعين الاعتبار وقت الآباء عند تحديد موعد اللقاء معهم .
- ٧- العمل على بناء الثقة المتبادلة معهم من خلال الاستماع لآرائهم وإعطائهم الفرصة لاتخاذ القرارات إضافة إلى تشجيعهم وإشعارهم بأهمية مشاركتهم بالنسبة للطفل ولهم.

رابعاً: آثار الإعاقة الجسمية والصحية على الأسرة :

تُحدث الإعاقة في الواقع ردود فعل نفسية مختلفة لدى الوالدين الأمر الذي يحدُّ من قدرتهما على تربية طفلهما المعوق وكذلك من القدرة على رعايته. وعلى الرغم من الاختلاف الواضح بين أسرة وأخرى من حيث ردود الأفعال إلا أن أغلبية الأسر تمر بمراحل انفعالية متشابهة. وقد أشرنا الى أهم هذه المراحل في الفصل الثاني. كما تعاني أسرة الطفل المعوق جسماً وصحياً من ضغوط نفسية متنوعة وتقسم الضغوط الناجمة عن إعاقة الطفل وفقاً لمراحل النمو إلى ستة أنواع وهي كما يلي:

- ١- الضغوط الناجمة عن تشخيص الإعاقة : وهي ضغوط تنجم عن ميلاد الطفل المعوق، والتي تتبعها عادة ردود فعل متنوعة كالصدمة ، والنكران، والرفض، وخيبة الأمل، والقلق.

٢- ضغوط مرحلة الطفولة المبكرة : وهي ضغوط تنجم عن مراقبة الوالدين لنمو طفلهما المعوق، ومصدر هذه الضغوط هو إدراك الوالدين العبء المزمّن والرعاية الدائمة للطفل.

٣- ضغوط مرحلة دخول المدرسة : وهي ضغوط تنجم عن اكتشاف الوالدين أن طفلهما يحتاج إلى نوع من التعليم الخاص أو الفصول الخاصة، وعدم قدرة الطفل على التعلم وفقاً للنظام التعليمي التقليدي السائد .

٤- ضغوط مرحلة المراهقة : تنجم الضغوط في هذه المرحلة عن إدراك الوالدين فشل طفلهما المعوق في تخطي هذه المرحلة بنجاح واستمرار اتكاليتيه واعتماده عليهما، وشعورهما برفض الأقران العاديين لابنهما المعوق.

٥- ضغوط مرحلة الشباب: وهي ضغوط تنجم عن القلق بشأن مستقبل الطفل المعوق وعمله، ولا سيما أن الإمكانات المهنية المتوفرة له محدودة أو غير ملائمة.

٦- ضغوط مرحلة تأكيد الشباب : وهي ضغوط ناجمة عن أسئلة يطرحها الوالدان مثل أين سيعيش ابنهما المعوق؟ وما هو مستوى الرعاية المستقبلية التي يحتاجها خاصة عندما يصبحان غير قادرين على مراقبته والعناية به ؟ وهل سيتزوج أم لا ؟

كما تسهم مجموعة من المتغيرات في درجة هذه الضغوط النفسية منها العلاقة بين الأم والطفل لأن طبيعة هذه العلاقة ذات دور مهم في تحديد مستوى الضغوط النفسية التي ستعانيها الأم. فالعلاقة الجيدة بين الأم والطفل تشعرها بالسعادة، وتساعد على تحمل أعبائه ومسئوليّاته وتلبية احتياجاته، وتجعلها أقلّ تعرضاً

للحزن والكآبة، وتصبح أكثر قدرة على المشاركة في البرامج المقدمة للطفل، ولاشك أن ذلك يترك آثاراً إيجابية على كليهما .

كما أن تقييم الآباء والأمهات للموقف ومعنى ودلالة الإعاقة بالنسبة لهم يساهم في درجة الضغوط النفسية ومستواها لديهم، وفي قدرتهم على التعامل مع هذه الضغوط. وإن أول نموذج نظري صمم حول الضغط النفسي الواقع على الأسرة يؤكد أهمية تقييم الفرد للحدث الضاغط، حيث اشتمل النموذج على العناصر التالية . ABCX

- حيث يمثل A الحدث وهو ولادة الطفل المعوق وتشخيص إعاقته والأعباء والمسؤوليات المترتبة عن إعاقته .
- العامل B وهو تقييم الأسرة للحدث الضاغط.
- العامل C وهو قدرة الأسرة على مواجهة وحل المشكلة.
- X وهو الأزمة أو الكارثة. والعامل الحاسم في منع إيجاد أو حدوث X هو العامل B.

- وبالتالي فإن تقييم أفراد الأسرة لإعاقة الطفل هي عامل أساسي في قدرة الأسرة على منع حدوث الأزمة وتحقيق التوافق والالتزان داخل الأسرة.

(Shapiro, J, 1989)

كما يعد الدعم الذي يقدم للأسرة من العوامل الهامة جداً، والمؤثرة في مستوى الضغوط النفسية، فإن أولياء أمور الأطفال المعوقين بحاجة إلى تلقي الدعم والمساعدة والعون نظراً للأعباء والمسؤوليات المتعددة التي يجب عليهم القيام بها، سواء المتعلقة بتلبية حاجات الطفل المعوق ورعايته، أو المتعلقة بتلبية احتياجات

أفراد الأسرة والقيام بالأعباء المنزلية اليومية وتعد برامج التدخل المبكر من أهم أنظمة الدعم المبكر للأسرة.

وينصح آباء وأمهات الأطفال المعوقين بتعلم مجموعة من الأساليب الإيجابية في التعامل مع الضغوط تساعد على خفض القلق والتوتر الناجم عن إعاقة أطفالهم، أو التقليل منه قدر الإمكان، وتزيد من قدرتهم على التعامل مع الضغوط و تعرف أساليب التعامل بأنها الطريقة أو الوسيلة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم، أو هي أي جهد يبذله الإنسان للسيطرة على الضغط . وإن الهدف من تعلم أساليب فعالة في التعامل مع الضغوط هو تحقيق التوازن بين الموارد الشخصية للفرد في مقابل المطالب والضغوط الواقعة عليه.

خامساً: المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل المعوقين جسماً وصحياً:

إن واجب الأسرة نحو الفرد المعوق جسماً وصحياً أهم وأبرز من دور المجتمع ولعل ذلك عائد إلى كون الأسرة هي الحضان الأولى والدافئ الذي يحتضن الطفل. ففي سنوات الطفولة المبكرة تتولى الأسرة برعايتها واحتضانها تلبية احتياجات الطفل المعوق جسماً وصحياً لتشكل بنهاية المطاف شخصيته المستقلة التي تميزه عن سواه من أقرانه سواء من المعوقين أو من العاديين. وبالتالي يمكن القول بأنها المسؤولة الأولى عن مستقبله.

وإن نظرة أو موقف الأسرة من طفلها المعوق يؤدي دوراً بارزاً في آلية مشاركتها في تربيته. وتتراوح مواقف الأسرة نحو طفلها المعوق بين عدة مواقف أساسية هي:

(أ) رفض الاعتراف بالإعاقة وإنكارها.

(ب) قبول الإعاقة على مضض وإخفاء الطفل عن الآخرين المحيطين به.

(ج) قبول إعاقة الطفل والاعتراف بها ومنحه الحنان والحب والرعاية مع تلبية كافة رغباته ومتطلباته.

(د) - المباهاة بقدراته ومواهبه أمام الآخرين مما يغرس في نفسه الشعور بالزهو والغرور ومن ثم يُطالب الجميع بالاعتراف بامتيازاته. (Giltian, 2000)
إن النظرة المعمقة لهذه المواقف تبين لنا أن جميع هذه المواقف خاطئة ولا تُسهم في تكوين صحة نفسية سليمة للطفل المعوق. والأفضل من ذلك كله :

١- اعتراف الأسرة بإعاقة الطفل والتعامل معه بالتقدير والاحترام
دون أي مبالغة في رعايته أو الشعور بالذنب.

٢- المساواة في المعاملة بينه وبين أخوته في الحقوق والواجبات
دون تكليفه بما يفوق طاقاته.

٣- تأهيله بالأعمال القادر على ممارستها بالتدرج وفق منهجية
علمية واضحة تعتمد الانتقال من الأعمال السهلة إلى
الصعبة.

٤- تقدير نجاحاته وتشجيعه دون الإغراق في المدح أو المبالغة
في التقدير.

وبناءً على ذلك يمكننا القول أن واجب الأسرة نحو الفرد المعوق جسماً (حركياً) وصحياً أهم وأخطر من واجب المجتمع بكافة مؤسساته الحكومية والأهلية كونها الحاضن الأساسي له خلال سنواته الأولى ويمكننا القول بأنها المسؤولة الأولى عن تكوين شخصيته ومستقبله.

ومن أهم مشاركات الأسرة في تربية طفلها المعوق جسماً وصحياً تهيئته للتعليم والالتحاق بالمدرسة. ويتوقف نجاحها بذلك من خلال إكسابه حصيلة معرفية

واجتماعية جيدة قبل الالتحاق بالمدرسة. ولكي تقوم الأسرة بواجب إعداد الطفل المعوق جسمياً وصحياً للالتحاق بالمدرسة ومواصلة التعليم حتى مراحل المتقدمة ينبغي مراعاة ما يلي:

١- بالمقام الأول يجب ألا تنزعج أو تضطرب حياتها العامة في حال اكتشاف الإعاقة.

٢- متابعة حياتها بهدوء واطمئنان والاعتراف بالأمر الواقع دون أي تدمير.

٣- الاتفاق بين أفرادها حول آلية التعامل مع الفرد المعوق ودون المبالغة بالعطف والشفقة.

٤- العمل على تدريب الفرد المعوق للاعتماد على ذاته وذلك من خلال تكليفه بالمهام القادر على القيام بها وبما تتناسب مع طبيعته وإعاقته.

٥- التأكيد على كافة أفراد الأسرة بعدم نعتة بإعاقته وعدم الإنقاص من قيمته أو حرمانه من لعبة أو.....

٦- الاشتراك مع أخوته أثناء أدائهم لواجباتهم الدراسية.

٧- منحه المصروف اليومي كأخوته ومعرفة آلية صرفه وما تبقى معه.

٨- مرافقته لأخوته عند ذهابهم للمدرسة ورجوعه مع من يصحبهم إليها.

٩- أن يقوم الأب أو الأم بدور المعلم عندما يساعد أبنائه على استنكار دروسهم بالاستعانة ببعض الوسائل التعليمية وهذا يساعد الفرد المعوق على التعرف على جو المدرسة. أي نقل روح المدرسة إلى المنزل. (Habbe,1995)

سادساً: أشكال المشاركة الأسرية في تدريب وتأهيل الطفل المعوق جسمياً وصحياً:

إن لمشاركة الوالدين عدة أوجه فمعظم الأهالي يساهمون في البرنامج التربوي وفي تحديد الأهداف ومعظمهم يُساعد في الرحلات والحفلات وغير ذلك. وبينت الأبحاث أن معظم الآباء والأمهات قد يتطوعون للعمل في المراكز والبعض قادر على المبادرة لتأسيس وبلورة أفكار خاصة بالأهالي، في حين يقوم عدد قليل منهم بالتأسيس الفعلي للجمعيات وما تتطلبه من تنظيم ودورات تدريبية... ومن أهم أشكال مشاركة الأسر بتدريب وتأهيل طفلها المعوق:

١- الملاحظة: ثمة أنماط سلوكية وبعض من المهارات تظهر لدى الطفل المعوق والتي لا يتمكن الاختصاصي من ملاحظتها عند قيامه بتقويم الطفل فيضطر لأن يطلب من الأسرة مراقبة الطفل والتحقق من تواجدها ومدى تكرارها، ومن جهة ثانية يُطلب الاختصاصي من الأهالي مراقبة مهارات قام بتدريبها للطفل من حيث مدى تكرار الطفل لها ومدى دقته بأدائها....

٢- الدفاع عن الطفل وحقوقه: بما أن الآباء هم أكثر المتأثرين بوجود طفل معوق في الأسرة وهم الذين يقومون وبشكل مباشر ما إذا كانت حقوق طفلهم قد تحققت على أرض الواقع أم لا، فهم الأقدر على المضي قدماً نحو الدفاع عن حقوق طفلهم ويتم ذلك بأوجه عدة منها دعم البحوث والدراسات ذات الصلة بالإعاقة والمعوقين.

٣- مساعدة الأخصائيين: إن بناء علاقة متبادلة بين الأخصائيين والآباء أصبحت قضية تحظى بالاهتمام لدرجة أنها غدت من المسلمات التي تتناولها أدبيات التربية الخاصة. فوجود علاقة إيجابية بينهما تعني تقبل الوالدين للمشاركة مع الاختصاصي لمصلحة الطفل المعوّق. وتتمثل مشاركة الوالدين هنا من خلال المساهمة بوضع الأهداف التربوية المناسبة للطفل ولهما، فقد تكون بعض الأهداف التي يضعها الاختصاصي للطفل غير مهمة من وجهة نظرهم لذلك فإن رأيهم بهذا المجال هام جداً. ومن الممكن أن يساعد الآباء في إجراء تقويم مشترك لمهارات الطفل وقدراته أثناء تقديم الخدمة له، وخاصة وأن سلوك الطفل في البيت قد يختلف بعض الشيء عما هو في المركز وذلك يوفر الفرص لتبادل المعلومات والأفكار بين الأخصائيين والوالدين.

٤- تدريب الطفل المعوّق في المنزل: إن قيام الوالدين بتدريب الطفل بالمنزل يفسح المجال أمام تدريبه بالبيئة الطبيعية له . فهما يقومان بتدريبه على المهارات التي يحتاج إليها وبذلك يكون التدريب مستمراً في الصباح وفي المساء وعلى العكس تماماً فيما لو كان هذا الطفل ملتحقاً بمركز ما. إن تدريب الطفل في المنزل من قبل الوالدين يُخفف العبء عن المعلم حيث يتحقق الهدف المراد الوصول إليه في فترة زمنية أقل وذلك لن يحدث لو كان المعلم أو الاختصاصي يقوم بتدريب الطفل وحده.

إن التدريب المنزلي يدعم شعور الوالدين وخاصة الأمهات بالكفاية الذاتية وذلك من خلال ما يوفره من أفكار واقتراحات ببناء وفعالة لتغيير سلوك الطفل وتنمية مهاراته (الخطيب - وآخرون، 1995).

ومن أشهر برامج مشاركة الأمهات في تدريب أطفالهن المعوقين حركياً برنامج فوجاتا Vojta وهو برنامج تدريبي بدأ تطبيقه في ألمانيا من خلال طبيب ألماني سمي البرنامج باسمه، يهدف الى تدريب أمهات الأطفال المعوقين حركياً في سن مبكرة من الولادة حتى عمر الخمس سنوات على أساليب حفز الأطفال الذين يعانون من التأخر في النمو الحركي، من خلال الضغط بطريقة خاصة على نقاط معينة في جسم الطفل تحفيز عضلات الطفل، وضرورة تركه على راحته وعدم إرغامه على الجلوس أو الوقوف إذا لم يكن جسمه مهياً لذلك، كي لا يتسبب ذلك في إحداث تشوهات لدى الطفل. كما أن البرنامج التدريبي يعرض للأمهات مؤشرات للكشف المبكر عن الإعاقة كإغلاق الطفل ليدته بشدة ضاغطاً على الإبهام، طريقة بكاء الطفل، وانقباض القدم بعد الشهور الستة الأولى من عمره - كما يركز البرنامج على ارتباط الجانب الحركي الوثيق بالجانب الإدراكي و لذلك مثلاً يتم التركيز على تدريب العضلات الدقيقة في اليد نظراً لارتباط قبضة اليد الوثيق بإدراك الطفل وتطوره في المجالات الأخرى.

كما توجه الأمهات الى عدم منع الطفل من التعرف إلى جسمه من خلال سلوكيات معينة كمص الإصبع مثلاً لأن الطفل يتعرف إلى الأجسام والأشياء بداية من خلال تقريبها وتفحصها بالفم، وبالتالي مص اليد والإصبع هي عملية مؤقتة وبداية التعرف على جسمه، وقد تصبح دائمة إذا منعنا الطفل منها. (يحيى، 2006)

سابعاً: فوائد مشاركة الأسرة في تدريب وتأهيل الطفل المعوق جسمياً وصحياً:
مما لا شك فيه أن هذه المشاركة ستطال كافة الأطراف ذات الصلة بالطفل المعوق وهي الطفل ذاته وأسرته والمركز الذي يتدرب به والاختصاصي وذلك كما يلي:

-فوائد المشاركة بالنسبة للطفل المعوق: ويتجلى ذلك في:

- * الثبات في أساليب المعاملة في كل من البيت والمركز.
- * زيادة فرص التعلم والنمو.
- * إن الطفل يرى والديه في أدوار جديدة، ويرى أن والديه والأخصائيين يعملون معاً من أجله.

- فوائد المشاركة بالنسبة لأسرة الطفل المعوق: ويتجلى ذلك في:

- * تفهم حاجات الطفل المعوق وأهداف المركز.
- * الحصول على معلومات واضحة حول البرنامج الذي ينفذه المركز وما تستطيع الأسرة أن تفعله، ومصادر الدعم المتوفرة في المجتمع لطفلها.
- * معرفة الطرق المناسبة لتعميم السلوك المكتسب من المركز إلى البيت.
- * إدراك الأسرة لأهمية الدور الذي تقوم به، وتعلم سبل مساعدة المركز على تحقيق أهدافه.

* الاستفادة من خبرة الاختصاصيين وتطبيق المهارات المكتسبة في البيت.

* إن استشارة الأسرة ينجم عنها تعديل في اتجاهاتها نحو المركز ودوره.

* إن مشاركة الأسرة غالباً ما تنطوي على تقديم مقترحات مفيدة حول سبل التغلب على المشكلات اليومية الناتجة عن تربية طفل معوق.

- فوائد المشاركة بالنسبة للمركز والاختصاصي: ويتجلى ذلك في:

- * تفهم أكبر للحاجات الكلية للطفل ولحاجات الآباء ورغباتهم.
- * الحصول على تغذية راجعة من الآباء فيما يتصل بتعديل سلوك الطفل والتي يمكن توظيفها لتحسين البرامج وتطويرها.

* زيادة الفرص المتاحة لتعزيز سلوك الطفل المرغوب فيه في كل من المركز والبيت.

* الحصول على معلومات تسهل عملية اختيار الأهداف السلوكية المهمة للطفل خارج نطاق المركز.

* غالباً ما تدفع مشاركة الآباء والاختصاصيين إلى محاولة تحقيق الأهداف بطريقة فعالة.

* إن مشاركة الآباء تسهل على الاختصاصيين القيام بالمهام الموكلة إليهم.

* إن الآباء يزودون المؤسسات من خلال قدراتهم الخاصة بموارد ومعلومات تفيد في البرامج المقدمة للطفل .

ثامناً: معوقات مشاركة الأسرة في تدريب وتأهيل الطفل المعوق جسمياً وصحياً:

ثمة صعوبات قد تواجه العلاقة بين الوالدين والمهنيين القائمين على رعاية الطفل وتدريبه. وقد تكون الأسباب الكامنة وراء ذلك بسبب الوالدين والأسرة وقد تكون بسبب المهنيين ولكن مهما كانت الأسباب الكامنة وراءها لا بدّ من السعي الحثيث لحلها.

وإن مراجعة الدراسات السابقة تؤكد أن المشاركة الأسرية في برامج التربية الخاصة لم تصل إلى المستوى المطلوب، ومن هذه الدراسات (السرطاوي، عبدالعزيز(1955)، الشمري عام(2000)، أبو الفخر(2001)، عبدات (2009) ففي ضوء الدراسات السابقة نجد أن الأسرة بعيدة عن المشاركة الفاعلة في صنع القرارات المتعلقة بتربية أبنائها وتعليمهم، وما زال هناك العديد من المعوقات التي تحول دون المشاركة الحقيقية سواء من الأسرة أو المدرسة.

وبينت (فنسنت، 1988، Vincent) أن الصعوبات الرئيسية التي تحول دون ترجمة البرامج العلاجية على أرض الواقع هي جملة الاعتقادات التي نحملها نحن كأختصاصيين. ومن هذه الاعتقادات:

١- إن الآباء لا يعرفون قدرات أطفالهم، ولكن ذلك ليس صحيحاً من وجهة نظرها فقد بينت البحوث العلمية أنهم الأكثر قدرة على تقويم نمو أطفالهم من الأختصاصيين.

٢- أن الآباء لا يستطيعون تحديد الأهداف المناسبة لأطفالهم، فالأختصاصيون يعتقدون أحياناً أن الآباء يطلبون منهم تعليم أشياء لا يمكن تعليمها أو أشياء غير مناسبة للأطفال.

٣- الاعتقاد الثالث الذي يحد فعاليتنا هو القناعة بأن الآباء لا يستطيعون تعليم أبنائهم على الرغم من أن برامج كثيرة تقوم على افتراض مفاده أن الآباء هم المعلم الأول والأفضل لأبنائهم ولكننا نتصرف على نحو مخالف لهذه القناعة.

٤- أما الاعتقاد الرابع الذي يُشكل عائقاً فهو القناعة بأن الآباء يريدون منا أن نحلّ لهما مشكلاتهم. بدلاً من ذلك، علينا أن نركز على مساعدتهما في الحصول على الخدمات المتوفرة في المجتمع المحلي وأن يُقابلاً أسراً تواجه نفس المشكلات، وأن نؤكد على قدرتهما على تخطي العوائق التي تعترض طريقيهما. وعليه فإن واجبنا هو ليس حل المشكلات نيابة عن الوالدين وإنما مساعدتهما في تنفيذ الحلول التي يقترحانها. (Vincent, 1988)

ولكن هناك أيضاً معوقات متعلقة بالأسرة ومن أهمها:

- الحماية الزائدة للطفل وخوف الأسرة على الطفل من أن يُصاب بأذى قد يمنعها من المشاركة البناءة والهادفة مما يولد نوعاً من الاعتمادية لدى الطفل ويحد من استقلاليته.

- قد تشعر الأسرة بالإحباط ويتطور لديها إحساس بأن هذا الطفل مهما قدمت له من خدمات فإنه لن يستفيد، وذلك بسبب ما تعانيه الأسرة من ضغوط نفسية أو مشاكل أسرية وبسبب عدم تقدم الطفل وعدم تطور مهاراته بسرعة ونظراً لذلك فقد يتولد لديهم شعور باللامبالاة وبقلة الاكتراث.

- قد تشعر بعض الأسر بالخجل جراء وجود طفل معوق بين أفرادها الأمر الذي يمنعها من المشاركة بالبرامج والأنشطة التربوية والتعليمية والاجتماعية التي تخص طفلها المعوق.

- شعور الآباء بأنهم غير قادرين على تقديم المساعدة للطفل إما لأنهم لا يمتلكون المعرفة والمهارة أو لأنهم غير واثقين في قدراتهم وإمكاناتهم للمشاركة.

- قد تفتقد الأسرة الدافعية إلى المشاركة في هذه البرامج بسبب القناعة بعدم فاعلية أو جدوى هذه الخدمات.

- قد تمتلك الأسرة الدافعية ولكنها لا تمتلك الوقت للمشاركة الفاعلة في هذه البرامج .

- وضع مسافة بين المتخصصين والآباء تؤدي إلى تكوين مناخ غير مريح للآباء مما يدفعهم إلى إنهاء العلاقة والانسحاب.

أما المعوقات ذات الصلة بالأخصائيين نذكر منها:

- عدم الإعداد الكافي: في بعض الأحيان قد يكون الاختصاصي غير مؤهل للتعامل مع أسر الأطفال المعوقين فهذا الموضوع لا يحظى بالاهتمام الكافي في برامج التدريب قبل الخدمة.
 - التوقعات غير الواقعية: إن الأخصائيين قد يبالغون في توقعاتهم من أولياء الأمور فيطلبون منهم القيام بأعمال وتحمل مسؤوليات لا تسمح قدراتهم أو ظروفهم بها ومن ناحية أخرى فإن تدني التوقعات من الوالدين يقود إلى النتائج نفسها حيث ينظر الاختصاصيون إلى الآباء بأنهم لا يعرفون شيئاً وتنقصهم المعرفة والمهارة اللازمة للمشاركة وأنهم لا يمكنهم تقديم المساعدة.
 - لوم الآباء على حالة طفلهم الصحية مما يشعرهم بالمسؤولية تجاه حدوث الإعاقة وشعورهم بالإثم مما يمنعهم من المشاركة.
- (الخطيب وآخرون، 1995)

الفصل الثامن

تجارب انموذجية لحالات من الإعاقات الجسمية
والصحية

في المجتمع السوري

الفصل الثامن

تجارب انموذجية لحالات من الإعاقات الجسمية والصحية

في المجتمع السوري

د. دانية القدسي

د. آذار عبد اللطيف

سنتناول في هذا الفصل عرضاً لواقع وتجربة العديد من أسر المعوقين في عدد من المحافظات على مساحة الجمهورية العربية السورية من حيث: أسباب الإعاقة وتشخيصها وطرق التدخل المبكر للحالة فيما لو توفرت وكذلك طرق العلاج التي خضعت لها.

لقد تم اختيار الحالات التالية بطريقة مدروسة وتمّ عرض أهمّ النقاط التي يستفيد منها المتخصص بالتربية الخاصة وخاصة من حيث جمع المعلومات أثناء إجراء المقابلة مع المعوق أو أسرته.

ولابد من التنويه أن عرض الحالة سيتمّ كما عرضها أصحابها على ألسنتهم مع التعديل الضروري ليتناسب مع العرض العلمي لاسيما أن مستوى بعضهم التعليمي متوسط، آخذين بعين الاعتبار مدى المعاناة النفسية والانفعالية والاجتماعية للأسرة وكذلك للمعوق.

هذا وسلاحظ القارئ لهذه التجارب مدى التشابه بين الأسر السورية التي يعيش في كنفها معوق ما من حيث نظرتها للإعاقة وللمعوق ولأسباب الإعاقة

وكيفية التكيف معها وطرق علاجها..... على الرغم من الاختلاف التعليمي والثقافي فيما بينها.

وتوضح هذه التجارب من ناحية ثانية أهمية الحاجة الكامنة وراء تدريب الأسرة وإكسابها مهارات خاصة للتعامل مع الإعاقة وابنها المعوق وذلك بحسب نوع الإعاقة وطبيعتها وشدتها.

الحالة الأولى

- الحالة /س/ طفلة عمرها (١٥ عام) تعاني من شلل دماغي تشنجي، وهي من مواليد ١٦/٥/١٩٩٨.
- السبب الكامن وراء الإصابة خطأ طبي حيث بقيت الأم في غرفة المخاض ما يُناهز الـ١٢ ساعة/ مما أدى إلى اختناق الطفلة وإصابتها بإحدى حالات الشلل الدماغي، فنجمت الإعاقة عن تلف في الخلايا الدماغية المسؤولة عن الحركة والنطق والادراك.
- الفتاة /س/ هي المولود الأول للأسرة وجاءت ولادتها بعد (٥ سنوات) من الزواج فاستمرت فترة الحمل بالسعادة والمحبة كما وصفها الوالدان، ولكن هذه الفرحة لم تكتمل بسبب الخطأ الطبي الذي وقعت به الطبية وأدى إلى هذه الإعاقة القاسية.
- تقبل الوالدان الحالة الجديدة لابنتهما وقررا الانتباه للطفلة والعمل على تلبية حاجاتها الشخصية والنفسية والاجتماعية، واتفقا على المضي قُدماً حتى تتمكن من الدمج والحياة بشكل طبيعي.

- للطفلة /س/ الآن شقيقتان وأخ وحيد. اعتمد الوالدان في تربية الأطفال جميعاً على استراتيجية الحب والانسجام بين الأخوة الأمر الذي ساهم في تعزيز مشاعر الحب والتودد بينهم وبالتالي مساعدة الأم بتربية الأخت المعوقة.
 - عبّر الوالدان عن الكثير من الصعاب التي واجهتهما لتأمين متطلبات واحتياجات ابنتهما سواء من ناحية عدم توافرها في السوق أو من ناحية التكاليف المالية الباهظة التي رافقت مسيرة العلاج.
 - راجعت الأسرة العديد من الجمعيات الخيرية الأهلية والحكومية لمساعدتها في تأمين متطلبات احتياجات الطفلة وكانت طبيعة المساعدة ودرجة تلبية الاحتياجات دون المطلوب بكثير لدرجة أن الكرسي المتحرك أحضر من نفقات الأسرة.
 - المعاناة الأكبر من وجهة نظر الوالدين عدم توافر الاختصاصيين المتخصصين بحالة الشلل الدماغي التشنجي من الناحيتين النفسية والتعليمية لذلك اقتصر تعاملهما مع الأطباء والمعالجين الفيزيائيين.
 - من أكثر الصعوبات التي واجهتها الأسرة والتي تعتبرها صعوبات كل أسرة لديها حالة شلل دماغي:
- ١- عدم تمكن المعاهد المسؤولة عن الشلل الدماغي من تأمين العديد من الأجهزة الضرورية لحالات الشلل الدماغي.
 - ٢- افتقار العديد من الجمعيات والمراكز للمشرفين المتخصصين بالتربية الخاصة تخصص /شلل دماغي/.

٣- افتقار العديد من الجمعيات والمراكز للمشرفين المتخصصين بالتربية الخاصة وحالات الشلل الدماغي .

٤- عدم وجود وسائط نقل تغطي معظم المناطق التي تقطن بها حالات الشلل الدماغي مما يزيد من الأعباء الاقتصادية للأسرة.

٥- التشدد بشروط قبول الطفل ببعض المعاهد والمراكز بشكل غير منطقي.

- بدأت مسيرة العلاج منذ أكثر من ١٤ عاماً/ ومن أهم ما يُميزها ما يلي:
 - ١- تمكن الطفلة من التواصل اللفظي المقبول مع المحيطين بها (قادرة على إيصال ما تريده للآخرين) .
 - ٢- ساعد العلاج الفيزيائي الطفلة على الاعتماد على ذاتها في العديد من قضايا الحياة اليومية كالتمكن من تناول الطعام والماء بشكل فردي وتحريك الكرسي المتحرك على الرغم من أن ذلك أخذ وقتاً لا بأس به.
 - ٣- أصبحت الحالة قادرة على كتابة وقراءة مجموعة من الأحرف علماً أن هذا النجاح الذي تحقق عائد للأسرة وخاصة الأبوين.

• تطالب الأسرة نظراً لمعاناتها ب :

- ١- نشر ثقافة الإعاقة والوقاية منها.
- ٢- وجود مراكز تتناسب وطبيعة الإعاقة وشدها ودرجتها.
- ٣- تأمين الكادر البشري التخصصي بكل إعاقة.

الحالة الثانية

- عمر الحالة الآن /٤٥/ عاماً نشأت وترعرعت في كنف أسرة فقيرة وهي من مواليد ١٩٦٦/٨/٢٢ م . والوالدان أميان لا يعرفان القراءة والكتابة، درجة القرابة بينهما من الدرجة الأولى.
- سبب الحالة الإصابة في عمر /٧/ أشهر/ بارتفاع حروري مفاجئ والتهاب سحايا وبالتالي نجم عن الحالة الفيزيولوجية حالة شلل.
- خضعت الحالة لأكثر من عمل جراحي في الطرفين المصابين ساعد في التحرك بحرية أكثر والاستغناء عن المعينات والأجهزة المساعدة بالحركة كالعكاز وما شابه.
- اهتمت الأسرة بالحالة وهي طفلها الثاني ولها خمسة أشقاء، ثلاث فتيات وشابان. وبرز اهتمامها على الصعيد العلمي وتمكنت الحالة من تجاوز الدرجة الجامعية، وهي الآن تحتل مركزاً اجتماعياً مرموقاً.
- على الرغم من أمية الوالدين فقد تمكنا من التعامل مع الحالة (ووفق مبدأ الفطرة) بدرجة عالية من الوعي والرعاية والاهتمام، لدرجة أن الحالة لم تدرس أو تتعلم في أيّ مركز أو جمعية بل بالعكس تماماً فقد درست وتعلّمت بالمدارس الحكومية.
- ردة الفعل الأولى للوالدين كانت الشعور بالصدمة والندم على عدم إسعاف طفلتهما من الحرارة ومن ثم التعامل مع الحالة بالقبول والتقبل والعمل على مساعدتها لتتمكن من مواجهة ظروف الحياة.

تمارس الحالة نشاطها الحياتي اليومي الاعتيادي وهي الآن متزوجة ولديها
أطفال. ويمكننا القول بأنها متكيفة مع إعاقته.

الحالة الثالثة

- الحالة /ع/ فتاة من مواليد (١٩٩١/٤/٢٢) مصابة بالجنف وقد تم اكتشاف الإعاقة والحالة بعمر (١٣ عام).
- من خلال سرد الوالدين الحياة الحالة تبين أنه لم يكن هناك أي علامات في مرحلة الطفولة عن الوضع الصحي الحالي وكل ما يذكرانه أنّ الطفلة كانت تشعر بالتعب في حالتين اثنتين هما حمل الأشياء أو السير الطويل.
- عندما لاحظت الأم أن ثمة خطب ما في ظهر الفتاة سارعت للأب وطلبت منها زيارة الطبيب بأسرع وقت حيث تبين أن الإصابة واقعة وهي ناجمة عن عامل وراثي.
- كانت ردة فعل الأسرة الشعور بالصدمة القوية وخاصة عندما تبين أنه لا بوجود أحد الأقرباء ممن يعانون من الجنف. وقد عبرت الأم عن رفضها لتشخيص الطبيب وبدأت بالتنقل من طبيب لآخر. ولكن بعد مرور سنتين من التسوق الطبي تبين للوالدين أن التعامل مع الموضوع كأمر واقع هو القرار السليم.
- مسيرة العلاج كانت شاقة وخاصة وأن الأمر يتسم بالحساسية فالمصاب فتاة لها خصوصيتها في مجتمع لا يرحم. والحل الوحيد هو العمل الجراحي بما يتسم من مخاطر فأي خطأ تقني يعني الإصابة بالشلل الكلي أو النصفي.
- خضعت الحالة للعمل الجراحي وتجاوزت الكثير من الصعاب والمهم نجاح العمل الجراحي ودخول الفتاة بمرحلة التأهيل النفسي والاجتماعي وبالتالي

تبرز أمام الأسرة مشكلة جديدة وصعبة وهي عدم وجود متخصص بهذا الشأن.

- الحالة الآن تمارس حياتها الاعتيادية غير أنها عكفت عن الزواج لأسباب تتعلق مباشرة بالعمل الجراحي وتبعاته النفسية.

الحالة الرابعة

- طفلة عمرها الحالي/٧سنوات/ تعيش في كنف أسرة مؤلفة من والدين وثلاثة أشقاء.
- تعاني الحالة من حالة استسقاء دماغي وتشوه بالعظام والقدمين.
- شعرت الأم وهي بالشهر السادس أن حركة الجنين شبه معدومة لدرجة أنها كانت تقول إن طفلي ميت بأحشائي. وعلى الرغم من أن المستوى الاقتصادي المتواضع فالوالدان لم يتأخرا في الرعاية الطبية، وقاما بزيارة الطبيب الذي رفض بدوره إخضاع الأم لأي فحوصات أو تصوير على اعتبار أن دقات القلب سليمة. إلا أن الصدمة رافقت عملية الولادة حيث تبين أن الطفلة المولودة مشلولة ولديها فتحة في الظهر إضافة لمشاكل في النخاع الشوكي وتشوه بالعظام والقدمين.
- سعى الوالدان مباشرة بعد تجاوزهما للصدمة إلى تأمين متطلبات الحالة ومستلزماتها العامة والخاصة. وقد تصدت الأم للمسؤولية كاملة كونها المرافقة الدائمة معظم ساعات النهار.
- بعد مرو ثلاثة أعوام على الحالة برزت احتياجات ومتطلبات إضافية لم تكن بالحسبان تمثلت بالمشاكل ذات الصلة بالالتهابات البولية وأمراض المثانة.
- العلاقات الجيدة بين الأسرة والمشرفين على رعاية الحالة والهادفة إلى رعايتها ضَمَنَ حُسْن العلاقة بين الحالة وأخوتها وخاصة بعد ما تبين وجود حالة من الغيرة بينها وبين الأخت الكبيرة ومع مرور الوقت واستمرار الرعاية تحولت تلك الحالة من غيرة إلى اهتمام الأخوة بأختهم المعوقة.

• من الصعوبات التي واجهتها هذه الأسرة:

١- النظرة الدونية للمعوقين.

٢- قلق الأسرة نحو مستقبل الحالة وخاصة بعد وفاة الوالدين.

٣- عدم وضوح الأطباء ومصارحة الأسرة بحقيقة الوضع الصحي للحالة.

الحالة الخامسة

- طفلة من مواليد ٢٢/١٠/٢٠٠٥ تعاني من حالة الكيس السحائي.
- الفتاة تعيش بكنف والدين متعلمين، الأب حائز على شهادة جامعية في العلوم والأم حائزة على شهادة جامعية في الأدب الفرنسي.
- الفتاة هي الطفلة الوحيدة للزوجين بسبب تعرض الأم لحادث أدى لفقدانها القدرة على الإنجاب.
- اكتشف الوالدان حالة طفلتها بعد الولادة مباشرة. وتبين فيما بعد أن الطبيب كان على دراية بالحالة ولكنه لم يشأ إعلام الوالدين.
- تحدثت الأم وقالت: أصبت بالصدمة فقد كنت أحلم بفتاة متكاملة وكنت سعيدة عندما علمت بأنني حامل بفتاة وقد عانيت خلال فترة الحمل من إشكالات عدة سببت على ما يبدو بالتشوه الجيني وربما السبب القرابة بيني وبين الأب بذلك فهو ابن عمي .
- تحدث الأب قائلاً: طفلي جميلة ومنذ ولادتها الجميع أعجب بجمالها ولكنني كأب لفت انتباهي هدوءها وعدم بكائها بعد الولادة فقد بكت لدقيقتين أو ثلاثة ثم نامت ولم تتناول الحليب من أمها بل باستخدام/ زجاجة الحليب/. نموها من حيث الطول والوزن والإدراك العقلي لم يكن متناسقاً مع النمو العام للأطفال في هذه الفترة العمرية. أعترف بأنني وأمها لم نهتم كثيراً ببعض القضايا التي كانت واضحة والتي أثرت على سيرة علاجها.
- بعد أن تأكد الزوجان من وجود مشكلة ما لدى الطفلة قاما بزيارة طبيب متخصص بالأمراض النفسية والعصبية لدى الأطفال .

- خضعت الطفلة لحوالي ٥/٥ جلسات تشخيصية أخبرهما الطبيب بعدها أن لدى الطفلة حالة صعبة وتتطلب التدخل الجراحي مباشرة علماً بأنها ستبقى معاقة مدى الحياة وستستخدم الكرسي المتحرك طيلة حياتها كما أنها قد لا تعيش طويلاً.
- عبر الوالدان عن المشاعر التي مرا بها خلال فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر ومن أهمها: الشعور والإحساس بـ (الغضب والخوف والقلق والخل).
- عبر الوالدان عن رضاهما التام عن ما حققاه مع الطفلة وهما جاهزان لمساعدة الطفلة في تحسين حالتها. وحياتهما الزوجية تتسم بالهدوء.

الحالة السادسة

- أصيب الشاب (ج) ابن الخمسة والعشرين عاماً بالحمى وهو في الشهر الثاني من السنة الأولى من عمره أدت إلى حالة صرع مزمنة.
- من مواليد (١٩٩٠ / ٢ / ٣ م) والده يعمل بالزراعة والحالة لم تتلحقها من حيث الرعاية الصحية والتعليمية.
- تحدث الأب قائلاً: بعد إصابة ولدي بالحرارة الشديدة لم نتمكن من إسعافه وذلك بسبب بعد القرية عن مركز المحافظة. وأذكر بأن حادثة ارتفاع الحرارة حدثت بالليل واستمرت نحو / ١٢ / ساعة ومن ثم انخفضت وسارت الأمور بعد ذلك بخير. وبعد مضي السنة الأولى من العمر لاحظت بأن ابنتي تأتية حالات اختلاج ورجفان شعرنا بالخوف معها ثم قال لنا الطبيب إنها حالة صرع.
- تابعت الأم الحديث قائلة: منذ أن شعرنا بأن حالة الطفل سيئة ذهبنا إلى العاصمة وزرنا الطبيب تلو الطبيب وجميعهم أكدوا بأن الحمى أدت إلى إصابة السحايا وبالتالي تأتية حالات الصرع وقد تبين ذلك بعد إجراء تخطيط الدماغ.
- عادت الأسرة للقرية لتبدأ رحلة طويلة من العناء نظراً لعدم وجود أخصائيين أو متخصصين حتى على مستوى مركز المحافظة.
- الصعوبات التي عانت منها الأسرة تمثلت بما يلي:
 - ١- عدم وجود اختصاصي في المحافظة.
 - ٢- عدم القدرة على إيجاد طرق فعالة للتواصل مع الحالة.
 - ٣- عدم قدرة الحالة على التعبير عن مشاعرها وخاصة بعد النوبة.

٤- عدم قدرة الحالة على إيجاد أصدقاء .

الحالة السابعة

- طفلة عمرها (٦) سنوات أُصيبت بالشلل الدماغي نتيجة حدوث تأخر في موعد ولادتها.
 - الحالة من مواليد (٢٠٠٨/٣/٢) لها شقيقتان .
 - عانت الأم من الولادة وعسرهما فقد استمر وجود الأم في غرفة المخاض لفترة لا بأس بها من الزمن. وبعد ذلك خضعت الأم لعملية قيصرية وولدت الطفلة زرقاء اللون ولم تتمكن من البكاء مباشرة ولم تتناول الطعام مباشرة.
 - عانت الطفلة من الشلل مباشرة حيث فقدت القدرة على تحريك أطرافها كما أنها كانت طفلة رخوة وكأنها فاقدة للحياة.
 - مع مرور الأيام بدأ الوالدان يتعاملان مع الحالة بأنها قضاء الله وقدره وهذه هي قسمتهما بالحياة وعليهما تحمل المسؤولية كاملة.
 - قالت الأم: وكما هو المعتاد فقد بدأنا نبحث عن الحلول المساعدة لنا. سجلنا الحالة بأحد المراكز التي ترعى حالات الشلل الدماغي واستمرت رحلة طويلة من العلاج والتدريب.
 - تحدث الأب فقال من العوامل التي تزعجني كثيراً كوني أشعر بأنني لست دائماً لها مدى الحياة فينتابني تساؤل مفاده: ماذا سيحل بها بعد وفاتي وأمها؟
 - من الصعوبات التي واجهتها الأسرة مع الحالة:
- ١- عدم توافر الشخص المناسب لهما ليساعدهما في تدريبهما على آلية التعامل مع الحالة.

٢- عدم توافر الأجهزة الطبية المناسبة لحالات الشلل الدماغي وخاصة بمراكز القطاع الحكومي.

٣- الصعوبة الجدية في فهم الحالة عندما تريد شيئاً أو تعبر عن شيء ما، وغالباً ما تُصاب بالانزعاج إذا لم نتفهمها.

الحالة الثامنة

- الطفل (م) طفل عمره (٥ سنوات) يعاني من حالة تقوس في العمود الفقري ناجم عن تشوه ولادي بسبب زواج الأقارب.
- الطفل من مواليد محافظة حماة /السلمية.
- منذ الولادة اكتشف الطبيب الإعاقة والتي سببت للحالة عدم القدرة على الحركة واعتماده الأساسي للتحرك قائم على الوالدين أو الآخرين سواء بحمله أو بواسطة الكرسي المتحرك.
- الولادة كانت قيصرية والصدمة كانت الصدمة الأولى على وجه الوالدين وخاصة الأب.
- تحدث الأب: الصدمة نعم إنها الصدمة هذا ما شعرت به فور سماع الخبر ومشاهدة الطفل. إنه الطفل الأول لنا وكنا نحلم كثيراً به ولم يخبرنا الطبيب عن وضعه أثناء الحمل ولعل هذا ما صدمنا أكثر.
- أما الأم فقد كانت مشاعرها واضحة على وجهها وهي تتحدث عن طفلها، كلما نظرت لولدي أبكي وأحمل نفسي مسؤولية إعاقته إنه شعور خفي وقوي ينتابني على الرغم من عدم مخالفتي للنصائح الطبية ولعل ذلك يساعدني كثيراً للحد من تأنيب الضمير.
- الصعوبات التي واجهتها الأسرة تتمثل في:
 - ١- الحياة في القرية صعبة جداً.
 - ٢- عدم القدرة المادية لتأمين متطلبات الحالة.
 - ٣- عدم قدرة الجمعيات على تلبية طلبات الحالة.
 - ٤- الخلافات الزوجية.

الحالة التاسعة

- الشابة (ع) تعاني حالياً من حالة وصفها الأطباء بالمتقدمة أو المزدوجة كونها تجمع بين إعاقتين قاسيتين عليها وعلى الأسرة، فهي تعاني من حالة جنف مع إعاقة عقلية متوسطة الشدة.
- الحالة الآن في السادسة والعشرين من العمر، ملتزمة في المنزل ومعظم وقتها على التلفاز وخاصة أفلام كرتون.
- الإعاقة الأساسية هي الإعاقة العقلية الناجمة عن نقص أوكسجين أثناء الولادة ناجم عن الاختناق بسبب ما ابتلعه الطفل أثناء الولادة.
- بدأت الأم حديثها بالبكاء وبعد استراحتها قالت: مروة هي ابنتي الأولى والتي عانيت كثيراً معها أثناء فترة الحمل، زياراتي للطبيبة حينها كانت متكررة وكانت حركتها أقل من طبيعية لدرجة أنني ظننتها ببعض الأحيان ميتة. المهم بعد الولادة أصبْتُ بخيبة كبيرة من الأمل (لأن حلمي لم يتحقق) فكل أم تحلم بجمال وسلامة جنينها. توضحت معالم الإعاقة منذ بداية الشهر الخامس فنادرًا ما كانت تبتسم أو تضحك أو تهتم بالأشياء المحيطة بها.
- تابع الأب قائلاً: أريد أن أوضح نقطة هامة لم تذكرها زوجتي هنا وهي عدم قدرتنا على الانسجام مع الحالة فأنا أذكر بأننا فكرنا بالطلاق أكثر من مرة ولكن والحمد لله تجاوزنا تلك المرحلة بسلام ولعل حبنا لبعضنا بعضاً أدى دوراً مهماً بذلك. وتكيفنا مع الوضع وأنجبنا بعدها ثلاثة أطفال

مهندس وأخاه ضابط وأختهما معلمة من خريجي قسم تربية الطفل بكلية التربية بالسويداء.

- تابعت الأم: في الواقع المرحلة الأصعب التي عشناها مع /الحالة/ هي مرحلة المراهقة وذلك جراء بروز مشكلتين أساسيتين أمامنا تمثلت الأولى بالبحث عن الطريقة التي ستساعدنا في شرح مسألة البلوغ والعادة الشهرية. لقد أصيبت ابنتي بشيء من الصدمة أو الجنون خلال الستة أشهر الأولى من البلوغ إلى أن اعتادت على ذلك وترافق ذلك مني بالمتابعة والشرح والتوضيح الممل.... أما المشكلة الثانية فقد تمثلت بظهور مشكلة الجنف فقد لاحظ والدها أن ثمة ميلان واضح في كتفها الأيمن، وبعد إجراء التحاليل أو الصور أكد الطبيب وجود حالة الجنف وبأنها حالة وراثية لتواجهنا مشكلة كبيرة نظرنا إليها على أنها أكثر تقاعماً من الإعاقة العقلية.
- ليتابع الأب: نعم إنها الحقيقة فكيف يمكن لنا ونحن نقف عيشنا من خلال مردود الراتب الشهري أن نؤمن تكاليف العمل الجراحي الذي يتجاوز الـ/٣٠٠.٠٠٠/ ثلاثمائة ألف ليرة سورية/ مع بقاء احتمال الخطورة واضحة. لكننا استسلمنا وتقبلنا الوضع الحالي لتكون معاناة مروة مزدوجة.
- من الصعوبات التي واجهتها الأسرة:

- ١- عدم القدرة على مساعدة الفتاة لتتأقلم معها من التعليم.
- ٢- عدم القدرة على متابعة العلاج الصحي المناسب نظراً للوضع الاقتصادي المتوسط.
- ٣- عدم وجود مراكز قادرة على تلبية متطلبات الحالة.

الحالة العاشرة

- الحالة من مواليد ١٥/٥/٢٠٠١ والعمر ١٣ سنة/عاشت في كنف عمها بعد زواج الأم بسبب وفاة الأب ومضى على وجودها بمنزل العم ٨/ سنوات.
- وضح العم منوهاً الأسباب التي دعتة أن يهتم بابن أخيه مؤكداً أنه وبعد أن غدا فرداً من الأسرة لاحظ على الطفل برودة العواطف وعدم الاهتمام بالآخرين وعدم التعبير عن السعادة والابتسام أو التعبير عن الانزعاج أو الخوف والصراخ غير المناسب وغالباً لا ينسجم مع الموقف وملاحظات أخرى . واستمرت مراقبتي له حول هذه الملاحظات ما يناهز ٤/٤ أشهر وبعد ذلك قررت زيارة الطبيب.
- تم مراجعة أحد الأطباء بمحافظة دمشق وبعد إجراء الفحوصات والاختبارات المناسبة تبين أن الطفل لديه حالة جنف شديد لتبدأ معها رحلة العلاج.
- يتابع العم: منذ أن بدأنا بوضع البرامج العلاجية والتقويم المرحلي لاحظت تطوراً خفيفاً على الطفل غير أن انفعالاته وأحاسيسه لم تتبدل وهذا ما يقلقني حتى الآن وخاصة عدم تمكني من إجراء العمل الجراحي نظراً للكلفة العالية.
- الصعوبات التي واجهت العم:
 - ١- سبب غياب الوالدين فجوة كبيرة في حياة الطفل .
 - ٢- الجنف من الحالات الصعبة التي سببت للطفل عدم الاندماج مع الآخرين.

الحالة احدى عشر

- تعرضت الشابة/س/ لحادث أليم أدى إلى بتر أحد الطرفين السفليين وشلل الطرف الآخر.
- عندما وقع الحادث كانت الحالة بعمر الـ ١٠ سنوات عندما كانت وأسرتها بأحد المتنزهات حيث أرادت أن تمتطي الحصان مما أدى إلى سقوطها عن صهوته ودهس الحصان على ظهرها وقدمها.
- أسعفت الحالة إلى أحد مشافي دمشق حيث أجريت لها الإسعافات اللازمة إلا أن /الغريغرينا/ داهمتها بعد ٢٠/يوماً من الحادث مما أدى إلى بتر الطرف المصاب، وبسبب دهس الحصان على ظهرها أدى ذلك إلى تهشم الفقرات القطنية مما سبب الشلل.
- انقطعت الحالة عن الدراسة لمدة عامين لاستكمال إجراءات العلاج ولكن ذلك لم يؤثر من وجهة نظر الوالدين عليهما وقاما بتسجيل الفتاة بالمدارس الخاصة.
- من أكثر الصعوبات التي واجهت الأسرة في البداية الحالة النفسية الصعبة التي عاشتها الحالة إذ كانت تعود يومياً من المدرسة محطمة المشاعر بسبب التعامل السلبي من زملائها غير أن تعاون الإدارة ساهم كثيراً في مساعدتها على تجاوز المحنة ولو أن ذلك استمر ما يناهز السنة.
- ما تتمناه الأسرة يمكن تلخيصه بأهمية تعزيز الثقافة المجتمعية نحو المعوقين وخاصة الفتيات نظراً للخصوصية التي تعيش بها.

المراجع

العربية و الأجنبية

المراجع العربية

- أبو فخر، غسان (١٩٩٧): **أثار الإعاقة على الفرد والأسرة والمجتمع**، ورقة عمل مقدمة في المؤتمر التربوي الذي عُقد في دمشق، سوريا.
- الببلاوي، إيهاب (2006): **توعية المجتمع بالإعاقة ، الفئات ، الأسباب ، الوقاية**، دار الزهراء، الرياض، المملكة العربية السعودية .
- أخضر، فوزية (١٩٩٧): **دمج المعاقين مع الأطفال الأسوياء**، كتيب المجلة العربية، العدد (٧)، الرياض، السعودية.
- البواليز، محمد عبد السلام (٢٠٠٠): **الإعاقة الحركية والشلل الدماغي**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- جابر، جابر عبد الحميد - كفافي، علاء الدين (١٩٩٥): **معجم علم النفس والطب النفس ج ١**، القاهرة ، دار النهضة العربية.
- جابر، جابر عبد الحميد - كفافي، علاء الدين (١٩٩٠): **معجم علم النفس والطب النفس، ج ٣**، القاهرة ، دار النهضة العربية.
- جابر، جابر عبد الحميد - كفافي، علاء الدين (١٩٩١): **معجم علم النفس والطب النفس ج ٤**، القاهرة ، دار النهضة العربية.
- حواشين، زيدان نجيب - حواشين، مفيد نجيب (١٩٩٦): **النمو البدني عند الطفل**، ط ٢ ، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الحديدي، منى - الخطيب، جمال - الصمادي، جميل (١٩٩٤): **الضغط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعوقين**، دراسات، المجلد ٢١ (أ)، العدد (١).

- الخطيب ،جمال، راشد، آمنة، السطامي، غانم، عبد الكريم، منى (١٩٩٥) : **المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل الأطفال المعاقين**، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، العدد (٣١)،الشارقة دولة الإمارات العربية المتحدة.
- الخطيب، جمال، الحديدي، منى، السرطاوي، عبد العزيز(١٩٩٢): **إرشاد أسر الأطفال**، دار حنين، عمان، الأردن.
- الخطيب، جمال، الحديدي، منى(١٩٩٣): **الخدمات المبكرة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة**، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الامارات العربية المتحدة.
- الخطيب، جمال، راشد، آمنة، البسطامي، غانم، عبد الكريم، منى(١٩٩٢): **الحاجات الخاصة للأطفال المعاقين وأسرهم**، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، العدد/٣١، مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخليجي.
- الخطيب، جمال (٢٠٠٣) : **الشلل الدماغي والإعاقة الحركية دليل الآباء والمعلمين**، دار الفكر للطباعة، عمان، الأردن .
- الخطيب، جمال (٢٠٠٨): **الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل**، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل ووزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية.
- الخطيب، جمال (٢٠٠٩): **مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية** ،دار الشروق للنشر والتوزيع، ط٤، عمان ،الأردن.
- الخطيب،جمال، الحديدي، منى(٢٠٠٧): **التدخل المبكر** ، التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، ط٣، دار الفكر، عمان ، الاردن.

-الخطيب، فريد(٢٠٠١): **دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة**، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العربي الإقليمي حول إدماج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم النظامي، لبنان.

-داود، نسيمة- حمدي، نزيه(١٩٨٩): **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها**، تأليف شارلز شيفر، هوارد ميلمان، عمان، الأردن.

-السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل(١٩٩٨): **الإعاقات الجسمية والصحية**، ط١، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.

-سيسالم، كمال سالم(١٩٩٨): **المعاقون صحياً وجسماً في المدارس العامة**، دار الكتاب الجامعي، العين، الامارات العربية المتحدة.

-سليمان، عبد الرحمن سيد(١٩٩٧): **الإعاقات البدنية(المفهوم)-التصنيفات-الأساليب العلاجية**، مكتبة دار الزهراء، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

-الشخص، عبد العزيز السيد ، الدمياطي، عبد الغفار عبد الحكيم(١٩٩٢): **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

-الشخص، عبد العزيز(١٩٩١): **دراسات لمتطلبات إدماج المعوقين في التعليم والمجتمع العربي**، مجلة رسالة الخليج العربي.

-صادق، محمد فاروق(١٩٨٢): **سيكولوجية التخلف العقلي**، عمادة شؤون المكتبات في جامعة الملك سعود، الرياض السعودية.

- عبد اللطيف، آذار(٢٠٠٦): **الدعم الاجتماعي وعلاقته ببعض الحالات النفسية الاجتماعية لدى المعوقين حركياً** - دراسة ميدانية في مدينة دمشق، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية جامعة دمشق، سوريا.

- عبد اللطيف، آذار (٢٠٠٣): **المرجع في تدريب وتعليم المعوقين سمعياً في المدارس العادية**، ط١، دار كيوان للطباعة والنشر والتوزيع دمشق، سوريا
- عبد اللطيف، آذار (٢٠٠٢): **المعاقون ، مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي**، ط١، دار التكوين للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.
- عبد اللطيف، آذار (٢٠٠١): **العلاقة بين مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي لدى المعوقين جسدياً** - دراسة ميدانية في مدينة دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة دمشق، سوريا.
- عبيد، ماجدة السيد (٢٠٠١): **رعاية الأطفال المعوقين حركياً**، ط١، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.
- عبيد، ماجدة السيد (١٩٩٩): **الإعاقات الحسية الحركية**، ط١، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- عبد الغفار، عبد السلام ، الشيخ، يوسف محمود (١٩٨٨): **سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة**، دار النهضة العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- عبد الرحيم، فتحي السيد (١٩٩٠): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة**، ط٤، الجزء الثاني، دار القلم، الكويت.
- عطية، السيد عبد الحميد (٢٠٠٠): **التشريعات ومجالات الخدمة الاجتماعية**، دار المعرفة الحديثة، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

-عبد المعطي، حسن مصطفى (٢٠٠٥): *الإعاقة الجسمية*، زهراء الشرق، القاهرة.

-غباري، محمد سلامة(٢٠٠٣): *رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية(رعاية المعوقين)*، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية. مصر.

-فهمي، محمد سيد(١٩٩٨): *السلوك الاجتماعي للمعوقين*، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.

-القذافي، محمد رمضان(١٩٩٤): *سيكولوجية الإعاقة*، الدار العربية للكتب، طرابلس، الجماهيرية العربية الليبية.

-منصور، طلعت (2009) :*الدعم الاجتماعي - النفسي لأسر الأشخاص من ذوي الإعاقة*، مؤتمر الشارقة، الإمارات العربية المتحدة .

-الهواملة، حابس (٢٠٠٣): *سيكولوجية الاطفال غير العاديين*، الأهلية للطباعة و النشر و التوزيع، عمان.

-وهب، السيد محمد(١٩٨٢): *الجديد والقديم في جراحة العظام والتقوس*، سلسلة اقرأ، العدد/٤٧١/ دار المعارف ،القاهرة، جمهورية مصر العربية.

-الوقفي، راضي(١٩٩٦): *علم النفس العصبي*، مركز صعوبات التعلم، مكتبة الأميرة ثروة، الأردن.

-يحيى، خولة (2006): *البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة*، دار المسيرة، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية

- Albert j .lott (1966): ***Group cohesiveness and Individual learning***, n, y, journal of Education Psychology.vol.571.n2.
- Arther, E. Fhmk (2000): The field of socichwork. n. y. London.
- Bigge (1995): ***Teaching Individals withphysical and Multiple Disabilities***, Columbus.
- Best,A, (1995): ***New morbidity: implication for prevention of children s disabilities***, London.
- Bauer, A & Shea ,T(1999): ***Learners with Disabilities:***
Asocial systems perspective of special Education.
- Best, c, o(2000): ***Children with handicaps:*** A medical primer, barleen.

–Berkow, R(editor in chief) 2002: ***Merck manual of diagnosis and therapy***. Merck, sharp and dohme,n.j.pp140–146.

–Bullock w.r.(2007): ***Mycobacteriunlepra. In mandell, douglas, bennet (eds)*** .principles and practice of infectious dis–eases. Wiley and sons. Newyork.pp1943–1953on.

–Butler, R(1995): ***Behavior and Rehabilitation***, m, London.

–Barnett, A(1982): ***Designing an Assessment of the child with cerebral psly***. psychologying the school.

–Carol Mayer(1995): ***Social work practive***, London.

–Damon, W(1988): ***Self–Understanding in Childhood and Adolescence Cambridge*** ,University Press n,y.

–Giltian,T(2000): ***disabled people, their needs and priorities***, benfitsbe searchunit, London.

–Hbbbe, s(1995):***Personality Readjustment of Adolescent Boys with Impaired Hear***, Columbia.

–Horne, j(1990):***Incidence, prognosis and mortality, In, J. A. Kuzemko (Ed).*** Asthma in children(2nd.ed).London.

–Hodgson, a(1984): ***In targeting physically handicapped pupils.*** Special Education,11,27–30.

– Kauffman & Hallahan ,(1991): ***Handbook of Special Education, Prentice, Hal.*** N, Jddren. 4thed.n.y. Houghton.

–Kirk, s (1994): ***Education Exceptional children4th.***n.y.houghton Mifflin.

–Kuzemko ,Y,J(2000): ***Incidence, prognosis and mortality.*** Baltimore, Md, Asthma in Chidren(2nd ed).

–Mandell,G(2001): ***Exceptional children in focus about self–concept*** .n . y.pp,110–112.

- Pallsana, R &Toma, v(1983): ***Group in social work an Ecological perspective.*** n .y. Macmillan.

- Rosen & Foord (995): ***The Disabled child Adult Believe,***
Londy of congress cutalging in publication Data.

- Randall M(1987): ***Rehabilitation counseling,*** Easics &
Beyond, u. s . a. library.

- Turnbull. A(1986): ***Families professionals and exceptionality.*** Columbus. ohyo.

- Vincent, L(1988): ***What We have learned from families.***Osers,1(4), 3

- Who(2001): ***International classification of Functioning Disability and health.*** London.

– William Schwartz,(2001): ***The Socialwork in the group.***

The social welfare forum. N. Yp 150(

–Zimbardo & Philip,G (979):***Psychology and life , Dallas,***

Scatr Forman and company.

مراجع الانترنت:

–[http://mental help.net psychhelp/chap14/chap14d.htm](http://mentalhelp.net/psychhelp/chap14/chap14d.htm).999